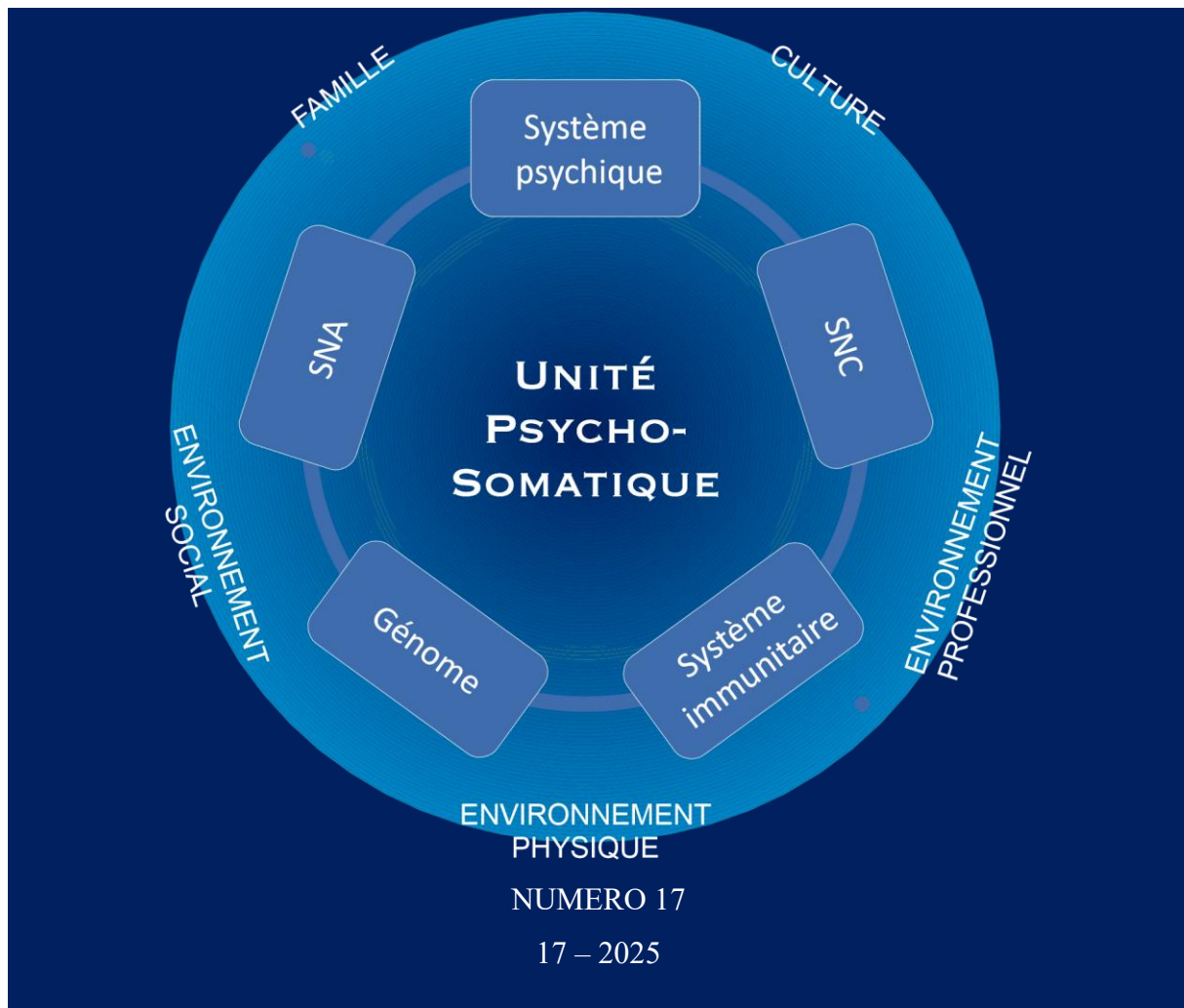


PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE
MODELE METAPSYCHOSOMATIQUE PSYCHANALYSE MÉDECINE
NEUROSCIENCES
REVUE DE L'ÉCOLE DE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE
ET DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE

REPARER LES BLESSURES DE LA RELATION D'ATTACHEMENT
SUITE AUX PSYCHO-TRAUMATISMES DE LA NAISSANCE ET DES PREMIÈRES
ANNÉES DE VIE



COMITE DE RÉDACTION ET DE LECTURE DE L'ECOLE DE PSYCHSOMATIQUE INTEGRATIVE ET DE LA SPI

Elisabeth Jouan, Jean Benjamin Stora, Dr Dubreuilh Noelle, Jeanne Even, Evelyne Renardier, Michael Stora, Jean-Jacques Maurice, Yury Demin Iliadi.

André Aboulkheir, Benoît Depreux, Stéphane Flamant, Lionel Naccache, Angelo Vapellari, BRUNO Trumbic, Marleine El Haddad, Kahina Boucheffa, Girard Reinette, Kun Thida Sok.

COMITE SCIENTIFIQUE

Les membres des comités de rédaction sont aussi des membres du comité scientifique

Pr. Wolfgang Rapp, Professeur émérite de Médecine Psychosomatique, Chaire de Médecine Psychosomatique, Université de Heidelberg.

- **Pr. Gérard Ostermann, Professeur de thérapeutique option médecine Interne. Psychothérapeute-Analyste. Diplômé de thérapie Cognitivo-Comportementale et de pharmacologie. Spécialiste des conduites addictives, de l'anorexie et de la prise en**

charge de la douleur et des traumatismes. Spécialiste en cardiologie et angiologie.
Université de Bordeaux.

- **Dr. Anne Buot, Docteur en Neurosciences, Enseignante ENS de la Rue d'Ulm, responsable cours de Neurosciences de l'EPSI**
- **Dr. Karim N'Diaye, Institut du cerveau et de la moelle épinière / Brain & Spine Institute, Paris, GHU La Pitié-Salpêtrière**
- **Pr. Jean Benjamin Stora, psychanalyste psychosomaticien, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière, Responsable enseignements de l'Ecole de Psychosomatique Intégrative**
- **Michael Stora, Psychologue clinicien, Psychanalyste, Psychosomaticien, expert enfants et adolescents addiction jeux-vidéo, Président fondateur de l'Observatoire des Mondes Numériques, ancien co-Directeur DU de Psychosomatique intégrative, La Pitié-Salpêtrière**
- **Dr. Ruth Aboulkheir, gynécologue**

LA REVUE DE PSYCHOSOMATIQUE INTÉGRATIVE A ETE CRÉÉE EN JANVIER 2014 PAR JEAN BENJAMIN STORA.

Responsable du numéro 17 : Jean Benjamin Stora

Le Nom de la Mère et la thérapie de psychosomatique intégrative

Il s'agit dans cette introduction de vous informer d'une pratique qui semble inconnue dans notre pays. Nombre de nos patients ont d'importantes défaillances psychiques, sinon pas de système psychique. Nous sommes en présence d'êtres humains sans imaginaire, sans capacité associative, et André Green a fini par appeler ces patientes et ces patients des non-névrosés. Cela signifie que les thérapeutes doivent aider au développement d'un système psychique afin de mieux protéger leur santé. Le système psychique étant un système de défense aux côtés du système immunitaire et son mode de fonctionnement est le processus d'élaboration (durcharbeiten).

Pour ce faire, j'ai développé progressivement au cours des 30 dernières années la thérapie psychosomatique dans une relation d'attachement maternel au patient. Nous ne sommes plus dans le modèle de la psychanalyse stricto sensu, mais dans les phases archaïques de développement humain. À ce stade, dans les sociétés actuelles, la Mère a la lourde charge de développer le système psychique de son enfant. Nous, psychosomaticiennes et psychosomaticiens, adoptons un rôle maternel bienveillant, chaleureux et empathique avec nos patientes et nos patients pour les soigner. J'insiste donc sur le Nom de la Mère par opposition au nom du Père prévalant dans la technique analytique de la phase génitale.

Ce qui m'étonne beaucoup c'est que les thérapeutes en général et les psychanalystes n'ont donné, pour le moment, aucun écho à cette nouvelle approche. Les féministes n'ont absolument pas réagi ou n'en n'ont pas connaissance. Je n'ai pas réussi à convaincre les psychanalystes et les thérapeutes d'imposer LE NOM DE LA MERE QUI est fondamental pour aider nos patientes et nos patients à développer progressivement leur imaginaire et donc pour développer un système de défense mentale aux côtés du système immunitaire pour les protéger des somatisations.

Je tiens à remercier très chaleureusement Jeanne Even et Evelyne Renardier qui ont relu plusieurs fois ce numéro pour le corriger. Amicalement, Jean Benjamin Stora

SOMMAIRE

Table des matières

.....	6
Responsable du numéro 17 : Jean Benjamin Stora	4
Le Nom de la Mère et la thérapie de psychosomatique intégrative	4
SOMMAIRE	5
TABLE DES MATIERES	5
INTRODUCTION	8
Jean Benjamin Stora	10
Présentation d'un cas de supervision	10
Analyse du cas de AVA	10
Rapport à son père et à sa mère :	10
Rapport à la société :	12
Rapport aux hommes :	13
Rapport au travail :	14
Croyances :	14
Rapport à la maladie :	15
Jean Benjamin Stora	17
Comment réparer AVA ? Diagnostic et Réparation.....	17
Jeanne Shevchenko Even.....	21
Psychologue clinicienne, thérapeute psychosomaticienne.....	21
Amir et le problème cardiaque	21
Réparer Amir	24
Le Nom de la Mère	24
Fonction Maternelle	25
Bibliographie	26
MZOUGH I Salma	27
Le travail de deuil, un miroir du développement de l'appareil psychique..	27
I-INTRODUCTION	27
II-CIRCONSTANCES DE L'ENTRETIEN	29

III- Environnement familial	30
Analyse culturelle approfondie	32
IV- Les étapes de constitution de la personnalité	33
De l'état de non-différenciation à l'état de différenciation	33
De l'incapacité de distinguer l'intérieur de l'extérieur à la capacité de les distinguer Le rôle fondamental de la relation maternelle	34
L'expérience de satisfaction et la naissance de la pensée	35
De la séparation du Soi et de l'Autre	35
La création des fantasmes et le principe de réalité.....	35
Du pré-objet à l'objet	36
De la capacité d'évaluer la distance à l'objet ; Le système diacritique	36
V- La mentalisation du deuil	37
VI- L'éternel présent	38
VII- Evaluation du risque psychosomatique selon la méthode d'investigation du Pr.JB.Stora	39
1. Tableau des événements de vie	40
Hypothèses autour de la structure psychique	45
Analyse approfondie.....	46
Processus et mécanismes psychiques.....	47
Relation d'objet – Narcissisme – Masochisme – Préconscient.....	48
Relation d'objet : Mr A fonctionne dans un registre anobjectal fixé au stade de l'objet primaire indifférencié	48
Dimension narcissique : Narcissisme gravement carencé :	48
⇒ Dimension masochique : Présence d'un masochisme passif archaïque :	48
⇒ Épaisseur du préconscient : Préconscient très peu épais :	48
Incapacité à transformer les représentations de chose en représentations de mots.	48
Etats psychiques et évènements de vie	49
Fixations somatiques et psychiques.....	50
Mécanismes de défense	50
Présence de traits de caractère	50
Les ressources	51
Prévalence des comportements	52
Capacité d'expression des affects	52
Le risque somatique	52
L'environnement	53
Environnement familial.....	53
Environnement professionnel	53
Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique Diagnostic et stratégie thérapeutique	53
Diagnostic selon la nosographie psychosomatique intégrative	54
Indications majeures :	54
VIII- La place du thérapeute dans l'accompagnement psychologique	55
IX-Conclusion	56
Bibliographie	57
 Médecine et Psychosomatique Intégrative.....	 58
La relation entre l'attachement et le stress post-traumatique chez les enfants et les adolescents	58
Une revue méta-analytique Toby Cushing , Sarah Robertson, Julia Mannes, Nicole Marshall, Mark James Carey, Robbie Duschinsky et Richard Meiser-Stedman 1Département de psychologie clinique et de thérapies psychologiques, University of East Anglia, Norwich (Royaume-Uni), Cumbria, Northumberland, Tyne and Wear NHS Foundation Trust, Royaume-Uni, Applied Social	

Sciences Group, University of Cambridge (Royaume-Uni), Département de santé publique et de soins primaires, University of Cambridge, Cambridge (Royaume-Uni) et School of Social Sciences, Humanities, and Law, Université Teesside, Middlesbrough,58

Introduction

Tout d'abord un retour sur mes orientations professionnelles qui ne sont pas prises en considération par les différents mouvements psychanalytiques français.

Très tôt dans les années 60 je me suis familiarisé avec les théories de Konrad Lorenz sur l'éthologie, et j'ai poursuivi avec mes lectures de Bowlby et de Winnicott. Bowlby était très critique de la psychanalyse et de la théorie des pulsions de Freud. Quant à Winnicott il est beaucoup plus connu pour : « The good enough Mother » qui l'a rendu célèbre. Aucun de ces trois auteurs qui sont au fondement de mon approche de la psychosomatique intégrative et de l'attachement maternel n'est cité ou repris par les psychanalystes français. Pourquoi ?

Je dois ajouter à ces interrogations sur les premières années de vie que j'ai appelé la phase archaïque de développement humain, que mes recherches ont toujours eu une dimension inconsciente puisque je suis né avec un traumatisme important à la naissance. Ce traumatisme a profondément marqué mes premières années de vie et mes relations avec les êtres humains. Je suis très reconnaissant à Bowlby et Winnicott pour leur contribution importante dont j'ai poursuivi la théorie et la clinique. Je me suis inscrit ainsi dans la continuité des travaux théoriques et cliniques britanniques.

Bowlby¹ est un pédiatre et un psychanalyste de la société britannique de psychanalyse. Il est le fondateur de la théorie de l'attachement, et s'est très tôt intéressé aux conséquences des séparations précoces des enfants d'avec leurs parents. Il a travaillé, comme Winnicott, auprès d'enfants placés à la campagne durant la Seconde Guerre mondiale. Il publie en 1951 un rapport, *Maternal Care and Mental Health*, pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les conditions d'accueil des jeunes enfants en pouponnières.

Très tôt il a remis en question certains aspects de la théorie psychanalytique de Freud ; il considère que les relations entre l'enfant et son environnement sont trop peu prises en compte et, à la suite de ses travaux sur la séparation, il en vient à critiquer la théorie de l'étayage selon laquelle l'attachement de l'enfant à sa mère serait une résultante de la nourriture qu'elle lui prodigue. En 1958, il écrit un article « La nature du lien de l'enfant avec sa mère » dans lequel il critique la théorie des pulsions, en s'appuyant sur les découvertes de l'éthologie. Le terme d'« attachement » y apparaît pour la première fois.

¹ **Edward John Mostyn Bowlby** est un médecin psychiatre et psychanalyste britannique, né à Londres le 26 février 1907 et mort sur l'île de Skye, en Écosse, le 2 septembre 1990.

J'ai moi-même critiqué et proposé une nouvelle approche de la théorie des pulsions dans un article sur les somatisations en me fondant sur leur origine somatique. C'est étrange qu'à plus de 40 années de distance j'ai eu les mêmes questionnements que Bowlby.

Si les bébés naissent bien avec une prédisposition innée à s'attacher, c'est par la répétition des moments partagés, des soins prodigués qu'un enfant s'attache à un adulte. Deux indices caractérisent une relation d'attachement pour l'enfant : il recherche auprès de la figure d'attachement, de manière préférentielle, proximité et sécurité et proteste en cas de séparation subie.

Je vais maintenant passer à la présentation d'un cas d'une de mes jeunes collègues pour développer une méthode de réparation des traumatismes de la phase archaïque de développement humain.

Jean Benjamin Stora

Présentation d'un cas de supervision

Analyse du cas de AVA

Ava est une patiente qui contacte sa thérapeute “par hasard” en ayant cherché une psychanalyste spécialisée dans le domaine psychosomatique à la suite d’une consultation qu’elle a eu avec un médecin généraliste, **qu’elle consulte pour de violents vertiges**. Elle a 40 ans. Elle me dit avoir des vertiges très intenses qui l’empêchent de mener une vie normale depuis quelques mois. Elle se sent mieux lorsqu’elle se trouve chez elle ou dans sa voiture. Elle est d’origine arménienne par son père et juive ashkénaze roumaine par sa mère. Elle n’est pas mariée, n’a pas d’enfants et est entretenue par sa mère. Elle vit très mal ces trois situations. Elle vient d’un milieu bourgeois et est habituée à un certain niveau de vie. Elle est diplômée d’une grande école new-yorkaise et a travaillé quelques années. Elle a énormément voyagé. Elle a vécu dans des différents pays et **me dit ne pas trouver sa place**. Elle ne voyage plus vraiment depuis l’arrivée de ses vertiges. Elle me dit ressentir énormément de négativité et de colère envers tout le monde. **Elle a une addiction au chocolat. Jeune, elle prenait des drogues**. Elle n’a pas de passions mais est très obsessionnelle. Elle n’aime pas le centre et le manque de prise de positions, elle préfère les extrêmes.

