

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département : sciences sociales

Option : psychologie clinique

**Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du diplôme
de Master en Psychologie Clinique**

Thème

**Le fonctionnement mental chez les
diabétiques insulino-dépendants**

Etude de 4 cas

Présenté par

MAKHLOUFI Hilia

MAKHLOUFI Katia

Encadré par

Dr Saharaoui. I

Année universitaire 2014-2015

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant et miséricordieux, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce Modeste travail.

En second lieu, nous tenons à remercier notre encadreur Docteur Sahraoui, pour son précieux conseil et son aide durant toute la période du travail.

Nos vifs remerciements vont également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre recherche en acceptant d'examiner notre travail Et de l'enrichir par leurs propositions.

Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à tous les professeurs qui nous ont enseigné et qui par leurs compétences nous ont soutenu dans la poursuite de nos études.

On n'oublie pas nos parents pour leur contribution, leur soutien et leur patience.

Enfin, nous tenons également à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Katia et Hilia

Dédicace

Je dédie ce travail avant tout a mes très chers parents

*A mes sœurs: Katia et son mari Mahmoud et ses enfants Adam, et
Imen, Wassila et son mari Meziane, Berkahoum et son mari Salim
et la petite ceryne, Rahima, et la petite Kenza*

A mes chers frères: Hichem, Fateh

A mon cher fiancé Fateh et sa famille

A mes grands parents et mes tantes ainsi leurs enfants

A mes oncles et surtout khali Moumen qui me manque trop

A tous mes chers cousins et cousines

A tous ceux qui portent le nom «Makhloufi»

*A mes chers copines: Katia, Bilsa, Mima, kami, Sabrina et sa
famille.*

*A tout mes collègues d'encadrement. A tous ceux qui me connaissent
et que j'ai oublié de cité.*

Hisia

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail avant tout à mes très chers parents

À mes chères sœurs: Warda et Souhila

À mon cher frère: rida

*À tous mes grands parents et tous mes chers tantes ainsi leurs
enfants*

À tous mes oncles

À une personne qui m'est très chère

À tous mes chers cousins et cousines

À tous ceux qui portent le nom Makhloufi

À mes chers copines: Hisia, mima, bila, kami.

*À tout mes collègues d'encadrement. À tous ceux qui me
connaissent dont je n'ai pas cité le nom*

Katia

SOMMAIRE

Introduction générale.....	1
----------------------------	---

Partie théorique

Chapitre I : Le coté médicale

Introduction	4
1. Histoire.....	4
2. Définition de diabète et symptômes.....	4
3. L'étiologie du diabète.....	6
4. Les types du diabète et ses complications.....	6
5. Le diagnostique.....	7
6. La prévalence.....	8
7. Le traitement du diabète.....	9
Conclusion.....	9

Chapitre II : Le coté psychologique

Introduction	10
1-Aspect psychologique.....	10
2-L'apport de l'environnement.....	13
Conclusion.....	16

Chapitre III : Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

Introduction	17
1. Histoire de la psychosomatique.....	17
2. Monisme.....	17
3. Chaine évolutives.....	18
4. L'évolutionnisme.....	19
5. Le traumatisme.....	19
6. La mentalisation.....	20
7. Les rêves.....	21
8. Dépression essentielle.....	22
9. La vie opératoire.....	23
10. L'économie psychosomatique	24
11. La classification de la psychosomatique.....	26
12. L'apport de l'environnement	27
Conclusion	27

<u>Chapitre IV</u> : Problématique et hypothèses.....	28
--	-----------

Partie Méthodologique

Chapitre V : Démarche de la recherche et population d'étude

Introduction.....	34
I-Démarche de la recherche et population d'étude.....	34
1.1 - La pré-enquête.....	34
1.2 - Méthode clinique.....	34
-Etude de cas	35
1.3- Le lieu de la recherche.....	36
2- Population d'étude.....	36
2.1- La sélection de notre population d'étude.....	36
-Les critères d'homogénéité.....	36
-Les critères non pertinents pour la sélection	37
• Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude.....	37
II. Les techniques utilisées.....	37
1- Entretien clinique.....	38
2- Le test de TAT (thématique apperception test).....	41
III. L'analyse des techniques utilisées.....	46
1- L'analyse de l'entretien clinique.....	45
2- L'analyse du test TAT.....	46
Conclusion.....	51

Partie Pratique

<u>Chapitre VI</u> : Présentation et analyse des résultats.....	52
--	-----------

<u>Chapitre VII</u> : Discussion des hypothèses.....	100
---	------------

Conclusion générale.....	106
--------------------------	-----

Bibliographie.....	108
--------------------	-----

Annexes

Introduction

Introduction générale

L'homme est une unité multidimensionnelle où se baignent divers aspects, visant à maintenir le bon fonctionnement psychique et physique qui définissent la santé. Plus précisément la vraie conception de la santé née de l'équilibre entre la représentation que nous avons de nous mêmes comme corps et comme esprit. Cependant, ce principe est aujourd'hui de plus en plus accepté et reconnaît que le côté psychique agit sur le corps, et aussi la maladie organique ne peut échapper à son influence sur le côté psychique, comme le diabète sucré, qui se présente en tant que maladie chronique où le psychisme joue un rôle important dans son apparition. Autrement dit, ces maladies somatiques quelque soit leurs évolutions ne peuvent être comprises et traitées que si elles sont liées à l'économie psychosomatique du sujet, en particulier de son fonctionnement mental selon l'approche Martinienne. Autrement dit, la maladie se définit par des causes, des symptômes, des signes cliniques et para cliniques, dont l'individu peut être atteint d'une maladie réversible ou irréversible chronique comme le diabète.

Bien entendu, le diabète sucré est une maladie irréversible qui se propage graduellement dans le monde entier et même dans notre pays. D'après une définition médicale actuelle, il s'agit d'une maladie génétique dont le déclenchement est lié à un brusque changement de l'environnement. C'est dire que le poids des facteurs liés au patrimoine héréditaire est ici prépondérant, mais c'est dire aussi qu'apparemment à lui seul, il ne suffit pas et qu'il faut, pour que la maladie apparaisse, lui adjoindre des modifications extérieures brutales ayant une valeur traumatisante. On peut penser que pour chaque diabétique il pourra exister un jeu interdépendant variable entre ces deux facteurs : ce qui revient au poids des facteurs génétiques et ce qui revient au poids du ou des traumatismes déclenchant.

En effet, on ne peut comprendre le fonctionnement d'un système complexe que si l'on sait comment il a été construit, ajoutant qu'afin de comprendre le développement de la personnalité, il faut retracer des structures qui définissent le fonctionnement de la personne.

De fait la charge que représente la maladie diabétique va être très diversement supportée selon la place qu'elle occupera dans l'économie générale des sujets, de la prise en compte d'une causalité multiple de la maladie caractérise toute l'originalité de ce modèle « psychosomatique » (Smadja, 1995,

8). Une théorie construite à partir d'une clinique riche qui se fonde sur le postulat de « L'unité profonde somatopsychique » ;

La théorie psychosomatique de P. Marty était le cadre référentiel à notre étude, qui avait porté sur quatre cas atteints du diabète insulino-dépendant, notre population d'étude englobe les deux sexes afin de cerner leur fonctionnement mental. La qualité de la mentalisation et son influence sur la tenue du corps qui se présente à des niveaux différents car la maladie somatique peut être transitoire, passagère ou grave, chronique ; dans la première catégorie la maladie a une connotation positive à valeur réorganisationnelle ; et la deuxième apparaît quand le sujet est confronté à des situations psychiques qui peuvent être à connotation traumatisante, dont le sujet ne peut les affronter par une élaboration purement psychique, d'où ça provoque, des régressions et des désorganisations organique qui sont dès fois fatale quand la voie du comportement est obstruée. Cependant, P. Marty insiste sur la qualité du fonctionnement mental qui est à la base de toute maladie somatique, du fait qu'il existe une relation constante entre le psychisme et le somatique.

Apport de l'environnement favorable ou défavorable joue un rôle important dans le maintien ou la dégradation des organisations chez les personnes malades. Quand l'apport de l'environnement est positif, il remplace l'appareil psychique des sujets vulnérables. Cependant face un traumatisme, et malgré les perturbations somatiques, le sujet se rattrape par le biais de cet entourage que P. Marty favorise dans toute réorganisations de son système fonctionnel. Mais dans le cas inverse on note une désorganisation progressive.

Dans notre travail de recherche nous nous sommes intéressées à l'étude du « fonctionnement mental chez les diabétiques insulino-dépendant », car elle suscite notre curiosité à savoir la relation existante entre se fonctionnement mental et la tenues du corps. Et pour répondre à nos questions et vérifier nos hypothèses formulées nous avons effectué un stage à la polyclinique d'Amizour qui répond aux objectifs de notre recherche, nous nous sommes servis d'un guide d'entretien semi directif et du test TAT (thématique apperception test).

Afin d'enrichir et éclaircir les idées que nous avons abordé précisément, nous avons du élaboré un plan de travail qui comporte les étapes suivantes :

La partie théorique qui est subdivisée en quatre chapitres qui sont comme suit :

Chapitre I : Le coté médicale du diabète.

Chapitre II : Le coté psychologique du diabète.

Chapitre III : Les principaux concepts de la théorie psychosomatique.

Chapitre IV : Problématique et hypothèse.

La deuxième partie méthodologique est subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre V : La démarche de la recherche et population d'étude, les techniques utilisées et leurs analyses.

La troisième partie pratique qui est subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre VI : Présentation et analyse des résultats.

Chapitre VII : Discussion des hypothèses.

Enfin, on a clôturé notre recherche par une conclusion et des questions de perspectives qui parachèveront notamment notre étude.

LA PATIE
THEORIQUE

Chapitre I

Le côté médicale du diabète

Introduction

Dans ce premier chapitre on va aborder le coté médicale et démontrer les différents concepts médicaux qui nous permettent de comprendre la maladie chronique qui est le diabète. Cette maladie est très fréquente avec divers complications.

1-Histoire

Le diabète est signalé des la plus haute antiquité. Ainsi le Papyrus découvert a Thèbes, daté de 1550 avant J.-C. ce Terme est formé a Partir du grec, qui signifie passe a travers, par référence a la polyurie, c'est-à-dire, a l'accroissement du volume urinaire émis par 24 h.

Le terme de diabète proprement dit est attribué à Démétrios D'Année (275 environ avant J-C). A partir du XVIIe siècle Thomas Willis (1621-1675) a reconnu la saveur sucrée des urines, et donc la glycosurie.

En faite, 1000 ans plutôt, le légendaire Scruta (400 avant J.-C) à découvert la glycosurie ; À partir du XVIIIe siècle, les Anglais Pool et Dobson en 1775, mettent en évidence du sucre dans les urines des diabétiques. Des 1797, avec l'Anglais John Rollo, les premières théories métaboliques visant à expliquer le diabète. En 1815, le chimiste français Chevreul identifie le sucre dans les Urines des diabétiques comme étant du glucose. En ce basant sur cette théorie, Apollinaire Bouchardât (1830 à 1879) développe la diététique du diabétique : il proposa de réduire les apports énergétiques, surtout les glucides alimentaires.

C'est le Français Emile Lancereaux, en 1879 distingue le premier diabète maigre (appelé encore diabète juvénile) diabète insulino-dépendant (DID), et plus tard diabète type 1. Et diabète non insulino-dépendant (DNID), type 2 selon la dénomination actuelle. A partir de la deuxième moitié du XX siècle La première avancée est due à Salomon Bergson et Rosalyn Yalow qui mettent au point en 1959 la méthode radio immunologique et le dosage de l'insuline dans le plasma (G. DELLUC, 1996, P9).

2-Définition de diabète

le diabète est défini par une hyperglycémie chronique : une glycémie a jeun supérieure a 1,26g/l (7mmol/l) ou une glycémie a n'importe quel moment de la journée supérieure a 2g/l(11,1mmol/l), ou encore une glycémie à la

deuxième heure de l'hyperglycémie provoquée orale (HGPO) supérieure ou égale à 2g/l et ce à deux reprises.

Par contre la définition de diabète selon l'OMS : Une glycémie à jeun supérieure à 1,26g/l (7mmol) à deux reprises est suffisante pour affirmer le diagnostic il n'y a pas lieu de demander une hyperglycémie provoquée orale (A. Grimaldi, 2009, P3 à 4)

3-Les symptômes d'un diabète

3.1- les signes cliniques

- **La polyurie** : accroissement des quantités d'urine émises en 24 heures ;
- **L'amaigrissement** : perte de poids supérieur à 5% du poids corporelle habituelle ;
- **La polydipsie** : soif excessive, c'est une manifestation fréquente du diabète ;
- **La polyphagie** : boulimie, elle contraste avec l'amaigrissement est orientée vers le diagnostic de maladies métabolique des troubles visuels au début de diabète.

3.2- les signes biologiques

- **L'hyperglycémie** : élévation de la quantité de glucose dans le sang, elle est considérée pathologique à partir de 5,3 à 6,1 mmol/L, c'est le stade intermédiaire vers le diabète >6,1 mmol /L c'est le diabète (norme OMS)
- **Glycosurie** : est la présence anormale de glucose dans les urines, en rapport avec une élévation du glucose dans le sang.

3.3- l'insuline

Hormone du pancréas, sécrétée par les cellules bêta des îlots de Langerhans, elle favorise l'utilisation du sucre par les tissus et abaisse le taux de la glycémie. Son antagoniste est le glucagon standardisée en unité internationale, l'insuline est administrée par voie sous-cutanée dans les traitements du diabète.

Pour limité le nombre d'injection, tout en assurant une activité régulière. (L. Manuela 2004, P209 à 398).

4-L'étiologie

L'enquête étiologique se fonde essentiellement sur les données des cliniques parmi eux on cite :

- L'âge du patient ;
- Son poids et son histoire pondérale ;
- La répartition de graisses appréciée par la mesure de périmètre abdominal ;
- L'existence éventuelle d'une cétonurie ;
- L'hérédité familiale de diabète ;
- Les antécédents personnels de maladie auto-immune ;
- Les antécédents de diabète gestationnel ou d'accouchement de « gros bébés » ;
- La notion de glycémie déjà trouvé un peu élevé dans les années précédentes ;
- L'association éventuelle à une hypertension artérielle essentielle ou à une hyperlipidémie avec hypertriglycéridémie (A. Grimaldi, 2009, P12)

5-Les types de diabète

On distingue deux types de diabète sucré :

5.1-diabète de type I ou diabète « insulino dépendant »

Est liée a une carence de sécrétion d'insuline par le pancréas, consécutive a une destruction auto- immune des ilots beta langerhans, il s'accompagne de polyurie, polydipsie et d'amaigrissement, voir de trouble de la conscience liée a une acidose métabolique, son traitement repose sur l'insulinothérapie d'emblée Ce type est assez répandu chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.

5.2- le diabète de type II ou diabète « non insulino dépendant »

Est surtout causé par l'inefficacité de l'insuline sur ses cible tissulaire, dont le mécanisme est l'insulinoresistance, fréquente chez l'obèse d'âge mur, plus tardivement, une carence absolue en insuline peut s'installer, qui nécessite

le recoure a l'insulinothérapie. Ce type touche essentiellement les adultes, plutôt après quarante ans, parfois les adolescents (I. Manuela, 2004, P144).

6- Complications d'un diabétique

- **Néphropathie** : est la manifestation la plus grave de la micro angiopathie diabétique, peut conduire a l'insuffisance rénal terminale ;
- **Œil** : la rétinopathie, lésion spécifique pouvant diminuer l'acuité visuelle ;
- **Neuropathie** : est atteinte des systèmes nerveux périphériques et autonomes au cours des diabètes.
- **Pied** : les lésions des pieds, atteinte isolée ou associer de la peau, des vaisseaux, des nerfs, des oses ;
- **Artériopathie des membres inférieures** : atteinte de l'intima artères de gros et moyen calibre ;
- **Coronaropathie** : est la principale cause de décès des diabétiques (50 à 70 %) ;
- **Hypertension artérielle** : est plus fréquentes chez les diabétiques que la population générale, elle atteint 30 % environ de type 1 et plus de 50 % Des types 2 ;
- **Sang** : augmentation de la sensibilité aux infections, en particulier de l'appareil urinaire ; (G. Lubetzki, 2005, P. 372 à 409).

7-Diagnostic clinique

La présentation clinique d'un diabète est très variable, son diagnostic doit être évoqué dans cinq situations différentes :

- C'est « le coup de tonnerre dans le ciel serein », le patient se plaint de symptômes aigus d'installation brutale, habituellement une polyurie, une Polydipsie, une polyphagie et un amaigrissement. S'y ajoutent éventuellement des signe digestifs lorsqu' il ya a cétose ou acidocétose, le diagnostic, sans équivoque, est confirmé par la biologie. Il s'agira pratiquement toujours d'un diabète de type 1.
- l'ensemble de ces symptômes, certains d'entre eux sont présents sur un mode plus mineur, et éventuellement plus chronique, il n'y a pas de signes de cétose.

- le sujet est asymptomatique, il consulte à l'occasion d'un bilan de santé systématique ou d'une hyperglycémie (ou d'une glycosurie). Parfois, c'est une complication infectieuse qui est le point d'appel (lésion mycosique ou bactérienne génitale ou cutanée furonculose).
- c'est une complication chronique rétinienne, neurologique ou vasculaire qui amène à découvrir un diabète antérieurement méconnu.
- le sujet est non symptomatique. La glycémie à jeun est (100 mg /dl), mais inférieure à 126 mg/dl .L'HbA est mesurée entre 5,7 et 6,4 ou le diagnostic sera priori celui d'un pré diabète (IFG ou IGT).

On peut se référer aussi à un seul critère : l'hyperglycémie chronique. Le dosage de l'hémoglobine glyquée ne saurait se substituer à celui de la glycémie .L'affirmation de l'hyperglycémie peut souffrir, affirmer qu'un sujet est diabétique, c'est en effet lui imposer pour le restant de sa vie une surveillance, un régime, un traitement quotidien.

Il ne faut ni méconnaître un diabète, ni affirmer à tort un diabète et le traiter abusivement. (G. Lubetzki, 2005, P338 à 339).

8-Epidémiologie

On compte en France environ 4% de diabétiques connus (soit 2500 000), aux quels il faut ajouter 300 000 à 500 000 qui s'ignorent. L'augmentation est de 5% par an. Le nombre de diabétiques est évalué au 40 millions en Europe, au 20 millions aux états unis et à 250 millions dans le monde. En fait ces chiffres reconnaissent deux maladies bien différentes

8. 1- Le diabète insulino-dépendant ou diabète de type 1

Survient le plus souvent avant l'âge de 20 ans représentant 5 à 10 % de l'ensemble de la population diabétique, soit en France 150 000 personnes .il semble exister une augmentation de l'incidence dans le monde d'environ 3 % par an sans qu'on en connaisse la raison.

8.2- Le diabète non insulino-dépendant ou diabète de type 2

Survient le plus souvent dans nos régions après 50 ans et représente environ 90 à 95% des diabètes. C'est le diabète non insulino-dépendant qui pose un problème de santé publique car sa prévalence augmente parallèlement au vieillissement et au développement l'obésité dans les populations des pays industrialisés. mais cette maladie de pléthore n'épargne pas les pays sous-

développés ou le diabète non insulino-dépendant atteint parfois une prévalence de 20 à 30%. En raison d'une prédisposition héréditaire, associée à une modification rapide du mode de vie caractérisée par une urbanisation brutale allant de pair avec une sédentarisation et une alcoolisation des populations (A. Grimaldi, 2009, P4 à 5).

9-Le traitement du diabète

Le traitement du diabète insulino-dépendant repose sur l'insulinothérapie. Il est maintenant bien démontré qu'un bon équilibre glycémique (HbA_{1c} <7 pour une normale de 4 à 6%), soit une glycémie moyenne inférieure à 1,50g/l, permet de prévenir l'apparition des complications sévères de micro-angiopathie, pour ce faire les schémas d'insulinothérapie actuellement proposés visent à reproduire l'insuline-sécrétion physiologique. En effet le sujet normal présente une insulino-sécrétion basale continue, à laquelle viennent s'ajouter des pics insulino-sécrétoires adaptés lors des repas. La plupart des diabétologues ont donc adopté un schéma dit « basal prandial » réalisé :

- Soit par l'association de bolus d'insuline ultra-rapide injecté avant chaque repas.
- Soit par l'utilisation d'une pompe portable perfusant par voie sous-cutanée de l'insuline rapide avec un débit de base continu. (A. Grimaldi, 2009, P123-124).

Il bénéficie récemment de remplacement de seringues par des stylos, rechargeable ou jetables, aiguilles ultra-fines rendant les injections pratiquement indolores ; et de considérables avancées technologiques grâce à l'ADN.

Outre le patient de type 2 est traité très préférentiellement par l'association régime alimentaire-hypoglycémisants oraux, le recours à l'insuline étant rare. (G. Lubetzki, 2005, P415).

Conclusion

D'après ce qui a été abordé on constate que le diabète sucré, le diabète insulino-dépendant est une affection chronique, le patient doit connaître les complications et apprécier leur importance puisque sa maladie nécessite une prise en charge à vie en respectant les prescriptions de son médecin.

Sans oublier l'importance d'un suivi psychologique, afin de réussir l'observance thérapeutique et de procurer un soutien psychologique.

Chapitre II

Le côté psychologique

Du diabète

Introduction

Comme nous l'avons vue d'emblée le diabète insulino-dépendant pose une série de problèmes particuliers, en tant que maladie chronique liée à des complications il s'agit d'une maladie irréversible qui commande une prise en charge médicale et continue. Rappelons que le diabète est dominé par un trouble de l'utilisation de glucose liée en générale à une insuffisance insulino-pancréatique. Le projet de soin tel qu'il existe exige une thérapie médicamenteuse obligatoire, en outre parfois on passe à l'analyse du besoin psychologique de la personne soignée, dont on prend en compte ses aspects psychologiques et sociaux ainsi que les ressources internes ou externes disponibles, afin de permettre l'élaboration d'un guide d'actions thérapeutiques.

1- Les aspects psychologiques du diabète

Les travaux de R. Debray (1983) ont évalué le lien singulier qui unit, chez un sujet diabétique, son organisation mentale à l'état de sa maladie diabétique, en soulignant l'importance des défaillances du moi corporel. Les fixations précoces au niveau d'un moi corporel mal délimité rendent délicate la constitution d'un moi solide. Le diabète insulino-dépendant constitue donc à la fois la manifestation d'une désorganisation des mécanismes de défense et une épreuve psychologique plus importante que ne le laisse penser l'aspect « banal » de la maladie, les particularités de cette économie psychosomatique ne sont pas retrouvées uniquement dans le diabète. Toutefois, chez les diabétiques, plusieurs points apparaissent :

Il n'existe pas une organisation mentale spécifique des diabétiques, mais un ensemble de possibilités de désorganisation ; l'apparition du diabète peut être en relation avec le traumatisme, c'est-à-dire avec un événement particulier (séparation, traumatisme...) dans ce contexte le diabète apparaît comme une réponse somatique à la non élaboration de l'événement, chez certains patients diabétiques, les difficultés liées à l'organisation mentale ne s'expriment pas forcément par le diabète lui-même. Celui-ci peut, au contraire, constituer un point stable et coexister avec d'autres troubles qui « expriment » les modifications de l'économie psychosomatique. Les chercheurs ont mis en évidence plusieurs aspects concernant la maladie du diabète parmi eux on trouve : (C. Doucet, 2000, P44).

A- L'aspect de la personnalité

Les travaux tenant de définir un type de personnalité spécifique, l'hypothèse d'un profil « type » du diabétique ont été critiqués. S'interrogeant sur le concept « personnalité diabétique », ils concluent que « l'hétérogénéité clinique du diabète va de pair avec l'hétérogénéité de ceux qui ont son atteinte » et que « la recherche, dans la personnalité, des causes, des relations étroites, des conséquences du diabète, a été établie à partir de questions improductives et insolubles ». Mais s'il n'y a pas de traits de personnalité spécifique, on retrouve néanmoins de nombreuses situations pathologiques.

Au XVII^e siècle, T. Willis a suggéré qu'un « chagrin prolongé » pouvait entraîner un diabète. En 1899, Maudsley a invoqué de « violentes émotions », et Williamson des événements stressants (perte financières ou échecs professionnels).

Dans la mouvance des travaux de l'École de Chicago, Flanders Dunbar (1943) établit la notion du profil de personnalité, ses travaux visent à établir des correspondances entre des profils de personnalité et certaines pathologies organiques ainsi qu'à repérer les prédispositions à chaque maladie, Dunbar souligne que l'histoire personnelle, et les patterns socio-économiques et culturels sont très importants dans l'établissement des correspondances maladie-profil de personnalité. Par profil de personnalité, il faut entendre le style d'existence et les conduites de sujet. (Op.cit, P.44).

Dunbar et Coll. (1936) avaient évoqué la « personnalité diabétique », immature, passive, masochiste, avec une dépendance orale ; Dunbar (1946) décrit les diabétiques comme faibles, irritables, et hypocondriaques et instables dans leurs comportements avec une tendance à la dépendance puis à la rébellion, sur un mode explosif. Tattersall (1981) a cru voir dans ce tableau les caractéristiques d'un diabète mal contrôlé.

