

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Mentouri de Constantine

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation

N° d'ordre:.....

N° de série:.....

L'impact de la relaxation psychosomatique sur l'alexithymie de l'adolescent obèse

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de magistère
en psychologie clinique**

Option:

Psychosomatique

Réalisé par : CHEKKAI Bradredine

Encadré par : Pr. MALIM Salah

Membres de jury:

Pr. KERBOUCHE Abd El Hamid.....président

Pr. NINI Mohamed-Nadjibmembre

Dr. ABOU SARI Fatima Zohra.....membre

Année universitaire : 2011/2012

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier le Professeur MALIM Salah, pour m'avoir guidé, conseillé, et encouragé tout au long de cette recherche. Les conseils qu'il m'a apportés, la confiance qu'il m'a accordé et la liberté qu'il m'a laissé lors de la mise en place de mon protocole de recherche ainsi que lors de la rédaction de mon travail m'ont permis de progresser dans mes réflexions de psychologue clinicien et de chercheur.

Merci pour ses précieux conseils tout au long de ma recherche. Merci pour m'avoir aidé à trouver une solution à chaque difficulté, dans les problèmes méthodologiques et pas seulement. Merci pour son aide indispensable dans la partie pratique de ma thèse et auprès de qui j'ai beaucoup appris

Ma reconnaissance sincère pour tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de cette Recherche.

Et enfin, un immense merci à mes adolescents, qui ont accepté d'être les sujets de notre recherche.

DEDICACES

Je dédie mon travail de recherche mon très cher père,

À ma très chère mère,

Ma très chère femme,

Mes sœurs,

Mon petit frère,

Mes deux petits anges Ranim et Rawane,

À toute ma famille,

À tous mes amis, surtout Ali, Rabie, Khaled et Mourad.

ملخص الدراسة

إن هذا البحث يعتبر تفكيراً نفس جسدي حول السمنة، حيث نركز على البعد الرمزي لهذا المرض الجسدي الفريد، والذي يعتبر تظاهرة جسدية فاصلة على المستوى النفسي الاقتصادي لبعض الأشخاص.

إننا بهذا نحاول أن نربط هذا المصطلح بثلاث مصطلحات أخرى:

المراهقة، التكتّم أو عجز التعبير الانفعالي (الحبسة الانفعالية)، والاسترخاء النفس جسدي الذي يأخذ مكانة هامة جداً في حقل العلاجات النفسية، والذي يحاول إعادة وضع الجسد بجانب الكلمة مما يجعل منه وسيلة للحوار والعلاج .

إن هدف هذه الدراسة هو تقييم تطور التكتّم لدى المراهقين الذين يعانون من مرض السمنة وذلك أثناء العلاج بالاسترخاء النفس جسدي.

إن طريقة التقييم هذه تأخذ بعين الاعتبار قدرة المراهق على التعبير الكلامي عن انفعالاته ، الوصف الدقيق لكل الأعراض واللجوء إلى الفعل، وأخيراً، التمييز بين الانفعالات والإحساسات الجسمية والخيال .

تتمثل الدراسة في مقارنة نتائج اختبار رورشاخ عند بدأ العلاج، ثم عند نهايته ، ونفس الإجراء يتم مع كل من سلم (TAS-20) وهو سلم خلص لتقييم التكتّم، والمقابلات التي تم إجرائها مع الحالات .

لقد تم وضع فرضية أن العلاج بالاسترخاء النفس جسدي بإمكانه إظهار تغيرات تعبر عن تطور المفحوصين بين فترتي المعاينة (أي قبل وبعد جلسات الاسترخاء).

إن النتائج المتحصل عليها من الدراسة تدفعنا للقول بأن الاسترخاء النفس جسدي يقلل من سيورة التكتّم لدى المراهق السمين ، مما يسمح له من إعادة توظيف الإرصان النفسي الشئ الذي يعمل على تنمية التعبير عن الحالات الانفعالية باللجوء إلى الجسد كعرض .

الكلمات المفتاحية:

السمنة- التكتّم - الحبسة الانفعالية- المراهقة- الاسترخاء النفس جسدي- الجسد.

Résumé

La présente recherche est tout d'abord une réflexion psychosomatique sur l'obésité, insistant sur la dimension potentiellement symboligène de cet agir somatique singulier. À ce titre l'obésité incarne une modalité différente de gestion des conflits, privilégiant la voie de la singularisation et la voie corporelle. Elle constitue un agir somatique différenciateur et salvateur dans l'économie psychique de certains individus.

On essaye de relier cette notion avec trois autres variables : l'adolescence, l'alexithymie ou l'aphasie émotionnelle et la relaxation psychosomatique qui prend une place très importante dans le champ psychothérapique, et qui tente de réintroduire le corps aux côtés du verbe, comme moyen de dialogue et de guérison.

Le but de cette étude est d'évaluer l'évolution de la dimension alexithymique d'adolescents obèses au cours de leur prise en charge notamment par la relaxation psychosomatique. La méthode d'évaluation tient compte de la capacité de l'adolescent à exprimer verbalement les émotions, la description détaillée des symptômes et le recours à l'action, la distinction entre émotions et sensations corporelles et la vie imaginaire.

L'étude consiste à comparer les résultats du Rorschach au début puis après la thérapie. On maintient la même procédure pour l'échelle TAS-20 (échelle spécifique d'évaluation de l'alexithymie) et les entretiens effectués avec nos cas.

On a fait l'hypothèse que la relaxation psychosomatique est susceptible de faire apparaître des changements qui reflètent l'évolution des patientes entre les deux temps d'examen.

Les résultats montrent des modifications en rapport avec le profil alexithymique étudié.

Les données issues de cette étude nous incitent à penser que la relaxation psychosomatique réduit le processus d'alexithymie chez l'adolescent obèse, ceci va lui permettre une remise en fonction de l'élaboration psychique et favorise ainsi la verbalisation de l'état émotionnel à travers le retour au corps symptôme.

Mots clés :

L'obésité-l'adolescence-l'alexithymie-l'aphasie émotionnelle-la relaxation psychosomatique-le corps.

Abstract

This research is primarily a reflection of psychosomatic obesity, emphasizing the potential size of the symbol-somatic singular act. As such, obesity represents a different mode of conflict management, privileging the path of singularity and the way the body. It constitutes a differentiating somatic act and saving in the psychic economy of certain individuals.

We try to link this concept with three other variables: adolescence, alexithymia or emotional aphasia and psychosomatic relaxation that takes an important place in the psychotherapeutic field, and attempts to reintroduce the body along with the verb, as a means of dialogue and healing.

The objective of this study is to evaluate the evolution of the alexithymic dimension of obese adolescents in their care including psychosomatic relaxation. The evaluation method takes into account the ability of adolescents to express emotions verbally, the detailed description of symptoms and the use of action, the distinction between emotions and bodily sensations and fantasy life.

The study focuses on comparing the results of Rorschach at the beginning and after therapy. It maintains the same procedure to scale TAS-20 (specific scale to assess alexithymia) and interviews conducted with our cases.

We hypothesized that psychosomatic relaxation is susceptible to show changes that reflect evolution patients between the two examination times.

The results show changes related to the alexithymic profile studied.

Data resulting from this study suggest that relaxation reduces the psychosomatic process Alexithymia in obese adolescent, this will allow a discount depending on the mental development and thus promotes the verbalization of the emotional state to return to the body through the symptoms.

Key words:

Obesity – adolescence – alexithymia - emotional aphasia - psychosomatic relaxation - the body.

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau 1: Classification des adultes en fonction de l'IMC.....	11
Tableau 2 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de différentes classes d'âge selon les définitions de l'IOTF (Cole et coll., 2000).....	16
Tableau 3: Obésité et obésité abdominale en Algérie (ENS 2005 TAHINA).....	20
Tableau 4: Principales complications de l'obésité.....	28
Tableau 5: prévalence de l'alexithymie dans la population générale d'après (O. GUILBAUD et al, 2003).....	147
Tableau 6: Alexithymie et troubles des conduites alimentaires d'après (O. GUILBAUD et al, 2003).....	149
Tableau 7 : Prévalence de l'alexithymie dans les maladies à composante psychosomatique d'après (O. GUILBAUD et M. CORCOS, 2003).....	153
Tableau 08 : Normes françaises de l'échelle d'alexithymie (TAS-20).....	222
Tableau 09 :Tableau Récapitulatif des résultats des deux passations de l'échelle (TAS-20)..	448

SOMMAIRE

Remerciements

Dédicaces

Résumé en Arabe

Résumé en Français

Résumé en Anglais

Sommaire.....

Sommaire des tableaux

Introduction générale

Motivation et objectifs de la recherche..... **1**

Première partie : cadre théorique

Chapitre 1 : l'obésité

Introduction **3**

1-Définition de l'obésité..... **5**

2-Classification de l'obésité..... **7**

3- Mesures de l'obésité..... **8**

4-Données épidémiologiques ou prévalence de l'obésité..... **14**

5- Développement des maladies chroniques..... **21**

6-Maladies chroniques associées à l'obésité..... **23**

1- Maladies cardio-vasculaires et hypertension..... **23**

1-1 Maladies cardio-vasculaires..... **23**

1-2 Hypertension et accident vasculaires cérébral..... **24**

2- Diabète..... **25**

3- Cancer..... **26**

4- Cholécystopathie..... **27**

Autres complications..... **28**

7-Mortalité liée à l'obésité..... **29**

8- Les facteurs étiopathogéniques qui interviennent dans développement de l'obésité **31**

9- Evolution et chronicisation..... **32**

10- Les théories psychosomatiques de l'obésité :..... **33**

1-Stunkard.....	33
2-Hamburger	34
3-Holland et ses assistants.....	35
4-Crisp et Stonehill.....	35
5-Alby et Klotz.....	35
6-La théorie d'Hilde Bruch.....	36
a- L'obésité réactionnelle.....	37
b-Obésité infantile ou de développement.....	38
Le cadre familial.....	41
le cadre familial des enfants obèses.....	41
L'obésité de l'adolescent.....	42
7-La théorie de Gabrielle RUBIN (1997) : La personne obèse et son hôte.....	43
11-Psychopathologie de l'obésité.....	45
12-Les modèles comportementalistes.....	47
a- La Théorie de l'externalité.....	47
b- La théorie de l'hyperempathie (G. Apfeldorfer, 1993).....	48
13-L'image du corps de l'obèse.....	50
14-Troubles du comportement alimentaire chez la personne obèse.....	54
15-Traitements de l'obésité.....	58
a-Traitement préventif.....	59
b-Traitement curatif : approche multidisciplinaire.....	60
2-Traitement non médicamenteux.....	61
Régime amaigrissant.....	62
L'activité physique.....	62
Les psychothérapies	53
La chirurgie	64
CONCLUSION.....	65
CHAPITRE 2 : L'adolescence	
Introduction.....	67
1-Définitions de l'adolescence.....	69
2- Les théories de l'adolescence.....	71
2-1 La crise d'originalité juvénile.....	73

2-2-La crise juvénile.....	73
2-3 Approches psychanalytiques.....	74
2-4 La théorie des rôles sociaux: l'approche sociologique de l'adolescence.....	79
2-5 L'explication cognitivo-développemental.....	81
2-6 L'anthropologie culturelle.....	82
2-7 L'approche écologique du développement humain.....	83
3- La puberté.....	85
3-1 Puberté et croissance physique.....	87
3-2 La nature et la séquence des changements corporels.....	88
3-3 Nutrition et puberté	90
4- Les effets psychologiques des transformations physiques.....	91
4-1 Les effets psychologiques.....	91
2-Retentissement psychologique interne.....	92
5- La place du corps à l'adolescence	94
6- Lecture psychanalytique de l'adolescence	100
a- Le rejet des objets parentaux	101
b- Le renversement des affects	101
c- L'investissement de nouveaux objets	102
d- Des mécanismes primitifs.....	103
e- Pulsions et conflits au cours de l'adolescence.....	103
7- Adolescence et sexualité: Le vécu de la sexualité.....	105
8- L'adolescent Algérien	106
Conclusion.....	111

CHAPITRE 3 : L'alexithymie

Introduction.....	113
1- Origine du concept et définitions.....	114
2- Définitions de l'alexithymie.....	117
3-Les dimensions de l'alexithymie.....	118
1-Incapacité à exprimer verbalement les émotions.....	119
2-Limitation de la vie imaginaire.....	119
3-Le recours à l'action.....	120
4-La description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques.....	120
3-Alexithymie primaire et secondaire.....	121

4-Approche psychanalytique de l'alexithymie.....	124
4-1L'alexithymiedans ses rapports avec la pensée opératoire.....	125
4-2 L'alexithymie dans ses rapports avec le travail de négatif.....	126
4- 3 Le poids des interrelations précoces dans le développement de l'alexithymie.....	128
4- 4 Métapsychologie de l'alexithymie.....	130
5- Approche développementale de l'alexithymie.....	134
6- L'alexithymie et la dépression.....	141
7- La mesure de l'alexithymie.....	142
8-Prévalence de l'alexithymie.....	146
9- L'alexithymie et troubles psychosomatiques.....	150
10- Alexithymie et Obésité.....	154
11- Alexithymie et Rorschach.....	157
12- Modalités de traitement de l'alexithymie.....	158
Conclusion.....	163

CHAPITRE 4 : La relaxation psychosomatique

Introduction	165
1- Définitions de la relaxation	167
2- Les approches de la relaxation	169
2-1 Le training autogène de Schultz.....	170
2-2 La relaxation progressive de Jacobson.....	172
3-Les indications de la relaxation en psychosomatique	174
4- La relaxation entre technique thérapeutique et psychothérapie à part entière.....	175
5- La relaxation au regard de la notion d'image du corps	176
6- Le corps en relaxation.....	178
7- Définition de la relaxation psychosomatique.....	181
8-les spécificités de la relaxation psychosomatique.....	183
9-Les objectifs de la relaxation psychosomatique.....	191
10- La technique de la relaxation psychosomatique.....	192
11- La relaxation psychosomatique et les différentes pathologies	1202
12- Relaxation psychosomatique et alexithymie.....	1205
Conclusion.....	207

DEUXIEME PARTIE : PARTIE PRATIQUE

CADRE METHODOLOGIQUE

1-La question de départ.....	208
2-Le travail exploratoire.....	208
3-La problématique.....	209
4-Les hypothèses de la recherche.....	214
1- hypothèse générale.....	214
2-les hypothèses partielles.....	214
5- Méthodologie de la recherche	215
Recueil des données.....	216
1- L'observation	216
2- L'entretien de recherche.....	216
3-Le test de RORSCHACH.....	218
4-l'échelle d'alexithymie de Toronto (Toronto Alexithymia Scale) TAS-20.....	220
7-L'échantillon.....	223
CADRE PRATIQUE.....	224
PREMIER CAS : Nesrine	224
1- Présentation du cas.....	224
2-Synthèse des entretiens avec la patiente et sa mère.....	225
3- Rorschach avant la relaxation.....	227
a- La cotation du premier protocole (avant la relaxation).....	227
b- Psychogramme.....	227
c- Commentaire.....	230
d- Analyse du premier protocole.....	231
4- Présentation des résultats à l'échelle TAS-20.....	232
5- Rorschach après la relaxation.....	236
a- La cotation du deuxième protocole (avant la relaxation).....	238
b- Psychogramme.....	241
c- Commentaire.....	242
d- Analyse du deuxième protocole.....	242

6- Présentation des résultats à l'échelle TAS-20.....	247
7-Analyse des entretiens.....	249
8-La dimension alexithymique.....	259
a- Avant les séances de relaxation.....	259
b- Après les séances de relaxation.....	266
9- Analyse générale du cas.....	274
DEUXIÈME CAS : Khaoula	276
1- Présentation du cas.....	276
2-Synthèse des entretiens avec la patiente et sa mère.....	276
3- Rorschach avant la relaxation.....	279
a- La cotation du premier protocole (avant la relaxation).....	279
b- Psychogramme.....	282
c- Commentaire.....	283
d- Analyse du premier protocole.....	284
4- Présentation des résultats à l'échelle TAS-20.....	288
5- Rorschach après la relaxation.....	290
a- La cotation du deuxième protocole (avant la relaxation).....	290
b- Psychogramme.....	294
c- Commentaire.....	295
d- Analyse du deuxième protocole.....	296
6- Présentation des résultats à l'échelle TAS-20.....	298
7-Analyse des entretiens.....	300
8-La dimension alexithymique.....	311
a- Avant les séances de relaxation.....	311
b- Après les séances de relaxation.....	318
9- Analyse générale du cas.....	327
TROISIÈME CAS : Zakaria.....	
1- Présentation du cas.....	329
2-Synthèse des entretiens avec la patiente et sa mère.....	329
3- Rorschach avant la relaxation.....	330
a- La cotation du premier protocole (avant la relaxation).....	330
b- Psychogramme.....	333
c- Commentaire.....	334

d- Analyse du premier protocole.....	334
4- Présentation des résultats à l'échelle TAS-20.....	339
5- Rorschach après la relaxation.....	341
a- La cotation du deuxième protocole (avant la relaxation).....	341
b- Psychogramme.....	344
c-Commentaire.....	345
d-Analyse du deuxième protocole.....	345
6- Présentation des résultats à l'échelle TAS-20.....	351
7-Analyse des entretiens.....	354
8-La dimension alexithymique.....	368
a- Avant les séances de relaxation.....	368
b- Après les séances de relaxation.....	374
9- Analyse générale du cas.....	383
QUATRIEME CAS : Ammar.....	365
1- Présentation du cas.....	386
2-Synthèse des entretiens avec la patiente et sa mère.....	386
3- Rorschach avant la relaxation.....	387
a- La cotation du premier protocole (avant la relaxation).....	387
b- Psychogramme.....	390
c- Commentaire.....	391
d- Analyse du premier protocole.....	391
4- Présentation des résultats à l'échelle TAS-20.....	394
5- Rorschach après la relaxation.....	397
a- La cotation du deuxième protocole (avant la relaxation).....	397
b- Psychogramme.....	401
c- Commentaire.....	402
d- Analyse du deuxième protocole.....	402
6- Présentation des résultats à l'échelle TAS-20.....	407
7-Analyse des entretiens.....	409
8-La dimension alexithymique.....	418

a- Avant les séances de relaxation.....	418
b- Après les séances de relaxation.....	425
9- Analyse générale du cas.....	433
ANALYSE GENERALE.....	434
CONCLUSION GENERALE.....	427
BIBLIOGRAPHIE.....	459
ANNEXES.....	468

Introduction générale

Manger est un acte complexe qui se subdivise en différentes parties, chacune pouvant être le support d'interprétations symboliques. Jean TRÉMOLIÈRE (1971) remarquait d'ailleurs que « *l'homme est probablement consommateur de symboles autant que de nutriments* ». Cela signifie donc que l'être humain ne mange pas uniquement pour se nourrir.

APFELDORFER conclue que le fait que le jeûne puisse constituer un moyen de pression efficace prouve bien que manger n'est pas une simple action du domaine de la vie privée, mais un acte social par lequel l'autre peut être reconnu ou bien nié. Manger, c'est s'investir dans une relation. Refuser la nourriture, c'est rompre. Rompre avec la matérialité, le monde profane dans le cas du jeûne ascétique et religieux, ou rompre avec un individu, un groupe social donné dans le cas du jeûne – agression.

Manger est donc un acte complexe, individuel, riche en symbolismes et significations, qui nous permet de vivre et survivre. Mais manger est également un acte social qui nous définit, nous identifie, nous construit en tant qu'être humain vivant au sein d'une société.

Cependant, il apparaît que trop manger, ou tout du moins mal manger, constitue des conditions nécessaires, à défaut d'être suffisantes, à la plupart des surcharges pondérales et plus précisément à l'obésité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) constate pour la première fois en 1997 que le nombre de sujets obèses dépasse celui des personnes dénutries. Progressivement, l'obésité est passée d'une connotation esthétique à un terme médical. Peu à peu, elle est devenue un fléau majeur de santé publique, mais ce n'est qu'en 1998 que l'OMS a reconnu l'obésité comme maladie en prenant conscience de son impact sur la mortalité et la morbidité mondiale. LECERF parle de l'obésité comme d'un symptôme, souvent un risque, toujours une différence et un handicap, parfois une souffrance, et bien qu'elle corresponde à des mécanismes physiopathologiques et à des facteurs étiologiques multiples, c'est aussi et avant tout une maladie. BASEDEVANT ajoute que l'obésité est effectivement une maladie moderne, une maladie de la transition urbaine, économique et sociale, une maladie de l'adaptation aux changements de société.

Ainsi, on peut dire que l'obésité est une transformation violente du corps, un temps de crise dont le corps est l'unique théâtre, surtout, lorsqu'il s'agit du corps de

INTRODUCTION GENERALE

l'adolescent.

Mais, qu'est ce que c'est que l'adolescence? Est-ce une simple période de passage de l'état enfant vers l'état adulte? Ou un temps de transition, de changement qui bouleversent l'équilibre du sujet ? Ou encore, est ce une période qui engendre de nouveaux modes d'être au monde ? C. SALDANA et PH. GODARD précisent:

« *l'adolescence est un passage violent* ». D.MARCELLI écrit, Brutalement, à l'adolescence, le corps fait du « bruit ». Il est au centre de la plupart des conflits de l'adolescent. Sur la même piste de réflexion, F. LADAME et M. PERRET-CATIPOVIC (1998) soulignent que le corps est au centre de la problématique adolescente.

Au niveau du corps de l'adolescence, la transformation pubertaire suscite un double enjeu psychique: la nécessité de maintenir un sentiment de continuité d'existence dans un corps en changement et la nécessité d'intégrer cette transformation pubertaire dans le fonctionnement psychique (P.ALVIN et al, 2005). Dans la continuité de ces réflexions, nous pensons que l'obésité chez l'adolescent constitue une atteinte (ou une affectation) de l'ensemble de l'entité charnelle d'un individu. Ce n'est pas seulement le poids qui dérange ou fait souffrir, c'est l'ensemble du corps qui est atteint donnant naissance au gros corps. C'est pourquoi certains auteurs n'hésitent pas à parler « d'obésité psychosomatique », laquelle surviendrait chez des individus (notamment des individus normo- ou hypophages !) présentant des difficultés à élaborer les conflits dans la sphère mentale, difficultés corrélatives chez l'individu de tendances à l'agir, de l'absence de fantasme et surtout de l'absence de sens du gros corps. Dans la même perspective, d'autres chercheurs ont tenté de mettre à jour chez les adolescents obèses les caractéristiques alexithymiques (telle que par exemple la difficulté à reconnaître, nommer, verbaliser affects et émotions) censées caractéristiques des sujets somatisants.

La relaxation psychosomatique apparaît comme un «choix stratégique» face à cette discordance entre le corps et le verbe. Elle donne une très grande importance à l'imaginaire, son premier objectif est de le récupérer dont la fonction est refoulée. Autrement dit, la relaxation psychosomatique tente de réintroduire le corps aux côtés du verbe, comme moyen de dialogue et de guérison.

Dans cette étude, nous allons nous intéresser particulièrement à la problématique de l'obésité, la dimension alexithymique chez l'adolescent obèse et la relaxation psychosomatique qui tente de libérer l'imaginaire et réduire l'intensité du

INTRODUCTION GENERALE

profil alexithymique.

Autrement dit, notre étude tente de répondre à tout un questionnement : comment concevoir plus avant la somatisation pondérale de l'adolescent? Peut-on parler d'agir pondéral à l'instar de « l'agir somatique »? Qui plus est, quel(s) lien(s) entretient, conserve - ou non - cet agir avec la réalité psychique de l'obèse ? Quelle problématique psychique se dessine sous/par cette somatisation ? Enfin, l'agir pondéral obère-t-il l'activité psychique ou peut-on souscrire à l'idée qu'il soutient, sous-tend un processus d'élaboration et de symbolisation ?

Afin de mieux cerner, comprendre l'adolescent obèse, le profil alexithymique et l'impact de la relaxation, il est indispensable de consacrer toute une partie théorique afin de nous éclairer sur les multiples niveaux d'interactions entre ses éléments.

La partie théorique est soutenue par des études de cas pour mettre en pratique toutes les notions analysées dans la théorie.

MOTIVATION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :

Notre choix du thème repose sur l'observation de l'entourage social ou l'obésité apparaît comme une véritable problématique de santé publique dans tout le monde ; notamment notre pays, chose qui a influencée l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour la qualifier d'une épidémie mondiale (depuis 1997).

Un échange d'idées avec le professeur responsable du service d'endocrinologie au C-H-U de Constantine, et le professeur responsable du service de diabétologie nous ont inspiré de travailler sur ce sujet.

On peut ajouter à cela, qu'il y a peu de questionnement et d'études sur l'approche psychosomatique et psychothérapique de l'obésité.

De plus, notre pratique de psychologue clinicien à l'E H S en psychiatrie nous a permis de remarquer la très grande fréquence de l'obésité et l'énorme demande de ses patients obèses, leurs parents, et leurs familles en général d'une prise en charge psychologique.

Nous ajoutons que notre petite expérience pratique au niveau du service d'endocrinologie au C-H-U de Constantine ou nous avons remarqué la fréquence de la maladie, la demande d'aide et de soutien psychologique des parents de ces patients.

Plusieurs auteurs déplorent le manque de données empiriques en ce qui concerne la notion d'alexithymie, principalement en ce qui a trait à son implication chez les personnes atteints de maladies psychosomatiques dont l'obésité. Cette recherche vise à augmenter les données théoriques dans le domaine de l'alexithymie particulièrement chez les adolescents obèses afin d'analyser les nombreuses observations cliniques et les quelques études exploratoires déjà faites.

Dans ce travail, nous cherchons dans un premier temps à mettre en évidence l'existence d'un profil alexithymique chez nos cas en lien avec des variables Rorschach, qui nous renseignent sur différents aspects du fonctionnement de la personnalité, et des variables de l'échelle TAS-20, qui nous renseignent sur la dimension alexithymique. Cette approche est corrélationnelle et vise à mettre en lumière les caractéristiques psychopathologiques et alexithymiques spécifiques des patients obèses.

Dans un deuxième temps, nous cherchons à vérifier la validité des liens établis

MOTIVATION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

en étudiant ces mêmes caractéristiques alexithymiques des adolescents obèses avant les séances de relaxation, par comparaison au même groupe d'adolescents après la relaxation et appariés pour des variables comme l'âge et le niveau d'instruction.

Cette étude empirique est faite dans le but de tester des hypothèses en rapport avec les modélisations de liens entre obésité, adolescence, alexithymie et relaxation psychosomatique présentes dans la littérature.

En faisant cela, nous proposons de poser, à travers la relaxation psychosomatique, les fondements d'une thérapie corporelle, articulant notamment le corps biologique, le corps psychique et la parole.

Enfin, ce travail a pour objectif d'apporter une meilleure connaissance du sens psychanalytique et neuropsychologique des variables de l'alexithymie chez les adolescents obèses.

En ce faisant, nous espérons offrir aux praticiens de cette méthode, quel que soit le contexte dans lequel ils travaillent, une meilleure maîtrise des notions de relaxation psychosomatique, adolescence, obésité et alexithymie.

C'est pour nous enfin l'occasion de pouvoir nous rapprocher, au plus près de la souffrance psychique des adolescents obèses qui en sont victimes.

PREMIERE PARTIE

CADRE THEORIQUE

CHAPITRE I

L'obésité

« C'est donc bien dans leur soma que ces patients obèses inscrivent leur souffrance. » **D. Machaux-Tholliez**

« L'assiette est un théâtre d'ombres où se joue à la vie à la mort la construction de soi. »
Maurice Corcos

Introduction

D. MARCELLI écrit «*Brutalement, à l'adolescence, le corps fait du « bruit ». Il est au centre de la plupart des conflits de l'adolescent*». Ainsi, la transformation morphologique pubertaire, l'irruption de la maturité sexuelle remettent en cause l'image du corps. Ces modifications rendent compte en partie de la fréquence avec laquelle on se réfère au corps lorsqu'on étudie l'adolescence et le paradoxe du corps est d'y être considéré encore comme un objet transitionnel, c'est à dire faisant à la fois partie du moi et du non-moi.

Dans la continuité de cette réflexion, on peut dire que dans nos sociétés, la sédentarité et l'abondance conjuguent leurs effets : le corps prend du poids.

Les psychologues, médecins, nutritionnistes ou de santé publique, la population et les responsables politiques ont pris peu à peu conscience de cette dérive. L'obésité devient l'ennemi à combattre. Dans le même temps les linéaires des grandes surfaces se chargent de produits toujours plus attrayants, plus nombreux, plus faciles à consommer. Cet étalage est relayé par d'intenses campagnes publicitaires promouvant la satisfaction de nos désirs comme droit fondamental de l'être humain : plus rien ne semble justifier la frustration.

Toutefois les spots publicitaires utilisent tous des mannequins filiformes, longilignes sur lesquels les calories semblent glisser comme l'eau sur les plumes du canard ! L'image du corps ainsi mise en scène va bien en deçà de la courbe de poids idéale et se situe volontiers dans les marges de l'anorexie. Confronté à de telles contradictions, comment l'adolescent peut-il réagir : doit-il satisfaire ses envies, refuser de se frustrer mais en gardant la ligne, reprendre à son compte l'idéal obsédant de la bonne image... Attentifs à l'image de leur corps comme au discours social, peu préparés à affronter l'insatisfaction, avides d'expériences nouvelles, les adolescents de nos consultations concentrent sur eux-mêmes ces multiples paradoxes dont ils souffrent et dont, surtout, ils font souffrir un corps vite maltraité. .

À ce titre l'obésité ne serait-elle pas aussi une figure ou version moderne de

l'inquiétante étrangeté? Une illustration du familier (le corps, voire le grossissement ici) qui existe en soi mais dont le sujet s'ignore porteur, un familier perceptible en l'occurrence (projection oblige!) seulement au dehors, dans l'autre (ici l'obèse) ? Et/ou dans le même temps une incarnation de l'étrange en soi ou de l'étrangeté à soi-même qui règne souterrainement avant parfois de se dévoiler, de s'actualiser, de s'incarner en un mot et de s'incarner via l'obésité alors... ? « Étrangers à nous mêmes » telle pourrait être en effet la devise de nombreux sujets obèses. Des sujets qui se sentent et se décrivent tels lorsqu'ils viennent consulter, pour la première fois souvent, relativement à leurs troubles pondéraux.

Que s'est-il donc passé pour que ces individus en arrivent là, à ce sentiment d'étrangeté et plus encore à cet état psychique comme somatique lui aussi jusqu'alors étranger au sujet ? (Nous faisons plus spécifiquement allusion ici aux obésités dites réactionnelles survenues chez des sujets adultes sans antécédent notable ni individuel ni familial d'obésité.)

Confronté à ces multiples contradictions, comment peut-on entendre ces adolescents obèses, les accompagner, que leur proposer?

Aux questions précédentes, le présent chapitre tentera d'apporter quelques éléments de réponse.

1-Définition de l'obésité

Au début, Jean-Pierre DÈSPRES nous propose une première définition *«l'obésité se définit par un excès de tissu adipeux dans l'organisme. Toutes fois, pour des raisons pratiques, l'identification et la définition de l'obésité ne font pas appel à des méthodes directes de mesure de la masse adipeuse, car des techniques sont complexes et nécessitent un matériel trop coûteux et très sophistiqué pour être utilisées en clinique courante, en recherche et en épidémiologie. Plus simplement, la surcharge pondérale et l'obésité sont définies comme un excès de poids pour une stature donnée. Cette définition repose sur la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) calculé en divisant le poids en Kilogrammes par le carré de la taille en mètre. À partir de cet indicateur, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini des seuils de surcharge pondérale correspondant à un IMC compris entre 15 et 30 Kg/m², et d'obésité, correspondant à un IMC supérieur à 30. Les seuils de ces définitions reflètent l'excès de risque de diabète de type 2 et de maladie cardiovasculaire associé à l'augmentation du tissu adipeux tel qu'il a été mesuré dans les enquêtes épidémiologiques.»* (J.P. DÈSPRES, 2007, p6)

Carine Plalat l'a défini comme *«L'obésité correspond à un excès de masse grasse. Elle devrait théoriquement se définir à partir d'une mesure de la masse grasse confrontée à une mesure de référence. L'IMC qui n'est qu'une approche indirecte de la masse grasse est cependant le plus souvent utilisé en épidémiologie pour définir l'obésité.»*(Carine PLALAT, 2005, p106)

Dans un travail de recherche très intéressant sur le thème de l'obésité, Annelise Galloyer-Fortier (2005) nous propose la définition suivante: *«L'obésité se caractérise par une inflation des réserves lipidiques stockées sous forme de triglycérides dans le tissu adipeux. Elle correspond à une augmentation significative de la masse grasse. L'obésité n'est donc pas une simple prise de poids excessive.»* (Annelise Galloyer-FORTIER, 2005, p8)

D'après Pascale Isnard et al, l'obésité de l'enfant, comme celle de l'adulte, est par définition *« Un excès de masse grasse. Néanmoins chez l'enfant, la masse grasse évolue avec la croissance.»*(P.ISNARD et al, 2003, p1)

Selon Yves RANTY *«la clinique de l'obésité psychogénétique se résume à cette définition: c'est une accumulation excessive et plus ou moins généralisée du tissu adipeux, qui entraîne une augmentation supérieure à vingt-cinq pour cent du poids*

estimé, en tenant compte de la taille et du sexe, accumulation excessive qui est liée à une suralimentation déclenchée par des événements effectifs ayant modifié l'équilibre homéostatique du sujet. Ces événements sont très variables mais on retrouvera avec une certaine prépondérance, des événements mettant en jeu la vie sexuelle du sujet pour les femmes et des événements mettant en jeu la vie professionnelle pour les hommes.» (Yves RANTY, p146, 1994)

Pour De AJURIAGUERRA et MARCELLI *«Au plan clinique l'obésité se définit par un excédent d'au moins 20% du poids par rapport à la moyenne normale pour la taille. Un excédent de plus de 60% représente un facteur de risque certain. La fréquence de l'obésité est d'environ 5% dans la population scolaire» (De AJURIAGUERRA et MARCELLI, 1982, p121).*

P.RITZ et J.DARGENT précisent *«Elle est définie par un IMC > 30 kg/m². On peut définir des classes selon l'organisation mondiale de la santé : classe I (IMC 30-35 kg/m²), classe II (IMC 35-40 kg/m²), classe III ou obésité morbide (IMC > 40 kg/m²).» (P.RITZ et J.DARGENT, 2009, p141)*

Dans un rapport très intéressant sur l'obésité dans le monde, L'organisation Mondiale de la sante(OMS) propose la définition suivante *«L'obésité peut être simplement définie comme la maladie au cours de laquelle un excédent de masse grasse s'est accumulé jusqu'à avoir des effets indésirables sur la santé. Toutefois, la quantité de graisse en excès, sa répartition dans l'organisme et la morbidité qui lui est associée montrent des variations considérables d'un sujet obèse à l'autre.» (OMS, 2003, p22)*

Lecerf parle de l'obésité comme *«Un symptôme, souvent un risque, toujours une différence et un handicap, parfois une souffrance, et bien qu'elle corresponde à des mécanismes physiopathologiques et à des facteurs étiologiques multiples, c'est aussi et avant tout une maladie.»(A. MARIAGE et al, 2008, p378)*

BASDEVANT ajoute que l'obésité est effectivement *«Une maladie moderne, une maladie de la transition urbaine, économique et sociale, une maladie de l'adaptation aux changements de société. Parmi les facteurs explicatifs de la prise de poids et de l'obésité on retrouve le facteur génétique, les facteurs métaboliques en rapport avec un fonctionnement hormonal et/ou enzymatique défaillant, le mode de vie (nutrition, sédentarité et activité physique...), les facteurs socioéconomiques et aussi les facteurs psychologiques.» (Ibid, p378)*

Dans une perspective psychosomatique, Nathalie DUMET nous propose la définition

suivante: *«l'obésité constitue une atteinte (ou une affectation) de l'ensemble de l'entité charnelle d'un individu. Ce n'est pas seulement le poids qui dérange ou fait souffrir, c'est l'ensemble du corps qui est atteint donnant naissance au gros corps. C'est pourquoi certains auteurs n'hésitent pas à parler « d'obésité psychosomatique », laquelle surviendrait chez des individus (notamment des individus normo- ou hypophages !) présentant des difficultés à élaborer les conflits dans la sphère mentale, difficultés corrélatives chez l'individu de tendances à l'agir, de l'absence de fantasme et surtout de l'absence de sens du gros corps.»* (Nathalie DUMET, 2008, pp35-36)

Enfin, nous pensons que toutes ces définitions tournent autour de l'idée que l'obésité se définit comme un excès de masse grasse, et dont l'IMC est supérieur ou égal à 30. Ainsi, on tient à signaler que nous adopterons cette définition pendant toutes les étapes de notre recherche.

2- Classification de l'obésité

Il est intéressant d'avoir une classification du surpoids et de l'obésité pour un certain nombre de raisons. Cela permet en particulier:

- d'effectuer des comparaisons significatives du poids au sein d'une population et d'une population à l'autre;
- d'identifier les sujets et les groupes à risque accru de morbidité et de mortalité;
- de déterminer les interventions prioritaires aux niveaux individuel et communautaire;
- de disposer d'une base solide pour évaluer les interventions.

Jean VAGUE (1947), médecin Français, est le premier à avoir établi une distinction entre l'obésité androïde, semblable à une pomme ; et l'obésité gynoïde, semblable à une poire. Selon Jean-Pierre DÈSPRES (2007), Schématiquement, on distingue deux formes communes d'obésité selon la localisation des dépôts graisseux et la morphologie générale des individus:

- L'obésité de type «androïde» ou «abdominale» où l'excès de graisse prédomine au niveau du tronc et de l'abdomen (on la rencontre généralement chez l'homme);
- L'obésité de type «gynoïde» où le tissu graisseux tend à s'accumuler autour des hanches (on la rencontre généralement chez la femme).

Jean Vague avait observé un lien entre l'obésité androïde et l'apparition du diabète,

de l'hypertension, de la goutte et de l'athérosclérose, indiquant que les deux formes d'obésité jouent un rôle différent à l'égard du risque de maladie cardiovasculaire.

On parle également d'obésité mixte lorsque la graisse se répartit de façon globale.

Cependant, Il existe une deuxième classification de l'obésité, Annelise Galloyer-FORTIER souligne que l'IMC constitue la valeur de référence depuis la conférence de consensus en 1991. Reconnu par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), il présente l'intérêt de constituer une évaluation simple du diagnostic et du pronostic de l'obésité, valide aussi bien pour l'homme que pour la femme. Avec cette classification, il existe une corrélation entre le degré d'obésité et le risque de comorbidités.

Ainsi, sont en surpoids, les patients qui présentent un IMC ou BMI (Body Mass Index) compris entre 25 et 29,9 kg/m².

Sont obèses, les patients qui présentent un IMC supérieur ou égal à 30.

On distingue les obésités modérées (IMC compris entre 30 et 34,9), des obésités sévères (IMC compris entre 35 et 39,9 kg/m²), des obésités massives également nommées obésités morbides (IMC supérieur ou égal à 40) (FORTIER, op.cit).

On peut considérer que l'IMC offre la mesure la plus utile, même si elle est grossière, de l'obésité dans une population. La solidité de ces mesures et l'inclusion très répandue du poids et de la taille dans les enquêtes sanitaires réalisées en milieu clinique et en population indiquent qu'une mesure plus sélective de l'adiposité, par exemple l'épaisseur du pli cutané, peut fournir un complément d'information plutôt qu'une information essentielle.

L'IMC peut être employé pour estimer la prévalence de l'obésité dans une population et les risques qui lui sont associés, mais ne permet pas cependant de prendre en compte la grande variation qui existe dans la nature de l'obésité rencontrée chez différents sujets et dans différentes populations. (OMS, 2003).

3- Mesures de l'obésité

Pendant longtemps, l'obésité a été appréciée uniquement par le poids. Avec le temps, on s'est rendu compte qu'il ne s'agissait sans doute pas du meilleur moyen de juger de la présence d'embonpoint ou d'obésité. En effet, en plus de la masse grasseuse, le tissu osseux, l'eau et le muscle interviennent dans le poids. Étant donné le nombre important de complications métaboliques associées à l'obésité et sachant que la distribution de la masse grasse est un facteur déterminant dans le développement de

plusieurs de ces complications, il était donc impératif de développer des méthodes fiables et significatives afin de mesurer non seulement la quantité de la masse grasse, mais également sa distribution dans le corps.

Des techniques d'imagerie médicale, telles que la tomographie axiale et la résonance magnétique (IRM), permettent de déterminer la quantité exacte et la distribution des graisses dans chaque compartiment du corps. (Seidel et al, 1990 in Déborah MACHAUX-THOLLIEZ, 2004, p7).

Par contre, ces techniques, encore relativement récentes, nécessitent un équipement particulier et très coûteux en plus de ne pas être disponibles dans tous les centres hospitaliers ou de soins de santé.

Lors d'études réalisées sur un grand nombre de sujets, l'utilisation de ces techniques est impensable puisque les coûts seraient beaucoup trop élevés. Ainsi, dans la plupart des études, l'excès et la distribution de la masse grasse définissant l'obésité sont le plus souvent estimés à partir d'indicateurs anthropométriques, qui sont des mesures simples mais à la fois efficaces (OMS, 1998 in Déborah MACHAUX-THOLLIEZ, 2004).

D'après Déborah MACHAUX-THOLLIEZ (2007), et devant le nombre important de mesures de l'adiposité et la grande variabilité des techniques et des seuils utilisés « *L'OMS a recommandé l'adoption d'un système de classification du poids à l'échelle internationale dans le but de conférer une valeur de reproductibilité aux mesures et permettre la comparaison entre les populations.* » (Déborah Machaux-Tholliez, op.cit, pp7-8). Les principales mesures de l'obésité seront détaillées ici en parlant des utilités, des avantages et limites de chacune.

a- L'indice de masse corporelle

On doit la notion de norme pondérale aux travaux d'Adolphe Quételet, mathématicien et statisticien belge. Il a, en effet, défini « le poids idéal » à partir d'une formule qui portera par la suite son nom : il s'agit de l'indice de masse corporelle qui permet d'exprimer la corpulence en fonction de la taille (**IMC** : rapport du poids en kg sur le carré de la taille en cm).

Dans un article consacré à la question de l'IMC (indice de masse corporelle), Thibaut de Saint Paul souligne qu'il est l'outil le plus couramment utilisé pour mesurer la corpulence et étudier les poids indépendamment de la taille. (THIBAUT DE SAINT PAUL, 2007, p1)

Il ajoute « *L'IMC s'est imposé comme l'instrument incontournable pour saisir la*

corpulence. Il représente l'immense avantage de reposer sur des données facile à recueillir et de permettre aisément des comparaisons entre populations différentes. De forme simple, il une faible corrélation avec la taille, est un bon prédicateur de la mortalité et est très corrélé avec la masse grasse.» (Thibaut de Saint Paul, op.cit, p16)

Pour définir médicalement l'obésité, il faudrait être en mesure d'évaluer la masse grasse. Or, la masse grasse, qui représente 10 à 15 % du poids corporel chez l'homme jeune et 20 à 25 % chez la femme jeune, ne peut être mesurée avec une précision satisfaisante que par des méthodes sophistiquées (mesure de densité corporelle, évaluation par absorptiomètre, tomодensitométrie, résonance magnétique), trop coûteuses pour être disponible en routine.

De ce fait, en pratique clinique, comme en épidémiologie, les praticiens ont recours à l'indice de masse corporelle (IMC), qui fournit une estimation indirecte de l'adiposité à partir de deux mesures simples : le poids et la taille.

L'IMC fournit donc une évaluation satisfaisante de l'importance de la masse grasse pour les besoins de la clinique. Il est devenu la référence internationale dans la pratique clinique et épidémiologique (Basdevant, 2004 in Déborah MACHAUX-THOLLIEZ, 2009, pp38-39).

Thibaut de Saint Paul précise que servir de cet outil nécessite toutefois de rester conscient de son origine, et surtout de ses limites. L'IMC ne permet pas de différencier le poids de la graisse de celui des os et des muscles et les seuils proposés par l'OMS sont censés s'appliquer identiquement aux femmes et aux hommes, aux jeunes et aux personnes âgées, aux Français, aux Chinois et aux Soudanais. La définition du poids a 25, réalisée par les médecins pour des raisons surtout pragmatiques, n'est absolument pas représentative de la manière dont les gens se représentent le surpoids ou la manière dont un docteur jugera son patient. Bien loin d'être un instrument de mesure exacte de la corpulence, l'indice de masse corporelle en est avant tout une approximation, tout comme l'étaient ses ancêtres, les formules de poids "idéal".

Dés lors qu'on n'oublie pas ce caractère approximatif, il devient un outil pratique et fiable. Mais la multiplication de l'usage individuel de cet instrument à des fins de diagnostic, comme le recommandait en France le ministre de la santé, risque de faire des seuils de l'OMS ce qu'ils ne sont pas: des étalons en dessous desquels il faut absolument que chaque individu se situe. Le développement des calculateurs d'IMC,

dont une multitude est disponible en ligne sur internet, ou l'omniprésence de ce thème dans les magazines féminins y contribuent également. On observe aujourd'hui un détournement de l'usage de l'IMC: l'instrument de mesure qui servait à comparer des groupes d'individus entre eux devient un outil précis de diagnostic d'un état de santé individuel, ce que les seuils utilisés actuellement ne permettent à l'évidence pas. (Thibaut de Saint Paul, op.cit, p16).

Tableau 1: Classification des adultes en fonction de l'IMC^a

Classification	IMC	Risque de morbidité associée
Insuffisance pondérale	<18,50	Faible (mais risque accru d'autres problèmes cliniques)
Eventail normal	18,50–24,99	Moyen
Surpoids	=25,00	
Préobèse	25,00–29,99	Accru
Obèse, classe I	30,00–34,99	Modéré
Obèse, classe II	35,00–39,99	Important
Obèse, Classe III	=40,00	Très important

^a Ces valeurs de l'IMC sont indépendantes de l'âge et analogues pour les deux sexes.

Toutefois, l'IMC peut ne pas correspondre au même degré d'adiposité dans des populations différentes, en partie à cause de différences de constitution.

Ce tableau montre une relation simpliste entre l'IMC et le risque de morbidité associée, qui

peut être modifiée par toutes sortes de facteurs, notamment par la nature du régime alimentaire, le groupe ethnique et le degré d'activité. Les risques associés à un IMC en augmentation sont continus et progressifs et apparaissent avec un IMC inférieur à 25. L'interprétation du classement des IMC en fonction du risque peut différer selon les populations.

Pour calculer le risque de morbidité associée à l'obésité, il est important de connaître à la fois l'IMC et la répartition de la masse grasse (périmètre abdominal ou rapport tour de taille/tour de hanches). (OMS, op.cit, p10)

On trouvera dans le Tableau1 la classification du surpoids et de l'obésité en fonction de l'IMC. Il y a obésité lorsque l'IMC est $\geq 30,0$.