Rapport à son père et à sa mère :

Les parents de Ava ont divorcé avant ses 10 ans. Elle se souvient uniquement de pleurer dans son lit. Elle dit que son père n’a pas participé à leur éducation. Elle n’a jamais posé de questions sur les raisons du divorce. Elle trouve son père lâche et sa mère castratrice. Tout est un stress pour lui, elle ne l’admire pas, il la met en tension. Il n’a pas de gros moyens financiers contrairement à la mère. Elle ne connaît pas son histoire (Arménie). Elle décrit son grand-père paternel comme dur mais sa grand-mère paternelle comme douce mais anxieuse. Ava dit “ J’aurais adoré avoir un père mafieux”.

Au cours de la thérapie, elle revoit son père et est moins agressive. Elle découvre une autre facette de sa personnalité, le trouve drôle, pas si passif. Il lui dit une phrase qui la choque concernant sa dépendance financière à sa mère : “ta mère t’achète, en te finançant, un bâton de vieillesse ; c’est pour cela qu’elle t’empêche de développer des projets. C’est toi qui t’occuperas d’elle puisque tu n’as ni mari, ni enfants, ni travail.”

La mère est très humiliante à l’égard du père, dans ses propos.

Ava me dit n’avoir que très peu de souvenirs de son enfance. Elle ne se souvient pas des différentes écoles dans lesquelles elle est allée. Elle craint d’avoir la maladie d’Alzheimer.

Sans grande surprise, Ava me dit être très fusionnelle avec sa mère. Les rapports sont compliqués avec celle-ci. Elle est dépendante d'elle financièrement. Elle a des rapports explosifs et ont du mal à se comprendre. Sa mère ne lui donne pas de pension mensuelle, elle lui donne dès que Ava a besoin de quelque chose puisque une fois sur deux la demande aboutie à un conflit. Elle est très abaissante et pointe la moindre prise de poids. Elle décrit sa mère comme étant une juive (non pratiquante), Roumaine, très dure du fait de son histoire familiale. Ava sait juste que sa grand-mère s'est enfuie d'un ghetto en faisant croire qu'elle était morte. Elle regrette le peu de transmission de l'histoire familiale. Au même moment, elle dit être obsédée par l'eau.

Elle raconte l'histoire de son grand-père, juif roumain immigré. Lorsqu'il arrive en France, il change son nom afin de pouvoir s'intégrer et s'associe à un antisémite qui n'a jamais su qu'il était juif. Il prospère et devient riche sans jamais révéler sa véritable identité. Elle le décrit comme dur mais décrit sa grand-mère paternelle comme dure et excentrique. Lorsque le grand-père était malade elle disait "laissez-le crever et prenez son portefeuille". Le couple a perdu un enfant en bas âge. C'était la petite sœur de sa mère. Elle met en parallèle sa mère et ses grands-parents et trouve sa mère aussi dure et anxieuse que ses parents. **Elle raconte alors que sa mère n'est pas affectueuse, elle n'est pas douce.** Elle dit que dans sa famille, l'amour est tabou. Elle dit que sa mère est plus femme que mère. Sa mère se compare à Ava, elle lui dit que c'est celle qui lui ressemble le plus. Elle lui dit souvent "Ava ! Tu n'es pas moi !". Elle est dominante, contrôlante. Elle la décrit comme ayant le syndrome de l'imposteur car elle était petite-fille de paysan. Elle dit que sa mère fuit lorsque cela devient difficile. Elle fantasme les mères maternantes et étouffantes, "les mères juives séfarades". Ava admire l'adaptabilité de son grand père qui de fils de paysan est devenu un riche entrepreneur : "il a su jouer la comédie". Sa mère l'aide mais au prix d'être humiliée. Elle la punit. **" je rêve d'être très malade pour que ma mère s'occupe de moi".** Ma mère a hérité de son père et n'a jamais travaillé. Ava dit que son rêve est de dire à tout le monde d'aller "se faire foutre". Elle vit dans un appartement que sa mère a acheté. Elle a un appartement dans un quartier chic avec une grande surface pour une personne seule à Paris mais elle le déteste maintenant. **Elle dit qu'elle a l'impression que cet appartement est lié à la maladie.**

Rapport à sa féminité : Ava a un rapport très enfantin à sa féminité. Elle soupçonne sa tante paternelle d'inceste mais elle n'est pas sûre si c'est un inceste verbal ou un inceste physique.

Lorsqu'elle a eu ses règles, sa mère lui a mis une claque comme le veut la tradition juive

Achkenaze), et ce qu'elle lui dit : « la prépare à la douleur future, et la met en garde contre les garçons ».

Ava souffre de dysmorphophobie. C'est une très jolie femme qui ne cesse de tirer sur son visage pendant les séances, parle de ses bras et de son corps flasques (elle est fine) et souhaite faire un lifting. Elle déteste qu'on l'appelle Madame.

Elle souffre (pleurs de ne pas être mère) car selon les codes sociaux de son environnement il faut être mère pour devenir une femme. Elle a fait congeler ses ovocytes à l'étranger et déprime, depuis qu'elle est rentrée, pensant qu'elle a l'impression d'avoir abandonné ses enfants derrière elle.

Elle pense souvent être en préménopause (aucun médecin ne le confirme) et ressent de l'angoisse car elle dit avoir changé d'odeur intime et cela lui rappelle l'odeur intime que sa mère avait lorsqu'elle était plus jeune.

Rapport à la société :

Lors de notre première séance, un des premiers sujets dont me parle Ava est le conflit Israélo-palestinien et l'antisémitisme qui règne en France et dans le monde. Je la vois scruter ma réaction. Elle me dit que "tout ce qui n'est pas juif est antisémite" et que qualifier un juif de sioniste est également antisémite. Elle est fan de Benjamin Netanyahu et me dit n'avoir "aucune empathie pour les bébés palestiniens". Elle entre en conflit avec ses connaissances sur Instagram dès qu'ils likent une publication en soutien à la Palestine ou qu'ils likent une célébrité qui serait connue pour ses positions en faveur de la Palestine. Elle perd une grande partie de ses amis qui lui disent qu'elle est folle et qu'elle devrait "avoir une vie".

Elle craint d'être agressée dans la rue, me dit que les musulmans sont antisémites et qu'elle est proche de voter pour le Rassemblement National. Elle ne connaît pas l'histoire du judaïsme. Elle me parle à chaque séance du conflit au Proche-Orient jusqu'au jour où je lui demande pourquoi elle me consulte moi qui ai un nom à consonance maghrébine et qu'il y a de grandes chances que je sois musulmane. Elle me dit ne pas savoir de quoi je parle. Je lui dis qu'elle aurait pu aller consulter un psychanalyste avec un nom à consonance juive puisqu'elle fait une obsession de l'opposition de deux religions. Une fois le transfert entre elle et moi en place, je lui fais remarquer que consciemment ou inconsciemment, le choix d'une psychanalyste ayant un rapport avec une communauté qu'elle déteste n'est pas un hasard. Elle me demande ce que j'en pense, avec un sourire à peine perceptible. Je lui dis que je pense qu'elle est venue "en découdre avec une arabe mais qu'elle s'était rendue compte que je n'étais pas antisémite et qu'elle s'est prise à son

propre piège”. Elle sourit et me dit que c’était sûrement inconscient. Elle me dit que les musulmans sont antisémites mais que je suis du côté des “justes” et que peu de musulmans sont de ce côté.

Ava a également quelques amis séfarades. Elle critique leur façon d’être en me disant que “les séfarades n’ont aucune qualité des juifs mais tous les défauts des arabes”. Ils sont, pour elle, “menteurs, voleurs, bruyants, voyants et manquent d’élégance”. Elle reprend néanmoins les croyances sur le mauvais œil et la sorcellerie de la culture séfarade. Je lui conseille de s’intéresser à l’histoire des séfarades et de l’inquisition espagnole.

Elle passe ses nuits à nourrir sa colère pour la décharger dès le lendemain.

Elle a également de très mauvais rapports avec les femmes qu’elle pense être jalouses et hostiles envers elle. A commencer par sa mère dont nous avons parlé plus haut. Elle dit être “menaçante” pour les autres femmes. Elle dit être contre le féminisme et reprend la vision qu’une femme est soit “une amoureuse soit une pute”. Dans le même temps elle ne se rend pas compte **qu’elle-même parle beaucoup des autres femmes qui ont des enfants, sont mariées, ont l’air d’être en forme. Fusion malsaine avec un ami qui se considérait comme “le roi soleil”. Recherche l’emprise.**

Colère contre l’injustice subie mais pas celle causée.

Elle déteste “ce monde de bourges”, souhaite combattre cet enfermement mais ne se présente que par le milieu qu’elle côtoie.

Elle est attirée vers la noirceur, les séries noires ou la tristesse. “Je peux être très méchante”.

Rapport aux hommes :

Ava aime les hommes “dominants”. Elle souhaite relever des challenges. Elle me dit n’avoir jamais eu de “vraie relation” et avoir beaucoup d’égo. **Elle aime les hommes qui ont “les femmes à leurs pieds”. Elle veut être “choisie”. Elle a eu une relation pendant 8 ans, non continue, avec un homme toxique.** Elle décrit cette relation comme explosive. Le peu de relations sexuelles qu’elle avait avec lui étaient des fellations.

Elle se dit obsédée par les hommes toxiques. **Elle se sent seule et dit rechercher la fusion.**

Elle aime “les poissons insaisissables”, souhaite être mise en insécurité et préfère les hommes imprévisibles, lorsque son mécanisme de rejet est déclenché.

Comme évoqué plus haut dans sa relation à son père, elle dit qu’elle aurait adoré avoir un père mafieux. Elle recherche la domination tout en s’opposant à celle-ci, comme dans sa relation avec sa mère. **Elle a besoin d’intensité, regrette souvent de ne pas être désirée donc de ne pas être désirable.**

Elle souhaite une bataille de domination avec une humiliation voulue. Elle parle de la relation avec sa sœur et de la bataille qu'elles ont pour obtenir la préférence de leur mère.

Elle a eu une relation avec 2 autres hommes séfarades toxiques, en couple et a envoyé un message à la copine d'un de ces hommes en disant qu'elle avait "couché avec son mec".

Elle dit vouloir être traitée comme une "Jewish princess".

Depuis presque une année, elle est obsédée par un homme qui la rejette. Elle le décrit comme pervers, prédateur et se décrit comme étant son "esclave émotionnelle", elle le décrit comme étant pour elle de l'héroïne. Elle dit être depuis toujours dans des triangulaires.

Elle passe ses journées et ses nuits à regarder son profil Instagram.

Elle dit que ses vertiges sont peut-être dus à cet homme et pense être intoxiquée. En effet il l'embrasse un jour alors qu'il venait de prendre de la cocaïne. Elle dit qu'il l'a intoxiquée. Elle souhaite entrer en fusion avec lui, "s'encaster". Il lui tire les cheveux pour l'embrasser, il lui "porte chance".

Elle souhaite "être au bon endroit" et dit qu'il est amoureux de tout le monde.

"Je veux quelque chose de plus profond, je me sens en demande d'affection" me dit-elle.

"Je veux un enfant avec lui, qu'il me paye l'hélico, la nounou, les voyages, la poussette de luxe même s'il me trompe. Sa vie me fait rêver."

Elle souhaite passer de la dépendance financière qu'elle a auprès de sa mère à celle qu'elle aurait auprès d'un homme.

Cet homme a maintenant une compagne dont il semble amoureux, elle surveille le compte Instagram de celle-ci.

Rapport au travail :

Ava a de très beaux projets professionnels mais elle ne passe jamais à l'action. Pour elle, ses **projets ne sont pas assez grandioses**. Elle dit qu'elle ne mettra uniquement en place qu'un projet qui pourrait la rendre millionnaire. Elle a un très grand réseau amical et professionnel d'anciens camarades de classes et de connaissances avec qui elle passait des soirées. Je lui demande pourquoi elle ne contacte pas son réseau. Elle me dit ne pas pouvoir montrer qu'elle est "désespérée". Elle dit que ne pas travailler, c'est ne pas exister.

Croyances :

Ava se sent complètement juive depuis le 7 octobre. Elle n'est pas pratiquante et ne connaît que très peu de choses non seulement sur la religion juive mais également sur l'histoire du judaïsme. Elle pratique le Shabbat à de rares occasions et a jeûné pour la première fois cette année à l'occasion de la fête de Kippour.

Elle voit, en revanche, beaucoup d'énergéticiens, de voyants, d'étiopathes, de kinésologues, croit aux énergies, à l'incidence de la lune sur ses vertiges, et est prête à essayer toutes les médecines alternatives. Elle s'intéresse aux constellations familiales. Elle croit fortement au mauvais œil et à la sorcellerie.

Rapport à la maladie :

Ava se sent comme dans une errance médicale, elle va de praticien en praticien sans jamais être satisfaite. Elle recherche un miracle, **celle ou celui qui lui enlèvera ses vertiges sans qu'elle ne souffre un instant de plus**. Nous travaillons sur l'acceptation de la douleur mais comme un enfant elle fait des caprices en remettant la faute sur l'incompétence de tous les praticiens qu'elle rencontre. Elle se pose en victime éternelle. Elle ne souhaite pas à en parler à ses amis par peur du mauvais œil mais également pour ne pas paraître diminuée dans un environnement où l'apparence est primordiale. Elle ne souhaite pas être manipulée et ressent de l'angoisse d'être sans contrôle. Elle ressent des vertiges, **craint de bouger la tête, n'a plus d'équilibre et est devenue allergique aux chevaux après la congélation des ovocytes, alors que c'était sa seule passion**. Elle est hypocondriaque et a des rdv médicaux toutes les semaines. Elle passe ses nuits à parler avec chat gpt afin de trouver quelle maladie elle a.

Commentaires	Événements de vie	Date ou âge	Troubles somatiques
	Etat dépressif, retour de l'étranger, relation sexuelle avec un Argentin après avoir regardé un documentaire sur les nazis cachés en Argentine, embrasse un homme par qui elle est obsédée et pense être intoxiquée par la cocaïne qu'il a snifé.	2024	Vertiges, cervicales bloquées, troubles de la circulation sanguine
	Congélation de ses ovocytes	2019	Allergie à sa seule passion, les chevaux
	Se prend une gifle par sa mère comme le veut la tradition	12 ans	Règles
	Inceste moral qu'elle intègre comme un inceste physique par la tante paternelle	11 ans	Sexualité vécue comme une agression

	Ne trouve pas sa place en tant qu'enfant. N'a que peu de souvenirs.	Enfance	Sérotonine trop élevée (comme sa mère)
--	---	---------	--

.....

Jean Benjamin Stora

Comment réparer AVA ? Diagnostic et Réparation

À première lecture, Ava apparaît comme une femme encore jeune séductrice et hystérique. Elle mène une vie que l'on considérerait comme très intéressante, elle est dans la séduction d'hommes avec qui elle entretient des rapports très ambivalents car elle porte des jugements très durs sur les hommes qu'elle fréquente Et elle voyage sur de nombreux continents. En bref, Elle mène une vie passionnante et fascinante.

Je m'attacherai à une deuxième lecture du cas clinique en recourant à l'approche de psychosomatique intégrative. Je poserai alors un certain nombre de questions pour mieux identifier la pathologie d'AVA. Dans un premier temps on pourrait poser le diagnostic de névrose hystérique.

Dans un 2e temps de réflexion, je m'attacherai à la relation d'AVA avec sa mère en posant la question habituelle en psychosomatique intégrative : « L'objet maternel est-il internalisé » ? Que répète -t-elle de sa relation avec sa mère dans la relation avec les hommes ?

Quelles sont les relations d'AVA avec sa mère ?

Sa psychothérapeute nous dit qu'elle est très dépendante de sa mère sur tous les plans et d'abord sur le plan financier. Ava ne gagne pas sa vie alors qu'elle a 40 ans !