Si la personnalité et les émotions ne constituent pas, en l'état actuel de nos connaissances, un « Terrain » prédisposant au développement du diabète, ils ont en revanche un impact sur la capacité du patient à faire face à son affection, de ce point de vue, il existe vraisemblablement de différences entre les diabètes infantile et adulte, en proportion de la longueur de l'évolution individuelle.

Le rôle de l'impact des évènements stressant et des contraintes quotidiennes (professionnelles ou affective), notamment sur le déclenchement et l'évolution du diabète ont fait l'objet de très nombreux travaux (A. Haynel, 1978, P117).

B- L'aspect émotionnel

Il correspond au processus d'acceptation de la maladie, défini par Kübler-Ross en 1969. Les différents stades de ce processus sont : le choc, la dénégation, la révolte, le marchandage, la dépression et l'acceptation.

Son domaine des croyances de santé : Pour accepter de se traiter et pour persévérer dans l'application de son traitement, un patient doit :

- être persuadé qu'il est bien atteint par la maladie ;
- penser que cette maladie et ses conséquences peuvent être graves pour lui ;
- penser que suivre son traitement aura un effet bénéfique.

D- L'aspect sexuel

Les troubles de la sexualité sont aussi fréquemment mentionnés. Chez l'homme, les difficultés sexuelle sont une conséquence fréquente 25 à 60% des sujets présentent des troubles de la puissance sexuelle, ces difficultés se rencontrent souvent associer à des troubles anxieux et à des manifestations dépressives. Les sujets impuissants présentent tous des difficultés psychologiques, mais il semble impossible de terminer si ces manifestations sont la cause ou la conséquence de l'impuissance. Il existe probablement une polyéthiopathogénie de l'impuissance que ne suffisent pas à expliquer les troubles vasculaire ou neurologiques.

Chez les femmes auxquels peut d'études sont consacrées, on retrouve aussi des troubles de la sexualité. Kolodny (1971) signale que 35% des femmes diabétiques présentent des difficultés sexuelles. Il semble qu'il n'y ait pas de relation entre les troubles sexuels et les complications dégénératives liées au diabète. Il apparait cependant que la maladie diabétique n'est pas forcément génératrice de trouble sexuel et que les origines de se trouble reste encore incertaine puisque la plus part des travaux soulignent, à coté des facteurs

organiques, l'existence de « troubles psychogènes » rapportés à la situation du patient ou à l'organisation de sa personnalité. (P. Bertagne, 1990, P.11).

C- L'aspect cognitif

Correspondant au champ des représentations ou des conceptions de la santé, de la maladie et du traitement. Pour bale(1973) il existe un déficit de la mémoire et de l'apprentissage verbal qui serait en relation étroite avec le nombre et la sévérité des épisodes d'hypoglycémie.

E- L'aspect social

La qualité de vie, les relations interpersonnelles, l'activité et la stabilité professionnelles peuvent être mise en cause par la maladie ou et/ ou sa thérapeutique. Les activités de loisirs peuvent, elle aussi, être rendues incertaines : le simple fait d'aller au restaurant, par exemple, peut constituer une difficulté, le sujet doit réaliser son injection dans des conditions délicate et/ ou dans des circonstances à forte connotation imaginaire (toilette, voiture...) certains patients décrivent ainsi leur refus des invitations ou des sorties à cause de poids imaginaire qui peut être attaché à leur gestes « on va croire que je me drogue ». La condition de handicapé qu'entraîne le diabète est donc particulièrement délicat sur le plan social. (B. Pascal, 2000, P10-11).

2- Apport de l'environnement

La famille n'est pas une simple juxtaposition d'individus ; elle constitue un groupe formant une unité, au sein de ce groupe on peut trouver une personne qui présente une atteinte. En tant que possédant un mode particulier de fonctionnement, de relation, mais aussi un imaginaire de propre, elle peut être mise en cause et modifier par cet élément persécuteur interne qui est le malade, qu'elle doit pourtant accueillir même si c'est pour mieux en expulser certains aspects. La en effet à la maladie pour laquelle elle a Parfois déjà une place assignée par le mythe familial. (Célérier 1989), quand celui-ci n'est pas indirectement en cause dans la survenu de la maladie.

La famille confrontée à la maladie, a un double travail à accomplir : un travail technique, et un travail psychologique qui porte à la fois sur l'accueil du malade et sur la famille elle-même, visant à assuré le maintien de son équilibre interne ou à le restaurer. Le diabète quant à lui, ne concerne pas seulement le malade, mais aussi l'entourage familial. Non pas que la thérapeutique nécessite

obligatoirement la présence de l'entourage, mais la maladie est la réalisation du traitement, aussi discrètes soient-elles, semblent provoqué de subtils remaniements familiaux que nous avons souhaité de préciser. Dans le cadre d'une étude portant sur les familles de patients soumis a une thérapeutique de suppléance, nous allons spécifiquement analyser la manière dont la famille des diabétique se représenté la maladie et sa propre activité thérapeutique. Au de la des constats ponctuels sur l'activité liée a la thérapeutique et sur les fonctions de soutien apparaissent d'autre éléments qui tiennent le rôle de contenant de la famille et a ses élaborations sur la souffrance. (C. Compoli, 1990, P.57).

A- La perception du diabète par la famille

Les familles disent ne réaliser que peu de tâches thérapeutiques : les injections sont rarement pratiquées par la famille, l'aide restant essentiellement centré sur le régime, mais peu s'étendre en particulier au contrôle de la glycémie qui participe de la thérapeutique sans être pour autant un geste thérapeutique. Certains familles s'informent ainsi des résultats de la glycémie en justifiant leur « curiosité » par la notion de savoir, et une forme d'inquiétude : « moi, j'aime bien savoir, comme ça ont sait à quoi s'en tenir..... ». (C. Campoli, 1990, P57).

Le diabète est assez souvent à l'origine d'une modification des rôles antérieurs. Chez le patient, ces changements peuvent amener des sentiments de dévalorisation et de culpabilité. Chez les proches, des réactions de gêne, de dévalorisation ou de survalorisation compensatoire, peuvent apparaître. Bien qu'un accord existe entre sujet et la famille quant à la reprise des activités, il semble bien que se changement puisse se faire dans une atmosphère conflictuelle. Bien qu'il existe une différence d'appréciation de la situation, la prise de rôle familial est finalement bien accepter par la famille après un temps de flottement. La situation est plus délicate lorsque le sujet perd ses investissements extérieurs et lorsque la famille ne laisse pas reprendre une nouvelle place avec de nouvelles activités, la famille semble prendre le sujet dans une relation différente. Elle transforme le malade en « l'enfant de conjoint ». La maladie utilisée par la famille comme fendant des interdits, ce qui a pour effet de laisser au sujet l'utilisation de sa maladie comme moyen d'expression.

b- Angoisse de la famille

L'angoisse n'est pas la même chez les malades et chez les proches. Le diabète ne suscite pas dans l'imaginaire de l'entourage, l'image d'une évolution fatale, lorsque la mort est exprimée par les proches, ils évoquent l'infarctus, l'insuffisance rénale, l'infection, mais jamais le diabète.

Même le risque de complications futures n'est pas directement mentionné ; c'est le présent qui semble le plus préoccuper la famille. En revanche, les discours sur les malaises hypoglycémiques sont révélateurs à la fois de l'angoisse la plus saisissable et de ses particularités. Il existe une différence nette, dans le discours de la famille, entre le malaise et le diabète lui-même. Les premiers symptômes du diabète inquiètent la famille qui est rassurée par le diagnostic. Toutefois, le rassurement laisse persister une inquiétude diffuse concernant l'état de malade. L'apparition d'un premier malaise vient fournir une représentation à cette angoisse diffuse. Le diabète est alors vidé de sa signification angoissante au profit du malaise. La notion d'urgence impliquée par celui-ci évoque très rapidement la mort, la nécessité d'un geste sur lequel l'issue funeste est à craindre. Le malaise hypoglycémique est redouté à cause de ce qu'il fait apparaître et du risque de ne pas réaliser correctement le geste technique.

c- Le soutien

La famille mentionnée principalement son rôle de soutien, de support externe, qui comporte plusieurs volets. Elle surveille, observe le malade, est attentive à ses besoins, mais ce rôle de soutien comporte également une dimension interdictrice, la famille étant amenée à rappeler leur règles d'hygiène et de diététique. Dans ce contexte, les contraintes du traitement sont également ressenties par l'entourage. Souvent le conjoint fait part de ses frustrations et de ses difficultés à accepter certaines obligations engendrées par la thérapeutique. En quelque occasion, le diabète peut d'ailleurs être « utilisé » par les proches pour justifier un par l'entourage car son efficacité est parfaitement perceptible : une mauvaise insulinothérapie provoque l'apparition de symptômes alors qu'une insulinothérapie correcte gomme tout signe de la maladie. (Op.cit, P57).

D-les représentations

Il est apparu intéressant de connaître les représentations mentales des patients. car cette notion de représentation est complexe. Elle se trouve au

carrefour de plusieurs disciplines comme la sociologie, la psychologie, l'anthropologie, la pédagogie

La représentation, c'est « l'idée qu'on se fait de quelque chose » (J.-P. Assal et A. Lacroix, 2003, p36). Et Selon les études de Moscovici et Ackermann, cette représentation subjective n'est pas individuelle, mais est liée à des normes sociales de groupes culturels.

Il existe cinq représentations différentes de la santé :

- L'absence de maladies ; Etre en bonne santé, c'est ne pas être malade ;
- Le silence du corps ; Etre en bonne santé, c'est ne pas avoir de handicaps physiques ou fonctionnels, c'est pouvoir vaquer à ses occupations sans en être empêché totalement ou partiellement (R. Leriche, 1937) ;
- La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité (Organisation Mondiale de la Santé, 1948) ;
- La santé, c'est pouvoir être malade et en bonne santé à la fois grâce à l'adaptation de l'individu à son environnement (social, psychologique, spirituel) ;
- La santé c'est l'aptitude de l'individu à surmonter les crises de santé (concept de résilience) La santé n'est pas un but à atteindre, mais une ressource de la vie quotidienne. Elle devient donc un moyen de faire face à une maladie chronique et de vivre avec toute une vie, la santé est un état d'équilibre (C. Ottawa, 1986, P.44).

Conclusion

Généralement on reconnaît que les facteurs psychologiques contribuent à l'origine, et au pronostic de toute maladie, et leur poids variés selon la maladie, la personne, et le contexte familial. Afin d'optimiser le projet thérapeutique, il est apparu intéressant de connaître les représentations mentales des patients qui permettent d'évaluer ses conceptions et ces constructions autour de sa maladie.

Chapitre III

Les principaux concepts de la théorie psychosomatique

Chapitre III : Les Principaux concepts de la théorie psychosomatique

Introduction

Le courant psychosomatique a connu un essor considérable qui se poursuit actuellement. Il peut servir à définir les manifestations psychiques consécutives à des maladies d'origine organiques. A ce propos, on va aborder dans ce chapitre les différents concepts de la psychosomatique afin de rendre le lecteur attentif à certains aspects essentiels de la psychosomatique.

1- Histoire de la psychosomatique

Distincte de la médecine, distincte aussi de la psychanalyse dont elle procède et dont elle élargit le champ d'intérêt, la psychosomatique constitue aujourd'hui une discipline en soi. Sa spécificité réside dans les réponses qu'elle apporte aux vieux débats sur l'unité fondamentale de l'être humain.

Substantif « psychosomatique » est d'apparition récente (1946). L'adjectif avait été employé par un psychiatre allemand de l'école vitaliste (Heinroth) au début du XIX^e siècle, pour caractériser une forme d'insomnie. Il sera repris un siècle plus tard pour désigner une nouvelle conception de médecine.

A la fin du XIX^e siècle, un neurologue viennois S. Freud, à partir de travaux sur les paralysies, l'aphasie et l'hystérie, découvre la réalité dynamique de l'inconscient et invente la psychanalyse. La révolution psychanalytique va permettre d'établir les principes économiques, psychodynamiques et génétiques qui gouvernent et organisent l'unité psychosomatique d'un individu.

En 1939, parut aux États-Unis la revue « psychosomatique médecine » et c'est en 1960 que parut en France la revue de médecine psychosomatique. Cependant, dès 1947 des psychanalystes parisiens publièrent des articles témoignant leur intérêt pour « la chose » psychosomatique (P. Marty, 1990, P5 à 10).

2-Monisme

L'hypothèse de base de la médecine psychosomatique est l'unité fonctionnelle soma-psyché. Cette reconnaissance, à un niveau philosophique et scientifique de cette unité a certainement été l'une des conditions préalable à

l'introduction dans le domaine scientifique des problèmes qui allaient donner naissance à la médecine psychosomatique (A. Haynel, 1978, P4).

La psychosomatique repose sur le postulat qu'il existe une relation entre le corps et l'esprit. Il est courant aujourd'hui d'affirmer que toute pensées psychosomatiques présuppose l'hypothèse d'une unité psyché Corps. Si effectivement elle ambitionne une approche qui ne dissocie pas psyché et Corps (J. Chemouni, 2000, P14).

P. Marty, à écarté le dualisme corps-psyché pour le remplacer par l'unité psychosomatique qui à son tour contient un dualisme pulsionnel essentiel (pulsion de vie et de mort) ou il argumente la continuité fonctionnel entre le corps et psyché en considérant qu'à l'autre bout de l'échelle évolutive l'homme nous montre , d'une manière identique, qu'aux différents niveaux de son fonctionnement à partir des échanges intellectuels et artistiques, il empreinte en permanence à l'extérieur de lui-même les éléments essentiels à sa vie(P. Marty, 1976, P9).

3-Les chaines évolutives

Les axes évolutifs de l'individu ne sont pas linéaires, une représentation dans l'espace des axes permettrait de mieux saisir la complexité de développement humain.

P. Marty propose un schéma des lignes de l'évolution individuelle, marquées par les points de fixation-régression :

- **Les chaines évolutives centrales** : comportant les fixations-régressions libidinales, voire somatiques s'achève dans la chaine évolutive centrale mentale(ou pointe évolutive mentale).seules les organisations névrotique ou psychotique sont dotées d'une telle lignée évolutive, riche en points de fixations, étagée aux différents stades du développement libidinal.
- **Les chaines évolutives latérales** : plus ou moins importantes selon les individus, rejoignent la plupart du temps la chaine évolutive centrale. Elles sont marquées par divers points de fixation-régressions qui peuvent intervenir lors d'une désorganisation post-traumatique, sous forme de symptomatologies variées, inhabituelles dans le fonctionnement des sujets.

- **Les dynamismes parallèles** : ceux-ci restent souvent indépendants de la chaîne évolutive centrale. Leur marquage s'exprime sous des formes variées sublimatoires artistiques ou non, perverses, traits de caractère névrotique et psychotique, processus somatique divers, chroniques, aigus. L'ensemble des activités ou symptomatologies décrites à propos des trois lignées évolutives participe à la régulation de l'économie psychosomatique.

4- L'évolutionnisme

C'est en s'appuyant sur les données fournies par la théorie psychanalytique qui demeure sa référence essentielle et constante que Pierre Marty fidèle à ce qu'il appelle « le principe évolutionniste » va insister sur l'organisation et la hiérarchisation progressives des fonctions qui se mettent en place au cours du développement de l'individu humain. Ce qui nous mène à distinguer entre les deux mouvements suivants :

- Les mouvements progrédients : repérables dans l'enfance, vont intégrer bien évidemment toutes les phases de l'évolution libidinales, telle qu'elle est décrite dans la métapsychologie freudienne, et venir renforcer la chaîne évolutive centrale dont l'axe, à proprement parlé mental s'avérera alors bien développé
- Les mouvements regrédients : affectent le déroulement de la vie humaine, en fonction des points de fixation dont la solidité même constituera un des éléments essentiels en ce qui concerne les possibilités évolutives ultérieures du sujet. Le nombre et l'intensité des points de fixations qui se seront constitués progressivement à travers le jeu continu entre les mouvements qui vont dans le sens de l'organisation. Animés au début de la vie par la force de programme à accomplir ; et les mouvements en sens inverse qui tendent à ramener l'organisation fonctionnelle en pointe évolutive vers l'état antérieur moins organisé, celui de la régression (R. Debray, 1980, P17-18).

5- Le traumatisme

Les traumatismes restent dans les cadres économiques individuelles que nous avons précisément circonscrits. Issu d'une excitation excessive des instincts ou pulsion à laquelle l'organisation psychosomatique des sujets ne peut faire face, les traumatismes se définissent par la quantité de désorganisation

qu'ils produisent et non par la qualité de l'événement ou de la situation qui les produisent. Un traumatisme découle ainsi de rapport entre l'excitation et la défense psychosomatique de l'individu en cause. (P. Marty, 1990, P80)

A ce propos P. Marty écrit : « l'origine extérieure de traumatisme ne porte pas en elle-même une valeur objectivement appréciable. la perte d'un être proche peut ne pas être plus traumatisante, chez un individu adulte, qu'un jour, chez un autre par exemple, le sentiment provoquer par le passage d'une poussière dans un rayon de soleil » (Ibid, P102).

On voit de ce fait que la tolérance ou la résistance aux traumatismes va pouvoir être extrêmement variable selon les individus et, pour un même individu, très variable selon les phases de son évolution ou les différentes périodes de sa vie.

Pour P. Marty ce qui fait suite a plus ou moins brève échéance a un traumatisme chez l'individu humain, c'est un mouvement de désorganisation lequel affectera toujours un sens contre-évolutive venant frapper en premier lieu les structures plus évoluées donc les plus récemment acquises au cours de développement (R. Debray, 1983, P21).

6- Mentalisation

La notion de mentalisation créée par P. Marty s'inscrit dans une conception économique de l'évolution individuelle. Elle s'inspire du point de vue économique exposé par Freud dans « Au-delà du principe du plaisir » (1920), selon lequel un excès d'excitation peut conduire à un état traumatique si les moyens de défense psychiques sont débordés. Ces excitations provenant des instincts et des pulsions et déclenchées par des circonstances et événements divers doivent nécessairement se décharger ou s'écouler. Pour P. Marty, trois voies s'offrent alors à elles : la voie de l'élaboration psychique, la voie du comportement et la voie somatique. La mentalisation concerne ainsi et avant tout le travail des représentations, leur quantité, leur qualité et leur dynamisme. Elles qualifient l'aptitude de l'appareil psychique à lier l'excitation pulsionnelle à travers les systèmes et réseaux de représentations, d'associations, d'idées diverses et de réflexions chargées d'affects. Pour P. Marty, la mentalisation est variable selon les individus et variable chez un même sujet. Cette conception suppose des insuffisances de la mentalisation et son débordement passager ou durable (S. Claude, 2009, P7 à 9).

- **Les névroses bien mentalisées**

Les sujets de ce groupe se caractérisent par une richesse fantasmatique, dont les représentations de mots et des choses liées entre elles se chargent et s'enrichissent, pendant le développement de multiples affects et de valeurs symboliques. Les perceptions et représentation premières étant remaniées par l'évolution mentale individuelle, par les mouvements pulsionnels successifs et par les conflits psychiques. L'inconscient intervient à plusieurs titres dans leur reproductions ultérieures qui, issues de systèmes mnésiques complexes, constituent des témoignages des réalités passées.

- **Les névroses mal mentalisées**

Qui se définit comme étant une limitation de représentation des choses, les sujets en cause susceptible de mener une vie efficace et satisfaisante, enrichie parfois l'expression sublimatoire artistique surtout, ne trouve en effet d'autre possibilité que de traduire dans l'actualité et dans l'action les mouvements inconscients.

- **Les névroses à mentalisation incertaine**

C'est le troisième type de névroses. Les possibilités représentatives et associatives des sujets concernés varient en effet dans le temps. Tantôt assurément ou relativement « bien mentalisés » ils paraissent plutôt riches de pensées et, pour de nombreux psychanalystes classiquement analysables, tantôt « mal mentalisés » leur pauvreté et leur superficialité psychique représentative et désolante. Selon P. Marty les variations du fonctionnement préconscient de ces sujets nous ont conduits à qualifier cet ensemble.

- **Névrose de comportement**

C'est l'absence ou la limitation, la superficialité des représentations réduites à celle des choses, et aussi le resserrement des affects sur les seules choses en question, le manque de symbolisation du verbe (P. Marty, 1990, P41 à 43).

7- Les rêves

Pierre Marty insistait beaucoup sur l'analyse des rêves, où il y a une émergence pulsionnelle, une excitation directe dans le rêve, qui correspond à la vie diurne, à la notion d'immédiateté et de principe de plaisir où l'excitation prime sur la capacité de représentation des pulsions. Ces rêves se caractérisent

par l'insuffisance du fonctionnement psychique qui correspond à un onirisme marqué soit par son absence, sa pauvreté, ou par son aspect relativement rare. Selon cet auteur il existe quatre types de rêves qui appartiennent aux malades somatiques (P. Marty, 1984, P1145).

- **L'absence de rêves**

On peut penser que le dormeur a refoulé l'existence même ou le contenu de ses rêves, et on peut aussi penser qu'il ne se souvient pas de ses rêves par manque d'intérêt ou d'effort. Il se pourrait aussi qu'il se présente pour lui une défense à laisser ses rêves apparaître ou, comme en analyse, une résistance à révéler leurs contenus. Néanmoins l'expérience clinique a retenu l'hypothèse qu'une absence des rêves correspondrait théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles se produisent d'autres voies que celle de la représentation et de l'élaboration oniriques (P. Marty, 1984, P1147).

- **Les rêves opératoires**

Il s'agit de reproduire des actes de la journée ou du lendemain ou qui précèdent des actes au programme de la journée suivante. Ils sont exclusifs et révèlent des scénarios d'accidents, d'écrasements, d'étouffements, d'incendies.

- **Les rêves répétitifs**

Ces rêves sont différents des rêves qu'on trouve chez les névrosés signalant un lieu de fixation ou la mise en scène est chaque fois différente. Dans les rêves répétitifs, la cause est la stagnation habituelle du système onirique du fait de l'échec persistant de la programmation de ce système. Ces rêves prennent en général l'allure de cauchemars, rêves qui ne suffisent jamais à maintenir le sommeil.

- **Les rêves crus**

Pour P. Marty, ces rêves sont si peu déformés qu'ils semblent exposer une « pathologie de l'inconscient » refoulé du sujet. Cet inconscient se révèle alors sans conflits internes et sans élément de compromis.

Les rêves crus ne sont pas rares chez les malades somatiques mal mentalisés, ils se rencontrent aussi rarement, moins nettement, et pendant des temps plus courts, chez d'autres sujets (P. Marty, 1984, P1149 à 1152).

8-Dépression essentielle

La dépression essentielle, qu'accompagne régulièrement la pensée opératoire, traduit l'abaissement de tonus des instincts de vie au niveau des

fonctions mentales. On la qualifie d'essentielle dans la mesure où l'abaissement de ce tonus se retrouve à l'état pure, sans coloration symptomatique, sans contre partie économique positive.

La dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychique dont ils débordent les capacités d'élaboration. (Ibid, P59). Aussi il s'agit d'un état dépressif particulier sans véritables symptômes autres que des épisodes d'angoisse et caractérisé par une disparition de la libido narcissique et objectale (J. Chemouni, 2000, P118).

La désorganisation la plus large des principes vivants de l'appareil mental donne lieu à la « pensée opératoire » dont la dépression essentielle constitue l'un des éléments.

P. Marty qualifie la mentalisation comme une qualité de travail de l'appareil psychique et il a distingué quatre types de mentalisation (bonne mentalisation, mauvaise mentalisation, mentalisation incertaine et névrose de comportement), mais pour nous débutant dans la recherche scientifique on a pas bénéficié d'une formation spécialisée en psychosomatique pour faire une différence minutieuse entre les types de mentalisation, on est dans l'obligation d'unifier la mauvaise mentalisation avec la névrose du comportement dans l'analyse de nos cas au niveau de l'analyse des données.

9- La vie opératoire

C'est en 1962 que P. Marty définit le concept de « pensée opératoire » comme révélant les carences du préconscient, de la vie fantasmatique et des affects dans le cas des affections psychosomatique. La pensée opératoire témoigne d'une pensée hyper consciente. Les représentations sont pauvres, répétitives et marquées du sceau de l'actuel et du factuel. Mais plus tard P. Marty à parlé de la notion de « la vie opératoire » qui constitue une étape de relative chronicité, de relative stabilité, qui s'installe au cours d'une désorganisation lente ayant affecté un caractère progressif, et pendant laquelle aucune réorganisation spontanée ne se produit, sans qu'on puisse avancer qu'elle mette un terme à la désorganisation. Il s'agirait alors d'une réorganisation régressive qu'elle ne semble pas être. La vie opératoire apparaît comme un aménagement fragile, plus ou moins prolongé dans le temps avec lequel on ne redoute plus, de l'extérieur, ni l'imminence ni la fatalité d'une reprise de la désorganisation. Alors elle néanmoins émaillée fréquemment

d'incident ou d'accident somatique variable qui soulignent l'instabilité de cet apparent état.

Au cours de la vie opératoire, les comportements ne sont pas sous-tendus de fantasmes représentés ou représentable issue de l'inconscient, la liaison préconsciente étant rompue. Il ne constituent pas non plus des expressions les plus directes de l'inconscient. Ils se montrent machinaux mais apparemment sans risque d'être troublés d'une manière quelconque par les mouvements de l'inconscient (P. Marty, 1980, P93-94) la vie opératoire peut accompagner un état dominé par la dépression essentielle.