Cette classification est conforme à celle recommandée par l'OMS, mais comprend une subdivision supplémentaire pour les IMC compris entre 35,0 et 39,9, de façon à tenir compte du fait que les options de prise en charge de l'obésité pour un IMC supérieur à 35 ne sont pas les mêmes. La classification de l'OMS est principalement basée sur l'association entre IMC et mortalité.

b- Tour de taille

Au cours des quelque dix dernières années, l'idée qu'un rapport tour de taille/tour de hanches élevé ($>1,0$ chez l'homme et $>0,85$ chez la femme) indique une accumulation de graisse au niveau de la ceinture abdominale a été largement acceptée. Toutefois, des données récentes laissent à penser que le périmètre abdominal seul mesuré à mi-distance de la limite inférieure de la cage thoracique et de la crête iliaque pourrait constituer un indicateur plus commode de la répartition abdominale de la graisse et des problèmes de santé qui lui sont associés (Ibid, p11)

Le périmètre abdominal (ou tour de taille) est une mesure pratique et simple, sans rapport avec la taille, qui est en corrélation étroite avec l'IMC et le rapport tour de taille/tour de hanches et qui constitue un indicateur approximatif de la masse grasse intra-abdominale et de la masse grasse totale. En outre, les modifications du périmètre abdominal sont le reflet de modifications des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire et d'autres formes de maladie chronique, même si ces risques semblent montrer des variations dans les différentes populations.

D'après le rapport de l'OMS (2003) intitulé : (Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale), certains experts estiment que le périmètre des hanches (tour de hanches) fournit une information supplémentaire intéressante concernant la masse

musculaire de la fesse et de la cuisse et la structure osseuse. Le rapport tour de taille/tour de hanches peut donc rester un outil de recherche utile, mais le fait d'utiliser le seul périmètre abdominal pour le dépistage initial permet d'identifier les sujets présentant un risque accru de pathologie liée à l'obésité.

Pour Nancy TREMBLAY « *Un TT supérieur ou égal à 1,02 m chez l'homme et à 0,88 m chez la femme représente un risque accru de développer des problèmes de santé reliés à l'obésité abdominale* » (OMS, 1998). De son côté TT/TH est habituellement utilisé pour refléter le niveau d'obésité centrale et consiste à comparer le taux de graisse abdominal (obésité androïde) avec celui au niveau des hanches (obésité gynoïde).» (Nancy Tremblay, 2004, pp10- 11)

Un rapport TT/TH supérieur ou égal à 1 pour les hommes et à 0,8 pour les femmes indique une plus grande importance du tissu adipeux localisé dans la région abdominale ce qui correspond à un risque accru pour la santé (Nancy TREMBLAY, 2004, p11).

Pour l'OMS, les populations montrent des différences dans le risque associé à un périmètre abdominal donné, de sorte qu'il est impossible de définir des seuils applicables partout dans le monde. Par exemple, on a montré que l'adiposité abdominale était moins fortement associée à des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire et de diabète non insulino-dépendant (DNID) chez la femme noire que chez la femme blanche. De plus, les personnes originaires d'Asie du Sud (Bangladeshis, Indiens et Pakistanais) vivant dans des sociétés urbaines montrent une plus forte prévalence de bon nombre des complications de l'obésité que d'autres groupes ethniques.

Ces complications sont associées à la répartition abdominale de la graisse qui est, chez eux, sensiblement plus importante pour un IMC donné que chez les Européens. Enfin, si les femmes présentent pratiquement le même risque absolu de cardiopathie coronarienne que les hommes pour le même rapport tour de taille/tour de hanches, elles montrent un risque relatif de cardiopathie coronarienne accru pour un périmètre abdominal plus petit que les hommes. Ainsi, il faudrait définir des seuils de périmètre abdominal par sexe pour les différentes populations.

Le rapport TT/TH a longtemps été proposé et souvent utilisé comme seule mesure de l'obésité centrale. Cependant, depuis quelques années, un bon nombre d'études sont venues démontrer que ce rapport devrait être utilisé avec précaution puisqu'il ne semblait pas toujours refléter la réalité et ce, plus particulièrement chez les femmes

(van der KOOY et al, 1993; LEMIEUX et al, 1996; BIGAARD et al, 2004, citer par Nancy Tremblay, 2004, p11).

Nancy TREMBLAY (2004) souligne que des études comparatives des mesures de l'obésité en sont venues à la conclusion commune que le TT se classait bon premier devant l'IMC et le rapport TT/TH en tant qu'indicateur du niveau d'obésité abdominale (SONMEZ et al, 2003; RANKINEN et al, 1999). Ceci est appuyé par les résultats de plusieurs études confirmant une forte corrélation entre le tour de taille, l'obésité abdominale et le risque de troubles métaboliques (GRIEVINK et al, 2004).

En bref, la mesure du TT est une méthode peu coûteuse qui permet de prédire de façon fiable le risque pour la santé et qui ne démontre que peu de différences d'efficacité entre les sexes (RANKINEN et al, 1999 citer par Nancy TREMBLAY, 2004, p11).

En bref, la mesure du TT est une méthode peu coûteuse qui permet de prédire de façon fiable le risque pour la santé et qui ne démontre que peu de différences d'efficacité entre les sexes.

c- Instruments supplémentaires d'évaluation de l'obésité

Il existe, en plus des méthodes d'évaluation anthropométrique indiquées précédemment, divers autres outils utiles pour mesurer la masse grasse dans certaines situations cliniques et dans les travaux de recherche sur l'obésité. Ces instruments sont particulièrement utiles lorsqu'on essaie d'identifier les déterminants génétiques et environnementaux de l'obésité et leurs interactions, car ils permettent de scinder en plusieurs éléments la nature variable et complexe de l'obésité. Ainsi, on peut caractériser des sujets obèses en analysant leur composition corporelle, la répartition anatomique de la graisse, leurs apports énergétiques et leur résistance à l'insuline, entre autres.

4-Données épidémiologiques ou prévalence de l'obésité

L'obésité connaît un développement épidémique. Dans le monde, 300 millions sont en surpoids ($25 \text{ Kg} = 29,9 \text{ Kg/m}^2$). Aux Etats Unis, un tiers des adultes est obèse, on prévoit que l'épidémie mettra prochainement un terme à deux siècles de progression régulière de l'espérance de vie (OMS, 1998, citer par C.BENDAH, 2008).

En France, la prévalence de l'obésité chez l'adulte reste de l'ordre de 12%, soit

5,3 d'adultes. En valeur absolue, c'est l'un des pays les moins touchés. Les autorités de santé publique sont néanmoins inquiètes, car la prévalence chez l'adulte a progressé de 45% sur le territoire Français, entre 1987 et 1996, touchant des individus de plus en plus jeunes.

À ce rythme, à moyen terme la France devrait rattraper le taux actuellement observé aux Etats-Unis. Si cette tendance persiste, en 2020, un Français sur cinq sera obèse. Pour ce qui est de l'obésité morbide, les chiffres sont moins bien connus. De fait, elle ne représenterait que 5 % des sujets obèses, ce qui correspond à 0,3 % de la population Française, soit environ 250000 cas (ObEpi, 2003, citer par C. BENDAH, 2008).

L'enquête ObEpi (2006) nous fournit des données plus détaillées sur la prévalence de l'obésité en France, ainsi, on retient que:

*L'augmentation de la prévalence de l'obésité se confirme. En 2006, l'obésité concerne 12,4% de la population contre 11,3% en 2003 et 8,2% en 1997.

Cette augmentation persistante depuis 9 ans tend à s'atténuer par rapport aux enquêtes précédentes.

*Les personnes de plus de 65 ans sont également concernées par l'obésité.

*Les jeunes générations ont une corpulence supérieure et une obésité plus fréquente que leurs aînés.

L'enquête ObEpi montre une prévalence de l'obésité croissant de 8,2 % à 11,3 % et du surpoids (incluant donc l'obésité) de 36,7 % à 41,6 % dans la population française de plus de 15 ans.

Cette tendance existe pour toutes les tranches d'âge mais le taux annuel moyen d'augmentation de la fréquence de l'obésité semble plus élevé dans les tranches 25-34 et 35-44 ans (de l'ordre de 8% par an) (INSERM, 2006, p2)

Nous essayons à travers le tableau suivant, de détailler en chiffres la prévalence du surpoids et de l'obésité en France

Tableau 2 : Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de différentes classes d'âge selon les définitions de l'IOTF (Cole et coll., 2000)

Référence	Pays	Caractéristiques	Age (années)	Période	Surpoids (%)	Obésité (%)
De Peretti et Castetbon, 2004	France	Sondage national Mesures	14-15	1990-1993	8,3	2,4
				1999-2000	10,4	3,9
Lioret, 2004	France	Sondage national Interviews	3-14	1993-1994a	14,2	2,4
				1998-1999b	15,2	3,5
Romon, 2005	France	Lille Mesures	5	1989	9,6	1,8
				2000	16,9	4,9
Heude, 2003	France	Nord France Mesures	5-12	1992	11,4	1,6
				2000	14,3	2,8
Lobstein, 2003	Angle -terre	Sondage national Mesures	7-11	1974	6,0	
				1984	8,0	
				1994	12,5	
				1998	20,0	
Magarey, 2001	Austra -lie	Sondage national Mesures	7-11 12-15	1985	10,4	1,7
				1995	14,4	5,0
				1985	9,5	1,6
				1995	17,2	5,2

Kautianen, 2002	Finlan -de	Sondage national Interviews	12-18	1977	5,6	0,7
				1999	13,3	2,0
Ogden, 2002	Etats- Unis	Sondage national Mesures	6-8	1976-	12,1	3,1
				1980		
				1988-	20,5	7,7
				1994		
1999-	30,3	15,2				
2000						

a: Étude ASPCC : étude de l'Association sucre-produits sucrés communication consommation.

b: Étude INCA : étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INSERM, 2006, p5)

- Prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent

Quelle que soit la méthode employée pour classer l'obésité, les études effectuées chez l'enfant et l'adolescent ont en général montré à la fois une forte prévalence de l'obésité et des taux en progression.

Aux Etats-Unis d'Amérique, par exemple, la prévalence du surpoids (défini par le 85e centile du rapport poids/taille) chez les 5–24 ans dans une communauté biraciale de Louisiane (n total = 11 564) a pratiquement doublé entre 1973 et 1994. En outre, les progressions annuelles enregistrées au niveau du poids relatif et de l'obésité au cours de la dernière partie de la période d'étude (1983–1994) ont été supérieures d'environ 50% à celles enregistrées entre 1973 et 1982 (46). Une tendance analogue a été observée au Japon ; dans les écoles, le pourcentage des enfants obèses (>120% du poids normal) âgés de 6 à 14 ans est passé de 5% à 10% et celui des enfants présentant une obésité très importante (>140% du poids normal) de 1 à 2% en 20 ans, entre 1974 et 1993. Cette augmentation a été plus marquée chez les garçons de 9 à 11 ans. Une obésité précoce entraîne un risque accru d'obésité ultérieure, ainsi qu'une prévalence accrue des troubles liés à l'obésité. Dans l'étude japonaise, près d'un tiers des enfants obèses sont devenus des adultes obèses.

L'obésité de l'enfant n'est pas limitée aux pays industrialisés puisqu'on en observe déjà un pourcentage élevé dans certains pays en développement.

Les seules données intégrées actuellement disponibles donnant un aperçu de la prévalence mondiale de l'obésité chez l'enfant sont celles rassemblées par le Programme OMS de la Nutrition (50, 51).

Dans cette analyse de l'OMS, on a classé les enfants comme étant obèses lorsqu'ils dépassaient la valeur du rapport poids/taille médian du NCHS plus deux écarts types ou écarts réduits.

Toutefois, il convient de noter que certains enfants considérés comme obèses dans ce système peuvent en réalité avoir un poids relatif plus élevé en raison d'un retard de croissance plutôt qu'à cause d'un excédent de graisse. Cela s'applique tout particulièrement aux pays en développement qui sont dans une phase de transition nutritionnelle, dans lesquels on a décrit un risque plus important d'obésité chez les enfants présentant un retard de croissance.

Il est urgent d'évaluer les sources de données existantes et à venir concernant les enfants et les adolescents du monde entier et basées sur un système normalisé de classification de l'obésité. (OMS, op.cit, pp 35-37)

En résumé, une augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité est décrite dans la population française depuis environ une dizaine d'années, comme dans la plupart des pays occidentaux mais beaucoup plus tardivement qu'aux Etats-Unis.

Les prévalences actuelles, que ce soit chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte peuvent être considérées comme moyennes par rapport à celles des autres pays mais nettement plus faibles que dans la population américaine. Interprétée comme reflétant essentiellement une augmentation de la masse grasse des individus, cette évolution ne semble pas présenter en valeur relative, des différences majeures selon l'âge et semble donc peu dépendre de la génération de naissance.

Ce fait suggère que ses causes sont à rechercher en grande partie dans des changements concernant la période elle-même. De nombreux travaux concernant l'obésité dans la population ont ainsi particulièrement étudié son association avec les conditions de vie, les catégories socioprofessionnelles, les habitudes culturelles... des individus qui la composent. (INSERM, 2006, p6)

- Prévalence de l'obésité en Algérie

Dans une recherche menée par une équipe de médecins internistes à l'hôpital de Bir-Traria (wilaya d'Alger), le taux de l'obésité est estimé à 48 % et ceci selon les normes Européennes, selon ces mêmes normes, une personne sur trois est obèse, quand aux normes Américaines, une personne sur deux serait obèse.

L'OMS, se référant à une étude internationale menée dans 63 pays fin 2007, donne des indications plus sévères pour la population algérienne, en classant 53% des femmes et 36% d'hommes dans la catégorie des personnes présentant, selon les normes établies, un excès de poids ou carrément de l'obésité.

Le phénomène n'épargne guère les enfants. La tendance à la surcharge pondérale est plutôt à la hausse dans une société encline à la sédentarité et à une consommation abusive de produits fast-food. Dans l'entendement populaire, "être bien en chair" n'est guère une maladie, mais un signe d'aisance financière et de bien-être.

A cet effet, l'INSP (Institut National Santé Publique) a réalisé en juin 2005 une enquête nationale santé qui rentre dans le cadre global d'un projet de recherche sur la transition épidémiologique et son impact sur la santé dans les pays nord africains [Projet TAHINA] dont les objectifs étaient :

L'estimation de la morbidité au niveau de la population,

L'estimation de la consommation de soins,

L'estimation de la fréquence des facteurs de risques chez les adultes de 35 à 70 ans,

Le tableau 3 nous résume la prévalence de l'obésité et l'obésité abdominale en Algérie.

**Tableau 3: Obésité et obésité abdominale en Algérie (ENS 2005
TAHINA)**

	Homme	Femme	Total
IMC moyen	24.32	27.40	26.10
Surpoids (IMC = 25) (%)	41.29	66.52	55.90
Obésité globale (IMC = 30) (%)	9.07	30.08	21.24
Obésité abdominale			
Obésité abdominale selon le RTH (%)	11.66	50.96	34.42
Obésité abdominale selon l'IDF (%)	35.43	75.02	58.36
Obésité abdominale selon l'US NCEP ATP III (%)	15.32	51.98	36.56

Source: INSP, Projet TAHINA, 2004, p 12.

5- Développement des maladies chroniques

Arnault BASDEVANT (2008) explique également l'émergence de l'obésité en santé publique par le fait que l'obésité s'est avéré jouer un rôle central dans le développement d'une série de maladies chronique : diabète non insulino-dépendant, l'hypertension artérielle et des maladies cardiovasculaires...etc (D. MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit)

Les conséquences sur la santé sont nombreuses, allant d'un risque accru de MCV, d'hypertension, de diabète, de problèmes respiratoires ou ostéoarticulaires, de cancer à un risque élevé de mort prématurée (KOPELMAN, 2000 citer par Nancy TREMBLAY, 2004).

La prévalence d'obésité étant en hausse depuis une trentaine d'années, ceci a pour effet d'augmenter du même coup la prévalence de ces autres maladies.

TREMBLAY (2004) souligne que *«l'augmentation des niveaux de graisses corporelles est accompagnée de profonds changements dans les fonctions physiologiques et certains de ces changements sont tributaires de la localisation de ces graisses corporelles»*.

En effet, il est maintenant évident que la distribution des graisses corporelles est un facteur bien plus déterminant sur le développement de problèmes de santé que la quantité totale des graisses en elle-même (Lapidus et BENGTTSSON, 1988, citer par N. TREMBLAY, 2004).

Tremblay souligne qu'il existe des preuves épidémiologiques évidentes de la relation directe entre l'obésité viscérale et le développement de nombreuses complications reliées à l'obésité comme les MCV, l'hypertension, le diabète et les dyslipidémies (DESPRÉS et al, 1992; Lemieux et DESPRÉS, 1994, citer par TREMBLAY, 2004). L'obésité gynoïde semble pour sa part beaucoup moins dommageable (KULKARNI et KAUR, 1999, citer par TREMBLAY, 2004).

Bien que les mécanismes par lesquels l'obésité viscérale résulte en le développement de nombreuses maladies ne soient pas encore complètement élucidés, certaines hypothèses ont été suggérées. Il semble entre autres que les cellules adipeuses abdominales libèrent de façon exagérée des acides gras libres directement par le système porte et affecte négativement le foie (FRAYN et al, 1996).

Pour l'OMS, *«Les conséquences de l'obésité pour la santé sont nombreuses et variées, allant d'un risque accru de décès prématuré à plusieurs maladies non*

mortelles mais débilatantes ayant des effets indésirables sur la qualité de vie.

L'obésité est également un facteur de risque important de maladies non transmissibles, tels le DNID, les pathologies cardio-vasculaires et certains cancers, et est associée dans bon nombre de pays industrialisés à divers problèmes psychosociaux.

L'obésité abdominale est particulièrement inquiétante, puisqu'elle est associée à des risques plus importants qu'une répartition plus périphérique de la graisse.» (OMS, op.cit, p43)

Selon ce même rapport de l'OMS : *«Si l'obésité doit être considérée comme une maladie à part entière, elle est également un des principaux facteurs de risque d'autres maladies non transmissibles telles que le DNID et la cardiopathie coronarienne, au même titre que le tabagisme, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie. Les conséquences indésirables pour la santé de l'obésité sont plus ou moins fonction du poids, de la répartition de la masse grasse, de l'ampleur de la prise de poids au cours de l'âge adulte et du mode de vie.» (OMS, op.cit, p43)*

Pour L'OMS, les problèmes de santé non mortels mais débilatants associés à l'obésité sont les suivants : difficultés respiratoires, problèmes ostéoarticulaires chroniques, problèmes cutanés et infécondité.

Les problèmes de santé chroniques associés à l'obésité qui engagent davantage le pronostic vital sont de quatre ordres :

a) pathologies cardio-vasculaires, notamment hypertension, accident vasculaire cérébral et cardiopathie coronarienne ; b) affections associées à la résistance à l'insuline, par exemple DNID ; c) certains types de cancers, en particulier les cancers liés à des troubles hormonaux et les cancers du côlon ; et d) la cholécystopathie. (OMS, op.cit)

Les prochaines sous-sections donnent une brève description épidémiologique et physiopathologique des principaux troubles métaboliques associés à l'obésité.

6-Maladies chroniques associées à l'obésité

1- Maladies cardio-vasculaires et hypertension

1-1 Maladies cardio-vasculaires:

Pour D. MACHAUX-THOLLIEZ, le retentissement cardio-vasculaire de l'obésité rend compte de l'augmentation du risque de morbidité et de mortalité associé à cette pathologie. Les complications cardiovasculaires de l'obésité sont nombreuses et fréquentes ; et les facteurs impliqués dans le développement de ces complications sont multiples.

Interviennent non seulement le degré d'excès de poids, mais aussi le gain de poids au cours de la vie, la répartition du tissu adipeux, les facteurs de risque cardiovasculaire associés et les conséquences de la sédentarité» (OPPERT, 2004, citer par Déborah MACHAUX-THOLLIEZ, 2009, p46).

N. TREMBLAY(2004), souligne que les personnes souffrant d'obésité viscérale sont particulièrement vulnérables. On estime qu'un surplus de poids de 10 % augmente de 20 % les risques de MCV. Auparavant on croyait que la relation existant entre l'obésité et les MCV (les maladies cardio-vasculaires) était indirecte, c'est-à-dire à travers les troubles métaboliques qui lui sont associés comme l'hypertension, le diabète, et les dyslipidémies (LEW et GARFMKEL, 1979).

Cependant, certaines études ont démontré que les MCV étaient plus nombreuses chez les personnes obèses, même si d'autres facteurs de risque ne sont pas présents (HUBERT et al, 1983)

Dans la même perspective, l'OMS insiste sur le fait que : « *l'obésité prédispose à un certain nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire, notamment à l'hypertension, à l'élévation du taux de cholestérol et à une altération de la tolérance au glucose.*»(OMS, op.cit, p51)

Toutefois, les données prospectives à plus long terme laissent aujourd'hui à penser que l'obésité joue également un rôle important en tant que facteur de risque indépendant en ce qui concerne la morbidité et la mortalité liées aux cardiopathies coronariennes.

L'étude Américaine La Framingham Heart Study fait du poids le troisième facteur prédictif le plus important de la cardiopathie coronarienne chez l'homme, après l'âge et la dyslipidémie. A partir de l'étude de Framingham et d'autres, on peut donc conclure que la vitesse d'apparition d'une maladie cardio-vasculaire est fonction de

l'importance du surpoids.

Le risque de cardiopathie coronarienne associé à l'obésité est plus important dans les groupes d'âge plus jeunes et chez les personnes présentant une obésité abdominale, que chez celles dont la graisse s'accumule sur les hanches et les cuisses.

En outre, on a montré que la mortalité par cardiopathie coronarienne était augmentée chez les sujets présentant un surpoids, même à des poids situés à seulement 10% au-dessus de la moyenne. (OMS, 2003)

Tel que démontré par cette brève revue de littérature, l'obésité est un facteur de risque de MCV. Ce qui rend cette maladie d'autant plus inquiétante, c'est que celle-ci est reliée à certains facteurs de risque majeurs de présenter une MCV, comme l'hypertension ou le diabète.

1-2 Hypertension et accident vasculaires cérébral

D'après l'OMS, l'association entre hypertension et obésité est bien documentée. Les tensions systolique et diastolique augmentent toutes deux avec l'IMC, et les obèses présentent un risque accru d'hypertension par rapport aux sujets minces. (OMS, 2003, p52)

Dans la même perspective, N. TREMBLAY précise «*qu'entre 25 et 45 ans, l'incidence d'hypertension artérielle est six fois plus grande chez les personnes obèses que chez les non obèses* » (BUCK et DONNER, 1987 citer par N. TREMBLAY, 2004, p 16).

Si beaucoup de grandes études ont examiné les rapports entre obésité et cardiopathie coronarienne, cela n'a pas été le cas pour les accidents vasculaires cérébraux. Une étude effectuée à Honolulu (au États-Unis d'Amérique), dans laquelle on a examiné 1163 hommes non fumeurs âgés de 55 à 68 ans, a mis en évidence le fait qu'un IMC augmenté était associé à un risque accru d'accident thrombo-embolique.

Selon Tremblay «*Les risques d'hypertension sont également plus grands si l'obésité s'est manifestée pendant le jeune âge. Il semblerait que ce soit une relation de cause à effet, en ce sens qu'une diminution du poids entraînerait du même coup une baisse de la pression sanguine.* » (REISIN et al, 1983).

Les personnes obèses dont la masse adipeuse se concentre dans le haut du corps sont plus susceptibles d'en souffrir, la pression exercée dans la région du cœur étant plus grande (WATANABE et TOCHIJUBO, 2003).

Une hypertrophie ventriculaire droite est également commune chez les individus obèses, ce qui est dans une certaine mesure relié à une hypertension systémique. (MESSERLI, 1982, citer par N. TREMBLAY, 2004)

On ne sait pas très bien à quoi est due l'association entre augmentation du poids et élévation de la tension artérielle. Le fait que l'obésité soit associée à des concentrations d'insuline circulante plus importantes (conséquence de la résistance à l'insuline) et de ce fait à une rétention plus forte de sodium au niveau rénal, qui entraînerait une augmentation de la tension artérielle, pourrait être une explication.

Comme l'on sait que l'exercice physique améliore la sensibilité à l'insuline, cela expliquerait peut-être pourquoi l'exercice abaisse également la tension artérielle.

Parmi les autres facteurs étiologiques possibles, on peut penser à l'augmentation de la rénine plasmatique ou à l'activité renforcée des catécholamines. (OMS, op.cit)

2- Diabète

Plusieurs études ont en effet mis en évidence une corrélation entre le diabète de type 2 (non insulino-dépendant) et l'obésité. L'impact de l'obésité sur le risque de diabète de type 2 est majeur : 80 % des patients diabétiques de types 2 sont obèses. Les patients qui ont un IMC supérieure à 30 ont environ dix fois plus de risque de devenir diabétique que les patients qui ont un IMC inférieur à 30. Cependant, tous les patients obèses ne deviendront pas diabétiques (DUCLUZEAU, 2004).

l'OMS constate que «La constance de cette association d'une population à l'autre, malgré des différences dans les mesures de l'adiposité et dans les critères de diagnostic du DNID, montre la force de ce rapport. Dans une étude on a surveillé pendant 14 ans des femmes âgées de 30 à 55 ans : le risque additionnel de présenter un DNID chez les obèses était plus de 40 fois supérieur à celui des femmes restées minces (IMC <22).» (OMS, 2003, p 55)

L'analyse détaillée des rapports existants entre l'obésité et le DNID a permis de mettre en évidence certaines caractéristiques des personnes obèses qui augmentent encore le risque de présenter cette maladie, même après neutralisation des effets de l'âge, du tabagisme et des antécédents familiaux de DNID. Il s'agit de l'obésité au cours de l'enfance et de l'adolescence, de la prise de poids progressive à partir de 18 ans et de l'accumulation intra-abdominale de la graisse. Cette dernière a en particulier été incriminée en tant que facteur de risque indépendant pour le DNID dans toute une série de populations et groupes ethniques du monde entier et, dans

certaines études, a constitué un facteur prédictif de DNID encore plus important que l'adiposité générale.

L'accumulation intra-abdominale de graisse et l'obésité en tant que telle sont également associées à une augmentation du risque de pathologies prédiabétiques telles que la mauvaise tolérance au glucose et la résistance à l'insuline. Ainsi, N. Tremblay précise que les personnes obèses ont donc plus tendance à développer une résistance à l'action de l'insuline. Par ailleurs, l'insulino-résistance est caractérisée par l'incompétence de l'insuline à exercer son action sur l'entrée du glucose dans les tissus, ce qui se traduit par un taux de glycémie dans le sang constamment élevé et qui aboutit fréquemment au diabète.

Ainsi, l'hyperinsulinémie constitue une réponse adaptative à l'insulino-résistance des tissus de l'organisme. L'insulino-résistance est considérée comme un état prédiabétique, le diabète de type 2 étant l'étape subséquente où une sécrétion inadéquate d'insuline par un pancréas épuisé ne parvient plus à maintenir une glycémie normale (KOPELMAN, 2000, citer par TREMBLAY, 2004).

3- Cancer

Un certain nombre d'études ont retrouvé une association positive entre le surpoids et l'incidence de certains cancers, en particulier les cancers hormonodépendants et gastro-intestinaux.

Des risques plus importants de cancers de l'endomètre, des ovaires, du col utérin et de cancer du sein chez la femme ménopausée ont été documentés chez les femmes obèses, tandis qu'il semblerait qu'il y ait un risque accru de cancer de la prostate chez les hommes obèses.

L'incidence accrue de ces cancers chez les obèses est plus importante chez ceux qui présentent une répartition abdominale de la graisse et l'on pense qu'elle est une conséquence directe de changements hormonaux. L'incidence des cancers gastro-intestinaux, par exemple du cancer colorectal et du cancer de la vésicule biliaire, a également été positivement associée au poids ou à l'obésité dans certaines études, mais pas dans toutes, et l'hypernéphrome a régulièrement été associé au surpoids et à l'obésité, surtout chez la femme.

En plus de l'obésité générale, la répartition intra-abdominale de la graisse et la prise de poids chez l'adulte ont été indépendamment associées à une augmentation du risque de cancer du sein. Par exemple, on a rapporté qu'une accumulation intra-

abdominale de la graisse augmente le risque de cancer du sein après la ménopause, indépendamment du poids relatif et en particulier lorsqu'il y a des antécédents familiaux de ce type de cancer. En outre, la prise de poids à l'âge adulte a régulièrement été associée à un risque accru de cancer du sein, même dans des études de cohorte qui ne montraient aucune association entre le poids relatif initial et le risque ultérieur de cancer du sein. (OMS, op.cit)

Dans une grande étude prospective, pour laquelle on a suivi pendant 12 ans 750 000 hommes et femmes, on s'est aperçu que quel que soit le cancer les rapports de mortalité¹ étaient respectivement de 1,33 et 1,55 pour les hommes et les femmes obèses.

Selon l'expertise de l'INSERM (2006), le surpoids et l'obésité pourraient rendre compte de 14% des décès par cancer chez l'homme et de 20 % chez la femme. Le risque relatif le plus fort est observé pour les cancers de l'utérus, du rein, du col et le risque le plus faible pour le myélome, le colon et le rectum. Ces résultats viennent confirmer des données déjà publiées.

L'International Agency for Research on Cancer considère d'ailleurs qu'il y a maintenant suffisamment d'arguments pour inclure la prévention de la prise de poids parmi les mesures préventives, du cancer de l'endomètre, du rein, de l'œsophage, du colon et du sein (en post-ménopause).

Pour la même expertise de l'INSERM, *«ce qui surprend dans cette association entre corpulence et cancer est la variété des types de cancer qui dépasse largement les atteintes généralement considérées comme hormono-dépendantes.»*(INSERM, 2006, p 11)

Toutefois, il convient de noter que dans certaines études sur le cancer gastro-intestinal et le cancer du sein, il a été difficile de déterminer si c'est l'effet de certains produits alimentaires qui favorisent la prise de poids, par exemple une teneur en graisse élevée, ou si c'est l'obésité en soi qui est importante. Des recherches approfondies dans ce domaine sont nécessaires. (OMS, op.cit, p55)

4- Cholécystopathie

Selon l'OMS, dans la population générale, les calculs biliaires sont plus fréquents chez les femmes et les personnes âgées. Toutefois, l'obésité est un facteur de risque de calculs biliaires dans toutes les classes d'âge et, chez l'homme comme chez la femme, ces calculs sont trois à quatre fois plus fréquents chez les obèses que

chez les sujets normaux ; ce risque est encore majoré lorsqu'il y a une répartition abdominale de la graisse. (Ibid., p55)

Le risque relatif de calculs biliaires augmente avec l'IMC et les données de la Nurses' Health Study laissent à penser que même un surpoids modéré peut accroître ce risque.

On pense que ce sont la sursaturation de la bile par le cholestérol et la dyskinésie biliaire, toutes deux présentes chez l'obèse, qui sont les facteurs sous-jacents de la formation de calculs biliaires. En outre, comme ces calculs renforcent la propension à présenter une inflammation de la vésicule, la cholécystite aiguë et chronique est également plus fréquente chez l'obèse. Les autres complications possibles des calculs biliaires sont la colique hépatique et la pancréatite aiguë. Paradoxalement, les calculs biliaires constituent également un problème clinique fréquent chez les personnes qui perdent du poids.

Autres complications

Les conséquences de l'obésité ne se limitent pas aux maladies métaboliques et vasculaires et aux cancers, mais touchent également d'autres organes ainsi que des affections ayant des implications fonctionnelles importantes (maladies respiratoires, troubles musculo squelettiques...). Le tableau 4 résume les principales causes de morbidité chez les sujets obèses.

Tableau 4: Principales complications de l'obésité

Cardiovasculaires

Insuffisance coronaire*
 Hypertension artérielle*
 Accidents vasculaires cérébraux*
 Thromboses veineuses profondes, embolies pulmonaire
 Insuffisances cardiaques
 Altérations de l'hémostase : fibrinolyse, PAI1
 Dysfonction végétative

Respiratoires

Syndrome d'apnée du sommeil*
 Hypoventilation alvéolaire*
 Insuffisance respiratoire*
 Hypertension artérielle pulmonaire

Ostéo-articulaires	Gonarthrose, lombalgies, troubles de la statique
Digestives	Lithiase biliaire, stéatose hépatique, reflux gastro-œsophagien
Cancers	Homme : prostate, colorectum, voies biliaires Femme : endomètre, voies biliaires, col utérin, ovaires, sein, colorectum
Métaboliques	Insulinorésistance*, diabète de type 2* Dyslipidémie*, hyperuricémie*, goutte
Endocriniennes	Infertilité, dysovulation* Hypogonadisme (homme, obésité massive) Protéinurie, glomérulosclérose
Rénales	Hypersudation, mycoses des plis, lymphœdème
Autres	Œdèmes des membres inférieurs Hypertension intracrânienne Complications obstétricales, risque opératoire

* complications liées à l'adiposité abdominale

Source: INSERM, 2006, pp 11-12.

7-Mortalité liée à l'obésité

Pour l'OMS, les rapports entre obésité et mortalité ont suscité de nombreuses controverses « *Si un certain nombre d'études ont fait état d'une association — courbe en U ou en J —, avec des taux de mortalité plus importants aux extrémités supérieures et inférieures de l'éventail des poids, quelques-unes ont montré une progression graduelle de la mortalité avec le poids, tandis que d'autres n'ont rapporté aucune association.* » (OMS, op.cit, p49)

Dans la même perspective, et d'après le même rapport de l'OMS, de nombreuses études mettant en rapport l'obésité et la mortalité comportaient des erreurs de conception qui ont conduit à une sous-estimation systématique de l'impact de l'obésité sur la mortalité prématurée. Parmi elles on peut citer celles dans lesquelles on n'a pas tenu compte des effets du tabagisme (d'où un taux de mortalité artificiellement élevé chez les sujets minces), ni tenu compte d'affections comme l'hypertension et l'hyperglycémie, qui ont été considérées comme des facteurs de

confusion mais qui sont dans une large mesure des effets de l'obésité (d'où le fait que certaines analyses factorielles faussent la véritable association qui existe entre obésité et mortalité), ou des effets d'une perte de poids associée à la maladie (d'où une surestimation de l'impact de l'obésité sur la mortalité) et enfin celles dans lesquelles il n'y a pas eu de standardisation sur l'âge.

Cependant, N. Tremblay souligne que le risque de décès, peu importe la cause (maladie cardiovasculaire, hypertension, cancer), est augmenté et ce, dans toutes les gammes de surplus de poids, autant chez les hommes que chez les femmes, dans toutes les catégories d'âge.

Ce qui est de l'adolescent, elle précise qu'«il semble également que le fait de souffrir d'obésité sévère durant l'adolescence augmente encore plus le risque de mort précoce à l'âge adulte, soit de 30 à 40 %.(ENGELAND et al, 2004, citer par N. TREMBLAY, 2004). Elle ajoute qu'une étude épidémiologique américaine a fait le suivi de 508 adolescents sur une période de 55 ans et a démontré que l'excès de poids à l'adolescence semblait un meilleur prédicteur de pathologies que l'excès de poids à l'âge adulte et que les jeunes souffrant d'obésité ont à long terme un risque de mortalité deux fois plus grand que les non obèses (MUST et al, 1992). Étant donné que le risque de mortalité est une fonction croissante et linéaire de la proportion de masse grasse (HEITMANN et al, op.cit), une perte de tissu adipeux est associée à une diminution du risque de décès dans tous les troubles métaboliques reliés à l'obésité (ALLISON et al, 1999).

Ainsi, l'OMS mentionne dans son rapport sur l'obésité, «*Si l'accroissement du taux de mortalité en rapport avec l'augmentation du poids relatif est plus brutal chez l'homme comme chez la femme au-dessous de 50 ans, l'effet du surpoids sur la mortalité persiste bien au-delà de 80 ans. Le risque accru observé chez les gens plus jeunes est lié à l'ancienneté du surpoids, de sorte qu'il faudrait s'efforcer plus particulièrement de combattre le surpoids chez les jeunes adultes.*» (OMS, op.cit, p51)

Le rapport de l'OMS insiste aussi sur l'importance des effets économiques et psychosociaux de l'obésité sur la santé des adolescents, nous reviendrons sur ce sujet dans la deuxième partie qui traite l'aspect psychosomatique de l'obésité.

En conclusion, nous tenons à dire, comme le précise Annelise GALLOYER-FORTIER (2005) «*la prise de poids, même si le sujet reste dans une gamme de poids « normale » constitue un risque de mortalité prématurée et favorise la survenue de*

pathologies médicales... La prise de poids altère également la santé physique, la qualité de vie et la santé mentale des sujets.»(A. GALLOYER - FORTIER, 2005, p11).

8– Les facteurs étiopathogéniques qui interviennent dans le développement de l'obésité

L'obésité découle nécessairement d'un **déséquilibre de la balance énergétique**: dépense énergétique liée à l'activité physique inférieure aux apports énergétiques d'origine alimentaire. L'obésité est d'origine multifactorielle associant des facteurs psychoaffectifs et environnementaux (familiaux et sociaux), ainsi que des facteurs génétiques et épigénétiques, ces facteurs interagissant entre eux.

Des facteurs **épigénétiques** pourraient intervenir et permettraient d'expliquer le **phénomène d'anticipation** qui existe : une apparition plus précoce et plus sévère de l'obésité avec les générations. Ces facteurs seraient :

- **l'environnement nutritionnel du fœtus** qui jouerait un rôle programmeur

2- le **génotype « économe » ou « d'épargne »** qui serait apparu chez nos ancêtres et leur aurait permis de survivre et d'augmenter leur résistance en situation de carence nutritionnelle et/ou de dépense énergétique importante en sélectionnant les allèles de vulnérabilité et non les allèles protecteurs de l'obésité.

Ces modifications auraient été transmises en étant accentuées aux générations actuelles : l'effet serait progressif et transgénérationnel. Ce génotype ne permettrait pas actuellement à l'homme de s'adapter à l'abondance alimentaire et/ou à une sédentarité accrue.

- la **transmission de caractère acquis** à la descendance qui passerait par les empreintes génomiques parentales.

L'**héritabilité** de l'obésité commune, probablement liée à plusieurs gènes de susceptibilité, serait de 25 à 45% : il existe une inégalité des individus face à l'obésité. Dans de rares cas d'obésité familiale sévère et précoce, une anomalie d'un seul gène est responsable de la maladie.

Des **facteurs psychoaffectifs** sont parfois en jeu et favorisent une alimentation obésogène :

- des facteurs **psychodynamiques** comme la fonction défensive du corps gros, l'alimentation « compensation » comme recours pour faire face aux conflits, à

l'agressivité, à l'angoisse, au manque affectif.

- des facteurs **psychosomatiques** tels que l'alexithymie ou confusion émotions et sensation de faim avec hyperphagie en réponse à des affects négatifs.

- l'**externalité** qui correspond à une faible sensibilité aux signaux internes de faim ou de satiété, mais en revanche une grande sensibilité aux signaux externes tels que la disponibilité, la diversité, le goût agréable, la pression environnementale renforçatrice de consommation alimentaire.

- la **restriction cognitive** qui part du constat que les régimes alimentaires entraînent parfois des affects négatifs ou une sensibilité accrue aux stimuli externes avec hyperphagie ou compulsions alimentaires compensatrices.

Les **facteurs environnementaux** sont aussi partagés par l'enfant et sa famille. Les facteurs **familiaux** peuvent être très variés : faible niveau socio-économique ne permettant pas une alimentation variée, utilisation des aliments comme récompense ou comme consolation, enfant seul à la maison au retour de l'école, décès d'un proche, séparation des parents, naissance d'un puîné, modification du mode de garde, secrets de famille, inceste, maltraitance, violence... Les facteurs **sociaux** incluent notamment la discrimination, le rejet par les pairs, les pressions sociales renforçatrices de consommation alimentaire.... Certains de ces facteurs représentent parfois de véritables **stress psychosociaux** pour l'enfant ou l'adolescent et peuvent le rendre vulnérable à la prise de poids.

9- Evolution et chronicisation.

Pour D. MACHAUX-THOLLIEZ (2009), on constate que l'obésité est un processus évolutif dont l'histoire naturelle passe schématiquement par :

- Une *phase de constitution*, dite « **phase dynamique** » de prise de poids.

Très schématiquement, on distingue les obésités de constitution précoce, dès l'enfance, voire la petite enfance, et les obésités constituées à l'âge adulte (généralement avant 45 ans).

Une série d'événements, biologiques ou psychologiques, peut intervenir dans le déclenchement de cette phase dynamique. La durée de cette phase est très variable d'un sujet à l'autre, de quelques mois à plusieurs années.

-Une *phase dite statique* où le sujet, devenu obèse, maintient son poids en plateau tant qu'il ne réduit pas ses apports énergétiques. Un nouvel équilibre énergétique est

ici atteint. L'état d'obésité constitué a généralement tendance à se maintenir durablement et peut s'aggraver.

-Des *phases de fluctuations pondérales* ; c'est-à-dire qu'après un régime, dans la majorité des cas, une reprise de poids interviendra et des fluctuations pondérales plus ou moins fréquentes et amples se succéderont au fil du temps.

Mais surtout, les spécialistes de l'obésité remarque que la maladie tant à s'installer dans la durée : l'obésité devient une maladie chronique et s'aggrave en raison du développement d'anomalies organiques du tissu graisseux qui, pour des raisons biologiques, devient de plus en plus résistant aux traitements (BASDEVANT, 2008).

10- Les théories psychosomatiques de l'obésité

1-Stunkard

En 1959, STUNKARD a souligné qu'il était impossible de définir les caractéristiques psychologiques des obèses. À partir de ses observations sur des personnes dont la moitié était obèses depuis l'enfance et dont l'obésité était intimement liée à une névrose, il a décrit quelques sous-groupes, en tenant compte de certains modes d'alimentation et de certains troubles de l'image du corps. Il a aussi analysé les modes d'alimentation et en a décrit deux qu'il a considérés comme pathologiques, le «Syndrome de la Fringale Nocturne», et le «Syndrome des Envies». Le premier, que l'on observe surtout chez les femmes, se caractérise par une anorexie matinale, suivie le soir d'hyperphagie et d'insomnie. Il semble que ce syndrome se déclenche dans des périodes de forte pression, et il a tendance à se reproduire journallement aussi longtemps que la pression n'a pas diminuée.

Le syndrome de «l'Envie» tel que STUNKARD le décrit, se caractérise par l'ingestion subite et compulsive de grandes quantités de nourriture, en un temps très court, suivie en général d'agitation et de culpabilisation. Ce syndrome représente lui aussi une réaction à la pression, mais contrairement aux Syndrome des Fringales Nocturnes, les accès de boulimie ne sont habituellement pas périodiques ; ils sont généralement intimement liés aux circonstances spécifiques qui les déclenchent.

Pour STUNKARD, Les pourcentages dans les cas de Syndrome Nocturne sont de 10% et de moins de 5 % dans le cas du syndrome des «Envies». Ces chiffres illustrent à quel point il est difficile de donner un tableau précis de l'incidence de tout

problème psychologique.

De plus, Bruch précise que « *Tous les malades obèses ont connu, une fois ou l'autre, ces «Envies», cette manière incontrôlée de se nourrir en réaction à la moindre insulte ou à la moindre déception. C'était bien souvent ces accès boulimiques incontrôlables qui les avaient amenés à consulter un psychiatre.* » (BRUCH, 1975, pp148-149)

Selon STUNKARD, « *les malades présentant des modes d'alimentation anormaux avaient généralement été obèses avant l'adolescence.* » (Ibid, pp149-150)

L'auteur a observé aussi que contrairement aux personnes qui étaient obèses depuis l'enfance, les personnes qui l'étaient devenues après l'adolescence n'avaient pas l'image déformée de leur corps. Il est possible qu'elles souffrent de toutes sortes de troubles psychiatriques, mais ceux-ci ne sont pas directement liés à leur problème de poids. Dans le même enchaînement d'idées, Hilde BRUCH ajoute « *Dans l'adolescence, il est possible que l'excès de poids provoque des critiques humiliantes et l'isolement social, qui peuvent donc renforcer ou même déclencher des troubles mentaux. L'excès de poids est généralement faible et plutôt stable chez les personnes qui répondent à ce type d'obésité. Elles peuvent parvenir à perdre du poids en surveillant attentivement leur alimentation et en stabilisant leur poids à u niveau plus bas. D'autres peuvent progressivement retourner à leur poids précédent, qu'elles finissent par accepter comme faisant partie de la constitution du corps.* » (Ibid, p150)

Enfin, on tient à ajouter que Stunkard, Mendelson, et Stunkard et Burt ont entrepris une étude systématique des attitudes émotionnelles des obèses envers leur corps. Ils découvrent que presque la moitié des obèses, devenus tels avant ou au moment de la puberté, mais qui avaient dépassé l'adolescence au moment de l'étude, avaient des conceptions très déformés de l'image du corps, s'accompagnent de problèmes de relation gravement altérés au niveau interpersonnelle et hétérosexuel.

2-Hamburger

Dans son exposé sur les aspects émotionnels de l'obésité, Hamburger a énuméré quatre types différents d'hyperphagie. Parmi ses malades, un groupe se suralimentait en réaction à des tensions émotionnelles, de caractère non-spécifique, tels que la solitude, l'angoisse, ou l'ennui ; un autre groupe réagissait par la suralimentation dans des moments de tension chronique et de frustration, la nourriture leur servait

alors de substitut de plaisir dans des situations désagréable et intolérables de leur vie, qui se déroulaient sur une longue période. Dans un troisième groupe, la suralimentation était le symptôme d'une maladie émotionnelle sous-jacente, le plus souvent la dépression. Dans le quatrième groupe, la suralimentation prenait la forme d'une accoutumance et se caractérisait par un appétit dévorant intensif et compulsif, qui apparemment n'était pas lié à des événements extérieurs ou à des bouleversements émotionnels.

3-Holland et ses assistants

HOLLAND et ses assistants ne sont pas parvenus à déceler, dans un groupe de femmes de la classe ouvrière, obèses et hyper-obèses qui ne sollicitait aucun traitement pour l'obésité, le moindre trouble psychiatrique sérieux qui les aurait différenciées des femmes non-obèses de la même classe sociale. On a trouvé dans tous les groupes des indices psychopathologiques sérieux, mais rien qui puisse distinguer les malades obèses des malades non-obèses.

On prétend que du fait qu'une femme sur trois dans la classe ouvrière accuse un poids excédentaire, on ne peut qualifier l'obésité d'anormale dans ce groupe. D'après cet argument, si une tonne de briques tombait sur une douzaine de personnes et si une seulement était blessée, on dirait alors que c'est anormal, mais si toutes les personnes étaient blessées la chose deviendrait alors «normale».

Ainsi, l'évaluation des malades de la classe ouvrière doit être faite en termes individuels, comme c'est le cas dans les autres groupes sociaux.