Ava a vécu le traumatisme du divorce de ses parents ; elle a beaucoup pleuré et elle n'a jamais su pourquoi son père et sa mère avaient divorcé. Elle n'a que très peu de souvenirs de son enfance et elle ne révèle en aucune façon une capacité de faire des allers-retours présent passé. On peut déduire dès à présent un trouble des capacités associatives ou bien une inexistence de capacité associative. Ava est très fusionnelle avec sa mère, et leurs relations sont très compliquées. Elle décrit les rapports avec sa mère comme des rapports explosifs ce qui implique une expression des pulsions agressives non réprimées. Elle est très dépendante financièrement de sa mère qui la critique de façon continue. Cette dépense financière révèle la capacité de puissance de la mère qui ne donne aucune indépendance à sa fille. Il n'y a aucune transmission de l'histoire familiale ce qui implique que Ava vit uniquement dans le présent.

La pathologie masochiste est très présente.

Sa mère n'est pas affectueuse et elle n'est pas douce.

On peut conclure des déclarations de Ava que la carence maternelle a entravé le développement et la naissance d'un système psychique. Ava a fortement investi le comportement, les capacités intellectuelles et les capacités cognitives. Ava est dans une quête continue de l'affection maternelle qu'elle n'a jamais eu.

On peut conclure de cette première analyse que la mère a un fonctionnement phallique narcissique ; Elle est dans la toute-puissance et le contrôle de la vie de sa fille. Ava ne peut s'identifier à une telle mère, qui l'a privée de la dimension psychique qui est, je le rappelle, un

2e système immunitaire à côté du système immunitaire biologique. Cela peut mieux expliquer les symptômes somatiques de la patiente.

On peut dans une première conclusion déclarer qu'il n'y a pas eu d'internalisation de l'objet maternel. Cela prive les êtres humains de leur système psychique.

Je rappelle que dans mon ouvrage « quand le corps prend la relève, stress traumatisme et maladies somatiques » paru chez Odile Jacob en 1999 j'ai longuement développé les 2 images de la mère : l'image de Lilith, toute puissante et castratrice et l'image de Eve, chaleureuse bienveillante et maternelle.

Étant donné qu'il n'y a pas eu d'internalisation de l'objet maternel, il n'y a pas eu de développement d'un système psychique et les pulsions sexuelles et les pulsions agressives n'ont pas pu s'intriquer.

Que s'est-il passé exactement ? La description de la patiente révèle sa dimension narcissique dans sa capacité de séduction des hommes qu'elle rencontre et avec qui elle a des relations sexuelles de nature auto-érotique car, l'objet maternel n'étant pas internalisé elle n'a pas pu avoir accès à des relations objectales œdipiennes avec les hommes. Ce point nous renvoie à son identité féminine qui ne s'est jamais développée ; sa thérapeute parle d'elle comme d'une petite fille. En vérité Ava est toujours à la recherche de l'affection maternelle dans ses relations avec les hommes. Elle recherche de l'affection comme une petite fille et non comme une femme objectale sexualisée. Cela fausse complètement ses relations avec les hommes qu'elle rencontre car elle n'obtient jamais ce qu'elle souhaite., **Elle est à l'heure actuelle dans une relation préobjectale.**

Dans sa relation avec les hommes, il y a une manifestation de son agressivité : elle déclare : « son rêve est de dire à tout le monde d'aller se faire foutre ».

On peut comprendre avec cette déclaration que la première intrication du narcissisme et du noyau masochisme érogène primaire n'a pas eu lieu à l'aide de la présence du Moi objet. Son Moi est très fragile et quasiment inexistant.

Étant donné la non-intrication du noyau masochique érogène primaire, elle exprime son agressivité dans la relation avec les hommes et dans les disputes avec sa mère. Il s'agit ici en vérité de la revendication continue de la recherche de l'amour maternel qu'aucun homme ne peut lui donner bien entendu, et encore moins sa mère.

Interrogations sur le SOI et l'identité

Nous arrivons à présent à des **interrogations sur le SOI et l'identité**. Comme le dit ma jeune collègue lors de la première séance un des premiers sujets dans lui parle sa patiente est le conflit israélo-palestinien et l'antisémitisme qui règne en France et dans le monde. Il semble que ce thème de l'antisémitisme alimente son agressivité et ma collègue qui est musulmane attire l'attention de la patiente sur le fait qu'elle critique l'islam et choisit comme thérapeute une femme musulmane.

Ma collègue a bien fait de pointer son agressivité contre l'islam qui renvoie en réalité aux interrogations de la patiente sur son identité et donc sur le développement de son identité dans la structure que l'on appelle le SOI.

Elle lui signale qu'en vérité elle ne connaît rien du judaïsme et de son identité juive. Sa mère est une juive ashkénaze roumaine et, elle ne l'a jamais initiée aux éléments fondamentaux du judaïsme.

Il s'agit d'une remarque très importante car ma collègue indique de façon très précise comment réparer le SOI. Il s'agit d'une construction identitaire A partir de l'histoire du judaïsme qui peut à ce moment-là prendre une importance considérable pour la construction de son identité juive. Nous voyons ici comment il est possible de construire une identité à partir d'une approche intellectuelle : il s'agit de raconter une histoire comme les mères le font avec leurs enfants. Grâce à cette histoire Ava peut progressivement acquérir les éléments fondamentaux de son identité ce qui va lui permettre d'internaliser l'objet maternel à savoir sa thérapeute comme Mère.

Ma collègue a très bien indiqué les voies de réparation de Ava afin qu'elle puisse grandir et devenir une femme adulte. Cette construction de l'identité va lui permettre d'accéder progressivement à la problématique œdipienne.

Ava recherche la fusion c'est tout au moins ce qu'elle déclare : elle a de beaux projets professionnels mais ils ne sont pas grandioses. Encore une fois son narcissisme agit de façon négative.

Les somatisations d'Ava ne sont pas trop graves, elle est plutôt dans une errance médicale de nature hypocondriaque. Le quantum d'excitations élevé de sa vie est absorbé par ses comportements quotidiens qui suffisent ; il n'y a pas de véritables somatisations avec de graves conséquences somatiques. Son dernier symptôme de vertige doit être rapidement soigné ; il est probablement lié à une intensité de stress élevé. Mais on doit être prudent sur le plan médical.

Ava a des croyances : Elle croit au mauvais œil et à la sorcellerie. Je pense que ces croyances sont utiles pour son équilibre global.

Ce n'est que dans le cadre de sa thérapie psychosomatique que progressivement elle pourra construire son identité, aboutir à la première intrication pulsionnelle : Narcissisme et noyau érogène primaire, et enfin internaliser l'image maternelle.

Je rappelle que l'image maternelle est internalisée au terme du 9e mois de vie après un long parcours dans le cadre de la relation d'attachement maternel.

Les modalités de réparation de la patiente qui ont été exposées ne peuvent avoir lieu que dans une relation psychothérapique où la prédominance de l'attachement maternel est fondamentale.

Bibliographie

1. Stora, J.B., (2021) « L'être humain est une unité psychosomatique, toutes les maladies sont psychosomatiques » Editions Librinova, Paris.
2. Stora, J.B., (2019) « 15 cas de Thérapies Psychosomatiques, soigner des malades, non simplement leurs maladies » Editions Hermann, Paris.
3. Stora, J.B. (2013) "La Nouvelle Approche Psychosomatique, 9 cas cliniques", MJW-Fédérations, Paris.

4. Stora, J.B. (2015) "The new Body-Mind Approach, Clinical Cases" Karnac, London. Préface du Pr. Mark Solms, Président Fondateur de l'Association Internationale de Neuropsychanalyse.
5. Stora, J. B. (2011) "Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques", ed. Odile Jacob, Paris. 1ère édition 1999
6. Stora, J.B. (2011) "La Neuropsychanalyse, controverses et dialogues", Paris: MJW Éditions
- 7 Stora, J.B., (2023) Cours de Psychosomatique Intégrative, Les relations entre l'esprit et le corps, Approche Psycho-Neuro-Médicale, Théorie et clinique, enseignée à la Faculté de Médecine de 2005 à 2015.

Jeanne Shevchenko Even

Psychologue clinicienne, thérapeute psychosomaticienne

Amir et le problème cardiaque

Amir, un jeune homme d'une trentaine d'années d'origine centrasiatique vient consulter car il pense avoir un problème au cœur que les médecins n'arrivent pas à diagnostiquer. Il vit en France avec sa compagne et leur enfant depuis maintenant 2 ans. Il est comptable dans une entreprise internationale qui lui a proposé de venir s'installer en France car la vie dans son pays d'origine « devenait trop dangereuse ». Il vient d'une famille aisée où « on donne de l'importance à l'image de la famille », c'est pour cela qu'ils doivent organiser le mariage dans le respect des traditions, ce qui par ailleurs inquiète beaucoup notre patient. Il décrit sa vie dans son pays d'origine comme tranquille mais avec des épisodes d'angoisse par des moments. Il a consulté différents thérapeutes par le passé mais à chaque fois les suivis s'arrêtaient au bout de 2 ou 3 séances, car « il n'y avait pas de problème détecté », dit-il. C'est un patient qui a beaucoup de difficultés à parler de lui, de ce qu'il ressent et souligne à chaque fois qu'il est normal d'un point de vue psychique et que quelques séances doivent lui suffire car « de toute façon il n'y a rien à chercher du côté psy » - me dit-il en permanence.

Ses problèmes au cœur ont commencé brusquement en lui donnant l'impression de s'étouffer, avec de la douleur dans la poitrine, et de ne plus pouvoir respirer, avec une forte accélération cardiaque. C'est arrivé pour la première fois au travail quand il était entouré de ses collègues. Il a consulté plusieurs médecins qui lui ont fait faire tous les examens en lien avec le cœur en « l'obligeant » même à faire des longs trajets dans des villes voisines, ce qu'il trouvait, en fin de compte, prenant car à chaque fois il espérait avoir enfin un diagnostic. Son médecin généraliste lui a suggéré qu'il n'y avait aucune maladie organique, qu'il est stressé et qu'il faudrait plutôt consulter un psychiatre. Il insistait fortement sur le fait qu'il était « normal » et que sur le plan psychique il n'a pas de problèmes car plusieurs thérapeutes lui ont confirmé cela auparavant. En outre, après son arrivée en France, les crises d'angoisse augmentent au point qu'il ne peut plus supporter les bruits venant de l'extérieur de son bureau. Il va de plus en plus mal et se met parfois à pleurer devant sa compagne « sans aucune raison particulière » dit-il. Dans les premières impressions, c'est un homme qui est plutôt difficile dans le contact, fin et grand au regard noir, très sérieux, fier et très actif, qui adopte une attitude de supériorité à l'égard de l'autre, et qui veut

à tout prix avoir le contrôle sur la situation. On ressent rapidement que l'Autre est perçu comme mauvais et ne peut pas faire grande chose pour lui. En regardant derrière le rideau de sa protection, c'est l'horreur qui se fait voir dans un contact de froideur. A cela s'ajoutaient des fous rires à haute voix pendant les séances et des explosions en larmes laissant derrière un air de bizarrerie.

Il décrit son enfance comme « normale » même si son père le tapait avec sa ceinture quand il n'obéissait pas. Il ne semble avoir aucune relation affective avec ses parents, sa mère est décrite comme celle qui faisait des choses à la maison, en laissant ressentir son manque d'affection. Il n'a pas beaucoup de souvenirs de son enfance et enfin, pour lui, ce n'est pas cela qui est important aujourd'hui pour son problème de cœur. Il a un frère aîné avec qui la relation aujourd'hui est presque inexistante car « chacun est plongé dans sa vie ». Son frère aîné était chargé de s'occuper d'Amir quand il était petit car leur mère avait beaucoup de tâches et « ne pouvait pas être partout ». Les accouchements étaient des moments du « cauchemar » pour leur mère car elle a beaucoup souffert et « pour rien au monde elle ne repasserait pas par-là ». Amir sait qu'il n'a pas été allaité car sa mère trouvait cela « pénible » et « n'était pas bien après l'accouchement », ce qui l'empêchait de prendre soin du petit Amir. Nous pouvons nous demander quelles étaient les conséquences de cette difficulté maternelle et nous pouvons faire l'hypothèse de la dépression de sa mère.

Nous comprenons que le changement de pays, le déracinement, fut une source de stress extrêmement puissante, ce qui a basculé tout son équilibre qui à la base n'était pas solide, avec des constructions très fragiles, aux limites des aménagements psychotiques, où tout tenait grâce au narcissisme primaire ; ce changement n'a fait qu'activer sa dépression où ses troubles de cœur relèvent plutôt d'une tentative de s'accrocher à la vie et sont ainsi une manifestation de la pulsion de vie dans le but de ne pas connaître un effondrement.

Amir ne peut plus se plaindre avec des mots ; il n'arrive pas à parler, à décrire ce qu'il vit et surtout à se dire qu'il y a peut-être quelque chose qui ne va pas. Selon l'approche de la psychosomatique intégrative (Stora), chez l'hypocondriaque, il y a une régression archaïque profonde avec prédominance de la sensorialité ce qui nous renvoie à la phase archaïque, et à la coupure entre l'organisation cénesthésique et le

système psychique. Par l'intermédiaire de ses plaintes au niveau du cœur, Amir exprime sa souffrance archaïque. Dans l'hypocondrie, c'est l'image neuronale du corps et l'image psychique du corps, qui sont en question, profondément sollicitées par les excitations (Stora). Ainsi, le déménagement est venu toucher le primaire et était une source de grandes excitations.

Il est tout à fait intéressant qu'Amir vienne consulter, et je souligne que c'est avec beaucoup de méfiance, pour des raisons « corporelles » afin de comprendre d'où vient son problème de cœur. « Les excitations somatiques perçues par le système nerveux central provoquent une angoisse, signal d'alarme qui pousse le patient à consulter car il pense qu'il souffre d'une maladie que seul le médecin peut reconnaître... le patient est à la recherche de l'impossible ; il veut, pour se rassurer, mettre un nom sur ses troubles » (Stora, 2013, p. 100). C'est tout à fait intéressant à quel point c'est important pour le patient que le thérapeute « adhère » à l'idée d'existence de la maladie. Amir est effectivement à la recherche de l'impossible et cela nous renvoie à la question de son narcissisme. Il semble que sa douleur narcissique se manifeste par sa douleur corporelle. Amir considère que les raisons de sa maladie sont les événements extérieurs. Il est insupportable pour Amir d'admettre l'idée de s'adresser à un « psy » car cela voudrait dire se remettre en question, ce qui est pour l'instant trop difficile pour le patient, comme s'il allait s'effondrer comme un château de cartes. Nous remarquons une grande résistance, une enfance idéalisée et nous comprenons que cela lui a permis de survivre. Le narcissisme primaire a pu assurer la survie à Amir, étant dans le Soi grandiose. Rappelons-nous que les états hypocondriaques se manifestent pendant les périodes de transition et dans le cas d'Amir l'hypocondrie est une tentative d'auto-guérison des blessures narcissiques profondes. C'est pour lui un appel à l'aide, une tentative de faire face à sa dépression, comme un moyen acceptable d'exprimer sa souffrance, comme la pulsion de vie, comme la lutte pour la vie dans l'univers de la pulsion de mort ; c'était son moyen à lui de se protéger contre la terreur, le danger, le désastre, et l'inorganisation ; comme un moyen de défense contre quelque chose de beaucoup plus sombre et probablement psychotique.

Le patient donne l'impression d'avoir une place normale dans la société et dans les relations avec le monde extérieur, mais il s'agit d'une « pseudo-normalité ». Etant donné les carences affectives, il est important de nous poser la question sur l'existence

et le développement de son appareil psychique. Son discours est totalement désaffecté, opératoire, factuel, avec une indifférence totale vis-à-vis de la composante émotionnelle des choses, ce qui lui a garanti sa survie en créant ainsi une zone sans oxygène. Ce moyen de fonctionnement sans émotions a servi à Amir pour faire face à la douleur narcissique et à la frustration précoce.