10- L'économie psychosomatique

Pour P. Marty, l'économie psychosomatique regroupe les divers éléments dynamiques qui déterminent les mouvements fonctionnels d'organisation, de désorganisation et de réorganisation. Son domaine concerne aussi bien la dimension psychique que bio-physique ou sociologique. Gérer par les mouvements individuels de vie et de mort, l'ordre psychosomatique doit tendre le meilleur équilibre homéostatique pour l'individu, c'est-à-dire une bonne coordination du somatique et du psychique (J.Chemouni, 2000, P40). Et parmi ces caractères généraux on trouve :

A- Instincts et pulsions (instincts de vie. Instincts de mort)

Les deux poussées dynamiques des instincts et des pulsions trouvent leur source dans une excitation corporelle (sexuelle au sens freudien). Leur destinée est de supprimer l'état de tension ainsi créé.

A n'importe quelle phase de la vie, les fonctions, qu'elles soient isolées les unes des autres ou organisées entre elles (cela, jusqu'à la systématique de l'adulte), ne peuvent intégrer qu'une quantité limitée, les poussées dynamiques en jeu contribuent aux phénomènes de la construction progressive du développement individuel (groupement et hiérarchisations fonctionnels successifs) et des liaisons inter fonctionnelles nécessaires à l'équilibre homéostatique. Nous voyons là les marques des instincts et des pulsions de vie, les pulsions correspondant aux niveaux psychiques de l'excitation. Lorsque les excitations persistent en trop grande quantité, la fonction ou les systèmes fonctionnels trop excités se désorganisent (isolement et anarchisations fonctionnelles). Nous voyons là la marque des instincts et des pulsions de mort.

B-L'inconscient originaire

Les énergies instinctuelles et pulsionnelles ne se trouvent signifiées que dans les formes (les fonctions psychosomatiques) qu'elles empruntent pour s'exprimer. Il semble que ce soient les dispositions génétiques individuelles et l'inconscient dans ses premiers aspects qui donnent d'abord leur moule et leur manière d'être aux fonctions. L'inconscient originaire s'appliquerait dès le début à la réalisation du programme de l'espèce humaine selon les rencontres entre le sujet et son monde extérieur. Il permettrait que prennent forme à leur départ et se déroulent, dans l'ordre individuel, les organisations fonctionnelles du développement et des équilibres homéostatique.

C-Fixation et régressions

Ces deux mécanismes sont très attachés les uns aux autres ; il y a une relation étroite entre eux, la notion d'une régression d'un certain ordre reposant sur une fixation qui elle-même, repose sur une régression d'un autre ordre, implique en effet l'existence d'organisations antérieures à n'importe quel niveau d'évolution (P. Marty, 1976, P121)

✓ Fixation

La fixation est le fait que la libido s'attache fortement à des personnes ou à des imagos, reproduit tel mode de satisfaction, reste organisé selon la structure caractéristique d'un de ses stades évolutifs. La fixation peut être manifeste et actuelle ou constituer une virtualité prévalence qui ouvre au sujet la voie d'une régression.

✓ régression

L'emploi du terme « régression » implique la reconnaissance de courants évolutifs et de courants contre-évolutifs. Le retour des régressions aux points de fixation ; combine à l'inclusion de mécanismes de régression dans les phénomènes de fixation, nous invite personnellement à toujours avoir présente à l'esprit l'infinité évolutive, quel que soit le champ de notre intérêt immédiat. Dans le cadre des mouvements individuels de vie et de mort la plupart des événements pathologiques s'inscrivent sous les signes de la régression.

Les régressions rejoignent d'une manière complexe les fixations fonctionnelles de l'évolution, fixations phylogénétiques héréditaires et ontogénétiques. Souvent inattendues, surprenantes ; mais d'une relative

stabilité, les régressions attirent l'attention et provoquent la description, davantage que ne le font les fixations la plupart du temps entraînées dans le courant évolutif.

Parce qu'on peut décrire autant de variétés de régression qu'on peut découvrir de perspectives sur un même phénomène, et grâce au sens évolutif du concept, les régression représentent le moyen idéal d'étude analytique et de classification des fonctions et des relations inter fonctionnelles psychosomatiques (P. Marty, 1980, P136).

D-Les représentations

Les représentations consistent en une évocation de perception qui, inscrites et laissant de diverses manières des traces mnésiques, prennent diverses valeurs d'objets de références mentales individuelles. L'inscription des perceptions et leur évocation ultérieure sous forme de représentation sont la plupart du temps accompagnées d'affects plus ou moins précis dans les tonalités agréables ou désagréables (P. Marty, 1990, P33à40).

10- Classification psychosomatique

La manière dont se présente la classification psychosomatique actuelle, couramment utilisée. Elle remarque chez un sujet, en un moment déterminé :

- sa structure fondamentale, considérés comme partie foncière, inamovible à l'âge adulte, de son organisation psychosomatique. Un répertoire présent dix items parmi lesquels figurent les divers systèmes névrotiques ou psychotique, les niveaux de mentalisation, par exemple.
- ses particularités habituelles majeures qui réunissent des données symptomatiques, des données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie habituel des données anamnestiques anciennes.
- ses caractéristiques actuelles majeures, qui réunissent les données symptomatiques immédiates, les données anamnestiques récentes et les données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie actuels.
- ses caractéristiques nouvelles résultant de la psychothérapie. Elles réunissent trois ordres de données, celles qui concernent la disparation des caractéristique actuel majeur, celle qui concernent la transformation des particularités habituelles majeurs spécialement défavorable à l'équilibre psychosomatique de ceux-ci ,toutes notification de caractéristique actuelle ou de particularité habituelle ayant été on leur temps ;celle qui concernent

enfin l'acquisition de nouveaux type de fonctionnement psychosomatique (dans les domaines mental ,des expressions sublimatoires, ou de l'organisation sociale).

La classification psychosomatique se montre finalement d'un puissant intérêt : dans la pratique, elle permet de situé les sujets l'or d'un check-up ainsi que les patients a leur entré on psychothérapie, pendant le cours de celle-ci, a leur sortie de traitement enfin, permettent d'évalué avec précision les bénéfices acquis. Elle assure la communication entre les psychosomaticiens et permet à chacun de mesurer ses projets conceptuels, particulièrement en matière sémiologique. (P. Marty, 1990, P62 66).

11-L'apport de l'environnement

Apport de l'environnement favorable ou défavorable joue un rôle important dans le maintien ou la dégradation des organisations chez les personnes malade et influe sur la qualité du fonctionnement mental que lui-même a un impact sur la tenue du corps d'un diabétique. Cependant face un traumatisme, et malgré les perturbations somatiques, le sujet se rattrape par le biais d'entourage favorable que P. Marty favorise dans toute réorganisations de son système fonctionnel. Mais dans le cas inverse on note une désorganisation progressive.

Conclusion

La psychosomatique entreprend d'être une science de l'homme lorsqu'elle soutient a la fois l'intérêt que lui a enseigné la psychanalyse pour les individus en eux-mêmes, qu'elle abandonne le dualisme historique psych soma. Aussi cette approche a pour dessein de permettre aux intéressées d'acquérir une compétence, une spécialisation qui les autorise à examiner et à traité les patients souffrant de maladies organiques, à participé aussi aux recherches selon leur expérience.

Chapitre IV

Problématique et hypothèses

Chapitre IV : Problématique et Hypothèses

Problématique

La santé telle qu'elle est définie par l'OMS, est un état complet et un bien-être physique, mentale et sociale, et ne consiste pas seulement à une absence de maladies ou d'infirmité.

On comprend ainsi que la santé englobe l'intégrité de l'être humain : physique, psychique et aussi l'environnement dans lequel il vit, par conséquent la santé physique et psychique entretiennent une relation d'influence, car les maladies chroniques ne peuvent se résumer à la seule complication somatique, la cause et dans la majorité des cas est psychologique.

En toute état de cause, lorsqu'apparaît le diabète insulino-dépendant ou diabète génétique. Il s'agit d'une maladie irréversible qui commande une prise en charge médicale et continue. Rappelons que le diabète est dominé par un trouble de l'utilisation du glucose lié en général à une insuffisance insulino-pancréatique. Il se révèle par une fuite glycosurique qui, si elle est très importante, entraîne une chute pondérale par la dénutrition malgré la compensation qui cherche à se faire par l'appétit et surtout la soif. En l'absence du traitement par l'insuline, l'évolution se fait par le coma et la mort.

Le diabète est défini par une hyperglycémie chronique, qui se manifeste par divers symptômes (la polyurie, polydipsie, polyphagie...) et se présente en deux types en premier lieu c'est le diabète insulino-dépendant type 1 (DID), et en second lieu c'est le diabète non insulino-dépendant type 2 (DNID).

Donc Le diabète sucré est une maladie qui se propage graduellement dans le monde entier, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le diabète est la sixième cause du décès des personnes âgées, OMS estime que le taux de mortalité du diabète va augmenter si aucune mesure urgente n'est prise.

Cette maladie touche les femmes plus que les hommes, avec respectivement un taux de 2,3% contre 1,9% notamment après l'âge de 35 ans. Celles âgées de 60 ans ou plus représentent 14,1% contre 11% chez les hommes pour la même catégorie d'âge. La pathologie du diabète est également plus répandue en milieu urbain que rurale.

En Algérie le diabète constitue l'un des problèmes majeurs de santé publique, en particulier le diabète de type 2 et ce en raison de l'explosion de son

incidence. Sur une population estimée à 32 millions d'habitants, et selon la fédération algérienne des associations des diabétiques, le nombre de diabétiques a atteint le chiffre de 2 millions dont 21% d'insulinodépendants. Selon la société algérienne de diabétologie, 90% de la population des diabétiques présentent le diabète de type 2 et 10% de type 1. (O. Salemi, 2010. P. 80 à 95).

Cette maladie survient brutalement, ne provoque pas de douleur, confronte le sujet à une forme de « mort » ; elle est invisible, mais peut entraîner des comportements spectaculaires ou des complications graves. Les conséquences du diabète insulinodépendant ne sont pas les mêmes selon les situations, les problématiques, notamment les âges des sujets. A l'âge adulte la maladie chronique ou d'apparition récente, vient aussi prendre place dans les remaniements psychologiques.

Tenter d'opérer une hiérarchie ou plutôt une antériorité entre ce qui relèverait du psychisme reconnu comme étant à l'origine de la maladie et ce qui correspondrait au contraire à une atteinte venant frapper le corps d'emblée, atteinte qui pourrait ensuite entraîner un éventuel retentissement sur la psyché. Cependant que l'être humain est dans la plus part du temps prédisposé à des situations traumatisantes auxquelles il doit faire face. Car ces événements sont en étroite interaction entre le psychique et l'organique. Qui influence sur le sujet en provoquant différentes altérations de la santé.

Selon P. Marty, la maladie somatique ne peut être comprise et traitée que si elle est rapportée à l'économie psychosomatique générale d'un sujet qui est atteint, en particulier à son organisation mentale qui est un état de développement d'un individu, état actuel de sa structuration, à l'âge adulte.

De fait la charge qui représente la maladie diabétique va être très diversement supportée, selon la place qu'elle occupera dans l'économie générale des sujets. Plus leur fonctionnement mentale sera solide, plus la maladie apparaîtra comme circonscrite et assumé, et inversement, si le fonctionnement est altéré, moins la maladie diabétique pourra être prise en charge et plus elle deviendra envahissantes et inassumable, entraînant un déséquilibre du diabète et des complications précoces. (R. Debray, 1983, P. 35).

La confrontation des deux dimensions, psychologiques et somatiques, aboutit à un échange autour du patient et ouvre une brèche dans notre mur de certitude concernant le savoir sur le malade.

On souligne la présence des différentes approches qui expliquent la notion d'atteinte corporelle et qui demeurent inadéquates à notre thème de recherche, tandis que la psychosomatique englobe divers dimensions afin d'aborder la maladie somatique.

L'école de Paris s'est engagée depuis les années 60 dans une révolution conceptuelle en matière de psychosomatique. Celle-ci s'est affranchie de son lien direct de dépendance à la médecine et l'une des conséquences majeures de ce mouvement théorique a été l'abandon de la notion de maladie psychosomatique au profit de celle d'économie psychosomatique. Les auteurs (P. Marty, M. M'Uzan et C. David) décrivent minutieusement leur méthodologie d'analyse du fait somatique. Pour résumer cette approche, nous pouvons dire qu'elle est fondée sur l'évaluation de l'organisation pathologique d'un malade dans une référence permanente à trois niveaux fonctionnels articulés les uns aux autres, (le niveau mental, le niveau comportemental et le niveau somatique). Cette approche rompt avec la notion de spécificité des liens entre le fonctionnement mental et telle ou telle variété de somatisation car elle met l'accent désormais sur la notion d'organisation économique du malade. Ce n'est plus la nature du conflit psychique qui va spécifier telle ou telle variété clinique de maladie somatique mais les liens internes au sein de l'économie psychosomatique entre les trois niveaux fonctionnels qui vont déterminer les potentialités de somatisation, la ligne de partage du point de vue méthodologique ne se situe plus entre le psychique et le somatique mais à l'intérieur du fonctionnement mental, les niveaux comportemental et somatique peuvent alors être interprétés comme des solutions en négatif à partir d'un fonctionnement mental caractérisé par ses manques, du point de vue nosographique, les conséquences de cette nouvelle approche sont immédiates. Dans L'investigation psychosomatique est ébauchée une nouvelle nosographie de type économique. Elle est fondée principalement sur l'écart par rapport à la qualité du travail mental, ce que l'on appelle le processus de mentalisation. La distance par rapport à la richesse de mentalisation va délimiter au sein de cette nouvelle nosographie de grands ensembles catégoriels de somatisation. Pour illustrer ce point de vue nouveau, les auteurs de L'investigation psychosomatique vont illustrer leurs hypothèses par sept observations. Elle constitue pour eux une sorte de panorama de formes de vie psychosomatique mais ils prennent bien soin de nous montrer ou de nous démontrer que chacune des investigations psychosomatiques est plus ou moins éloignée du niveau de

référence mentale et que par rapport à cet écart la somatisation qui y est associée sera plus ou moins grave.

P. Marty est ainsi conduit à distinguer deux mouvements de désorganisation somatique, l'un limité et de courte durée qui repose sur des systèmes de fixation-régression et l'autre progressif qui est à la source des maladies évolutives et graves.

Cette théorie demeure adéquate à notre thème de recherche puisqu'elle s'est intéressé à l'économie psychosomatique des diabétiques, et Elle à pour but de comprendre le fonctionnement mental et de préparer le malade diabétique tant sur le plan psychologique que sur le plan médical et organique. Celle-ci unit le corps et psychisme des patients.

Notre rencontre avec les sujets atteints de diabète insulino-dépendant s'est organisée par le biais d'une pré-enquête menée au sein de polyclinique d'Amizour. Cette étape a été pour nous une étape qui nous a permis d'avoir plus d'informations sur les caractéristiques de notre population d'étude, et de maîtriser l'application de nos outils, et notamment d'apporter des modifications à notre guide d'entretien.

Compte tenu de cela, les questions qu'on se pose dans le cadre de notre recherche sont :

- Est-ce que le fonctionnement mental de tous les diabétiques est homogène ?
- Est ce que la qualité de la mentalisation protège l'individu d'une désorganisation somatique ?

Hypothèse générale

Nous sommes intéressés aux individus atteints de maladie somatique telle que le diabète insulino-dépendant qui est notre variable indépendante, et fonctionnement mentale qui est notre variable dépendante.

Hypothèses partielles

-La première hypothèse

Les personnes atteintes d'une maladie somatique, telle que le diabète n'ont pas le même fonctionnement mental, donc se fonctionnent diffère d'un individu à un autre et se varié selon l'économie psychosomatique de ce dernier,

les personnes ayant une bonne mentalisation ont un espace psychique exploité autant qu'un champ mental qui traite les contenus fantasmatiques ; présentent des mécanismes de défenses appartenant aux différents registres fonctionnels, ainsi qu'une souplesse dans leurs utilisation. Par contre ceux qui sont dotés d'une mauvaise mentalisation se caractérise dès fois par une absence d'un espace psychique pour le traitement des conflits, un attachement à la réalité concrète ; et factuelle sous forme de vie opératoire et une pauvreté au niveau des expressions affective. Concernant la mentalisation incertaine elle se varie entre ces deux types de mentalisations. Et cette qualité du fonctionnement influe sur la tenue du corps.

-la deuxième hypothèse

1-dans la plus part des cas les diabétiques qui ont un bon fonctionnement mental, résistent mieux aux différents moments de crise, traitent et élaborent les excitations au niveau mental. Ce qui entraîne l'appariation d'une symptomatologie psychique, découlant de l'intensité d'énergie, ou alors, si cette symptomatologie psychique existait auparavant, elle serait renforcée. Mais quand il est impossible de traiter les excitations au niveau mental, deux possibilités peuvent se présenter :

-l'appariation des maladies passagères.

-les mouvements de désorganisation progressive s'annoncent d'une manière rare, mais quand elles se manifestent, le patient à des prédispositions qui vont stopper cette évolution.

2-les diabétiques qui présentent une mauvaise mentalisation peuvent échapper aux crises par le biais d'étayage et le soutien important de l'entourage qui représente un milieu favorable pour l'aider à mieux gérer sa maladie. Dans le cas ou l'environnement est défavorable, le diabétique vire facilement vers la somatisation, s'il reste exposé à des traumatismes psychiques, il attient le mouvement de désorganisation somatique qui peut être fatale.

3- pour ce qui est des diabétiques qui jouissent d'un fonctionnement mental incertain, l'apparition de leurs crises est liée à la qualité de leur fonctionnement mental, c'est-à-dire selon la variabilité des moments (dans la bonne mentalisation ou dans la mauvaise mentalisation). Néanmoins, cette valeur fonctionnelle se stabilise et devient équilibrée si l'environnement est favorable.

Cela impliquerait que seule l'organisation mentale du sujet influe sur l'état de sa maladie.

Opérationnalisation des concepts

- Le diabète

- Utilisation des injections d'insuline ;
- Régime alimentaire ;
- La fatigue ;
- Une soif excessive ;
- Un amaigrissement ;
- Émission excessive d'urine.

-L'organisation mentale

• La Bonne mentalisation

- Mouvement continu et labile entre la réalité et la vie imaginaire ;
- Richesse fantasmatique ;
- Les capacités à traiter les situations conflictuelles ;
- Présence de mécanisme de défense.

• La mauvaise mentalisation

- Une carence fantasmatique ;
- Carence affective ;
- Une carence de conflit et des mécanismes de défense ;
- Absence des rêves.

• La Mentalisation incertaine

- Gérer les excitations d'une façon variée, pas stable ;
- L'irrégularité de fonctionnement mental est patente ;
- La personne des fois se trouve dans la bonne mentalisation et parfois dans la mauvaise.

La partie méthodologique

Chapitre V

Démarche de la
recherche et population
d'étude

Introduction

Ce chapitre méthodologique sera consacré à la présentation des différentes étapes de réalisations de notre recherche afin de mieux cerner la nature de fonctionnement mental chez les diabétiques insulinodépendant adulte, à savoir la démarche adoptée, la population d'étude, les techniques de recueil des données, et pour terminer avec la méthode d'analyse des données.

1-Démarche de la recherche et population d'étude

1.1 Pré-enquête

Avant de définir la démarche à utiliser on parlera de notre pré-enquête qui nous permettra de choisir cette démarche.

En effet, on a débuté notre recherche de travail par une pré-enquête qui a été effectuée, à la polyclinique d'Amizour, d'une durée décembre à 20 février), e deux mois (23 de à travers la quelle nous avons eu la possibilité de rencontrer les diabétiques, et d'effectuer un entretien clinique, afin de cerner leurs vécu psychologique, et de discuter avec eux sur les différents symptômes et problèmes qui conditionnent leurs vies. Elle nous a permis de recueillir des informations sur le thème de recherche, ainsi nous aide à construire nos hypothèses.

Il est utile de rapporter que toutes les enquête effectuées auprès des patients, ainsi que la consultation d leurs dossiers médicaux sont faites après leurs consentement a fin de participer à une investigation, qui comporte un ou plusieurs entretiens clinique selon la richesse fantasmatique de chaque cas. Et une autre séance pour la passation du test projectif qui est le TAT (thématique apperception test) pour cerner le fonctionnement mental.

Les informations recueillies lors de la pré-enquête nous ont permis d'émettre certaines modifications dans l'élaboration de notre problématique et hypothèses, et aussi elle nous a facilité la formulation de notre guide d'entretien.

1.2 La méthode clinique

La psychologie clinique étudie et traite tout « fait » ou « évènement » psychologique normale ou pathologique indépendamment de sa cause connue ou supposée. Elle vise la mobilisation des processus proprement psychologique au sein d'une relation donnée. La méthode clinique envisage « la conduite de sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et

Chapitre V La démarche de la recherche et la population d'étude

d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». (K. Chahraoui, 2003, P. 11).

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. (Ibid. P. 11).

De même « c'est une méthode qui permet le recueil des données et la compréhension de la personne total et en interaction ». Dès alors on déduit que c'est une démarche qui permet la connaissance du fonctionnement psychique du sujet, grâce à la méthode clinique, on peut aboutir à des résultats et des données qui permettent l'accès à des données psychiques importantes et une démarche qui permet la connaissance du fonctionnement psychique globale du sujet. En effet, cette démarche clinique est basée sur « l'étude de cas », la méthode du cas comporte « une attitude descriptive d'évaluation a une certaine distance vis-à-vis de la vie psychique d'autrui et témoigne d'un partage émotionnel entre le consultant et le clinicien ». (N. Daron, 1998, P. 178).

Etude de cas

L'étude de cas est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes » (Huber 1993). Il s'agit pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce, indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relation entre les faits, les événements passés et présents....etc. l'étude de cas enrichit la connaissance en sciences humaines dans la mesure où elle favorise les productions des représentations subjectives en situation et en relation, ce que des mesures objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter, d'où la nécessité d'envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentariste. Rappelons pour cela que subjectivité ne signifie pas absence de rigueur. (K. Chahraoui et H. Bénony, 2003, P 11-12).

L'étude de cas consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la

Chapitre V La démarche de la recherche et la population d'étude

méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par des premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leurs évolutions.

Par l'étude de cas le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel du sujet en tenant compte de ses différentes circonstances des survenues actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défenses...). Pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examen psychologiques, témoignages des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement, aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observations et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événement présent et passés ; le clinicien essaye de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite (Op.cit, P 126).

1.3 Le lieu de la recherche

Le terrain est le plus important pour toute recherche scientifique, du moment qu'il constitue une source de données et d'information comme base pour la vérification de nos hypothèses.

Notre stage pratique s'est effectué au niveau de la polyclinique d'Amizour, située au centre ville d'Amizour qui se compose de plusieurs services, (secrétariat, diabétologie, stomatologie, pédiatrie, psychologie), le groupe de soignant et infirmiers, un chef de service et le médecin chef.

Le service de diabétologie assure la prise en charge des diabétiques de différents types et un diététicien qui s'occupe des régimes alimentaires appropriés à chaque diabétique.

Notre stage pratique s'est effectuée durant une période de deux mois du

2. La population d'étude

2.1 La sélection de notre population d'étude

- **Les critères d'homogénéité retenus**

-**L'âge** : Tous les cas de notre recherche sont à l'âge adulte, car à cet âge la personnalité des individus sera structurée.

-Tous les cas sont des diabétiques qui traitent par insuline.

- **Les critères non pertinents**

-**Le niveau socioculturelle** : dans notre recherche, on n'a pas pris en considération leur niveau d'instruction et leur niveau social, car cette maladie peut toucher toute les couches sociales.

-**Le sexe** : cette variable n'est pas prise de façon indépendante, car nous avons opté pour une population variée qui englobe les deux sexes.

-**L'âge de l'atteinte** : l'âge de début de la maladie du diabète est différent d'un sujet à un autre.

2.2 Tableau 1. Récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude

Nom	Age	Profession	Situation matrimoniale	L'année de l'atteinte
Samir	30 ans	Chargée d'étude dans une entreprise	Célibataire	2005
Omar	38ans	Fonctionnaire dans une entreprise	marie	1987
Fatiha	37ans	Femme au foyer	célibataire	2003
Rafik	39 ans	Travail comme taxieur	marie	2012

Le tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés englobant l'âge, la profession, la situation matrimoniale et l'année d'apparition de la maladie. Concernant les prénoms des cas, nous avons tenues à les changées pour garder la confidentialité selon la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique.

I- Les techniques utilisées

La technique de la recherche constitue un moyen de considération de la démarche. Donc on a choisi d'utiliser l'entretien clinique qui va nous aider à avoir des informations sur la santé physique, et le fonctionnement mental plus un test projectif complémentaire qui est le (TAT) qui cerner seulement le fonctionnement mental des diabétiques, alors nous avons choisi de définir chacun d'eux brièvement afin de comprendre leurs contenus et leurs utilités ;

1. Entretien clinique

L'entretien de recherche, est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, évènements vécu, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves....