4-Crisp et Stonehill

Au cours d'études psychosomatiques poussées sur l'obésité, CRISP et STONEHILL ont observé que tant que l'état obèse se maintenait, il pouvait être difficile de détecter une «névrose», même dans le cas d'une dépression sérieuse.

5-Alby et Klotz

D'après HAYNAL et PASINI «ALBY et KLOTZ décrivent les obèses comme des personnalités obsessionnelles, anxieuses et dépressives, à activité génitale fortement réprimée, sinon inexistante. En fait, ils les considèrent plutôt comme des névroses de caractère ou des névroses de comportement. S'ils se décompensent, des symptômes névrotiques peuvent apparaître, voire un état dépressif même un épisode psychotique. L'obésité représenterait un compromis dont le sujet souffre, mais qui lui assure une réduction des tensions internes dans ses relations avec lui-même et

l'environnement.» (HAYNAL et PASINI, 1978, p227)

En conclusion, on peut dire que L'obésité pourrait donc trouver sa place au sein des maladies psychosomatiques *«Elle se déclinerait chez la personne obèse par une incapacité à exprimer des sentiments ainsi qu'à régler des situations conflictuelles.» (D. MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit, p82)*

Ainsi, on peut dire, et comme le souligne Déborah MACHAUX-THOLLIEZ *«Manger aurait ainsi valeur de passage à l'acte permettant la libération de l'énergie pulsionnelle. En d'autres termes, la personne obèse souffrirait d'une incapacité à exprimer des sentiments d'hostilité et de colère, à régler des situations conflictuelles, ou plus généralement à supporter des émotions intenses. Manger aurait alors la valeur d'un acte auto-agressif, c'est-à-dire que l'obèse retournerait l'agressivité ou la colère non exprimée contre elle-même. Le fait de manger pourrait alors être une façon de se punir, et permettrait d'éviter la dépression.» (D. MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit, p82)*

On peut ajouter aussi, comme le souligne MACHAUX-THOLLIEZ, que la théorie psychosomatique est particulièrement intéressante et enrichissante. Beaucoup de patients reconnaissent que manger à valeur de passage à l'acte qui permet de faire l'économie d'un travail psychique.

6-La théorie d'Hilde Bruch

Hilde Bruch, psychiatre et psychanalyste américaine, a observé tout au long de son expérience clinique que pour beaucoup de patients, l'obésité semblait remplir une fonction positive importante ; *«c'est un mécanisme de compensation dans une vie remplie de frustrations et de tensions...c'est un mécanisme lié à des troubles sérieux de la personnalité et du développement.» (H. BRUCH, op.cit, p149)*

Hilde BRUCH s'est fondée sur les travaux du psychanalyste HAMBURGER qui a mis en évidence le fait que même si certaines personnes obèses sont obsédées par le désir de manger et d'autres pas, ces malades semblent quoi qu'il en soit utiliser leur fonction alimentaire comme si elle était apte à résoudre leurs problèmes de personnalité ; ils ont également en commun cette impuissance à reconnaître le besoin de manger et à le différencier d'autres carences physiologiques, ou de demandes affectives.

Hamburger, dans son exposé sur les aspects émotionnels de l'obésité, a énuméré quatre types différents d'hyperphagie. Parmi tous les patients observés, il

a remarqué qu'un groupe se suralimentait en réaction à des tensions émotionnelles, de caractère non-spécifique, tels que la solitude, l'angoisse ou l'ennui.

Un autre groupe réagissait par la suralimentation dans des moments de tension chronique et de frustration, la nourriture leur servait alors de substitut de plaisir dans des situations désagréables ou intolérables de leur vie, qui se déroulaient sur une longue période.

Dans un troisième groupe, la suralimentation était le symptôme d'une maladie émotionnelle sous-jacente, le plus souvent la dépression.

Dans un quatrième groupe, la suralimentation prenait la forme d'une accoutumance et se caractérisait par un appétit dévorant intensif et impulsif, qui apparemment n'était pas lié à des événements extérieurs ou à des bouleversements émotionnels.

Hilde Bruch en a donc déduit que l'on pouvait diviser en deux groupes les malades chez lesquels l'obésité est liée à des problèmes psychologiques.

Ceux dont l'obésité est intrinsèquement mêlée à l'ensemble du développement, qui se caractérise par bien d'autres troubles de la personnalité, c'est **l'obésité de développement** ; et ceux qui deviennent obèses par réaction à un événement traumatisant, c'est **l'obésité réactionnelle**.

a- L'obésité réactionnelle

C'est dans cette forme d'obésité, chez laquelle l'augmentation de poids est la conséquence d'une expérience émotionnelle traumatisante, que l'on reconnut pour la première fois l'importance des facteurs psychologiques *«Il apparaît que c'est la forme d'obésité la plus souvent observée chez les adultes.»*(MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit, p70)

Ainsi, Hilde Bruch insiste que cette forme se développe en réaction à un traumatisme émotionnel, souvent la mort d'une personne proche, ou devant la peur de la mort ou de la maladie *«On retrouve de nombreux exemples d'une obésité qui se développe à la suite d'événements bouleversants, dans les moments de grande tension émotionnelle.»* (H. BRUCH, op.cit, p151)

Elle met donc en avant le fait que la suralimentation et l'obésité servent de défense contre l'angoisse ou sont une réaction dépressive *«La suralimentation est parfois provoquée par des situations insolubles, et sert de compensation à des frustrations, rages et angoisses perpétuelles.»* (Ibid, p151)

En effet, au lieu d'exprimer leur colère ou même de la vivre, les patients se

dépriment et la suralimentation leur sert de défense contre une dépression encore plus grande. Ces personnes ont souvent conscience de manger davantage quand elles sont tracassées ou tendues, et se sentent moins efficaces et compétentes quand elles essaient de se contrôler. On les qualifie souvent de « mangeurs compulsifs », et elles ont conscience de la différence entre la faim véritable et ce besoin « névrotique », impérieux de nourriture.

L'auteur ajoute que l'obésité qui se développe pendant ou après la grossesse, relève souvent de ce groupe *«Parfois la femme prend du poids après chaque grossesse, parfois seulement après la naissance d'un de ses enfants. Ce qui émerge le plus souvent en psychopathologie, ce sont les déceptions dans le mariage, les rêveries imaginaires et insatisfaites sur ce que la mère attend de l'enfant, ou une jalousie manifeste envers les soins que l'enfant reçoit, et l'irritation provoquée par les demandes qu'il formule.»* (Ibid, p157)

Il paraît que ces patients sont incapables de suivre quelque régime diététique que ce soit, tant qu'ils n'ont pas résolu leurs conflits et leurs problèmes, ou tant qu'ils restent dans le milieu qui provoque chez eux l'angoisse et la violence. Ils pourront sans difficulté perdre du poids à l'hôpital, mais ils grossiront à nouveau dès qu'ils retrouveront leur ancien entourage.

Enfin, on tient à préciser que pour une meilleure compréhension du patient obèse, il faut replacer dans l'ensemble du contexte des situations de la vie, les nombreux événements et les états de tension qui jouent un rôle dans le déclenchement des orgies de nourriture ou dans les cas de suralimentation permanente.

Hilde BRUCH a donc été la première à introduire la notion de psychologie, de psychisme dans un modèle explicatif de l'obésité.

b-Obésité infantile ou de développement

Avant de passer à cette deuxième forme, on tient avec H. BRUCH à aborder une première problématique de l'existence d'une confusion et un profond désaccord au sujet de l'importance des facteurs émotionnels dans l'obésité des enfants : contribuent-ils à son développement, ou bien les problèmes psychologiques sont-ils secondaires par rapport au rejet social auquel les jeunes obèses sont confrontés ?

L'auteur constate *«Pour ma part, je pense que ces deux aspects sont étroitement imbriqués.»* (H. BRUCH, 1975, p168)

Bruch précise que cette forme concerne ceux dont l'obésité est intrinsèquement mêlée à l'ensemble du développement. Elle se déclare surtout dans l'enfance, bien que les enfants obèses n'en souffrent pas tous ; chez certains l'obésité faisant partie de leur constitution. Cependant, pour la psychanalyste, chez la plupart des enfants obèses et chez beaucoup d'adultes qui sont obèses depuis l'enfance, les éléments de la constitution sont liés à de sérieux troubles émotionnels et de la personnalité, ou sont liés à des relations perturbées au sein de la famille.

Hilde Bruch a en effet mis en évidence le fait qu'il est indispensable que l'enfant reçoive des réponses adaptées aux signaux de ses besoins, tant sur le plan intellectuel, émotionnel ou social, pour être en mesure de développer une bonne conscience de soi et de ses propres possibilités. Lorsque ses besoins, à l'origine assez indifférenciés, n'ont pas été convenablement reconnus et renforcés, l'enfant éprouve par la suite les plus grandes difficultés à distinguer des dérèglements d'origine biologique de troubles émotionnels, ou encore de problèmes existentiels *«On a reconnu que les enfants obèses qui ne «surmontent» pas l'embonpoint de leur enfance, ni physiquement, ni psychologiquement, souffraient de graves déficiences dans le processus de différenciation de soi qui est associé à l'incapacité d'identifier la «faim» et de la différencier des autres états corporels et émotionnels, les laissant démunis dans leurs efforts pour contrôler leur nutrition ou pour diriger leur vie.»* (H. BRUCH, 1975, p176)

Dans le même sens, Une étude menée par AINSWORTH et BELL (1969) sur la relation mère-enfant durant les trois premiers mois de vie, a mis en évidence le fait que le facteur le plus important dans la relation de nutrition est la nature de la réponse que la mère fournit aux signaux de l'enfant, selon qu'elle permet à l'enfant de déterminer lui-même les quantités de nourriture nécessaires, selon qu'elle le force ou non à accepter des aliments nouveaux, qu'elle le laisse ou non manger à son propre rythme. Dans le meilleur des cas, le bébé est considéré comme un partenaire actif et la mère se montre profondément sensible aux signaux de l'enfant. Il paraît que des mères moins attentives à la demande de l'enfant ont tendance à le suralimenter dans un but de gratification, et d'autres les suralimentaient dans l'espoir de les faire dormir pendant longtemps pour s'en débarrasser.

Cette étude confirme les observations cliniques faites sur des enfants obèses en relation avec leur mère, parmi lesquelles certaines se montraient aimantes et

compréhensives, bien qu'elles aient pour habitude de suralimenter leur enfant, tandis que d'autres, qui le rejetaient, avaient tendance à interpréter toutes ses demandes comme des demandes de nourriture. De même, il paraît que l'enfant est particulièrement dérouté par une mère qui ne serait investie que dans ses problèmes personnels, et qui ramènerait à elle tous les faits et gestes de l'enfant. Ainsi, elle interpréterait le refus de manger de l'enfant comme un acte d'hostilité à son égard ; à l'inverse, elle prendrait pour de l'amour ses tendances boulimiques.

Suivant cette étude d'enfants obèses, l'auteur les classifie en quatre groupes *«Les résultats ont été analysés en tenant compte de la persistance ou de l'absence d'excès de poids, et de l'adaptation générale psycho-sociologique. Quatre possibilités existent selon leur combinaison, et toutes les quatre on été observées : à savoir, la minceur accompagnée d'une bonne adaptation, l'excès de poids permanent accompagné d'une bonne adaptation, la minceur accompagnée d'une mauvaise adaptation émotionnelle, et l'obésité permanente accompagnée d'une mauvaise adaptation grave. Les informations qui sont sans doute les moins complètes, émanaient de ceux qui avaient progressé et qui avaient « dépassé » leur situation.»* (Ibid, pp168-169)

Dans cette revue du développement à long terme de l'obésité dans l'enfance, la psychanalyste insiste sur l'importance de l'interaction parent-enfant, et en particulier le rôle que les parents jouent en encourageant ou en empêchant un enfant dans son désir d'indépendance. On peut en retirer l'impression qu'elle considère que l'enfant obèse joue un rôle passif dans ce processus. C'est justement sa soumission, son immaturité et sa dépendance permanente envers ses parents, qui représentent sa façon de contrôler et d'avoir des demandes sur son entourage.

Hilde Bruch conclue que ce n'était pas tel ou tel aspect du comportement au sein du groupe familial qui était responsable d'une évolution saine ou anormale, mais plutôt les interactions dynamiques entre les membres d'une famille et les rôles qu'ils sont amenés à jouer l'un vis-à-vis de l'autre.

Elle a remarqué que l'enfant obèse était « élue » comme compensation aux déceptions et frustrations des parents.

Le cadre familial

Premières observations – le cadre familial des enfants obèses :

Dans sa théorie sur l'obésité, BRUCH consacre toute une partie pour ce qu'elle appelle le cadre familial ou elle insiste sur l'importance des facteurs émotionnels étroitement liés au climat émotionnel des familles. Ainsi, elle souligne que certaines observations directes faites sur les parents viennent de centres d'orientation de l'enfance où l'accent fut porté sur certains traits de comportement maternel considéré comme «superprotecteur», «de rejet», «ambivalent», etc., et ces attitudes furent interprétées comme la cause des difficultés de l'enfant.

Elle insiste aussi sur les caractéristiques qui sont fréquemment observées dans les familles d'obèses «*Les mères peu sûres d'elles –mêmes, quand au comportement à avoir avec leur enfant, tendent à compenser cela par une suralimentation et une surprotection. Parfois, c'est le père qui jouera ce rôle. Dans de telles conditions, on attribue à la nourriture une valeur affective exagérée, elle sert de substitut à l'amour, à la sécurité et à la satisfaction.*» (H. BRUCH, 1975, p88)

Elle ajoute que «*Les mères étaient préoccupées par la sécurité physique de leurs enfants en leur transmettant leur préoccupation pathologique pour leur santé. Les autres enfants étaient jugés dangereux où indésirables. Toutes les activités étaient entourées d'un sentiment de danger ou de menace, surtout lorsqu'elles n'étaient pas placées sous la surveillance directe de la mère. Certaines mères allaient très loin dans ce désir de contrôler leurs enfants.*» (Ibid, p88)

Quant aux pères, Bruch nous précise que trois catégories de pères semblent considérer un enfant trop gros, en particulier une fille, comme une insulte personnelle : les couturiers, les producteurs de cinéma, et les spécialistes des maladies du métabolisme. Les filles semblent fortement marquées par cette angoisse du père.

La psychanalyste consacre une deuxième partie du cadre familial pour aborder ce qu'elle appelle les **Nouvelles méthodes d'approche du cadre familial**, ou elle précise qu'avec l'expérience, on s'est vite rendu compte que ce n'est pas tel ou tel aspect du comportement au sein du groupe familial qui était responsable d'une évolution saine ou anormale, mais plutôt des interactions dynamiques entre les membres d'une famille et les rôles qu'ils sont amenés à jouer l'un vis-à-vis de l'autre «*On a vite remarqué que l'enfant obèse était «élu» comme compensation aux*

déceptions et frustrations des parents, ce qui fut observé aussi bien chez les malades hospitalisés que dans la clientèle privée.» (Ibid, p93)

En conclusion, nous rejoignons avec BRUCH l'idée que les différentes formes d'obésité, associées aux divers problèmes et climats psychologiques, devaient être différenciées.

Pour ce qui est de l'obésité de la puberté, les troubles entraînant un comportement alimentaire anormal semblent être au centre du problème, et conduisent de plus à d'autres graves perturbations de la personnalité, la schizophrénie n'étant pas une conséquence rare.

L'obésité de l'adolescent

Dans sa théorie sur l'obésité, H. BRUCH pense que certains adolescents obèses qui étaient déjà forts étant enfants, continuent à avoir un poids excessif et grossissent même davantage à la puberté. D'autres ont été de poids normal jusque-là, ou même grands et trop minces. *«On a appris en suivant l'évolution de certains obèses, de l'enfance à l'âge adulte, que les expériences individuelles faites au cours de l'adolescence sont de la plus grande importance dans le conditionnement du développement à long terme. Certains sont susceptibles de prendre du poids, ou encore de le perdre.» (Ibid, p184)*

L'auteur ajoute que beaucoup d'adolescents y arrivent de leur propre initiative, d'autres avec l'aide d'un frère ou d'une sœur, d'amis, d'un professeur ou de tout autre soutien ; il est rare qu'un des parents remplissent ce rôle. Il existe une condition préalable à tout ceci : il est nécessaire que les adolescents vivent en individus bien différenciés, à l'aise dans leur concept de soi et leur sens d'identité.

Ce qui est des contacts sociaux, la psychanalyste précise qu'ils se tiennent à l'écart et ils deviennent de plus en plus inactifs, cherchent à se rassurer en mangeant, et de ce fait grossissent progressivement.

Dans la même perspective, BRUCH signale *«Comme tous les autres jeunes, l'adolescent obèse a besoin de s'émanciper et de surmonter la dépendance qu'il a envers ses parents.» (H. BRUCH, 1975)* Ainsi, son intérêt, son affection, et sa loyauté doivent être redirigés vers les amis de son âge. Il doit apprendre à reconnaître et à modérer ses pulsions sexuelles d'une façon qui lui donne satisfaction et selon une forme sur laquelle il puisse compter, et compatibles avec ses idées personnelles et avec son concept de soi. C'est seulement par la réalisation de ces tâches qu'il peut

trouver son identité d'adulte et accepter le rôle d'un adulte.

Au niveau de l'image du corps, elle souligne que les jeunes obèses ont une conscience insuffisante de la direction de soi, d'être des individus distincts ayant la possibilité d'identifier et de contrôler les impulsions de leur corps, de définir leurs besoins et de les présenter d'une façon qui peut leur sembler la réponse appropriée et satisfaisante *«Ils souffrent d'un trouble fondamental dans le domaine de la conscience de soi, qu'ils partagent avec les anorexiques mentaux.»* (H. BRUCH, 1975, p185)

Dans le même sens, elle affirme que l'auto-régulation semble extrêmement perturbée chez les adolescents obèses, non pas en raison de malformations organiques, mais à cause d'une connaissance défectueuse intervenue dans le développement de la conscience et du contrôle de leurs sensations corporelles.

Ce qui est du regard social, BRUCH précise qu' *«On considère l'obésité dans l'adolescence comme un problème particulièrement difficile, car ses victimes sont soumises aux attaques d'une société qui a une attitude de rejet envers elles.»* (Ibid, p187), elle ajoute *«Mais mes observations m'ont appris que ce n'est pas tant le poids lui-même, que plutôt l'attitude envers le poids, ou encore plus correctement l'attitude envers soi-même, qui intervient dans toute relation, et plus que –tout dans le domaine sexuel.»* (Bruch, 1975, p188)

En résumé, on peut dire que cette théorie donne un grand intérêt à l'interaction extraordinairement étroite qui existe dans l'obésité entre les facteurs physiologiques et les facteurs psychologiques.

7-La théorie de Gabrielle RUBIN (1997) : La personne obèse et son hote.

Dans la même perspective psychosomatique, nous essayons maintenant de présenter une deuxième théorie ; qui s'inscrit autour de cette réflexion psychosomatique de l'obésité.

Gabrielle Rubin a emprunté le modèle psychanalytique dans sa compréhension de la personne obèse.

Ayant remarqué que certains patients viennent à l'analyse pour un mal-être diffus, dont une nette surcharge pondérale qui ne constitue cependant pas forcément le centre de leurs préoccupations, Gabrielle Rubin est frappée par l'absence, chez

ceux-ci, de l'ensemble des caractéristiques des patients boulimiques : ni « razzia » dans le frigidaire, ni vomissements ni épisodes anorexiques, simplement une habitude incoercible de suralimentation, rebelle à toute tentative de régime alimentaire « Elle remarque alors chez ces patients l'existence d'un « hôte » avec lequel ils entretiennent des relations peu, ou pas mentalisées de « double emboîtement », relations qui vont peu à peu lui évoquer ce qu'elle désignera comme un « cannibalisme psychique » (D.MACHAUX THOLLIEZ, op.cit, p71).

Afin d'introduire le fait que certains cas d'obésité cachent un cannibalisme psychique, Gabrielle Rubin rappelle les différentes formes du cannibalisme vrai et ce en se rapportant aux travaux de Freud, et à la suite d'un travail analytique entrepris avec trois patients obèses, elle a remarqué que ces patients abritaient inconsciemment, à l'intérieur de leur corps, un autre être, de la survie duquel ils se sentaient responsables et qu'il leur fallait impérativement nourrir sous peine de provoquer sa mort.

MACHAUX-THOLLIEZ souligne qu'il s'agissait d'une espèce particulière de cannibalisme, d'un cannibalisme psychique, dont l'une des composantes est l'incorporation inconsciente d'un objet pour en nourrir son âme et la rendre plus forte et plus sûre.

Il paraît donc que pour Gabrielle Rubin, certains patients obèses relèvent de cette forme particulière d'incorporation, plus violente et plus astreignante que l'incorporation habituelle, c'est-à-dire celle qui est un stade normal du développement du nourrisson qui veut incorporer, dévorer l'être aimé pour le garder définitivement à l'intérieur de lui-même et acquérir à la fois ses qualités et la sécurité. Ainsi, il paraît qu'une telle incorporation contraint certaines personnes à fantasmer inconsciemment que pour continuer à « vivre », leur hôte a besoin d'être nourri, non par des moyens psychiques tels que les souvenirs, les prières ou les commémorations, comme nous le faisons généralement, mais par des nourritures terrestres.

De ce fait, ces patients étaient obligés de nourrir leur objet incorporé là où ils fantasmaient qu'il se trouvait, c'est-à-dire à l'intérieur de leur corps, d'où une certaine quantité de nourriture prise « en trop » et destinée à la survie de l'hôte inconnu. Selon Rubin, ils se trouvaient donc devant « une double contrainte : d'une part, ils devaient satisfaire leur désir conscient de perdre du poids et de l'autre ils devaient respecter l'impératif inconscient qui leur ordonnait de manger

aussi pour l'autre.» (D. MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit)

Gabrielle Rubin a remarqué aussi que ses patients se soumettaient à un régime sévère, avec beaucoup de souffrance. Ils arrivent à perdre un certain nombre de kilos mais, à partir d'une quantité déterminée de poids perdu, ces personnes se sentent comme saisies de panique, comme au seuil d'un immense danger qui les fait se précipiter sur la nourriture et reprendre très vite ce qu'elles avaient mis des mois à perdre.

Après cette réflexion analytique sur le thème de l'obésité, on aboutit à la conclusion que la psychanalyste avance que c'est en maigrissant que les patients de ce type se sentent de plus en plus coupables de faire jeûner « l'autre », de le faire souffrir, de ne pas remplir leur devoir envers lui et même, au bout d'un certain temps et d'un certain nombre de kilos perdus, avoir la crainte de se retrouver dans la peau d'un assassin : maigres mais criminels.

C'est donc bien dans leur soma que ces patients inscrivent leur souffrance.

11-Psychopathologie de l'obésité

Déborah MACHAUX-THOLLIEZ (2009) souligne que différents auteurs ont essayé de mettre en évidence l'existence de traits psychopathologiques spécifiques de la personne obèse.

Certaines études ont utilisé des échelles de mesure de traits psychopathologiques tels que l'anxiété, la dépression, l'instabilité émotionnelle ou l'impulsivité. Ces traits sont souvent cités dans la clinique, parfois dans la littérature ; et ils se mesurent grâce à des questionnaires qui permettent un traitement statistique.

LAXEMAIRE et al (1975) ont ainsi dépouillé 100 dossiers de malades (soit 86 femmes, 8 hommes et 6 enfants de 15 ans) vus en 1973 en hospitalisation ou en consultation de psychiatrie dans un service qui s'occupe plus particulièrement de l'obésité. Ils ont notamment mis en évidence le fait que les manifestations psychiques qu'ils ont rencontrées sont très variées. Ils concluent donc que l'obésité constitue un symptôme univoque à de multiples troubles de la personnalité.

Un peu plus tard, HUTZLER et al (1981) ont fait passer un MMPI à une population de super-obèses, qui doit subir une intervention chirurgicale dans le but

de perdre du poids. L'objectif est double : appréhender une personnalité spécifique et unique des personnes obèses, et voir si l'on peut établir une liste de signes pathologiques qui permettrait de pronostiquer la réussite ou l'échec de la perte de poids. Ils n'ont pu mettre en évidence ni la présence d'une personnalité spécifique des obèses, ni la possibilité de dresser une liste de signes psychopathologiques pronostics de la réussite ou non de la perte de poids. STUUNKARD et al, en 1986 n'ont pas objectivé plus de troubles psychologiques au sein d'une population de patients obèses que dans la population de patients non obèses.

Ainsi, la plupart des études ne permettent pas de conclure à l'existence d'une psychopathologie augmentée chez les obèses comparés à des non-obèses. On peut dire aussi, qu' au contraire même, *«certaines études, comme celle réalisée par Crisp et McGuiness (1976) portant 339 hommes et 400 femmes, font état d'un moindre niveau d'anxiété et de dépression chez des obèses comparés à des non-obèses.»*

(D.MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit, p88)

De même, une revue exhaustive des études sur le sujet concluait à l'absence de psychopathologie spécifique de l'obésité. En effet, Wadden et STUNKARD (1985) ont montré que les personnes ayant un surpoids dans la population générale ne présentent pas plus de perturbations psychologiques que les non-obèses. Il paraît donc que l'hétérogénéité même de la population des obèses au plan psychologique, y compris chez les plus gros d'entre eux, apparaît comme un gage de leur « normalité » psychologique (STUNKARD, 1992).

Dans cette même perspective, D.Machaux-Tholliez précise que les études de Cassuto, Clerici et Duckro, parviennent au même résultat : il n' y a pas d'indices psychopathologiques plus élevé chez les patients obèses, et il n'ya pas une personnalité caractéristiques du sujet obèse.

Par contre, certains traits psychologiques sont plus fréquents lorsque la personne obèse présente un trouble alimentaire.

Les différentes études n'ont donc pas pu mettre en évidence un profil psychologique, des traits de personnalité spécifiques chez la personne obèse. Et, même si un trouble alimentaire est associé à l'obésité, la fréquence des troubles psychologiques est augmentée, mais elle n'est en aucun cas systématique.

En résumé, nous rejoignons ce qu'a dit HAYNAL et PASINI «Selon la plupart des auteurs, il n'ya pas un profil psychologique unique de l'obèse. Il existe des

obèses ; d'ailleurs nombreux sont ceux qui vivent en harmonie avec leur corps et qui, ne consultant que sous pression de facteurs extérieurs (esthétiques, médicaux, familiaux), montrent donc peu d'empressement à s'astreindre à un traitement.» (HAYNAL et PASINI, 1978, p227)

12-Les modèles comportementalistes

Afin de présenter un panorama des approches qui se sont intéressées à l'obésité, nous nous retrouvons dans l'obligation de passer par un autre courant qui a lui aussi son mot à dire sur cette question.

Depuis plusieurs années, les comportementalistes s'intéressent de plus en plus à la personne obèse. Plusieurs théories ont donc vu le jour.

On se contente dans cette recherche de présenter deux théories qui ont bien marquées le modèle comportementaliste.

a- La Théorie de l'externalité

Selon D.Machaux-Tholliez, Cette théorie a été élaborée par SCHACHTER (1968) qui propose que certains sujets seraient à la fois plus sensibles aux stimuli provenant du monde extérieur et moins sensibles à ceux de leur organisme. Elle ajoute, *«pour le sujet externaliste, se sont essentiellement la vue et l'odeur d'aliments qu'il considère comme bons, ou le simple fait de savoir que ces aliments sont accessibles, qui rendent ces derniers irrésistibles et déclenchent la prise alimentaire.»*(D.MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit, pp83-84)

Ce postulat s'appuie sur la théorie de l'émotivité alimentaire : la personne obèse mangerait en réponse à une émotion. Les conduites alimentaires des personnes obèses sont, de ce fait, influencées par les émotions qui sont confondues avec les sensations de faim. L'hyperphagie survient alors en réponse à des affects négatifs et a un effet anxiolytique.

D'une autre manière, L'auteur affirme que pour ces personnes, les signaux physiologiques internes, telle que la motilité gastrique, ne semblent pas avoir d'influence sur le comportement alimentaire.

Machaux-Tholliez souligne que la théorie de l'émotivité alimentaire *«n'est pas confirmée, et l'état interne du sujet n'a pas de rapport avec l'apport alimentaire. Schachter suggère donc que la prise alimentaire serait plutôt déclenchée par des signaux externes.»* (D.Machaux-Tholliez, 2009, p84)

Dans sa théorie de l'externalité, Schachter a suggéré que l'acte alimentaire peut-être déclenché chez les sujets obèses par des signaux alimentaires externes, tels que l'odeur, la vue et la disponibilité de la nourriture.

Cette théorie énonce donc que l'état physiologique interne des personnes obèses ne semble pas avoir d'influence sur leur comportement. Mais, par opposition à l'importance accordée aux facteurs émotionnels internes dans la théorie psychosomatique, la théorie de l'externalité se focalise sur l'environnement alimentaire, considéré comme un déterminant du comportement alimentaire.

Machaux-Tholliez affirme que les individus ayant une surcharge pondérale sont considérés comme étant hypersensibles aux signaux alimentaires externes : c'est le sujet incapable de résister à l'attrait d'un gâteau, d'un fromage, ...

De ce fait, et comme le fait remarquer G. Apfeldorfer (1993), tout dépend du milieu dans lequel l'externaliste évolue. Dans un environnement pauvre en aliments tentateurs, dans un cadre social où la prise de nourriture est soumise à des habitudes, des coutumes, des règlements précis, où l'on mange à heure fixe, des portions calibrées et non modifiables, l'externaliste n'aura aucun problème. Par contre, dans un monde, le nôtre, où les nourritures appétentes sont disponibles en permanence, l'externaliste est soumis à des tentations perpétuelles auxquelles il ne peut résister.

Mais, le fait de lier externalité et obésité n'est pas aussi simple, et ce d'autant plus que pour que ce lien ait de solides assises, il aurait fallu vérifier l'association inverse, à savoir minceur égal internalité, ce qui n'a absolument pas été montré, au contraire.

Rodin a montré qu'une majorité de non-obèse se révèlent de piètres internalistes, incapables de réguler convenablement leur alimentation en se fiant à leurs sensations internes de faim et de satiété.

En conclusion, on peut retenir que tous les obèses ne sont pas externaliste : l'externalité n'est qu'un facteur susceptible de favoriser la prise alimentaire.

b- La théorie de l'hyperempathie (G. Apfeldorfer, 1993)

Pour Apfeldorfer, l'approche biologique n'est pas en mesure d'expliquer pourquoi les personnes obèses échouent à maîtriser leur comportement alimentaire et leur poids alors que d'autres y parviennent. De même, la psychologie ne peut

rendre compte des fluctuations de ces mêmes comportements, du passage de l'hyperphagie prandiale à la boulimie ou au grignotage, de l'obésité.

Il nous propose donc comme explication un «excès d'empathie», une «position hyperempathique» qui caractériserait la personne obèse. *«En effet, il existerait chez ces personnes un contraste entre un surinvestissement dans le monde, «l'externalité» des comportementalistes, et une faible capacité d'insight correspondant à un état fusionnel, des limites du Moi floues, une confusion des émotions, une alexithymie selon les concepts psychanalytiques.»* (D.Machaux-Tholliez, 2009, p85)

Il semble qu'une personne douée d'un excès d'empathie aurait comme avantage, sur le plan relationnel, de pouvoir abolir la distance qui la sépare de l'autre, de devenir l'autre et elle bénéficierait d'une fantastique intuition. Cette personne serait également talentueuse, apte à appréhender le monde dans sa globalité, sans la moindre distanciation. Mais l'excès d'empathie peut aussi présenter des inconvénients, comme le manque de recul par rapport au monde extérieur.

Machaux-Tholliez mentionne *«En effet, il apparaît que percevoir est une activité mentale en deux temps : dans le premier, on s'identifie à l'objet perçu ; et dans le second, on objectifie, ce qui revient à s'en détacher, à prendre du recul.»* (D.Machaux-Tholliez, 2009, p85)

De façon générale, on peut dire que la personne hyperempathique, hypersensible, ressentant intensément le monde environnant, percevant intuitivement les choses, échoue en partie à les comprendre et à les ordonner. Ainsi, et captant les émotions des autres, leurs désirs, leurs opinions, mais comme elle est incapable de s'en détacher, elle s'y trouve comme engluée et prise au piège. Sa difficulté n'est pas de comprendre les autres, mais de se situer par rapport à eux.

Apfeldorfer souligne que la prise de nourriture intervient alors comme un moyen d'inverser la tendance, de rétablir un sentiment d'intériorité tout en faisant barrage au monde extérieur. Il s'agit, au sens propre, d'une entreprise de restauration du moi et du schéma corporel.

Manger constitue un moyen simple d'engendrer en soi une multitude de sensations corporelles permettant de se sentir exister à nouveau : l'intérieur et l'extérieur sont à nouveau définis, et l'image du corps retrouve, un court instant, une consistance. Il paraît que dans certains cas, c'est la tension douloureuse du ventre

qui est recherchée. La douleur rassure en ce qu'elle témoigne de l'existence du corps.

Sur le plan clinique, Gérard Apfeldorfer avance que la position hyperempathique pourra engendrer deux tableaux différents.

- Le premier, il l'appelle le syndrome d'envahissement.

- Le syndrome d'opposition, ou syndrome «ni-ni », qui constitue le second tableau.

Pour l'auteur, chaque personne alternerait entre l'un et l'autre de ces deux syndromes dans des proportions variables, si bien que l'envahissement et l'opposition sont plutôt à considérer comme les deux pôles opposés d'un champ dans lequel est pris le sujet.

En conclusion, on peut dire que le modèle d'Apfeldorfer, empruntant le courant cognitivo-comportemental, a intéressé bons nombres de personnes ; mais, dans la pratique clinique, il est de fait que tous les patients obèses ne sont pas hyperempathiques.

Les théories comportementales ainsi que les thérapies cognitivo-comportementales ont beaucoup séduit le monde médical ainsi que les patients obèses. Mais, réduire un patient obèse à un comportement, en faisant abstraction de son histoire et de son fonctionnement psychique nous apparaît très peu réaliste.

13-L'image du corps de l'obèse

Hilde BRUCH reprend les travaux de Schindler, et remarque qu'il ne devrait exister, dans l'idéal, aucune contradiction entre la structure du corps, l'image du corps et l'acceptation sociale. Ainsi, elle insiste sur le fait que «*La gamme d'attitudes exprimées par les malades au sujet du concept et de la conscience de leur corps, dépasse de loin la définition antérieure de l'image du corps.*». (H. BRUCH, 1975, p110)

Elle sait que les personnes obèses vivent sous la pression d'un milieu social désapprobateur ; et qu'il arrive que se produise entre la structure du corps et l'image désirée et acceptée par la société, une cassure qui serait le résultat de l'insulte faite perpétuellement à l'encontre de la personnalité physique d'un individu.

Pour D.MACHAUX-THOLLIEZ, BRUCH fait donc le constat que le comportement social envers le corps, le concept de beauté dans notre société et la préoccupation que nous avons de notre apparence physique s'inscrivent dans un tableau général. L'obsession que le monde occidental a de la minceur, la condamnation

de tout excédent de poids, qui est perçu comme indésirable et laid, peuvent être considéré comme une distorsion du concept social du corps.

D.Machaux-Tholliez précise que *«La minceur est si valorisée dans notre société qu'Hilde BRUCH trouve surprenant que les gens trop gros ne souffrent pas tous de dégoût et de haine d'eux-mêmes parce qu'ils sont trop gros. Beaucoup, en particulier les adolescents et les personnes obèses depuis l'enfance, parlent avec une angoisse réelle de leur horrible graisse et de la haine qu'ils ont envers leurs corps laids et repoussants.»*(D.Machaux-Tholliez, 2009, p97)

L'auteur souligne qu'à partir de là, on a tendance à considérer le stigmate social, le sentiment d'appartenir à une minorité méprisée, comme la cause principale des problèmes psychologiques des personnes obèses et du peu d'estime qu'elles ont d'elles-mêmes. Il n'est absolument pas rare de rencontrer cette expérience de mépris et de haine de soi parce que l'on est gros.

La psychanalyste fait notamment référence aux mères qui méprisent, critiquent sans cesse et inlassablement, qui dénigrent ouvertement, parfois publiquement, le corps « trop gros » de leur enfant, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur estime de soi.

Annelise GALLOYER-FORTIER (2005) souligne à son tour, que BRUCH a décrit des perturbations psychologiques au niveau de la perception et de la conception de l'image du corps chez les patients obèses. Avec l'a priori d'une inactivité caractéristique chez les patients obèses, elle affirme qu'il existe un lien entre cette inactivité et un concept souvent perturbé qu'ils ont de leur corps. Par ailleurs, la corpulence déviante résulterait également de troubles des sensations corporelles comme la faim entre autre; elle inclut ces troubles de perceptions du corps à l'image du corps. Certains patients obèses, selon l'auteur dissocient complètement leur corpulence de ce qu'ils mangent, comme si eux et leur corps était des entités séparées et comme si la nourriture qu'ils mangent ne les faisait pas grossir. Certains parlent de leur corps comme d'un étranger *«D'autres dissocient complètement leur corpulence, ce qu'ils mangent. Ils agissent et parlent comme si eux et leurs corps étaient des entités séparées, et comme si la nourriture qu'ils mangent à la dérobée (ce qu'ils mangent quand personne ne les regarde) ne les faisait pas grossir.»* (H. BRUCH, 1975, pp 114-115)

BRUCH ajoute qu'au cours de l'étude d'enfants obèses *« on s'est rendu compte que l'accumulation de graisse, l'augmentation de la taille du corps, n'étaient pas*

simplement la conséquence passive d'une balance énergétique excessive, mais qu'elles exprimaient l'idée profonde que l'enfant se faisait de ce qu'il voulait être. Son poids élevé lui donnait un certain sentiment de sécurité et de force. » (H. BRUCH, op.cit, p115)

Dans le même sens, elle ajoute que les épaisses couches de graisse agissent comme un mur derrière lequel l'enfant se protège des menaces du monde extérieur. Les enfants obèses manifestent rarement un comportement agressif *«Habituellement, le fait de manger satisfait par lui-même leurs impulsions agressives, et leur corpulence est une façon de s'affirmer eux-mêmes. Beaucoup d'enfants obèses sont terrorisés à l'idée d'être petits et maigres ; et bien qu'ils ne soient pas heureux d'être trop gros, ils y trouvent une sécurité.» (H. BRUCH, op.cit, p116)*

De plus, pour H. Bruch, les personnes qui sont devenues obèses à l'âge adulte (obésité acquise) ont une perception plus réaliste que celles qui ont souffert de tout temps de l'obésité (obésité constitutionnelle).

Ce qui est des études récentes sur cette problématique, nous essayons de citer les plus importantes:

STUNKARD retrouve chez les sujets obèses une image du corps désobligeante. *«Ils trouvent leur corps grotesque et détestable ; ils ont l'impression qu'on les regarde avec hostilité et mépris et ressentent une gêne. 2/3 des patients obèses éviteraient de se regarder dans un miroir.»(A.GALLOYER-FORTIER, 2005, p49).*

Il distingue toutefois les patients obèses émotionnellement sains qui n'ont pas de perturbation de l'image du corps. Ce trouble appartiendrait aux patients qui ont été obèses durant l'enfance et parfois à ceux qui ont un début d'obésité à l'adolescence.

Une recherche (WARDLE, 2002), portant sur 105 femmes obèses, a également montré que l'obésité précoce augmente de façon significative le risque d'insatisfaction corporel, lequel altère l'estime de soi.

Cependant, PLENAT a pu repérer que les termes employés par les patients obèses révèlent une grande ambivalence vis-à-vis de leur corps. Tantôt gênés fonctionnellement, physiquement par leur corps trop gros, tantôt gênés par l'image qu'ils renvoient, ils décrivent souvent leur corps comme si ce dernier était inerte, mort: *« il y a tout cela en trop ».*

KAUFER- CHRISTOFFEL, en effet insiste sur la détresse psychique des jeunes obèses quant à l'image de leur corps en lien avec une faible estime de soi.

TERRA a retrouvé beaucoup de femmes qui ne « voyaient plus leur corps » et ne

semblaient pas avoir de repères au-delà d'un certain seuil pondéral dépassé. Tout se passe comme si le sujet était « hors corps ».

Pour d'autres, au contraire, le sujet obèse présente une forme d'égoïsme où son corps devient le centre du monde et devient le seul objet réel avec lequel il est possible de se mesurer.

Ces auteurs ont également abordé, comme l'avait fait BRUCH antérieurement, la question du corps sexué chez les patients obèses, qui, du fait de la prise de poids acquièrent des caractéristiques du sexe opposé. La question de la sexualité et de l'image du corps est toutefois peu détaillée.

Défaut de perception du rôle sexuel

Bruch pense que les obèses ont une sexualité difficile et qu'ils sont perturbés au niveau de leur rôle sexuel *«S'il est vrai que beaucoup d'obèses, et en particulier ceux qui entrent en service psychiatrique, expriment un malaise au niveau de leur identité sexuelle, se serait une erreur d'étendre leurs problèmes à tous les obèses.»* (H. BRUCH, op.cit, p118)

Selon l'auteur, les tests de Rorschach relatifs aux enfants obèses, révèlent, outre une préoccupation concernant le problème de leur «corpulence», une confusion de genre évidente et précise, qu'ils exprimaient par leur tendance à interpréter des silhouettes symétriques comme «un homme et une femme» ou «un garçon et une fille», ce que l'on ne trouve pas chez les autres malades.

Concernant les hommes qui sont obèses depuis l'enfance, elle pense qu'ils *«expriment souvent des doutes à propos de leur masculinité ; ils étaient persuadés de n'être pas normaux, et d'être trop doux et pas assez virils.»* (H. BRUCH, op.cit, p119)

Cependant, Il semble que les hommes qui deviennent obèses plus tardivement dans leur vie ressentent les choses différemment. Ils considèrent souvent leur embonpoint comme le signe de leur pouvoir et de leur virilité.

Quant aux adolescents obèses, BRUCH pense que nombreux sont ceux qui déclarent ne pas vouloir ressembler à des garçons brutaux. L'un d'eux parlait ouvertement de sa crainte de grandir, de sa peur de la masculinité et les rapportait à la haine qu'il voulait à son père *«Ce n'est pas que je veuille être une femme-Je ne veux pas être un homme, comme mon père.»*

Dans l'ensemble, les femmes et les jeunes filles obèses sont beaucoup plus ouvertes et logiques lorsqu'elles discutent de leur insatisfaction sexuelle ou de ce

qu'elles auraient voulu être. La littérature psychanalytique fait constamment allusion à l'équivalence entre le corps obèse et le phallus «Beaucoup de femmes et de jeunes filles obèses expriment ouvertement comment, tout au long de leur vie, elles ont senti qu'elles étaient destinées à être «plus qu'une femme». Être grosse signifiant ressembler au père.»

En conclusion on peut dire que ces études révèlent une altération possible de l'image du corps chez les patients obèses. Ces perturbations ne sont pas corrélées au BMI, ne sont pas systématiques mais sont susceptibles d'atteindre l'estime de soi et donc de conduire à des troubles psychiatriques tels que la dépression. Il semble exister deux situations distinctes. L'image du corps peut être profondément atteinte chez les sujets obèses depuis l'enfance, aggravée par les moqueries fréquentes à cette période de la vie. Ces perturbations sont difficilement réversibles à l'âge adulte y compris avec l'amaigrissement. Dans une autre situation, le sujet devient obèse à l'âge adulte et les troubles de l'image du corps sont moins fréquents.

Quand ils sont présents, ils apparaissent en lien avec l'intolérance sociale faite aux «corps gros ». Dans ce contexte, l'amaigrissement laisse entrevoir une amélioration de l'image du corps et permet d'envisager une amélioration de leur qualité de vie.

14-Troubles du comportement alimentaire chez la personne obèse

On tient d'abord à préciser que notre intérêt à travers cette partie est de répondre à la question suivante : **est ce que tous les obèses présentent le même trouble du comportement alimentaire? Est ce qu'ils présentent tous un trouble du comportement alimentaire? Et plus précisément est ce que tous les obèses sont boulimiques?**

D'abord, il faut signaler que les classifications internationales des troubles mentaux offrent un panel assez restreint des différentes catégories de troubles des conduites alimentaires «Au delà de l'anorexie mentale (Anorexia Nervosa) et de la boulimie typique (Bulimia Nervosa), les autres perturbations des conduites alimentaires ne sont pas détaillées. (Annelise GALLOYER – FORTIER, 2005)

Ainsi, Nous pouvons souligner que l'obésité n'apparaît pas dans les classifications des maladies mentales.

Annelise GALLOYER – FORTIER nous cite les différents types d'obésité que nous retrouvons dans la (CIM10) : **La boulimie** (F50.2 dans la CIM 10,

Classification Internationale des Troubles Mentaux et du Comportement) est un syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive pour le contrôle du poids, conduisant le sujet à adopter des mesures extrêmes pour neutraliser la prise de poids. La boulimie typique partage la psychopathologie de l'anorexie mentale.

La boulimie atypique, (F 50.3, dans la CIM10) qui se définit par «l'absence de plusieurs symptômes clés de la boulimie. Ces sujets ont un poids normal, voire excessif, mais présentent des périodes typiques d'hyperphagie associée à des vomissements ou un abus de laxatifs. (Annelise GALLOYER – FORTIER, op.cit)

Le comportement alimentaire répertorié qui fait allusion au problème médical de l'obésité est intitulé : « **hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques** » dans la CIM 10 (F50.4).

Cette hyperphagie boulimique ou « **binge eating disorder** » en anglais comporte des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. Cet intitulé concerne notamment les hyperphagies avec obésité consécutives à des événements stressants ; Les deuils, accidents, interventions chirurgicales peuvent être suivis d'une «obésité réactionnelle ».

Pour Galloyer-Fortier, il est important de souligner que les obésités consécutives à un traitement prolongé par les neuroleptiques, antidépresseurs ou d'autres types de médicaments doivent également être classées ailleurs.

Pourtant, depuis la deuxième moitié du vingtième siècle, en psychiatrie, quelques auteurs se sont intéressés au comportement alimentaire des obèses. Comme nous l'avons vu, l'obésité est plurifactorielle. Mais elle reste largement sous-tendue par le comportement et plus particulièrement le comportement alimentaire, qui interagit étroitement avec le psychisme. L'obésité reste encore nettement appréhendée en regard du comportement alimentaire.

Selon Nathalie Dumet, L'hypothèse la plus couramment répandue est que l'obèse se « suralimente », avec l'arrière pensée péjorative qu'il s'alimente trop.

Ainsi, l'obèse renvoie une image commune de «gros mangeur» avec un comportement alimentaire hyperphagique. Cette association renvoie à la triade décrite par BRUCH : obésité- hyperphagie- passivité.