Réparer Amir

Comment réparer cette blessure profonde de la relation d'attachement chez Amir ? Nous avons vu qu'il est très difficile pour Amir de venir voir un « psy » car cela secoue tout son être et met en danger sa construction fragile. Le début de la thérapie avec un tel sujet est marqué par la méfiance ce qui nous renvoie à sa relation d'objet précoce, à sa façon d'apercevoir l'Autre, et à ses phases archaïques. L'hostilité et la froideur qui sont ressentis sous les couches de « normalité », nous servent d'indice de ses relations précoces avec l'objet maternel. Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que l'objet maternel était hostile et froid dans sa relation avec Amir. Ainsi, Amir est un sujet qui va essayer de trouver la confirmation que la thérapie ne se passe pas comme il le pense (par exemple, le thérapeute n'accueille pas à l'heure ou le jour qui lui conviennent, le thérapeute n'a pas de compétence « technique » pour sa problématique etc.), pour qui il est important que le thérapeute confirme sa normalité et adhère à l'existence d'une maladie que les médecins n'arrivent pas à diagnostiquer. Ainsi, nous pouvons nous poser la question de notre retour verbal, étant donné que le patient manifeste de la déception au moindre signe de non-accord. Il est important de comprendre que seule la fonction maternelle du thérapeute pourra aider ce patient à construire son identité et aller mieux sur le plan psychique et corporel.

Le Nom de la Mère

C'est le Nom de la Mère (Stora) qui aidera progressivement Amir à développer son imaginaire, à construire son appareil psychique et à écrire l'histoire de sa vie, ce qui aidera à transformer la douleur et la souffrance corporelle en douleur psychique, en transformant l'investissement narcissique en investissement d'objet. Amir disait avoir été autonome très tôt et qu'il n'avait pas besoin des autres pour s'occuper de lui. Or nous comprenons qu'un enfant ne peut pas s'occuper seul de lui et que le thérapeute dans sa fonction maternelle doit entrer en contact avec le bébé et l'enfant qui est là devant nous. « Après la levée de la césure épistémologique, il était

nécessaire de montrer que l'appareil psychique fait partie du vivant, non pas comme une fonction spatialement matérialisée, comme dans l'approche métapsychologique, mais comme une fonction immatérielle corporellement non localisable » (Stora, 1999, p. 258). Le thérapeute va ainsi reprendre le développement de l'appareil psychique là où le processus n'a pas pu progresser suite à des traumatismes et suite à des carences affectives. Le thérapeute va reprendre le développement des phases archaïques car notre patient se trouve dans une régression profonde, ayant subi de la violence physique de la part de son père et l'absence d'affection de la part de ses parents. « Il s'agit de se situer aux sources de l'articulation de l'organisation somatopsychique réunissant la toute-puissance du père et de la mère à la fois, c'est-à-dire un potentiel absolu encore sexuellement indifférencié... « L'organisation narcissique » et les différentes étapes du développement prégénital constituent les structures psychiques nécessaires au développement de la psyché des patients somatiques » (Stora, 1999, p. 252).

Fonction Maternelle

Le thérapeute psychosomaticien dans sa fonction maternelle va progressivement faire naître le système psychique du patient qui permettra ensuite au patient de mettre en place des mécanismes de défenses psychiques en renforçant son état physique. Il sera important de mettre les mots sur ce que vit le patient en l'apprenant à connaître ses ressentis, ses émotions, son état intérieur, ses affects qui sont réprimés. Le patient ne pourra pas avancer seul sans son thérapeute et seulement si le thérapeute est capable d'accomplir cette fonction maternelle. A l'instar de la thérapie avec les enfants quand il faut parler la langue de l'enfant, nous pouvons faire le parallèle avec nos patients somatiques qui restent fixés dans les phases archaïques et c'est la finesse du thérapeute dans sa fonction maternelle qui permettra de descendre dans les couches les plus profondes, parfois à la limite avec la folie, au préhistorique, préœdipien, de rentrer en contact avec le fœtus ou le bébé dans les temps les plus précoces, et de relancer le processus de maturation psychique en construisant l'appareil psychique, la capacité de penser, d'avoir des associations et des souvenirs. Selon l'approche de la psychosomatique intégrative, l'organisation cénesthésique et l'organisation diacritique sont nécessaires pour la naissance de la vie psychique qui ne peut avoir lieu qu'à travers la relation d'attachement à la mère (Stora). Un bébé ne peut naître psychiquement qu'à l'intérieur de la relation d'attachement à l'objet maternel.

L'inorganisation de notre patient Amir indique l'absence du système psychique, faible épaisseur du préconscient qui ne peut pas exercer le rôle du pare-excitation. Ainsi, le quantum d'excitations internes et externes ne peut pas être géré par le système psychique et est transmis au système nerveux central. Chez Amir, nous voyons que c'est le cœur ou bien les sensations liées au cœur qui deviennent le lieu d'expression de ce qui ne peut pas être traité par l'appareil psychique. Nous pouvons d'ailleurs nous questionner si dans des générations précédentes il y avait des problèmes cardiaques et étudier ces liens. Le thérapeute psychosomaticien va exercer le rôle du pare-excitation dans un premier temps ; ses angoisses ne pouvant pas être élaborées car elles sont diffuses, il n'y a pas eu d'introjection d'objet qui aurait pu permettre le développement de l'appareil psychique. Le travail autour de la construction du système psychique et de l'épaisseur du préconscient envisage une thérapie à long terme dans un cadre qui permettra au patient de créer une expérience nouvelle de relation qui n'existait pas avant, dans un lien d'attachement suffisamment solide. Ainsi, Amir pourra avec le temps introjecter l'objet, l'affect pourra ainsi apparaître et être pensé par la suite. Grâce à l'apparition de l'Objet, l'investissement narcissique massif pourra se déplacer vers un investissement d'objet ce qui permettra à Amir d'instaurer des relations plus solides avec le monde extérieur en diminuant le noyau paranoïde et la méfiance.

Bibliographie

McDougall, J. (2003). *Théâtres du corps. Le psychosoma en psychanalyse* (Folio. Gallimard).

Stora, J. B. (1999). *Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques* (Editions Odile Jacob).

Stora, J. B. (2013). *La nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques* (MJW Féditation).

Stora, J. B. (2019). *15 cas de thérapies psychosomatiques* (Hermann).

Stora, J. B. (2021). *L'être humain est une unité psychosomatique. Toutes les maladies sont psychosomatiques*. Librinova.

I-INTRODUCTION

La médecine somatique classique repose sur un paradigme organique selon lequel les troubles cliniques et paracliniques sont l'expression directe d'atteintes lésionnelles. Ce modèle biomédical, centré sur les dysfonctionnements biologiques, a permis des avancées majeures et demeure indispensable. Toutefois, en réduisant le sujet à une entité principalement bio-fonctionnelle, il tend à limiter la compréhension de la maladie en laissant de côté les dimensions psychiques et environnementales pourtant constitutives de l'expérience pathologique.

Ainsi, certaines prises en charge, bien que nécessaires, peuvent rester partielles lorsqu'elles sont envisagées isolément : les traitements psychiatriques peuvent atténuer l'anxiété de manière symptomatique sans en résoudre les déterminants psychiques, tandis que l'approche nutritionnelle peut se limiter à la gestion des apports alimentaires sans interroger la dimension subjective d'un comportement alimentaire pathologique.

La psychosomatique intégrative permet alors d'instaurer un cadre d'interprétation plus global des symptômes, où interviennent non seulement des facteurs biologiques, mais également des facteurs psychologiques, étroitement liés au fonctionnement mental et au développement de l'appareil psychique, ainsi que des facteurs environnementaux, familiaux, socioprofessionnels, culturels et relationnels. **L'exclusion ou la prise en compte insuffisante de ces dimensions limite la compréhension globale du sujet malade, en particulier lorsque les symptômes persistent, récidivent ou résistent aux traitements strictement somatiques.**

La psychosomatique intégrative propose de penser l'individu comme une **Unité Psychosomatique**, constituée de systèmes complexes interdépendants, en interaction constante et multidirectionnelle. Elle s'appuie sur un modèle ouvert, intégrant les apports de la médecine, des neurosciences, de la psychanalyse et de la psychopathologie développementale. La psychosomatique intégrative ne se limite pas à établir des liens causaux simplistes entre le psychique et le somatique, mais vise à comprendre comment les capacités ou les défaillances de l'appareil psychique influencent la régulation des excitations, la gestion des affects, la mise en place des défenses et, in fine, l'expression corporelle de la souffrance.

Au cœur de cette approche se trouve la question du **développement de l'appareil psychique**. Contrairement à une conception innéiste, **l'appareil psychique ne préexiste pas à la naissance, il se constitue progressivement à travers les premières relations d'attachement et les expériences précoces avec les figures parentales.** Ces interactions fondatrices

permettent la mise en place des fonctions de pare-excitation, de contenance, d'élaboration psychique et d'introjection des objets. Lorsque ce processus est entravé — par des carences affectives, des ruptures précoces, des traumatismes ou des environnements insuffisamment contenant — l'élaboration mentale demeure limitée. Le sujet se trouve alors contraint de recourir à des modalités défensives archaïques, souvent somatiques ou comportementales, pour faire face aux excitations et aux événements de vie.

Sur le plan clinique, la psychosomatique intégrative offre ainsi un élargissement considérable du champ de l'analyse anamnétique. Elle permet d'évaluer non seulement la nature des symptômes somatiques, mais également le fonctionnement psychique sous-jacent, les capacités de mentalisation, la qualité des relations d'objet, la solidité des assises narcissiques, ainsi que le potentiel défensif global du sujet. Cette évaluation approfondie constitue un outil précieux pour affiner le pronostic évolutif et orienter la stratégie thérapeutique, en dépassant une prise en charge exclusivement symptomatique.

Le cas clinique présenté dans ce mémoire s'inscrit pleinement dans cette problématique. Il illustre comment des manifestations somatiques et psychopathologiques — telles que les troubles anxieux, les crises de panique, les troubles du comportement alimentaire ou les désordres fonctionnels — ne peuvent être comprises de manière satisfaisante sans une exploration du monde interne du sujet et de l'histoire de la construction de son appareil psychique. À travers ce cas, il apparaît que l'absence d'élaboration psychique suffisante, la fixation à des stades précoces du développement et la fragilité des défenses exposent le sujet à une vulnérabilité psychosomatique majeure, rendant compte de la chronicité et de la polymorphie des symptômes.

Enfin, au-delà de sa dimension clinique, la psychosomatique intégrative se présente comme un véritable lieu de pensée, d'action et de transmission. Elle soutient la nécessité d'un dialogue interdisciplinaire entre médecins, psychologues et autres professionnels de la santé, fondé sur une triple exigence : le savoir, la bienveillance et le respect du sujet dans sa singularité. C'est dans cette dynamique que s'inscrit le présent travail, dont l'objectif est de montrer en quoi l'approche psychosomatique intégrative constitue un cadre théorique et clinique pertinent pour comprendre, évaluer et accompagner des patients dont la souffrance ne peut être réduite ni au corps seul, ni au psychisme isolément.

II-CIRCONSTANCES DE L'ENTRETIEN

Lors de mon passage au service d'endocrinologie en tant qu'interne en médecine de famille, Mr A, un jeune homme de 32 ans, nous a été adressé par une lettre de son médecin généraliste pour prise charge de son obésité modérée androïde, avec un IMC à 32.55 (Poids = 102 Kg, Taille = 177 cm), en mentionnant aussi lettre une hypertension à 140 / 70 (rapportant que c'est sa tension habituelle),

Notre première rencontre fut au mois de janvier 2024, en plein hiver, à la consultation de nutrition, Mr A est entré au bureau avec un large sourire et un regard pétillant, il avait allure fière, habillé en un pantalon marron et une veste en cachemire assez large et colorée, cette dernière cachée sa morphologie androïde, au-dessus de la tête une chechia rouge, c'est un bonnet traditionnel en feutre, symbole culturel emblématique de la Tunisie. Faut préciser que la chechia est souvent porté par les hommes âgés, plus rarement par les jeunes.

Il semblait avoir un style propre à lui, assez original et unique.

Il m'a salué affectueusement, derrière son style assez marquant, il cachait une timidité palpable.

Né en 1992, l'analyse de l'année de naissance est importante, vu les événements mondiaux et nationaux en Tunisie clés qui ont impacté la génération Y naissant entre 1981 et 1996.

On note principalement les circonstances économiques et politiques majeurs nationaux, ou une enfance vécue sous le régime dictateur Ben Ali, limite de la liberté de parole, la peur ancré du régime et de la police, l'injustice sociale. Jusqu'à sa chute en 2011 suite au printemps arabe qui a eu **un effet régional important en 2011 (il avait 19 ans), poursuivi par la transition démocratique marquée par une instabilité politique accrue, la succession des régimes et la diversité des parties politiques, ainsi que difficultés économiques et d'une inflation élevée**

D'autre part on note, à l'échelle mondiale, on note le début des réseaux sociaux modernes et la création de Facebook en 2004 (12 ans), événement marquant qui a développé la notion de cercle d'amis, renforcé les liens interpersonnels et modifié l'impact de l'image sociale. Sans jamais passé à côté de la pandémie mondiale de COVID-19 en 2020 (28 ans).

J'ai poursuivi l'entretien par collecter ses antécédents personnels ;

Il se plaignait d'angines à répétition, un reflux gastrique, et d'un ballonnement abdominal. Je sentais qu'il était sous la réserve, et que je devais continuer mon investigation.

Il était interactif et motivé à reprendre son régime tout en avouant « oui c'est vrai, je suis conscient que je suis en surpoids, mais je ne peux pas m'empêcher de manger quelques choses de sucré, délicieux et parfois copieux après une dure journée de travail, c'est ma façon de me récompenser et de me faire plaisir. »

Il m'a confié qu'il est célibataire, il a passé sa tendre enfance au sein d'une famille composée de ses parents et de sa grand-mère paternelle. À l'âge de 4 ans, sa sœur est née, suivie de son frère, un an plus tard. Il m'a rapporté **spontanément « ma sœur m'a piqué mon papa, je pense qu'il l'aime le plus, et mon petit frère m'a piqué ma mère, j'étais l'adoré de ma grand-mère »**. je suppose une carence affective et un sentiment de rejet ainsi que d'abandon senti très tôt, dès sa naissance.

Son père occupe le poste de directeur dans une société, tandis que sa mère est une femme au foyer. La famille réside dans une petite villa, située dans une ville côtière tunisienne, bénéficiant d'un bon niveau socio-économique. La famille a choisi d'accueillir dans leur foyer des animaux domestiques tel que des chats et un chien, établissant ainsi une connexion spéciale avec ces animaux de compagnie.

Après sa réussite au baccalauréat, il a poursuivi une licence en biologie, puis suite à des événements marquant de sa vie personnelle et des problèmes affectant principalement sa santé mentale, il a changé totalement de carrière, souhaitant se découvrir d'avantage et retrouver une stabilité psychologique. Petit à petit **il a manifesté de l'intérêt pour la médecine douce, en accumulant différentes formations et devenant par la suite un thérapeute holistique, c'est ainsi qu'il s'est défini.**

Après avoir obtenu son baccalauréat, il a poursuivi des études en biologie. Cependant, des événements marquants dans sa vie personnelle, associés à des difficultés affectant principalement sa santé mentale, l'ont conduit à changer complètement de parcours. Cherchant à mieux se connaître et à retrouver une stabilité psychologique, il s'est progressivement intéressé à la médecine douce, la relaxation et la découverte de soi. Au fil du temps, il a suivi plusieurs formations dans ce domaine et est devenu thérapeute holistique, se définissant aujourd'hui ainsi.

III- Environnement familial

Le **contexte culturel maghrébin** dans lequel Monsieur A a grandi constitue un élément central pour comprendre son **environnement familial et les dynamiques relationnelles** précoces qui ont influencé le développement de son appareil psychique.

Sa relation avec sa mère : présente un mélange complexe de sentiments. Il exprime son amour envers elle, mais en même temps, il ressent une colère interne envers son comportement, ses réactions, ses mots, ses remarques et ses critiques. Il éprouve également une certaine aversion envers sa position dans la maison en tant que femme au foyer, « elle passe toute la journée à la maison » « elle dépend des autres pour son bonheur. » Cette situation crée en lui un sentiment de responsabilité pour le bien-être émotionnel de sa mère, ce qui génère une culpabilité persistante.

Sa relation avec son père : Il avoue avoir ressenti de la haine envers son père, surtout quand ce dernier montrait de l'affection envers sa sœur. Mr A évitait de regarder quand son père embrassait sa sœur pour la saluer, craignant d'être oublié. Il a travaillé sur lui-même pour

surmonter ces pensées et affirme maintenant avoir atteint un état d'acceptation et de pardon. **Néanmoins, il reste préoccupé par la question de savoir si ses parents lui souhaiteront spontanément un joyeux anniversaire ou si sa mère devra le rappeler à son père.**

Il se souvient de sa tante et de son mari le taquinant en lui disant qu'il était très gâté, mais au fond de lui, il ne se sentait pas du tout choyé.