Entretien clinique peut être utilisé dans une visée de recherche de deux manières :

-S'inscrit dans une activité d'intervention psychologique (évaluation ou psychothérapie). Au cours de cette activité un dispositif d'enregistrement de l'entretien peut être mis en place, ce qui permet dans un deuxième temps en dehors de la relation d'aide de travailler sur le corpus de l'entretien ; cette technique est utilisée dans la recherche sur les psychothérapies. Ce type de recherche est toutefois complexe à mettre en place et il nécessite des moyens importants ; en particulier il doit être réalisé, pour garantir une certaine objectivité, par un groupe de recherche afin d'éviter que le thérapeute assume seul les deux positions (celle de chercheur et de thérapeute).

-S'inscrit uniquement dans l'activité de recherche du clinicien. Dans ce cas, il n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise

l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique ou c'est le sujet qui est en situation de demande. (K. Chahraoui, 2003, P. 141-142).

L'entretien clinique est de trois types qui sont : l'entretien directif, l'entretien non directif, et l'entretien semi directif qui est notre choix, car il semble adéquat pour vérifier nos hypothèses ;

Entretien semi directif

Ce type d'entretien est un usage complémentaire où le clinicien pose quelque question simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien.

L'entretien semi directif est un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. Le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. Car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler sans récit. (H. Bénony, 2003, P.143).

C'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en question d'enquête (pour les interviewés). Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude (multi-dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploration, principale ou complémentaire) et du type d'analyse que l'on projette de faire.

C'est ainsi que l'on peut distinguer les entretiens à structure faible ou forte. Le choix de l'un ou de l'autre de ces types dépend de la connaissance de la situation que l'on veut analyser (A. Blanchet, 2007, P. 58).

Chapitre V La démarche de la recherche et la population d'étude

Dans notre recherche nous avons établie un guide d'entretien constitué de 3 axes :

-Information concernant le patient

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre profession ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Vous êtes marié ? Si oui combien d'enfants ?

AXE I : Les informations concernant l'état de santé actuel

Dans cet axe, on va aborder une série de question qui va nous permettre d'avoir des informations sur l'état de la maladie, connaitre leurs complications et ainsi savoir si nos sujets sont atteints par d'autre maladies.

- Quel est votre traitement actuel ? Et comment vous le vivez ?
- Quelle était votre réaction lors de la première fois que vous a annoncée la maladie ?
- Quand vous avez reçu votre première injection ? et quelle été votre réaction?
- Comment vous vivez cette maladie ?
- Comment s'est développée votre maladie ?
- Quelle sont les complications et les maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
- Comment elle est la qualité de votre vie sexuelle avec votre conjoint (e)? Si le patient était célibataire la question sera ; Comment elle est la qualité de votre vie sexuelle ?
- Combien de fois vous étiez hospitalisé à cause de cette maladie ?
- Respectez- vous le régime prescrit ?
- Y a-t-il des personnes qui souffrent de la même maladie dans votre famille ?
- Est-ce que votre maladie influe sur votre travail ? ou sur vos études ?
- Quelle est la personne qui vous a soutenu depuis votre maladie ?
- Quelle étaient les conséquences de cette maladie sur votre vie ?

AXE II –Les informations concernant l'état de santé antérieure

Notre objectif dans cet axe est d'avoir des informations sur les maladies d'enfance et les traumatismes déjà vécus, et leurs influences sur la tenue du corps.

- Avez-vous souffert d'une maladie (atteinte) dans votre enfance ?
- Est-ce que vous étiez affecté par d'autres maladies justes avant cette maladie (DID)?
- Avez-vous été hospitalisé à cause d'une autre maladie ?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale avant cette maladie ?
- Est-ce que vous avez subi des chocs (physique ou psychique), avant votre maladie et à quel âge ?
- Quel était votre sentiment face à votre maladie?

AXE III-Les informations concernant l'organisation mentale

C'est l'axe à partir duquel on va cerner la qualité du fonctionnement mental, ces réactions aux événements, ces relations, et la richesse ou la pauvreté des associations.

- Pouvez-vous nous parler de vos souvenirs ?
- Comment est votre sommeil avant et après la maladie ?
- Parlez nous de vos rêves. Décrivez-les. Quelles sont leurs caractéristiques ?
- Quelle est votre présentation sur ceux qui sont en bonne santé ?
- Pour vous, quelle est la cause principale d'apparition de votre maladie ?
- Est-ce que vos relations ont changées avec votre famille, vos collègues depuis votre maladie ?
- Quelle est la nature de relation avec votre médecin .Et l'équipe de soignants ?
- Avez-vous des projets en vue dans le futur ? Loisirs ? Activités ?
- Comment vous voyez votre avenir avec cette maladie ?
- Parlez nous de ce que vous voulez ?

Remarque :

Si le patient a anticipé spontanément sur des réponses à des questions prévues par nous, psychologues, nous éviterons de les poser ultérieurement.

2. Le TAT

Pour notre travail de recherche nous avons choisi d'utiliser le test de TAT en se basant sur la méthode de V. Shentoub.

2.1- Histoire

Le TAT voit le jour en 1935 à la « Harvard psychological clinic » dont Murray, auteur de cette épreuve. Ce n'est que 1943 que sera publiée la forme définitive de l'épreuve.

Cependant le système interprétatif de Murray apparu assez rapidement insuffisant aux psychologues américains, plusieurs psychologues viennent ainsi illustrer la remise en route d'une théorisation et d'une méthodologie propre au TAT qui soit enfin performante.

C'est en s'appuyant sur les travaux de ces derniers auteurs que V. Shentoub, en France, s'intéresse au TAT dès le milieu des années 1950. Elle se préoccupe de situer l'histoire de TAT en tant que produit psychique, fidèle à la pensée de D. Lagache.

Cependant, quant à la position théorico-méthodologique de Murray qui, comme on l'a vu, était loin de donner satisfaction aux psychologues, ils opèrent par rapport à leur prédécesseurs (Murray bien sûr, mais aussi Piotrowski, Tomkins, Henry, et au moins dans une première période symonds) une véritable conversion : décentrer l'intérêt du contenu de l'histoire, s'attacher à en travailler la forme.

Un article de R. Schafer, paru en 1958 dans le « journal of projectives techniques » et très souvent cité par V. Shentoub, précise de manière saisissante la nouvelle attitude interprétative, soutenu au même moment à Holt (Shentoub, Rausch, 1958). Pour la première fois depuis Murray, une méthodologie propre à l'interprétation de l'histoire TAT, en différenciant celle-ci de la rêverie diurne et du rêve : produite en réponse à une exigence de l'examineur et à la présentation d'un matériel figuratifs précis, c'est pour Holt avant tout un « produit cognitif » ; ou du moins elle doit l'être et témoigner ainsi de la « capacité adaptative » de son auteur et de « la neutralisation pulsionnelle » que sa production exige.

Chapitre V La démarche de la recherche et la population d'étude

V. Shentoub semble être situé d'abord dans cette mouvance, ses premiers articles (1955, 1959), sensible à la notion de distorsion aperceptive tel que la propose Bellak (1951) et au travail de R.H. Dana (1955), se réfère à l'idée, emprunté cette fois à Symonds, d'une structure susceptible d'être mise en évidence par le TAT.

Deux instruments méthodologiques se dessinent dans cette période qui vont petit à petit s'affiner : la grille de dépouillement (encore actuellement en remaniements) et la recherche de la réponse banale, esquisse de ce qui sera plus tard formalisé en termes de « contenu latent, contenu manifeste » de la planche (Shentoub, 1958).

1960-1969 : Pendant les dix années qui vont suivre, V. Shentoub met à l'épreuve cet instrument méthodologique (thème banale et feuille de dépouillement).

1971 à 1973 : Restait à mettre en place une théorie du « processus TAT ». Un article de 1970, écrit en collaboration avec R. Debray « fondement théorique du processus TAT » V. Shentoub et R. Debray, 1970-1971 » puis la publication du de cours V. Shentoub dans le bulletin de psychologie, (1972, 1973) allaient répondre à cet objectif.

2.2-La situation TAT

Un psychologue et son partenaire dans la situation de test, face à face, au plutôt le psychologue un peu effacé sur le côté. Efface au profit du média, ce média qui va donner à cette situation d'interactions relationnelles, commune à de multiples pratiques professionnelles, sa couleur propre, un jeu de planche au dessin « rétro ».

Contrairement au Rorschach non figuratif, le matériel TAT présente cette particularité- commune aux tests thématiques- d'être à la fois figuratif et ambigu. En ce sens il se prête à une analyse objective de type perceptif (qui conduit à la mise en place d'une description du matériel manifeste) et à une interprétation subjective, entraînant des associations d'ordre projectif (ce qui traduit les significations latentes attribuées au stimulus).

- Matériel

C'est une série d'images présentées au sujet, l'attention des chercheurs étant focalisée sur les récits fournis par les individus, c'est-à-dire sur les modèles particuliers d'élaboration. (V. Shentoub, 1990, P. 27).

L'Edition originale comprenant 31 planches, nous ne retiendrons que les planches considérées comme les plus pertinentes et les plus significatives. Ce sont les planches 1 2 3BM, 4, 5, proposées aux garçons et aux filles, aux hommes et femmes ; 6BM, 7BM, et 8BM, proposées aux garçons et aux hommes ; 6GF, 7GF, et 9GF, proposées aux filles et aux femmes ; 10, 11, 12BG, 13B, 19, 16, proposées aux garçons et aux filles, aux hommes et aux femmes et 13MF proposées uniquement au sujet adulte, hommes et femmes.

L'ordre des présentations des planches doit être respecté, la planche 16 devant être proposée à la fin de la passation. Le déroulement de l'épreuve de TAT confronte le sujet à une modification du stimulus, les planches ayant des situations les plus structurées aux moins structurées : les dix premières planches, plus figurative, représentent des personnages sexués, alors que les planches 11, 19, et 16 renvoient pas à des objets concrets bien définis.

Le tableau 2. Ci-dessous récapitule l'ordre de présentation des planches en fonction de sexe et de l'âge du sujet.

Planche Sexe	1	2	3BM	4	5	6BM/ 7BM	6GF/ 7GF	8B M	9G F	10	11	12B G	13B	13 MF	19	16
Homme	*	*	*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*	*
Femme	*	*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*	*	*

(V. Shentoub et coll., 1990, P. 39)

- La Consigne

La consigne « Imaginez une histoire à partir de la planche » est donnée au départ et n'est pas répétée. A l'inverse de la méthode de H. Murray, il n'y a pas d'enquête sur chaque planche à la fin de la passation mais, au cours de la passation, face à un sujet très inhibé et/ou chez que le malaise est grand, des questions peuvent être posées. Il s'agira alors d'évaluer la valeur trophique de ces questions : servent-elles d'étayage et de soutien en permettant une remontée avec la poursuite de récit, renforcent elle le poids des défenses du sujet ou bien

Chapitre V La démarche de la recherche et la population d'étude

encore sont-elles ressenties comme une intrusion et en faisant effraction précipitent-elles le sujet vers une désorganisation encore plus importante ?.

La consigne proposées est conflictuelle, elle implique deux mouvements contradictoires : raconter à partir d'une perception partageable, que V Shentoub appel le contenu manifeste de la planche , les éléments de la planche sont suffisamment triviaux pour qu'il se fasse à leur sujet un certain accord, un récit cohérent et transmissible à autrui ; mais dans le même temps, l'investissement du fantasme qu'appelle l'évocation d'un « imaginer » entraîne pour le sujet l'acceptation du « laisser aller » et une certaine régression formelle de la pensée. La menace du débordement par les charges affectives mises en mouvement se fait plus présente. Si le réinvestissement de la fantasmagorie individuelle, élaborée autour de fantasme originaires partagés par tous, appelle un fonctionnement selon le principe de plaisir, « le contenu manifeste fixe les limites à la fantaisie en faisant appel au principe de réalité ».

La consigne qu'on a énoncée pour les sujets est traduite dans leurs langues maternelles, respectant toujours l'évocation des deux pôles de la consigne originale, on fait appel à l'imaginaire et les fantasmes en mettant en relation avec la perception de contenu des planches présentées. On explique aux patients la situation de test, disant qu'il s'agit d'une série de photos qu'on va présenter l'une après l'autre, avec un ordre bien déterminé, demandant qu'ils racontent une histoire pour chacune, arrivant à la dernière, la planche 16, selon V. Shentoub, on propose une autre consigne disant « Dans cette planche vous me racontez ce que vous voulez ».

- Temps

Classiquement, on tient compte des caractéristiques temporelles de la passation ; on mesure en effet le temps de latence, c'est-à-dire le temps écoulé entre la présentation de la planche et le moment où le sujet commence à parler ; on mesure également le temps total par planche, c'est-à-dire le temps écoulé depuis la présentation de la planche jusqu'à la fin du récit raconté par le sujet

Les caractéristiques temporelles ne sont jamais interprétées en termes d'efficacité ou de performance, comme dans les épreuves d'intelligence, mais uniquement en tant que repères cliniques, montrant la plus au moins forte réactivité du sujet ou au contraire sa tendance à l'inhibition. Y a-t-il nécessité pour lui de réfléchir ayant de s'engager ou au contraire de se précipiter dans le

récit ? Les planches déclenchent-elle des effets spécifiques notamment repérables au niveau des temps de latence ?.

Les temps de latence et les temps totaux doivent donc toujours être pris en considération mais leur interprétation dépend des éléments clinique apporter par l'analyse de l'ensemble du ou des récits.

Sur le plan pratique, il est déconseillé d'utiliser un chronomètre, celui-ci risquant d'introduire une connotation psychométrique à la passation, il vaut mieux se servir d'une montre (munie d'une trotteuse) plus discrète, sans pour autant la cacher. (F. Brelet, 2003, P. 35-36).

II- l'analyse des techniques utilisées

1. L'analyse de l'entretien clinique

I. La santé physique

- La santé antérieure (enfance et adolescence) et santé actuelle.
- Les facteurs héréditaires et complications de la maladie.
- Relation entre les événements traumatisants, quelques maladies (complications).

II. Caractéristique du fonctionnement mentale

- La vie relationnelle (relation socioprofessionnelle, équipes soignantes....etc.).
- La capacité d'exprimer et d'associer concernant les souvenirs et les projets d'avenirs.
- Les événements importants dans la vie du patient.
- La vie sexuelle du patient.
- Les caractéristiques de la vie onirique.

2. L'analyse du test de TAT

Les différentes procédées d'élaboration du discours ont été recensés grâce à l'établissement d'une grille d'analyse appelé feuille de dépouillement. Cette feuille sert de grille de référence pour apprécier et coté les particularités de

construction de chacune des histoires. Devisées en quatre grandes catégories de procédés.

2.1 Les mécanismes de défenses

Selon V. Shentoub, le TAT est utilisé dans une perspective clinique et dynamique, la méthode d'analyse repose sur l'étude des procédés mis en œuvre dans l'élaboration des récits.

-Série « A » et « B »

Ces deux premières catégories renvoient à des procédés d'élaboration du discours susceptible d'être sous-tendus par des mécanismes de défenses névrotiques et en particulier le refoulement, témoins de l'existence d'une « conflictualité » intrapsychique et notamment d'une lutte entre les systèmes de l'appareil psychique : en termes de première topique, préconscient-conscient/inconscient ou en termes de deuxième topique, lutte entre le ça et le surmoi à travers le Moi, ce qui suppose l'existence d'un espace interne constitué, nettement différencié par rapport au monde extérieur, espace interne qui servira de scène au déploiement et à la dramatisation des conflits.

Dans la série « A » est pris en charge par la pensée porteuse de l'expression du désir et de la défense, dans la série « B » par la mise en scène des relations interpersonnelles qui vient figurer l'affrontement entre les instances.

- La Série « c »

Elle traite des mécanismes d'évitement. On y distingue cinq séries des procédés ;

-Les procédés de la série « C/P » : ils relèvent plus spécifiquement d'aménagement phobique dans les quels dominent l'évitement et la fuite. Leur association avec des procédés de la série « A » et « B », signe la nature névrotique de conflit.

-Les procédés de la série « C/N » : ils ont été dégagés par F. Brolet (1981,1983) au cours d'une étude sur les personnalités considérées comme « personnalité à trait narcissique grave » et développés dans son ouvrage le TAT fantasme et situation projective. Cette série de procédés renvoie à la modalité

Chapitre V La démarche de la recherche et la population d'étude

narcissique de fonctionnement psychique et plus particulièrement au surinvestissement de la polarité narcissique du fantasme.

-Les procédés de la série « C/M » : ils renvoient au mécanisme de type maniaque pris au sens kleinien de lutte antidépressive. Certains cherchent à évacuer les représentations et les affects dépressifs.

-Les procédés de la série « C/C » : ils répertorient des conduites agies qui constituent un recours au comportement pendant la passation de test. Ces conduites peuvent être liées à une difficulté momentanée ou durable dans le travail d'élaboration psychique et / ou s'inscrire dans une régulation ou une relance de processus associative.

-Les procédés de la série « C/F » : dégagés par R. Debray (1978), ils se distinguent des procédés de la série « C/P » dans la mesure où l'inhibition la plus associée à des mécanismes de refoulement reconnaissable à travers le retour du refoulé. L'angoisse est, en apparence, absente et le stimulus est investi comme objet réel et non plus comme source de réactivation fantasmatique.

Tous les procédés de la série « C » peuvent apparaître dans des modalités de fonctionnement psychique variées. La question de savoir si leur utilisation n'est que transitoire ou bien s'ils interviennent de façon dominante, se pose toujours, ce qui revient, en fait, à s'interroger sur la valeur dynamique et économique de ces procédés.

La série « E »

Regroupe des modalités de pensées saturées en processus primaires. Certains traduisent un surinvestissement de fantasme archaïque, ce qui ne renvoie pas nécessairement à des modalités de fonctionnement psychique pathologique.

La présence de mécanismes de la série « E » en petite quantité est attendue au TAT : leur apparition met alors l'accent sur une certaine perméabilité des instances et une souplesse qui autorisent l'irruption et la circulation de fantasmes et / ou d'affects plus massifs sans que pour autant le sujet en soit complètement désorganisé. On distingue dans cette série des procédés qui traduisent :

-Des défaillances majeures des conduites perceptives et de l'ancrage dans la réalité externe ;

-Des perturbations profondes liées à l'envahissement par le fantasme ; des troubles majeurs liés à la relation d'objet voire à l'identité ;

-Et en fin des troubles liée à la désorganisation de la pensée et du discours qui dès lors mais s'inscrit plus dans une logique de communication. (C. Chabert, 2004, P. 85 à 88).

2.2 La lisibilité

1°procédés présents

-A.....

-B.....

-C Ph..... CF.....CM.....

-D.....

-E.....

2° évaluations des modalités du fonctionnement mental

- **Type 1 (lisibilité+)**

- Procédés souples et variés (« mixte »).

- Présence des facteurs A1 et B1.

- Affects nuancés.

- Histoires structurées.

- Résonance fantasmatique.

- **Type 2° (lisibilité #)**

- Prédominance des facteurs A2

 - Et/ou B2

 - Et/ou C

 - Et/ou D

- **Type 3° (lisibilité - ou +)**

- Prédominance des facteurs E et C et D

- Défenses massives, affects massifs, (envahissement par les fantasmes sous-jacents).

2.3 Les problématiques globales

A. les problématiques œdipiennes ;

-La planche 1 : renvoie préférentiellement à l'identification à un individu jeune en situation d'immaturité fonctionnelle. Dans le meilleur des cas, cela implique la reconnaissance de l'angoisse de castration, problématique essentielle posée par cette planche, à savoir la reconnaissance de l'immaturité actuelle de l'enfant et la possibilité de s'en dégager dans projet d'identification. La problématique de castration ne doit pas seulement s'entendre en terme de puissance/ et d'impuissance, mais également comme la position d'accéder à la jouissance et au plaisir. (V. Shentoub et Coll. 1990, P. 45).

-Planche 2 : la relation triangulaire figurer est susceptible de réactiver le conflit œdipien. Quand l'identité est stable il existe une différenciation effective entre les trois personnages. Dans un certain nombre de cas, le conflit ne se noue pas en terme triangulaire mais se joue dans une relation duelle. Quand les processus identitaires sont peu stables il apparait une pseudo-triangulation soit par télescope des rôles, soit par clivage entre un bon et mauvais objet qui viennent se substituer à la différenciation des sexes.

-Les planches 4, 6GF : structurer avec évidence par la différence des sexes et / ou des générations se prêtent moins aisément à des associations agressives. Cependant leur caractéristique relationnelle qui privilégie un approché duel, donne lieu à des manifestations d'angoisse parfois intenses quand le sujet a du mal à se situé par rapport à une image parentale ressentie comme dangereuse par sa puissance et sa proximité : on observe des débordements pulsionnels, des émergences des processus primaires, ou encore une inhibition invalidante qui rend compte de l'impossibilité à métaboliser les conflits. (D. Anzieu, et Coll. 2004, P. 153-154).

-Planche 10 : est exemplaire pour montrer la diversité des registres conflictuels qu'elle est susceptible de réactiver : au niveau le plus évolué, elle permet d'évoquer la liaison entre tendresse et libido, soulignant par la même l'élaboration et le déclin du conflit œdipien, celui-ci apparait dans l'évocation de la curiosité sexuelle, de scénarios sous-tendus par des fantasmes de scène primitive, ou par le désir de séparer le couple parentale.

B. Les problématiques dépressives

-Les planches 3BM, 13BG, 12BG : renvoient d'emblée à une problématique de perte d'objet, quand l'accès à l'ambivalence n'a pas été

possible, les sujets régressent vers une position schézo-paranoïde sens de M. Klein (planche 3BM : thèmes d'empoisonnement, de persécution) ou bien se défendent contre l'angoisse sur un mode maniaque planche 13B, non reconnaissance de dénuement de l'enfant ou de la précarité de l'environnement. Les deux planches test la possibilité du sujet à se maintenir dans sa continuité d'être, alors que l'objet est perdu (planche 3BM) ou absent (planche 13B), quand ces conditions ne sont pas remplies, ces planches donnent lieu à des thèmes de destruction (planche 3BM), à des représentations et/ ou à des défenses massives (planche 13B, abondons, dénouement extrême ou déni de l'angoisse et de la dépression). (D. Anzieu et Coll. 2004, P. 154, 155).

C. Les problématiques prégénitales

-La planche 11 : cette planche met à l'épreuve la capacité du sujet à élaborer l'angoisse prégénitale. Le sujet est-il capable de plonger dans ce matériel dont la sollicitation régressive est particulièrement importante et stressante, dans quelle mesure peut-il aménager cette « plonger régressive », remonter et reconstruire un passage relativement organisé à partir d'un matériel chaotique en se raccrochant aux éléments du matériel manifeste plus structurants.

-Planche 19 : la mer comme la neige sont des références à la nature qui renvoient implicitement et symboliquement à l'imgo-maternelle. Le stimulus réactive une problématique prégénitale dans l'évocation d'un contenant et d'un environnement permettent la projection du bon et du mauvais objet. La planche pousse également à la régression et à l'évocation du fantasme phobogène.

-Planche 16 : renvoie à la manière dont le sujet structure ses objets privilégiés et aux relations qu'il établit avec eux. Par ailleurs la dimension transférentielle de la situation est intensifiée dans la mesure où le matériel n'est pas figuratif, et où il s'agit de la dernière planche proposée.

Conclusion

Le chapitre méthodologique est la base principale sur laquelle se construit une étude empirique, comme dans tout autre travail de recherche, utilise des méthodes et des techniques d'investigation qui nous permettent, à nous psychologues chercheurs de répondre aux questions que nous avons posées et vérifier les hypothèses que nous nous faisons en ce qui concerne le développement de l'être humain qu'il soit normal ou pathologique. On ajoute à

Chapitre V La démarche de la recherche et la population d'étude

cela une rigueur dans l'analyse des données recueillies, et d'assurer une bonne organisation et planification de ce travail de recherche intitulé le « fonctionnement mental chez les diabétiques ».

Chapitre VI

Présentation et analyse des résultats

La partie pratique

Chapitre VI : Présentation et analyse des résultats

❖ Cas Samir

1- L'analyse de l'entretien clinique

Samir est âgé de 30 ans, d'une taille moyenne, brun, yeux marron et cheveux noirs, bien habillé. Il est le deuxième d'une fratrie de trois enfants, Samir est fiancé, Il est titulaire d'une licence en management, est chargé d'étude dans une entreprise étatique.

1.1 La santé physique

➤ La santé antérieure (enfance et adolescence) et santé actuelle.

Dans les antécédents médicaux de Samir, on ne trouve aucune maladie connue jusqu'à l'apparition de son diabète à l'âge de 20 ans, où il a été hospitalisé pendant 12 jours à cause d'une hyperglycémie. La survenue de son diabète était juste avant la période du bac, la où il a échoué à son premier examen.

➤ Les facteurs héréditaires et complications de la maladie

On a constaté que son diabète n'est pas héréditaire. Le patient s'est décrit que depuis sa maladie a perdu beaucoup de poids, son traitement le dérangeait énormément dans sa vie quotidienne, dont il est obligé d'être observant tous les jours. Il ne respecte pas son régime alimentaire. Depuis sa maladie, il ressent toujours une fatigue et souffre d'insomnies.