Cette notion d'une « excessivité orale » rend finalement les patients obèses responsables de leur surpoids. Pour certains, ils auraient tendance à sous- estimer

leurs prises alimentaires et à surestimer leurs dépenses physiques. Beaucoup de sujets hyperphages s'alimenteraient dans un état de semi- conscience pouvant aller jusqu'à un « état semi- crépusculaire » où les actes automatiques prennent le pas sur la pensée et la réflexion. Ces prises alimentaires excessives, abondantes, s'expriment lors des repas ou en période inter- prandiale. A l'idée que l'obèse se suralimente, s'est également ajouté le concept d'« erreur alimentaire » qui incrimine encore davantage le comportement alimentaire du patient.

CREFF, en 1987, considère que dans 92% des cas les patients obèses « mangent mal et de façon déséquilibrée ». (Annelise GALLOYER – FORTIER, op.cit)

Une fois encore, le comportement alimentaire rend le patient responsable de son obésité d'où une approche éducative, comportementale du patient dans le traitement de l'obésité. Le patient obèse serait plus « attiré par l'aliment exilé, interdit, refoulé. L'organisme longtemps sevré fait le plein avec une sorte d'avidité diététique. »

Galloyer-Fortier ajoute «A l'aspect quantitatif et qualitatif de leur alimentation, se surajoute une mauvaise répartition de leur repas sur le nyctémère. Certains sautent un des trois principaux repas, d'autres sont en grignotage perpétuel, d'autres encore grignotent en plus de leurs trois repas. Il paraît évident que tous les sujets soumis à ce type d'alimentation ne sont pas obèses et l'on retrouve de tels comportements alimentaires en population générale.» (Ibid, p21)

Galloyer-Fortier précise que quelques données épidémiologiques illustrent l'aspécificité du comportement alimentaire de l'obèse «Ainsi, le comportement boulimique serait rare au sein de la population obèse ; elle est estimée à moins de 10%. Seulement 20% des cas d'obésité présenteraient une hyperphagie. 15% des obèses grignoteraient, 10% présenteraient des fringales nocturnes et moins de 5 % des envies spécifiques.

Les patients obèses souffrent donc de troubles des comportements alimentaires variés et sans spécificité. L'analyse du comportement alimentaire chez ces patients s'avère néanmoins d'autant plus indispensable qu'il se révèle être très hétérogène. Plusieurs données sont importantes à recueillir au cours de l'analyse d'un comportement alimentaire.

L'analyse sémiologique repose sur une analyse prandiale et inter-prandiale. Il faut pouvoir évaluer les phases pré-ingestives, ingestives, et post-ingestives, c'est à dire repérer la sensation de faim, l'appétit, la satiété et leurs modulations. On s'attachera au rythme et au nombre de prises alimentaires, comme au contexte

relationnel et la durée des repas. Il est important de connaître les préférences et les envies alimentaires d'un côté et de repérer les régimes, les interdits, les habitudes familiales et culturelles de l'autre. Une fois la quantité et la qualité des prises alimentaires estimées, il faut rechercher d'éventuelles techniques de contrôle de la prise de poids (vomissements provoqués, exercices physiques, jeûne, prise d'anorexigènes, laxatifs, diurétiques, lavements). Il faut rechercher la prescription associée de médicaments satiétogènes ou inducteurs de prise pondérale, ainsi qu'une addiction à une substance psychoactive.

L'analyse psychologique du patient obèse est donc indissociable de l'analyse du comportement alimentaire. Il existerait des facteurs psychologiques qui détermineraient nos comportements alimentaires.

Cependant, D. Machaux-Tholliez nous propose un autre point de vue, elle insiste que d'un point de vue quantitatif, « *le comportement des personnes obèses peut se caractériser par une hyperphagie qui peut être soit prandiale, soit extra-prandiale.* » (Ibid, p57)

L'hyperphagie prandiale définit les personnes qui sont de « gros mangeur », qui ont un « bon appétit ».

Quant aux consommations extra-prandiales, des études ont mis en évidence un trouble fréquent et, de ce fait qui est devenu banal : le **grignotage**.

Selon Machaux-Tholliez, le grignotage n'est pathologique que dans la mesure où il devient le seul moyen de répondre à toutes les difficultés de l'existence.

D'autres patients décrivent des **compulsions alimentaires** qui sont des impulsions soudaines à consommer un aliment donné, généralement en dehors des repas. « *Il s'agit d'une envie de manger sans faim. « Compulsion et grignotage semblent très proches, mais le grignotage se distingue de la compulsion par son caractère automatique, sans nécessairement en avoir « envie » ».* (Ibid, p58)

Dans les troubles du comportement alimentaires susceptibles de faire plus rarement partie du tableau symptomatique de l'obésité, il y a **les crises boulimiques** (DEBRAY, 1998) dans lesquelles l'ingestion de nourriture est à la fois incontrôlable et objectivement importante.

Selon Machaux Tholliez, d'authentiques crises de boulimie ne s'observent que chez environ 4% des femmes obèses.

Le **Binge Eating Disorder** (BED), qui peut se traduire par « syndrome d'hyperphagie incontrôlée », se distingue de la boulimie par l'absence de stratégie drastique afin de

contrôler le poids. Il n'y a donc pas de contrôle pondéral et, de ce fait, les personnes peuvent prendre du poids (Le Barzic, 2004).

Il paraît que les prises alimentaires nocturnes (certains sujets se réveillent et se lèvent pour manger) peuvent se faire sur un mode compulsif ou boulimique. On parle alors de *Night Eating Syndrome (NES)*. Le NES se définit donc par une hyperphagie nocturne et / ou la consommation d'au moins 50 % des apports énergétiques quotidiens après 19H (STUNKARD, 1996).

Machaux-Tholliez précise qu'il convient de ne pas confondre ces prises alimentaires avec celles des sujets insomniaques qui mangent parce qu'ils n'arrivent pas à dormir. Mais une question très importante nous revient à chaque fois qu'on aborde cette problématique : **est ce que tous les obèses sont boulimiques ?**

Dans sa tentative de répondre à cette question, Machaux-Tholliez précise que dans la littérature ainsi que dans la clinique, on remarque que hyperphagie ainsi qu'un certain nombre de troubles du comportement alimentaire peuvent être associés à l'obésité. Mais il est indispensable de souligner que même si les troubles qualitatifs des conduites alimentaires sont fréquents dans l'obésité (environ 60 %) (Tholliez, 2002), il y a 40 % des obésités qui n'ont pas comme déterminants un trouble alimentaire.

En d'autres termes, les troubles alimentaires ne sont donc ni obligatoires, ni spécifiques : d'autres déterminants peuvent être à l'origine de la constitution de l'obésité, comme la sédentarité.

15-Traitements de l'obésité

L'obésité est une maladie qui met en cause le bien-être physique, psychologique et social de l'individu. De ce fait, les sociétés scientifiques et médicales convergent le plus souvent vers le même discours, le même message, le même dictat : il faut que les personnes obèses perdent du poids.

Beaucoup d'occidentaux exercent, sur leur alimentation, un contrôle volontaire dans l'espoir d'être, de rester ou d'accentuer une minceur idéale, minceur censée être le garant d'une réussite professionnelle et sociale, et minceur censée favoriser la longévité en protégeant la santé.

Cependant, on tient à préciser que le traitement de l'obésité doit avant tout être préventif. L'aspect curatif repose sur la même stratégie d'analyse, multidisciplinaire,

que la prévention, quel que soit le degré atteint. Seuls différent, en fonction de la gravité des cas, le nombre de domaines et les degrés d'intervention nécessaires.

a-Traitement préventif

Selon Pascale ISNARD et al(2003), l'objectif de la prévention est de diminuer l'incidence de l'obésité en faisant référence au bien-être et non à la prévention d'une maladie. L'idée est d'intervenir en amont de la prise de poids notamment chez l'enfant à risque chez lequel les kilogrammes sont souvent plus faciles à prendre qu'à perdre.

Prévenir l'obésité de l'enfant suppose, selon les recommandations de l'expertise collective de l'ISERM (2000):

- la surveillance annuelle de l'évolution de l'indice de masse corporelle

par rapport à la courbe de corpulence du carnet de santé et tout particulièrement avant 6 ans pour repérer l'apparition du rebond d'adiposité,

- le repérage des enfants à risque de développer une obésité,

- de donner une information nutritionnelle aux parents et à l'enfant : favoriser l'allaitement maternel prolongé, attendre le sixième mois pour diversifier l'alimentation, éviter les biberons d'eau sucrée ou de lait pour aider à l'endormissement, ne pas interpréter tous les pleurs des bébés comme une manifestation de faim, ne pas utiliser les aliments comme récompense ou comme cadeau, comme compensation lors de frustration matérielle ou affective, éviter les chantages alimentaires (privation de dessert ou sucreries), proposer une alimentation saine et diversifiée (valoriser la culture culinaire plutôt que d'acheter des aliments préemballés à plus forte densité énergétique), éveiller le goût de l'enfant, proposer un vrai petit déjeuner, tenir compte de ce que l'enfant mange à la cantine pour établir les repas du soir, apprendre à l'enfant à choisir quand il peut manger (en fonction de ses sensations de faim ou de satiété) et ce qu'il veut manger (développer l'esprit critique notamment vis-à-vis des publicités).

- **la promotion d'une activité physique minimale** dans toutes les familles et la **lutte contre la sédentarité** : activité physique ludique chez le tout petit, activité physique spontanée et de loisirs chez l'enfant, activité de loisirs et pratique d'un sport chez l'adolescent, temps limité devant la télé, l'ordinateur ou les jeux vidéos (dépense énergétique quasi nulle) à substituer par une activité agréable,

- la prévention du développement d'une obésité chez un enfant à risque par un rééquilibrage de son alimentation et une lutte contre la sédentarité (diminuer l'utilisation de la voiture, des escalators ou des ascenseurs, aller à pied au collège, prendre les escaliers, faire les courses ou sortir le chien avec ses parents, aller dans les parcs ou en forêt le week-end, faire le parcours santé, du vélo, du roller...).

Dans la même perspective, M.L.FRELUT (2002) insiste que *«La prévention doit donc toucher tous les enfants et non seulement ceux à risque de développer une obésité. La promotion de l'activité physique en est la base.»* (M.L.FRELUT, 2002, p51)

b-Traitement curatif : approche multidisciplinaire

Pour M.L.FRELUT, *«L'objectif premier n'est donc le retour à un poids (idéal) que l'on est que l'on est bien en mal de définir en tant que réalité biologique, mais le retour à un bien-être physique et moral, c'est-à-dire à la définition même de la santé telle que publiée par l'Organisation mondiale de la santé.»* (M.L.FRELUT, 2002, p51)

Ainsi, il paraît que les moyens thérapeutiques restent la plupart du temps symptomatiques. L'objectif, outre la perte de poids est d'atténuer les risques de complications, ou de les traiter, de prendre en charge un trouble du comportement alimentaire, voire un trouble psychique associé.

1-Traitement médicamenteux

Certains patients peuvent avoir recours à différents traitements médicamenteux, qui peuvent être un complément indispensable de l'action diététique pour augmenter la perte de poids et surtout aider à prévenir la rechute.

Plusieurs produits peuvent être utilisés dans le cadre d'un traitement de l'obésité, mais le traitement pharmacologique ne doit être envisagé qu'en cas d'échec des mesures thérapeutiques habituelles, pour des patients dont l'IMC est supérieur à 30 kg / m², ou à 28 s'il existe des complications. Son usage n'est licite que lorsque l'obésité ou le surpoids font réellement courir un risque.

Actuellement, les produits les plus utilisés sont l'ORLISTAT qui réduit l'absorption des graisses, et la Sibutramine qui possède des effets anorexigènes.

Certains patients obèses sont également amenés à utiliser certains médicaments qui peuvent être dangereux et qui ne sont pas indiqués dans le traitement de l'obésité. C'est le cas des amphétamines qui ont des effets anorexigènes puissants, mais elles

peuvent entraîner des troubles graves du comportement, elles exposent à l'accoutumance et à la dépendance et sont susceptibles de déclencher des manifestations psychotiques. De même, certains patients peuvent avoir recours à des hormones thyroïdiennes et leurs analogues, ainsi qu'à des diurétiques qui sont inutiles et parfois dangereux, et qui ne sont pas des médicaments de l'obésité, pas plus que les laxatifs.

Pour conclure, ma pratique de psychologue pendant près de huit ans, les patients que j'ai rencontrés et les différentes recherches que j'ai effectuées m'ont appris qu'il n'y avait pas de prise en charge psychologique spécifique des patients obèses.

Le trouble alimentaire, ou la simple difficulté à gérer son alimentation, est, pour moi, la surface immergée de l'iceberg. C'est ce que le patient nous donne à voir, c'est aussi parfois le seul moyen qu'il ait à sa disposition pour faire face à une souffrance psychique. Quoiqu'il en soit, la problématique qui sous-tend ces troubles alimentaires et/ou ces problèmes de poids peut être abordée avec des psychothérapeutes qui ne sont pas nécessairement spécialisés en nutrition.

On remarque donc que la personne obèse se voit proposer tout un ensemble d'outils thérapeutiques afin de perdre du poids. Le problème est que certaines personnes usent... et abusent de ces techniques, c'est-à-dire qu'elles multiplient les tentatives de réduction pondérale.

2-Traitement non médicamenteux

Le traitement non médicamenteux de l'obésité peut consister en un régime amaigrissant, une augmentation de l'activité physique et une psychothérapie.

Un régime amaigrissant peut être orienté sur une diminution de l'apport énergétique et/ou sur une diminution de la proportion de macronutriments, tels que les graisses et les hydrates de carbone. Il ressort d'études randomisées que les différents types de régimes amaigrissants peuvent faire diminuer le poids à court terme (jusqu'à 12 mois). Moins d'une personne sur cinq maintient la perte de poids obtenue à plus long terme.

Des études comparant différentes interventions diététiques ne permettent pas de se prononcer quant à une préférence pour tel ou tel régime amaigrissant. La perte de poids peut être favorisée par une augmentation du niveau d'activité ou par

l'association d'une thérapie comportementale au régime. L'augmentation du niveau d'activité a également un effet favorable sur le maintien de la perte de poids.

Régime amaigrissant :

Dans les régimes hypocaloriques, l'apport calorique journalier varie entre 1200 kcal et 1800 kcal. Il ressort d'études randomisées qu'une restriction calorique peut faire diminuer le poids de 8% en moyenne sur une durée de trois à douze mois. Après un suivi médian de 5 ans, 18% des personnes ayant suivi un régime hypocalorique maintiennent complètement la perte de poids initiale (ou continuent à perdre du poids) ou maintiennent au moins 9 à 11 kg de la perte de poids initiale.

Les effets d'une restriction calorique sévère (< 1000 kcal par jour) ont surtout été décrits dans

des études d'observation dont les résultats sont contradictoires. De telles interventions ne sont pas appliquées en pratique ambulatoire, étant donné qu'elles exigent une supervision médicale rigoureuse. La seule étude randomisée disponible à ce sujet n'a pas montré de meilleur résultat avec le régime sévère qu'avec le régime hypocalorique conventionnel.

L'activité physique :

Annelise GALLOYER – FORTIER(2005) précise que «L'exercice physique contribuerait également à la perte de poids mais il entretient surtout le capital musculaire du patient, améliore la sensibilité à l'insuline. Il permet d'éviter la rechute pondérale.»

Quat à D. Machaux-Tholliez, elle insiste sur le fait que de la prévention au traitement, l'obésité et l'activité physique sont étroitement liées.

Ainsi, la limitation de la sédentarité et la promotion d'une activité physique régulière font partie intégrante des éléments de base du traitement de l'obésité et de ses complications, en association avec les autres moyens de prise en charge globale.

La difficulté est d'inciter des patients le plus souvent inactifs et sédentaires à reprendre goût au mouvement et à devenir au moins modérément actifs, de façon régulière dans leur vie quotidienne, à long terme. Les conseils d'activité physique doivent être considérés dans le cadre d'une action positive d'information et d'éducation sur la santé au même titre que les conseils alimentaires. Il faut insister sur le fait que, indépendamment des effets sur le poids, un effet bénéfique significatif sur l'état de santé, sur le risque cardiovasculaire et sur la qualité

de vie peut-être obtenu par la limitation des activités sédentaires et la pratique régulière d'une activité physique d'intensité modérée.

Les psychothérapies :

Toutes ces différentes techniques de réduction de poids, quelle que soit celles utilisées, peuvent être accompagnées d'une prise en charge psychologique. En effet, le soutien psychologique peut faire partie intégrante de la prise en charge de cette situation chronique qu'est l'obésité dont le traitement implique des modifications

Une des techniques psychologiques de plus en plus utilisée est la thérapie cognitivo-comportementale (GROSS, 1998 ; WILLIAMS, 1998) qui a été proposée comme traitement de l'obésité en alternative à la prescription de régimes restrictifs en raison de sa capacité théorique à permettre une modification des habitudes alimentaires et du niveau d'activité physique. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) combine plusieurs types de méthodologies fondées sur les paradigmes de la psychologie comportementale et cognitive. Le squelette en est constitué par l'auto-observation du comportement alimentaire, la démarche de résolution de problèmes, la restructuration cognitive, la relaxation, l'entraînement à la communication et à l'affirmation de soi, l'éducation diététique, et les stratégies de prévention de rechute (Williamson, 1996).

D'après FORTIER (2005) « *Les thérapies comportementales se basent sur un travail de prise de conscience des comportements alimentaires grâce à l'auto surveillance de la prise alimentaire, une meilleure gestion des stimuli qui précèdent la prise alimentaire et un meilleur contrôle de la prise alimentaire elle-même. Les prises en charges de groupes d'obèses, au succès croissant, relèvent de ce type d'approche et se montrent bénéfiques chez certains sujets.*» (A. GALLOYER – FORTIER, op.cit, p18)

Généralement, la critique principale de ce type de thérapie est que les résultats (c'est-à-dire la perte de poids) ne s'observent qu'à court terme : il y a une reprise de poids progressive dès la fin de la thérapie. Parfois, l'issue n'est pas forcément à la reprise de poids. En effet, P. Gross (1997-1998) a mis en évidence une amélioration du poids d'intensité moyenne mais persistant au bout de deux ans, sans tendance à la reprise de poids.

La prise en charge psychologique dans la relation médecin- malade avec le patient obèse est reconnue comme étant l'élément le plus important pour éviter les

abandons prématurés. La prise en charge psychiatrique est encore à définir. À cet effet, Fortier précise qu'il s'agit donc à chaque fois d'une **demande du patient**. L'objectif est d'aborder leur histoire de vie et leur histoire de poids, et de cerner s'il existe, ou non, un lien entre les deux. Ces entretiens permettent une meilleure compréhension du patient pour son médecin, et permet également de proposer un suivi psychothérapeutique si nécessaire.

La chirurgie :

Depuis quelques années, la chirurgie est utilisée comme technique de réduction pondérale : elle repose sur diverses procédures de réduction gastrique limitant le volume de la prise alimentaire.

Pour GALLOYER -FORTIER « les chirurgies de l'obésité sont dominées par les chirurgies gastriques (gastroplasties et court-circuit gastrique).» (Ibid, p19)

Les recommandations de l'ANAES, en 2000, ne préconisent une intervention chirurgicale qu'après une prise en charge médicale bien conduite. Seules les obésités morbides peuvent relever d'une chirurgie gastrique. L'intervention n'a lieu qu'après une prise en charge multidisciplinaire associant un nutritionniste, un psychiatre, un chirurgien. Le patient doit être informé des avantages, inconvénients et risques de l'intervention. Il doit pouvoir donner son consentement. Outre les contre-indications psychiatriques, le patient ne doit pas présenter de pathologie endocrinienne évolutive, de maladie inflammatoire du tube digestif, de pathologies organiques graves (néoplasies, maladies cardiaques, insuffisance rénale) ni de risques anesthésiques divers. Le psychiatre intervient désormais de façon plus balisée dans le réseau de soins.

Pour conclure, on peut dire qu'il n'y a pas de prise en charge psychologique spécifique des patients obèses. Le trouble alimentaire, ou la simple difficulté à gérer son alimentation, est, la surface immergée de l'iceberg. C'est ce que le patient nous donne à voir, c'est aussi parfois le seul moyen qu'il ait à sa disposition pour faire face à une souffrance psychique. Quoi qu'il en soit, la problématique qui sous-tend ces troubles alimentaires et/ou ces problèmes de poids peut être abordée avec des psychothérapeutes qui ne sont pas nécessairement spécialisés en nutrition.

CONCLUSION

Psychanalystes, comportementalistes et cliniciens nous offrent donc une approche globale, une explication différente de l'obésité, et ce en empruntant des courants psychologiques variés.

La personne obèse ne peut donc se réduire à un seul modèle théorique, pas plus qu'à un seul mode de fonctionnement psychique.

On a donc vu qu'il n'y a pas une théorie globale, unique, spécifique de l'obésité mais plusieurs théories qui, à notre sens, ne s'excluent pas l'une de l'autre.

Par contre, il est de fait que même si les personnes obèses ont une histoire de vie, une histoire médicale, une personnalité voir même une problématique psychopathologique différente, elles convergent souvent vers le même objectif : perdre du poids.

L'obésité s'inscrit donc dans un système complexe dont les déterminants sont multiples. Elle peut, en effet, résulter d'un désordre du comportement alimentaire, d'une sédentarité, d'un problème génétique, d'une prise de psychotropes ou de cortisone. La personne évoluant dans son environnement, la prise de poids peut également être en lien avec son statut économique et social, mais elle peut aussi être sous le joug de sa culture, de sa religion, de ses pratiques familiales et éducationnelles.

L'obésité peut également, sous un éclairage métapsychologique, refléter un refus de la sexualité, ou un désir d'enfant. Elle peut servir à maintenir l'autre à distance, et peut servir de protection. Elle peut également être un moyen d'affirmer un statut social et parfois esthétique, ou un moyen de révéler son mode de fonctionnement psychique.

L'obésité peut aussi permettre de marquer ou de trouver sa place au sein de sa culture, mais surtout au sein de sa famille.

L'alimentation peut jouer différents rôles, en ce sens qu'elle peut permettre de pallier solitude, ennui, carences affectives, défaut d'étayage : l'alimentation peut-être utilisée pour combler un vide affectif. L'aliment peut également avoir un rôle d'anti-dépresseur, d'anxiolytique.

Ainsi, on tient à préciser que la prise en charge des patients obèses ne peut, en aucun cas, être envisagée comme une lutte contre un fléau qui s'abat sur notre société mais comme la prise en considération d'un problème inhérent à notre culture

actuelle: l'obésité n'est pas une maladie honteuse, la souffrance psychologique que vivent certains obèses provient aussi de la discrimination dont ils font l'objet.

Plus que jamais, le traitement se doit d'être pluridisciplinaire en concertation entre intervenants et avec le patient. L'échec des régimes est à prendre en considération comme un mécanisme de défense qui protège le sujet mais pas comme un échec en tant que tel.

En conclusion, Il ne s'agit pas de lutter contre les obèses mais contre les facteurs environnementaux qui occasionnent l'obésité (concevoir des programmes éducatifs pour les jeunes en matière d'alimentation, créer des espaces de jeux et de sports dans les quartiers précarisés...).

CHAPITRE 2
L'adolescence

Introduction

M.C. Saldana et Ph. Godard écrivent: « *l'adolescence est un passage violent* ». Ainsi, notre question est de savoir : qu'est ce que c'est que l'adolescence?

Est-ce une simple période de passage de l'état enfant vers l'état adulte? Ou un temps de transition, de changement qui bouleversent l'équilibre du sujet ? Ou encore, est ce une période qui engendre de nouveaux modes d'être au monde ?

Au début, l'adolescence est un temps de remaniement physique et psychique, marquées par d'importantes transformations somatiques qui, parallèlement à une poussée instinctuelle, rapprochent l'enfant de l'homme ou de la femme au plan physique, alors que les conventions et les contraintes sociales le maintiennent dans son statut antérieur.

A l'adolescence s'associent des bouleversements biologiques, psychologiques et sociologiques. Physiquement, la transformation pubertaire entraîne la disparition du corps de l'enfant qui devient, selon les mots du Petit Prince de St Exupéry « *une vieille écorce abandonnée* » (M.C.SALDANA et Ph.GODARD, 2001, p233). Psychologiquement, l'adolescent va devoir composer avec une nouvelle façon de penser, des sentiments et des désirs inédits, et des compétences sexuelles inconnues jusqu'alors.

Ces modifications ne se font pas sans turbulence. Des tensions à la fois internes (psychiques) et externes (conflits avec la famille et la société) se présentent.

Sur le plan social, l'adolescent tourne le dos à son univers amical et familial. Il prend ses distances par rapport à ses parents.

Ainsi, une question fondamentale doit être posée: qu'elle place occupe le corps en ce temps de changements?

Dans un souci de clarté, et afin de répondre à toutes ces questions, nous avons classé par thèmes les questions et réflexions de ces adolescents, en fonction de la problématique adolescente à laquelle elles font référence, comme le questionnement par rapport à ce nouveau corps sexué, la question des relations d'objet à la puberté, celle du narcissisme.

Ce modeste chapitre tente dans un premier temps, de porter des éclaircissements sur la problématique de l'adolescence, ses définitions et ses théories, dans un deuxième temps, essayer d'apporter plus d'explications sur la crise pubertaire et la sexualité de l'adolescent, dans un troisième temps préciser une lecture

psychanalytique de l'adolescence et la place du corps pour l'adolescent, dans un quatrième temps, apporter une réflexion sur les spécificités de la problématique de l'adolescence en Algérie.

Enfin, cette réflexion théorique a pour souhait de mettre en lumière les différents enjeux de l'adolescence, dont le terrain principale, est certainement celui du corps.

1-Définitions de l'adolescence

Avant de présenter les différentes définitions de l'adolescence, on tient à préciser, comme l'écrit COSLIN:«*Parler de l'adolescence ne s'avère donc pas si facile. On peut même utilement s'interroger sur l'existence même de l'adolescence et sur sa nature: est-ce un stade du développement, une crise ou une période où il ne se passe rien?*» (P.G. COSLIN, 2002, pp12-13)

Il ne faut pas pour autant ne pas tenter de délimiter le concept d'adolescence.

Les termes d'adolescence et d'adolescent sont apparus dans la langue Française entre les 13^{ème} et 15^{ème} siècles. Ils proviennent du verbe latin *adolescere* qui signifie « grandir » (ad: vers, olescere: croître, grandir) et plus précisément de son participe présent. L'être auquel s'applique ce terme est donc étymologiquement celui qui est entrain de grandir et s'oppose ainsi celui dont l'opération de grandir a atteint son terme: l'*adulte* (il s'agit d'un mot provenant du participe passé de ce même verbe *adolescere*).

Certes l'opération de grandir ne concerne pas uniquement l'aspect physique de l'individu. C'est toutefois cette croissance physique qui présente l'aspect le plus spectaculaire de l'entrée dans l'adolescence, et qui non seulement ouvre cette période mais aussi provoque l'apparition d'autres aspects ne concernant plus directement le corps, des intérêts par exemple. L'adolescent est donc caractérisé en quelque sorte par le concept de d'inachèvement. Cela ne signifie pas que l'adulte puisse se voir associer celui d'achèvement. Une telle conclusion serait abusive car tout achèvement n'a de sens que rapporté à lui-même, et s'avère fragile et toujours susceptible d'être remis en question. Il faut plutôt parler de différences relatives entre adolescent et adulte, différences attachées au, fait que l'adolescence est une période de changements si marquées qu'il s'avère difficile d'y cerner des constantes. (P.G. COSLIN, 2002)

Selon CLOUTIER(1996):«*L'adolescence est la période qui sépare l'enfance de l'âge adulte. Du point de vue psychologique, cette période fait le passage entre la dépendance enfantine, et l'autonomie adulte. Mais où se situent précisément la fin de l'enfance et le début de l'âge adulte? Les limites exactes de l'adolescence sont malaisées à établir étant donné qu'elles diffèrent selon qu'on considère la dimension biologique, psychologique ou sociale du développement.*» (R. CLOUTIER, 1996, p3)

Pour le même auteur, on peut concevoir l'adolescence comme un stade

intermédiaire durant lequel l'individu, qui n'est plus un enfant et pas encore un adulte, n'a pas de responsabilités sociales en propre, mais où il peut explorer, s'exercer, expérimenter des rôles. Il s'agirait en quelque sorte d'un temps d'arrêt, d'un délai que la société accorde au jeune pour lui permettre de choisir une voie, une personnalité, une identité, une carrière, etc. Mais lorsque l'on considère l'importance du développement qui marque l'adolescence, on peut facilement substituer à la notion de stade intermédiaire celle de stade à part entière. En effet, sur une période de sept ans seulement, des bouleversements considérables se produisent: le corps se transforme, les pulsions sexuelles apparaissent, la façon de se percevoir et de comprendre les autres se modifie, une identité sociale différente prend forme à l'extérieur de la famille, etc. L'adolescence se caractérise par la diversité et l'intensité des changements qu'elle apporte. (R. CLOUTIER, op.cit)

Selon Corcos, *«L'adolescence est un temps, une phase. Au-delà de cette référence chronologique, André Green soulignait qu'elle est aussi (surtout ?) un état d'esprit, susceptible de se réactualiser à différents moments du parcours vital : notamment, à l'occasion de tout changement significatif, de la confrontation et du franchissement de tout seuil, lors de tout passage d'un statut à un autre.»*(M. CORCOS, 2004)

Dans son ouvrage intitulé *(Psychologie de l'adolescent)*, COSLIN nous donne une autre définition: *«l'adolescence est un passage entre l'enfance et l'âge adulte. L'adolescent n'est plus un enfant; il n'est pas encore un adulte. Il vit une période transitoire caractérisée, comme le rappellent Marcelli et Braconnier (1999), par ce double mouvement de reniement de l'enfance et de recherche du statut d'adulte qui constitue l'essence même de la crise que l'adolescent traverse.»* (P.G. COSLIN, op.cit, p13)

MARCELLI et al, la définissent comme: *« L'adolescence est donc l'âge du changement et, comme tout changement, elle implique un risque. Mais c'est aussi l'âge des paradoxes»* (P.ALVIN et al, 2005)

Les mêmes auteurs précisent qu'en Amérique du Nord, les termes «adolescents» et «teenagers», sont pratiquement synonymes et désignent les individus âgés de 13 à 19 ans. Cette définition très pragmatique s'avère appropriée pour la plupart des travaux cliniques.

Pour l'Organisation mondiale de la santé(OMS), les adolescents sont des individus âgés de 10 à 19 ans, ce qui correspond à la segmentation faite par de nombreux travaux épidémiologiques. (P. ALVIN et al, 2005)

D'après P. JEAMMET, « *L'adolescent a une tâche à accomplir, celle d'élaborer un nouveau statut par son corps et son identité. Il s'agit d'un travail d'organisation et d'octroi du sens au regard des changements qui l'affectent.* » (Ph. JEAMMET, citer par M.N. NINI, 2008)

Pour Mohamed-Nadjib NINI «**Adolescence**»: Bien que ce terme existe dans la langue arabe littéraire en l'occurrence «Mourahaka», il n'a pas son équivalent dans le langage parlé, ce qu'on appelle communément l'arabe dialectal. En effet, dans notre langage parlé, le terme le plus couramment utilisé pour dire qu'un individu n'est plus un enfant, qu'il est apte à se reproduire, à avoir une descendance, donc adulte, est le terme «Boulough» qui signifie littéralement puberté. » (M.N. NINI, 2008)

Enfin, nous tenons à préciser qu'il n'existe pas de définition univoque de l'adolescence ni de l'âge de l'adolescence, toutes mettent néanmoins en relief la même notion de transition entre le monde de l'enfance et celui des adultes.

2- Les théories de l'adolescence

La notion de crise est d'abord apparue en dans le contexte juridique où elle désignait le temps de la sentence. Elle sera rapidement utilisée en médecine, puis en sociologie, en politique et en économie. Selon COSLIN «*deux acceptations de la crise peuvent se rencontrer en psychologie: l'une met l'accent sur l'idée de rupture, de changement brutal et d'importantes modifications comportementales; l'autre sur des perturbations dans le fonctionnement psychologique, entraînant malaise et souffrance.*»(P.G. COSLIN, op.cit, p104). L'idée d'un temps de tumultes à l'adolescence n'est pas neuve et se rencontrait déjà chez Jean-Jacques Rousseau et les romantiques allemands. COSLIN souligne que l'expérience adolescente est alors décrite à travers le déchirement entre les poussées instinctives et les conventions sociales.

La référence au concept de crise est donc complexe et ambiguë. Dans le champ psychopathologique, MARCELLI et Braconnier (1999) définissent une crise comme « *Un moment temporaire de déséquilibre et de substitutions rapides remettant en question l'équilibre normal ou pathologique du sujet. Son évolution est ouverte, variable; elle dépend tout autant de facteurs internes qu'externes.*» (MARCELLI et BRACONNIER citer par P.G. COSLIN, 2002, p104).

La notion de crise s'oppose donc à celles de conflit (lutte entre deux positions

antagonistes sans limites temporelle définie), de stress (activation de mécanisme régulateurs en réponse à un stimulus pathogène), de catastrophe (qui induit l'idée d'une issue malheureuse) et d'urgences (qui induit l'idée d'une réponse immédiate). Ces notions sont cependant en partie présentes à des degrés variés dans le terme de crise.

Cependant BRUSSET précise que la question qui se pose, avant toute réflexion, est de savoir qui, en réalité, est en crise. S'agit-il des adolescents ou de la société?

Il n'en est pas moins vrai qu'il faut prendre en compte l'éventualité d'une relation entre le développement de la société et celui des individus (Ibid, p105). C'est ainsi que BRUSSET relève la convergence entre l'état d'adolescence et celui de la civilisation postérieure à l'industrialisation. La société moderne, née au 19^{ème} siècle, connaîtrait en quelque sorte son adolescence. Comme le remarquent MARCELLI et BRACONNIER, cette conception associe étroitement la notion de crise et les facteurs de croissance de la société et de l'homme. La représentation valorisée de l'adolescence permettrait à l'aube du troisième millénaire de donner une image rassurante des transformations de la société qui la conduirait vers un état d'équilibre et de sérénité.

Pour COSLIN, les auteurs qui ont abordé le concept de crise d'adolescence peuvent se regrouper selon différentes perspectives: La première qui s'inspire d'une psychologie de l'enfant imprégnée d'un système d'éthique philosophique est celle de Maurice DEBESSE (1936,1941) qui décrit la crise d'originalité juvénile. La deuxième est celle de Pierre MÂLE (1964) qui parle de crise juvénile à l'adolescence, dont il présente une description clinique cohérente. La troisième est celle des psychanalystes. Deux autres perspectives s'interrogent sur l'existence même de l'adolescence: la théorie focale de COLEMAN (1980) qui la nie-du moins en ce qui concerne la plupart des adolescents; la thèse de DELAROCHE(1992), selon laquelle la crise consisterait en une accélération du processus d'adolescence. Une dernière approche, due à ERICKSON(1968), prend en compte un ensemble de crises qui marqueraient le développement de l'individu à travers huit stades. Le cinquième stade, l'adolescence, est celui de la crise identitaire.

Dans ce bref exposé, nous essayons de faire un bref aperçu sur ces différentes théories.

2-1 La crise d'originalité juvénile

DEBESSE (1936) part du constat que le désir d'originalité de l'adolescent se retrouve dans de nombreuses œuvres littéraires et que ce fait est une observation courante de la part des parents et des éducateurs.

DEBESSE insiste, que *«Ce désir d'originalité et cette propension à se considérer comme un être d'exception seraient contemporaines de la puberté et se manifesteraient particulièrement vers la quinzième année. Ils seraient en partie constitutifs de la puberté mentale qui accompagne les transformations physiologiques.»* (P.G. COSLIN, op.cit, p105). La crise d'originalité correspond à la forme la plus visible de ce désir d'originalité que manifestent les adolescents. Son début coïnciderait souvent avec des événements de vie (mort d'un être cher, chagrin d'amour, etc.). Elle pourrait débiter dans la soudaineté et la violence.

DEBESSE précise, que cette crise présente deux faces:

-L'une est individuelle, qui se caractérise par une affirmation exaltée de soi et une découverte du moi comparable, dit DEBESSE, à la découverte du corps par le bébé.

-L'autre sociale, qui se manifeste par la révolte juvénile à l'égard des adulte et des systèmes valoriels.

Dans cette perspective, COSLIN parle, de trois phases qui peuvent être observées: *« se manifestant de 14 à 16 ans par le besoin d'étonner, de 16 à 17 ans par l'affirmation de soi et après 18 ans par le dénouement de la crise, la prise de recul et la capacité de nuancer ses jugements, tant sur soi que sur les autres.»* (P.G. COSLIN, op.cit, p106).

Cette crise favoriserait, selon DEBESSE, la construction de la personnalité juvénile et présenterait un fort potentiel constructif; elle ne varierait pas selon les époques ou les cultures, car ayant pour origine la prise de conscience du moi. Mais son déroulement pourrait être entravé ou favorisé selon l'époque ou la culture. Elle nécessite ce que DEBESSE appelle une pédagogie de la crise, pédagogie d'accompagnement adopté à chaque adolescent.

2-2-La crise juvénile

Se fondant sur son expérience de psychothérapie, MÂLE (1964) décrit le tableau de la crise juvénile dont la phase pubertaire marque le début. Il mentionne, que deux points essentiels permettent de caractériser la crise pubertaire qui marque le début de la crise juvénile:

- Le doute sur l'authenticité de soi et de son corps (besoin de réassurance, crainte d'être observé, stations devant le miroir, etc.),
- L'entrée en jeu de la tension génitale et de la masturbation, et de la culpabilité qu'elles entraînent.

De ce fait, on doit souligner que de cette crise pubertaire doivent être distinguées les dysharmonies de l'évolution pubertaire «*Marquées à la fois par l'écart entre un corps encore _infantile et des moyens d'expressions génitales presque matures, et par le contraste entre une activité pulsionnelle marquée par la génitalité et des mécanismes de défenses encore infantiles.*» (Ibid, p107).

La crise juvénile proprement dite suit la crise pubertaire. De durée variable entre, elle peut aller jusqu'à 25 ans et plus. Mâle y distinguent les crises juvéniles simples des crises sévères: dans les premières, l'acceptation de l'image de soi est assez facile et les réactions de l'adolescent chargées d'angoisse. Les attitudes d'échec sont réversibles et l'intelligence reste disponible. Les crises sévères sont marquées par une acceptation difficile de l'image de soi.

2-3 Approches psychanalytiques

Les conceptions psychanalytiques ont particulièrement contribué à caractériser l'adolescence par des perturbations et des inadaptations passagères. Ces perturbations qui s'inscrivent dans l'histoire du sujet seraient nécessaires au bon déroulement de cette période. Ce serait leur absence qui constituerait un pronostic défavorable à l'équilibre du futur adulte. COSLIN décrit l'adolescence comme «*Une période de tumules caractérisée par une recherche d'autonomie exacerbé et des manifestations brusques et changeantes.* » (P.G. Coslin, op.cit, p108).

Pour GUTTON (1991), il s'avère alors nécessaire de distinguer la puberté et son équivalent psychique, le pubertaire, de l'adolescent (en d'autres termes, l'adolescence).

De nombreux psychanalystes ont ainsi proposé une réflexion relative à l'adolescence en termes de crise. Anna FREUD, LAUFER, Evelyne KESTEMBERG, et bien d'autres considèrent que la crise d'adolescence «*renvoie à un «conflit de développement*», qui serait éprouvé par tous les adolescents à un degré plus au moins grand». L'adolescence est selon eux un moment de réorganisation psychique, débutant par la puberté, dominée par la dépression sous-jacente, par des

interrogations sur l'identité et par une idéalisation de la « *nouvelle vie* » qui s'offre à eux et qu'ils attendaient imaginativement et inconsciemment. Il s'agit bien de crise car le jeune vit des conflits, des changements et contradictions. La symptomatologie de cette crise est cependant diversifiée (passages à l'acte, conduites d'opposition, etc.) et il n'y a pas de parallélisme entre la gravité du comportement et celle de la pathologie sous-jacente (MARCELLI et BRACONNIER, op.cit).

Des spécificités sont accentuées selon les auteurs. La théorie Freudienne du développement distingue deux processus maturationnels interdépendants: 1-le développement du moi, qui se traduit par la différenciation progressive de la personnalité et par l'apparition du principe de réalité qui permettent à la personne de maîtriser ses pulsions et de s'adapter à son environnement; et 2- la progression selon cinq stades de développement psychosexuels dont la succession est déterminée génétiquement indépendamment du milieu. On se contente de parler du stade génital «*Qui couvre l'ensemble de la période adolescente (de 12 à 18 ans) et se distingue par une grande préoccupation à l'égard des moyens adultes de satisfaction sexuelle et par une croissance marquée des pulsions sexuelles*». (R. CLOUTIER, op.ci, p11)

D'après cette théorie le but principal de l'adolescence consiste à atteindre le stade génital comme mode principal de gratification sexuelle et à réussir à investir des objets libidinaux non incestueux. (Spiegel, citer par R. CLOUTIER, 1996)

Selon CLOUTIER, il est manifeste que l'adolescence n'est pas une préoccupation centrale de la théorie Freudienne du développement. « *On considère que d'ailleurs que la contribution de la fille cadette de Freud, Anna Freud (1895-1982), a donné beaucoup plus de signification à la conception psychodynamique en ce qui concerne l'adolescence.* » (GALLATIN, citer par CLOUTIER, 1996, p11)

Anna FREUD précise, que l'augmentation de l'énergie sexuelle qui s'opère à la puberté peut se révéler une menace pour le contrôle de soi. En effet, il arrive que les pulsions du ça soient si fortes que le moi se trouve débordé dans sa fonction adaptative; c'est alors que l'impulsivité et l'intolérance face à la frustration peuvent devenir des traits fonctionnels dominants chez la personne. Parallèlement, une autre forme d'inadaptation menace l'adolescent; elle consiste en une domination excessive des pulsions sexuelles susceptibles d'entraîner une accumulation explosive de tensions personnelles. Ces deux tendances contraires, à savoir celle où le sujet est dépassé par les pulsions et celle où il les domine de façon excessive, se reflètent dans plusieurs zones du comportement adolescent (amour-haine, solitude-hyperactivité

sociale, égocentrisme-générosité extrême, etc.) et traduisant, selon Anna Freud, la lutte intérieure que mène l'adolescent pour assurer un équilibre entre la domination de ses pulsions et les satisfactions libidinales.

CLOUTIER signale, que dans leurs descriptions de la dynamique adolescente, Sigmund Freud mettent davantage l'accent sur la fonction de défense contre les pulsions, tandis que Peter BLOS, un psychanalyste ayant contribué activement à l'explication psychodynamique de l'adolescence, a ajouté à cette fonction défensive du moi une fonction adaptative, essentielle dans le processus développemental.

Pour KESTEMBERG, La crise serait liée à l'effet de surprise que la puberté présente pour tous les jeunes qui ressentent alors fugacement un moment de gloire auquel succède l'angoisse. L'avenir dépend de la satisfaction qu'apporte la puberté après la longue attente de la période de latence, la crise se déroulant en deux étapes: la première est marquée par la déception, voire même la désillusion vis-à-vis de ce qui était attendu; la seconde est celle du passage de la déception à la conquête, quand l'adolescent n'a plus besoin de tout, tout de suite, lorsqu'il vit ses projets comme des potentialités futures et non comme des réalisations nécessairement immédiates, quand il retrouve le temps d'attendre et donc de fantasmer.

BLOS (1979) explique certains états psychiques contradictoires de l'adolescence comme le résultat d'un processus fondamental de « désidéalisation » des objets libidinaux de l'enfance. Au cours de ce processus, la jeune personne défait les images parentales idéales (père et mère) de son enfance par la découverte de ses limites personnelles, elle défait aussi l'idéal de soi qu'elle s'était forgé. Cette désidéalisation fait partie intégrante du processus de croissance puisqu'elle est l'unique chemin menant à la construction de nouveaux objets plus adaptés à la réalité de la condition humaine.

CLOUTIER insiste, sur un point très important: « *C'est l'adolescence que Blos perçoit la phase la plus intense du changement.* » (Ibid, p12). Pour le même auteur, l'adolescence constitue un processus dialectique de tension entre la régression et la progression (entre les pulsions et le moi), l'une et l'autre étant nécessaires à l'individuation. BLOS (1979), parle d'ambivalence mature pour expliquer cette intégration de forces contradictoires: la réalité est intégrée comme elle est, avec ses bons et ses mauvais aspects.

Selon BLOS, l'adolescence comprend trois phases: 1- le début de l'adolescence
2- l'adolescence proprement dite; 3- la fin de l'adolescence «*au début, une*

perturbation développementale se manifeste, marquant ainsi la fin de la période de latence. Cette perturbation est alimentée par l'écart entre le degré de maturité biologique et la conscience psychologique, la croissance personnelle étant fonction de l'intégration de ces deux dimensions existentielle.

À l'adolescence, la personne remet en question les images de son enfance et réévalue ses investissements libidinaux, abandonnant d'anciens objets pour utiliser l'énergie ainsi libérée dans la réaction de nouvelles amitiés. La fin de l'adolescence se caractérise par la consolidation» (Ibid, p12)

COLEMAN s'interroge sur l'existence d'une importante crise identitaire à l'adolescence. Il constate que de nombreux travaux conduisent à remettre en question l'existence d'un fossé profond entre les adolescents et leurs parents, mettant plutôt au jour une relation constructive et positive et un notable partage des valeurs de base. (Ibid)

COLEMAN nie également qu'il existerait à l'adolescence une incidence de psychopathologie plus élevée qu'aux autres périodes de la vie. Pour lui, les courants sociologiques et psychanalytiques présentent donc une vision déformée de l'adolescence trop attachée à l'anormalité: le psychanalyste rencontre, dit-il, une population qui n'est pas représentative de la jeunesse, et le sociologue ne fait pas la différence entre les groupes de pression qu'il étudie et les jeunes en général.

On peut dire, que COLEMAN nous propose une nouvelle théorie (La théorie focale de développement) fondée sur le fait que les relations avec les parents, l'attitude des à l'égard des pairs et les relations avec l'autre sexe, se modifieraient pendant l'adolescence, mais que ces modifications atteindraient leur apogée des moments différents. *«À différents âges, des types de relation précis se focalisent-deviennent plus importants-, mais aucun n'est particulier à un âge donné.»* (P.G. COSLIN, 2002, p110).