Il admet ouvertement qu'à un jeune âge, **ce dont il avait le plus besoin était un sentiment de sécurité affective plutôt que l'acquisition de téléphones ou d'ordinateurs.**

Relation avec sa grand-mère paternelle : « elle a vécu avec nous jusqu'à son décès à l'âge de 97 ans. » **En tant qu'aîné de la famille, il affirme qu'elle éprouvait envers lui un amour inconditionnel « sans contrepartie », sans aucune condition. Il est convaincu qu'elle l'aimait plus que quiconque, et il n'a aucun doute à ce sujet.**

Sur le plan de l'organisation familiale, la grand-mère occupait une place centrale dans le quotidien domestique. Elle préparait les repas de tous les jours, tandis que la mère s'occupait davantage des petites viennoiseries et des gâteaux. La grand-mère était également chargée de plier le linge avec minutie, alors que la mère assurait principalement les tâches ménagères. Cette répartition des rôles semble avoir été bien établie et acceptée par l'ensemble de la famille.

Dans sa relation avec le père, la grand-mère adoptait une posture très attentionnée. Elle prenait soin de lui, dressait la table pour le déjeuner, partageait avec lui des moments de discussion après les repas, et veillait à lui offrir les portions les plus généreuses. Leur relation est décrite comme calme et harmonieuse. Monsieur A précise qu'elle ne s'immisçait pas dans les conflits conjugaux entre ses parents, maintenant une position de retrait respectueuse.

Concernant la relation entre la grand-mère et la mère, Monsieur A évoque l'existence de désaccords occasionnels, principalement autour de questions mineures liées au ménage ou au rangement. Ces tensions restaient toutefois limitées et se résolvaient rapidement, laissant place à une atmosphère apaisée. Il souligne que, malgré ces frictions, un respect mutuel semblait prévaloir entre les deux femmes.

Relation avec DADA considérée comme une 2eme grand-mère : il dit qu'elle était son amour, capable de percevoir son parfum dès qu'il rentrait à la maison, signe de sa présence. Il décrit son décès comme le choc de sa vie. Il n'a pas pu faire son deuil et accepter sa disparition que lors du décès de sa grand-mère paternelle, il dit qu'il avait fait leurs deuils ensemble.

Relation avec sa sœur : des hauts et des bas, elle manifeste une attitude austère. En période de malaise de colère ou de tristesse, elle peut sembler distante, peu accessible, voire hermétique à toute tentative de communication.

Relation avec son frère : des hauts et des bas, il n'apprécie pas quand il se moque de lui ou le taquine, il affirme « je n'aime pas les critiques »

Analyse culturelle approfondie

Dans ce **cadre culturel maghrébin**, il est fréquent que la grand-mère paternelle vive au domicile de son fils, donnant lieu à des configurations familiales élargies, peu connues dans les modèles occidentaux.

L'équilibre de ces cellules familiales dépend largement de la place occupée par chaque femme dans le système familial, notamment du rapport entre la grand-mère et la mère, en tant que femmes et figures maternelles auprès de l'enfant.

Dans le cas de Monsieur A, la grand-mère paternelle apparaît comme une figure très investie et possessive à l'égard de son fils, ayant des difficultés à s'en détacher. Elle assumait encore des fonctions maternelles à son égard, telles que la préparation des repas et une proximité relationnelle prolongée. En revanche, les informations concernant la relation quotidienne entre la grand-mère et la mère restent peu explicites et imprécises. Le discours laisse entrevoir une mère perçue comme peu active, peu investie, voire possiblement dépressive, bien que ces éléments ne soient jamais clairement formulés, en raison d'une difficulté à nommer les conflits et les tensions familiales.

Un second élément culturel majeur concerne la place de la mère dans la culture arabo-musulmane. La figure maternelle y est fortement idéalisée et sacralisée, ce qui rend difficile, voire interdit, toute parole critique à son égard. Ainsi, **lorsque Monsieur A affirme que sa mère était aimante, ce discours semble répondre davantage à une exigence culturelle qu'à une élaboration subjective de son vécu. Cette idéalisation empêche l'expression d'une ambivalence pourtant nécessaire à la construction de la relation objectale.**

Malgré la présence simultanée de sa mère et de sa grand-mère, Monsieur A exprime à plusieurs reprises un profond sentiment d'insécurité affective, se décrivant comme « faible » et « insécure ». Ce vécu traduit une fragilité de la relation d'attachement précoce, laquelle relève avant tout d'une relation interpersonnelle fondée sur les soins, la disponibilité émotionnelle et la continuité de la présence, et non d'une relation intersubjective élaborée. **L'existence de plusieurs figures d'attachement ne garantit pas en soi une sécurité affective ; c'est la qualité des soins et de la fonction contenante qui en constitue le fondement. Le sentiment d'insécurité exprimé par le patient témoigne ainsi d'un attachement de type insécure, indépendamment du discours idéalisant porté sur les figures maternelles.**

L'insuffisance de présence ne concerne pas uniquement la figure maternelle, mais également la figure paternelle. Même dans les temps où le père est présent, celui-ci est vécu par Monsieur A comme un mauvais objet. Il adopte des attitudes dévalorisantes, se moque de lui et le compare de manière répétée à un cousin, ce qui fragilise davantage l'estime de soi de l'enfant et renforce une expérience de disqualification narcissique.

Dans ce contexte, le père ne peut constituer une figure de soutien ni un objet sécurisant. Bien au contraire, ses comportements alimentent un vécu d'atteinte narcissique et d'insécurité affective. D'un point de vue culturel, il est également rapporté que, dans certains contextes maghrébins, les pères peuvent investir davantage la relation avec leurs filles qu'avec leurs fils.

Cette donnée culturelle, lorsqu'elle s'articule à un fonctionnement parental déjà fragile, peut accentuer chez l'enfant le sentiment d'être moins aimé, moins reconnu, voire rejeté.

Cependant, si l'on considère attentivement son discours, on observe l'absence de mouvements de va-et-vient entre le passé et le présent. Les figures de sa grand-mère et de sa mère apparaissent comme figées, idéalisées, presque photographiques. Elles sont évoquées comme des présences sans épaisseur psychique, dépourvues de vécu relationnel élaboré. Il n'y a pas de véritable représentation interne de l'objet, au sens d'une construction issue d'expériences partagées, de moments de rencontre et d'échanges affectifs. Cette pauvreté représentationnelle suggère qu'il n'a pas disposé, dans son histoire précoce, de suffisamment d'expériences relationnelles permettant l'élaboration de représentations objectales différenciées et vivantes.

Ces éléments mettent en évidence deux dimensions fondamentales du développement psychique affectées par ce contexte culturel et familial : d'une part, **la relation d'attachement**, et d'autre part, **la construction de la relation objectale**. Leur fragilisation précoce constitue un axe central pour comprendre les difficultés ultérieures de mentalisation, d'élaboration psychique et de régulation psychosomatique observées chez Monsieur A.

IV- Les étapes de constitution de la personnalité

De l'état de non-différenciation à l'état de différenciation

⇒ Le stade non objectal – Narcissisme primaire

À la naissance, le nourrisson se trouve dans un **état de non-différenciation psychique et somatique**, correspondant au **stade non objectal**, assimilé en psychanalyse au **narcissisme primaire**. À ce stade précoce du développement, il est dans l'incapacité de distinguer son propre corps de l'environnement extérieur. Dans cette expérience psychique primitive, le sein maternel est ainsi vécu comme faisant partie intégrante de lui, sans distinction entre le dedans et le dehors. Le dedans et le dehors ne sont pas encore différenciés, et le monde est vécu comme une continuité sensorielle indifférenciée.

⇒ L'organisation cénesthésique

Le nourrisson fonctionne alors essentiellement selon une **organisation cénesthésique**, caractérisée par des sensations globales, viscérales et diffuses. Les organes exécutifs principaux sont les **muscles lisses**, et la régulation est assurée par le **système nerveux autonome**, sympathique et parasympathique. Les perceptions passent prioritairement par les systèmes intéroceptifs et proprioceptifs, en lien direct avec les besoins corporels fondamentaux.

⇒ Le pare-excitations primaire et le principe de constance

Durant le premier mois de vie, le nourrisson est protégé des stimulations extérieures par un **pare-excitations physiologique très élevé**, qui limite l'impact des excitations externes. Son fonctionnement est alors dominé par le **principe de constance** : en l'absence d'un appareil psychique structuré capable de gérer les tensions internes (faim, douleur, inconfort), il dépend entièrement de l'environnement, et plus précisément de l'objet maternel, pour assurer la régulation de ces tensions.

Les soins corporels, la qualité du contenant affectif et la régularité des réponses maternelles permettent au nourrisson de vivre son monde comme supportable, favorisant ainsi un sentiment de sécurité, de bien-être et d'apaisement.

Lorsque le principe de constance est respecté par l'objet maternel à travers des réponses adaptées, régulières et prévisibles, le nourrisson peut progressivement organiser ses expériences et amorcer le développement de son appareil psychique.

À l'inverse, en cas de rupture de ce principe, notamment en situation de négligence ou d'inconstance, le nourrisson ne parvient pas à anticiper les événements. Le monde devient alors imprévisible, générant une tension interne persistante, compromettant les bases de la différenciation psychique.

De l'incapacité de distinguer l'intérieur de l'extérieur à la capacité de les distinguer **Le rôle fondamental de la relation maternelle**

Le rôle de la **relation maternelle** est central dans ce processus de différenciation. Par ses réponses adaptées ; nourrir, réconforter et protéger, la mère aide le nourrisson à supporter ses tensions internes et à transformer des stimuli sensoriels bruts en expériences signifiantes. Ce processus répétitif d'**action – réaction – action** permet au bébé de construire progressivement un **pare-excitations psychique**, en continuité avec le pare-excitations physiologique initial.

⇒ Le stade oral et l'établissement de l'objet maternel

Selon l'approche de Jean-Benjamin Stora, le **stade oral** constitue une étape fondamentale dans la construction de la vie psychique. À ce moment du développement, les processus psychiques et neurophysiologiques fonctionnent de manière étroitement intriquée. L'alimentation ne se réduit pas à la satisfaction d'un besoin biologique ; elle devient une expérience fondatrice de la relation à l'objet.

Par ces expériences répétées, l'objet maternel est peu à peu **internalisé** dans l'appareil psychique, participant à l'organisation du psychisme naissant et à la structuration du lien entre le corps et la psyché.

L'expérience de satisfaction et la naissance de la pensée

Lors de la satisfaction d'un besoin physiologique tel que la faim manifesté sous forme de tension interne, une trace mentale ou sensorielle sera conservée dans la mémoire sous forme d'image mnésique de l'aliment (sein) et celle de l'objet maternelle, qui vont être associés à une trace mémorielle de l'excitation liée à la sensation de faim.

Ces deux éléments restent liés dans l'inconscient.

Lorsque le besoin réapparaît ultérieurement, le nourrisson peut faire revivre cette association. Cette capacité permet au nourrisson de supporter l'attente entre la tension et sa satisfaction. Ce processus marque un tournant majeur : le passage progressif du besoin immédiat à une première forme de **désir**, ouvrant la voie à la différenciation entre monde interne et monde externe.

De la séparation du Soi et de l'Autre

La création des fantasmes et le principe de réalité

À partir de ces expériences répétées de satisfaction et de frustration tolérable, le nourrisson développe la capacité d'**halluciner l'objet** en son absence. Cette hallucination de l'objet constitue la base de la **pensée inconsciente**, régie par le **principe de plaisir** et soutenue par l'activité fantasmatique.

La pensée consciente devient alors possible lorsque les expériences de la vie et les images internes (représentations de choses) peuvent être mises en lien avec des mots, permettant leur symbolisation et leur accès à la conscience. La pensée consciente est dès lors soumise au **principe de réalité**.

Ainsi, l'état de besoin appelle l'hallucination. La persistance du besoin pousse l'appareil psychique à se représenter l'état réel du monde extérieur.

⇒ L'élaboration mentale

Progressivement, la représentation de ce qui est agréable, régie par le principe de plaisir, cède la place à la représentation de ce qui est réel, même lorsque cette réalité est désagréable, conformément au principe de réalité, et à rechercher une modification réelle de la situation.

Toutefois, avec l'instauration de ce dernier, une part de l'activité psychique demeure clivée et reste exclusivement soumise au principe de plaisir ; elle constitue le socle de la vie fantasmatique.

En psychanalyse, penser correspond à la capacité de mettre des mots sur les choses, c'est-à-dire de transformer les expériences et les représentations internes en éléments symbolisables et partageables.

Du pré-objet à l'objet

Sur le plan relationnel, le nourrisson passe du **pré-objet à l'objet**.

Au stade préobjectal, soulagé par les soins maternels, il n'identifie pas encore la mère comme une personne stable et distincte, Il ne perçoit même pas qu'il s'agit de la même personne qui revient à chaque fois ; il éprouve essentiellement des sensations de soulagement, sans représentation de l'objet qui les procure.

Entre le deuxième et le troisième mois apparaît le sourire social, première manifestation relationnelle active dirigée vers le visage de la mère, qui devient un percept visuel privilégié.

Entre le quatrième et le sixième mois, l'enfant devient capable de reconnaître un visage particulier parmi d'autres et de lui attribuer progressivement la qualité d'objet. Le pré-objet se transforme alors en **objet d'amour**, investi de libido. L'enfant commence à reconnaître l'autre comme séparé de lui et à l'aimer non seulement pour la satisfaction qu'il procure, mais pour ce qu'il est.

La mère, en tant qu'objet qui apaise et répond aux besoins, est progressivement intégrée et investie de libido, entendue comme l'énergie psychique de vie liée à l'amour, au désir de lien et à la pulsion d'attachement.

Cette évolution témoigne d'un processus intrapsychique d'**intérieurisation de la relation vécue**, fondement de la séparation progressive entre le Soi et l'Autre.

De la capacité d'évaluer la distance à l'objet ; Le système diacritique

Parallèlement à ces transformations, une seconde organisation psychique se met en place : le **système diacritique**. Celui-ci intègre les perceptions sensorielles, motrices et émotionnelles. Ses organes exécutifs principaux sont les **muscles striés**, et son organisation est subordonnée au **système nerveux central**.

À ce stade, le nourrisson dépasse la prédominance des stimuli internes pour s'ouvrir à la perception des stimuli externes. Le principe de réalité commence à s'imposer comme mode de régulation dominant, permettant une meilleure adaptation au monde extérieur.

La naissance du Soi le premier noyau du moi

L'enfant développe alors une capacité nouvelle : **penser les pensées**, en comparant les traces internes avec la réalité extérieure. C'est à ce moment qu'émerge le **Soi**, centré sur le corps et l'action, constituant le premier noyau du Moi. Ce noyau organisateur permet à l'enfant d'évaluer progressivement la **distance à l'objet**, tant sur le plan physique que psychique, et d'ajuster ses comportements en fonction de la présence ou de l'absence de l'autre.

Cette capacité marque une étape décisive dans la constitution de la personnalité, ouvrant la voie à une relation à l'objet plus stable, différenciée et symbolisable.

V- La mentalisation du deuil

Le deuil constitue une expérience fondamentale de la vie psychique, marquée par la perte d'un objet d'amour et accompagnée d'une souffrance intense, mêlant douleur et angoisse. Dans l'approche psychosomatique intégrative, le deuil représente un exemple du travail d'élaboration psychique, il met à l'épreuve la capacité de l'appareil psychique à transformer une expérience vécue en représentations intégrables et symbolisables.

Chez le nourrisson, l'absence temporaire de l'objet – lorsque le besoin n'est pas immédiatement satisfait – est vécue comme un état de détresse primaire, inondé d'angoisse diffuse, sans possibilité de représentation. À ce stade, le psychisme est encore incapable de différencier l'objet bon de l'objet mauvais, et la perte ne peut être pensée : elle est uniquement ressentie dans le corps et l'affect brut.

Avec la maturation progressive de l'appareil psychique et le développement des capacités de représentation, l'enfant puis l'adulte peuvent accéder à une élaboration plus complexe de la perte. Le travail de deuil est alors un processus essentiellement inconscient, au cours duquel le psychisme va progressivement différencier et organiser les représentations de l'objet perdu. Comme le souligne Jean-Benjamin Stora dans *Le principe de somatisation*, cette élaboration passe par la reconnaissance des qualités et des défauts de l'objet, condition nécessaire à son introjection psychique.