➤ Relation entre événements traumatisants et quelques maladies et complications

Suite à notre entretien avec Samir, on a déduit que son diabète s'est déclaré suite au stress intense qu'il a vécu juste avant la période du bac mais qu'il a aussi subi d'autres chocs dans sa vie, concernant la succession de la perte objectale, Samir a perdu ses parents dès son plus jeune âge. Premièrement, la perte de son père à l'âge de 5ans, événement qui a coïncidé avec l'extinction du complexe d'œdipe, après, à l'âge de 11 ans, en pré-puberté, il a perdu sa mère où il a été prit en charge par sa grand-mère.

1-2 Caractéristiques du fonctionnement mental

➤ La vie relationnelle (la vie familiale, relation socioprofessionnelle et l'équipes soignantes....).

Durant l'entretien, Samir était très calme et même timide. Son discours avait une connotation accentuée de tristesse. Concernant sa relation avec sa famille, elle s'est beaucoup améliorée en disant ; « Elle a beaucoup changé à de bonnes choses »¹¹ puisque c'est tout le monde qui s'inquiète pour lui, il était élevé par sa grand-mère envers laquelle il éprouve un attachement et un amour.

En ce qui concerne l'équipe soignante, il a du mal à se stabiliser car il ne se sentait pas bien avec son médecin traitant. En revanche, il s'entend bien avec ses collègues de travail, en disant ; « un respect réciproque »²².

➤ La Capacité d'exprimer et d'associer concernant les souvenirs et les projets d'avenir

Durant l'entretien, le patient a manifesté des prémisses de transfert positif, il répondait à toutes nos questions et avec plaisir et sans aucune hésitation, en soulignant son besoin de voir une psychologue pour être soulagé. Il a signalé comme bons souvenirs les moments qu'il a passés avec sa grand-mère.

Samir s'est fait des projets ; il voudrait avoir sa propre cafétéria et voyager un peu, il souhaite surtout fonder une famille, avoir des enfants, vivre dans la paix et que sa santé se rétablisse à l'avenir.

➤ Les événements importants dans la vie du patient

Samir a vécu des événements, heureux et malheureux, qui ont marqué sa vie, dont la perte de ses parents qui l'a beaucoup affecté, ainsi que le jour de ses fiançailles et les moments mémorables qu'il a vécus avec sa grand-mère.

¹ تبدال مليح غواين لعالي
² تقذار غثن تقذارني

➤ **La vie sexuelle du patient**

La vie sexuelle de Samir a connu un grand changement qui s'est manifesté par une restriction et baisse de sa puissance sexuelle, que lui-même avait signalée avec la grande inquiétude que cela va lui causer des complications avec sa conjointe, au futur.

➤ **Les caractéristiques de la vie onirique**

La vie onirique de Samir est pauvre. Il nous a révélé que depuis environ 8 ans il n'a jamais fait de rêve, tant dis qu'avant, il faisait des rêves dont il ne se souvenait pas. On trouve ici l'absence des rêves que P. Marty nous révèle dans son article " à propos des rêves chez les malades somatique " ; «qu'on peut penser que le dormeur a refoulé l'existence même ou le contenu de ses rêves, et on peut aussi penser qu'il ne se souvient pas de ses rêves par manque d'intérêt ou d'effort. Il se pourrait aussi qu'il se présente pour lui une défense à laisser ses rêves apparaître ou, comme en analyse, une résistance à révéler leurs contenus ». (P. Marty, 1984, P1147).

Conclusion des données de l'entretien

Par apport à la santé antérieure et actuelle de Samir, on signale qu'il souffre d'un diabète, depuis l'âge de 20 ans suite au stress qu'il s'est infligé avant la période du bac, après à l'âge adulte il développé plusieurs complications il a souffert de fatigue et d'insomnies. Aussi on a constaté que son diabète n'est pas héréditaire.

Les caractéristiques du fonctionnement mental, on trouve une pauvreté dans sa vie onirique, il nous a révélé que depuis environ 8 ans il n'a jamais fait de rêve, tant dis qu'avant, il faisait des rêves dont il ne se souvenait pas. On ce qui concerne les souvenirs, il a signalé comme bons souvenirs les moments qu'il passé avec sa grand-mère, en fin un mauvais souvenir la perte de ses parents. Concernant son fonctionnement mental, il est doté d'une mauvaise mentalisation

2. L'analyse du test « TAT »

➤ Planche 1

11'' A l'âge de 15ans عاشغت déjà le moment أي avec mes amies, un groupe chacun اسع l'instrument, on a passé des moments extraordinaires....et sa reste toujours dans la mémoire 43''.

-Procédés : Samir à commencé le récit par un éloignement temporo-spatial (A2-4), insistance sur le repérage des limites et des contours (C/N-6) et des craquées verbales (trouble de la syntaxe) (E-17), une inadéquation du thème au stimulus (E-7).

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : La problématique n'est pas perçue par Samir ni élaboré a cause de l'inadéquation du thème au stimulus, et suite à l'utilisation des mécanismes d'évitement du conflit.

➤ Planche 2

2'' exactement c'est un moment, تعيشغت ارثورا نسع ثيبحيرث, excitera مزال
 خدمغ ثيبحيرث نقشغ تزوغ ثوسم تعاشغت أر ثور justement نك داغن خدمغ même نخدم
 moment C'est une famille اسقارن ils sont rassembler
 C'est tous 50''.

-Procédés : Le récit a débuté avec une insistance sur le repérage des limites et des contours (C/N-6), des craquées verbales (troubles de la syntaxe) (E-17) et un motif de conflit non précisé (C/P-4), un accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), scotome d'objet manifeste (E-1) et a la fin une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type2(±)

-Problématique : La problématique n'est pas perçue ni traité par le patient, à cause d'un accent porté sur les relations interpersonnels, et des procédés d'évitement du conflit.

➤ Planche 3 BM

8'' c'est quelqu'un qui pleure, c'est sa ...? Non exactement qu'est ce que je vois, une personne quelqu'un de triste, de pleuré... ثوسم دلعبد اقزارن dans le

future ينس impossible de réaliser des choses ...faible de personnalité c'est possible 1.10".

-Procédés : Expression verbalisée d'affect (B1-4) et une demande faite au clinicien (C/C-2), avec une tendance générale à la restriction (C/P-2), annulation (A2-9) et une tendance générale à la restriction (C/P-2), un motif de conflit non précisé (C/P-4) et craquées verbales (trouble de la syntaxe) (E-17), idéalisation de l'objet à valence- (C/M-2) et à la fin une hésitations entre représentations différentes (A2-6).

-Lisibilité : type 2(±)

-problématique : La problématique de la planche qui renvoie à la position dépressive est perçue, et peu élaboré à cause des mécanismes du conflit utilisé par le patient.

➤ Planche 4

2'' c'est possible un couple qui vit ensemble, a un problème, un problème, sa femme qui vient de l'empêcher d'aller...dans la famille il ya plusieurs cas... 50''.

-Procédés : Le récit a commencé par une hésitations entre représentations différentes (A2-6), un accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3) et un motif de conflit non précisé (C/P-4), avec accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3) et un aller retour entre désirs contradictoires (B2-7), une tendance générale à la restriction (C/P-2), mise en tableau (C/N-8) et en fin une intégration des références sociales et du sens commun (A1-3).

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : La problématique de cette planche est perçue, avec les deux pôles tendresse et agressivité, mais les procédés d'évitement du conflit, et du contrôle n'ont pas permis une bonne élaboration du récit.

➤ Planche 5

4'' La maman qui rentre dans une cuisine 38''

-Procédés : Accent porté sur le quotidien (C/F-2) et une fausse perception (E-4), tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type 2(±)

-Problématique : La problématique qui renvoie à l'image maternelle mosaïque est perçue par le sujet, une femme qui cherche quelque chose à l'intérieur de la chambre, mais l'intervention des procédés du conflit ne la pas laissé développé son récit.

➤ **Planche 6BM**

4''

Un homme à coté de sa mère, sa grand-mère...Il vient de dire quelques choses, quelques choses au prés de sa mère 52'' اكن اسقارن انحشم داشو ازارغ داي

-Procédés : Le patient procède par une nécessité de posé des questions (C/P-5), et un accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), hésitation entre interprétation différente (A2-6), et un récit en dialogue (B2-3), et à la fin un appel à des normes extérieures (C/F-4).

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : La problématique à la relation mère/fils est perçue, mais il n'a pas pu élaborer le rapprochement œdipien à cause des procédés des d'évitement du conflit.

➤ **Planche 7BM**

1'' c'est le contraire de la précédente ...et puis اكن اتبان il est d'accord avec son père اكن اسقارن لحجة لعالي اتزرت un homme avec son père 36'' اند اتفت اك et puis c'est rare اكن سقارن ستقباليت تزدي لخوانسن

-Procédés : Le récit à commencé par une entrée directe dans l'expression (B2-1) avec accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3) et idéalisation de la représentation de l'objet valence + (C/M-2), recours à des références littéraires, culturelles (A1-2) et a la fin un commentaire personnel (B2-8).

-Lisibilité : type 2 (±)

-problématique : La problématique qui renvoie au rapprochement père/fils est perçue par le patient, mais on souligne qu'elle est peu élaborée à cause d'élaboration des mécanismes d'évitement du conflit.

➤ Planche 8BM

6'' اكن اسقارن العنف اكن اسقارن داين اكترون ثور surement لوقت اي

Ca fait pas 3jours ou 4 jours, un enfant est tué

سلحوايح أي Qui s'appelle Aymen انشثي داين اسقارن انتشر في المجتمع

Il ya une personne qui est contre داشواخدمن اكي 51''.

-Procédés : appel à des normes extérieures (C/F-4) ; expression crues liées a une thématique sexuelle ou agressive (E-8) ; remâchage (A2-8), appel à des normes extérieures (C/F-4) ; précision chiffré (A2-5), expression crue liée a une thématique sexuelle ou agressive (E-8), intégration des références sociales (A1-3), anonymats des personnages (C/P-3).

-Lisibilité : type 2 (±)

-problématique : La problématique de l'agressivité auxquelles renvoie la planche était perçue et peu élaboré à cause de télescopage des rôles entre premier plan et deuxième plan, avec l'utilisation des procédés d'évitement du conflit.

➤ Planche 10

2''Ce qui exprime l'amour du père a son fils ...ça même moi j'ai vécu ces moment avec ma grand-mère, et justement sa me rappel des moments que j'ai vécu avec ma grand-mère et ces des souvenir qui reviens toujours. 5''

-Procédés : Il s'est accentuée sur le procédé qui concerne l'expression verbalisée d'affect (B1-4) ; accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), tendance générale a la restriction (C/P-2), et à la fin le patient à procédé avec une référence personnelle ou autobiographique (C/N-2).

-Lisibilité : type 2 (±)

-problématique : La problématique qui renvoie aux retrouvailles de couple n'est pas perçue, à savoir la différenciation des sexes qui n'est pas perçus, et ni élaboré par l'utilisation des procédés d'évitement du conflit et de labilité.

➤ **Planche 11**

10" Justement je n'ai pas compris le tableau اكن اسقارن ... la nature ...

Une cascade ... Oh J'ai pas compris افهمغار 57''.

-Procédés : Le patient a commencé le récit par une hésitation entre interprétations différentes (A2-6) un éloignement temporo-spatial (A2-4) puis annulation (A2-9) et une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : La problématique prégénitale n'est pas perçue, ni élaborée par le sujet, à cause d'une tendance générale à la restriction, et l'utilisation des mécanismes du contrôle, tel que l'annulation et les mécanismes d'évitement du conflit.

➤ **Planche 12BG**

15'' C'est la nature, il y'a un arbre, un bateau 57''.

-Procédés : Tendance générale à la restriction (C/P-2) et description avec attachement aux détails (A2-1). Et à la fin il a procédé par une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type 2(±)

-problématique : La problématique dépressive réactivé par la planche n'est pas perçue, ni traité à cause d'une tendance générale à la restriction, et l'utilisation des mécanismes d'évitement du conflit.

➤ **Planche 13B**

11'' اكشيش اكن اسقارن زات نتورث C'est possible qu'il attende quelqu'un تعسن

Toujours des solutions qui vont les aider, quelqu'un qui souhaite d'une autre personne un coup de pouce pour aller loin 50''.

-Procédés : Samir s'est accentuée sur le procédé qui concerne l'éloignement temporo-spatial (A2-4), commentaire personnel (B2-8), craquées verbales (trouble de la syntaxe) (E-17) et un surinvestissement porté sur la fonction d'étayage de l'objet (CM-1).

-Lisibilité : type 2 (#)

-problématique : La problématique dépressive auquel renvoie le matériel est perçue, et peu élaborée, par l'évocation du procédé porté sur la fonction d'étayage de l'objet, et l'évocation des mécanismes du contrôle et d'évitement du conflit n'a pas laissé Samir, développé son récit.

➤ **Planche 13MF**

20'' Quelqu'un qui cache Derrière son drap pour ne pas voir quelques chose, c'est possible il est timide ...honte de sa femme, quelqu'un qui n'accepte pas de voir les choses أي ...C'est pour ça qu'il évite de faire ابن الن Devant lui 1.15''.

-Procédés : Le patient a commencé le récit par anonymats des personnages (C/P-3), fausse perception (E-4), une hésitation entre interprétations différentes (A2-6), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), anonymat des personnages (C/P-3) ; et a la fin érotisation des relations, symbolisme, transparent (B2-9).

-lisibilité : type 2(±)

-problématique : La problématique de la sexualité est perçue dans ses deux dimensions, mais elle est peu élaborée à cause de l'appariation des procédés labile, et du contrôle, ainsi les procédés d'évitement du conflit.

➤ **Planche 19**

10''Sincèrement wallah مفهمغت 57''.

-Procédés : Le récit a débuté avec idéalisation de soi (C/N-10), puis le patient n'a pas développé et donc il a clôturée avec une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type 3(-)

-Problématique : La problématique prégénitale de la planche n'est pas perçue ni élaborée a cause une tendance générale a la restriction, et l'utilisation des mécanismes d'évitement du conflit.

➤ **Planche 16**

3'' Exactly Dans le futur ou quoi ? ذابن اتمنع انشاله انشاله غ Le futur, une très belle vie.... Réaliser toute mes projets et vivre avec ma famille et inchallah ma santé va améliorer dans le plus 50''.

Procédés : une demande faite au clinicien (C/C-2), accent porté sur l'éprouvé subjectif (C/N-1), remâchage (A2-8), un éloignement temporo-spatial (A2-4), idéalisation de soi (C/N-10), insistance sur le fictif (A2-12), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3).

-lisibilité : type 2 (\pm)

-problématique : Samir veut réaliser ses désirs à partir cette planche blanche, et l'intervention des procédés du contrôle, insistance sur le fictif, puis l'évitement du conflit, avec idéalisation du soi, et l'accent porté sur l'éprouvé subjectif.

2.1 Les mécanismes de défense à partir du protocole

1- La première impression

Samir a traité toutes les planches sans aucun refus, mais on note la planche 19 qui était refusés, dont cette dernière porte sur l'idéalisation de soi. Donc les procédés d'évitement du conflit occupent la première place, où on remarque, qu'il a avancée beaucoup de tendance générale à la restriction (C/P-2), et hésitations entre interprétations différentes (A2-6), et aussi un accent porté sur relations interpersonnels (B2-3).

2- Les procédés utilisés

Tous les procédés de la feuille de dépouillement sont présents, à savoir les procédés d'évitement du conflit C, de contrôle A, de labilité B, et a la fin les procédés d'émergence en processus primaire E. la répartition des procédés n'est pas homogène, on remarque la dominance des mécanismes d'évitement du conflit avec un pourcentage de 41,77%, à savoir la présence des procédés phobique, où on souligne la présence des tendances générale à la restriction, anonymat des personnages, et aussi motifs des conflits non précisés.

Le registre de contrôle était dans la deuxième position, avec un pourcentage de 24,05%, à savoir des hésitations entre interprétations différentes, et un éloignement temporo-spatial.

Dans la troisième position, on trouve la présence des procédés de labilité, avec un pourcentage de 22,78%, avec un accent porté sur les relations interpersonnels.

Pour la série d'émergence des processus primaires, qui est à la dernière position, avec un pourcentage de 11,39%, qui se caractérise par des craquées verbales (troubles de la syntaxe).

3. Problématiques de tout le protocole

A-Problématiques œdipiennes

Dans la planche 1, le patient n'a pas perçue, ni traité la problématique à cause d'inadéquation du thème au stimulus, dans la planche 2, la problématique n'est pas perçue, ni élaboré par le sujet à cause d'un scotome d'objet manifeste, pour la planche 4, la problématique conflictuelle du couple, est perçue, mais peu élaboré par le patient, dans la planche 7BM, la problématique de rapprochement père/fils est perçue par le patient, et dans la 8BM, la problématique de l'agressivité est perçue, et dans la planche 10, la problématique, elle est ni perçue, ni traité par Samir.

B-Problématiques dépressives

Dans la planche 3BM, le patient à perçue la problématique dépressive, et la planche 12BG, la problématique, elle est ni perçue, ni élaboré par le patient, à cause d'une tendance générale à la restriction, et pour la planche 13B, Samir, a perçue et traité la problématique.

C-Problématiques archaïques

La planche 11 qui renvoie à la problématique prégénitale, elle est ni perçue, ni élaboré par le sujet à cause d'une tendance générale à la restriction, pou la planche 19, elle est ni perçue, ni élaboré, et dans la planche 16, elle était perçue et traitée, on se projetant dans l'avenir.

Conclusion des données de TAT

L'analyse de protocole, nous montre que le patient, mobilise les mécanismes d'évitement du conflit au premier plan, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé, par rapport aux autres procédés, et en deuxième plan, les mécanismes du contrôle, et au troisième plan les procédés labile, et en fin les procédés d'émergence en processus primaires. La plus part

des problématique sont perçues par le patient, mais leurs traitement restent rares.

A partir de tout le protocole du TAT, Samir est doté d'une mentalisation incertaine.

Résumé du cas

Concernant le fonctionnement mental de Samir, on constate qu'il est doté d'une mauvaise mentalisation. Premièrement, apparu où cour de son entretien. et deuxièmement cette hypothèse est confirmé par les donnée de TAT le fonctionnement mental, de Samir est doté d'une mentalisation incertaine.

Samir suite à son diabète, il souffre d'une fatigue, insomnies, diminution de l'envie sexuelle. En ce qui concerne l'apport de l'environnement est favorable, ce qui joue un rôle important, qui le protège pour ne pas s'effondrer dans une désorganisation somatique, selon la conception de P. Marty, parce que l'appareil psychique de Samir est dépourvu de mécanisme de défense rigoureux, qui le protège d'éventuelle désorganisation.

Tableau N°1 : Evaluation quantitative des procédés présents

A	B	C					E
A1-2=1	B1-4=2	P	N	M	C	F	
A1-3=2	B2-1=1	C/P2=11	C/N-1=1	C/M1=1	C/C2=2	C/F2=1	E1=1
A2-1=1	B2-3=9	C/P-3=2	C/N-2=1	C/M2=2		C/F4=3	E4=2
A2-4=4	B2-7=1	C/P-4=3	C/N-6=2				E7=1
A2-5=1	B2-8=2	C/P-5=1	C/N-8=1				E8=2
A2-6=4	B2-9=1		C/N10=2				E17=4
A2-8=2							
A2-9=2							
A2-12=1							
		£=19	£=7	£=3	£=2	£=4	
£=18	£=16	£=35					£=10
24,05%	22,78%	41,77%					11.39%

❖ Cas Omar

1-L'analyse de l'entretien clinique

Omar âgé de 38 ans, il est maigre, d'une taille moyenne, des cheveux noirs, yeux marron, présentable, bien habillé et souriant, il est le quatrième d'une fratrie de sept enfants, marié depuis 5 ans et père de deux filles. Il a arrêté ses études en 9^{em} année moyenne. Actuellement, il travaille dans une entreprise étatique.

1.1-La santé physique

➤ La santé antérieure (enfance et adolescence) et santé actuelle

Durant notre entretien avec Omar, on souligne qu'il a contracté le diabète depuis l'âge de 10 ans, où il a été hospitalisé pendant 20 jours à cause d'une hyperglycémie. Il a été mis sous insuline et puis son état s'est amélioré. À l'âge de 18 ans, Omar a subi une intervention chirurgicale pour ablation de l'appendicite. De plus, à l'âge de 28 ans, il a développé une hypertension artérielle. On souligne que l'état de santé d'Omar est en dégradation.

➤ Les facteurs héréditaires et complications de la maladie :

Concernant les facteurs héréditaires, on souligne que son diabète est héréditaire puisqu'il est issu des parents diabétiques, ce qui met en évidence l'importance du facteur héréditaire dans la genèse de la maladie chez Omar.

Quant aux complications de la maladie, Omar mentionne sa souffrance au début de sa maladie, engendrant des troubles de sommeil, et une perte du poids en disant que ; « j'ai perdu 4 kg en 2 mois et 6 kg après 3 mois »¹. Actuellement, il souffre d'une diminution de l'acuité visuelle, et parmi les complications aussi un début d'impuissance sexuelle.

➤ Relation entre les événements traumatisants et quelques maladies et complications

Suite à notre entretien avec Omar, on a déduit qu'il a subi plusieurs événements traumatisants, dont le premier remonte à l'âge de 14 ans, lors du décès de sa mère, il a passé plusieurs jours à pleurer sans pouvoir dormir tout

¹ سروحف ربعة كيلوكشهر اين اي سنة كيلو كئلتشهور

seul. Après à l'âge de 20 ans, Omar a subi un autre choc suite à un accident qui s'est passé devant sa maison dont il a assisté; un vieux écrasé par un grand camion, en lui causant une mort violente. Cela a laissé chez notre patient une peur terrifiante, Cet événement était traité dans son espace psychique en développant une symptomatologie nouvelle qui est la peur terrifiante.

1.2 Caractéristique de fonctionnement mental

➤ **La vie relationnelle ;(la vie familiale, relation socioprofessionnelle, et l'équipes soignantes...)**

On ce qui concerne la vie relationnelle, on a souligné qu'Omar est en bonne relation avec toute la famille, en particulier son père, il le surinvestie comme fonction d'étayage, en disant ; « mon père c'est mon bras droit, il m'a aidé dans tous les domaines »², il a aussi dit qu'il s'entend très bien avec sa femme et ses filles. Omar a rajouté qu'il est en bon contact avec ses collègues de travail. Omar avait déclaré qu'il a une bonne relation avec toute l'équipe soignante.

➤ **La capacité d'exprimer et d'associer concernant les souvenirs et les projets d'avenir**

Dés la première séance, le patient a éprouvé une tendance à un transfert positif envers nous. Il a répondu à toutes nos questions sans aucun refus. Concernant, les souvenirs Omar, a du mal a les évoquées facilement, il nous a fait part de quelques bons souvenirs avec sa famille, en disant ; « je suis heureux avec ma famille »³, et comme mauvais souvenirs, la perte da sa mère, il a aussi déclaré que son projet d'avenir consiste à ouvrir un grand centre commerciale, en parallèle, il aimerait aussi pratiquer du sport, qui peut être une voie d'écoulement et de décharge des excitations a fin de protéger son cops.

➤ **Les événements importants dans la vie du patient**

Durant l'entretien le patient avait exprimé des mauvais souvenirs, tel que le jour de décès de sa mère à la période d'adolescence, et l'annonce de sa maladie (diabète). Ensuite, parmi les événements les plus heureux ; son mariage,

² بابا دافوسو ايفوسو ايعونن ككولش

³ تعيشغ اكنقوم واحي دلافامينو

puisque'il a épousé celle de son choix, en disant ; « j'ai épousé celle que j'aime »⁴, il a aussi été marqué par la naissance de sa première fille.

➤ La vie sexuelle du patient

Omar a souligné une diminution importante de la puissance sexuelle qui l'a perturbé profondément, ce qui a influencé sa vie conjugale.

➤ Les caractéristiques de la vie onirique

Sa vie onirique est pauvre, car d'après l'entretien, notre patient dit qu'il lui arrive de faire des rêves mais rarement, généralement il ne s'en souvient plus du contenu, sinon c'est des cauchemars. Il a souligné que durant la période de la perte de sa mère, il a beaucoup rêvé, surtout les premiers jours, en déclarant ; « je rêve que de ma mère »⁴, mais maintenant pas trop. Par conséquent, on pourra dire que sa vie onirique était sous forme de cauchemar à cette période, qui signifie que son appareil psychique était dans un état de sidération.

Conclusion des données de l'entretien

Par rapport à la santé antérieure et actuelle d'Omar, on signale qu'il souffre d'un diabète insulino-dépendant depuis l'âge de 10 ans, après à l'âge adulte, il a développé une hypertension artérielle. Aussi on constate que son diabète est héréditaire.

Les caractéristiques du fonctionnement mental, On trouve une pauvreté dans sa vie onirique, il fait des rêves rarement mais il ne s'en souvient plus. On ce qui concerne les souvenirs, il a mentionné des bons souvenirs avec sa famille, et enfin un mauvais souvenir, qui est la perte de sa mère. Concernant son fonctionnement mentale, on été hésitant, cette position de psychologue P. Marty souligne que le patient est doté d'une mentalisation incertaine.