CLOUTIER signale que COLEMAN résume la perspective psychanalytique de l'adolescence en quatre points: *« En premier lieu, l'adolescence est vue comme une période où il y a une vulnérabilité maquée de la personnalité résultant principalement de la résurgence des instincts à la puberté. Deuxièmement, l'accent est mis sur la probabilité de conduites inadaptées en raison des défenses psychologiques inadéquates pour faire face aux conflits et aux tensions internes...Troisièmement, le processus de désengagement y prend une spéciale car il est considéré comme nécessaire à l'établissement de relations émotionnelles et*

sexuelles matures à l'extérieur de la famille. Enfin, Coleman mentionne la formation de l'identité comme quatrième élément important associé à l'adolescence par la théorie psychanalytique.» (R. Cloutier, op.cit, p12)

Coleman estime que l'apport de ce courant théorique renchérit la notion de difficulté à l'adolescence comme si l'adolescence se passait dans un milieu hospitalier ou clinique, ce qui n'est pas représentatif de ce que vit l'ensemble de la population adolescente. (Ibid)

Eric Hamburger Erickson:

Son nom est habituellement associé à l'approche psychodynamique. C'est en raison de l'importance de son étude sur l'adolescence qu'il est considéré ici de façon indépendante.

Pour Erickson, rappelle Cloutier, l'identité à l'adolescence fait face à une crise qui ne peut être résolue que par de nouvelles identifications avec les pairs et des modèles extérieurs à la famille. Le développement identitaire dépend alors de l'évolution de trois composantes chez l'adolescent:

- l'émergence d'un sentiment d'unité intérieure qui intègre l'agir en un tout cohérent,
- l'acquisition d'un sentiment de continuité temporelle reliant passé, présent et futur individuel, conduisant l'adolescent à prendre conscience du suivi d'une trajectoire de vie qui a un sens et une direction,
- l'interaction avec les personnes importantes de l'environnement qui guide les choix.

Selon CLOUTIER, « *Intégrité, continuité, et interactivité sont donc les trois composantes de l'identité dans la perspective d'Erickson.*» (P.G. COSLIN, op.cit, p114)

Mais cette crise adolescente ne peut être isolée des crises rencontrées antérieurement. La théorie d'Erickson propose donc une perspective complète de la vie dans laquelle l'adolescence tient une place cruciale en ce qu'elle a pour rôle de préparer l'adulte en définissant son identité. CLOUTIER précise, qu'ERICKSON propose huit stades de développement pour décrire le passage de l'enfance à l'âge adulte. Chaque stade se caractérise par des conflits et des tensions que la personne doit surmonter en s'adaptant aux exigences du milieu tout en préservant son identité. À l'instar de BLOS, ERICKSON perçoit la tension et les conflits entre des tendances contradictoires comme générateurs de croissance. La personne peut sortir grandie de chaque stade si le conflit se résout par une solution constructive; la tendance positive est alors intégrée au moi pour construire une nouvelle identité personnelle. Toutefois,

si le conflit n'est pas résolu de façon satisfaisante, c'est la tendance négative qui s'intègre au moi en freinant le développement et en donnant lieu éventuellement à une psychopathologie.

L'auteur y décrit le développement humain dans un contexte socioculturel proposant dans un élargissement important par rapport au triangle père-mère-enfant (comprenant le complexe d'Œdipe) défini par Freud. À chacun des stades, l'identité personnelle est confrontée aux attentes et aux aspirations influencées par le monde social et culturel de l'individu. Chaque stade constitue une crise psychosociale à résoudre qui met en jeu des tendances opposées, présentes pendant les autres stades mais atteignant leur apogée, c'est-à-dire la crise, au cours d'une phase déterminée du développement. Pour Erickson, la qualité de l'interaction sujet-milieu ne dépend pas entièrement de l'environnement puisque, selon les moyens dont il dispose, le sujet contribue activement à son développement

(Erickson, 1959,1968)

Pour CLOUTIER, La théorie d'ERICKSON «*N'est sans doute pas toujours aussi précise qu'on pourrait le souhaiter, mais elle a le rare mérite de décrire du début à la fin le développement de la personne. Elle propose une perspective complète de la vie et l'adolescence y tient une place cruciale. Dans ce scénario en huit actes de l'évolution psychosociale humaine, l'adolescence a pour rôle de modeler le visage adulte de la personne en définissant son identité.*» (R.CLOUTIER, op.cit, p17)

Il ajoute, qu'on doit porter au crédit d'Erickson d'avoir augmenté considérablement la crédibilité de l'approche psychanalytique de l'adolescence.

2-4 La théorie des rôles sociaux: l'approche sociologique de l'adolescence

Pour Cloutier, les partisans de la théorie des rôles sociaux ne considèrent pas que les expériences propres à l'adolescence sont avant tout biologiques. Il précise que cette perspective met l'accent sur le processus de socialisation par l'intermédiaire des rôles joués par l'individu.

Cependant, pour d'autres auteurs, tels que DAVID, BRIM, ELDER et THOMAS, l'adolescence est caractérisée par une transition générale dans les rôles que la personne assume « *Pendant l'enfance, les rôles sont déterminées et assignées par les adultes (parents ou autres agents de socialisation); à l'âge adulte, c'est la personne qui assume elle-même les rôles qu'elle tient ainsi que la manière dont elle*

les assume.» (Ibid, p20)

Dans la même perspective, Cloutier parle d'un (nouveau répertoire de rôles sociaux) qui s'élabore à l'adolescence. À cette période, certains rôles de l'enfance sont maintenus mais évoluant d'après les implications personnelles. Cloutier précise que les rôles de fils de fille, d'élève et d'ami continuent donc d'exister mais évoluant en s'amplifiant et en se complexifiant. Le même auteur ajoute que de nouveaux rôles apparaissent: responsable d'équipe ou de projet à l'école, gardienne d'enfants, client responsable payant ses factures, employé rémunéré, etc.

Ces changements dans les anciens rôles d'enfance et l'accès à de nouveaux rôles peuvent s'accomplir de façon plus au moins harmonieuse. Cependant, on peut trouver une discontinuité associées aux changements impliquant parfois des alternances paradoxales de statut (enfant-adulte-enfant); à ce titre, elle est considérée comme une source importante de stress pour les jeunes. La réussite de cette fonction du rôle, si importante dans le cheminement vers l'autonomie adulte, exige selon Cloutier, que le milieu soit à l'écoute du jeune.

Selon l'approche sociologique, plusieurs facteurs conditionnent le vécu de l'adolescence. Certes, la culture imprime ses valeurs, mais la classe sociale et la famille exercent aussi une influence considérable compte tenu de toutes les dimensions subordonnées à ces agents de socialisation.

Le soutien et la compréhension de la famille peuvent avoir une incidence majeure sur l'anxiété que suscitent les changements de rôles adolescents.

Elder précise que le défaut de tenir compte de la dimension historique de l'adolescence serait à l'origine du fait qu'on comprenne mal l'adolescence à l'heure actuelle.

Cloutier insiste sur l'importance de l'adolescence « comme un tournant décisif » dans le processus qui implique des tensions reliées aux changements de rôles, aux pressions extérieures et intérieures que subit la personne. Dans cette même perspective, il souligne que ces tensions sont plus au moins grandes par selon: 1- l'interaction qui s'exerce entre le jeune et ses principaux agents de socialisation; 2- le contexte socioculturel dans lequel il vit; 3- le moment de l'histoire où se déroule son adolescence.

2-5 L'explication cognitivo-développemental

Jean PIAGET a été à l'origine du courant théorique appelé «cognitivo-développemental».

Baldwin considère quatre propositions théoriques réunissent les tenants du courants cognitivo-développemental: 1- le développement donne lieu non seulement à des additions quantitatives d'habiletés, mais aussi à des changements qualitatifs du fonctionnement cognitif; 2- à chaque changement qualitatif correspond un palier développemental, de sorte que le développement ne s'accompli pas de façon continue mais plutôt par stades; 3- l'impulsion du développement provient des conflits posés par un problème donné dont la résolution entraîne une nouvelle organisation, un nouvel équilibre, c'est-à-dire un nouveau stade; 4- le développement est un phénomène transactionnel en ce qu'il est la conséquence d'une interaction constante entre l'individu et son milieu physique et social.

Cloutier précise que la force de cette de cette perspective du développement humain réside non seulement dans l'explication très articulée qu'elle fournit, mais aussi dans les bases empiriques reproductibles sur lesquelles elle repose. Il ajoute qu'« en effet, bien que Piaget ait été fréquemment critiqué sur le plan méthodologique, son approche clinique de l'enfant et l'adolescent a permis la description d'une séquence développementale qui n'a pas encore été infirmé.» (Ibid, p22)

La théorie piagétienne repose non seulement sur une réflexion active et cohérente, mais aussi sur des données empiriques abondantes issues d'une observation originale de l'enfant et de l'adolescent. «On déplore parfois le fait que le courant cognitivo-développemental compte plus de reproductions des idées piagétienne que d'études originales mettant sa théorie à l'épreuve.»(DIAMOND, 1982)

Heinz Werner propose un principe général du développement des organismes qui résume bien la vision des développementalistes. Selon ce principe les organismes vivants se développe depuis un état de globalisme et d'indifférenciation relatif jusqu'à des états progressifs de différenciation et d'articulation accrue. (CLOUTIER, 1996)

Pour Piaget, l'intelligence, aussi bien que le corps, évolue de cette façon. On peut même dire, qu'il nous propose un modèle du développement cognitif dans lequel une différenciation et une articulation de plus en plus grandes sont attribuées à la pensée

dont les structures se modifient suivant les stades traversées. Il croit que l'enfant franchit, au cours du développement de sa connaissance, les mêmes stades que l'humanité au cours de l'histoire et que, par conséquent, l'observation de l'enfant peut apporter un éclairage épistémologique très enrichissant.

PIAGET soutient l'idée que c'est par le biais de la filiation des structures cognitives que le développement ontogénétique a une signification épistémologique. Pour lui, l'intelligence n'est qu'une forme d'adaptation de l'organisme à son milieu au même titre que l'adaptation biologique. La connaissance est une construction qui résulte de l'interaction de l'individu avec son milieu. Ainsi chacun de nos actes dépend l'équilibre entre ce que nous sommes et ce qu'est notre milieu.

De ce fait, et comme le souligne Cloutier, l'adaptation résulte donc de cette interaction sujet-milieu, et les mécanismes d'adaptation se structurent selon ces facteurs de développement (maturation, milieu physique, environnement social) et suivant une tendance innée à chercher l'équilibre: l'équilibration.

En conclusion, on peut dire que cette approche est considérée comme l'une des plus utiles à la compréhension de l'adolescence, notamment à cause de ses enseignements sur le plan éducatif, et ce en dépit du fait qu'elle retient presque exclusivement le point de vue cognitif dans son explication du développement humain.

2-6 L'anthropologie culturelle

Selon Cloutier, l'anthropologie culturelle ne s'est pas opposée aux explications biologiques ou dynamiques du développement; elle a permis de démontrer que les phénomènes observés dans les cultures occidentales n'existaient pas dans toutes les sociétés humaines et elle s'est souvent inspirée des concepts de la psychanalyse pour interpréter les données recueillies sur le terrain (MEAD, 1928, 1973).

Cependant il insiste que «les travaux de Mead ne contiennent pas de théorie explicite du développement à l'adolescence bien que les notions telles que le relativisme culturel aient contribué à évaluer l'influence de la culture sur le déroulement de cette période de la vie, notamment par la description des rites de passage à l'adolescence dans les sociétés primitives» (MUUSS, 1975).

Dans cette même perspective, on peut encore citer, Les travaux de Ruth Benedict, autre célèbre anthropologue et amie de Margaret Mead, qui ont permis de préciser de façon notable la perspective anthropologique de l'adolescence.

MEAD et BENEDICT conçoivent le développement comme un processus continu et graduel. Pour elles, la transition entre la dépendance quasi-totale du nouveau-né et l'autonomie de l'adulte peut s'effectuer selon une progression uniforme; c'est la culture qui crée les stades.

On peut retenir comme conclusion, que la perspective anthropologique de Mead et de Benedict place la culture avant la biologie comme facteur de conditionnement de l'adolescence. Elle présente l'adolescence comme un phénomène d'abord social en appuyant cette hypothèse sur l'observation de sociétés primitives où les problèmes de l'adolescence occidentale ne se pose pas de la même façon, ni aux mêmes moments.

On peut aussi ajouter, selon cette théorie, c'est le morcellement des statuts, des rôles et des sociétés modernes qui causent le stress de l'adolescence. (R.CLOUTIER, op.cit)

Enfin, la perspective anthropologique permet en tout cas d'envisager la possibilité que l'adolescence soit autre chose qu'une crise nécessaire, notamment en rendant la société plus homogène, moins sectionnée en fonction des rôles, des statuts ou des espaces directs. (Ibid)

2-7 L'approche écologique du développement humain

Richard Cloutier mentionne que l'approche écologique se distingue des autres perspectives (biologiques ou sociologiques) en ce qu'elle ne privilégie pas nécessairement un pôle au détriment de l'autre comme source de conditionnement du développement.

Il précise que cette approche se distingue des autres par la notion du (contexte global), ou s'accomplit le développement« *C'est le contexte momentané de la rencontre du sujet avec son milieu qui explique le comportement. Il existerait des lois écologiques régissant les relations de l'individu avec son environnement, et c'est dans l'observation du comportement en milieu naturel, dans son contexte seulement qu'il devient possible de l'expliquer.*» (Ibid, p24)

L'environnement écologique correspond à un ensemble de structures qui s'emboîtent les unes dans les autres et au centre desquelles se développe la personne. On peut donner l'exemple de la famille, l'école, le groupe d'amis, le village, l'usine, etc., qui constituent des modèles de ces structures ou cellules écologiques qui, à des degrés divers selon le moment de développement, influencent la vie de la personne et s'interinfluencent.

BAKER et WRIGNT, nous proposent quatre éléments qu'on doit tenir compte pendant l'étude du comportement dans son milieu: 1- le nombre d'heures passées dans le contexte (par année);

2- le degré d'engagement de la personne dans le contexte et des responsabilités qu'elle y assume; 3- les schèmes de comportements, c'est-à-dire les façons de faire typiquement associées au contexte; et 4- les fonctions comportementales, les exigences situationnelles sur le plan du raisonnement, les échanges verbaux, les activités motrices, les implications émotionnelles, etc.

Selon Baker, l'adolescence se traduit par une augmentation importante du nombre de contexte auxquels l'individu a accès en raison de sa maturité plus grande; conséquemment, la jeune personne est appelée à jouer un plus grand nombre de rôles, donc à élargir son répertoire personnel.

Richard Cloutier souligne, que cette approche n'a pas encore produit une théorie pour l'adolescence (comme telle), cependant, il insiste que les principes qu'elle soutient de même que le soutien empirique qu'elle s'est acquis nous permettent de concevoir d'une nouvelle façon la transition qui s'opère entre 12 et 18 ans.

Enfin, on peut dire, qu'à la lumière de ces travaux, l'adolescence doit être envisagée comme le résultat d'une interaction longitudinale sujet-environnement. De ce fait, l'individu évolue à travers différents contextes, et l'expérience vécue dans chacun peut être influencée par celles vécues dans les autres.

On peut ajouter aussi, qu'en théorie, cette approche du développement nous permet d'intégrer et de respecter ces diverses sources d'influence dans l'étude de l'adolescence; en pratique, cependant, elle pose à la recherche un défi d'intégration qui n'a pas encore été relevé, et certaines questions demeurent sans réponse claire.

Conclusion:

Après ce bref aperçu sur les théories explicatives de l'adolescence, on peut retenir la conclusion, comme le dit COSLIN: l'adolescence est un temps de transition, de transgression et de transaction. Un temps de transition, du fait que, l'adolescence est un passage entre l'enfance et l'âge adulte. L'adolescent vit une période transitoire caractérisée par ce double mouvement de reniement de l'enfance et de recherche du statut d'adulte qui constitue l'essence même de la crise de l'adolescent. De ce fait, l'adolescence, comme le rappelle COSLIN, est une période de transition.

Selon COSLIN, «*il n'en reste pas moins que l'adolescence se déroule à travers*

des changements qui bouleversent l'équilibre interne du sujet, qui appellent une restructuration du moi et engendrent de nouveaux modes d'être au monde.» (P.G. COSLIN, 2002, p13). Ces changements sont plus divers, plus rapides et plus intenses chez l'adulte. Ils entraînent souvent, ce que COSLIN appelle, la transgression. Pour SOLAL, transgresser, signifie passer outre. Coslin pense que la transgression et la progression sont des notions antonymes de la même notion, celle de régression. Pour le même auteur, la transgression est nécessaire à l'adolescence, parce qu'elle permet au jeune de progresser, de rompre avec les images parentales qui, si elles ont été structurantes pour l'enfant, ne suffisent plus à son actuel développement. Cette rupture traduit la maturité sexuelle et le choix d'un autre cadre que le cadre œdipien. L'adolescent cherche à rompre avec ses parents au niveau des valeurs sociales, morales, religieuses et politiques. On peut dire qu'il s'agit d'une rupture avec l'ordre parental et avec l'ordre social, en quelque sorte, il provoque.

D'un autre côté, cette rupture, ces provocations sont aussi, comme le souligne Coslin, une ouverture, accession à de nouvelles relations avec son environnement.

Ce qui est particulier à l'adolescence, précise Coslin que s'il y a transgression, il ya aussi transaction», dans cette même perspective, SOLAL souligne que l'adolescent formule en agissant, murit son action autour d'un dialogue nouveau, d'une contestation qui le conduit à l'action.

Fait individuel, l'adolescence est également un fait social. Cependant, Coslin rappelle que la problématique fondamentale de l'adolescent, son interpellation cruciale, s'avèrent en quelques sorte: quelle place m'accordez-vous au vivre ensemble? Qui suis-je? Derrière cette quête identitaire, ses comportements interpellent aussi la propriété: Qu'est-ce qui est à moi? Qu'est ce qui est à l'autre?

3- La puberté

À l'adolescence, le corps se développe de façon spectaculaire. À aucun moment de la vie postnatal, exception faite de la première année, la croissance n'est aussi rapide. Le corps subit alors une véritable métamorphose. De nouvelles fonctions apparaissent, les capacités physiques sont modifiées, l'enfant se transforme en adulte. Subjectivement, ce processus est imprévisible et il se réalise indépendamment de la volonté de l'individu qui le vit. Or, comme le corps est la base concrète de notre identité personnelle, sa transformation est à l'origine d'une certaine dose d'anxiété et

d'interrogations qui ont leur importance pour l'adaptation future (quant cela va-t-il commencer pour moi? Quand cela va-t-il s'arrêter? Qui vais-je-devenir?) Objectivement, c'est-à-dire considérée de l'extérieur, la poussée de croissance reliée à la puberté s'inscrit dans une continuité structurale qui donne un caractère moins radical à la «métamorphose» adolescente.

Dans un ouvrage sur la psychologie de l'adolescence, STEINBERG souligne que la puberté donne lieu à cinq phénomènes physiques : «1- une accélération rapide de la croissance (la poussée croissante); 2- le développement des caractères sexuels primaires, c'est-à-dire la maturation des gonades, ou glandes sexuelles, assurant la capacité de reproduction(les ovaires chez la fille et les testicules chez le garçon); 3- le développement des caractères sexuels secondaires, c'est-à-dire les transformations qui ne sont pas directement reliées à la fonction reproductrice, mais qui touchent directement à l'apparence physique (les seins, la mue de la voix, le poil pubien,etc); 4- les changements dans la composition du corps, notamment dans la proportion et la distribution du gras et des muscles; et 5- les changements dans la capacité aérobie du corps(force musculaire, résistance, capacité cardiaque et respiratoire, etc.) Chacune de ces zones de transformations physiques est le résultat de changements opérés dans le système endocrinien qui régit la production et la circulation des hormones dans le corps.» (Cloutier, 1996, p35)

Pour Coslin, Le développement physiologique est marqué par la convergence de trois faits fondamentaux lors du passage de l'enfance à l'âge adulte: l'accélération de la vitesse de croissance, l'importance et la rapidité de changements qui concernent la personne dans son ensemble, la grande variabilité inter et intra-individuelle. Pour ce même auteur, le début de la poussée de croissance se situe approximativement à la onzième année de la fille, à la treizième année du garçon; sa vitesse maximale un an plus tard en moyenne, on parle alors de «pic de la vitesse de croissance».

Cependant, Cloutier précise, que le début de croissance typique de l'adolescence «Diffère pour les garçons et les filles. Chez les filles, le rythme est généralement le plus rapide vers 12 ou 13 ans, tandis que chez les garçons il atteint son maximum vers 14 ou 15 ans.» (CLOUTIER, 1996, p 37)

Pour Pierre COSLIN, il existe une relation différente selon le sexe entre poussée de croissance et processus pubertaire; «tous deux commencent en même temps chez la préadolescente tandis que la croissance s'accélère chez le garçon alors que le développement des organes génitaux externes est déjà bien entamé. La maturation de

l'appareil reproducteur, le développement des caractères sexuels secondaires se manifestent par le développement des organes génitaux externes (testicules et verge) chez le garçon, des seins chez la fille, de la pilosité pubienne chez les garçons et les filles.» (P.G. COSLIN, op.cit, p18).

Il ajoute que des variations sont relativement importantes; certaines sont individuelles. Ainsi les données statistiques permettant de définir des limites extrêmes: 8/14 ans chez la fille et 10/16 ans chez le garçon. On peut dans ces cas parler d'avance ou de retard sans considérer pour autant qu'il y a pathologie. Selon le même auteur, de nombreux facteurs interviennent en effet: données génétiques mais aussi environnementales, telles que la santé, l'alimentation, les exercices physiques, le niveau socio-économique, etc.

3-1 Puberté et croissance physique

Avant d'aborder les différentes manifestations de la croissance physique, il nous parait que la question fondamentale qui doit être posée est la suivante: par quel mécanisme le développement relativement calme de l'enfance fait-il subitement place à une poussée de croissance et à une métamorphose fonctionnelle du corps?

Pour répondre à cette question, Cloutier souligne, «*malgré les apparences antérieures, la puberté n'est pas un phénomène soudain, mais la phase finale d'un processus qui commence dès la conception (Peterson et Taylor, 1980; Toubanc, 1993). Les hormones et les systèmes qui commandent les changements pubertaires sont déjà tous présents dans l'organisme à la naissance et ce n'est pas la puberté qui en provoque l'apparition.*»(Cloutier, 1996, p35)

Dans le même sens, il précise que le système nerveux et le système endocrinien jouent un rôle central dans le déclenchement et l'évolution de la puberté.

Quand au rythme de croissance, on peut dire qu'il y ait un décalage chronologique qui fait en sorte que les filles sont habituellement plus grandes que les garçons entre 10,5 ans et 13 ans, alors que leur dimensions corporelles étaient légèrement plus petites auparavant au cours de l'enfance(TANNER, 1961)

Pour Cloutier, la poussée de croissance plus tardive mais plus longue des garçons les amènera à rattraper puis à dépasser les filles. Cependant, il précise que chez les deux sexes, l'accélération de la croissance physique survient environ deux ans avant l'atteinte de la maturité sexuelle, c'est-à-dire à la puberté à la puberté. «*Des difficultés individuelles importantes sont observables quant au moment d'apparition*

de cette accélération, si bien que pour englober toutes les variations de l'ensemble de la population, il faudrait en quelque sorte considérer la période allant de 8 à 19 ans pour les filles et de 10 à 23 ans pour les garçons. Une fois que le sommet de croissance atteint, le taux de croissance diminue rapidement.» (MALINA, 1974, p 39)

3-2 La nature et la séquence des changements corporels

Pendant l'adolescence, presque toutes les parties du corps augmentent en poids et en volume. Selon Cloutier, les transformations pubertaires sont souvent divisées en deux catégories: les caractères sexuels primaires et caractères sexuels secondaires. Les caractères sexuels primaires concernent directement la fonction de reproduction: le fonctionnement du cycle ovarien chez la fille, la possibilité de d'éjaculer chez le garçon, etc. Mais ce sont surtout les caractères sexuels secondaires qui, parmi les transformations pubertaires, se prêtent le plus facilement à l'observation. L'apparition de ces caractères sexuels secondaires fait en sorte que des corps de filles et de garçons, relativement semblables durant l'enfance, se trouvent radicalement différents dans leur apparence générale à la fin de l'adolescence.

Chez la fille, les premiers caractères sexuels se traduisent par le début de l'élévation des seins et l'apparition des poils pubiens.

Concernant la séquence des changements corporels, Le même auteur précise, que l'apparition des caractères sexuels secondaires est un phénomène très variable d'une personne à une autre et d'une race à une autre. Il semble pourtant possible de définir une séquence assez constante pour l'apparition des changements corporels. Ainsi, les pieds, les mains et les jambes atteignent leurs dimensions maximales au début de l'adolescence. Ensuite, la taille (c'est-à-dire la hauteur du corps) connaît une poussée de croissance, puis la masse musculaire (incluant le muscle cardiaque) se développe; enfin, les épaules et les hanches s'élargissent. (CLOUTIER, op.cit)

La croissance du corps s'accompagne d'une importante transformation des capacités de l'organisme à l'adolescence. Sur le plan interne, le système cardiovasculaire accroît son volume sanguin en fonction de la dimension corporelle, mais ralentit en même temps son rythme fonctionnel. Quant au système respiratoire, il connaît des changements similaires à ceux du système cardiovasculaire. On peut mentionner aussi, que la masse musculaire connaît une croissance proportionnelle à celle du squelette chez l'ensemble des adolescents; toutefois, cette croissance

s'accompagne d'une décélération de l'accumulation de gras plus marquée chez les garçons que chez les filles (CHEEK, 1974).

En effet, la dimension du corps, la force physique et la coordination motrice sont trois éléments qui augmentent au cours de l'adolescence, leur rythme de progression n'est pas exactement le même, mais tous s'accroissent (DIMOCK, 1937; ESPENCHADE, 1940; POWELL, 1970; ECKERT, 1973; MALINA, 1988).

Ces changements reliés à la capacité musculaire ont une incidence psychologique importante, en particulier chez le garçon qui, outre qu'il connaît un développement plus intense à cet égard, hérite d'un rôle sexuel qui valorise beaucoup cet acquis.

L'augmentation du poids du corps à l'adolescence est en bonne partie due à l'accroissement des tissus musculaires dont la contribution de 25% au poids total du corps de l'enfant peut passer à 50% du poids total de l'homme adulte. Selon COSLIN(2003), la maturation physique se manifeste particulièrement par la croissance en taille. On assiste ainsi à l'adolescence à un redressement des courbes de croissance après 12/13 ans pour les garçons et 10/11 ans pour les filles. Dans la même perspective, il souligne que les facteurs alimentaires sont très importants « *Ainsi les moyennes de tailles sont inférieures dans les périodes de troubles et de guerres, mais aussi dans les pays en voie de développement. Le rôle de certaines vitamines s'avère primordial, en particulier celui des vitamines de croissance A et B et de la vitamine D*» (COSLIN, op.cit, p). Le même auteur précise que la croissance en poids est d'abord plus accentuée chez la fille que chez le garçon, d'où parfois quelque sentiment d'infériorité chez la fille qui «grossit» comparativement à ses camarades masculins. Le poids plafonne chez la fille vers 16 à 17 ans mais continue à se développer chez l'adolescent qui gagne environ 10 Kilogrammes entre 16 et 20 ans pour un accroissement en taille de 5 centimètres. On relève parallèlement une différenciation de la force musculaire selon le sexe et des variations des périmètres des membres, du périmètre thoracique et de la capacité respiratoire.

Dans ses travaux sur la psychologie de l'adolescence, Cloutier précise que les transformations physiques sont influencées par une série de facteurs dont les plus connus sont: l'hérédité, l'environnement, la nutrition, la maladie et les conditions socio-économiques. Dans notre travail de recherche nous essayons de voir l'influence de la nutrition sur les transformations physiques à l'adolescence.

Avant d'aborder l'influence de la nutrition, nous tenons à préciser qu'au cours des

derniers siècles, le rythme de croissance des enfants s'est accéléré, ce qui s'est soldé à la fois par une maturation plus précoce et une augmentation de la taille adulte. Il signale aussi que cette tendance séculaire, qui se traduit par l'apparition plus précoce de la maturation d'un siècle à l'autre et par une augmentation progressive de la taille et du poids de la population, est intimement liée à l'amélioration des conditions de santé et de nutrition (TANNER, 1961, 1962, 1972; BROOKS-GUNN, 1988, 1991)

3-3 Nutrition et puberté

La nutrition est qualifiée, comme l'un des facteurs responsables de l'évolution de la maturation physique des humains au cours des siècles. «Qui plus est, pour chaque individu l'alimentation apparaît comme le facteur environnemental le plus déterminant dans le développement physique... c'est pourquoi il convient d'accorder une très grande importance à la qualité de la nutrition pendant cette période» (op.cit, p57).

Dans cette même perspective, Tanner signale, qu'une carence alimentaire prolongée, comme on en voit encore couramment dans les pays pauvres, a pour conséquence le ralentissement du rythme de croissance et le retard de la maturation sexuelle.

Selon NEWMAN et NEWMAN (1979), même dans les pays riches comme les États-Unis, le déficit calorique du régime alimentaire chez les adolescents provenant de milieux défavorisés peut dépasser le tiers de la quantité recommandée; ainsi l'absorption quotidienne de calories est de 1800 à 2000 plutôt que 3000. Brooks-Gunn (1991), parle de l'âge des premières menstruations, qui augmente dans les périodes de famine et dans les classes sociales les plus pauvres où l'alimentation ne permet pas le gain de poids typiquement associée à la maturation sexuelle féminine.

Cependant, GARN, souligne qu'il y aurait une limite de ce retard dû à la carence alimentaire: même chez les adolescents d'un poids inférieur à 47Kg, les premières menstruations apparaissent avant 19 ans.

Après la puberté une perte importante de poids, c'est-à-dire supérieur à 15% du poids normal évalué selon la taille, provoquerait l'aménorrhée. ADAMS, GULLOTTA et MARKSTROM-ADAMS, précisent que chez les garçons, une carence alimentaire grave peut aussi être lourde de conséquence: la production de spermatozoïdes cesserait lorsque la perte de poids dépasserait le quart du poids normal de l'homme, évalué selon sa hauteur. Pour Dwyer, on peut constater que c'est

entre 14 et 18 ans que les besoins sont les plus élevés. Les adolescents doivent donc manger beaucoup, mais tout en se gardant des mauvaises habitudes alimentaires. Le même auteur ajoute, qu'en effet, à l'aube du vingtième siècle dans les pays industrialisés, la difficulté majeure chez les jeunes n'est plus tant le manque de nourriture, comme c'était le cas un siècle auparavant, que la suralimentation ou le déséquilibre alimentaire. De ce fait on est confronté à ce que Cloutier appelle «des problèmes alimentaires à l'adolescence», dont l'obésité, l'anorexie mentale, et la boulimie. Nous avons consacré toute une grande partie de ce deuxième chapitre pour parler de ces problèmes, et plus précisément de l'adolescent obèse.

4- Les effets psychologiques des transformations physiques

4-1 Les effets psychologiques

Le corps est le premier point de repère de l'existence, le premier univers connu. Selon Piaget, les premières représentations et activités mentales se construisent à partir de l'exploration du corps et des effets de son activité dans l'environnement.

Les changements physiques à l'adolescence, font remettre en question la référence de base qu'est le corps. De ce fait, La personne doit redécouvrir son corps. Nous rejoignons ce que Cloutier a dit à ce propos, «*ce qui se produit à l'adolescence vient transformer ce référent premier, non pas à la discrétion de la personne, mais selon une programmation indépendante de sa volonté. Il faut donc, s'y adapter.*» (Cloutier, op.cit, p63)

Pierre G.COSLIN nous propose des explications détaillées sur les effets psychologiques de la puberté. Il commence par la prise de poitrine, qui entraîne à la fois, non sans ambivalence, fierté et gêne; son retard est vécu avec un sentiment d'infériorité. Selon ce même auteur, la poussée de la poitrine qui peut s'étagier sur trois ou quatre années est également vectrice d'angoisse. Cette ambivalence entre fierté et gêne est encore renforcée par des aspects de forme et de couleur qui peuvent ou non satisfaire la jeune fille selon l'image qu'elle a de son corps et de l'idéal féminin lui-même influencé par la mode et les médias. Le développement des seins est également important par sa charge d'émotivité. Pour COSLIN, au début de la puberté, les seins vont être vécus comme une nouvelle partie qui s'ajoute en quelque sorte au corps, alors que le reste du corps ne fait que croître. Il ajoute, qu'au début de la puberté, les seins vont être vécus comme «la partie la plus sexualisée du corps». Leurs refus peut entraîner le refus de son corps, de la féminité et de la croissance.

Les seins vont également évoquer la possibilité d'allaitement, acquérant le double symbole de la sexualité féminine, mère et amante, don de vie et génitalité, amour maternel et relation intime.

Concernant le croisement du bassin, COSLIN, le considère comme l'une des préoccupations majeures de l'adolescente et peut entraîner le désir de se «faire maigrir» avec des dangers que cela comporte dans une période de croissance.

Quand aux organes génitaux externes, ils se croissent sensiblement, ils peuvent créer des difficultés du fait de leur excitabilité. Selon le même auteur, au développement des organes génitaux correspond une activité sécrétoire accrue qui se traduit par une élévation rapide du taux d'hormone sexuel entre 13 et 18 ans chez le garçon, plus tôt chez l'adolescente.

On appelle «puberté acquise» le moment où la jeune fille a ses premières règles et le garçon sa première spermatique possible. Cependant, COSLIN signale que la puberté des garçons est plus difficile à déterminer: la première émission spermatique peut en effet avoir lieu longtemps après qu'elle soit possible, ou au contraire être avancée par auto-excitation. Elle manifeste un an et demi de retard sur l'apparition de la puberté chez la jeune fille. Il précise que l'alimentation paraît comme un facteur primordial, une nutrition abondante et riche accélérant considérablement l'apparition de la puberté.

COSLIN parle du retentissement de la puberté sur la croissance, et ceci en intensifiant ses manifestations. De ce fait l'auteur consacre une deuxième partie importante pour le retentissement psychologique interne.

2-Retentissement psychologique interne

La puberté retentit sur la croissance en accélérant et en intensifiant ses manifestations. Ces transformations sont également liées au développement sexuel. Outre la fatigabilité est une relative fragilité générale, elles se manifestent à travers l'image de soi et l'expérience subjective des transformations pubertaires.

a- L'image du corps

L'adolescent a une image de son corps, représentation à la fois syncrétique et analytique, il doit s'y identifier; s'approprier son corps tant au plan proprioceptif que représentatif. C'est l'accession à la génitalité qui lui permet d'avoir une vision totale de son corps. L'image de soi est une image du corps chargée d'affects. Elle est en relation avec l'estime de soi, c'est-à-dire avec le caractère positif ou négatif que le

sujet perçoit de lui-même. Elle est constituée à travers son propre vécu mais aussi à partir de l'image renvoyée par autrui. Cette image peut être approchée à travers le sentiment d'attrait que le sujet a de lui-même, sa condition physique, son efficacité et son identité sexuelle.

Pour RODRIGUEZ-TOMÉ (1997), les adolescents ont une image plutôt favorable de leur corps mais si garçons et filles évaluent pareillement leur condition physique, ils se distinguent au contraire en ce qui concerne leur sentiment d'efficacité corporelle, les filles se jugeant moins performantes, mais aussi en ce qui concerne le sentiment de leur attrait, les filles se déclarent moins satisfaites de leur apparence.

On remarque ainsi une corrélation positive chez les garçons entre le niveau de maturation pubertaire et l'évaluation de l'attrait: plus ils sont précoces, plus ils ont atteint un niveau de développement pubertaire avancé, plus les garçons sont conscients de présenter de l'attrait. Ce n'est pas le cas chez les filles, chez qui la croissance staturo-pondérale entraîne des modifications de la silhouette avec accumulation de graisses sur certaines parties du corps, conduisant à s'éloigner des standards actuels de beauté associés à la minceur. L'influence des médias est ici importante et conduit à des standards différents selon les cultures. D'autant plus que ces transformations s'accompagnent souvent d'une baisse des performances physiques. Les adolescents précoces peuvent ainsi au début se sentir fière de ce qu'elles deviennent pour soudain s'estimer moins séduisantes que leurs camarades du fait de leur féminité. Ainsi la sexualisation change son propre regard et le regard d'autrui et est susceptible de susciter des inquiétudes et des conflits au sein de la famille. Coslin précise, que nous avons deux points, qui ne sont qu'en apparence contradictoires, sont ainsi à retenir quand à la psychologie de l'adolescent lors de la puberté: la gêne d'offrir un tableau disgracieux et la coquetterie. Dans la même perspective, Coslin ajoute, en ce qui concerne le premier, l'adolescent est sensible à l'égard de sa croissance et des différents phénomènes l'accompagnant (acné par exemple). Le jeune réagit cependant moins aux signes lui-même qu'aux effets qu'il peut susciter chez les autres (ou qu'il suscite réellement parfois). Quand au second, la coquetterie, plus fréquente chez les jeunes filles que chez le garçon, elle est en partie liée au statut de la femme.

Il ne s'agit pas cependant d'un phénomène simplement attaché au physique. Il est en grande partie d'origine culturelle et liée aux entreprises de conquête Attaché à la prise

de conscience de la sexualité, la coquetterie adolescente l'est aussi à d'autres facteurs: désir de liberté, d'émancipation, de maîtriser un espace, oubli de sa condition et surtout recherche d'un partenaire. Elle représente aussi une mise en relief de la personne, elle est une façon d'attirer le regard, de se rendre intéressant. Appel au partenaire, la coquetterie est à la fois manifestation et reconnaissance de cet appel. C'est un mouvement vers l'autre même si cet autre n'est pas encore vraiment précisé. Elle participe à la quête de nouveaux objets d'investissements. Elle n'est pas sans relation à ce propos avec le narcissisme dans la mesure où l'adolescent se donne avant tout une image pour lui-même. Mais il faut se méfier des conclusions hâtives dans la mesure où l'intérêt qu'il se porte à lui-même est aussi ce qui déclenche le mouvement vers l'autre. Il existe à ce jour une différence très marquée entre l'enfant et l'adolescent. L'adolescent s'avère en opposition très nette avec l'enfant pour qui la préoccupation de l'image donnée est rare. Pour l'enfant, l'autre c'est l'autorité, celui qui détient le pouvoir de le satisfaire ou non quand au désir qui l'occupe présentement. S'il faut il donnera à cet autre l'image nécessaire, attendue pour obtenir de lui ce qu'il veut. Chez l'adolescent cette préoccupation de l'image qu'il donne à autrui naît plutôt de la question identitaire: que suis-je ? C'est la manifestation de sa propre recherche d'identité.

La construction de l'identité s'effectue en relation avec autrui. Ainsi les pairs peuvent être considérés comme des points de référence pour l'évaluation de soi. Le corps est vécu alors comme un intermédiaire dans la relation à autrui, d'où cette centration omniprésente sur lui. Le jeune attend les changements, les surveilles et les évalue en se comparant à ses pairs. Toute dysharmonie, même passagère, s'accompagne d'inquiétude; de même en ce qui concerne l'estime de lui-même. L'estime de soi peut être attachée à la perception que l'adolescent a de sa compétence ou de sa réussite dans différents domaines en relation avec l'importance qu'il accorde justement à ce domaine ou de l'importance que lui accordent des êtres qui lui sont chers. L'estime de soi est en élévation si les compétences sont vécues à un niveau égal ou supérieur à celui escompté. Faible si elles s'avèrent pour lui nettement inférieures.

5- La place du corps à l'adolescence

L'adolescent, le corps, L'adolescent et son corps. Mais quel adolescent? Et quel corps?

Il nous paraît que ces trois questions occupent une place capitale pour commencer la moindre réflexion sur l'adolescent, le corps, et l'adolescent et son corps.

D.Marcelli écrit, *Brutalement*, à l'adolescence, le corps fait du « bruit ». Il est au centre de la plupart des conflits de l'adolescent. Sur la même piste de réflexion, F. LADAME et M. Perret-CATIPOVIC (1998) précisent que le corps est au centre de la problématique adolescente.

Selon ALVIN et MARCELLI, au niveau du corps de l'adolescence, la transformation pubertaire suscite un double enjeu psychique: la nécessité de maintenir un sentiment de continuité d'existence dans un corps en changement et la nécessité d'intégrer cette transformation pubertaire dans le fonctionnement psychique. (P. ALVIN et al, 2005)

Pour MARCELLI, L'émergence de la puberté définit l'entrée dans l'adolescence. Mais si les variations de chronologie et de tempo pubertaire sont normales au plan physiologique, pour l'adolescent elles sont susceptibles de créer des disparités qui sont source d'un désarroi, voire d'une grande souffrance. L'adolescence est probablement l'âge où la pression physiologique est susceptible de créer le plus grand écart par rapport à la norme, à une période où précisément les jeunes ont besoin de s'y conformer d'une manière très précise.

Ultérieurement, l'adolescence présentera le temps d'intégration de ce qui s'est passé pendant cette première période pubertaire. Toutefois, même si le préadolescent, généralement informé, s'attend à ces événements physiologiques, la puberté restera toujours une surprise, vécue comme quelque chose d'imposé, de subi et venant de l'extérieur. C'est un événement que l'adolescent n'a pas choisi et que, d'une certaine manière, il ne maîtrise pas.

Pour certains, il peut être intolérable d'être mis ainsi dans une situation de passivité par rapport à ce qui se produit dans son propre corps, à son insu pourrait-on dire. (Ibid, p36)

Selon ces mêmes auteurs, la puberté impose à l'adolescent un choix, le choix fait par son corps qui n'est pas nécessairement celui de son fonctionnement psychique. (Ibid, p37)

Rappelons avec MARCELLI, que dans la tranche d'âge 11-20 ans scolarisée, 12, 4% des garçons et 37, 3 % des filles se disent excessivement préoccupées par leur poids. La transformation morphologique pubertaire, l'irruption de la maturité sexuelle remettent en cause l'image du corps. (Ibid)

Ces modifications rendent compte en partie de la fréquence avec laquelle on se réfère au corps lorsqu'on étudie l'adolescence et le paradoxe du corps est d'y être considéré encore comme un objet transitionnel, c'est à dire faisant à la fois partie du moi et du non-moi. Dans cette perspective, Ph. JEAMMET ajoute que le recours au corps est à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Le corps est en effet un repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi encore flottante.

Il est un point de rencontre entre le dedans et le dehors, en marquant les limites.

Le corps est une présence tout à la fois familière et étrangère : il est simultanément quelque chose qui vous appartient et quelque chose qui représente autrui et notamment les parents... Enfin, le corps est un message adressé aux autres. Il signe généralement les rituels d'appartenance, notamment sous la forme de la mode.

Pour Laura COIN-BARIOU, Le corps pubère est un corps puissant mais le fonctionnement psychique de l'adolescent doit s'inscrire dans la reconnaissance de la finitude et de l'incomplétude (la différence des sexes). L'irréversibilité de la transformation du corps de fille en un corps de femme (en un corps d'homme pour le garçon) est une donnée incontournable de la réalité.

Pour compenser cette perte, l'adolescent va investir d'une manière positive l'image de son nouveau corps sexué (féminin ou masculin), bien évidemment lorsque nous sommes en présence d'un dénouement heureux.

Cet investissement positif de son corps est un gain pour l'adolescent, l'amenant alors à la possibilité de jouissance orgastique avec un autre.

Ce corps étranger « *perd avec l'adolescence sa familiarité* » comme l'énonce P. JEAMMET, l'adolescent devra se le réapproprier. Ce corps est révélateur de l'état psychique de l'adolescent, il fait partie de la représentation de soi et est un garant de la continuité du sujet ; mais, il est à la fois perçu par la psyché comme un corps étranger, puisque de par ses transformations (les premières éjaculations, les menstruations, l'apparition des caractères sexuels secondaires), il échappe à son contrôle.

Ainsi, la psyché subit de manière passive ces transformations corporelles, « ces réalités ».

Il existe un écart psyché-soma que l'adolescent va essayer de contrôler, il va essayer de maîtriser ses objets internes inconscients. Le corps peut être alors le lieu de «

figuration » de ces objets internes. Les attaques, les rejets dont il peut être la cible représentent des attaques contre les objets internes et les imagos parentales, atteignant à travers eux le narcissisme de l'adolescent. Le corps est utilisé comme recours possible dans le maintien de l'identité.

La marque corporelle vient signer la rupture avec le monde de l'enfance, de la dépendance aux parents. Pour l'auteur, la violence faite au corps serait une tentative de figuration pour l'adolescent de ce qui lui fait le plus violence, le besoin pour lui «de devoir rompre le cordon ombilical, se détacher du corps maternel pour conquérir une identité qui ne va pas de soi ».

Le risque est que l'adolescent efface toute trace de la représentation de ses parents ; le corps est alors utilisé comme produit de consommation, il a un fonctionnement mécanique. (Laura COIN-BARIOU, 2005)

Pour D.A.CASSUTO, L'adolescente se trouve dans la nécessité d'intégrer des données nouvelles concernant son corps, sa représentation, son identité personnelle, ses rapports sociaux, son intimité avec l'autre sexe, données toutes inédites jusqu'alors. Les conduites qui en découlent sont en rapport très direct avec les avatars de la fin du processus de sexualisation qui intervient avant que la sexualité au sens strict ne se mette en acte.

Cassuto précise, qu'on ne peut parler d'adolescent sans évoquer son corps : il n'y a d'adolescent que parce que le changement pubertaire travaille le corps de l'enfant, bouleverse ses repères spatiaux et la linéarité de son développement physique.

Selon les études sociologiques de Marie CHOQUET, alors que l'image que les garçons ont de leur corps s'améliore avec l'âge : (surtout trop petits à 16 ans), celle des filles ne se modifie pas. Un adolescent sur deux n'aime pas se regarder dans la glace, ni se faire photographier, bien que plus de la moitié se juge séduisant et ayant du charme. Les filles ont une impression moins positive d'elles-mêmes 27% s'estiment séduisantes et 40% pensent avoir du charme. Une majorité des jeunes insatisfaits de leur poids veulent en changer (41% des garçons, et 63% des filles). En fonction de leur corpulence les résultats sont différents : dans le groupe des plus maigres 40% se perçoivent effectivement plutôt maigres mais plus de la moitié sont satisfaits de leur silhouette. Dans le groupe des plus gros, 72% se trouvent avoir effectivement une surcharge pondérale et 25% sont satisfaits de leur corpulence. Ces insatisfactions quand au poids sont plus marquées chez les filles à partir de 14 ans alors qu'elles ont tendance à diminuer avec l'âge pour les garçons. Un certain

nombre s'engage dans des stratégies de contrôle pondéral plus ou moins draconiennes : 15% des filles (et 17% après 17 ans) et 4% des garçons suivent un régime. Ces conduites anorexiques, entrecoupées de conduites boulimiques peuvent être transitoires et ne dérivent pas forcément vers des troubles des conduites alimentaires graves, mais doivent être surveillées. Les troubles du comportement alimentaire plus graves (anorexie, boulimie) sont étroitement liés à ce concept d'image du corps et d'acceptation des modifications corporelles dues à la puberté. Mais des troubles de relation mère-fille dans le développement infantile précoce sont retrouvés dans ces troubles pathologiques.