L'introjection des qualités de l'objet permet au sujet de conserver en lui une part de l'objet aimé, assurant ainsi une continuité narcissique malgré la perte. Toutefois, cette étape demeure insuffisante si elle n'est pas accompagnée de l'intégration des affects ambivalents. La haine, en particulier, occupe une place centrale dans le travail de deuil. Elle constitue une défense face à la frustration et à l'absence, une manière pour le sujet de reconnaître que l'objet n'a pas répondu

à son attente. Cette capacité à éprouver et à reconnaître la haine n'est possible qu'à un stade où le psychisme dispose de ressources suffisantes de mentalisation et de projection.

L'intégration de l'ambivalence – amour et haine, bon et mauvais objet – permet un détachement progressif de l'objet perdu sans recourir au clivage. L'objet cesse alors d'être idéalisé pour devenir un objet humain, porteur de contradictions. Ce mouvement marque le cœur du processus de mentalisation du deuil : la perte cesse d'être une expérience brute et traumatique pour devenir une réalité psychiquement assimilable.

À l'issue de ce travail d'élaboration, le sujet passe d'un état de souffrance massive à une situation où la perte est intégrée à son histoire psychique, permettant la poursuite des investissements libidinaux et relationnels. Classiquement, ce processus s'étend sur une durée d'environ un an. Lorsque cette élaboration échoue ou demeure inachevée, le deuil devient pathologique, voire mélancolique, exposant le sujet à une majoration de l'anxiété, à des désorganisations psychiques ou à des manifestations somatiques.

Ainsi, la capacité à mentaliser le deuil dépend étroitement de la structuration de l'appareil psychique et de l'existence d'un pare-excitation suffisamment élaboré. En l'absence de ces prérequis, la perte d'objet ne peut être transformée psychiquement et tend à s'exprimer par le corps, soulignant le lien étroit entre défaut d'élaboration psychique et vulnérabilité psychosomatique.

VI- L'éternel présent

Chez Monsieur A, la relation au temps apparaît profondément altérée et constitue un indicateur central de son fonctionnement psychique. Lorsqu'il affirme « ne pas avoir la notion du temps » et reconnaît une difficulté chronique à être ponctuel, il ne s'agit pas d'un simple trait de personnalité ou d'un manque d'organisation, mais de l'expression d'un mode de fonctionnement psychique plus archaïque.

Vivre dans un « monde en deux dimensions », tel que le décrit Jean-Benjamin Stora, renvoie à un fonctionnement dominé par un éternel présent, dans lequel le sujet ne parvient pas à articuler de manière fluide le passé, le présent et le futur. Or, la construction de la temporalité psychique est étroitement liée au développement de l'appareil psychique, et plus précisément à l'épaisseur du préconscient et à la capacité de représentation.

Dans un développement psychique suffisamment élaboré, le sujet est capable de :

- se remémorer le passé,
- anticiper l'avenir,
- et faire des allers retours symboliques entre ces différentes temporalités.

Chez Monsieur A, cette capacité est limitée. Son monde interne est pauvre en représentations élaborées ; les figures d'attachement restent figées, idéalisées, sans histoire vécue. L'absence de représentations internes dynamiques empêche l'inscription psychique des expériences dans une continuité temporelle. Le temps ne peut alors être pensé, symbolisé ni intériorisé.

Cette difficulté est directement en lien avec son fonctionnement préobjectal et son attachement insécure. Lorsque l'objet primaire est vécu comme indifférencié, instable ou menacé de disparition, le psychisme reste organisé autour de l'urgence du présent : satisfaire, apaiser, colmater l'angoisse ici et maintenant. Le futur devient source d'angoisse, et le passé reste figé, non élaboré. Il n'y a donc pas de continuité temporelle subjective.

Ainsi, l'éternel présent dans lequel vit Monsieur A peut être compris comme une défense contre l'angoisse de perte et de désorganisation.

La ponctualité, qui suppose une capacité d'anticipation, de projection dans le futur et de symbolisation du temps, devient alors difficile, voire impossible.

Le temps n'est pas intégré comme une dimension psychique interne, mais vécu de façon externe, contraignante, parfois persécutrice.

Sur le plan psychosomatique, ce rapport altéré au temps participe également au risque somatique. L'impossibilité d'élaborer psychiquement les expériences vécues conduit à une accumulation d'excitations non transformées, favorisant leur décharge par le corps. Le présent devient alors le seul espace possible d'expression, y compris somatique.

En résumé, la difficulté de Monsieur A à se repérer dans le temps ne relève pas d'un défaut comportemental, mais témoigne d'un arrêt du développement de la temporalité psychique, conséquence d'un appareil psychique peu élaboré, d'une pauvreté représentationnelle et d'une fixation à des modalités archaïques de fonctionnement.

VII- Evaluation du risque psychosomatique selon la méthode d'investigation du Pr.JB.Stora
--

RESULTAT DE L'EXAMEN CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE

Méthode pour faciliter l'établissement du risque psychosomatique dans ses 6 dimensions

JBS-PSYSOMA- version 26. Mai 2023

Elaborée par J.B.STORA de 1993 à 2023

FICHE PATIENT

Nom et Prénom : Monsieur A

Date naissance : novembre 1992

Date début traitement : Janvier 2024

Examen clinique du : Janvier 2024

Date fin traitement : perdu de vue

Histoire de la maladie : informations recueillies dans le dossier médical :

Mr A a consulté pour prise en charge de son obésité, cherchant un régime alimentaire lui permettant de perdre du poids.

Orienté vers la consultation de nutrition du service d'endocrinologie où je faisais mon passage d'internat.

Dans sa vie personnelle, il habite avec sa famille composée de ses parents, sa sœur et son frère. **Un vécu mouvementé de décès de membres de sa famille avec une mentalisation quasi absente du deuil, vivant la séparation d'une manière très difficile.**

Mr A retrace sa vie avec un tableau médical de ; Angines à répétition, un reflux gastrique, un trouble de transit manifesté par une constipation récurrente et des ballonnements abdominaux, un trouble anxieux et des crises de paniques.

1. Tableau des événements de vie

Age (ans)	Dates	Evènements de vie	Troubles somatiques	Traitements
0-2	92-94	naissance		
Commentaires : issue d'un mariage d'amour et d'une grossesse désirée, sa mère a bien pris soin de lui. Elle était une mère poule, selon ses dires. Sa grand-mère, a également joué un rôle important dans son éducation, faisant de lui son chouchou.				
2-5	94-97	Inscription à la garderie		
Commentaires :				

inscription à la garderie à cet âge, il n'aimait pas y aller. Dans cet intervalle de temps, il se souvient avoir vu son père nu, il dit que c'était bizarre, pas plus.				
5	1997	Naissance de sa sœur Déménagement Voyage de son père pendant 6mois	Anxiété de séparation	Aucune prise en charge
Commentaires : *Il m'a rapporté spontanément « ma sœur m'a piqué mon papa, je pense qu'il l'aime le plus, et mon petit frère m'a piqué ma mère, j'étais l'adoré de ma grand-mère ». *Lorsque son père a entrepris un voyage 6 mois, il dit «je me souviens clairement de mes crises de pleurs incessantes ». Au moment de son départ, il se mit à tourner inlassablement autour d'une table. Malgré les efforts de sa mère et de sa grand-mère pour le réconforter, leurs tentatives furent vaines.				
6	1998	Naissance de son frère	angines répétitives et aphtes	Pédiatre
6-12	1998-2004	Ecole primaire		
Commentaires : à l'école, il se décrivait comme un enfant timide. Il rapporte qu'il n'aimait pas ses pieds grecs, et son père n'arrêtait pas de se moquer de lui en le comparant à son cousin.				
14-17	2006-2009	Collège-Lycée	Acné inflammatoire	Dermatologue
Commentaires : Il rapporte qu'il a vécu une poussée d'acné terrible, il dit qu'il se sentait très moche, se percevant comme obèse et qu'il avait perdu énormément confiance en lui les premières années au lycée. Sa relation avec les études : "Mes résultats scolaires étaient moyens, et je m'ennuyais rapidement. À la maison, je faisais semblant de réviser, trouvant du plaisir uniquement dans quelques matières."				

15	2007	Accident gravissime de son père		
Commentaires : Il se trouvait avec son père au bord d'un bac et se réjouissait de l'accompagner. Lors de l'arrivée du bac à quai, son père est monté en premier en plaisantant, mimant une scène à la <i>Titanic</i>. Il rapporte : « <i>J'avais peur, je suis resté en retrait.</i> » En descendant, il a aperçu un attroupement de personnes qui criaient. Il confie qu'il avait peur de s'approcher, redoutant de découvrir un blessé, sans imaginer un instant que la victime pouvait être son propre père. À sa grande surprise, c'était bien lui, étendu au sol. Au moment de l'arrêt du bac, son père avait glissé et s'était gravement blessé au membre inférieur. Il raconte : « <i>J'étais choqué, je n'ai pas pleuré ce jour-là !</i> » Un homme lui a alors suggéré d'aller uriner, dans le but de l'éloigner de la scène, ce qu'il a fait. À son retour, ils avaient dissimulé la blessure de son père, qui saignait abondamment. La période d'hospitalisation fut très difficile à vivre, entre le risque d'amputation et le fardeau financier lié à la clinique, qui pesait lourdement sur la famille et générait un stress constant. Il se souvient d'un moment particulièrement douloureux, qu'il décrit comme <i>poignardant</i>. Lorsqu'il prenait le taxi pour aller voir son père, ce dernier se mettait parfois en colère contre lui, jugeant qu'il dépensait inutilement de l'argent. Il dit : « <i>Je me suis senti rejeté.</i> » En parlant de cet incident à sa mère, elle lui expliqua que ces déplacements représentaient une charge financière importante. Il ajoute : « <i>Même ma mère, à l'époque, n'a pas essayé de comprendre l'enfant que j'étais. Elle n'était pas affectueuse et ne montrait pas son amour envers moi.</i> » Il confie avoir travaillé sur cet événement bien plus tard, en 2021, Il explique que l'une des formations auxquelles il a participé est le STILBIL, une méthode similaire à l'EMDR qui se base sur les mouvements oculaires. Au cours de cette formation, la formatrice lui a demandé de travailler sur une croyance ou un ancien traumatisme. À ce moment de sa vie, il avait avoué n'avoir jamais considéré que l'accident de son père l'ait traumatisé. « <i>Jusqu'en 2021, cet incident était resté enfoui. Personne n'avait cherché à comprendre comment l'enfant que j'étais avait vécu un tel traumatisme.</i>				

Cependant, la formatrice l'a encouragé à explorer cette expérience. *J'étais confiant, je ne m'attendais pas à une telle réaction de mon corps. Une fois la scène visualisée dans mon imaginaire et dès que j'ai prononcé les mots "papa va mourir", je me suis mis à sangloter violemment et à trembler très fort. Il m'a confié que c'était un spectacle bouleversant, incapable de se tenir debout. J'ai compris ensuite que j'avais ancré l'idée que j'avais perdu mon père à jamais, et que c'était ma manière de me protéger.*

16	2008	décès de DADA		
----	------	---------------	--	--

Commentaire :

Après le décès de DADA, il a eu **du mal à accepter sa disparition. Il évitait toute conversation à son sujet, refusait d'en parler et se retirait dès que la discussion l'approchait.** Il a confié que, de temps en temps, environ une fois tous les deux mois, il feuillette les albums photos de DADA, **ce qui ravive souvent une forte émotion et le mène aux larmes.**

18-19	2010-2011	3ème année lycée / bac	Obésité morbide	Nutritionniste
-------	-----------	------------------------	-----------------	----------------

Commentaire :

Il a mis en place un régime alimentaire pour maigrir, il avait un groupe d'amis solide rendant ainsi les deux dernières années du lycée les plus belles.

20-24	2012-2016	Redoublement 3 fois à la faculté	Poussée d'eczéma Début des crises de panique Anxiété généralisée	Psychiatre et traitement médicamenteux EFT
-------	-----------	----------------------------------	--	---

Commentaires :

- entre 2014 et 2015 une poussée d'eczéma s'est manifestée.

- en 2016 à 24 ans ; Déclenchement des crises de panique : Il décrivait ses crises de panique en expliquant : « *Tout d'un coup, j'ai ressenti un engourdissement de la main, suivi de l'impression d'être détaché de moi-même, comme si j'étais anesthésié. Une froideur généralisée s'installait, accompagnée de la pensée angoissante que j'allais mourir. Je me sentais faible et en insécurité.* » **Au début, les épisodes de trouble panique étaient récurrents, puis ils ont évolué vers une anxiété généralisée qui**

a persisté pendant deux ans. Il rapportait : « Je sentais que j'allais devenir fou, j'avais peur que les crises se déclenchent à n'importe quel moment. »

Il a consulté un psychiatre pour ses crises de panique et a bénéficié d'un traitement médicamenteux, mais sans amélioration notable. Il a ensuite réalisé quelques séances d'EFT (Emotional Freedom Technique), grâce auxquelles il s'est senti beaucoup mieux. La praticienne qui assurait ces séances a par la suite organisé une formation, à laquelle il s'est inscrit afin de mieux comprendre cette méthode et de pouvoir la pratiquer sur lui-même.

25	2017	décès de sa grand-mère paternelle.		
----	------	------------------------------------	--	--

Commentaire :

- Il dit qu'au début « c'était très difficile, comme si je traversais **un cauchemar** ; la vie semblait s'assombrir à mes yeux. » En outre, le fait que son décès ait coïncidé avec une période d'anxiété a rendu les choses encore plus compliquées à surmonter.

- Deuil de sa grand-mère et de DADA : Il explique avoir fait leur deuil simultanément. Grâce à diverses formations et à un investissement personnel dans son développement, il affirme avoir atteint un état d'acceptation.

26	2018	Décès de son cousin	Début d'insomnie	Phytothérapeute Psychiatre
----	------	---------------------	------------------	-------------------------------

Commentaire :

Début de l'insomnie : Il décrit un épisode d'insomnie qui a duré environ neuf mois, durant lequel il ne parvenait à dormir qu'à 5 ou 6 heures du matin. Selon lui, cette insomnie aurait été déclenchée par un incident impliquant sa grand-mère maternelle, qui vivait au domicile familial. Une nuit, en rentrant tard, il l'a trouvée en plein épisode d'hallucination visuelle ; elle lui a dit : « Fais sortir ces femmes de ma chambre. » Cet événement l'a profondément bouleversé.

Pendant quatre ans et demi, il a travaillé comme gérant dans un restaurant. Ses journées se terminaient à 2 heures du matin et, malgré un footing effectué juste après son service pour se fatiguer, il ne parvenait à s'endormir qu'aux alentours de 5 heures du matin.

Il a eu recours à des médicaments homéopathiques ainsi qu'à des infusions pour tenter de soulager son insomnie, sans succès.

En 2018, il a suivi des séances d'EFT, d'Access Bars et divers soins énergétiques. Il rapporte également avoir effectué une séance de TRE (Tension and Trauma Releasing Exercises), une méthode de libération du stress, des tensions et des traumatismes. Selon lui, c'est grâce à cette technique qu'il a pu surmonter son insomnie.

À la suite de cette amélioration, il a suivi en 2018 une formation en Yoga du rire, et a commencé à organiser des séances de groupe. Il dit y avoir découvert un domaine qu'il trouve particulièrement enrichissant.

Il a fait de multiples formations : PNL, hypnose, psychopathologies cliniques...

28	2020	COVID	troubles du comportement alimentaire : Boulimie	Nutritionniste et régime alimentaire
29	2021	Décès de son cousin	Crises de panique récurrentes	

Commentaire :

Décès de son cousin pratiquement de même âge que lui, il dit que c'était un choc pour lui, puisque ces deux cousins avaient pratiquement le même âge que lui, le sentiment de sécurité était déstabilisé, il avait des pensées comme s'il pouvait mourir lui aussi à tout moment.

Les crises de paniques sont récurrentes jusqu'à ce jour 2024.

Hypothèses autour de la structure psychique

L'analyse du fonctionnement mental de Mr A permet de formuler l'hypothèse d'une **structure psychique prégénitale à dominante anobjectale**, avec un **arrêt du processus de maturation de l'appareil psychique** au stade de l'objet primaire indifférencié.

Il ne s'agit ni d'une structure névrotique constituée, ni d'une organisation psychotique au sens strict, mais d'une **organisation limite très archaïque**, caractérisée par :

- une non-introjection de l'objet,
- un préconscient extrêmement peu structuré,
- une absence d'ambivalence,
- une prédominance du clivage.

La structuration du Moi est fragile, peu différenciée, dépendante de régulations externes ou somatiques.