2. Les données et analyse de TAT

➤ Planche 1

''22 دافشيش يتوالي نع خاطي نتواليدت د افشيش دامزيان اطلاي غتقطارث. ثورا ارسنر اتسدو

اهات دابرد امنز اتزر 1'00''

⁴ اوغاغ ثين اتحبيغ

-Procédé : après un silence important intra-récit (C/P-1), Demande faites au clinicien (C/C-2), accrochage au contenu manifeste (C/F-1), anonymat des personnages (C/P-3), hésitation entre interprétations différentes (A2-6), intégration des référence social et de sens commun (A1-3).

-Lisibilité : type 2(±)

-Problématique : La problématique de l'immaturation fonctionnelle est perçue par Omar, car il y'a un conflit intrapsychique entre l'incapacité de l'enfant devant l'objet adulte mais le récit reste peu élaborer à cause de la tendance générale a la restriction.

➤ Planche 2

7''

أي ثاي دلافوطو نتودار نلقبايل. تبايند تاقشيشث طروح اتقرا نغ اتخدم ارکز أي اخدم لقاعينس
ثمطوث امکن اترو طاليع داشو لعلاقة ایلان یار ثاي ثاي
1.49 "

-Procédés : Une intégration des référence sociales et de sens commun(A1-3), justification des interprétations par des détails(A2-2), avec un accent porté sur le faire (C/F-3), accent porté sur le quotidien, le factuel, le faire (C/F-2), et un isolement des personnages où des éléments (A2-15).

- Lisibilité : type 2(±)

-Problématique : La problématique de la triangulation œdipienne réactivé par la planche est perçue le patient, mais elle n'est pas élaborée en raison de l'évitement de conflit et l'accent qui est porté sur le faire et l'isolement des personnages.

➤ Planche 3 BM

تاقشيشث تحزن ثفشل Le problème اسنغار ادعبرغ ازمر لحال ثطالي ازمر تثخم دکرا اتحسن

-کصحینس زیس امشکل وای ابان 59"

Procédés : Une entrée directe dans l'expression (B2-1), anonymat des personnages (C/P-3), une posture signifiante d'affects (C/N-4), une critique du soi (C/N-9), et une précautions verbales (A2-3), et accent porté sur les conflits intra-personnelles (A2-17), hésitations entre interprétations différentes (A2-6), perception d'objet morcelés(E-6), expressions verbalisée d'affects nuancés, modulés par le stimulus(B1-4).

-La lisibilité : type 2(±)

-Problématique : La problématique dépressive est perçue par le sujet mais elle n'est pas élaborer à cause de l'intervention des mécanismes d'évitement du conflit.

➤ **Planche 4**

7'' دلکوبل زوجن. ابان ارکز أي افقع فلاس سعان لمشکل قلحایتسن ابان فودمس الا لمشکل قلعلاقنس ثمطثني تحلیث''07'1

-Procédés : Le récit a commencé par un affect fort ou exagérés (B2-4), un accrochage au contenu manifeste (C/F-1), remâchage (A2-8), et une représentation contrasté alternance entre les états émotionnels opposés (B2-6), en fin un surinvestissement de la fonction d'étayage d'objet (CM-1), tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : Type 2(±)

-Problématique : La problématique d'ambivalence pulsionnelle dans la relation de couple avec les deux pôles agressivité/tendresse est perçue par notre patient, mais non élaborer à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

➤ **Planche 5**

15''

اکن ایدتبان داخام ارومی. نتمطوث اخام ای ثطلی لحاجة نغ خاطی تسقسای فمیس. لقوطو ای ائصفر ا دصالو نغ دخام. لان لیلبرامثناس. لمهم ثطالی لحاجة تسقسای فلاس 03''

-Procédés : une précaution verbale (A2-3), et un éloignement temporo- spatiale (A2-4), une hésitation entre interprétation différentes (A2-6), avec une critique de matériel (C/C-3), une demande faite au clinicien (C/C-2), un accrochage au contenu manifeste de la planche (C/F-1), des craquées verbales (E-17), un remâchage (A2-8).

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : La problématique de l'image maternelle surmoïque est perçue par le sujet, par la femme qui cherche quelque chose à l'intérieure, pour

se jeter un œil discrètement sur ses enfant, mais l'intervention des procédés d'évitement du conflit et de contrôle ne lui a pas laissé développé le récit.

➤ **Planche 6 BM**

"6'ايلفطو تئوريد اماس دميس هدرن ارکزن افقع اقلق کل يون قلجه.امس ثفقع فلاس 24"

-Procédés : Accent porté sur les relations interpersonnelles récit en dialogue (B2-3), et une expression verbalisé d'affects forts ou exagérés (B2-4), tendance générale à la restriction (C/P-2).

- Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : La problématique de la relation entre mère et fils est perçue, mais il 'na pas pu élaborer le rapprochement œdipien à cause des procédés de contrôle.

➤ **Planche 7 BM**

"10(rit)

سين لعبياد يون دامكرن وايط دامزين اهت دمواكل نغ دلحاب هدرن يويرسن امقرانن
اتبان فلاس يرضى وايط امکن اتحسيسس
"1.17

-Procédés : Le discours a commencé par une agitation motrice (C/C-1), et une précision chiffrée (A2-5), un anonymat des personnages (C/P-3), détail narcissique idéalisation de soi (C/N-10), suivi un accent porté sur les relations interpersonnelles, récit en dialogue (B2-3), un surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet (CM-1), et en fin tendance général à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : Le patient n'a pas perçue la relation père et fils, et il a élaboré une problématique relative de respect entre deux personnage, on souligne que Omar n'a pas élaborer le récit a cause de mécanisme d'évitement du conflit.

➤ **Planche 8 BM**

"2'ابنديين. لفظويي ثخط لانت زيس بزاف لحوايچ لعبد ايي اطلق اتوقرح نهن اهنان تداونت اتواث
سوبشكط. اهت تعدينت معن اتمشبه مليح غمجروح اتداوث طبيب لفظويي استمشبهن ربي دلعالم
ديوان لعبد نغد دحد دحد ناطن' "2'02

-Procédés : Le discours a commencé par un affect au titre (C/N-3), suivi d'un commentaire (B2-8), un attachement aux détails narcissiques (A2-10), un remâchage (A2-8), annulation (A2-9).

-Lisibilité : type 2(±)

-Problématique : Le sujet a perçue l'agressivité au quelle renvoie la planche, et traité sous forme de formation réactionnelle mais le télescopage des rôles a entravé le développement du récit.

➤ Planche 10

12'' (rit) لفوطويي شوييا ائصفر ايللا زيس بزاف ابركن د طلام.ثلا لهدرا يار سينبي نلعباد بلعن

النسن اسنن يون اهدرس اوايط Adolescent '17'' 1

-Procédés : Le récit à commencé par une agitation motrice mimique(C/C-1), et une critique de matériel (C/C-3), un accent mis sur les qualités sensorielles(C/N-5),et un accent porté sur les relations interpersonnelles, récit en dialogue (B2-3), anonymat des personnages (C/P-3),et une précision chiffrée (A2-5), et une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type2 (±)

-Problématique : La problématique de retrouvailles du couple n'est pas perçue par le patient, sous l'influence de l'anonymat des personnages et l'intervention des procédés d'évitement du conflit qui sont l'accent qui est porté sur le contenu manifeste de la planche.

➤ Planche 11

5'' (rit) ائصفارا اكثر نتنا اعدان. استنيط دلحيط اغل سايبى بزاف ابركان ائصفار

1.22''

-Procédés : le récit commence par une agitation motrice(C/C-1), une persévération (E-10), un accent mit sur les qualités sensorielles (C/N-5), et une critique de matériel (C/C-3).

-Lisibilité : type 3-

-Prédominance des facteurs C

-Problématique : Le patient a perçue la problématique prégénitale, mais elle n'est pas traitée suite a l'insistance sur la critique du matériel.

➤ **Planche 12 BG**

1''

دطابعة .امكن دربيع لورد دشجرشبحنت ثاي اماكن ان بتي لاک وایى تابابورث تامزینت لفوظو ثبان بیا لعالیت .

-Procédés : Entrée directe dans l'expression (B2-1), un accrochage au contenu manifeste (C/F-1), un accent mis sur les qualités sensorielles (C/N-5), avec une précaution verbale (A2-3), un accrochage au contenu manifeste (C/F-1), et une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type2 (±)

-Problématique : La problématique dépressive réactivé par la planche est perçue, mais elle n'est pas élaboré par le patient a cause des procédés d'évitement de conflit.

➤ **Planche 13 B**

3''

اقشیش دامزیان کلبننی دقدیم لبني ابني سوسغار يتوحد کدونیت اي علی حساب لباس اثن کلوقت نربع نغ د صیف حفيان دولاش
1'33''

-Procédés : Le récit a commencé par une idéalisation de l'objet à valence négative (C/M-2), et un éloignement temporo-spatial (A2-4), avec un accent mis sur les qualités sensorielles (C/N-5), et une justification des interprétations par ces détails(A2-2),un accent mis sur les qualités sensorielles (C/N-5), une expression d'affects et/ ou de représentation contrastés (E-9),et en fin une idéalisation de la représentation de l'objet à valence négative (CM-2).

-Lisibilité : type 2(±)

-Problématique : La problématique qui renvoie a la capacité d'être seul est perçue par le patient, et élaborer par l'utilisation de procédé antidépressif.

➤ **Planche 13 MF**

Un couple اغاطٹ لحال فٹایی ازمر لحال دحد قلا فمی نغ ٹمطوٹس ٹهلك نغ ٹموٹ اكن ادتبان
8'' لفوطویی

اتان كخامنسن نت السا لبسا سواشوايخدم واح ايتفغ غربا .سوا اين ديدس نغ اولاد كلخدمة يفاتد
كلاشمبرنسن

1'50 اكا ٹموٹ ابان اترو ارن يتوقرح

-Procédés : Une hésitation entre interprétations différentes (A2-6), une expression d'affect et/ou de représentation massifs liés à toute problématique (E-9), un accent porté sur faire (C/F-3), et des craquées verbalée (E-17), et une expression verbalisé d'affect forts ou exagérés (B2-4).

-Lisibilité : type2 (±)

-Problématique : La problématique de la planche qui renvoie à l'agressivité et sexualité dans la vie du couple est perçue, mais dans un contexte latent, on souligne que le récit n'est pas très développé à cause des procédés d'évitement de conflit et la craquée verbale.

➤ Planche 19

15'' لافٹو اي ماشي امتيتنين شغل لمجسمات استنيط تابل نلاكوافوز ناغ علحساب نلافتو اي او علمغار
عل حساب لافٹو دل بيبي از مير غر اتميزغ مليح اوزمير غر 1'52''

-Procédés : Le récit a commencé par une critique de matériel (C/C-3), une mise en tableau (C/N-8), et des fausses perceptions (E-4)), une critique de soi (C/N-9).

-Lisibilité : type3 –

-Problématique : La problématique prégénitale de la planche n'est pas perçue, ni élaborer par le patient à cause des mécanismes d'évitement du conflit, la critique de soi.

➤ Planche 16

نكي نتوغلمو اتحبيغار ادهدرغ بزاف بصح ادسييغ ادفورصيغ امانيو اتمعاون ثامنزوكث اك
ابغيغ تيس سناث سصفا وول دروح واحد صح خيل لاحوايج ادتعبرن فتمزي داشو انقرا داشو
انسلا

55''

-Procédés : le récit a commencé par un accent porté sur l'éprouvé subjectif (C/N-1), un surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet (C/M-1), avec une précision chiffrée (A2-5), une intellectualisation (A2-13) et une idéalisation de l'objet à valence positive (C/M-2⁺), et une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type 2(±)

-Problématique : La problématique de la planche qui renvoie à la structure des objets est perçue par le patient, elle lui a provoqué une régression à l'enfance mais ça reste restreint puisque le patient n'a pas développé le récit.

I- Les mécanismes de défense dans tous les protocoles

1-La première impression

Omar a traité toutes les planches sans refus, il s'est basé sur son imagination pour traité tout les planches, mais en remarque une tendance a la restriction tel que 4, 6BM, 7BM ,10 ,12BG ,16 et la prédominance des procédés d'évitement des conflits avec la prédominance des mécanisme phobique après les procédé narcissique, qui sont les plus utilisé et dominant. En suite le procédé du contrôle en seconde lieu et labilité à a la fin l'émergence en processus primaires et en ce qui concerne la lisibilité, elle est en générale moyenne.

2- Les procédés utilisés

Les quatre séries étaient présentes dans le protocole à savoir les procédés d'évitement de conflits C avec un pourcentage 50.53%, et le contrôle en seconde lieu la labilité B, la rigidité A et les processus primaire.

La présence des procédés phobiques était sous forme d'un silence important intra-récit (C/P-1) dans la planche 1, et une tendance générale à la restriction (C/P-2).

Les procédés narcissique étaient présent sous forme d'un accent porté sur l'éprouvé subjectif (C/N-5), et les procédés du comportement et factuels dans les planches sous forme d'un accrochage au contenu manifeste.

Les procédés du contrôle étaient en deuxième position avec un pourcentage 26.88%. Avec une insistance sur les hésitations entre interprétations différentes (A2-6).

Les procédés labilité étaient en troisième position avec un pourcentage de 13.79% sous forme accent porté sur les relations interpersonnel, récit en dialogue (B2-3) et des expressions verbalisées d'affect (B2-4).

Les procédés d'émergence de processus primaire présent avec un pourcentage de 8.6% avec des expressions d'affect et/ou des représentations massif liés à tout problématique (E-9).

3- Les problématiques de tout le protocole

a- Les problématiques œdipiennes

La problématique de l'immaturation fonctionnelle dans la planche 1, et la triangulation œdipienne réactivée dans la planche 2 est perçue par Omar, mais elle n'est pas élaborée en raison de l'évitement du conflit. Dans la planche 4 la problématique est perçue par le patient mais dans la planche 7BM elle n'est pas perçue ni élaborer à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Cependant dans la planche 8BM, le sujet a perçue les problématiques mais elle n'a pas traité en raison des mécanismes d'évitement du conflit.

b- Les problématiques dépressives

La problématique dépressive est perçue dans la planche 3BM cependant, l'émergence de processus primaire suivi par les procédés de contrôle ne permet pas une élaboration de la position dépressive, et dans la planche 12BG le patient ne l'a pas perçue, et n'a pas pu l'élaborer à cause des procédés d'évitement.

c- Les problématiques archaïques

Dans la planche 11, la problématique archaïque qui renvoie à la planche est perçue mais elle n'est pas élaborée, et dans la planche 19 n'est pas perçue, ni traité à cause de l'évitement du conflit par la tendance à la restriction, et dans la planche 16 le manque d'objet éprouve une difficulté et la non capacité de gérer les situations.

Conclusion des données de TAT

Le patient mobilise les mécanismes d'évitement du conflit au premier plan, avec une tendance générale à la restriction, en deuxième plan on souligne la présence des mécanismes du contrôle, Quant à la troisième position, on trouve les procédés labiles et en fin on note la rareté des procédés d'émergence en processus primaires. La plupart des problématiques sont perçues, mais leurs traitements restent rares.

A partir de tout le protocole du TAT, Omar est doté d'une mentalisation incertaine.

Résumé du cas

Concernant, l'hypothèse du fonctionnement mental d'Omar, elle est dotée d'une mentalisation incertaine, apparue premièrement au cours du contenu de son entretien et deuxièmement, elle est confirmée par test projective TAT.

Omar, suite à son atteinte avec le diabète, il a développé une hypertension artérielle, sur le plan psychique, il souffre d'une peur terrifiante. Quant à son environnement, on le qualifie de favorable, qui se traduit par les bonnes relations familiales notamment avec son père en parallèle, il est en bon contact avec ses collègues de travail, ce qui lui a permis de ne pas s'effondrer dans une désorganisation somatique.

Tableau N°2 : Evaluation quantitative des procédés présents

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A1-3=2	B1-4=1	CP-2=7 CP-3=4	CN-1=1	CM-1=3	CC-	CF-1=5	E1=1
A2-2=2	B2-1=2		CN-3=2	CM-2=3	1=3	CF-2=1	E4=1
A2-3=3	B2-3=4		CN-4=1		CC-	CF-3=2	E6=1
A2-4=3	B2-4=3		CN-5=5		2=2		E9=2
A2-5=3	B2-6=1		CN-8=1		CC-		E10=1
A2-6=4	B2-8=1		CN-9=2		3=4		E17=2
A2-8=3	B2-9=1		CN-				
A2-9=1			10=1				
A2-10=1							
A2-13=1							
A2-15=1							
A2-17=1							
			£=11	£=13	£=6	£=9	£=8
£=25 A=26.88%	£=13 B=13.79%	£=47 C=50.53%					£=8 E=8.60%
100 %							

❖ Cas Fatiha

1-L'analyse de l'entretien clinique

Fatiha âgé de 37 ans, célibataire, d'une taille moyenne, des cheveux noirs, yeux marron, elle est l'ainé d'une fratrie de six enfants, illettrée, femme au foyer. Dès le début de l'entretien, la patiente a manifesté des prémisses de transfert positif, en déclarant ; que depuis long temps, elle voulait consulter un psychologue, ce qu'il l'a poussé à répondre à toutes nos questions, véhiculées d'une expression de tristesse.

1.1 La santé physique

➤ La santé antérieur (enfance et adolescence) et santé actuelle

Dans les antécédents médicaux de Fatiha, on a trouvé aucune maladie connue jusqu'à l'année de 2009, où elle a découvert qu'elle a un kyste au niveau de la moelle de sa jambe droite, pour laquelle elle a subit une intervention chirurgicale. A ce moment là, les médecins ont diagnostiqués son diabète. Ce qui a nécessité une hospitalisation de 23 jours.

➤ Les facteurs héréditaires et complications de la maladie

On souligne que son diabète est héréditaire, une mère diabétique de type 2 et des oncles paternel ainsi leurs enfants.

La patiente s'est décrite que depuis sa maladie a perdu du poids, elle avait des troubles de sommeil et des maux de tête intenses. On souligne ainsi que notre patiente s'énerve facilement le fait qu'elle passe par des situations stressantes ou elle se sent mal.

➤ Relation entre événements traumatisants et quelques maladies et complications

Durant l'entretien, Fatiha a souligné quelques événements traumatisants auxquels, il lui a fallu faire face. Pendant son enfance, elle s'est confrontée à des bagarres familiales qui lui ont laissé une peur terrifiante, et plus tard elle a eu plusieurs autres chocs, parmi eux : accident de son frère (tombé accidentellement du 3^{em} étage), et aussi l'amputation de la jambe de son grand père, ajoutant que son père est suivi par la psychiatrie dès le jeune âge .Tout ces événements ont marqué chez Fatiha un stress permanant.

1.2- Caractéristiques du fonctionnement mental

- **La vie relationnelle ; (la vie familiale, relation socio-professionnel et l'équipes soignants...)**

Concernant les relations familiales, Fatiha s'entend mieux avec sa mère qu'avec les autres puisque son père est malade mental. Elle a aussi signalé qu'elle n'a pas des copines car, elle ne fréquente pas l'endroit extérieur. En ce qui concerne son contact avec l'équipe soignante elle nous a déclaré qu'elle a une bonne relation avec eux.

- **La capacité d'exprimer et d'associer concernant les souvenirs et les projets d'avenir**

Fatiha est une femme calme, elle s'est montrée coopérative durant l'entretien. Notre patiente ne signale aucun bon souvenir. En revanche, elle avait que des mauvais souvenirs avec sa famille. Fatiha est issue d'un environnement défavorable qui l'empêche de réaliser ses loisirs et activités. Alors qu'au fond elle aimerait bien se marier et avoir une vie de famille et vivre en paix.

- **Les événements importants dans la vie du patient**

Durant l'entretien Fatiha, nous parle de ses mauvais souvenirs avec sa famille, en disant ; « je vis chaque jour avec une peur »¹. Des souvenirs qu'elle qualifie de mauvais, car pour elle, chaque jour elle ressent une angoisse et une peur. Par contre elle n'a pas évoqué de bons souvenirs.

- **La vie sexuelle de la patiente**

Fatiha a évité de nous communiquer aucune information concernant sa vie sexuelle, mais d'après son discours on a constaté qu'elle a des envies, en disant ; « je veux me marier »².

¹ كولاس تعيش كل خوف

² بغين ادزوج

➤ Les caractéristiques de la vie onirique

Concernant sa vie onirique, Fatiha rêve rarement et ne souvient plus de ses rêves. Cependant, elle fait des cauchemars et crie dans ses rêves, en déclarant ; « je cris dans mes rêves, mais je ne souviens pas du contenu »³ dont P. Marty « les nommée rêves crues, ces rêves sont si peu déformés qu'ils semblent exposer une « pathologie de l'inconscient » refoulé du sujet. Cet inconscient se révèle alors sans conflits internes et sans élément de compromis ». (P. Marty, 1984, P. 149).

Conclusion des données de l'entretien

Par rapport a la santé antérieure et actuelle de notre patiente, on a déduit qu'elle à découvert son diabète suite à une intervention chirurgicale, et actuellement, elle souffre d'un stress permanent et une peur terrifiante. Aussi on constate que son diabète est héréditaire.

Quant aux caractéristiques de fonctionnement mental, elle nous a évoqué que des mauvais souvenirs avec la famille (les bagarres). La vie onirique de notre patiente est pauvre, comporte rarement des cauchemars. Concernant, son fonctionnement mental, on souligne que la patiente est dotée d'une mentalisation incertaine.

2. L'analyse du test du TAT

➤ Planche1

''25 اكي بيان تتباند لعالت لحياتس علمغم" اه" اهت اكن اتسعدت اتسعدغ نكني ناغ خات ... اهات نتات تسعدت اكنقوم

ثاي اخي ثاي ؟ اهات تتخمم اين اعدان ف لموخس, اهات تسعدت اكنقوم ماش امنكني... اهات تتخمم امك اسئبدو.

''28

-Procédés : Le récit a commencé par une tendance générale à la restriction (C/P-2), une précaution verbale (A2-1), anonymat des personnages (C/P-3), accent porté sur l'éprouvé subjectif (C/N-1), hésitations entre interprétations différentes (A2-6), tendance générale à la restriction (C/P-2), hésitations entre

³ تعييطغ كثرقيشو لمعنا اوشفو غر فلاسن

interprétations différentes (A2-6), la demande faite au clinicien (C/C-2), accent porté sur les conflits interpersonnels (A2-17), hésitations entre interprétations différentes (A2-6), tendance générale à la restriction (C/P-2), hésitations entre interprétations différentes (A2-6), et un scotome d'objet manifeste (E1).

-Lisibilité : type 2(±)

-Problématique : La problématique de l'immaturation fonctionnelle n'est pas perçue et n'est pas élaboré par le sujet, suite à l'intervention des mécanismes du contrôle, et les mécanismes d'évitement du conflit.

➤ Planche 2

10''

اهات امك اتحكوت .. اهات تمعايش نتاا اخر نكي تحكويسد امك اتسعدت كخام .. اهات تمعايش نتاا نك تمعايشو ائفرار تحكود تمعايش امك اتسعد تمزينس واح تمغرس .. تسويغن تسعدايت اكنقوم تسويغن اكن ندري تمعايش ... اهات تسعد لحيف تعلمتاس اهات تور تبدل فلاس لامغن نكي .. اهات تور اثوف امانس ف زيكني ثوف لهن

2'.00''

-Procédés : Le discours à commencé par une inadéquation du thème au stimulus (E7), accent porté sur l'éprouvé subjectif (C/N-1), hésitations entre interprétations différentes (A2-6), scotome d'objet manifeste (E1), éloignement temporo-spatial (A2-4), accent porté sur l'éprouvé subjectif (C/N-1), insistance sur le repérage des limites et des contours (C/N-6), hésitations entre interprétations différentes (A2-6), éloignement temporo-spatial (A2-4), flou de discours (E20).

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : La problématique de la planche qui renvoie à la triangulation œdipienne elle est ni perçue, ni élaboré par le sujet, elle a perçue que la fille du premier plan, et a scotomisé le 2^{eme} plan (le couple), donc la problématique œdipienne n'est pas perçue, ni élaborée, et aussi suite à l'utilisation des mécanismes du contrôle et d'évitement.

➤ Planche 3 BM

23'' ادنغ اك ... اه داشو ادنغ اولاحد داشو ادنغ تورداش "1'08"

-Procédés : Tendances générales à la restriction (C/P-2), surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet (C/M-1), tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type 3 (-)

-Problématique : La problématique qui renvoie à la position dépressive, n'est pas perçue, et n'est pas traitée par le patient à cause d'une tendance générale à la restriction.

➤ Planche 4

4''

سغان لمشاكل .. اهاث كسين ددسن سغان لمشاكل اهاث ثمتوثن دوركازن .. اهاث ثمتوثن اذري
غوركازن ناغ داركازن اهاث اذري غمتوثن زارغن اكا واي اتعدل اكا نتاا تفتافت نانا اركل.

1'.20''

-Procédés : Le récit a commencé par une entrée directe dans l'expression (B2-1), motifs des conflits non précisés (C/P-4), hésitations entre interprétations différentes (A2-6), accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3), et en fin un aller/retour entre l'expression pulsionnelle et la défense (A2-7).

-Lisibilité : type 2(±)

-Problématique : La problématique du couple est perçue et n'est pas élaborée par le sujet, suite à l'intervention des mécanismes de contrôle et l'évitement du conflit.