Pour CASSUTO, a raison prétexte avouée par des adolescentes à vouloir maigrir est celle qui est la plus plausible socialement : les garçons « trip » sur les filles minces et il faut leur plaire répondent les plus obsédées par leur poids dans une étude effectuée dans un collège canadien. Plaire n'est qu'un aspect de la motivation à maigrir puisque les filles désirent souvent être plus minces que ce qu'elles considèrent comme conforme au désir masculin. Il est possible que le désir de maigrir, d'avoir un corps mince, soit pour les adolescentes une façon de maîtriser la féminité. La valorisation de la silhouette des mannequins d'une part et une certaine représentation plus accentuée du corps féminin (avec des hanches, une taille bien marquée, des fesses,...) incitent à une nouvelle stratégie de pouvoir : les jeunes filles d'aujourd'hui se veulent-elles excitantes et intouchables ?

Devenir un corps d'adulte, renoncer pour cela à son corps d'enfant, n'est pas non plus une mince affaire.

L'acquisition de l'image de soi ne peut se faire que par la médiation de l'image et du regard d'autrui.

La dysmorphophobie est une forme particulière de refus de son propre corps.

Pendant l'adolescence on pourrait parler de dysmorphophobie « normale » et transitoire. L'adolescent déteste son corps parce qu'il a peur que les autres ne le jugent difforme. Il s'agit non seulement du regard parental, mais aussi du jugement social, de ses normes, de sa dictature ainsi que du poids des modèles culturels : le corps idéal, véhiculé par la mode clairement hors de portée de l'immense majorité de la population.

Mais n'oublions pas de rappeler que l'adolescente, vers 16 ans, est normalement à un sommet pondéral : elle est plus dodue à cet instant de sa vie et s'affinera par la suite, pour être plus mince à 20 ans qu'à 16. Nombre d'adolescentes et de mères

d'adolescentes ne supportent pas cette évolution physiologique normale.

Ces filles (très souvent encouragées par leurs mères mais aussi parfois par leurs pères et/ou leurs copines) rentrent à ce moment-là dans le cycle pernicieux de la restriction –désinhibition alimentaire et de son corollaire le yoyo pondéral ascendant.

Sans occulter le problème, il est parfois nécessaire d'attendre. Il faut que les mères soient capables de transmettre à leur fille la capacité à se sentir bien dans leur corps de femmes.

Selon CASSUTO (2004), un recadrage alimentaire sans restriction propre peut juste être bénéfique. Il est parfois urgent de ne pas se presser pour que les adolescentes soient au mieux de leur beauté et de leur séduction. Parfois, lorsque la maturité physique précède la maturité psychique (comme c'est le cas dans le début de l'adolescence, et plus particulièrement dans les pubertés précoces ou les prises de poids renvoyant à un corps très féminin), l'adolescente, incertaine de sa propre unité, dévalue son image car toute exhibition devient dangereuse, autant pour elle même que pour le risque d'une infraction de la part de l'autre.

L'interaction mère-enfant n'attend pas l'âge de l'adolescence. Les filles internalisent de plus en plus tôt le diktat de l'idéale minceur comme valeur essentielle à la réussite sociale et sont concernés par leur poids avec tout ce que ça comporte en termes d'insatisfaction corporelle et de dévalorisation de l'estime de soi.

Ce type de comportement peut être délétère voir même contre productif pour le développement pondéral et psychique de ces filles. Parallèlement, l'évolution de la mode enfantine de ces dernières années ne respecte pas les rondeurs propres à l'enfance. Cette mode, amplifiée par la fascination de l'adolescence, amène certaines mères à prendre leurs préadolescences pour des adolescentes ou des petites femmes. Cette mode ne crée pas de trouble du comportement alimentaire mais vient accentuer les préoccupations des fillettes autour de leur apparence, de leur poids et de leurs formes. Elle place l'enfant dans une perspective « adultomorphe » de séduction et de sensualité en ne laissant pas l'enfance s'exprimer en lui imposant des contraintes inappropriées.

En résumé, comme le dit Alvin et al, trois cercles de perturbations se forment depuis ce pavé de la puberté: le cercle du corps, le cercle de la famille et le cercle de la société. Allant du plus intime au plus général, tous trois sont liés les uns aux autres et ont des retentissements les uns sur les autres. (Alvin et al, op.cit, p36)

6- Lecture psychanalytique de l'adolescence

Reprise biologique de la maturation sexuelle, la puberté s'accompagne, d'une reviviscence pulsionnelle mettant fin à la phase de latence. Les pulsions libidinales étant réactivées, les conflits du stade œdipien sont susceptibles de resurgir, leur manifestations dépendent en grande partie de la solution qu'ils avaient précédemment reçue. À la relativement calme période de latence succèdent donc un temps de crise puis des tentatives d'adaptation tendant à une nouvelle organisation de la personnalité.

Selon ROCHEBLAVE-SPENLÉ (1969), c'est approximativement entre ses onzièmes et quatorzièmes années que l'adolescent connaît un temps de déséquilibre dominé par l'ébranlement des anciennes formations réactionnelles et la défense contre les anciens objets. L'adolescent doit abandonner ses objets parentaux d'amour, cette lutte engagée contre ces anciens investissements aboutira, d'après Coslin, à une rupture avec les parents, soit au rétablissement d'un nouvel équilibre dans l'affection partagée, soit au rétablissement d'un nouvel équilibre dans l'affection partagée. Le même auteur précise que l'issue dépend des positions œdipiennes au début de la période de latence et de la solution donnée au conflit œdipien, mais aussi de l'attitude familiale présente. Il rajoute qu'entre les quatorzièmes et seizièmes années se situe «l'apogée» de la crise, caractérisée par le conflit entre une homosexualité latente et l'hétérosexualité, et par le renforcement des défenses. Enfin, avec la seizième année, survient une nouvelle phase de réorganisation structurale et de consolidation du moi, d'assouplissement des défenses et d'adaptation. Pierre .G. Coslin (2003) considère cette fin de la période de latence, comme une réactivation de la phase phallique sous la poussée pulsionnelle: augmentation de la tension génitale et investissement des organes sexuels, ce qui entraîne de nouvelles manifestations de l'angoisse de castration dont l'adolescent et l'adolescente se défendront différemment.

Dans la même perspective, Coslin souligne que ce n'est pas une réédition pure et simple qui intervient lors de la puberté, mais plutôt une réaction de l'adolescent devant la rupture d'un équilibre relatif, rupture provoquée à la fois par la reviviscence des pulsions et par l'accroissement des pulsions agressives. Une telle évolution, interprétée par BLOS (1962) en termes de second processus d'individuation, peut s'analyser selon cinq phases:« la préadolescence, temps de résurgence de la prégenitalité et d'une importante émergence pulsionnelle; la première adolescence,

caractérisée par le primât génital et le rejet des « objets internes parentaux »; l'adolescence, marquée par la résurgence des conflits œdipiens et le désinvestissement des anciens objets; l'adolescence tardive, période de consolidation et de réorganisation structurales de la personnalité et la post-adolescence où l'état d'adulte est atteint» (COSLIN, op.cit, p31)

Pour BLOS, l'adolescence est caractérisée par un processus de désidéalisations des objets libidinaux de l'enfance, consistant à se défaire des images parentales idéales, désidéalisations qui permettra à l'adolescent de construire de nouveaux objets l'adolescence constitue ainsi un processus dialectique de tension entre régression et progression qui sont l'une et l'autre nécessaires à l'individuation.

a- Le rejet des objets parentaux

L'adolescence entraîne le rejet des images parentales de l'enfance, ce qui conduit l'adolescent au risque d'un conflit avec ses parents. La perte d'une certaine image parentale peut provoquer une réaction de deuil: la libido était uniquement investie sur les objets parentaux; l'adolescent ayant de ses parents une image différente de celle forgée pendant l'enfance, suite à l'évolution de leurs relations, assiste en les rejetant, à leur mort fantasmatique. Pour Coslin, une telle rupture s'avère nécessaire pour la conquête de son autonomie. Selon le même auteur, elle est une défense à l'égard du danger des père et mère œdipien, mais aussi à celui de ses pulsions à leur encontre. Ce caractère défensif se révèle à travers les fluctuations du conflit dépendance/ indépendance et dans les tentatives d'identification aux images parentales qui en découlent.

Il s'agit bien d'un processus de deuil décrit par Freud où l'objet perdu est intégré au moi, et l'agressivité originellement dirigée contre l'objet d'amour désormais tournée contre le sujet lui-même. Ce qui n'est pas sans entraîner une certaine mélancolie dont l'effet secondaire permettra une décharge agressive sur les anciens objets d'amour. Coslin (2002) explique que la disparition de cette relation conduit le jeune à ne plus se sentir valorisé par ses parents et donc à perdre les fondements que son moi devra rechercher ailleurs.

b- Le renversement des affects

Les mécanismes de défenses utilisés par l'adolescent contre les anciens objets d'amour ont été particulièrement étudiés par Anna Freud. L'un de ces mécanismes est voisin des formations réactionnelles: il consiste à renverser l'amour en haine et le

respect admiratif en mépris. De ce fait, cette transformation des affects emprisonne l'adolescent et les parents dans une relation sado-masochique réciproque (Coslin, 2002). Celle-ci est accompagnée d'angoisse et de sentiments de culpabilité constituant eux-mêmes de nouveaux motifs de défense (déni et formations réactionnelles) et entraînant des mécanismes de projection permettant à l'adolescent d'attribuer à ses parents ses propres sentiments d'hostilité, attribution venant se rajouter à l'éventuel ressentiment familial suscité par ses comportements. Coslin précise aussi, que ce retournement des affects peut conduire l'adolescent non seulement à agresser l'ancien objet d'amour mais à tourner cette agression contre lui-même. Cette nouvelle défense peut induire chez l'adolescent des tendances dépressives, voire suicidaires.

c- L'investissement de nouveaux objets

Un autre mécanisme consiste à investir de nouveaux objets, évitant ainsi l'angoisse due au détachement brutal de ses attachements infantiles. Divers solutions peuvent alors se présenter; la libido peut s'attacher à des substituts parentaux sensiblement différents des objets originaux quand à leurs caractères et attitudes (professeur, éducateur, etc.); elle peut se fixer à des personnes incarnant l'idéal du moi, représentant un compromis entre les parents et soi-même; elle est le plus souvent dirigée vers des pairs. Cette défense est manifeste dans l'éclosion des amitiés juvéniles. Une telle fixation de la libido marque un progrès sur le plan de la socialisation car elle permet au narcissisme adolescent de se diluer en s'étendant à un autre et elle implique, sur le plan interpersonnel, le passage des relations hiérarchiques aux relations démocratiques. (Ibid)

Coslin (2003) souligne le rôle de l'amitié dans la protection contre le risque de se mésestimer et de se sentir dévalorisé, elle est narcissiquement rassurante, sécurisante car les amis vont donner un sens nouveau à la vie du jeune et l'aider à construire un nouvel univers de valeurs. Il rajoute que l'ensemble de ses nouveaux investissements ne constitue qu'une étape normale dans l'évolution de l'adolescent; ces attachements ayant un caractère défensif sont souvent transitoires.

L'adhésion à un groupe peut également être considérée comme une défense permettant d'investir la libido sur plusieurs personnes à la fois. Elle procure à l'adolescent un sentiment de sécurité du fait que le groupe est refermé sur lui-même.

Cependant, Coslin(1999) mentionne, la libido détournée des objets parentaux peut ne pas trouver d'objets extérieurs et le moi être choisi comme objet d'amour. Un tel investissement narcissique peut être à l'origine de nouveaux sentiments d'estime de soi. Il se manifeste à travers l'exaltation et la contemplation du moi. Le jeune cherche alors à se démarquer des adultes et à présenter un caractère original dans l'ensemble de ses conduites.

d- Des mécanismes primitifs

Si l'angoisse est très forte, l'adolescent peut enfin présenter des mécanismes de défense primitifs, régressant alors à des stades antérieurs. Cette régression, précise Coslin, est bien plus importante et risque d'aboutir à une identification primaire avec la mère.

Selon ce même auteur, Les limites du moi peuvent devenir floues avec des alternances d'identifications et de projection, et une détérioration du contrôle de la réalité peut présenter un danger de désorganisation entraînant chez l'adolescent la peur de perdre son identité. Le retour à un stade de non différenciation procure un soulagement apparent mais fugace. Il peut ne durer longtemps et de nouvelles défenses se constituent contre cette peur: le négativisme et la révolte. Il ya là alors également «opposition» de l'adolescent, mais cette manifestation diffère du démarquage habituellement relevé dans le narcissisme adolescent.

e- Pulsions et conflits au cours de l'adolescence

Pendant l'adolescence, les pulsions sexuelles et agressives connaissent un accroissement considérable. En ce qui concerne les premières, cette période aboutit au primat des satisfactions génitales. Elle conduira les secondes à s'assimiler et à s'intégrer dans la personnalité. De ce fait, l'adolescent a peur d'être submerger, de perdre son identité, peur qui se manifeste par l'impossibilité d'établir des relations avec autrui dans leur totalité. L'énergie pulsionnelle est bien à l'origine des conflits que l'adolescent est appelé à résoudre, mais, comme l'explique Pierre Coslin, elle n'en est pas seule responsable, car il faut prendre en compte la plus grande tolérance du moi induite par le sur-moi. Ainsi naissent les conflits avec l'entourage du fait de la recherche de l'adolescent de la satisfaction de ses désirs sexuels et agressifs.

Sur la même piste de réflexion, on peut dire, comme le précise Coslin dans son ouvrage (*Psychologie de l'adolescent* (2003)), se situant dans un plans plus profond que les défenses à l'égard des objets, divers mécanismes de défenses sont

caractéristiques de cette époque: l'ascétisme, l'intellectualisation, l'acting out et même certaines formes de l'activité créatrice.

L'ascétisme constitue une généralisation de la défense à l'ensemble de la vie pulsionnelle, voire même de la vie organique. S'opposant à toute pulsion, l'adolescent finit par s'interdire les besoins les plus élémentaires. Cette défense n'a pas ce caractère de compromis que représentent généralement les autres mécanismes. Cependant, elle procure des satisfactions narcissiques, l'adolescent se sentant approuvé par son sur-moi, s'estimant supérieur aux autres. L'ascétisme peut, à la limite, entraîner un plaisir masochiste. Le plus souvent de telles défenses sont transitoires. Les pulsions émergent soudain brutalement et il n'est pas rare de constater alors un revirement complet du comportement.

Quant à l'intellectualisation, sa fonction n'est pas d'écarter les pulsions comme la précédente. Elle les réoriente sous un aspect théorique. Ainsi, l'adolescent ne fuit pas les pulsions mais tourne plutôt vers elles un intérêt purement abstrait, intellectuel. Son activité mentale manifeste la préoccupation de ses processus intellectuels; elle transforme en pensées abstraites tout ce qu'il ressent. Le jeune sépare alors les idées des expériences réelles, discutant interminablement de grands problèmes dont l'origine pulsionnelle est tantôt évidente (l'amour, la contraception, etc.), tantôt masquée (la politique, la philosophie, etc.). De telles discussions ne sont pas suivies d'actions, s'avérant toutes justes bonnes à éliminer les rêveries diurnes sans s'intégrer dans la vie réelle.

L'acting out en est quelque sorte à l'opposé de l'ascétisme. Cette défense consiste à traduire en action de manière impulsive les pulsions habituellement contrôlées. Ainsi, la fuite ne se fait plus devant les pulsions elles-mêmes, mais devant les conflits qu'elles induisent. Ce sont par exemple ces engagements prématurés dans les activités hétérosexuelles qui ne sont qu'une défense contre les investissements homosexuels (alors que ce sont justement ces derniers qui constituent eux-mêmes une défense contre l'hétérosexualité sont les plus socialisants à cette époque-dans l'amitié, par exemple)

Enfin, selon ce même auteur, l'activité créatrice non tournée vers autrui peut également être considérée comme une défense contre les pulsions. Ainsi les journaux intimes mais aussi diverses activités artistiques peuvent permettre un déplacement des pulsions sur les idées, ce qui constitue une abréaction socialement permise. (COSLIN, op.cit)

7- Adolescence et sexualité: Le vécu de la sexualité

Pour Alvin, MARCELLI et ARCHABEAUD, de tous les phénomènes en jeu dans le processus pubertaire, le plus déterminant est sans aucun doute celui de la sexualisation. Dans le même sens, Coslin précise que chez les filles, l'apparition des menstruations est certainement l'événement le plus marquant de l'ensemble du processus pubertaire. Comme le disent RODRIGUEZ- TOMÉ et BARIAUD, elle instaure une discontinuité dans l'évolution de l'adolescente et la touche dans son intimité corporelle. Elle indique biologiquement la survenue de sa capacité de reproduction et signifie un nouveau statut social: celui de femme.

Pour Alvin et al, la sexualisation apparaît beaucoup plus comme une dynamique que comme un acquis ou un statut. La sexualisation, en effet, intervient bien avant que la sexualité au sens stricte ne se mette en acte. Elle concerne non seulement les organes sexuels mais la totalité de l'individu. Les transformations pubertaires sexuelles du début de l'adolescence et les divers émois qui les accompagnent réalisent en fait la première «initiation» à un corps sexué d'adulte, c'est-à-dire un corps avec lequel l'acte sexuel devient réalisable. Cette nouveauté, l'adolescent doit apprendre à gérer, ce qui n'est pas toujours facile. (ALVIN et al, 2005). Les mêmes auteurs précisent que la sexualité ne se limite pas à l'activité sexuelle «elle fait naître toute une série de questions sur le corps, les sensations, la filiation, etc.». (Ibid), ils rajoutent qu'une distinction entre sexualisation et sexualité est fondamentale, car les préjugés qui ne reconnaissent à la sexualité adolescente que les risques et dangers qu'elle représenterait sont courants. La dynamique sexuelle de l'adolescent est rarement mise en langage par lui, mais elle infiltre et module pratiquement tous les aspects de sa vie relationnelle, à commencer celle avec son propre corps. (Ibid)

Le vécu de cette sexualité peut alors être négatif ou positif chez la jeune fille qui découvre ses règles selon les informations qu'elle a préalablement reçues, elle peut ainsi y voir l'avènement de ce pouvoir fabuleux qu'a la femme de donner la vie et retirer une certaine fierté de ce nouvel état de femme adulte; elle peut, mal avertie, vivre dans l'angoisse et le bouleversement ce sang qui quitte son corps. (Coslin, op.cit)

Coslin souligne que la sensibilité de l'adolescent à sa sexualité naissante est aussi à replacer dans le cadre de la société, de ce qu'elle permet, dit et interdit. Il faut ainsi

relever la culpabilisation culturelle qui si elle tend à s'estomper n'en est pas moins parfois virulente. Le même auteur signale que l'adolescent éprouve à la fois accablement et fierté: ainsi la jeune fille qui vit sa fragilité, peut se sentir inférieure aux autres ou à ce qu'elle était au préalable, ressentant parfois, bien que plus rarement, terreur, dégoût, ou culpabilité. Mais elle se sait en même temps devenir «femme», devenir «grande», ce qui peut aussi la conduire au refus de sa féminité par crainte de l'avenir de la femme. De même le garçon, qui guettant sa moustache naissante, s'exagère son adolescence nouvelle, pour masquer son regret de quitter l'enfance.

Coslin rajoute, qu'il n'en existe pas moins des différences notables entre garçons et filles quand à la nature de leur prise de conscience pubertaire. Bien que l'opposition tende de plus en plus à s'amenuiser, les filles s'orientent encore plutôt vers la sentimentalité et les garçons vers l'érotisme. Cette prise de conscience est également vecteur d'une opposition qui elle-même entraîne une mauvaise conscience. Le sujet ne se sent pas bien dans sa peau, est sans disposition d'accueil à l'égard des autres. Tenté de croire que les adultes qui l'on précédé ont facilement franchi cette période, il manifeste une agressivité jalouse. De la valeur qu'il accorde au statut d'adulte, il n'arrive parfois qu'à tirer du ressentiment. (Ibid)

8- L'adolescent Algérien

Pierre Coslin écrit dans son livre intitulé (Psychologie de l'adolescence) « *la recherche de l'identité est au centre de la crise d'adolescence.*» (Coslin, 2002), il ajoute que l'adhésion aux groupes et aux valeurs de ses groupes d'appartenance est une composante essentielle de l'identité sociale est en particulier de ce que l'on pourrait qualifier avec MALEWSKA-PEYRE d'identité culturelle. Ensuite, il nous explique cette notion d'identité culturelle qui est corrélative de la situation du groupe d'appartenance par apport aux autres groupes: statut, économie, couleur de la peau, etc. et renvoie à la notion de culture. Ainsi, les jeunes se considèrent à la fois en fonction de ce que sont les autres et de la façon dont ils les considèrent, et la crise identitaire va s'aggraver toutes les fois que les messages reçus des autres seront négatifs ou pour le moins contradictoires ou incohérents. Elle sera alors menacée de dévalorisation. Et ceci s'avère particulièrement vrai pour les jeunes Maghrébins, qui se trouvent confrontés à la double représentation d'un père au statut familial valorisé,

mais au statut socio-économique dévalorisé.

Les pays musulmans dont l'Algérie, sont influencés par la culture musulmane. Coslin signale que l'appartenance islamique s'inscrit dans trois dimensions principales: le contact de foi originale, les prescriptions culturelles et la conception du sacré (Coslin, op.cit).

Des sens connexes s'attachent à la notion de sacré, notamment la bipolarité du monde reposant sur la séparation de l'ordre masculin et féminin. Pour Roche et Coslin (2000), cette dichotomie sexuelle a été réglémentée dans le droit musulman par une série de recommandations pour l'un et l'autre sexe quand à la manière de se regarder, de se vêtir, mais également par l'imposition du voile et la claustration de la femme (Hadjba). De ce fait on peut dire, comme le souligne CAMILLERI et VINSONNEAU, le sexe s'avère un facteur primordial dans la définition des stratégies identitaires.

Pour M. N. NINI, El-Boulough est le terme le plus communément utilisé pour signifier dans notre langage de tous les jours qu'un individu est sorti de l'enfance et que, de ce fait, il est du point de vue de la nubilité tout à fait mature. En fait, si l'adolescence commence à la puberté, elle ne se confond pas avec elle.

Ce qui marque bien l'organisation familiale traditionnelle, c'est l'accession de l'individu sans transition au statut d'adulte, et ceci dès la puberté «C'est ainsi que dès que l'aptitude à se reproduire se manifestait, l'individu était marié et se trouvait de ce fait confronté à de nouvelles responsabilités et à un nouveau statut.» (M. N. NINI, 2008)

Dans la même perspective, M. N. NINI mentionne que ce passage sans transition du statut d'enfant au statut d'homme marié ou de femme mariée faisait qu'il n'y avait pas de place pour cette expérience adolescente. Et si le terme désignant cette expérience n'existe pas dans notre langue parlée, c'est sans doute parce qu'il n'y avait aucune expérience de ce genre qu'on pouvait désigner comme telle.

Ainsi, on peut dire que dans la société traditionnelle, le mariage, comme fait social, permettait d'introduire directement l'individu dans la société des adultes.

Cependant, M. N. NINI pense qu'il n'y a pas que cette expérience pour confirmer ce nouveau statut, un autre fait culturel vient de s'ajouter à ce fait social: c'est la double obligation à laquelle l'individu nouvellement pubère est dorénavant obligé de se soumettre: le jeûne pendant le mois de carême et l'obligation de faire la prière, et comme l'écrivent Salmi et Aït Mohand, en milieu traditionnel Maghrébin, la puberté

marque le début du Taklif (obligation religieuse). Par ailleurs, ajoutent ces deux auteurs, un certain nombre d'interdits sont imposés à l'adolescent tels que l'exclusion du gynécée pour le garçon, le port du haïk et la hedjba pour la fille. Autant de signifiants qui introduisent directement l'adolescent dans le monde codifié de l'adulte. (Ibid)

SALMI et AIT MOHAND expliquent que ces interdits constituent d'emblée les indicateurs de la voie à suivre dans les processus de formation de l'identité notamment sexuée de l'adolescent.

En fait, en soumettant l'individu nouvellement pubère aux obligations que l'adulte, permettait une véritable reconnaissance sociale, ainsi, l'individu est d'ores et déjà reconnu comme pleinement responsable de ses actes devant Dieu et devant les hommes et donc adulte au sens plein du terme.

En résumé, on peut dire, comme l'écrit M. N. NINI, l'accès au mariage et à la sexualité, les obligations morales du jeûne et de la prière, l'exclusion du garçon du gynécée, le port du haïk et la Hedjba pour la fille, faisaient donc que l'individu passait sans transition du monde des enfants à celui des adultes avec un statut et un rôle bien définis.

Mais tout cela se passait autrefois. Qu'en est-il aujourd'hui?

Pour M. N. NINI, l'organisation familiale traditionnelle qui reposait tout entière sur l'autorité du père s'est trouvée totalement remise en question, notamment par l'apparition sociale de cet individu nouveau qu'on appelle «adolescent», lequel il n'ya pas longtemps encore n'existait pas.

Cette époque révolue, et face à tous ces jeunes qui ne sont plus des enfants et qui, par le fait des profonds bouleversements que connaît la société algérienne, ne peuvent pas non plus être considérés comme des adultes, beaucoup de parents peu préparés à leur rôle actuel connaissent eux-mêmes d'énormes difficultés. Dépassés par les événements et bouleversés dans leur assurance normative et éthique, ils se trouvent confrontés à des jeunes gens et à des jeunes filles qu'ils ne savent plus comment situer. (Ibid)

Pour BOUCEBCI, l'adolescence en Algérie contemporaine est marquée par cette alarmante déperdition scolaire, d'autant plus alarmante qu'elle a de plus en plus pour corollaire une adaptation sociale.

En plus de cette déperdition scolaire, l'adolescence, nous dit BOUCEBCI *«tend à devenir une phase de durée plus au moins longue(...)». La majorité des jeunes se trouvent, faute de centres de formation professionnelle en nombre suffisant, dans une situation qui, surtout en milieu urbain, est marquée par un désœuvrement plus au moins caractérisé»*

En fait, comme le dit Erikson, *«c'est le potentiel idéologique d'une société qui aura toujours l'audience d'un adolescent...»*. Il se trouve malheureusement pour ce qui concerne notre société, que ce potentiel idéologique est totalement en panne. (Ibid)

L'adolescent algérien trouve encore de grosses difficultés à parler de sa propre sexualité, de son corps et des émois qui le traversent. Ce qui pose le problème de l'information sexuelle saine, déculpabilisée d'autant plus urgente à mettre en place qu'elle est occultée et qu'il est à craindre, pour beaucoup d'adolescents algériens, que les films pornographiques de la parabole ne soient le seul référent. Ce qui ne paraît pas gêner beaucoup de gens dès lors que la question de la sexualité de l'adolescent et de l'adolescente peut être éludée sous le fallacieux prétexte d'une morale religieuse, alors que l'Islam est sur cette question porteur d'un message très moderne et que les tabous liés à la sexualité au Maghreb sont plus le fait du pseudo-respect des traditions qui cache mal le malaise des adultes, y compris des professionnels de santé, des travailleurs sociaux, des personnes chargées du planning familial et des enseignants dans les lycées et collèges, d'adultes angoissés, peu préparés aux rôles nouveaux qui leur incombent vis-à-vis des adolescents.

Et si comme le dit Erikson: *«le désir le plus ardent d'un adolescent est d'être affirmé par ses pairs et confirmé par ses maîtres»*, concernant l'Algérie, de ce point de vue, c'est l'échec total, car les seules affirmations que peut trouver un jeune aujourd'hui en Algérie sont celles de la violence la plus ignoble. Quant au besoin de confirmation, que peut attendre un adolescent en quête d'un modèle quand il ne cesse de voir ses aînés vivre dans la violence au quotidien. (Ibid)

Ainsi, cette situation n'est que le résultat de l'échec de choix surtout identitaires car, comme le dit Erikson, *«si un jeune doit s'apercevoir que l'environnement tente de le dépouiller trop radicalement de toutes les formes d'expression qui lui permettent de développer et d'intégrer l'étape suivante, il pourrait résister avec la*

sauvage énergie rencontrée chez les animaux qui subitement sont contraints de défendre leur vie. Car en effet dans la jungle sociale de l'existence humaine, il n'est pas de sentiment d'être en vie sans un sentiment d'identité». (Erikson citer par M. N. NINI, 2008)

Conclusion

M.C. SALDANA et Ph. GODARD écrivent «*Il n'ya pas d'adolescence normale, sans perturbations. C'est une crise nécessaire, conséquence de la rupture de l'équilibre préalable. C'est un moment particulier de développement de la personnalité. La crise d'adolescence est à la fois une nécessité, une chance et un risque.* » (M.C. SALDANA et Ph. GODARD, 2001, p233)

Après cette réflexion théorique autour de l'adolescence, on peut dire que la problématique de l'âge pubertaire et de l'adolescence met en jeu, à travers le cercle du corps, le cercle de la famille et le cercle social, une série de paradoxes, de conflits et d'oppositions, comportant chaque fois une conquête possible mais aussi un risque potentiel. Face à cette conflictualité permanente qui caractérise l'adolescent, la capacité d'assumer le conflit psychique est donc un facteur capital du développement de l'adolescent. Cette capacité repose sur l'investissement de son propre fonctionnement psychique par l'adolescent, ce qu'on nomme le processus de subjectivation: «*Pourquoi je pense ainsi et quel sens peuvent avoir ces pensées?*»

Penser à ses pensées définit une capacité de «*métapensée*» et traduit l'intérêt que cet adolescent peut y prendre: les représentations mentales peuvent s'enchaîner les unes à la suite des autres. Cette succession de pensées permet à la tension psychique et à l'excitation de s'écouler peu à peu, ce qui donne à l'adolescent un sentiment de continuité d'existence grâce auquel il peut plus facilement différer la satisfaction de ses besoins ou la déplacer sur un autre objet. Cet investissement garantit une meilleure tolérance à la frustration et une capacité d'attendre qui est protectrice, A contrario, en cas de non-investissement, l'adolescent en est réduit à expulser cette tension, cette excitation soit par la projection soit par le passage à l'acte: le passage à l'acte suicidaire est un élément essentiel de la capacité d'un adolescent à mener ce travail psychique, qui demande une certaine tolérance à l'attente et aux conflits internes. En revanche, tout ce qui va dans le sens de l'appauvrissement de ce fonctionnement psychique: projection, passage à l'acte, etc., réduit les capacités d'adaptation de l'adolescent aussi bien à son monde psychique interne qu'à son environnement familial ou social. (ALVIN et al, 2005)

Au moment de résumer ce chapitre, il nous faut constater la complexité des faits qui caractérisent l'adolescence. Débutant avec la puberté, l'adolescence marque l'entrée des jeunes dans de nouveaux systèmes normatifs qui leur permettent de

devenir les agents de leur propre socialisation.

Ainsi, peut-on parler d'une crise «du corps» à l'adolescence?

On pense, qu'à travers ce modeste chapitre, on a pu bien répondre à cette question, on soulignant d'abord, l'importance de la place du corps dans toute cette problématique adolescente, d'un autre côté, en démontrant que le corps est le support principal de tous ces bouleversements, c'est le terrain et l'outil même de cette crise, comme l'écrit D. MARCELLI, «Brutalement, à l'adolescence, le corps fait du « bruit ». Ainsi, ce grand bruit provient du corps, et c'est lui-même qui doit assumer tous les bruits. Il est au centre de tous les conflits de l'adolescent.

CHAPITRE 3
L'alexithymie

"Le chagrin qui ne trouve pas d'issue dans les larmes fait pleurer les autres organes." Henry MAUDSLEY(1872)

Introduction

L'alexithymie est une variable de personnalité qui trouve son origine dans le domaine de la médecine psychosomatique. Depuis une trentaine d'années, l'utilisation de ce construit est associée aux descriptions de patients qui présentent des difficultés pour identifier et verbaliser leurs émotions. La littérature actuelle supporte l'idée selon laquelle les caractéristiques de l'alexithymie pourraient être intimement liées à l'apparition et au maintien de diverses maladies. Certaines études appuient cette idée en soulignant que l'alexithymie représente un facteur de risque de mortalité important qui double, voire triple, la probabilité de décès endéans les cinq ans qui suivent la mesure (KAUHANEN et al, 1996). L'alexithymie est un construit dont le développement théorique et les applications pratiques sont assez récents, puisque l'invention du concept date du début des années septante. Alors qu'à la fin des années 70, seule une cinquantaine d'articles étaient parus et cent vingt au milieu des années 80, plus de mille parutions sur ce sujet furent recensées récemment (Taylor, 2004 ; Taylor et Bagby, 2004).

Par ailleurs, plusieurs ouvrages ont été consacrés à ce construit. L'alexithymie s'avère utile pour sonder le rôle de traits émotionnels dans la pathogenèse et le maintien de certaines maladies et affections somatiques. Aujourd'hui la validité du construit est supportée par de nombreuses preuves empiriques et les chercheurs disposent d'échelles de mesure correctement validées. Ceci rend le construit plus largement connu et entraîne son intégration progressive à d'autres domaines de recherche connexes au champ des émotions tels que la psychophysiologie, la neurobiologie, la neurophysiologie, la psychologie cognitive, ou encore la psychologie développementale.

Sachant que l'alexithymie correspond initialement à une intuition clinique, les enjeux des recherches empiriques sont associés à un besoin de vérifications expérimentales de ces hypothèses cliniques.

L'objectif de ce chapitre est de présenter le construit d'alexithymie et de fournir au lecteur des pistes de réflexion autour de cette notion, les différentes lectures et approches qui tentent de l'analyser, sa place en psychosomatique et les liens existant

entre, d'une part, l'alexithymie, d'autre part, l'obésité.

1- Origine du concept et définitions

Même si le terme « alexithymie » n'apparaît pour la première fois que dans un article de Sifneos au début des années 70, l'intérêt pour certains traits de personnalité particuliers associés aux troubles psychosomatiques est beaucoup plus ancien. Il remonte aux prémices du courant psychosomatique qui débute aux États-Unis dans les années 30 avec les travaux de l'école de Chicago (ALEXANDER, DEUTSCH, FRENCH, GRINKER, les travaux de RUESCH (1945) et MACLEAN (1949).

En parallèle à ce courant nord-américain, des cliniciens français insistent sur certaines caractéristiques de la pensée des patients psychosomatiques. Dans un article désormais célèbre, Marty et de M'Uzan (1963) emploient le terme de pensée opératoire pour désigner un mode de pensée utilitaire et une absence de fantasmes. Comme le note McDougall les individus fonctionnant suivant ce mode opératoire semblent ignorer toute réaction émotionnelle lors de situations traumatiques ou conflictuelles. Le clinicien se trouve en présence d'un individu qui utilise des paroles sans résonance émotionnelle et qui semble ne pas comprendre des signaux avertisseurs de danger ou de plaisir.

Ces patients sont souvent sujets à l'insomnie et lorsqu'ils rêvent le contenu onirique est pauvre affectivement, se contentant de reproduire les actions quotidiennes (« *Je rêve que je prépare mon repas* »).

Revenons aux États-Unis, au Mount Sinai Hospital, un hôpital affilié à l'école de médecine de Harvard, Peter SIFNEOS et John NEMIAH essayent de systématiser les observations d'un profil de personnalité spécifique des patients psychosomatiques.

Les premiers pas de l'alexithymie peuvent être suivis au travers des « European Conference on psychosomatic research ». Lors de la 8e conférence, organisée à Knokke (Belgique), NEMIAH et SIFNEOS (1970) rendent compte d'observations systématiques effectuées sur 20 patients atteints de maladies psychosomatiques classiques (ulcer duodenal, arthrite rhumatoïde, colite ulcéreuse, asthme, dermatite atopique). Seize d'entre eux rapportent des difficultés marquées dans la description verbale de leurs sentiments et une absence ou une diminution sévère de l'activité fantasmatique, ainsi qu'un style de pensée opératoire.

RUESCH a observé chez ses patients une perturbation de l'expression verbale et

symbolique, une faible capacité pour l'imagination, une difficulté à utiliser les émotions comme source d'informations et un conformisme social exagéré.

Dès 1949, le neurophysiologiste Maclean a émis l'hypothèse de l'existence, chez les patients atteints de maladie psychosomatique, d'un déficit cérébral fonctionnel dans les échanges entre le Rhinencéphale et l'aire néocorticale du langage, un conformisme social exagéré et une faible capacité d'imagination.

L'article fondateur est publié en 1973 et fait rapport de la communication de SIFNEOS à la 9e « European Conference on psychosomatic research » qui se tient à Vienne en 1972.

C'est dans cet article cité plus de 600 fois (ISIWeb of knowledge database) que le terme « *Alexithymie* » apparaît pour la première fois. Dans cette étude, l'auteur a pris la peine de comparer un groupe de patients psychosomatiques (colite ulcéreuse, asthme, ulcère peptique et arthrite rhumatoïde) avec un groupe contrôle (dépression, personnalité limite, troubles alcooliques, ...). Il a élaboré un entretien structuré qui reprenait 8 questions spécifiquement liées à l'alexithymie (utilisation de mots appropriés pour décrire les émotions, richesse de la vie fantasmatique, recours à l'action, ...). Les résultats montraient une prévalence de caractéristiques alexithymiques dans le groupe psychosomatique. C'est lors de la 11ème conférence à Heidelberg en 1976 que l'on assiste à un développement spectaculaire du nombre de recherches sur l'alexithymie (NEMIAH et al, 1976). On peut constater dans ces développements initiaux qu'une composante essentielle de l'alexithymie telle que décrite actuellement n'est pas encore présente, à savoir la difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels.

Depuis une dizaine d'années, un consensus s'est dégagé sous l'impulsion de l'équipe de recherche de Toronto au Canada (Graeme TAYLOR, Michael BAGBY et James PARKER) pour définir un ensemble de quatre dimensions qui caractérisent l'alexithymie :

(1) une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels ; (2) une difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui ; (3) une vie imaginaire réduite ; (4) un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs ou « pensée opératoire » (Taylor *et al*, 1997). Au niveau clinique, les patients alexithymiques se caractérisent par un déficit de conscience émotionnelle, une faible introspection par rapport à leurs sentiments, leurs symptômes ou leurs motivations.

Quand on les interroge sur leurs sentiments en rapport avec un contexte émotionnel, ils peuvent manifester de la confusion (« *Je ne sais pas ce qui se passe* »), donner des

réponses simples ou peu élaborées (« *Je me sens mal* »), se centrer sur leurs états corporels (« *J'ai des douleurs dans l'estomac* ») ou parler de leurs actions (« *J'ai envie de donner un coup de poing sur le mur* ») (Lumley et al., sous presse).

Même si cet ensemble de caractéristiques affectives et cognitives ont été observées initialement parmi des patients atteints de maladies psychosomatiques dites classiques (Ulcère peptique, asthme, ...) (Ibid), elles ont ensuite été retrouvées avec une prévalence élevée dans des affections psychiatriques qui impliquent des troubles de la régulation émotionnelle comme la dépendance à l'alcool (LOAS et al, 2000), l'état de stress post-traumatique, les troubles paniques, les troubles somatoformes (WALLER et CHEIDT, 2004) et les troubles des conduites alimentaires. Une prévalence élevée a également été observée dans des troubles médicaux comme l'hypertension essentielle, les troubles gastrointestinaux fonctionnels ou le syndrome du côlon irritable (POCELLI et al, 1995). L'ensemble de ces observations récentes combinée aux prévalences parfois faibles d'alexithymie dans les maladies dites psychosomatiques classiques ont conduit à redéfinir l'alexithymie comme un trouble du traitement et de la régulation des états émotionnels (TAYLOR, 2000 ; TAYLOR & BAGBY, 2000, 2004 ; TAYLOR et al, 1997). Il s'agirait d'un facteur de personnalité associé à une vulnérabilité somatique et psychopathologique.

Avant de passer aux modèles étiologiques de l'alexithymie, il est essentiel de préciser le type de déficit impliqué. Les individus qui présentent un score élevé sur ce construit ne se caractérisent pas par une incapacité à ressentir des états émotionnels et à les exprimer, mais plutôt par une difficulté à les différencier et à les verbaliser.

Lorsqu'ils parlent d'une situation émotionnelle, leurs propos se limitent à décrire une impression générale sur le fait de se sentir bien ou mal. Même si l'expression émotionnelle est restreinte, leur faible capacité à réguler les affects se traduit à certains moments par une brusque explosion sous forme d'une colère très forte ou de pleurs (TAYLOR et al, 1997). Enfin, dans une conception psychopathologique, on envisage souvent un score seuil sur l'échelle d'alexithymie pour distinguer un individu alexithymique d'un individu dépourvu de ce trait. Cette conception est orientée par l'idée d'une discontinuité entre réponses normales et pathologiques. À l'heure actuelle cependant, l'alexithymie est le plus souvent envisagée sous la forme d'un continuum de réponses sur lequel la population se distribue normalement (TAYLOR et al, 1997).

2- Définitions de l'alexithymie:

Etymologiquement le terme Alexithymie veut dire «Incapacité à exprimer ses émotions par les mots»: **a**= absence, **lexis**= mots, **thymos**= émotion, humeur, affectivité, sentiment. (M. Corcos, 2001)

«L'alexithymie se définit comme un négatif de la névrose [...] qui désigne une articulation spécifique entre : limitation de la dimension imaginaire; relation au corps; agir; place de l'autre».

Pour PEDINIELLI (1992) l'alexithymie est une forme particulière de métaphorisation donnant lieu à un récit caractérisé par la prédominance de la chose sur le mot, à l'inverse de l'organisation hypochondriaque qui souligne la production d'un imaginaire corporelle lié à l'investissement narcissique.

Le même auteur nous propose une autre définition: *« C'est une forme particulière de fermeture au sens des événements internes (émotionnels comme externes, fermeture dont le mécanisme et les effets sont totalement différents de ceux de la névrose et de la psychose. Cette privation de sens liée au style particulier de communication fait de l'alexithymie l'un des paradigmes de l'analyse de l'élaboration psychique du somatique, aux côtés de l'hystérie, de l'hypocondrie et du langage d'organe.»* (J. L. PEDINIELLI, 1992, p. 122)

Quant à SIFNEOS, il présente son concept autrement: *« Une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments.»* (F. FARGES et S. FARGES, 2001, p 49)

Dans une perspective psychanalytique CORCOS et SPERANZA soulignent : *« La dimension alexithymique est à considérer, selon nous, dans une intensité mais aussi dans sa distribution*

(quels conflits, quels affects).Elle peut, par ailleurs, être «fonctionnelle» à un moment particulier d'organisation de la personnalité et des relations aux autres. De fait, il nous semble que cette dimension est défensive contre l'émergence pulsionnelle brutale et massive, passivement vécue à la puberté, ce qui nous invite à considérer dans une perspective génétique que les sujets alexithymiques pourraient lutter contre un tempérament pulsionnel et constitutionnel marqué par l'excès.» (CORCOS et SPERANZA, 2003, p61)

Dans son ouvrage (*Le corps absent*) M. Corcos explique les études épidémiologiques concernant l'alexithymie dans les conduites d'addiction abordent le sujet à partir essentiellement d'une lecture neurophysiologique et cognitive « *Elles ne doivent pas rester selon nous sans analyse critique psychodynamique. Aussi nous allons nous atteler à un exercice périlleux d'articulation des hypothèses imaginatives psychanalytiques évoquées précédemment avec des évaluations nosologiques comportementales dont le soubassement théorique est biologique. Il nous semble naturel de chercher à lier deux aspects limites de l'identification (ses composantes biologiques et psychologiques)* » (M. CORCOS, 2000, p 227).

Florent FARGES et Servane FARGES rejoignent l'idée que « *De nombreuses études ayant eu lieu permettent de définir aujourd'hui l'alexithymie comme un concept multidimensionnel s'organisant autour de quatre axes. (Taylor, 1997) D'une part les composantes émotionnelles centrées sur les déficits dans la reconnaissance ou l'identification des émotions et d'autre part des composantes cognitives centrées sur les déficits de la rêverie et sur l'utilisation d'un mode de pensée concret non introspectif. Les deux premières dimensions correspondent à une perturbation de l'affectivité et les deux dernières au concept de pensée opératoire développé par Marty et M. de M'Uzan.* » (F. FARGES et S. FARGES, op.cit, p49).

Nous allons maintenir la définition de PEDINIELLI, qui l'a défini comme « *Une forme particulière de démétaphorisation donnant lieu à un récit caractérisé par la prédominance de la chose sur le mot [...] à l'inverse de l'organisation hypocondriaque qui elle souligne la production d'un imaginaire corporel lié à l'investissement narcissique.* » (Ibid, p.58)

3-Les dimensions de l'alexithymie

Selon SIFNEOS (1991, 1995) les sujets alexithymiques seraient incapables de lier leurs images mentales et pensées avec leurs émotions. Ils seraient de plus atteints de d'une aphasie émotionnelle, ne pouvant se servir du langage pour exprimer les sentiments qu'ils éprouvent.

Depuis une dizaine d'années, un consensus s'est dégagé sous l'impulsion de L'équipe de recherche de Toronto au Canada (Graeme Taylor, Michael Bagby et James Parker) pour définir un ensemble de quatre dimensions qui caractérisent l'alexithymie :

- (1) une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels ;
- (2) une difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui ;
- (3) une vie imaginaire réduite ;
- (4) un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs ou « pensée opératoire ».

Sur la même piste de réflexion, Maurice Corcos (2000) précise que Le concept d'alexithymie se définit par quatre dimensions centrales incapacité à identifier et exprimer verbalement les émotions et les sentiments, limitation de la vie imaginaire; pensée à contenu pragmatique, mode d'expression très descriptif, abordant plus volontiers les aspects triviaux des événements vécus, sans véritables élaboration; recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions.

1-Incapacité à exprimer verbalement les émotions:

Les sujets alexithymiques auraient des émotions qu'ils éprouveraient corporellement mais seraient incapables d'exprimer leurs sentiments. Les manifestations somatiques de l'émotion seraient présentes, mais le sujet ne pourrait ni les reconnaître ni les nommer, ni les communiquer verbalement.

Dans l'alexithymie, prédomineraient les réponses physiologiques et comportementales au détriment des autres réponses. Ce premier facteur nous semble essentiel dans les conduites addictives alimentaires. Suivant notre hypothèse de défaillance de la libidinalisation lors des expériences précoces, nous pensons que c'est la transmutation de la sensation corporelle en émotion qui est problématique (M. CORCOS, op.cit).

F. FARGES et S. FARGES donnent une importance capitale pour cette dimension « l'élément déterminant retenu en faveur de l'alexithymie est la relation entre l'émotion et le langage, en fait la limitation de l'expression, les autres signes sont secondaires. Ce trait est indispensable pour le diagnostic d'alexithymie» (F. FARGES et S. FARGES, op.cit, p50)

2-Limitation de la vie imaginaire:

Les sujets alexithymiques rêveraient peu. Le contenu de leurs rares productions oniriques est souvent pauvre, factuel et réaliste. Les rêveries diurnes, comme les fantasmes, seraient peu fréquents. Si le souvenir, le récit ou la fréquence des rêves et des fantasmes paraissent perturbés, leur inexistence paraît sujette à caution. C'est en effet la nature des productions imaginaires et surtout le rapport que le sujet entretient avec elles qui sont altérés.