Analyse approfondie

Monsieur A présente une difficulté majeure à exprimer ce qu'il ressent, tant sur le plan émotionnel que représentationnel. Cette incapacité ne relève pas uniquement d'une inhibition affective secondaire, mais semble témoigner d'un fonctionnement psychique situé à un niveau préobjectal, très précoce du développement.

À ce stade initial, l'enfant est en relation avec un objet d'amour primaire indifférencié, antérieur à toute véritable reconnaissance de l'autre comme personne distincte. Ce n'est que progressivement, à travers la qualité des soins et des échanges, qu'un objet spécifique – en principe la mère – s'impose comme objet d'amour différencié.

Or, chez Monsieur A, cette différenciation ne semble pas avoir pu s'opérer de manière suffisamment structurante. Dans son discours, la mère, le père et la grand-mère apparaissent comme des figures équivalentes, peu différenciées, relevant d'une même catégorie d'objets primaires. Il insiste particulièrement sur la dimension d'un amour « sans contrepartie », notamment lorsqu'il évoque la relation avec sa grand-mère, décrite comme totalement inconditionnelle. **Toute idée de contrepartie, de demande ou de réciprocité lui est insupportable, ce qui constitue un indicateur clinique d'une relation anobjectale caractéristique du lien à l'objet primaire : on est aimé parce qu'on existe, sans condition ni exigence.**

Dans ce contexte, la perte de l'objet primaire est vécue comme un abandon total, générateur d'une angoisse massive. Cet éclairage permet de comprendre la réaction de Monsieur A lors du départ de son père à l'âge de cinq ans. Son refus de la séparation ne peut être réduit à une simple réaction affective, mais renvoie à une angoisse d'abandon archaïque, le père faisant encore partie de cette constellation anobjectale liée à l'objet primaire. L'attachement observé est ainsi de type insécure, ancré dans une relation précoce indifférenciée.

Le processus d'introjection, indispensable à la structuration de l'appareil psychique, apparaît alors très compromis. Pour qu'une introjection puisse se réaliser, le sujet doit pouvoir rencontrer à la fois les aspects bons et mauvais de l'objet, et constituer des imagos complexes intégrant cette ambivalence.

L'accès à l'ambivalence – condition nécessaire à une relation objectale mature – ne semble pas acquis. Monsieur A ne peut dire : « ma mère est à la fois bonne et mauvaise, et c'est une seule et même personne ». Il demeure dans une organisation où les objets sont soit entièrement bons, soit entièrement mauvais, sans possibilité de synthèse. Cette structure clivée se retrouve dans l'ensemble de sa vie relationnelle. Durant l'enfance, il présente un retrait social important, un désinvestissement de l'école et une absence de vie sociale. Ce n'est qu'à l'âge de dix-huit ans qu'il parvient à se constituer un groupe d'amis, perçus comme de « bons objets », idéalisés et investis de manière exclusive. À l'inverse, les objets perçus comme mauvais sont attaqués ou rejetés.

Un élément particulièrement significatif de son histoire concerne la place occupée par les animaux domestiques durant la petite enfance. La présence importante de chats et de chiens semble avoir constitué un support affectif majeur, parfois davantage investi que les relations humaines. Dans son monde préobjectal, ces animaux ont pu fonctionner comme des objets externes substitutifs, offrant une relation d'affection simple, sans exigences ni ambivalence, et venant pallier les carences du lien humain primaire.

Ainsi, tant que la position psychique de Monsieur A n'est pas clairement située à ce niveau préobjectal, la compréhension de son fonctionnement demeure partielle. L'investigation clinique met ici en évidence trois axes topographiques fondamentaux : une pathologie de l'attachement, une pathologie du lien à l'objet, et une fixation du lien objectal au stade de l'objet primaire. Ces éléments constituent une base d'appui essentielle pour poursuivre l'analyse du fonctionnement psychosomatique global et orienter les hypothèses diagnostiques et thérapeutiques.

Processus et mécanismes psychiques

Les processus psychiques observés relèvent majoritairement de **fonctionnements archaïques** :

- **prédominance des représentations de chose,**
- **pauvreté des représentations d'images et de mots,**
- **absence de chaînes associatives élaborées,**
- **déficit majeur de mentalisation.**

Le travail d'élaboration psychique est insuffisant pour :

- **lier l'excitation pulsionnelle,**
- **transformer les expériences vécues en contenus psychiques intégrables.**

Les excitations internes restent donc **libres**, favorisant la décharge somatique ou comportementale.

Relation d'objet – Narcissisme – Masochisme – Préconscient

Relation d'objet : Mr A fonctionne dans un registre anobjectal fixé au stade de l'objet primaire indifférencié

Absence d'objet introjecté

Relations interpersonnelles sans intersubjectivité

Figures parentales vécues comme des présences plates, non incarnées

Idéalisation massive de figures féminines (grand-mère, DADA) sans ambivalence

→ L'objet est vécu comme présent ou absent, jamais comme séparé, bon et mauvais à la fois.

Dimension narcissique : Narcissisme gravement carencé :

- **Absence de reconnaissance narcissique primaire**
- **Faible estime de soi (« moche », « gros », « faible »)**
- **Absence de Soi grandiose structurant**
- **Idéal du Moi flou, non intégré**

Le narcissisme dépend de supports externes (formations, regard d'autrui).

⇒ **Dimension masochique : Présence d'un masochisme passif archaïque :**

- **Retournement de l'agressivité contre le Soi**
- **Culpabilité diffuse**
- **Auto-dévalorisations**
- **Tolérance à la frustration très faible**

→ Le masochisme n'est pas mentalisé mais somatisé ou agi.

⇒ **Épaisseur du préconscient : Préconscient très peu épais :**

- **Pauvreté de l'imaginaire**
- **Absence de rêves**
- **Faibles capacités associatives**
- **Temporalité réduite à un éternel présent**

Incapacité à transformer les représentations de chose en représentations de mots.

Analyse approfondie

La relation de Monsieur A à sa grand-mère paternelle est marquée par une idéalisation massive, celle-ci occupant la place d'un objet primaire. Toutefois, au-delà de ce statut idéalisé, cette relation apparaît paradoxalement pauvre sur le plan des échanges psychiques réels. Il n'y a pas eu, dans les faits, une véritable vie commune faite de rencontres, de dialogue. Malgré la place centrale qu'il lui attribue, la grand-mère n'a pas pu constituer pour lui un objet suffisamment investi sur le plan relationnel et symbolique, ce qui limite la fonction structurante qu'elle aurait pu exercer dans son développement psychique.

Sur le plan des relations fraternelles, la relation avec sa sœur a été fluctuante, marquée par des périodes de rapprochement et d'éloignement. Plus largement, il est possible de penser que chaque membre de la famille se trouve pris dans des difficultés similaires, liées à des modes de fonctionnement psychique peu élaborés. Dans un tel contexte, les capacités d'interaction intersubjective demeurent restreintes.

Cette organisation limite considérablement la richesse des représentations psychiques. L'imaginaire apparaît peu développé, traduisant une épaisseur du préconscient insuffisante. Or, l'élaboration psychique repose sur la possibilité d'associer les expériences actuelles à des représentations déjà constituées. Lorsque ces représentations font défaut, les capacités associatives s'en trouvent fortement réduites.

Dans ces conditions, l'accès à une interaction authentique devient difficile. Entrer en relation suppose un appareil psychique capable de symboliser, de représenter et de transformer l'expérience vécue. Or, chez Monsieur A, ces fonctions apparaissent fragiles, ce qui se traduit par des interactions sociales et affectives très limitées. Ce déficit relationnel ne relève pas d'un retrait volontaire, mais témoigne d'une organisation psychique peu apte à soutenir des échanges élaborés et différenciés.

Etats psychiques et événements de vie

Les états psychiques de Mr A sont marqués par :

- Une angoisse diffuse chronique,
- Un sentiment d'insécurité permanent,
- Crises de panique = défaillance aiguë du pare-excitation,
- Deuils multiples non élaborés,
- Traumatismes précoces (abandon vécu, carence affective),
- Influence culturelle inhibant l'expression émotionnelle,
- Une difficulté à se représenter les événements dans le temps.

Certains événements de vie agissent comme des **facteurs déclenchant** :

- Échecs universitaires,
- Menaces identitaires,
- Pertes d'objets d'amour (deuils),
- Séparations.

Les événements de vie agissent comme déclencheurs, mais la vulnérabilité est structurelle.

Ces événements réactivent inconsciemment l'angoisse primitive d'abandon, entraînant des crises de panique et des somatisations.

Fixations somatiques et psychiques

On observe chez Mr A :

- **une fixation orale majeure, se manifestant par des troubles du comportement alimentaire,**
- une fixation à la relation anobjectale avec l'objet primaire.

Sur le plan somatique, le corps devient :

- un lieu de décharge,
- un substitut de l'appareil psychique défaillant.

Ces fixations témoignent d'un **arrêt du développement psychique précoce**, avec persistance de modalités de régulation archaïques.

Mécanismes de défense

Les mécanismes de défense sont essentiellement **primitifs** :

- Clivage (bons objets / mauvais objets),
- Idéalisation,
- Dénier partiel,
- Défenses somatiques,
- Évitement comportemental.

Les défenses dites secondaires (refoulement, sublimation, intellectualisation élaborée) sont peu opérantes, en raison du faible développement du Moi et du préconscient.

Présence de traits de caractère

Certains traits de caractère dominants se dégagent :

- **Dominance orale**
- **Passivité relationnelle,**
- **Dépendance affective,**

- **Inhibition sociale,**
- **Faible estime de soi,**
- **Difficulté à l’affirmation de soi.**

Ces traits sont cohérents avec :

- une carence narcissique précoce,
- une absence de reconnaissance subjective par l’objet primaire.

Les ressources

Malgré les fragilités, Mr A présente certaines ressources :

- Une demande explicite de compréhension de lui-même,
- Une capacité de verbalisation factuelle,
- **Un investissement intellectuel important,**
- Une motivation pour un travail thérapeutique.

Ces ressources constituent des **points d’appui thérapeutiques**, à condition qu’elles soient intégrées dans un cadre contenant et sécurisant.

Ressources	Niveau
Ressources spirituelles	Faibles
Ressources intellectuelles	Importantes
Ressources corporelles (sport)	Absentes
Ressources oniriques	Absentes
Ressources créatives (écriture)	Absentes
Ressources relationnelles	Faibles

→ **Balance énergétique fragile** : L’énergie libidinale est massivement mobilisée par les défenses somatiques et comportementales.

Niveau global des ressources : 2 / 4 (faible à moyen)

Prévalence des comportements

Le comportement prime sur la pensée, ce qui est typique des organisations psychiques peu mentalisées.

- Les comportements alimentaires
- Multiplication de formations
- Hyperactivité pseudo-thérapeutique
- Évitement de l'intimité affective

→ **Prévalence des comportements : Moyenne. Niveau : 3 / 4**

Capacité d'expression des affects

La capacité d'expression affective est très limitée :

- Difficulté majeure à nommer les affects
- Affects non reliés aux représentations
- Expression par le corps
- Pleurer uniquement lors d'effractions traumatiques

Il existe une **alexithymie fonctionnelle dominante**, conséquence directe du déficit de mentalisation.

Niveau : 5 / 5

Le risque somatique

Atteintes fonctionnelles :

- **Obésité androïde**
- **Hypertension artérielle**
- **Troubles ORL à répétition**
- **Troubles digestifs (constipation, diarrhée, ballonnements, douleurs abdominales)**
- **Insomnie chronique**
- **Crises de panique**

Le risque somatique est élevé en raison de :

- La fragilité globale de la dimension psychique de l'unité psychosomatique,

- l'absence de défenses psychiques élaborées,
- la prédominance des défenses somatiques,
- Désorganisation possible lors de toute surcharge émotionnelle,

Chaque surcharge émotionnelle ou événement non élaboré expose Mr A à des manifestations somatiques ou anxieuses aiguës.

RISQUE SOMATIQUE ÉLEVÉ.

Possibilité d'aggravation en pathologies organiques si la désorganisation persiste.

L'environnement

Environnement familial

- Carences affectives
- Relations non contenantantes
- Ambiance clivée
- Peu de soutien psychique réel
- Une rigidité culturelle empêchant l'élaboration psychique.

Environnement professionnel

- Instabilité
- Menaces identitaires
- Absence de structuration symbolique

L'environnement actuel reste peu soutenant, avec des relations sociales limitées et peu structurantes.

→ **Niveau 5 / 7 : altération importante**

Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique Diagnostic et stratégie thérapeutique

PSYCHE	RESSOURCES	COMPORTMT	AFFECTS	SOMA	ENVIRONMT
--------	------------	-----------	---------	------	-----------

Très élevé	Faibles	Moyennes	Alexithymie	Risque somatique Élevé	Altération importante
------------	---------	----------	-------------	------------------------------	--------------------------

→ Grande vulnérabilité psychosomatique globale

Diagnostic selon la nosographie psychosomatique intégrative

Selon la nosographie psychosomatique intégrative, Mr A présente :

- **Une organisation psychosomatique archaïque non névrotique**
- Pathologie de l'attachement insécure
- Fonctionnement anobjectal fixé au stade de l'objet primaire
- Une pathologie de l'attachement
- Déficit majeur d'élaboration psychique
- Alexithymie
- Fixation orale
- Désorganisation psychosomatique à risque élevé

Il s'agit d'un tableau de **désorganisation psychosomatique chronique**, exposant à des décompensations anxio-somatiques répétées.

1. Orientations thérapeutiques en psychosomatique

Indications majeures :

- Psychothérapie psychosomatique intégrative
- La prise en charge doit être dans un cadre stable, long, contenant
- Travail préalable sur la fonction contenante
- Construction progressive du préconscient
- Limitation des approches agissantes non contenues
- Coordination étroite avec médecins somaticiens

Les objectifs thérapeutiques principaux sont :

- renforcer la fonction contenante,
- favoriser la constitution de représentations,
- soutenir l'élaboration psychique,

- Permettre l'introjection progressive d'un objet fiable,
- Diminuer le recours à la somatisation.

Une psychothérapie à médiation verbale, dans un cadre stable, avec une attention particulière portée au transfert et au rythme du patient, est indiquée. Les approches purement symptomatiques ou comportementales doivent rester secondaires.

VIII- La place du thérapeute dans l'accompagnement psychologique

Dans l'accompagnement de patients présentant une organisation psychique immature, préobjectale ou faiblement structurée, la place du thérapeute constitue un élément central du dispositif thérapeutique.

En psychosomatique intégrative, il est fondamental de rappeler que **c'est au thérapeute d'aller là où se trouve le patient**, et non l'inverse. Cette exigence clinique implique une capacité à rejoindre le sujet dans son mode de fonctionnement psychique réel, tel qu'il est, et non tel qu'il devrait être selon des modèles théoriques idéalisés.

Chez ces patients, dont l'appareil psychique n'a pas pu se constituer de manière suffisante dans les premiers temps du développement, le thérapeute est appelé à occuper une **fonction maternelle au sens psychique du terme**, et non au sens du sexe ou du rôle social. Il s'agit d'une fonction de contenance, de pare-excitation, de reconnaissance et de présence stable, permettant progressivement au patient de se sentir perçu, accueilli et soutenu dans son vécu interne. Cette fonction est indispensable pour favoriser la constitution d'un espace psychique interne, préalable à tout travail d'élaboration, de symbolisation et d'introjection de l'objet.

Assumer une telle position implique pour le thérapeute une confrontation inévitable à sa propre histoire relationnelle et à son rapport personnel aux figures parentales, notamment maternelles. Si ces dimensions n'ont pas été suffisamment élaborées sur le plan personnel, le risque de mouvements contre-transférentiels majeurs est important. **Dans ce contexte, reconnaître ses limites cliniques et orienter le patient vers un autre praticien constitue non pas un échec, mais un acte éthique fondamental.** À l'inverse, persister dans une prise en charge inadaptée expose le patient à une souffrance accrue et le thérapeute à un épuisement psychique important, voire à une impasse thérapeutique grave.

Il convient également de souligner que la fonction contenante peut être assurée par différentes figures thérapeutiques, y compris paternelles, dès lors qu'elles sont susceptibles d'être introjectées comme objets suffisamment bons. L'essentiel réside dans la capacité du thérapeute à être **au lieu du fonctionnement physiopathologique psychique du patient**, de la même manière qu'un médecin doit être au plus près du dysfonctionnement biologique pour poser un diagnostic et proposer un traitement pertinent. Sans cette rencontre véritable avec le monde interne du patient, aucun travail thérapeutique profond n'est envisageable.