➤ Planche 5

13'' تتحسس تفعد كان اكا علمغام داشو اثبغا اخدم " 36

-Procédés : Un anonymat des personnages (C/P-3), description avec attachement aux détails (A2-1), érotisation des relations, symbolisme transparent (B2-9), et à la fin une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type 3(-)

-Problématique : La problématique de l'image maternelle n'est pas perçue, et n'est pas élaborée par le patient à cause des procédés de l'évitement de conflit,

tendance générale à la restriction, mais il reste à signaler que l'image féminine était perçue, mais pas sous sa forme surmoïque.

➤ Planche 6 GF

"4 اعلمغار نناث واحي دنكي ماشي ككف اهاث ثبغا اخدم اعلمغار داشوادنيغ اهاث ثبغا اخدم معنا او تعلمار امك او ثبغار اخدم كخام اهاث ثبغا اخدم برا. "03' 2"

-Procédés : Entrée directe dans l'expression (B2-1), précaution verbale (A2-3), anonymat des personnages (C/P-3), insistance sur le repérage des limite et des contours (C/N-6), hésitations entre interprétations différentes (A2-6), accent porté sur l'éprouvé subjectif (C/N-1), hésitations entre interprétations différentes (A2-6), craquées verbales (trouble de la syntaxe) (E-17), hésitations entre interprétations différentes (A2-6), et un scotome d'objet manifeste (E-1).

-Lisibilité : type 2(±)

-Problématique : Le fantasme de séduction sollicité par la planche, il est ni perçue, ni élaborée par le sujet, suite à l'intervention des mécanismes du contrôle, et les mécanismes d'évitement du conflit.

➤ Planche 7 GF

"6 تقشش اعاشن لمحايين اهاث لعبياد اكل رولن فلاس او تحسبنار اهاث ثبغا اتسعاد تمزينس فلهنا ثبغا اتفرح اهاث اهاث دكرا كخام ناغ برا اتسنربين ناغ اتفورسن اهاث ثبغا اخدم اين ايلان قرويس دواين اثبغا. "30' 2"

-Procédés : Le récit a commencé par une entrée directe dans l'expression (B2-1), motifs des conflits non précisés (C/P-4), introduction de personnages non figurant sur l'image (B1-2), accent porté sur l'éprouvé subjectif (C/N-1), un détail narcissique (C/N-10), un scotome d'objet manifeste (E-1), expressions d'affects (B1-4), remâchage (A2-8), craquées verbales (trouble de la syntaxe) (E-17), hésitations entre interprétations différentes (A2-6).

-Lisibilité : type 2(±)

-Problématique : La problématique de la planche qui renvoie à la relation mère/fille n'est pas perçue par la patiente, à cause de la scotomisation de l'image mosaïque, et elle n'est pas traitée par le sujet, suite à l'intervention des procédés du contrôle et d'évitement du conflit.

➤ **Planche 9GF**

7'' اهاث ثرول فلمشاكل امنك داي تحفغ كان اندا ادرولفغ. 1' 32''

-Procédés : Entrée directe dans l'expression (B2-1), insistance sur le repérage des limites et des contours (C/N-6), accent porté sur l'éprouvé subjectif (C/N-1), anonymat des personnages (C/P-3), accent porté sur l'éprouvé subjectif (C/N-1).

-Lisibilité : type 3(-)

-Problématique : La problématique de la rivalité féminine n'est pas perçue, et elle est peu élaborée par le sujet, il ya l'absence de l'autre personnage, la patiente a parlé d'une personne seulement, ce qui ne permet pas de traité la rivalité.

➤ **Planche 10**

2'' كرا دايني اتوليفغ 15''

-Procédés : Le récit a commencé par une entrée directe dans l'expression (B2-1), et une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type 3(-)

-Problématique : La problématique libidinale de la planche, elle est ni perçue, ni élaborée par la patiente à cause d'une restriction générale à la restriction.

➤ **Planche 11**

20''

داشو ادحكوغ ... اولاش داشو ادحكوغ ... داينا علمغر « Pleur »

48''

-Procédés : Le discours a commencé par une tendance générale à la restriction (C/P-2), demandes faites au clinicien (C/C-2), tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type 3 (-)

-Problématique : La problématique archaïque à laquelle renvoie la planche n'est pas perçue, et n'est pas élaborée par Fatiha, à cause des procédés d'évitement du conflit.

➤ **Planche 12BG**

" 8 انسا ادبوغ ثور سايني ... داشو امدنيغ نكي ثور .. زرغتيدي ائان اعليمغار داشو ادنيغ ثور " 56

-Procédés : Le récit a commencé par une demande faite au clinicien (C/C-2), une tendance générale à la restriction (C/P-2), une demande faite au clinicien (C/C-2), une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type 3 (-)

-Problématique : La problématique dépressive suggérée par la planche, n'est pas perçue, et n'est pas élaborée à cause des procédés d'évitement des conflits utilisés par la patiente.

➤ **Planche 13B**

" 8 تثخميم داشو اثيغا اخدم تبد دين تتوحد ثروح زيست امنكي دايني .. اه .. امنكي روح زيست اهات
58"

-Procédés : Description avec attachement aux détails (A2-1), anonymat des personnages (C/P-3), accent porté sur les conflits intra- personnels (A2-17), détails narcissiques, idéalisation de soi (C/N-10).

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : La problématique dépressive est perçue, mais peu élaborée, car il y a un conflit intrapsychique qui n'est pas développé à cause des procédés du contrôle et d'évitement du conflit.

➤ **Planche 13MF**

7"

اتوالغ داي تمتوث اي تثبين تهلكداشو ... "rit" داشو اتهلك

اهت كخام اثتف لهلاك ني اهات تثخم تثار غرداخل تثف لهلاك اي اهات اسفكنار لهنا اهات اك اثوف

1'.56'' امانس

-Procédés : Expression verbalisée d'affect (B1-4), perception d'objets morcelés ou d'objets détériorés ou de personnages malades, mal formés (E-6), hésitations entre interprétations différentes (A2-6), tendance générale à la restriction (C/P-2), expressions verbalisées d'affects (B1-4), hésitations entre interprétations différentes (A2-6), un scotome d'objet manifeste (E-1), référence personnelles (C/N-2), accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17).

-Lisibilité : type 2 (\pm)

-Problématique : La problématique du couple n'est pas perçue, à cause d'un scotome d'objet manifeste, et aussi pas traité à cause des procédés du contrôle et d'évitement du conflit.

➤ **Planche 19**

30'' اولاش داشو امدني 58''

-Procédés : Une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type 3 (-)

-Problématique : La problématique prégénitale, elle est ni perçue, ni élaborée par la patiente, à cause d'une tendance générale à la restriction.

➤ **Planche 16**

3'' لهنا اندا اولاش لمشاكل اديرس شوييا لموخم ... اكن الا لوقت انيل داي حد اسعداات اكنقوم حد
اتسعدر داي نتحفو 49''

-Procédés : Le discours a commencé par une expression verbalisée d'affect (B1-4), référence personnelles ou autobiographiques (C/N-2), une tendance générale à la restriction (C/P-2), introduction des personnages non figurants sur l'image (B1-2), et a la fin une hésitation entre interprétations différentes (A2-6).

-Lisibilité : type 2(\pm)

-Problématique : Fatiha veut réaliser ses désirs à partir de cette planche, elle est en contradiction avec ce qu'elle vit dans la réalité. A savoir ; trouvé la paix et vivre la ou il y'en a pas des problèmes.

2.1 Mécanismes de défense à partir du TAT

1. La première impression

La patiente a traité la plus part des planches du TAT, sans aucun refus, et en note aussi la présence de la tendance refus pour certains planches, 19, 11, 10, 3BM. Mais en remarque qu'elle a avancé beaucoup de tendance générale à la restriction (C/P-2), et des hésitations entre interprétations différentes (A2-6), suivi par des accents portée sur l'épreuve subjectif (C/N-1).

2. Les procédés utilisés

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présente, à savoir les procédés d'évitement du conflit C, de contrôle A, de labilité B, et enfin l'émergence des processus primaires E, la répartition des procédés n'est pas homogène, on remarque la dominance des mécanismes d'évitement du conflit avec un pourcentage de 44,94%.

La présence des procédés phobique, où on souligne la présence des tendances générales à la restriction, l'anonymat des personnages. Par contre on souligne aussi la présence des procédés narcissiques qui se résume par la dominance de l'accent porté sur l'épreuve subjectif.

Le registre de contrôle était dans la deuxième position avec un pourcentage de 29,21%, à savoir hésitation entre interprétations différentes, un accent porté sur relations intra-personnels.

Dans la troisième position, on trouve la présence des procédés de type labile, avec un pourcentage de 14,60%, dont une entrée directe dans l'expression, et des expressions verbalisées d'affects.

Pour la série d'émergence des processus primaires est à la dernière position avec un pourcentage de 11,23%, peu présente et qui se caractérise par la dominance des scotomes d'objets manifestes.

3. Les problématiques de tout le protocole

A- Problématique œdipienne

Dans la planche 1 la patiente n'a pas perçue, ni traitée la problématique d'immaturité fonctionnelle, à cause d'utilisation des mécanismes d'évitement du conflit et l'hésitation entre interprétations différentes, dans la planche 2 la

problématique de la triangulation œdipienne n'est pas perçue, ni élaborer par le sujet. Dans la planche 4 la problématique dépressive est perçue et élaborer par la patiente, dans la planche 6GF la problématique hétérosexuelle n'est pas perçue, ni traitée par la patiente à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Dans la planche 10 la problématique qui renvoie à l'expression libidinale au niveau du couple n'était pas perçue, ni élaborer en raison d'une tendance générale à la restriction.

B- Problématique dépressives

Dans la planche 3BM la problématique dépressive n'est pas perçue, ni élaborer à cause d'une tendance générale à la restriction, et dans la 12BG la problématique dépressif n'est pas perçue, ni traitée par le sujet à cause des mécanismes d'évitement du conflit, et la 13B la problématique dépressif est perçue, mais peu élaborer.

C- Les problématiques archaïques

La patiente n'a pas perçue, ni élaborer la problématique archaïque dans la planche 11, 19, à cause de l'apparition des procédés d'évitement du conflit et dans la planche 16 elle était perçue et peu traitée on se projetant dans ses désires.

Conclusion des données de TAT

L'analyse du protocole, nous montre que la patiente mobilise les mécanismes d'évitement du conflit au premiers plan, et en deuxième plan, les procédés du contrôle, par la dominance du procédé d'hésitation entre interprétions différentes, quant au troisième plan, on trouve les procédés labile, et en dernier on a les procédés d'émergence en processus primaire. La plus part des problématiques ne sont pas perçue par la patiente.

A partir de ces mécanismes de défenses, Fatiha, est dotée d'une mentalisation incertaine.

Résumé du cas

Concernant, l'hypothèse du fonctionnement mental de Fatiha, elle est dotée d'une mentalisation incertaine, apparue premièrement au cours du contenu de son entretien ; elle a utilisé les mécanismes de restriction qui relève des procédés d'évitement du conflit, Deuxièmement, cette hypothèse du fonctionnement est confirmée par le test projectif TAT.

Fatiha, sur le plan psychique, souffre d'une peur terrifiante, et d'un stress permanent. Concernant sa santé physique, suite à son atteinte du diabète, elle a développé une symptomatologie nouvelle, qui est la peur. Quant à son environnement, on le qualifie de négatif ; une famille détériorée, un père malade mental, Cependant, malgré l'environnement défavorable de Fatiha, elle n'est pas effondrée dans une désorganisation somatique.

Tableau N°3 : Evaluation quantitative des procédés présents

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A2-1=2 A2-3=1 A2-4=2 A2-6=16 A2-7=1 A2-8=1 A2-17=3	B1-2=2 B1-4=4 B2-1=5 B2-3=1 B2-9=1	CP2=14 CP-3=5 CP-4=2	CN-1=7 CN-2=2 CN-6=3 CN-10=2	CM-1=1	CC-2=4		E1=5 E6=1 E7=1 E17=2 E20=1
		C/P=21	C/N=14	C/M=1	C/C=4		
£=26 A=29,21%	£=13 B=14,60%	£=40 C=44,94%					£=10 E=11,23%
100%							

❖ Cas Rafik

1-L'analyse de l'entretien clinique

Rafik est un homme marié âgé de 39 ans, père d'un seul enfant. C'est un bel homme grand de taille, brun, yeux marron. Il est le dernier d'une fratrie de six enfants. Son niveau d'instruction est de sixième année primaire, travaille comme taxieur.

1.1-La santé physique

➤ La santé antérieure (enfance et adolescence) et santé actuelle

Dans les antécédents médicaux de Rafik, on ne trouve aucune maladie connue jusqu'à l'année d'apparition de son diabète en 2012, qui a nécessité une hospitalisation de quatre jours afin de stabiliser son hyperglycémie. Selon ses dires, actuellement son état de santé s'est amélioré.

➤ Les facteurs héréditaires et les complications de la maladie

On souligne que son diabète est héréditaire puisqu'il est issu de parents diabétiques, mère diabétique de type 1 et père de type 2.

Concernant les complications du diabète, le patient s'est décrit que depuis sa maladie il a perdu du poids, s'énerve facilement, souffre d'une fatigue intense, et transpire beaucoup.

➤ Relation entre événements traumatisants et quelques maladies et complications

Durant l'entretien, notre patient nous a cité un événement traumatisant qui l'a beaucoup marqué, disant qu'en 2001, il travaillait en tant que gardien dans une société avec un groupe de collègues. À 3h du matin, ils ont été attaqués par des inconnus, son ami a été agressé, ils l'ont gravement blessé, pendant que lui s'était échappé, ce qui a provoqué chez lui, depuis, une peur terrifiante.

1.2-Caractéristique de fonctionnement mental

➤ La vie relationnelle ;(la vie familiale, socioprofessionnelles et l'équipes soignantes...)

Touchant la relation familiale de Rafik, sa vie conjugale n'est pas stable ; vue qu'il s'énerve trop et puis il n'arrive pas à se contrôler, et même vis-à-vis de ses parents et ses collègues de travail, ce qui le pousse à éviter de se confronter à eux. Par contre, il avait un très bon contact avec l'équipe soignante.

➤ La Capacité d'exprimer et d'associer concernant les souvenirs et les projets d'avenir

Le patient a manifesté des prémisses de transfert positif, il répondait à toutes nos questions mais avec restriction.

Il a signalé comme bons souvenirs son mariage, et précisément la naissance de son fils unique. Il les a bien vécus, pour lui c'est des moments très précieux dans sa vie, et un mauvais souvenir, qui est le jour d'agression de son ami. En ce qui concerne les projets d'avenir, il ne s'est pas montré rêveur, il s'est limité à ce qu'il possède actuellement, puisqu'il n'a pas progressé dans ses études.

➤ Les évènements importants dans la vie du patient

Le patient a dévoilé durant l'entretien que parmi les évènements importants qui l'ont marqué, l'hospitalisation de son père, qui l'a empêché de partager avec lui la joie de jour de son mariage. Une année plus tard, la naissance de son fils fait sa joie.

➤ La vie sexuelle du patient

La vie sexuelle de Rafik n'a pas connu de changement d'après ses dires ; « rien n'a changé »¹.

➤ Les caractéristiques de la vie onirique

La vie onirique du patient est pauvre, il ne rêve plus. On trouve ici l'absence des rêves que P. Marty nous révèle dans son article "à propos des rêves chez les malades somatique" ; « qu'on peut penser que le dormeur a refoulé l'existence même ou le contenu de ses rêves, et on peut aussi penser

¹اربدال كرا

qu'il ne se souvient pas de ses rêves par manque d'intérêt ou d'effort. Il se pourrait aussi qu'il se présente pour lui une défense à laisser ses rêves apparaître ou, comme en analyse, une résistance à révéler leurs contenus » (P. Marty, 1984, P1147).

Conclusion des données de l'entretien

Par rapport à la santé antérieure et actuelle d'Rafik, en signale qu'il souffre d'un diabète insulino-dépendant depuis 3 ans, ce qui lui a engendré plusieurs complications. Aussi en constate que son diabète est héréditaire.

Les caractéristiques du fonctionnement mental, on trouve une pauvreté dans sa vie onirique, il ne rêve plus. On ce qui concerne les souvenirs il a mentionné comme bons souvenirs son mariage, et précisément la naissance de son fils unique et enfin un mauvais souvenir, qui est le jour d'agression de son ami. Concernant son fonctionnement mental, il est doté d'une mauvaise mentalisation.

2-L'analyse du teste « TAT »

➤ Planche 1

1.32'' 15'' Peut être داشو ابغ اديخدم, لا ولا... اكي افهمغ داي

-procédés : Rafik à commencé par une tendance générale à la restriction (C/P-2), hésitation entre interprétation différentes (A2-6), un accent porté sur les conflit intra-personnels (A2-17), tendance générale à la restriction (C/P-2), et à la fin un scotome d'objet manifeste (E-1).

-lisibilité : type 2 (±)

-problématique : la problématique de l'immaturité fonctionnelle n'est pas perçue ni élaborer par Rafik à cause d'un scotome d'objet manifeste et une tendance à la restriction.

➤ Planche 2

5'' 15'' La famille خدمن اخام خدمن . تامطث اي ائان دلبر اثوي ديدس, Peut être,

15'' اتسقرا نغ اتقرا اكا افهمغ داي.

-procédés : Le récit à débuté par une entrée directe dans l'expression (B2-1), mise en tableau (C/N-8), accrochage au contenu manifeste (C/F-1), un

scotome d'objet manifeste (E-1) et la fin une hésitation entre interprétation différentes (A2-6).

- **Lisibilité** : type2 (\pm)

-**Problématique** : La problématique de la triangulaire œdipienne est perçue mais elle ni pas traité suite a l'utilisation des procédés de contrôle et de labilité.

➤ **Planche 3 BM**

2" داشوٹ واي لابینوار نغ امکن. تعیانغ ٹھلک , نغ درقرز ٹیي غدفیر تمطوٹ "10 .

-**Procédés** : entré directe dans l'expression (B2-1), hésitation entre interprétation différentes (A2-6), perception d'objet morcelés et/ou d'objet détérioré ou de personnage malade (E-5), et un motif de conflits non précisés (C/P-4), vague, indétermination, flou du discours (E-20) avec une confusion des identités(télescopage des rôles) (E-11).

- **Lisibilité** : type 2 (\pm)

- **Problématique** : La problématique dépressive elle n'est pas perçue ni traité par le patient à cause d'émergence de processus primaire.

➤ **Planche 4**

2"

دای ل couple , امکن ابغا ادیروح ارکز تطفیثد طمطوٹس, امکن فقعن ازوح .10" افقع.

-**procédés**: Le récit a commencé par une entrée directe dans l'expression (B2-1) et un accent porté sur les relation interpersonnelles (A2-17), aller retour entre l'expression pulsionnelle et la défense (A2-7), un affect minimisé (A2-18),et a la fin une hésitation entre interprétations différentes(A2-6).

-**lisibilité** : type 2 (\pm)

-**problématique** : La problématique qui renvoie à l'ambivalence pulsionnelle dans la relation de couple est perçue mais peu traité puisque le patient est sous l'influence des procédés de contrôle.

➤ **Planche 5**

3" تامطت تتحوفو ذاي , Peut être , دحد اقلن قخامن, ثطالي ولا ائان دينا. 7"

-Procédés : une entrée directe dans l'expression (B2-1), et un accrochage au contenu manifeste (C/F-1), une hésitation entre interprétation différentes (A2-6) et une introduction des personnages non figurant sur l'image (B1-2), symbolisme transparent (B2-9) puis le patient n'a pas développé et donc il a clôturé avec une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-lisibilité : type 2(±)

-problématique : La problématique qui renvoie à une image féminine/maternelle qui pénètre et regarde est perçue par le patient mais l'intervention des procédés de contrôle et l'évitement des conflits ne lui a pas laissé développer le récit.

➤ **Planche 6 BM**

3" ثاي , دارقزو قيل ديمس, اسيهدرن امکن تهدراس فسوجي . Intéressant 5"

-procédés : Le récit a débuté par une entrée directe dans l'expression (B2-1) puis un accrochage au contenu manifeste (C/F-1), un accent porté sur les relations interpersonnelles, récit en dialogue (B2-3) le patient n'a pas développé le récit il y a une tendance générale à la restriction (C/P-2).

- lisibilité : type 3 (-)

-problématique : La problématique qui renvoie à la relation mère/ fils dans un contexte de tristesse est perçue par le patient mais elle n'a pas été traitée à cause d'une tendance générale à la restriction et la survenance des procédés de contrôle.

➤ **Planche 7 BM**

7" واي , Peut être, اهدرس اميس فسوجي داغن . à savoir 15"

-procédés : Le patient a procédé avec une entrée directe dans l'expression (B2-1), hésitation entre interprétation différentes (A2-6), et un accent porté sur les relations interpersonnelles, récit en dialogue (B2-3), une précaution verbale (A2-3) le patient n'a pas développé son discours suite à une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-lisibilité : type 2 (±)

-problématique : La problématique qui renvoie au rapprochement père/fils est perçue mais peu élaborée à cause d'utilisation des mécanismes de contrôle et la tendance générale à la restriction.

➤ **Planche 8 BM**

3"

طبيب Chirurgien... وای امکان داسیاد, ناغ داعساس, اتعسا ستمکحت, اسعا تمکحت دای

10"

-procédés : Une entrée directe dans l'expression (B2-1), une tendance générale à la restriction (C/P-2) et une hésitation entre interprétations différentes (A2-6), représentations contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés (B2-6) donc on constate que ce patient est dans une restriction totale. Une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-lisibilité : type 2 (±)

-problématique : La problématique qui renvoie à une scène d'agressivité n'est pas perçue par Rafik ni traitée suite à l'intervention des procédés d'évitement de conflits par une tendance générale à la restriction.

➤ **Planche 10**

7" داقشيش اطفيت باباس . اه...امکن دلحاجة ثغاطاسن, نغ اخاق فلاس viola . 15"

-Procédé : Le récit a commencé par une entrée directe dans l'expression (B2-1), un accent porté sur les relations interpersonnelles, récit en dialogue (B2-3), une tendance générale à la restriction (C/P-2) avec expression d'affects (B1-4), une hésitation entre interprétations différentes (A2-6) à la fin une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-lisibilité : type 2 (±)

-problématique : La problématique qui renvoie à l'expression de désir dans le couple n'est pas perçue ni traitée par le patient à cause des procédés d'évitement de conflits et de labilité.

➤ **Planche 11**

10 "

Exactement , دصور نغ دلغابة , Exactly c'est un dinosaure (rit) , نغ وا ي؟
اكا افهمغ داي.

-procédés : Une entrée directe dans l'expression (B2-1) ,hésitation entre interprétations différentes (A2-6) et posture signifiante d'affectes (CN-4), évocation d'élément anxiogène suivis ou précédés d'arrêt dans le discours (C/P-6),une hésitation entre interprétations différentes (A2-6) et il a clôturé avec une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-lisibilité : type 2 (±)

-problématique : La problématique archaïque dans la planche n'est pas perçue ni élaborer à cause de l'utilisation des mécanismes d'évitement de conflits et les procédés de contrôle.

➤ **Planche 12 BG**

5 " ,C'est un lac داي لغاب ثفلوكت.

-Procédés : le récit à débuté par une entrée directe dans l'expression (B2-1) et une mise en tableau (CN-8), et a la fin une tendance générale a la restriction (C/P-2).

-lisibilité : Type2 (±)

-problématique : la problématique dépressive réactivé par cette planche n'est pas perçue à cause de l'accrochage au contenu manifeste de la planche.

➤ **planche 13 MF**

4" واي دارقز, وائل تمطوئس اقمئن, اترو اغاطيئ لجال. 1.00"

- Procèdes : Dans cette planche le patient à commencé par une entrée directe dans l'expression (B2-1) et un accrochage au contenu manifeste (C/F-1), un accent porté sur les relations interpersonnelles, récit en dialogue (B2-3) avec perception du mauvais objet (E-14), une expression verbalisé d'affects (B1-3) le patient n'a pas développé son discours il la clôturé par une tendance générale a la restriction (C/P-2).

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : La problématique de l'expression de la sexualité et d'agressivité n'a pas été perçue dans le couple, ni élaborée puisque le patient n'a pas développé son discours par une tendance générale à la restriction.

➤ **Planche 13 B**

57" 6" داقتشيش غثوورث وخام اتعسا حد, باباس.

-Procédés : Une entrée directe dans l'expression (B2-1), un accrochage au contenu manifeste (C/F-1) avec introduction des personnages non figurant sur l'image (B1-2), une tendance générale à la restriction dans tout le discours (C/P-2)

-lisibilités : type 2(±)

-problématique : La problématique dépressive auquel renvoie la planche est perçue mais pas traitée à cause d'utilisation des mécanismes de contrôle et les procédés d'évitement des conflits.

➤ **Planche 19**

15" . Les décore واي, اتورد اتفهمغرا, اكا

Procédés : Une entrée directe dans l'expression (B2-1), une mise en tableau (CN-8) puis idéalisation de l'objet à valence – (CM-2) le patient est restreint c'est pour sa ya toujours une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-lisibilité : type 2 (±)

-problématique : la planche réactive une problématique pré-génitale qui n'est pas perçue ni traitée à cause de la tendance générale à la restriction.