Selon PIDINIELLI (1992), « il semble que difficile de trancher entre une faible activité imaginaire normale qui ne pourrait être exprimée par le sujet » (Ibid, p. 50).

3-Le recours à l'action:

Le recours à l'agir, de manière impulsive, devant les situations de conflits ne constitue pas un critère typique ou obligatoire.

Dans le cas de l'alexithymie, plusieurs situations se rencontrent:

- Sujets présentant une pathologie caractérisée par le passage à l'acte: psychopathie, boulimie, toxicomanie;
- Sujets décrivant plutôt des actions que les conséquences affectives situations qui les ont provoquées (la particularité porte sur le discours, non sur le comportement) ;
- Sujets qui, à propos d'une situation, évoquent les actes plus que les émotions ou les sentiments qui les accompagnent;
- Sujets réalisant des actes sans qu'apparaisse une manifestation émotionnelle alors que la situation semblerait le justifier (exemple: situation de deuil).

4-La description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques:

Les sujets alexithymiques s'expriment de manière très descriptive, mais ils abordent plus volontiers les aspects triviaux et inconséquents des événements vécus qu'ils détaillent sans véritable élaboration. Les plaintes somatiques sont nombreuses et sans fin. Elles ne sont pas obligatoirement liées à une maladie physique. Elles sont à type de tension, d'irritabilité, de nervosité ou de douleur vague. Parfois s'expriment une frustration, un ennui, un sentiment de vide.

Chez certains patients, il existe non seulement une description des sensations physiques, mais cette description prend place dans une relation où un autre type de discours, une autre thématique pourraient être attendus. Ainsi le sujet aborde-il ses douleurs physiques lorsqu'on lui demande de parler de ses relations avec les autres ou de ses réactions dans certaines situations difficiles. Lorsque les sentiments sont abordés, les mots semblent faire défaut et peu ou pas de manifestations émotionnelles sont exprimées. Inversement, parfois ses sujets ont des affects apparemment inappropriés, ils pleurent abondamment sans que les pleurs ne semblent liés à un sentiment de tristesse ou de colère (M. CORCOS, op.cit, 2000).

Ce point clinique peut-il s'expliquer par une origine biologique à l'origine d'une insuffisance émotionnelle primaire.

D'autres auteurs ont proposé d'ajouter la notion de faible réactivité émotionnelle (BERMOND et VORST, 1994).

Elle fait référence à l'absence de réactions en présence d'une scène qui habituellement provoque des réactions émotionnelles. Il faut cependant considérer cette dimension avant tout comme un corrélât de l'alexithymie.

Il est essentiel de préciser le type de déficit impliqué par l'alexithymie. Les individus qui présentent un score élevé sur ce construct ne se caractérisent pas par une incapacité à ressentir des états émotionnels et à les exprimer, mais plutôt par une difficulté à les différencier et à les verbaliser. Lorsqu'ils parlent d'une situation émotionnelle, leurs propos se limitent à décrire une impression générale sur le fait de se sentir bien ou mal. Même si l'expression émotionnelle est restreinte, leur faible capacité à réguler les affects se traduit à certains moments par une brusque explosion sous forme d'une colère très forte ou de pleurs. Le lien entre cette manifestation comportementale intense et des événements déclencheurs est cependant particulièrement difficile à établir en raison de leur faible recours à l'introspection (TAYLOR, 2000; TAYLOR, BAGBY, et PARKER, 1997).

Les différentes dimensions incluses dans la définition de l'alexithymie entretiennent des relations logiques entre elles. Par exemple, le fait d'éprouver des difficultés à identifier et à différencier ses états émotionnels risque également de rendre leur expression verbale à autrui peu aisée. Malgré ces liens logiques, les dimensions ne se recouvrent pas complètement. Ainsi, des analyses factorielles sur des échelles validées comme la TAS-20 ou le BVAQ indiquent qu'une structure en facteurs indépendants offre la meilleure représentation du concept. Actuellement, on préconise d'examiner l'effet de chaque dimension et non plus de considérer un score global (LUMINET, RIMÉ, BAGBY et TAYLOR, 2002).

Il apparaît en effet problématique que le score global ne permette pas de distinguer un individu dont le score est moyen sur l'ensemble des sous-échelles d'un autre dont le score est faible sur certaines sous-échelles et très élevé sur d'autres. Ces deux patterns reflètent pourtant des différences importantes dans le mode de réaction aux émotions.

3-Alexithymie primaire et secondaire:

La distinction entre alexithymie et dépression au sens classique du terme n'est pas nette, il existe un chevauchement conceptuel entre ces deux dimensions. Si les autres, dans leurs descriptions princeps, ne mentionnent pas une telle relation, les études

épidémiologiques relèvent fréquemment une intrication entre l'alexithymie et la survenue d'une dépression, notamment une dichotomie a été proposée par FREYBERGER (1977), puis reprise par SIFNEOS (1988, 1994), qui distingue alexithymie primaire (trait) et alexithymie secondaire (ou état).

1-L'alexithymie primaire est sous-tendue par l'hypothèse d'un facteur biologique inné (mauvaise connexion des régions limbiques et néocorticales) prédisposant à l'apparition et au développement d'un trouble psychosomatique, par inhibition de l'expression émotionnelle.

Elle désigne une variable considérée comme «rebelle »à la plupart des traitements et stable dans le temps. Dans cette perspective, l'alexithymie est un « trait » de personnalité, d'origine neurobiologique pour certains. En élargissant le concept, l'alexithymie peut être considérée non seulement comme un trait mais comme un type de personnalité autonome et ainsi rejoindre le groupe des personnalités pathologiques. Elle a alors une dimension structurale.

2-L'alexithymie secondaire est définie par« *un état secondaire à l'angoisse suscitée par une maladie somatique grave (néoplasie, décompensation somatique sévère nécessite une réanimation, dialyse rénale) ou par un traumatisme physique ou psychologique important*» (M. CORCOS, 2000, p133).

-L'alexithymie, dans ces cas, correspondrait à un mécanisme homéostatique permettant une fonction d'adaptation face à une situation d'adversité (Montreuil et al, 1991).

Plusieurs articles récents rapportent un lien entre dysfonctionnement des interactions de l'enfant avec sa famille et alexithymie : carence de soins maternels, manque de gratifications affectives, souci de conformisme social et évitement des problèmes figurent parmi les facteurs susceptibles d'entraîner le développement de traits alexithymiques (BERENBAUM, 1994 ; FUKUNISHI, 1997 ; SIFNEOS, 1996). Cet état, entendu comme une réaction à l'angoisse suscitée par la maladie ou le traumatisme, peut être transitoire ou permanent.

En d'autre terme, l'alexithymie secondaire serait assimilable à un mécanisme de défense, protégeant le sujet contre le perçu et le vécu émotionnel dans des situations de vulnérabilité, et aurait son origine dans des troubles du développement psychologique et cognitif. Soulignons que des réactions socioculturelles ou psychodynamiques sous forme d'usage excessif de déni ou de répression des affects peuvent également être à l'origine d'une alexithymie secondaire. (P-E. SIFNEOS, 1991).

FREYBERGER distingue deux types d'alexithymie secondaire : transitoire qui diminue quand le malade guérit, permanente en cas de maladie chronique ou dans les suites d'un traumatisme.

Pour Michèle MONTREUIL (1991), elle « *représenterait un mécanisme homéostatique permettant une fonction d'adaptation face à une situation d'adversité* » (Michèle MONTREUIL citer par F. FARGES et F. FARGES, 2000, p 51).

L'alexithymie secondaire n'est plus une variable dispositionnelle mais une conséquence du stress. Elle pourrait avoir un rôle s'apparentant aux procédures de coping (ajustement) permettant de gérer l'angoisse générée par les situations.

L'alexithymie secondaire est un « état », style défensif se mettant en place dans certaines circonstances particulières, lorsque l'expérience reçue dépasse les capacités habituelles d'adaptation (états de stress post-traumatique) ou lorsque la réalité quotidienne est potentiellement source d'une angoisse déstructurante (survenue d'une maladie particulièrement douloureuse car handicapante, ou mettant en jeu à brève échéance le pronostic vital). L'alexithymie secondaire témoignerait du déploiement d'une modalité adaptative, sorte de « moindre mal » pour faire face à une situation éprouvante. L'aménagement effectué consisterait surtout en une focalisation de l'attention sur le quotidien. Cette redistribution de l'attention aboutit à la création d'un écran de préoccupations quotidiennes qui permet au sujet de rester sourd à la douleur ou à la frustration ressentie. Jacob (1999) propose de considérer l'alexithymie comme une adaptation du système cognitif d'un individu aux contraintes de la situation vécue. Lorsque cette dernière devient défavorable au sujet, les aspects affectifs de la réalité psychologique peuvent entraver l'adaptation à la réalité quotidienne des faits. À la différence de l'alexithymie primaire qui est structurale, la forme secondaire aurait une dimension fonctionnelle.

F. FARGES et S. FARGES soulignent que : « *Les cliniciens distinguent l'alexithymie-trait de l'alexithymie-état, ce qui permet une différence d'ordre temporel sans faire référence à un processus étiologique*». Rappelons que dans la littérature, l'état est temporaire, lié à une situation, à la différence du trait qui est fixé et persiste avec le temps. Selon les circonstances et la personnalité, le fonctionnement alexithymique correspondrait soit à un trait, soit à un état. En fait, les couples primaire/secondaire et trait/ état recouvrent des entités cliniques voisines mais sont sous-tendus par des concepts étiopathogéniques différents.» (Ibid, p52)

Le débat pose aussi la question des modèles dimensionnels et catégoriels. Si l'on

considère l'approche catégorielle, il s'agirait alors d'un phénomène en « tout ou rien » : ou bien on est alexithymique, ou bien on ne l'est pas. Ainsi, certaines échelles (TAS) définissent des scores qui, en fonction des valeurs seuils, permettent de classer les sujets.

L'approche dimensionnelle considère l'alexithymie comme un phénomène continu, d'intensité variable. L'alexithymie existerait de manière mineure chez nombre de sujets qui n'en présenteraient cependant pas toutes les caractéristiques.

L'intensité de l'alexithymie serait alors proportionnelle aux scores des échelles (TAS).

Les traits alexithymiques peuvent régresser ou augmenter selon les circonstances.

Soulignons en fin l'incapacité actuelle à distinguer avec précision alexithymie primaire et secondaire.

4-Approche psychanalytique de l'alexithymie

Le concept d'alexithymie se définit par quatre dimensions: incapacité à identifier et à exprimer verbalement ses émotions; pensées à contenu pragmatique, mode d'expression très descriptif abordant les plus volontiers les aspects triviaux des événements vécus, sans véritable élaboration; recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions. S'il fut un temps considéré comme pathognomonique du fonctionnement mental des patients souffrant de pathologies psychosomatique, les données de la littérature ont révélé que cette dimension était nosographique et se retrouvait aussi fréquemment dans les conduites d'addictions (toxicomanie, alcoolisme, troubles des conduites alimentaires) et dans d'autres troubles psychiatriques tels l'état de stress post- traumatique, les troubles anxieux, les troubles paniques, les troubles dépressifs , ainsi que les intervalles libres des troubles mentaux sévères. Ces résultats ont conduit certains auteurs à distinguer dans une approche catégorielle, une alexithymie primaire et secondaire. Le premier constituant un facteur de vulnérabilité prédisposant à l'expression de désordres psychologiques à expansion somatique tandis que la seconde constituerait un état transitoire réactionnel à u traumatisme.

Pour SIFNEOS (1973), l'alexithymie primaire renverrait à un modèle génétique et neurophysiologique tandis que le caractère secondaire serait lié soit à un traumatisme, avec un développement pathologique de mécanismes de défense marqués par l'usage majeur et prévalent du déni et de la répression des affects, soit encore à des facteurs socioculturels, ces trois éléments pouvant être associés. L'alexithymie secondaire

constituerait selon ces auteurs une « stratégie de coping » face à des événements de vie stressante ou à des affects traumatiques. *« Nous ne pensons pas que quant à nous qu'il y ait une distinction radicale à opérer entre l'alexithymie primaire et secondaire, mais que ces deux notions devraient s'intégrer dans une optique développementale et adaptative, au sein d'un continuum variant du normale au pathologique. Ce concept, qui tend à se rigidifier dans un cadre neurophysiologique et cognitiviste univoque, ne doit pas rester sans analyse critique psychodynamique dans ses aspects économiques, dynamiques, topiques et psychogénétiques. »* (O. GUILBAUD et al, op.cit, p46)

Selon O. GUILBAUD et al, il n'y aurait pas de discontinuité réelle entre alexithymie primaire et secondaire *« Nous ne pensons pas qu'il existerait, de manière majoritaire, dans une approche génétique neuro-physiologique, des patients présentant de manière fixée, irréductible, des distorsions cognitives dans le traitement de l'émotion, aux faibles capacités de mentalisation et de fantasmatisation. Même si cette dimension génétique est avérée dans une miroire de cas, ces capacités resteraient dépendantes du développement plus au moins achevé dans l'enfance du système préconscient dans ses deux interfaces avec les systèmes inconscient et conscient qui demeure pour une grande part modulable par le développement relationnel et l'éducation. »* (Ibid, p46)

Nous envisageons dans le cadre de ce chapitre, après avoir évoqué les rapports de l'alexithymie avec le concept de pensée opératoire, de proposer une assise métapsychologique à l'alexithymie.

4-1 L'alexithymie dans ses rapports avec la pensée opératoire

Schématiquement, on peut concevoir que la régulation des émotions par l'être humain s'oriente selon trois axes:

Répression: selon son patrimoine génétique et les effets de l'environnement sur son développement (de l'alexithymie jusqu'au négativisme psychotique, en passant par tous les mécanismes névrotiques: refoulement, isolation, annulation, focalisation phobique et archaïques: déni, clivage, forclusion).

Décharge: des passages à l'acte psychopathiques, jusqu'au frayage psychosomatique en passant par l'impulsivité-compulsivité des conduites additives.

Dépression: des formes réactionnelles et situationnelles, névrotiques, jusqu'à la dépression essentielle en passant par la menace dépressive antidépressive. la notion de pensée opératoire renvoie à une carence de la mentalisation des conflits avec un risque

de décharge de ceux –ci au niveau somatique. Ce mode de fonctionnement favoriserait, en cas d'avènement d'une dépression essentielle (avec un effacement du mode de fonctionnement mental et un corps amorphe proche de l'épuisement vital), un risque de retour de la pulsion vers l'inanimée. Il s'agirait donc plus d'un épuisement de la poussée vitale que de l'intervention d'une hypothétique pulsion de mort.

L'alexithymie ne représente qu'une composante de la pensée opératoire à savoir l'incapacité à accéder à son monde interne et un style cognitif caractérisé par une pensée accrochée au factuel. Dès le début des années soixante-dix KRISTAL (1988) (et les études de ces dix dernières années le confirment) retrouve une association fréquente de l'alexithymie avec les troubles de l'empathie caractérisé par l'incapacité à se figurer les émotions d'autrui.

Cette composante relationnelle du fonctionnement opératoire a donc parfois été très vite oubliée par des approches essentiellement génético-biologiques et neurophysiologiques, basées sur des modèles médicaux et qui éludaient l'importance de l'impact de la dimension relationnelle et sociale de tout être humain. à ce titre, mesurer l'alexithymie d'un patient avec une échelle est bien sur problématique et n'est pas assimilable à un entretien clinique ou a fortiori à une écoute psychanalytique qui met en exergue la sensibilité à l'étayage, les mouvements internes, la place de la relation transférentielle et contre-transférentielle. Cliniquement «les patients opératoires» développent des «relations blanches» à l'objet, avec ce singulier caractère pragmatique, monocorde, statique peu pulsionnel, comme si l'activité consciente était sans lien organique avec un fonctionnement fantasmatique. Le système de relation à l'égard de l'objet qu'il s'agisse de la représentation de l'objet externe ou de l'objet interne, est associé à une répression plus au moins importante de l'affect. Dans les cas les plus sévères, le patient tend à répondre mécaniquement, sans attendre semble-t-il autre chose qu'un jeu automatique de stimulations et de réponses. Bien plus, il paraît inconsciemment animé par un besoin de «ravalier l'interlocuteur au plan de sa somaticité» (McDougall, 1982). Le type de relation d'objet est ainsi marqué par la reduplication projective où l'autre est mal perçu dans sa singularité et sa différence.

4-2 L'alexithymie dans ses rapports avec le travail de négatif

S'appuyant sur les travaux d'André GREEN (1993), nous voulons souligner l'importance du travail de négatif dans l'alexithymie.

On peut en effet postuler une parenté entre l'alexithymie et un mécanisme hallucinatoire négatif de la pensée et de l'émotion, la négativation de la pensée et de l'émotion étant éprouvée comme un vide, en de ça du sentiment de manque avec son vécu d'insatisfaction. Le sujet apparaît alors sans demande voir sans besoin. C'est ainsi que se représente à nous les patients alexithymiques.

Pour F. DUPARK « *l'hallucination négative est le revers dont la réalisation hallucinatoire de désir est l'avers...c'est une fonction de l'appareil psychique que de pouvoir se représenter l'absence: le processus hallucinatoire négatif donne accès à la figurabilité des perceptions/pulsions par la représentation psychique de la pulsion, qui est la matrice de l'activité psychique.*» (F. DUPARK citer par O. GUILBAUD et al, 2003, p48)

G. PIRLOT (1997) souligne de plus que, «*élaborée au contact de la mère et témoin de l'introject de l'objet maternel, l'hallucination négative construit ainsi des contenus aux figurations et représentations. Elle constitue un écran interface pare-excitation et une barrière de contact, lieu productif de l'opération méta de symbolisation imaginante. Elle a donc une fonction protectrice et antitraumatique ; met un blanc, un écran de vide figuratif, ce qui est insupportable au pôle représentatif. C'est le processus de l'hallucination négative qui, à mesure que l'objet maternel s'efface en tant qu'objet primaire de fusion, permet de laisser place aux investissements propres du moi fondateur de la séparation psychique et du narcissisme secondaire, du self.*» (Ibid, p48)

C'est deux auteurs évoquent le travail de négatif dans la dimension physiologique permettant une à l'enfant une face à face à une mère « **suffisamment** » absente de se construire un abrit dans son regard médusant.

La qualité du développement du travail hallucinatoire négatif conditionne un fond de représentationnel sur lequel se développe la construction du soi psychique. Ce travail du négatif, si important dans le développement du soi, dépend étroitement de la qualité de la présence maternelle.

Chez certains patients on peut évoquer dans les formes symbiotiques mère-enfant une omniprésence maternelle en emprise, à l'origine de psychoses blanches, l'impossibilité du développement du processus hallucinatoire négatif puisque l'objet n'étant jamais absent, il ne peut être pensé. Son omniprésence est pour le moins problématique car en de hors de l'emprise qu'elle exerce, ce n'est pas une présence vivante, ouverte et contenante. Le sujet en étroite connexion avec un objet présent, mais absent pour lui.

Dans les formes «moins sévères» où certains types de relation d'objet sont conservés,

seules certaines fourchettes d'affects sont l'objet d'emprise, il y aurait alors défaut parcellaire du processus hallucinatoire négatif, et moindre développement autonome de soi pour certains type d'affects.

Concernant les futurs patients alexithymiques dont on présuppose que des expériences infantiles précoces ont été marquées par la carence affective dans certains domaines relationnels de la part de l'objet primaire, on peut hypothéquer de même un dysfonctionnement du travail du négatif.

Pour pouvoir construire un contenant aux figurations et représentations de l'absence, de l'objet, il faut que l'objet ait été suffisamment véritablement présent. Si tel n'était pas le cas, l'objet absent resterait omniprésent et barrerait le processus hallucinatoire négatif, qui ne pourrait servir de système pare-excitation.

Le sujet reste dès lors confrontés perceptivement à l'objet absent, perception qu'il ne peut négativer. Son activité psychique autonome et la construction de son self sont ainsi entravées.

Surtout, on peut concevoir que les phénomènes d'hallucination et leurs avatars n'atteignent pas uniquement le vécu émotionnel mais aussi la perception sensorielle de l'objet, de l'image de soi, du langage, et enfin la perception interne du corps, ce qui ouvre une nouvelle voie à une «**solution**» psychosomatique.

Ainsi si l'on s'appuie sur le concept du travail du négatif, on peut envisager à la suite de Green, les conséquences somatiques d'un «désinvestissement central» de l'objet maternel du fait d'interrelations précoces perturbées.

4- 3 Le poids des interrelations précoces dans le développement de l'alexithymie

KRYSTAL (1988) souligne que le défaut du rôle de maternel de liaison des tensions et de développement de la capacité de rêverie et d'hallucination du bébé pourrait faire le lit de l'alexithymie.

Pour McDougall (1991), le mode de fonctionnement alexithymique reste étroitement lié à la situation originare de l'enfant incapable de se représenter psychiquement ce qu'il éprouve et dont le corps est totalement dépendant du corps de la mère. Lors des premières interrelations précoces mère-enfant ou s'ébauche la différenciation sujet-objet, la mère accomplit «l'accordage» de l'enfant sur la réalité du monde extérieur (favorisant plus au moins bien l'objectalisation et le développement des

capacités de mentalisation et de représentation des premières expériences).

Celui-ci arrivera à saisir sa propre réalité psychique et corporelle par l'action médiatrice de la mère. Ainsi, l'élaboration du vécu corporel évolue-t-elle parallèlement au processus d'individuation et à la genèse de la relation objectale. Il y aurait pour des sujets ayant un fonctionnement alexithymique prépondérant un défaut du **Holding** et du **Handling** maternel confrontant le bébé à des éprouvés paradoxaux (en deçà du couple haine-amour) qui ne peuvent être intégrés.

Concernant spécifiquement le défaut de pare-excitation, les sensations corporelles non contenables du nourrisson en situation de privation renvoient aux descriptions classiques de carence affective précoce de R. SPITZ (anaclitisme, hospitalisme) où le risque psychosomatique est majeur.

Cette économie psychosomatique se caractérise par un débordement du système pare-excitation maternelle par défaut d'ajustement réciproque, « *Comme si les particularités personnelles du bébé se révélaient trop tardiférentes de ce que la mère attend ou de ce qu'elle est capable de supporter, compte tenu de son état du moment.* » (McDOUGALL, 1991, p150).

Des parties plus au moins grandes de l'expérience affectives de ces patients seraient exclues de la communication avec la mère et ne pourraient pas être intégrées dans les modèles affectifs et cognitifs organisés dans les relations, ce qui déterminerait un accès limité à la reconnaissance vis-à-vis d'une vaste gamme d'affects et d'émotions profondément déstabilisants. L'incapacité de ces patients alexithymiques à identifier certaines expériences émotionnelles, en particulier à les différencier des sensations corporelles, les obligerait à recourir à des stratégies alternatives inefficaces (caractérisées par la pauvreté des processus secondaires) qui pourraient faire le lit de conduites d'addictions, voire lors de situation de désintrications objectales (**séparation, perte, deuil...**) favorisant d'authentiques décompensations sur un mode psychosomatique.

L'alexithymie interviendrait ici comme un processus de Freezing ou de «gel» émotionnel laissant friche tout un terreau pulsionnel non mentalisable, non élaborable et innommable de par son caractère potentiellement désorganisateur voire meurtrier pour la psyché. Elle reverrait à un processus anti-objectal, par défaut de liaison (accordage affectif), une défense « par insensibilité » vis-à-vis d'agressions internes et externes, et qui répondrait à des mécanismes très tôt structurés dans l'enfance liés aux angoisses générés par la séparation psychique d'avec la mère. Ces mécanismes visant à le protéger

au maximum de l'attraction pour l'objet primaire insatisfaisant...véritable trou noir aspirant le sujet.

Cette position régressive, degré minimal de la pensée, à l'origine d'un mode de vie opératoire générerait un monde d'être au monde singulier, et protégerait de la dépression essentielle apparentée à la dépression anaclitique de Spitz. L'enfant ne dépasserait pas cette position ou y régresserait comme par un réflexe conditionné dans certaines sollicitations objectales. L'organisation de la vie psychique par une construction personnelle de sens grâce à l'apport d'un environnement suffisamment présent et suffisamment bon (la mère comme auxiliaire psychique du moi) dans un mouvement progrédient ne se développerait pas de manière harmonieuse. L'enfant n'apprend pas à penser, à se penser et à penser le monde. Il se protège dans une forme pseudo-vitale de continuation végétative en deçà des interrogations névrotiques (ou le sujet passe beaucoup de son temps à tenter de s'expliquer ce qui le trouble), et plus ou moins à distance de l'ébranlement du sens psychotique. Ce statut quo dans ce *no man's land* laisse planer la menace de décompensation lorsque l'impuissance à changer les choses face à des sollicitations objectales nouvelles sera trop forte.

4- 4 Métapsychologie de l'alexithymie

O. GUILBAUD et al (2003), considèrent que l'alexithymie en tant que mécanisme de défense est à relier étroitement au développement psychosomatique pathologique dès les premières étapes de l'ontogenèse.

McDougall(1991) considère l'alexithymie comme un mécanisme de défense permettant au sujet de se protéger dès la prime enfance contre des angoisses de perte objectales qui n'ont pu être métabolisées du fait de l'absence d'intégration d'un suffisamment bon objet maternel. Selon cet auteur, l'alexithymie serait un mécanisme de défense constitué de processus de déni, d'identification projective, de clivage permettant au sujet de se couper de sa conflictualité psychique et d'éviter un risque de régression à des positions schizoparanoïdes. Processus défensifs qui ne vont pas sans rappeler les mécanismes de défense maniaque décrit par Mélanie Klein mais qui s'en distinguent par l'absence de valorisation ou de dévalorisation émotionnelle de l'objet.

Suivant McDougall, on peut considérer que le processus alexithymique se situe en deçà de ces mécanismes de défense dépressive. Il revoie à une dimension centrale plus archaïque dans l'ontogenèse du moi et n'est pas simplement adventiciel à un

traumatisme psychique. Le trauma et ce qu'il génère d'un processus intégratif d'excitation-répression favoriseraient d'autant plus une défense alexithymique qu'il surviendrait sur un sujet vulnérable. Dans un continuum du normal au pathologique, l'alexithymie correspondrait à une position centrale, une position première dans le développement normal, matrice primitive, sur laquelle l'activité psychique du sujet prend naissance et se développe en fonction de la nourriture objectale (valeur émotionnelle et capacité de rêverie de l'objet) et donc de la valeur fonctionnelle de l'objet dans la nature du lien qu'il instaure avec le sujet. Si le sujet régresse à cette position archaïque c'est que les premiers liens noués dans l'enfance se sont nourris pour une part, dans certaines interactions affectives de carence. L'alexithymie primaire renverrait à une fixation à cette position centrale, l'alexithymie secondaire reverrait à un mouvement régrédié vers cette position. Cette position, degré zéro de la pensée, au sens où la réactivité est essentiellement motrice et psychosomatique, avant toute ébauche du langage, correspond à la position psychosomatique nucléaire de l'école psychosomatique à l'origine du mode de vie opératoire qu'objective de fonctionnement alexithymique (MARTY et De M'UZAN, 1963).

Selon McDougall(1991), l'enfant, avant la parole, est forcément alexithymique. Le nourrisson éprouve (perception sensorielle, éprouvé proprioceptif) plus qu'il ne pense la perte de l'objet et du lien. La réaction du nourrisson est psychosomatique (y compris biologique) si l'absence dure trop longtemps et n'est pas suppléée. Il y a recours en lieu et place des processus autoérotiques qui auraient permis l'attente dans une satisfaction hallucinatoire de désirs à des sensations physiques autogénérées (simples jusqu'à quasi autistiques). F.TUSTIN (1989) en reprenant les travaux de S.Klein avait évoqué la notion de «barrières autistique » chez les névrosés, protégeant ceux-ci «des zones aveugles » de développement devenues une «capsule d'autisme» dans les profondeurs de leur personnalité.

Le fonctionnement alexithymique dans les cas les plus sévères pourrait être à référer à un spectre autistique du moi: la désertification affective caractérisée par une relation à l'objet, la réduplication projective ne permettant pas au sujet d'appréhender l'altérité. Il s'apparenterait peu ou prou à cette «partie robot» du moi décrite par McDougall(1991). Les barrières autistiques seraient les ultimes barrières avant le retour de la pulsion vers l'inanimée. Même si nous considérons que l'alexithymie (à l'instar des troubles de l'empathie) pourrait appartenir à un spectre autistique du moi, cela ne veut pas dire que les sujets fonctionnant durablement ou transitoirement sur ce mode ont une

symptomatologie autistique. On peut envisager que tout sujet confronté à un traumatisme psychique qui dépasse ses capacités de défense psychologique (d'organisation ou d'aménagement psychotique, perverse ou névrotique) puisse avoir recours à ce type de mécanismes de défense (physiologique et nécessaire) permettant le court-circuiter temporairement la psyché en empruntant une voie adverse apsychologique avec un surinvestissement du monde sensori-moteur voir proprioceptif.

CORCOS et al (2003), soulignent que l'expérience affective serait caractérisée par une disponibilité affective réduite ou sélective de la part des objets primaires vis-à-vis du sujet. Des dimensions plus ou moins importantes et plus ou moins spécifiques des expériences affectives et relationnelles, tant psychique du lien, seraient exclues des échanges et ne pourraient donc pas être intégrées par l'enfant, ce qui déterminerait un accès difficile à la reconnaissance chez l'autre et en soi (soi-même) d'une gamme d'éprouvés, d'affects ou d'émotions. Un ensemble de dimensions affectives n'a pas été transmis transsubjectivement et transcorporellement. Ce trauma en creux resterait enregistré chez l'enfant sous un mode somatosensoriel. Une expérience vivante n'a pas eu lieu d'être, mais cela n'a pas été sans effet sur celui qui l'attendrait qui va constituer dès lors défensivement une coque d'abstraction, une gangue corporelle qui disent une douleur muette et formeront la future enveloppe alexithymique.

Ce processus prévalent d'identification projective va chez l'alexithymique jusqu'à l'incarnation de l'objet absent. Le sujet «colle» à l'irréalité de l'objet pour le pire, à son aspect irrésolu, flou pour le mieux. Dans tous les cas, sa pensée lui est adhésive, comme modelée sur le corps et le visage de l'objet, plus que liée à la pensée de l'objet. Un corps à corps silencieux qui n'amène à, aucune co-naissance (naissance commune au monde), un échange muet primitif à l'aune duquel toute communication avec l'autre se modèlera.

Cependant, M. CORCOS et M. SPERANZA dans leur exposé sur la psychopathologie de l'alexithymie, pensent qu'on pourra envisager en cas d'effondrement des défenses alexithymiques notamment dans une situation de désintrication objectale(ou de sollicitation objectales réactivant le vécu d'absence) chez les sujets présentant une astructuration du moi(répondant plus à un fonctionnement limite ou la dimension anaclitique est centrale) un risque de survenue d'acting in dans le corps ou de passage à l'acte impulsif non représentable et non mentalisable.

L'alexithymie serait donc conçu comme un mécanisme de défense «par insensibilité» puis une stratégie protectrice, vis-à-vis d'agressions internes et externes, très tôt structuré dans l'enfance. Cette défense serait perméable à des décharges émotionnelles

inconscientes, suractivées par la réalité, et s'avérant irréductibles ou incontrôlables.

Ainsi, d'insuffisantes capacités de refoulement générées par la continuité d'une atmosphère carenentielle paradoxalement intrusive et excitante, rendent la barrière **pcs-cs**, perméable à des fantasmes crus qui sont barrés par la barrière **pcs-cs**, rendant la fantasmatique peu productive et a *fortiori* peu créatrice.

Ces effets de destructivité interne peuvent favoriser l'issue somatique pour éviter la dépersonnalisation.

On pourrait ainsi concevoir la dépression essentielle, en son représentant l'alexithymie trait, comme une position centrale qui dans le développement psychogénétique normal serait dépassée grâce à la bonne intégration des conflits introjectifs permettant l'identification.

Cette position serait caractérisée par des mécanismes de défense face à une menace sur l'intégrité narcissique générant un mode de vie opératoire. Elle pourrait correspondre dans un continuum du normal au pathologique à une position centrale vers laquelle le sujet régresserait face au risque pour l'appareil psychique d'une surcharge d'excitation traumatique.

Selon M. CORCOS et al (2003), « *McDougall n'évoque pas à notre connaissance le fait que ce débordement, secondairement affectivé pourrait être lié à l'invasion par des énergies pulsionnelles libres (avec l'indistinction des pulsions libidinales et agressives à cet âge) non tamponnées (nourries et accordées) par un système de pare-excitation maternelle. L'absence de création d'un contenant psychique (autoérotisme puis symbolisation) du fait des défaillances de «l'auxiliaire du moi» maternel laisserait le sujet vulnérable à des angoisses de néantisation plus ou moins colmatées par un néosystème de pare-excitation qui fait appel à la recherche de sensations et à l'alexithymie permettant un sentiment de continuité sans abraser totalement le pôle somatique de l'affect perçu. Ces angoisses primitives, associées aux représentations d'objets internes archaïques, mobilisent des affects et des images intolérables dans des éprouvés et d'angoisses psychotiques.* » (Ibid, p 57)

PEDINIELLI souligne que « *L'impossibilité de production de l'imaginaire dans le verbe et la démétaphorisation sont à situer du côté de la séparation originale...Le discours de l'alexithymique est témoin de ce que le corps de la mère d'abord confondu avec celui du sujet puis aimé comme u objet arraché au sujet regardé, détaillé à distance.* » (M. CORCOS et M. SPERANZA, op.cit)

Enfin dans ces troubles, l'économique prime sur le topique.

Ainsi, le fonctionnement opératoire adviendrait essentiellement du fait de la désorganisation des deux systèmes topiques:

«La désorganisation de l'appareil mental efface les qualités du niveau préconscient et les qualités du surmoi » (MARTY et al, 1963).

5- Approche développementale de l'alexithymie

Depuis quelques années le débat qui à longtemps opposé les tenants d'une conception primaire, génétique ou neurobiologique de l'alexithymie aux tenants d'une conception secondaire, traumatique ou défensive a progressivement laissé le champ à une approche développementale et adaptative de l'alexithymie désormais considéré comme une dimension clinique transnosographique existant le long continuum allant du normal au pathologique.

Ces dernières années, les théoriciens des émotions ont fourni des arguments décisifs pour affirmer que les émotions jouent un rôle fondamental dans le développement et dans l'organisation du fonctionnement psychique. Selon ATGER et CORCOS elles interviennent à plusieurs niveaux: dans le processus d'attention et de perception (ZAJONC, 1988), dans la mémoire (PHELP et al, 1997), dans le processus de raisonnement et décisionnels (CACIOPPO et al, 1999, REIS et al, 1996).

Loin d'être considérées comme des facteurs dérangeants, les émotions apparaissent désormais comme des facteurs adaptatifs qui occupent une place essentielle et centrale dans la régulation des formes les plus évoluées de l'expérience humaine.

La réponse émotionnelle de l'homme est complexe. Les chercheurs s'accordent actuellement pour considérer qu'elle implique trois systèmes étroitement liés entre eux (TAYLOR et al, 1997):

- 1-Le système des processus neurophysiologique(en particulier l'action neuroendocrinienne et système nerveux autonome);
- 2-Le système des processus moteurs ou comportementaux-expressifs (comme les expressions faciales, les changements de posture ou du ton de la voix);
- 3-Le système des processus cognitivo-expérientiels et interpersonnels (la conscience subjective des états émotionnels qui animent le sujet et le récit verbal qu'il peut en faire).

L'activation l'un des trois systèmes retentit sur les autres selon un ensemble organisé

pour réguler les émotions.

ATGER et CORCOS soulignent que les principales émotions, celles de base comme les plus complexes, se développent durant l'enfance. Le développement affectif obéit à une structuration en différentes étapes similaire à celle du développement cognitif.

Dans la même perspective, C.E.SCHAFFER (1993) rajoute « *Partant d'une non-différenciation initiale, le fonctionnement affectif s'organise autour de représentations symboliques différenciées par l'intermédiaire du langage, des interactions précoces et des échanges sociaux.* » (F. ATGER et al, 2003, p66).

5-1 Interactions précoces et développement affectif

Dés les premières semaines de vie, l'enfant est dans la mesure de nouer les interactions avec son entourage à travers des modalités de communication complexes (EMDE, 1989). Les relations qui unissent l'enfant et son *care-giver* peuvent être décrites comme un système interactif ouvert, organisé et bidirectionnel en référence à la théorie de Ludwig Von Bertalanffy (1968). Suivant cet auteur, les systèmes humains sont des ensembles d'éléments en interaction formant une structure organisée et finalisée dont la cohérence est assurée par des mécanismes d'autorégulation et qui se développe selon des modalités de fonctionnement progressivement plus complexes. Dans ce cadre, le fonctionnement de la personnalité est le résultat d'un système de régulations interactives particulier à chaque individu et qui commence dès les premières interactions (SAMEROFF, 1989 citer par M. CORCOS et al, 2003).

Corcos et Speranza nous décrivent que ce système amène l'enfant à progresser d'un niveau d'organisation biologique et diadique où la mère assure l'homéostasie physiologique du système à un niveau d'organisation psychologique individuelle où il a acquis sa capacité d'autorégulation. Ils soulignent que chaque niveau d'organisation coïncide avec l'acquisition d'un système plus complexe de régulations interactives: un système «microrégulateur» d'abord avec le *care-giver*, puis un système «minirégulateur» en accord avec le code familial et enfin un système «macrorégulateur» où le code culturel environnant a été intégré (BRONFENBRENNER, 1986 citer par M. Corcos et M. Speranza, 2003).

La figure maternelle joue normalement un rôle essentiel dans les processus d'intégration progressive.

Suivant STERN, l'échange affectif est au cœur de ce système interactif délicat et

réci-proque dès les premiers mois de vie. Toutes les séquences comportementales entre l'enfant et ses parents sont guidées par une «syntonisation des affects». En effet grâce à un accordage affectif, l'enfant et le parent (surtout la mère) se communiquent réciproquement des états d'âmes complexes et régulent leur expériences émotionnelle. Dans la même perspective, John BOWLBY rajoute qu'au début ces échanges procèdent de l'expérience de ce qui est agréable ou désagréable, ensuite les affects deviennent des repères d'un système organisé pour guider le comportement.

La mère apprend rapidement à utiliser les expressions affectives de l'enfant pour adapter ses interventions. L'enfant lui-même intériorise progressivement le contrôle affectif de sa mère et assure sa propre régulation affective. Il devient suffisamment confiant pour acquérir toute une gamme de modalités comportementales pour faire face aux inévitables situations de séparation et explorer l'environnement avec tranquillité.

5-2 Attachement et transmission des affects

La théorie de l'attachement élaborée par John BOWLBY intègre les systèmes d'interactions précoces dans une perspective adaptative et développementale pour aboutir à l'un des modèles les plus intéressants du développement psychique de l'enfant. Cette théorie partage avec les conceptions psychanalytiques modernes l'hypothèse selon laquelle la relation entre l'enfant et son *care-giver* ne se base pas exclusivement sur la satisfaction des besoins physiques de l'enfant mais sur un besoin autonome et indépendant de relation. Elle formule comment, et c'est l'apport décisif de cette théorie, le développement de l'enfant s'opère, à la faveur des interactions que nous avons déjà décrites, par l'acquisition de systèmes représentationnels cognitifs et affectifs des relations déterminantes. Ces systèmes représentationnels posent les bases des régulations affectives et comportementales ultérieures et sont des garants de la continuité de l'expérience individuelle et relationnelle lors des profondes transformations développementales que traverse l'individu. (EMDE, 1983)

L'enfant développe en effet, au gré des interactions avec le *care-giver* émotionnellement disponibles, des schémas affectifs et cognitifs de la relation qui lui permettent de prévoir, de guider ou de modifier ses propres comportements dans les situations stressantes. Avec l'émergence du langage et des capacités représentationnelles (le jeu, l'imagination, la créativité), les schémas s'organisent selon des modèles opérationnels complexes nommés *International working models* en lien avec l'histoire des réponses affectives et la disponibilité du *care-giver*.

Cette disponibilité psychologique du *care-giver* vis-à-vis des états mentaux, que FONAGY et al, appellent la fonction «**Fonction réflexives**», participe à moduler les représentations plus ou moins élaborées qu'acquiert l'enfant de ses émotions, de son fonctionnement mental et de celui des autres, représentations qui moduleront ses expériences affectives et relationnelles. La fonction réflexive joue donc un rôle essentiel dans la régulation affective. (FONAG et al, 1993 citer par CORCOS et SPERANZA, 2003)

Lorsqu'on aborde une approche développementale de l'alexithymie, on doit aussi parler des travaux de Mary Ainsworth et ses collègues(1978), qui ont développé un paradigme expérimental appelé *Strange situation* qui permet de définir le style d'attachement adopté par un enfant à l'âge d'un an dans une situation de séparation de ses parents et de confrontation à une personne non connue. On peut considérer la réaction de l'enfant à cette situation comme un indicateur des schémas de régulation émotionnelle et comportementale qu'il a développés dans la relation précoce pour gérer les processus de séparation-individuation (CRITTENDEN, 1994). Cette expérience distingue différents styles d'attachement: les attachements sécurisés, les attachements anxieux-évitant et anxieux-évitant et anxieux-ambivalent et les attachements désorganisés. Les différents styles d'attachement ne sont pas pathologiques en eux-mêmes mais peuvent se révéler non fonctionnels dans certaines situations en limitant l'adaptation de l'enfant. L'équipe de Ainsworth, souligne que les enfants «anxieux-ambivalents» sont proches des sujets alexithymiques dans leur incapacité à identifier et à dénommer leurs émotions.

5-3 Les troubles de la régulation émotionnelle des sujets alexithymiques

Les troubles de la régulation émotionnelle des sujets alexithymiques peuvent être intégrés dans une approche développementale en accord avec ce que nous avons traité des liens entre interaction précoces et développement affectif. Plusieurs études menées sur des échantillons cliniques et non cliniques ont montré une association entre l'alexithymie et des modalités d'attachement insécures. Nous nous contenterons de citer à titre d'exemples: les études de BECKENDA, de SCHEIDT, et celles de TROISI et al.

F. ATGER et M. CORCOS soulignent que les sujets alexithymiques, incapables d'identifier certaines expériences émotionnelles et incapables d'utiliser l'activité imaginaire pour communiquer et moduler les émotions, ne peuvent donc pas réguler

leurs émotions ni par eux-mêmes ni par le recours aux relations interpersonnelles. Pour cette régulation, ils sont amenés à recourir à des stratégies adaptatives qui se révèlent souvent inefficaces comme l'hypervigilance anxieuse portée aux symptômes somatiques, l'agir impulsif, la recherche d'une hyperstimulation dans des comportements compulsifs ou toxicomaniaques.

Nous trouvons aussi les travaux de CIECHANOWSKI et al (2000), qui ont trouvé que les sujets présentant un attachement insécuré avaient tendance à reporter un nombre plus important de manifestations somatiques. Ce style d'attachement détaché pourrait donc indirectement constituer un facteur de risque à la survenue de maladies organiques, l'alexithymie n'étant ici qu'une expression d'un attachement insécuré et non la cause directe du déclenchement de la maladie. Dans la même perspective, nous rajoutons les études de FUKINUSHI et al, qui retrouvent une corrélation significative entre le score alexithymique (TAS-20) et la qualité de l'attachement mère –enfant rapporté par une échelle d'autoévaluation (**PBI Parental Bonding Inventory**).

En conclusion, la recherche actuelle conceptualise certaines maladies somatiques et psychiatriques associées à l'alexithymie comme des troubles développementaux de la régulation des émotions. Elle considère les symptômes et les spécificités comportementales observées dans ces troubles comme des tentatives pour rétablir cette régulation défectueuse (GROSTEIN, 1986; TAYLOR et al. 1997, citer par M. CORCOS et M. SPERANZA, 2003).

La recherche actuelle, intègre donc l'hypothèse défensive de l'alexithymie de McDougall(1989) et l'hypothèse du déficit soutenue par Sifnéos, et comme le disent ATGER et SPRANZA «*Ces hypothèses ne sont pas inconciliables comme l'a montré Kohut dans ses écrits sur l'articulation possible entre les problématiques narcissiques et objectales. La présence d'une alexithymie qui résulterait d'un déficit précoce peut rendre plus vulnérable pendant le développement et conduire dans certaines situations à des défenses plus rigides et massives. Cette organisation psychologique de l'alexithymie n'est pas dissociée d'une approche neurobiologique*» (ATGER et al, op.cit, p73)

5-4 Neurobiologie du développement de l'alexithymie

Certains auteurs ont montré qu'il existe des équivalents physiologiques de l'organisation comportementale et affective de l'attachement et de l'alexithymie impliquant le système nerveux autonome. PORGES (1994) a trouvé qu'une

hyperactivité parasympathique vagale et associée à une plus grande flexibilité physiologique et à une meilleure résilience aux situations stressantes. Des équilibres sympathiques et parasympathiques sont au contraire associés à des troubles de la régulation émotionnelle. Selon SCHORE (1994), le degré d'équilibre avec lequel la mère module les états d'activation affective de l'enfant en les stimulant ou en les modérant selon les besoins, influence l'équilibre entre les composantes sympathique et parasympathique du système nerveux autonome. Selon SCHORE, les enfants sécures seraient protégés des états excessifs d'activation. En revanche, les enfants anxieux présenteraient un trouble de la régulation par défaut ou par excès. Les anxieux-évitants développeraient une régulation vers le haut avec une prédominance du système sympathique sur le parasympathique. De la même façon et malgré de résultats contradictoires sur les corrélats physiologiques de l'alexithymie, il a été montré que certains troubles somatiques associés à des taux élevés d'alexithymie présentent un déséquilibre sympathique-parasympathique et une hyperactivité sympathique.

D'après ATGER et CORCOS, dans le cas d'alexithymie, il s'agit plus d'une désorganisation inscrivant le sujet dans une situation de risque qu'une inhibition ou une accentuation des fonctions physiologiques (CORCOS et SPRANZA, *op.cit*).

De ce fait nous nous trouvons dans le domaine de défaut que dans celui du conflit pour reprendre les termes de KOHUT (1984), défaut qui pourrait tenir entre autres à des anomalies du fonctionnement neurobiologiques inscrites à leur tour dans l'histoire des régulations interactives.

Nous insistons ici à dire que de nombreuses recherches neurobiologiques se sont attachés à décrire les équivalents psychologiques et physiologiques du déficit connu chez les sujets alexithymiques des dimensions cognitivo-expérientielles et interpersonnelles de la réponse affective, qui prive les dimensions physiologiques et comportementales d'une régulation consciente cognitive, verbale et interpersonnelle. Selon Le Doux (1996), les émotions subjectives et les manifestations autonomes des états affectifs sont les produits d'un système cérébral qui fonctionne indépendamment de la conscience. La structure cérébrale centrale de ce système est l'amygdale. Chargée d'évaluer la signification affective d'un stimulus et de déclencher les réponses rapides et une voie plus longue qui va au thalamus puis au néocortex et qui implique des systèmes cognitifs plus élaborés comprenant les systèmes de représentation symbolique et la mémoire.