La relation thérapeutique repose ainsi sur un **partage d'affects**, souvent là où ceux-ci sont gelés, clivés ou non représentés. Le thérapeute est amené à percevoir et à tolérer des vécus affectifs parfois massifs, informes ou silencieux, dont le patient ignore parfois lui-même l'existence consciente. Ce travail de co-présence affective est fondamental pour permettre au sujet de se désincarcérer progressivement de ses impasses internes et de transformer des expériences jusque-là irreprésentables en éléments psychiquement assimilables.

Tant que le patient ne se sent pas réellement perçu dans son vécu interne, il est fréquent qu'il interrompe la thérapie. Ce retrait ne relève pas uniquement d'une résistance, mais peut aussi être compris comme une tentative inconsciente de protection du thérapeute face à une souffrance psychique trop intense ou non contenue. La qualité de la rencontre thérapeutique constitue donc un facteur déterminant de l'engagement du patient dans le processus de soin.

Enfin, dans une perspective psychosomatique intégrative, le thérapeute ne se positionne ni comme un détenteur de vérité ni comme un donateur de sens. Il adopte une posture de **chercheur**, engagé avec et pour le patient, dans une exploration progressive du fonctionnement psychosomatique singulier de celui-ci. Ce n'est qu'à partir de cette posture partagée que le patient peut, à son tour, devenir chercheur de sa propre histoire, de son corps et de son monde interne, condition essentielle à toute transformation durable.

IX-Conclusion

Ce travail a permis de mettre en lumière, à travers le cas clinique de Monsieur A, la complexité des interactions entre développement précoce de l'appareil psychique, organisation des liens d'attachement, capacités d'élaboration mentale et émergence de manifestations psychosomatiques. L'approche psychosomatique intégrative apparaît ici comme un cadre particulièrement pertinent pour penser ces désorganisations, en dépassant une lecture strictement symptomatique ou organique des troubles, et en réinscrivant le sujet dans son histoire, son environnement et son monde interne.

L'analyse clinique met en évidence l'impact majeur des carences précoces sur la construction des fonctions contenant, la mentalisation et l'intrication pulsionnelle, conduisant à une vulnérabilité psychosomatique importante et à des modalités défensives essentiellement somatiques et comportementales. Elle souligne également le rôle central de la relation thérapeutique, conçue comme un espace de co-construction psychique, permettant progressivement au patient de développer des capacités de représentation.

Ce travail ouvre ainsi plusieurs perspectives : d'une part, la nécessité de poursuivre la réflexion clinique sur les modalités d'accompagnement des organisations psychiques préobjectales et prégénitales, de plus en plus fréquentes dans la clinique contemporaine ; d'autre part, l'intérêt de renforcer les dialogues entre psychosomatique, neurosciences du développement et sciences sociales, afin d'affiner la compréhension des mécanismes de vulnérabilité et de résilience psychosomatiques. Enfin, il invite à penser des dispositifs thérapeutiques souples, interdisciplinaires et évolutifs, capables de s'adapter au niveau réel de fonctionnement

psychique des patients, condition indispensable à toute évolution durable de l'unité psychosomatique.

Bibliographie

Stora, J.-B. (2000-2024). Nosographie Psychosomatique Dynamique : une nouvelle approche.

Stora, J.-B. (2023). Métapsychosomatique la nouvelle approche pluridisciplinaire pour mieux soigner les patientes et les patients somatiques. Revue de psychosomatique intégrative numéro 12.

Stora, J.-B. (2018). Les modèles psychanalytique en psychosomatique intégrative.

Stora, J.-B. la naissance de la vie psychique. Stade de non différenciation, organisation cénesthésique et stade oral (Freud) ou première organisation psychosomatique.

Stora, J.-B. (2024). Le rôle du masochisme dans les processus de somatisation.

Savard, N. (2010). La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance.

Stora, J.-B. Les modèles psychanalytiques en psychosomatique intégrative. Le modèle de Freud et le modèle de Pierre Marty.

Stora, J.-B. (2022). La relation maternelle ou la relation dite d'objet. Les débuts de la vie psychique.

Stora, J.-B. le rôle de l'appareil psychique, des mécanismes neuronaux et neuro-hormonaux dans les somatisations : une nouvelle approche psychosomatique des processus de somatisations proposée par le modèle de fonctionnement bio-neuro-psychique de JBS.

Médecine et Psychosomatique Intégrative

La relation entre l'attachement et le stress post-traumatique chez les enfants et les adolescents

Cet article a été recommandé pour la revue par la Dr. Noelle Dubreuilh, responsable des cours de Médecine de l'Ecole de Psychosomatique Intégrative. J'en ai fait le résumé ci-dessous.

Une revue méta-analytique Toby Cushing , Sarah Robertson, Julia Mannes, Nicole Marshall, Mark James Carey, Robbie Duschinsky et Richard Meiser-Stedman
1Département de psychologie clinique et de thérapies psychologiques, University of East Anglia, Norwich (Royaume-Uni), Cumbria, Northumberland, Tyne and Wear NHS Foundation Trust, Royaume-Uni, Applied Social Sciences Group, University of Cambridge (Royaume-Uni), Département de santé publique et de soins primaires, University of Cambridge, Cambridge (Royaume-Uni) et School of Social Sciences, Humanities, and Law, Université Teesside, Middlesbrough,

Résumé

La relation entre l'attachement et les symptômes de stress post-traumatique (SPT) a fait l'objet de recherches approfondies dans les échantillons d'adultes. Dans une moindre mesure, ces relations ont également été explorées dans des échantillons d'enfants et d'adolescents. La preuve à ce jour est équivoque et il n'y a eu aucune tentative de synthèse des études. Cette méta-analyse visait à fournir une synthèse quantitative des études faisant état d'une relation entre l'orientation de l'attachement (sur les mesures de développement et de psychologie sociale) et le SPT chez les enfants et les adolescents. Un modèle d'effet s aléatoires a été utilisé pour regrouper 30 études (N=10 431) faisant état d'une exposition à une série d'événements traumatiques, y compris des mauvais traitements et des traumatismes de guerre. Les résultats montrent une corrélation négative entre l'attachement sécurisé et le PTSS ($r = -.16$) et une corrélation positive entre l'attachement non sécurisé ($r = .20$), l'attachement évitable ($r = .20$), l'attachement anxieux ($r = .32$) et l'attachement désorganisé ($r = .17$) et le PTSS. Ces résultats indiquent une relation petite mais significative entre l'attachement et le SPT chez les enfants et les adolescents. L'exposition à la maltraitance n'a pas modéré la relation entre l'attachement sécurisé et le SSPT, bien qu'elle ait renforcé la relation entre l'attachement précaire et le SSPT.

Mots clés : adolescents; attachement; enfants; métaanalyse; stress post-traumatique (reçu le 12 janvier 2022; révisé le 27 février 2023; accepté le 27 février 2023; première publication en ligne le 31 mars 2023)

INTRODUCTION

Le stress post-traumatique pendant l'enfance et l'adolescence L'exposition aux événements traumatiques pendant l'enfance et l'adolescence n'est pas rare. De nombreux enfants sont

témoins de violences familiales graves (Meltzer et coll., 2009) et d'abus (Finkelhor et coll., 2015), de traumatismes de guerre, de catastrophes naturelles et d'accidents graves (Costello et coll., 2002). Une méta-analyse a conclu que 15,9 % des enfants exposés à des événements traumatiques développent par la suite un trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Alisic et coll., 2014). Bien qu'il soit nécessaire qu'un enfant ait été directement ou indirectement exposé à un événement traumatique pour diagnostiquer un TSPT, il est reconnu que l'exposition à un événement traumatique seul n'est pas suffisante et que plusieurs facteurs de risque ont été identifiés comme augmentant la probabilité de développer un TSPT. Des facteurs de risque individuels comme le faible soutien social et le retrait social, ainsi que des facteurs de risque péri-traumatiques comme la peur péri-traumatique, ont été identifiés comme augmentant le risque pour un enfant de développer un TSPT (Trickey et coll., 2012). L'exposition aux traumatismes interpersonnels peut entraîner des symptômes de stress post-traumatique plus graves (SPT) par rapport aux événements qui sont l'auteur correspondant : Richard Meiser-Stedman, r.meiser-stedman@uea.ac.uk Cushing, T., Robertson, S., Mannes, J., Marshall, N., Carey, M. J., Duschinsky, R., & Meiser-Stedman, R. (2024).

La relation entre l'attachement et le stress post-traumatique chez les enfants et les adolescents: Théorie de l'attachement et stress post-traumatique La théorie de l'attachement souligne l'importance pour les enfants du développement émotionnel et de la résilience de la fourniture d'un refuge sûr par leurs aidants naturels (Bowlby, 1969). Ainsworth et ses collègues ont effectué des recherches approfondies et des observations de dyades d'enfant aidants qui ont conduit à la classification des modèles d'attachement : sûrs, résistants à l'insécurité et non sûrs, avec l'ajout ultérieur d'attachement désorganisé (Ainsworth et coll., 1978; Main & Solomon, 1986). Il existe également deux traditions de recherche d'attachement, découlant de la psychologie du développement et de la psychologie sociale. Les psychologues du développement ont tendance à utiliser des mesures d'observation pour étudier les relations d'attachement des jeunes enfants, ainsi que des entrevues narratives ou des mesures projectives telles que le jeu de la poupée avec les enfants plus âgés. Les psychologues sociaux ont tendance à utiliser des méthodes d'autodéclaration et à traiter les différences individuelles d'attachement comme structurées par deux facteurs latents, l'anxiété et l'évitement, par opposition à quatre catégories. Des recherches approfondies ont été menées pour déterminer si les représentations de l'attachement sont associées à des difficultés d'adaptation sociale et émotionnelle chez les enfants. Méta-analytique © L'auteur(s), 2023.

Publié par Cambridge University Press. Il s'agit d'un article en libre accès, distribué aux termes de la licence Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), qui permet une réutilisation, une distribution et une reproduction sans restriction, à condition que l'article original soit correctement cité.

Les analyses de cette recherche ont documenté la taille des effets de $d = .15$ dans la relation entre l'insécurité de fixation et les problèmes d'internalisation (Groh et al., 2012) et $d = .31$ dans la relation entre l'insécurité de fixation et les problèmes d'externalisation (Fearon et al., 2010). D'autres données méta-analytiques indiquent une relation modérée entre l'insécurité d'attachement et la dépression (Spruit et coll., 2020) et l'anxiété (Colonnesi et coll., 2011) chez les enfants et les adolescents. Des recherches ont été menées pour examiner la causalité de ces relations, ce qui a conduit à l'élaboration d'un certain nombre de modèles théoriques. Par exemple, le modèle social du SSPT (Woodhouse et coll., 2018) souligne le rôle de l'attachement craintif et des processus sociaux dans le développement du SSPT. Les auteurs proposent que l'identification de groupe, la reconnaissance sociale et les cognitions post-traumatiques jouent un rôle dans la gravité des symptômes du TSPT. La capacité d'un enfant à se remettre d'un événement traumatique est présumée influencée par la qualité de son attachement à la personne soignante et sa capacité de réagir à la détresse d'une manière sensible. Ceci est considéré comme une part importante de l'attachement à la pratique clinique (p.ex. Allen, 2018; Gomez-Perales, 2015). Une série de voies et de mécanismes spécifiques de relation entre l'attachement et la psychopathologie post-traumatique, tels que le PTSD, ont été proposés. Certains disent que le SSPT résulte d'un système d'attachement perturbé (de Zulueta, 2007), par lequel un nourrisson développe une réponse psychobiologique au sentiment menacé par son soignant. MacDonald et coll. (2008) ont souligné que l'attachement désorganisé pendant la petite enfance peut augmenter la capacité de dissocier et d'extérioriser les symptômes lorsque le traumatisme est ressenti plus tard dans la vie. Ces récits tiennent particulièrement compte du rôle de l'attachement désorganisé durant la petite enfance. Plus récemment, les théoriciens ont tenté d'identifier un rôle d'attachement dans les modèles socio-cognitifs du SSPT (p. ex. Sharp et al., 2012). D'après ces récits, les expériences traumatisantes avec les soignants peuvent conduire à une déficience mentale, ce qui expose un individu à un risque accru de développer une psychopathologie telle que le TSPT (par exemple, en raison de difficultés à utiliser efficacement le soutien social) lorsqu'il est confronté à un traumatisme ultérieur. Les auteurs dans le champ ont proposé que nous pouvons nous attendre à ce que le système comportemental d'attachement soit activé en réponse à des événements stressants et traumatisants. Par exemple, Mikulincer et al. (2015) ont mentionné que les réactions émotionnelles aux événements stressants et traumatiques, qui comprennent des sentiments de panique et de vulnérabilité (Horowitz, 1982), sont susceptibles d'activer le système comportemental d'attachement, encourageant ainsi une personne à chercher du soutien auprès d'autres personnes en période de détresse. Ils ont fait val

oir qu'une personne ayant un lien de sécurité peut s'attendre à ce que d'autres personnes s'occupent de la détresse et lui apportent un soutien dans l'ordre, alors qu'une personne ayant un lien de sécurité n'a peut-être pas l'espoir que d'autres personnes le soutiennent, empêchant ainsi la possibilité de régler la détresse (Mikulincer et coll., 2015). De plus, les enfants comptent toujours sur leurs parents pour avoir un sentiment de sécurité et de soutien après avoir été exposés à un événement traumatique (Ensink et coll., 2021). Justification de la présente étude À notre connaissance, trois revues existantes (notamment Barazzone et al., 2019; Marshall et Frazier, 2019; Woodhouse et al., 2015) ont examiné la relation entre l'attachement et le SSPT, bien qu'elles se soient concentrées exclusivement sur la recherche au sein des populations adultes. Woodhouse et coll. (2015) ont effectué une synthèse quantitative des études et ont identifié une association entre l'attachement sécurisé et le SSPT inférieur ($\rho = -.27$) et une association dans la direction opposée entre l'attachement non sécurisé et le SSPT ($\rho = .26$). Il n'y a pas encore eu de synthèse des résultats concernant les enfants et les adolescents. Bien qu'il ne soit pas possible d'établir la causalité, certains avantages sont néanmoins attendus d'une telle synthèse. Une meilleure compréhension de l'importance de l'attachement au SPT chez les enfants et les adolescents, et inversement, peut aider à l'évaluation clinique et à l'intervention. Par exemple, les modèles actuels de TSPT intègrent les expériences antérieures et la capacité d'adaptation de l'individu, mais n'intègrent pas l'attachement (p. ex., Ehlers et Clark, 2000). Objectifs L'objectif de cette analyse méta-analytique est de fournir une synthèse quantitative des études portant sur la relation entre l'attachement et le SPT chez les enfants et les adolescents. Cette analyse vise également à déterminer si la relation entre l'attachement et le SSPT diffère selon le type d'événement traumatique expérimenté, en particulier l'expérience de la maltraitance infantile par rapport à d'autres types de traumatismes. C'est en raison de la crainte que les enfants maltraités soient particulièrement exposés à un risque de guérison de l'attachements désorganisés avec leur principal soignant (Cicchetti et Doyle, 2016), et donc à un risque accru de développer un SSPT. De plus, nous avons cherché à déterminer si le type de mesure d'attachement utilisée À c'est-à-dire dérivé de la tradition mentale développée par opposition à la tradition sociale À a changé la force de la relation entre l'attachement et le SSPT. Il est reconnu que de nombreux enfants ressentent des symptômes de stress post-traumatique sans satisfaire aux critères diagnostiques du SSPT. Cet examen se concentrera sur le SSPT plutôt que sur le SSPT diagnostiqué afin de s'assurer que les résultats sont généralisables pour les populations cliniques et non cliniques, et de tenir compte de la plus grande sensibilité et puissance découlant de l'utilisation de mesures continues des résultats. Les questions de recherche sont les suivantes : 1. Quelle est la force de la relation entre le style

d'attachement et le SSPT chez les enfants et les adolescents ? 2. La relation entre l'attachement et le stress post-traumatique diffère-t-elle chez les enfants et les adolescents ayant subi des mauvais traitements par rapport à d'autres types d'événements traumatiques? On suppose que la sécurité de l'attachement sera associée à des niveaux plus faibles de SSPT et que l'insécurité de l'attachement sera associée à des niveaux plus élevés de SSPT et que l'exposition à la maltraitance entraînera une augmentation du SSPT par rapport à d'autres types d'événements traumatiques.