➤ **Planche 16**

5 " 2" Feuille blanche, اولاش داشوادحكوغ داي.

-Procédés : Idéalisation de l'objet à valence – (CM-2-) et une tendance générale à la restriction (C/P-2).

-lisibilité : type 3(-)

-problématique : Devant la structuration des objets privilégié le patient éprouve une difficulté à la non capacité de gérer les situations suite à la prédominance des procédés d'évitement des conflits.

I- Les mécanismes de défense dans tous les protocoles

1-La première impression

Rafik a traité toutes les planches sans refus, il s'est basé sur le factuel pour les traités, il tend à la restriction (C/P-2) dans la plupart des planches tel que (1, 5, 6BM, 7BM, 8BM, 10, 11, 12BG, 13MF, 13B, 19 et 16), sans développer le contenu. La lisibilité elle est en générale de type 2

2- les procédés utilisés

Toutes les séries de la fiche sont présentes dans le protocole, mais on remarque que le patient a tendance à privilégier les procédés d'évitement du conflit (C) qui sont en première position avec un pourcentage de 39.18% et que se résument par la dominance des procédés phobiques ; la tendance générale à la restriction (C/P-2), et au niveau des processus narcissiques on trouve des mises en tableau (C/N-8). En deuxième position était pour les procédés de labilité avec un pourcentage de 23.43%. Pour les procédés de contrôle série A, ont occupé la troisième position avec un pourcentage de 20.27%, en fin on remarque la rareté des procédés d'émergence en processus primaire sous un pourcentage de 8.10%.

3- Les problématiques de tout le protocole

a- Problématique œdipienne

La problématique de l'immaturation fonctionnelle dans la planche 1 n'est pas perçue ni traitée par Rafik, par contre la triangulation œdipienne réactivée dans la planche 2 est perçue, mais elle n'est pas élaborée en raison de l'évitement du conflit. Dans les planches 4, 7BM la problématique est perçue mais elle n'est pas élaborée à cause des mécanismes d'évitement du conflit. Aussi dans la planche 8BM, 10, le sujet n'a perçue les problématiques et elles n'ont pas été traitées en raison d'une tendance générale à la restriction.

b- Les problématiques dépressives

La problématique dépressive n'est pas perçue dans la planche 3BM par le patient. Cependant, l'émergence de processus primaire suivie par les procédés

de contrôle ne permet pas une élaboration de la position dépressive, et dans la planche 12BG le patient ne l'a pas perçue, et n'a pas pu l'élaborer à cause de l'accrochage au contenu manifeste de la planche.

c- Les problématiques archaïques

Dans la planche 11 et 19, la problématique archaïque qui renvoie à la planche n'est pas perçue ni élaborée, à cause de l'évitement du conflit par la tendance à la restriction, et dans la planche 16 le manque d'objet éprouve une difficulté et la non capacité de gérer les situations.

Conclusion à partir de TAT

Le patient mobilise à la première position, les mécanismes d'évitement du conflit, et à la deuxième position, les procédés du contrôle, par l'hésitation entre interprétations différentes, quant, à la troisième position, les procédés labiles, et à la fin les processus d'émergence en processus primaire. La plus part des problématiques sont pas perçue ni traité.

À partir de tout le protocole du TAT, Rafik est doté d'une mauvaise mentalisation.

Résumer du cas

Le fonctionnement mental de Rafik, est doté d'une mauvaise mentalisation, premièrement apparu dans son discours, durant l'entretien il s'est limité à nous répondre aux questions posées sont apporté des associations riches. Deuxièmement, cette hypothèse de fonctionnement est confirmée par le test projectif TAT, d'après l'analyse du protocole.

Dans les antécédents médicaux de Rafik, on ne trouve aucune maladie connue jusqu'à l'apparition de son diabète, il s'est décrit que depuis sa maladie il a perdu du poids, s'énerve facilement, souffre d'une fatigue intense, et transpire beaucoup. Quant à son environnement, on le qualifie de défavorable, qui se traduit par des perturbations relationnelles dans sa vie conjugale notamment avec ses parents et ses collègues. Malgré tout le patient a pu gérer son état et accepter sa maladie.

Tableau N° 4 : Evaluation quantitative des procédés présents

A	B	C					E
A2-3=2	B1-2=1	P	N	M	C	F	E-1=2 E-5=1 E-11=1 E-14=1 E-20=1
A2-6=9	B1-3=3	CP-2=15	CN-1=1	CM-2=2		CF-1=4	
A2-7=1	B1-4=1	CP-3=1	CN-4=1				
A2-17=2	B2-1=13	CP-4=1	CN-8=3				
A2-18=1	B2-3=4 B2-6=1 B2-9=1	CP-6=1					
		£=18	£=5	£=2		£=4	
£=15 A=20.27%	£=24 B=23.43%	£=29 C=39.18%					£=6 E=8.10
100%							

Tableau N°5 : Tableau récapitulatif de la population d'étude après l'analyse

Cas	Qualité de la mentalisation
Samir	incertaine
Omar	incertaine
Fatiha	incertaine
Rafik	mauvaise

Chapitre VII
Discussion des
hypothèses

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenue dans la partie pratique.

La première hypothèse

Les personnes atteintes d'une maladie somatique, telle que le diabète n'ont pas le même fonctionnement mental, donc se fonctionnement diffère d'un individu à un autre et se varié selon l'économie psychosomatique de ce dernier, les personnes ayant une bonne mentalisation ont un espace psychique exploité autant qu'un champ mental qui traite les contenues fantasmatiques ; présentent des mécanismes de défenses appartenant aux différents registres fonctionnels, ainsi qu'une souplesse dans leurs utilisation. Par contre ceux qui sont dotés d'une mauvaise mentalisation se caractérise dès fois par une absence d'un espace psychique pour le traitement des conflits, un attachement à la réalité concrète ; et factuelle sous forme de vie opératoire et une pauvreté au niveau des expressions affective. Concernant la mentalisation incertaine elle se varie entre ces deux types de mentalisations. Et cette qualité du fonctionnement influe sur la tenue du corps.

Effectivement, nos quatre cas ont confirmé notre hypothèse, ils ne sont pas dotées de même fonctionnement mental ; à partir de l'entretien et particulièrement à partir du TAT, et qui se varie entre une mauvaise mentalisation et une mentalisation incertaine, quant à la bonne mentalisation elle n'est pas repérer dans notre recherche, suite a sa rareté chez les individus comme l'a souligné P. Marty.

Les cas qui ont présenté une mentalisation incertaine sont comme suit : Samir, Omar et Fatiha.

Samir, dans les caractéristiques du fonctionnement mental, de Samir on trouve une pauvreté dans se vie onirique, il nous a révélé que depuis environs 8 ans il n'a jamais fait de rêve, tant dis qu'avant, il faisait des rêves dont il ne se souvenait pas. On ce qui concerne les souvenirs, il a signalé comme bons souvenirs les moments qu'il passé avec sa grand-mère, en fin un mauvais souvenir la perte de ses parents. Concernant son fonctionnement mental, il est doté d'une mauvaise mentalisation.

L'analyse de protocole, nous montre que le patient, mobilise les mécanismes d'évitement du conflit au premier plan, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé, par rapport aux autres procédés, et en deuxième plan, les mécanismes du contrôle, et au troisième plan les procédés labile, et en fin les procédés d'émergence en processus primaires. La plus part des problématique sont perçues par le patient, mais leurs traitement restent rares. A partir de tout le protocole du TAT, Samir est doté d'une mentalisation incertaine.

Selon les deux techniques d'investigation (entretien, TAT), on souligne la variation des données. A partir des données de l'entretien, il nous a apparu que Samir d'une mauvaise mentalisation. Une autre séance, et a partir de l'analyse de donnée du teste de TAT, Samir est doté d'une mentalisation incertaine, donc le résultat est selon la théorie psychosomatique de P. Marty, ces fluctuation entre le déferent moment de vie chez le même patient, témoigne qu'il est dans l'irrégularité du fonctionnement patent, et il s'agit d'un fonctionnement incertaine.

Omar, dans les caractéristiques du fonctionnement mental, d'Omar on trouve une pauvreté dans sa vie onirique, il fait des rêves rarement mais il ne s'en souvient plus. On ce qui concerne les souvenirs, il a mentionné des bons souvenirs avec sa famille, et enfin un mauvais souvenir, qui est la perte de sa mère. Concernant son fonctionnement mentale, on été hésitant, cette position de psychologue P. Marty souligne que le patient est doté d'une mentalisation incertaine.

D'après l'analyse du test de TAT, Le patient mobilise les mécanismes d'évitement du conflit au premier plan, avec une tendance générale a la restriction, en deuxième plan on souligne la présence des mécanismes du contrôle, Quant à la troisième position, on trouve les procédés labiles et en fin on note la rareté des procédés d'émergence en processus primaires. A partir de ces mécanismes de défense, Omar est doté d'une mentalisation incertaine.

Les deux techniques d'investigation (entretien, TAT) ont confirmé l'hypothèse du fonctionnement mental de Omar est doté d'une mentalisation incertaine.

Fatiha, dans les caractéristiques de fonctionnement mental, de Fatiha on trouve une pauvreté dans sa vie onirique, elle comporte rarement des cauchemars .on ce qui concerne ses souvenirs la patiente nous a évoqué que des mauvais souvenirs

avec la famille (les bagarres). On souligne que la patiente est dotée d'une mentalisation incertaine.

L'analyse du protocole, nous montre que la patiente mobilise les mécanismes d'évitement du conflit au premiers plan, et en deuxième plan, les procédés du contrôle, par la dominance du procédé d'hésitation entre interprétions différentes, quant au troisième plan, on trouve les procédés labile, et en dernier on a les procédés d'émergence en processus primaire. La plus part des problématiques ne sont pas perçue par la patiente. A partir de ces mécanismes de défenses, Fatiha, est dotée d'une mentalisation incertaine.

Les deux techniques d'investigation (entretien, TAT) ont confirmé l'hypothèse du fonctionnement mental de Fatiha est doté d'une mentalisation incertaine.

Le cas qui présente une mauvaise mentalisation est : Rafik

Rafik, dans les caractéristiques du fonctionnement mental, de Rafik on trouve une pauvreté dans sa vie onirique, il ne rêve plus. On ce qui concerne les souvenir il a mentionné comme bons souvenirs son mariage, et précisément la naissance de son fils unique et enfin un mauvais souvenir, qui est le jour d'agression de son ami. Le patient est doté d'une mauvaise mentalisation.

Le patient mobilise a la première position, les mécanismes d'évitement du conflit, et à la deuxième position, les procédés du contrôle, par l'hésitation entre interprétations différentes, quant, à la troisième position, les procédés labiles, et à la fin les processus d'émergence en processus primaire. La plus part des problématiques sont pas perçue ni traité. A partir de tout le protocole du TAT, Rafik est doté d'une mauvaise mentalisation.

Les deux techniques d'investigation (entretien, TAT) ont confirmé l'hypothèse du fonctionnement mental, Rafik est doté d'une mauvaise mentalisation.

La deuxième hypothèse

1- Les sujets doté d'un bon fonctionnement mental, résistent mieux aux différents moments de crise, traitent et élaborent les excitations au niveau mental. Ce qui entraine l'appariation d'une symptomatologie psychique,

découlant de l'intensité d'énergie, ou alors, si cette symptomatologie psychique existait auparavant, elle serait renforcée. Mais quand il est impossible de traiter les excitations au niveau mental, deux possibilités peuvent se présenter :

-L'appariation des maladies passagères.

-Les mouvements de désorganisation progressive s'annoncent d'une manière rare, mais quand elles se manifestent, le patient à des prédispositions qui vont stopper cette évolution.

Dans les quatre cas investigué, on n'a pas trouvé des cas qui se caractérisent par une bonne mentalisation.

2- Pour ce qui est des diabétiques qui jouissent d'un fonctionnement mental incertain, l'apparition de leurs crises est liée à la qualité de leur fonctionnement mental, c'est-à-dire selon la variabilité des moments (dans la bonne mentalisation ou dans la mauvaise mentalisation). Néanmoins, cette valeur fonctionnelle se stabilise et devient équilibrée si l'environnement est favorable. Cela impliquerait que seule l'organisation mentale du sujet influe sur l'état de sa maladie.

-Samir, dans les antécédents médicaux de Samir, on ne trouve aucune maladie connue jusqu'à l'apparition de son diabète à l'âge de 20 ans, où il a été hospitalisé pendant 12 jours à cause d'une hyperglycémie. La survenue de son diabète était juste avant la période du bac, la où il a échoué à son premier examen. Samir a vécu des événements, heureux et malheureux, qui ont marqués sa vie, dont la perte de ses parents qui l'a beaucoup affectée, ainsi que le jour de ses fiançailles et les moments mémorables qu'il a vécu avec sa grand-mère. Quant à son environnement on le qualifie de favorable puisqu'il était élevé par sa grand-mère, ce qui lui a permis de ne pas s'effondrer dans une désorganisation somatique.

-Omar, Durant notre entretien avec Omar, on souligne qu'il a contracté le diabète depuis l'âge de 10 ans, où il a été hospitalisé pendant 20 jours à cause d'une hyperglycémie. Il a été mis sous insuline et puis son état s'est amélioré. À l'âge de 18 ans, Omar a subi une intervention chirurgicale pour ablation de l'appendicite. De plus, à l'âge de 28 ans, il a développé une hypertension artérielle. On souligne que l'état de santé d'Omar est en dégradation. Ensuite, parmi les événements les plus heureux ; son mariage, puisqu'il a épousé celle de

son choix, en disant ; « j'ai épousé celle que j'aime », il a aussi été marqué par la naissance de sa première fille. Quant à son environnement on le qualifie de favorable, qui se traduit par les bonnes relations familiales. Notamment, avec son père, ainsi que sa vie conjugale qui est stable, il est en bon contact avec ses collègues de travail, ce qui lui a permis de ne pas s'effondrer dans une désorganisation somatique et avoir d'autres éventuelles complications.

-Fatiha, Dans les antécédents médicaux de Fatiha, on a trouvé aucune maladie connue jusqu'à l'année de 2009, où elle a découvert qu'elle a un kyste au niveau de la moelle de sa jambe droite, pour laquelle elle a subi une intervention chirurgicale. A ce moment là, les médecins ont diagnostiqué son diabète. Ce qui a nécessité une hospitalisation de 23 jours. Durant l'entretien Fatiha, nous parlons de ses mauvais souvenirs avec sa famille, en disant ; « je vis chaque jour avec une peur ». Des souvenirs qu'elle qualifie de mauvais, car pour elle, chaque jour elle ressent une angoisse et une peur. Par contre elle n'a pas évoqué de bons souvenirs. La qualité de l'environnement de Fatiha était défavorable, qui lui a empêché de réaliser ses loisirs et activités, malgré sa, on constate qu'elle a des capacités stabilisées et s'adaptées, et aussi elle n'est pas à l'abri d'éventuelles somatisations. La qualité de l'environnement de Fatiha était défavorable, qui lui a empêché de réaliser ses loisirs et activités, malgré sa, on constate qu'elle a des capacités stabilisées et s'adaptées, et aussi elle n'est pas à l'abri d'éventuelles somatisations.

3- Les diabétiques qui présentent une mauvaise mentalisation peuvent échapper aux crises par le biais d'étayage et le soutien important de l'entourage qui représente un milieu favorable pour l'aider à mieux gérer sa maladie. Dans le cas où l'environnement est défavorable, le diabétique vire facilement vers la somatisation, s'il reste exposé à des traumatismes psychiques, il atteint le mouvement de désorganisation somatique qui peut être fatale.

-Rafik, dans les antécédents médicaux de Rafik, on ne trouve aucune maladie connue jusqu'à l'année d'apparition de son diabète en 2012, qui a nécessité une hospitalisation de quatre jours afin de stabiliser son hyperglycémie. Selon ses dires, actuellement son état de santé s'est amélioré. Le patient a dévoilé durant l'entretien que parmi les événements importants qui l'ont marqué, l'hospitalisation de son père, qui l'a empêché de partager avec lui la joie de jour de son mariage. Une année plus tard, la naissance de son fils fait sa joie. Quant à son environnement défavorable qui se traduit par des perturbations

relationnelles dans sa vie conjugale notamment avec ses parents et ses collègues, le patient a pu gérer son état et accepter sa maladie et il n'a pas effondré dans une désorganisation somatique.

Nos hypothèses concernant le fonctionnement mental chez les diabétiques insulino-dépendant, sont réfutables et non absolue, car les résultats de notre population d'étude ne représentent pas la population mère, de tous les malades atteint de cette maladie.

Conclusion générale

Conclusion Générale

Conclusion Générale

A partir des résultats obtenus à travers l'analyse des quatre cas cliniques, qui constituent la population de notre étude, on a pu déduire que le fonctionnement mental des adultes diabétiques se caractérise par une variété de fonctionnement mental qui se manifeste selon cette nosographie ; une mentalisation incertaine et une mauvaise mentalisation. On remarque l'absence de cas qui illustre la bonne mentalisation, car le nombre de cas étudiés est restreint « quatre cas ».

La théorie psychosomatique est l'arrière plan adopté dans la réalisation de notre recherche, cette théorie unit le psychique et le corps, dont l'un ne peut se détacher de l'autre. L'être humain est considéré comme une entité complexe et continue, donc il est impossible de comprendre la maladie organique et de la traiter, si on ne se réfère pas à l'économie psychosomatique générale du sujet, qui se maintient à travers la régulation, engageant tous les registres du fonctionnement dont dispose l'individu à tel moment de son existence.

Toutes les modalités du fonctionnement se caractérisent par l'irrégularité du fonctionnement mental. Ses unités sont : d'abord, la névrose bien mentalisée (bonne mentalisation) qui se caractérise par une capacité de traiter et négocier l'angoisse ; une bonne qualité d'élaboration psychique et aussi une richesse fantasmatique. La mentalisation incertaine dont la symptomatologie est douteuse, l'irrégularité du fonctionnement mental est patente. Enfin, la névrose mal mentalisée, dans laquelle, les sujets représentent une névrose du comportement qui se caractérise par une pauvreté des représentations et c'est les plus exposés à la somatisation.

C'est dans cette conception que R. Debray a confirmé que le traitement adapté ne doit pas se déterminer à partir d'une perturbation physique. Cependant, la prise en charge thérapeutique doit se baser sur les malades et non pas sur les maladies.

D'après tout ce qui précède on pourra dire que la première hypothèse est confirmée. Les caractéristiques du fonctionnement mental des diabétiques sont différentes d'un cas à un autre selon les types de mentalisations. La deuxième hypothèse est aussi confirmée, d'après notre recherche, nos cas dotés d'une mentalisation incertaine, Samir, Omar, et Fatiha, par contre Rafik s'inscrit dans la mauvaise mentalisation.

Conclusion Générale

Nos hypothèses à propos du fonctionnement mental des diabétiques insulino-dépendants sont réfutables. Cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique relative, non statiques et non absolus qui sont dus à notre population d'étude qui ne présente pas la population mère. Ajoutant à ça qu'on n'a pas bénéficié d'une formation spécialisée en psychosomatique.

Cette étude peut permettre à d'autres étudiants d'effectuer des études concernant le même thème sous un autre angle, ou plus approfondie et de mettre l'accent sur le vécu psychique de la maladie.

Notre conclusion s'achève par d'autres questions de perspectives concernant le fonctionnement mental des diabétiques insulino-dépendants, qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures, par nos camarades étudiants qui sont comme suit :

- Est-ce que l'observance ou l'inobservance du régime a une relation avec la qualité du fonctionnement mental du sujet ?
- Est-ce que toutes les femmes diabétiques célibataires ont une angoisse de ne pas se marier ?

Bibliographie

La liste bibliographique

1. Anzieu. D, et Coll, (1961), « **les méthodes projectives** », Paris, Ed Dunod.
2. Blanchet. A, Gotaman. A, (2007), « **L'enquête et ses méthodes** », Paris, Ed Armand colin.
3. Brelet. F, (1996), « **fantasme et situation projective** », Paris, Ed Dunod
4. Brelet. F et Chabert. C, (2003), « **Nouveau manuel du TAT** », Paris, Ed Dunod.
5. Buffet. C, Varier. C (2010), « **Endocrinologie diabétologie nutrition** », Paris, Ed Masson
6. Canet-palaysi. M et Claire célerier. M, (1990), « **Le diabète insulinodépendant** », Paris, Ed la pensé sauvage.
7. Chabert. C, (2004), « **Psychanalyse et méthode projectif** », Paris, Ed Dunod.
8. Chahraoui. K, Bénony. H, (2003), « **Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique** », Paris, Ed Dunod.
9. Chemouni. J, (2000), « **psychosomatique de l'enfant et de l'adulte** », Paris, Ed Nathan.
10. Claude. S, (2003), « Quelques remarques préliminaires à l'étude psychosomatique des maladies auto-immunes », in **Revue française de psychosomatique 1/**, n° 23, PP11-24.
11. Debray. R, (1983), « **L'équilibre psychosomatique** », Paris, Ed Dunod.
12. Delluc. J.B, M. Roques, (1996), « **La nutrition préhistorique, périgieux** », Paris, Ed Pilote.
13. Diran. D, (2010), « La consultation psychosomatique depuis l'investigation », in **Le Coq-héron 2/**, n° 201, PP73-80.
14. Doucet. D, (2000) « **La psychosomatique théorie et clinique** », Paris, Ed Armand Colin.

15. Grimaldi. A, A Hartmann heurtier, (2009), « **Guide pratique du diabète** », Paris, Ed Masson.
16. Haynal. A et coll, (1987), « **médecine psychosomatique** », Paris, Ed Masson.
17. Lubetzki. J, (2005), « **Endocrinologie et maladies métaboliques** », Paris, Ed Flammarion.
18. Manuela. I, (2004), « **Dictionnaire médicale** », Paris, Ed Masson.
19. Marty. P, (1976), « **Les mouvements individuelle de vie et de mort** », Paris, Ed Payot.
20. Marty. P, (1980), « **L'ordre psychosomatique des mouvements individuels de vie et de mort/2** », Paris, Ed Payot.
21. Marty. P, (1990), « **que sais-je ? La psychosomatique de l'adulte** », Paris, Ed PUF.
22. Marty. P, (1991), « **Mentalisation et psychosomatique** », Paris, Collection les empêcheurs.
23. Pascal. J, (2003), « Fixations somatiques et fonctionnement mental », **in Revue française de psychosomatique 1**, n° 23, PP145-162.
24. Robin-Quach Patricia, (2009), « Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif », **in Recherche en soins infirmiers 3/ n° 98**, PP36 à 68.
25. Shentoub. V et Coll, (1990), « **manuel d'utilisation du TAT, approche psychanalytique** », Paris, Ed Dunod.

Annexes

Annexe A

Annexe B

Le guide d'entretien

- لمعلومات اڪغان اموطن

-امك اسميك؟

-اشحال كلعمريك؟

-داشو ائخدمات؟

-امي داشحال ائقراط؟

-اماك تزوجت ؟ اشحال اشعيت ندريا؟

1- لمعلومات اڪغان شحيحت نتور نموطن

-داشو ددوا ائنتست ثور؟ اي امك ائتعيشت ثور؟

-امك ائتترا ابريد امنزو مي اكدنان تهلكت سكر؟

-اسمي ائوئط شسينيئك ابريد امنزو؟ امك ائتترا؟

-امك ائتعيشط واهي دلهاكيي؟

-امك اكدا لهلاكيك؟

-داشو دلهاكاث اكدستفر ثور سكرك؟

-اماك ائتعيشت دنئيك سكسوال واهي تمتوئك؟

-اشحال ابردان ائكشمت غسبيطار فلعال لهلاكيي؟

-اماك تئحادرت ريجميك؟

-لان وياك اكهالكن سكر كلافميينك

-اماك لهلاكك اجنيك كلخدماينك ناغ كلقر ايئينك؟

-منهوادبن ديدك كسمي ائهلكت؟

-داشو اكدسلفل لهلاكيي كدونئيك؟

2- لمعلومات اڪغان صحة نزيك نموطن

-شعيت كرا لهلاكاث كئمز بينك؟

-كمي اتهلكت سكر استبعادد كرا لهلاكات نيطن؟

-تگشمط يكان غسبيطار فلهلاك نيطن؟

-ثعلت يكان ابرسيو اقبل اتهلكت؟

-اقبل اتهلكت لهلاكي ثعاشت اكا لحاج اكشوكن؟

-امك اثتسوت اكيي واحي دلهاكك؟

3- لمعلومات اكنان اقرويس؟

-ثمرت ايدهدرت فلسفونير ينك؟

-امكيث نودميك اقبل واحي كمنهلكات اك؟

-هدرييد فتركتيك ؟ داشو اثتركوت؟

-اماك اثتواليت لعبياد اويهلكرن سكر؟

-اغورك داشو دسب نسح مكدكماسي لهلاكيي؟

-كمي اتهالكث لهلاكيي ثنبدال لعلايقنك واحي دلفمييكنك ناغ دمداكليك؟

-اماك لعلايقنك واحي دطبيبيك واح دفرملين؟

-داشو دلبرجي اثسعيط غرزات؟ داشو اثبغيط اتخدمت؟

-اماك اثتوالت دونثيك اك واحي دلهاكيي غرزات؟

-هضرييد فاشو اثبغيط؟