Chez les alexithymiques, il existe un déficit des liens interhémisphériques ce qui

entraîne une réduction de la capacité de coordination des activités cognitives et émotionnelles entre les deux hémisphères (Parker et al, 1999). Le déficit interhémisphérique peut expliquer une dissociation entre les représentations analogiques non verbales de l'hémisphère droit et entre les mots et images plus spécifiques de l'hémisphère gauche, lieu primaire de l'élaboration symbolique. Un déficit de la communication interhémisphérique peut également gêner l'évaluation des stimuli et modifier les rétrocircuits qui vont du cortex préfrontal à l'amygdale d'où s'organisent les composantes physiologiques, motrices et expressives du système de réponse émotionnelle. La dissociation interhémisphérique aboutit en effet à un déséquilibre du système nerveux autonome avec une activation physiologique prolongée et répétitive par l'hémisphère droit, non modulée par l'activation cognitive correspondant à l'hémisphère gauche qui n'exerce plus son habituel contrôle inhibiteur. Le déséquilibre du système nerveux autonome est à l'origine de certaines manifestations cliniques constatées dans l'alexithymie.

Pour expliquer la genèse de l'alexithymie, SCHORE (1996) a montré que les défauts de régulation de l'activation émotionnelle de l'enfant de la part du care-giver peuvent provoquer des altérations dans le développement morphologique du cortex orbito-frontal. Ces altérations réduisent la capacité du cortex à moduler l'activité de l'amygdale et des autres structures sous-corticales. Il a été démontré dans la même idée que les enfants maltraités présentent une diminution de la différenciation de l'hémisphère gauche et une inversion de la normale asymétrie hémisphérique (ITO et al, 1998).

En conclusion, on peut dire que l'étiologie de l'alexithymie impliquerait ainsi une diversité de facteurs parmi lesquels on compte des carences de l'environnement familial et social de l'enfant et des variations constitutionnelles et génétiques de l'organisation cérébrale. Indépendamment d'une approche causale, l'ensemble de ces facteurs présents durant le développement peut néanmoins conduire à des changements permanents de l'organisation cérébrale qui contribuent aux caractéristiques cliniques de l'alexithymie.

Après toute cette réflexion autour de l'alexithymie; à travers ses différentes approches (psychanalytique, neurobiologique, et développementale), nous partageons la conception de CORCOS et al lorsqu'ils précisent qu'il ne faut pas opposer les approches neurobiologiques et psychopathologiques et qu'il faut considérer l'articulation neurobiologique-développement psychologique comme essentielle dès l'origine, et au cours des étapes psychobiologiques vitales. La dysfonction dopaminergique évoquée pour l'alexithymie, héréditaire ou fonctionnelle, pourrait être ainsi à l'origine du «choix

symptomatique» (registre privilégié de comportement pathologique) chez un sujet psychologiquement fragilisé.

6- L'alexithymie et la dépression:

La question du caractère stable de l'alexithymie ou, au contraire, de sa dépendance à d'autres facteurs cliniques a été au centre de nombreux débats depuis l'introduction de ce concept dans la littérature scientifique. Ce point comporte un enjeu majeur dans la mesure où il est lié à la notion de facteur de vulnérabilité. En effet, selon O. LUMINET et al, si on veut démontrer empiriquement que l'alexithymie constitue un facteur de vulnérabilité pour un ensemble de troubles somatiques ou psychologiques, il est nécessaire de démontrer sa stabilité dans le temps quels que soient les changements, les modifications de l'humeur ou de l'état clinique.

L'ensemble des études transversales plaide une spécificité diagnostique et une relative indépendance de l'alexithymie et de la dépression. Elles soutiennent l'hypothèse que l'alexithymie est un trait stable de la personnalité plus qu'un phénomène lié à la dépression.

Il existe en revanche une composante thymo-dépendante de l'alexithymie telle qu'elle est évaluée par la TAS-20. Le facteur « **Difficulté à identifier ses émotions et à pouvoir les distinguer des sensations corporelles** » est corrélé à l'état dépressif. Les deuxième et troisième facteurs, moins corrélés à la symptomatologie dépressive, peuvent être considérés comme les plus souvent spécifiques de l'alexithymie. Les perspectives longitudinales vont aider à préciser cette composante thymo-dépendante de l'alexithymie et ses liens avec la symptomatologie clinique.

Les études longitudinales ont montré avec différentes méthodologies une stabilité relative de l'alexithymie dans le temps, nonobstant les changements dans les scores dépression et d'alexithymie et l'action des traitements. Malgré la diminution de la dépression, les patients continuent à présenter des difficultés de régulation émotionnelle. L'alexithymie n'est pas simplement une réponse secondaire à la dépression ou au stress psychologique associé à la maladie, même s'il existe une variance commune entre alexithymie et dépression.

Enfin, il faut souligner deux points importants mis en évidence par les études par les études de LUMINET et al (2001), de BERENSSVAITE (2000), et de HONKALAMPI et al. (2001) : « *premièrement, la dépendance de la stabilité de*

l'alexithymie aux méthodes et aux conditions d'évaluation et deuxièmement, l'importance d'autres facteurs individuels. Il est tout à fait envisageable que l'alexithymie soit un trait de personnalité stable chez certains sujets et plus dépendant de situations spécifiques chez d'autres. Cette différence peut être essentiellement pour expliquer les différences dans la compliance aux soins et dans les réponses aux traitements qu'on observe cliniquement.» (M. CORCOS et al, op.cit, p92)

Pour conclure, les différentes études présentées montrent que l'alexithymie et la dépression sont deux dimensions indépendantes présentant des éléments communs. L'étude de leurs relations peut s'enrichir d'une approche clinique et psychopathologique pour repérer les qualités spécifiques de dépression. En effet les hypothèses développementales proposées pour l'alexithymie peuvent être éclairés par d'autres conceptions telles que celles envisagées par BLATT et al. Concernant le développement de l'identité et des capacités d'être en relation avec les autres.

Cette approche centrée sur la personne souligne l'importance d'évaluer l'expérience subjective de la dépression non prise en compte dans le trouble psychiatrique tel qu'il est catégorisé par le DSM 4. Comme FONAGY et TARGET l'on souligné (2000), la majorité des études n'explorent pas, ni ne différencient ces deux types de sentiments dépressifs, bien que l'expérience de la détresse psychologique puisse être radicalement différente.

7- La mesure de l'alexithymie

L'étude de l'alexithymie a nécessité la mise au point d'instruments de mesure afin de permettre de quantifier le phénomène et d'assurer la vérification et la reproductibilité des travaux.

Nous allons nous contenter dans ce bref exposé, de décrire brièvement quelques instruments de mesure valides de l'alexithymie :

7-1-La Toronto Alexithymia Scale (TAS et TAS 20)

Les travaux de Taylor (Toronto) et de son équipe (BAGBY, PARKER, LOISELLE, BOURKE) visent ainsi à créer un outil de mesure méthodologiquement rigoureux, et à examiner systématiquement la répartition de l'alexithymie et ses relations avec d'autres variables psychologiques.

La TAS, élaborée par l'équipe canadienne de TAYLOR (1985), est une échelle d'autoévaluation composée de 26 assertions. Elle est l'échelle qui présente les meilleurs paramètres métrologiques retrouvés dans de nombreux pays, ce qui atteste de la bonne

validité transculturelle.

Après plusieurs étapes, les auteurs ont sélectionné 26 items se regroupant en quatre facteurs.

Ces facteurs sont retrouvés dans les études chez des patients psychosomatiques et psychiatriques et chez des sujets indemnes de toute pathologie. Ces composantes sont :

- 1. la difficulté à identifier ses sentiments et à pouvoir les distinguer des sensations corporelles ;**
- 2. la difficulté à décrire ses sentiments à autrui ;**
- 3. les rêveries diurnes réduites ;**
- 4. les pensées tournées vers l'extérieur plutôt que vers les sensations intérieures (pensées à contenu pragmatique).**

L'alexithymie peut être conceptualisée soit comme une dimension continue (Modèle dimensionnel) et le score à l'échelle traduit alors l'intensité du Phénomène ; ou bien elle peut être considérée sur un plan catégoriel et à ce titre

Les auteurs ont proposé des valeurs de coupures. Ces notes seuils permettent de catégoriser les sujets et d'étudier de manière comparative les fréquences d'alexithymie entre divers groupes de sujets, sains ou malades.

Les facteurs et le score global sont peu corrélés avec l'âge, le niveau d'instruction, la désirabilité sociale et le statut socioéconomique.

La traduction, la validation et l'adaptation de cette échelle en France ont été réalisées par LOAS et son équipe (1993). Il est important de ne pas se contenter de l'emploi des notes seuils proposé par les auteurs originaux, mais il convient de les recalculer notamment lorsque les populations sont culturellement différentes (néanmoins, la majorité des travaux se contentent malheureusement de les utiliser).

Afin d'améliorer les paramètres métrologiques de leur échelle, les auteurs ont proposé une version modifiée de la TAS, l'échelle d'alexithymie de Toronto, à 20 items (TAS-20, BAGBY, 1994 citer par FARGES et FARGES, 2001). Les items de la dimension rêverie corrélant peu avec le score total, il est apparu opportun de les exclure. BAGBY (1994) a montré que le facteur III fragilisait la consistance interne du questionnaire.

Cependant, la suppression des items mesurant la rêverie, par rapport à la version antérieure, est critiquée sur le plan théorique par certains auteurs, dont SIFNEOS (1996).

La traduction, l'adaptation et la validation de la TAS-20 en français ont été réalisées

par LOAS et son équipe (1995). Elle contient 20 items dont 14 sont communs à la TAS qui représente une approche plus multidimensionnelle de l'alexithymie que la TAS-20. Signalons qu'en population générale, moins des deux tiers des sujets ayant un test positif sont réellement alexithymiques. En effet, la sensibilité et la spécificité de la TAS et de la TAS-20 ont été déterminées dans des populations où la prévalence de l'alexithymie était élevée (>50%), ce qui influe sur la Valeur Prédictive Positive – V.P.P. (probabilité qu'un sujet dépassant le seuil soit réellement alexithymique). Selon F. FARGES et FARGES « *Lorsque la valeur seuil est utilisée dans des populations où la prévalence de l'alexithymie baisse, les valeurs de sensibilité, de spécificité et de valeur prédictive positive se modifient.* » (FARGES et FARGES, op.cit, p56)

Selon Nicolas VERMEULEN et al, *La TAS-20 comprend trois dimensions interprétées respectivement comme la difficulté à identifier ses états émotionnels (« Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments »), la difficulté à décrire ses états émotionnels à autrui (« J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments ») et la « pensée opératoire » (« Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments »).* (N. VERMEULEN citer par S. CAMPANELLA et E. STREEL, 2007, p195)

7-2-L'échelle (Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire) BVAQ

(Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire, Bermond & Vorst, 2001)

C'est une échelle qui mesure cinq dimensions : (1) **une difficulté à identifier ses états émotionnels** (« *Quand j'en ai marre de moi-même, je n'arrive pas à savoir si je suis triste, ou bien si j'ai peur, ou bien si je suis malheureux (se)* »), (2) **une difficulté à exprimer verbalement ses états émotionnels à autrui** (« *Même à un ami ou à une amie, je trouve difficile de parler de mes sentiments* »), (3) **un appauvrissement de la vie fantasmatique** (« *Souvent avant de m'endormir, j'imagine des scénarios, des rencontres, des dialogues* »), (4) **un style de pensée concret ou opératoire** (« *Je trouve curieux que les autres analysent si souvent leurs émotions* »), et (5) **une faible réactivité émotionnelle** (« *Quand il se produit quelque chose de tout à fait imprévu, je reste calme et imperturbable* »).

Les quatre premières dimensions concernent des aspects habituellement mesurés par les échelles d'alexithymie. En revanche, la dimension de faible réactivité est nouvelle et

doit avant tout être considérée comme un corrélat du construit. Elle concerne la capacité de l'individu à ressentir des émotions en présence d'une scène admise comme émouvante.

On demande par exemple au répondant si lorsqu'il voit un ami pleurer, il éprouve à son tour des réactions émotionnelles. Développée à l'origine en néerlandais, cette échelle existe en français et en anglais (ZECH et al, 1999).

Le questionnaire comprend 8 items par dimension, il a été construit de manière à obtenir deux versions parallèles de 20 items chacune (BVAQ-A pour les items 1 à 20 et BVAQ-B pour les items 21 à 40). (F.FARGES et S. FARGES, op.cit)

Le Beth Israël Questionnaire (BIQ) a été forgé par SIFNEOS en même temps (1973) que le concept d'alexithymie. C'est le seul instrument d'évaluation externe, et à ce titre il conserve toute son importance. Le BIQ consiste en un questionnaire coté par l'investigateur après un entretien semi-structuré d'une demi-heure environ (hétéro-évaluation). Cette échelle existe en version française, traduite par Smith (1992), mais les paramètres métrologiques n'ont pas été publiés à ce jour, notamment la fidélité inter-juges qui pose le plus de problèmes. (Ibid)

La Schalling Sifneos Personality Scale (SSPS) a été proposée en 1979 par Sifneos et Schalling. Il s'agit d'un auto-questionnaire qui a connu trois versions successives. La SSPS-R ne semble pas posséder non plus, selon l'étude de Parker (1991), de propriétés métrologiques satisfaisantes (Ibid).

En ce qui concerne l'hétéro-observation, un instrument validé est disponible en français. Il s'agit de l'« Observer Alexithymia Scale » ou OAS (Haviland et al, 2000 ; Haviland et al, 2001), pour la validation française voir Berthoz et al. (2005).

Une autre échelle en cours de validation a été réalisée par l'équipe de Toronto (Bagby et al, 2006). Elle n'est cependant pas encore validée en français (S. CAMPANELLA et E. STREEL, 2007).

LUMINET souligne que la TAS-20 est actuellement l'instrument de mesure de l'alexithymie qui a fait l'objet des démarches de validation les plus complètes et les plus concluantes. On peut le recommander à la fois pour des populations normatives et pour des populations cliniques. Le BVAQ semble également offrir des qualités psychométriques élevées. Les études de validation sont encore peu nombreuses à l'heure actuelle mais elles ont à chaque fois indiqué qu'il s'agissait d'une échelle fiable

et valide.

Ces deux échelles sont cependant exclusivement de type auto-rapportées. Certains chercheurs ont critiqué le fait que l'alexithymie soit uniquement mesurée par ce type d'instrument (LANE et al, 1997, 1998).

Les données montrant une relation élevée entre le score obtenu à la TAS-20 et celui obtenu au BIQ suggèrent cependant que même utilisée seule, la TAS- 20 mesure le construct d'alexithymie de manière adéquate. Le recours à une évaluation multiméthode est cependant toujours préférable. Il est donc souhaitable que le BIQ, le CAQ-AP et l'OAS puissent rapidement être traduits et validés en français. Taylor et al. (2000) recommandent lors d'une évaluation clinique approfondie l'usage simultané de la TAS-20, de l'EQ-i (échelle d'intelligence émotionnelle, Bar-On, 1997) et du NEO PI-R (mesure du modèle de la personnalité en cinq facteurs).

Dans notre travail de recherche, nous rejoignons la conception de O. LUMINET, M. BAGBY et G.J.TAYLOR, et on se contente de travailler avec l'échelle TAS-20, instrument de mesure qui à prouvé une très bonne validité et consistance interne.

8-Prévalence de l'alexithymie

L'alexithymie n'est pas référenciée à une structure psychologique particulière, elle demeure une dimension transnosographique quelle que soit la classification à la quelle on se réfère (DSM 4, CIM 10).

Elle ne s'intègre pas dans une organisation névrotique, si l'on se réfère à la conception de Sifneos (1972). Celui-ci pense en particulier que les mécanismes de défense névrotique tels que la dénégation, le refoulement et l'isolement n'étaient pas suffisamment éclairants pour comprendre le phénomène alexithymique. Cependant, certaines études retrouvent 18% de patients alexithymiques chez les sujets névrosés (O. GUILBAUD et al, op.cit).

8-1 Prévalence de l'alexithymie dans la population générale

Avant de présenter la prévalence de l'alexithymie dans les troubles des conduites alimentaire et chez les obèses, il semble important de prendre en compte sa prévalence dans la population générale.

Tableau 5 prévalence de l'alexithymie dans la population générale d'après (O. GUILBAUD et al, 2003)

Auteurs-année	population	Echantillon	Instruments	Prévalence %
Corcos et al, 2002	Témoins tous venants	N= 767	TAS-20	20,7
Loas et al, 1995	Etudiants études sup.	N= 263	TAS-20	17,1
Loas et al, 1995	Sujets tous venants	N= 183	TAS-26	23,0
Loas et al, 1993	Sujets tous venants	N= 144	TAS-26	18,7
Horton et al, 1992	Adolescents	N= 144	TAS-26	23,5
Bertagne et al, 1992	Etudiants 1 ^{er} cycle	N= 264	TAS-26	08,1
Parker et al, 1989	Sujets tous venant	N= 786	TAS-26	18,8
Loiselle et al, 1988	Etudiants	N=333	TAS-26	17,7

Corcos et Speranza soulignent que les données épidémiologiques concernent la prévalence de la dimension alexithymique dans la population générale objectivent des résultats qui dépendent étroitement des échelles utilisées.

Rappelons aussi que qu'une composante alexithymique peut se voir chez les sujets sains, en particulier dans des situations de vie stressante (forte connotation positive alexithymie-anxiété).

De même, un fonctionnement alexithymique peut ne concerner que certains secteurs et certains moments de la vie relationnelle.

Ces données nous invitent à considérer que cette dimension psychopathologique:

- S'intègre dans une échelle du normale au pathologique
- Dépend étroitement du moment d'évaluation. En particulier il n'est pas exclu qu'il puisse être très important du point de vue de l'économie psychique dans certaines situations traumatiques;
- Doit être étudiée selon les fourchettes d'affects en jeu;
- Est pour le moins variable en fonction de l'évolution du sujet
- Montre une certaine variabilité en fonction du niveau socio-économique;
- Pose le problème de la pertinence des instruments d'évaluations.

8-2 Prévalence de l'alexithymie dans les troubles des conduites alimentaires (TCA)

Dans leur ouvrage intitulé « **Psychopathologie de l'alexithymie**», M. CORCOS et M.SPERANZA insistent sur le fait que les études effectuées sur les patientes présentant des troubles des conduites alimentaires ont montré des taux élevés d'alexithymie variant entre 35 et 80% (Bourke et al., 1992; Schmidt et al., 1993; De GROOT et al., 1995; Cochrane et al., 1993, Taylor et al., 1996). D'après ces travaux, l'alexithymie ne présenterait pas de corrélation significative avec les troubles de l'image du corps, ni avec l'âge, ni avec l'importance de la perte de poids et l'indice de masse corporelle(BMI), ni avec les stratégies de contrôle du poids. La plupart des études utilisant la TAS originale ou la version révisée de la même échelle à 20 items (TAS-20).

De Groot envisage la possibilité que l'alexithymie soit une propriété plus durable et spécifique des troubles des conduites alimentaires que la dimension dépressive. Tylor et al en 1996 ont relevé une forte corrélation significative et positive entre les scores à la TAS et à certaines sous-échelles de l'Eating Disorder Inventory (EDI).Selon cette étude l'alexithymie correspondrait à une dimension psychologique caractéristique des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires, dimension qui pourrait jouer un rôle dans leur développement.

Le tableau si dessus nous résume les différentes études sur la prévalence de l'alexithymie dans les troubles des conduites alimentaires.

Tableau 6: Alexithymie et troubles des conduites alimentaires d'après (O. GUILBAUD et al, 2003)

Auteurs	Echantillon	Alexithymie	Contrôles	Comparaison avec témoin	Instruments
Corcos et al., 2002	n= 154(AN) n= 98 (BN)	54,5% 44,9%	n= 174 n= 106	p< 0,0001 TCA vs (t)	TAS-20
Guilbaud Et al., 1999	n= 32 (AN) n= 32 (BN)	56,3% 32,3%	n= 74	P= 0,0001 AN vs (t) P= 0,016 (BN vs (ta))	TAS-20
Taylor et al., 1996	n= 48 (AN)	68%	n= 30 3,3%	p< 0,0001 AN vs (t)	TAS-20
De Groot et al., 1995	n= 31 (AN)	61,3%	n= 20 5%	p< 0,0001 AN vs (t)	TAS
Jimerson Et al., 1994	n= 20 (BN)	40%	n= 20	p< 0,001 BN vs (t)	TAS
Schmidt et al., 1993	n= 55 (AN-R) n=25(AN-BN) n= 93 (B)	56% 48% 50%	n= 48 27%	p< 0,0002 TCA vs (t)	TAS
Cochrane et al., 1993	n= 19 (AN) n= 18 (AN-BN) n= 48 (B)	63% 64% 56%			TAS
Bourke, 1992	n= 48 (AN)	77%	n= 30 6,7%	p< 0,001	TAS

AN = Anorexia nervosa

BN= Bulimia nervosa

AN-BN = Anorexia nervosa-Bulimia nervosa TAS= Toronto Alexithymia Scale

AN-R= Anorexia nervosa restrictive

TCA= Troubles des conduits

alimentaires

L'ensemble de ces études confirme donc les impressions cliniques de l'association d'un fonctionnement alexithymique aux conduites addictives alimentaires et la nécessité que ce résultat soit indexé à la dimension dépressive. Elles ne nous donnent cependant pas d'éléments discriminants pour dire si l'alexithymie est sous-jacente et préexistant sous forme de dimension psychopathologique au comportement addictif, favorisant l'émergence de celui-ci et/ ou si l'alexithymie est secondaire à une dépression et constitue une voie de la conduite addictive installée et chronicisée. (Corcos et Speranza 2003).

La majorité des auteurs sus-cités estime que la dimension alexithymique constitutionnelle pourrait être une condition prédisposante aux addictions en particulier alimentaires. Dans cette perspective la prise de l'objet addictif compenserait les défaillances du moi à réguler et à moduler pulsions et émotions.

L'alexithymie serait donc conçue ici comme un mécanisme de défense «par insensibilité», vis-à-vis d'agressions internes et externes, très tôt structuré dans l'enfance. Cette défense serait perméable à l'adolescence à des charges émotionnelles inconscientes, suractivées par le processus pubertaire, irréductibles ou incontrôlables, et qui seraient « anesthésiées »

9- L'alexithymie et troubles psychosomatiques

9-1 Alexithymie et stress

Les travaux issus de la neuroendocrinologie ont montré que la réaction de stress de la branche orthosympathique du système nerveux autonome (réaction d'urgence de CANNON) et l'axe corticotrope (le syndrome général d'adaptation de Selye). L'activation du système sympathique puis corticotrope, suite à un stimulus stressant, est responsable de désordres neurophysiologique et immunitaire associés. Même si la répercussion des réactions de stress sur l'organisme ne peut pas être considérée stricto sensu comme un trouble psychosomatique, celle-ci offre un modèle expérimental reproductible permettant de mieux comprendre l'impact des facteurs psychosociaux sur l'organisme (troubles neurophysiologiques, neuroendocriniens, répercussion sur l'immunité).

L'alexithymie en ce sens a été considéré comme un facteur psychique de vulnérabilité au stress (Ibid).

Plusieurs études favorisent une perturbation de la réactivité sympathique chez les

sujets alexithymiques mais ces résultats restent inconstants en fonction des paramètres physiologiques mesurés et des techniques d'induction émotionnelle utilisées.

Corcos et Speranza insistent sur le fait que les données de littérature vont dans le sens d'une augmentation du tonus sympathique de base chez les sujets alexithymiques avec un manque de réactivité physiologiques lors des réactions de stress.

Le déficit de régulation des affects serait associé à une modification basale du tonus du système nerveux autonome mais aussi du profil cortisolique constituant un facteur de vulnérabilité au stress.

LINDHOLM et al (1990) ont montré, après ajustement sur la dépression, que les sujets alexithymiques comparativement aux non-alexithymiques avaient une résistance au test de frénation par la Dexaméthasone traduisant une hyperactivation cortisolémique secondaire à un emballement de l'axe hypothalamo-cortico-surrénalien. A notre connaissance il s'agit de la seule étude publiée sur ce sujet, invitant à une certaine prudence quant à la corrélation entre le score de l'alexithymie et la réponse au test à la Dexaméthasone, bien que significatif, était relativement faible.

On peut envisager que, du fait de leur incapacité à réguler leurs affects, les sujets seraient donc confrontés à des troubles physiologiques caractérisés par une augmentation du tonus du système nerveux autonome et de l'axe adrénocorticotrope constituant un facteur de vulnérabilité au stress. Cette réaction marque une dissociation psychophysiologique: les manifestations neurovégétatives du stress sont présentes mais le sujet n'arrive pas à en percevoir les manifestations émotionnelles. Il y aurait en quelque sorte un découpage entre réactivité physiologique et l'éprouvé subjectif lié au stress chez les sujets alexithymiques.

9-2 Alexithymie et immunité

En ce sens les travaux évaluant les répercussions du fonctionnement alexithymiques sur le fonctionnement immunitaire sont particulièrement intéressants. On peut envisager dans un modèle psycho-neuro-endocrino-immunologique, que l'emballement de l'axe corticotrope et sympathique pourrait être responsable du fonctionnement immunitaire à moyen terme. (Ibid).

Pour certains auteurs, le maintien d'une stimulation de l'axe sympathique et corticotrope pourrait être responsable d'une immunosuppression susceptible d'avoir des répercussions somatiques à plus long terme. Néanmoins, les études évaluant les relations entre la réponse immune et la dimension alexithymique sont relativement

restreintes.

Certains auteurs (DEWARAJA et al, 1997; TORDARELLO et al, 1995, 1997) retrouvent une diminution significative du taux de lymphocytes circulants chez les sujets alexithymiques comparativement aux non alexithymiques. Plus les sujets sont alexithymiques plus les taux de lymphocytes seraient bas. L'étude de DEWARAJA et al. (1997) retrouve chez 97 sujets sains une chute significative du taux de lymphocytes K (Killer, CD8+CD11a+) chez les sujets définis comme alexithymiques à l'échelle TAS.

L'étude de TORDARELLO (1997) évaluait, lors d'une consultation gynécologique de dépistage systématique de lésions précancéreuses de col de l'utérus chez 123 femmes indemnes de pathologie connues, les taux d'alexithymie (TAS-20) et les taux de lymphocytes circulants (typage CD2, 3, 4, 8, ...).

Ces patientes étaient examinées par un gynécologue, devaient remplir l'échelle de la TAS-20 et faire une prise de sang. En fonction des résultats des examens cliniques et paracliniques obtenus, les éléments diagnostiques et la décision de faire une biopsie leur ont été signifiés. Cette étude a retrouvé chez les patientes (n=43) présentant des lésions précancéreuses du col utérin (qu'elles ignoraient) un taux d'alexithymie (42,5%) significativement plus élevé ($p < 0,001$) que chez les sujets témoins (n=67, 12,58%). De même parmi les patientes (n=43) présentant des lésions dysplasiques, les patients alexithymiques (n=21) comparativement aux patientes non alexithymiques (n=22) avaient un taux plus faible de lymphocytes circulants (touchant significativement les lymphocytes CD45 $p < 0,002$) et CD3 ($p < 0,03$) et épargnant les lymphocytes CD8 (n=22).

Dans une étude récente, CORCOS et al ont retrouvé chez les sujets sains une corrélation élevée et significative entre le taux de cytokine circulante IL-4 et IL-1 et les scores à l'échelle TAS-20 mais Corcos précise que l'échantillon était de trop faible effectif pour en tirer des conclusions solides.

Selon Guilbaud, Corcos et Speranza (2003) « *Les données de littérature restent encore trop peu et contradictoires. Il pourrait y avoir une vulnérabilité au stress chez les patients alexithymiques, liée à une stimulation permanente de l'axe corticotrope responsable d'un état de légère immunosuppression avec une activation cytokinique compensatrice permettant de stimuler la réponse immune. Ces auteurs ajoutent, que l'hypothèse d'un dysfonctionnement cytokinique relatif à une diminution de la réponse immune chez les sujets alexithymiques mériterait d'être étayée.* » (Ibid, p145).

9-3 Alexithymie et maladies à composante psychosomatique

Selon Guilbaud et Corcos, Un certain nombre d'études font état d'une association entre l'alexithymie et les maladies à composante psychosomatique. Les patients atteints de maladie psychosomatique ont une prévalence plus élevée de l'alexithymie que chez les sujets sains, mais comme le soulignent les mêmes auteurs, cette association n'est pas retrouvée dans toutes les études et n'est en rien pathognomonique des maladies à composante psychosomatique.

Nous présentons dans le tableau ci-dessous un récapitulatif des études mesurant la prévalence de l'alexithymie chez les patients souffrant de maladies psychosomatiques

Tableau 7 : Prévalence de l'alexithymie dans les maladies à composante psychosomatique

d'après (O. GUILBAUT et M. CORCOS, 2003)

Références	Pathologies	Effectifs	Alexithymie	Echelles
Jula(1999)	HTA essentielle	n=127	57%(hommes) 46%(femmes)	TAS-26
Tordarello (1995)	HTA essentielle	n=114	55,3%	TAS-20
Paulson(1985)	HTA essentielle	n=53	41%	BIQ
Numata	Spasme coronarien	n=100	31%	MMPIa
Porcelli	RCH et maladie de Crohn.	n=112	35,7%	TAS-20
Fukunishi	Ulcères gastro-duodénaux	n=57	51%	TAS-20
Fernandez (1989)	Polyarthrite	n=40	27,5%	
Dirks et al (1981)	Asthme	n=579	34%	MMPIa
Kleiger(1980)	Asthme	n=202	39%	MMPIa

Tordarello (1997)	Dysplasies cervicales	n=43	43%	TAS-20
------------------------------	--------------------------	------	-----	--------

Si ces études transversales retrouvent une association entre alexithymie et maladie psychosomatique, Corcos et Guilbaud pensent qu'il n'y a aucune étude prospective qui à montré que l'alexithymie constituait un facteur de risque de décompensation psychosomatique. Dans la même perspective nous retrouvons les études de K.COHEN et celles d'ACKLIN et ALEXANDER.

LUMLEY et al envisagent différentes modalités d'interaction entre la dimension alexithymique et les maladies somatiques :

1-Les sujets alexithymiques présenteraient une vulnérabilité particulière au stress liée à une réactivité physiopathologique pouvant conduire à moyen terme à des lésions organiques.

2-L'alexithymie constituerait un facteur de risque de morbidité accrue de part les comportements de mise en danger (faible support social du fait de la pauvreté des relations interpersonnels; conduites à risque: alcool, tabac, drogues...; mauvaise compliance thérapeutique...)

3-Les sujets alexithymiques reporteraient plus fréquemment de manifestations fonctionnelles liées à la maladie.

4-Le stress et la douleur générés par la maladie organique seraient responsables d'une alexithymie secondaire qui constituerait une stratégie de coping (d'ajustement) face aux manifestations physiques et fonctionnelles de la maladie.

10- Alexithymie et Obésité

En se référant aux conceptions selon lesquelles l'obésité serait une maladie psychosomatique, LEGORETT et al ont réalisé une étude en 1988 afin d'identifier le degré d'alexithymie et d'inhibition des fonctions symboliques. Quatre-vingt-quinze sujets sont répartis en trois groupes :

37 présentent une obésité morbide ;

28 une obésité modérée ;

30 sans surcharge pondérale constituent le groupe témoin. Ces derniers, volontaires, ont été sélectionnés en raison de leur similarité sociodémographique avec les sujets des deux autres groupes.

L'évaluation se fait à partir de deux épreuves reconnues comme mesures de l'alexithymie: la Schalling-Sifneos Personality Scale (SSPS) et l'*Alexithymia-Provoked Response Questionnaire (APRQ)* et d'un test mettant en évidence la fonction symbolique : le *Quantitative System of Archtypal-9 (SAT-9)* Test.

L'analyse de variance indique des résultats significatifs dans le sens de scores plus élevés aux échelles de mesures d'alexithymie (SSPS et APRQ) pour les deux groupes de patients obèses. De même, le SAT-9 révèle un degré d'inhibition de la fonction symbolique plus fort dans les groupes obèses que dans le groupe témoin (A. MARIAGE et al, op.cit).

DE CHOULY DE LANCLAVE et al, en 2000, ont étudié comparativement 40 femmes obèses recrutées en consultation pour leurs problèmes de surcharge pondérale (IMC > 27,5 kg/m²) et 32 témoins.⁴⁹ L'objectif est d'établir un lien éventuel entre obésité, alexithymie, troubles psychopathologiques et binge eating.

Les résultats, en utilisant le questionnaire : Beck Depression Inventory (BDI), montrent que les sujets obèses sont significativement plus déprimés, conformément à d'autres études publiées dans les années quatre-vingt-dix. BLACK et al, en 1992 trouvent des résultats similaires sur une étude portant sur des patients souffrant d'une obésité morbide ainsi que GOLDSMITH et al, en 1992, dans une étude sur des patients consultant pour un traitement de l'obésité.

Les sujets obèses avec un « binge eating » ont un score à l'échelle de dépression plus élevé que les patients non « binger ». Ils seraient plus à même de développer des troubles psychopathologiques à type de dépression que les autres.

Le pourcentage de sujets alexithymiques, évalués avec la Toronto Alexithymia Scale (TAS), diffère significativement entre les patients obèses et le groupe témoin. Leurs résultats suggèrent que, chez l'obèse, l'alexithymie et la dépression sont susceptibles de partager un certain nombre de symptômes communs. Une corrélation positive est établie entre la TAS et les scores de la BDI. Les patients « binger » ne sont pas plus alexithymiques que les autres patients obèses. (A. GALLOYER – FORTIER, 2005)

Cependant, MOROSIN et RIVA dans une étude qui porte sur 165 femmes obèses dont les résultats au MMPI, à l'*Anxiety Scale Questionnaire*, au *Eating Attitude Test* et au TAS sont comparés à ceux d'un échantillon tout venant de 135 femmes. Les auteurs concluent que l'alexithymie n'est pas caractéristique de l'obésité, mais se retrouve essentiellement chez des sujets obèses qui présentent des traits psychopathologiques

avérés. (A. MARIAGE et al, op.cit)

Nathalie DUMET partage en partie ce point de vue et s'appuyant sur une pratique clinique auprès de patientes obèses en institution médicale.

Elle souligne que celles-ci ne présentent pas de manière marquée ou prépondérante de fonctionnement psychique de type opératoire décrit habituellement chez les sujets somatisants. Elle constate que ces femmes qui consultent dans l'urgence d'une prise ou reprise pondérale présentent une richesse et une souplesse associatives qui permettent au contraire d'appréhender toute la signification du processus somatique pondéral. (Ibid)

LE BARZIC souligne, dans la même perspective, que les sujets les plus gros peuvent apparaître moins anxieux et déprimés que les moins gros qui manifesteraient davantage leur agressivité vers l'extérieur, tandis que les plus gros auraient tendance à minimiser leurs frustrations et à éviter d'impliquer autrui. L'ensemble de ces travaux nous invite, bien qu'il n'y ait pas de lien de cause à effet clairement établi entre le BMI et ces troubles psychiatriques, à rechercher une symptomatologie anxio-dépressive chez le patient schizophrène présentant une surcharge pondérale.

De Zwaan et al (1994) n'ont pas trouvé aucune différence significative entre l'alexithymie mesurée chez les patientes obèses atteintes d'hyperphagie boulimique et chez les obèses sans boulimie. Par ailleurs, des scores d'alexithymie comparables ont été observés dans différentes catégories de sujets avec des troubles des conduites alimentaires (JIMERSON et al, 1994; BOURKE et al, 1992; COCHRANE et al, 1993, TROOP et al, 1995).

André MARIAGE , P. CUYNET ,et B.GODARD, soulignent dans leur article paru récemment que Les recherches effectuées sur la dimension alexithymique dans les troubles des conduites alimentaires (anorexie et boulimie) montrent, pour les échantillons concernés, des taux élevés d'alexithymie variant entre 35 et 80%. Par ailleurs, l'alexithymie ne serait en corrélation significative ni avec les troubles de l'image du corps, ni avec l'âge, ni avec l'importance de la perte de poids et l'IMC.

En somme, nous retiendrons que quoi qu'il en soit et comme ces travaux le suggèrent, l'obésité et plus largement les troubles du poids constituent à bien des égards de véritables symptômes (psycho) somatiques. Plus précisément ces symptômes en appellent à une réflexion sur leur place et leur fonction dans l'économie et l'équilibre psychiques des individus qui en sont porteurs.

11- Alexithymie et Rorschach:

Dans un ouvrage collectif paru en 2003, les deux directeurs de l'ouvrage «Psychopathologie de l'alexithymie», CORCOS et SPERANZA soulignent que deux types d'études cherchant à déterminer des critères qui permettraient de repérer le fonctionnement alexithymique au Rorschach coexistent : celles qui tentent une validation avec un critère externe ; celles qui emploient une mesure reconnue de l'alexithymie comme critère externe.

On note que toutes ces études sont basées sur le système intégré Exner ou compatibles avec lui. (Corcos et Speranza, op.cit)

Les études Rorschach à critères indirects se limitent à comparer des groupes de patients sur certaines variables du Rorschach en Système Intégré. Les différences observées sont interprétées comme une mesure de l'alexithymie.

Les travaux réalisés par ACKLIN et ALEXANDER sont exemplaires de ce type d'étude. Ils mettent en évidence un ensemble de variables lié à la présence de quatre pathologies supposées a priori

« psychosomatiques » : lombalgies ($N= 33$), troubles gastro-intestinaux ($N= 31$), troubles dermatologiques ($N= 29$), maux de tête ($N= 35$). Les comparaisons à l'échantillon américain de référence ($N= 600$) montrent des différences significatives sur des variables sélectionnées en fonction de leur lien supposé avec l'alexithymie : R et M faibles (pauvreté fantasmatique), WSumC et FC faibles (réponses émotionnelles faibles et affects peu modulés), EA faible (manque de ressources internes), Lambda élevé et peu de Blends (conformisme, soumission aux stéréotypes adaptatifs). La qualité contestable du critère externe et l'équivalence supposée entre la présence de certains troubles et l'alexithymie sont les principaux écueils méthodologiques de cette recherche.

Cinq études incluent une évaluation de l'alexithymie avec la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS). La plupart de celles-ci introduisent des variables comparables suivant l'exemple d'ACKLIN et montrent que le Rorschach permet d'identifier les composantes cognitive, relationnelle, affective et fantasmatique de l'alexithymie.

Corcos et Speranza (2003) proposent d'évaluer le profil alexithymique selon sept traits regroupés autour de quatre éléments qui sont l'activité imaginaire (nombre de réponses faibles, nombre de kinesthésies humaines faibles), l'affect (réponses affectives

restreintes traduites par un poids faible de la somme des réponses couleurs, des affects pauvrement intégrés), la cognition et la perception (cognitions concrètes, stéréotypies perceptives), les ressources adaptatives (déficit des éléments affectifs et idéationnels traduit par la somme des réponses kinesthésies humaines et des réponses couleurs).

Quel que soit le type d'étude, la question reste posée de savoir si les variables Rorschach retenues constituent une configuration pathognomonique de l'alexithymie ou si au contraire on peut la rencontrer dans d'autres pathologies ?

Dans ce sens, PETOT remet en cause la validité conceptuelle de la TAS. Elle compare les productions au Rorschach en SI de deux groupes : l'un ayant des notes élevées à l'échelle TAS ($N=23$), l'autre des notes basses ($N=21$) et montre que l'alexithymie lorsqu'elle ne s'accompagne pas de troubles psychosomatiques ne s'accompagne pas ipso facto de pauvreté psychologique.

Nous adopterons dans la partie pratique (analyses des protocoles Rorschach), le modèle proposé par ACKLIN et al pour l'indentification et l'évaluation des composantes alexithymiques des adolescents obèses.

12- Modalités de traitement de l'alexithymie

Les patients présentant une alexithymie ou d'autres déficits dedans leurs processus de émotionnel posent des problèmes aussi bien aux somaticiens aussi bien qu'aux psychiatres. En plus des difficultés dans l'expression et la régulation des affects, ces patients présentent des troubles de représentations objectales et narcissiques, ce qui se traduit dans les liens contre-transférentiels. Leur tendance à la somatisation entraîne de multiples investigations médicales qui ont un effet iatrogène; de plus la répétition de troubles du comportement tels que la prise de l'alcool ou d'autres toxiques entraîne chez les soignants un sentiment de frustration et de découragement.

A partir d'observations cliniques, de nombreux thérapeutes concluent que les patients alexithymiques répondent difficilement aux thérapies analytiques ou interpersonnelles.

Déjà en 1948 avant même la définition du terme d'alexithymie, RUESCH rapportait des échecs qu'il attribuait à l'incapacité de lier le verbal, le symbolique avec l'expression des affects. KRISTAL (1982-1983) qui à une grande expérience du traitement de patients souffrant de toxicomanie, de PTSD, estime que l'alexithymie est le plus important

facteur d'échec des thérapies psychodynamiques.

SIFNEOS (1972-1973, 1975) ajoute que les patients alexithymiques qui présentent de décompensations somatiques ont une aggravation de leur état suite à l'anxiété suscitée par les interprétations psychothérapeutiques.

Aussi SIFNEOS (1975), FREYBERGER (1977) et NEMIAH (1976) recommandent l'utilisation des psychothérapies de soutien, techniques pouvant être partagée entre psychiatres et somaticiens, plutôt que des thérapies analytiques classiques. D'autres conseillent l'utilisation de techniques cognitives et comportementales, pharmacologiques ou de thérapies d'inspiration analytiques (FLANNERY, 1978; SCHRAA et DICKS; TAYLOR, 1991)

CORCOS et SPERANZA citent trois types de psychothérapies pour les patients alexithymiques:

a- La psychothérapie individuelle:

Plusieurs cliniciens ont proposés des aménagements aux psychothérapies dynamiques pour les patients alexithymiques. En général ces modifications se sont centrées sur le cadre thérapeutique plutôt que sur les modalités interactives de communication entre le patient et le thérapeute, comme l'a souligné KRISTAL (1979, 1982-1983, 1988) il est important que le thérapeute offre des explications décrivant à ces patients alexithymiques leurs difficultés face à leur vécu émotionnel ainsi que le retentissement corporel et physiologique qui en découle. Le thérapeute aidera le patient à reconnaître, à différencier, à aménager et supporter le vécu affectif. C'est un processus long et progressif qui permettra à ces patients de percevoir leurs émotions et de les exprimer par des mots plutôt que par des maux. Des observations directes portant sur l'expression comportementale de leurs émotions seront pour ces patients une source importante d'informations qui les aidera à découvrir leurs affects (GREENBERG et SAFRAN, 1989)

Pour STÉPHANOS, BIEUBLE, PLAUM (1976) et TAYLOR (1987), et face à la tendance de ces patients à majorer leurs sensations corporelles quand ils sont confrontés à des états émotionnels « *Il est souvent utile d'associer aux interventions psychothérapeutiques des techniques de relaxation.* » (J. CHAMBRY et al, 2003, p222).

Cependant, TAYLOR (1987) souligne que ces aménagements de la psychothérapie (clarification et interprétation des déficits affectifs et cognitifs; conseils éducatifs...)

entraînent chez le patient un risque dépendance majeur vis-à-vis du thérapeute. La recherche d'une relation fusionnelle se traduira dans la relation transférentielle mais sera difficilement interprétable auprès du patient (KRISTAL 1982-1983, MACDOUGALL 1985, TAYLOR 1987).

En résumé, une approche psychanalytique traditionnelle qui étudierait les liens entre les processus psychologiques et somatiques par l'unique interprétation des symptômes n'est pas adaptée. Ces patients alexithymiques nécessitent une approche thérapeutique qui vise à améliorer la perception de leurs émotions et à atteindre une capacité de représentation de ce vécu affectifs (FROSCHE, 1985; LANE et SCHWARTZ, 1987). Pouvoir se représenter ses émotions permet non seulement de les ressentir mais aussi de les contrôler (FROSCHE, 1995)

Ainsi, nous retenons que l'amélioration du contrôle émotionnel permettra de diminuer les décompensations somatiques ainsi que « les décharges » comportementales (prise de toxiques, crise de boulimie...), et comme le souligne MARGULIES (1993), « *En modifiant ainsi les modalités de la psychothérapie individuelle, le thérapeute devient un véritable auxiliaire du moi pour le patient, lui permet de reconnaître ses émotions et l'autorise à vivre des expériences affectives nouvelles* » (MARGULIES citer par J. CHAMBRY et al, 2003, p223).

b- Thérapies de groupe

APFEL-SAVITZ, SIVERMAN, BENETT, et SWILLER pensent que les thérapies de groupe sont considérées comme une alternative, voire un complément des thérapies individuelles pour les patients alexithymiques. En effet, les groupes permettent au patient de faire l'expérience d'émotions et d'apprendre ainsi sur leur vécu affectif à partir des relations interpersonnelles qui se développent au cours des séances. Cependant, SWILLER insiste sur l'importance de la limitation des patients alexithymiques dans le groupe. Il est essentiel que le groupe reste dans un rôle de soutien auprès d'eux tout en encourageant ces patients alexithymiques à exprimer leurs réflexions (le plus souvent agressives) vis-à-vis des autres membres du groupe, ce qui les informera sur les conséquences de leur manque d'empathie vis-à-vis d'autrui. Les thérapeutes attirent alors l'attention des patients sur leur mode de communication entre les différents membres.

L'efficacité sur l'alexithymie des thérapies de groupe a été évaluée par FUKINISCHI et ceci à partir d'une étude antérieure montrant l'existence de

fonctionnement alexithymique parmi les membres des familles d'alcooliques.

BERESNEVAITÉ à évalué dans une autre étude en Lituanie, l'efficacité de thérapie de groupe sur les patients ayant présenté un infarctus du myocarde.

c- Association psychothérapie-pharmacologie

L'étiopathogénie des troubles de la régulation des émotions reposant sur des interactions complexes entre des facteurs neurobiologiques et psychosociaux, une approche purement pharmacologique n'est pas envisageable. Une grande variété de psychotropes à été utilisée dans le traitement des troubles de la régulation des émotions comme les Benzodiazépines, les antidépresseurs tricyclique, les IMAO, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, les thymorégulateurs et les neuroleptiques. Les indications sont liées à des symptômes spécifiques: anxiété, attaque de panique, dépression, instabilité de l'humeur, irritabilité, impulsivité...Ces traitements médicamenteux offrent une rapide amélioration mais aussi des rechutes fréquentes à l'arrêt de leurs prises.

Cependant, FRIEDMAN (1988) et SOLOFF (1994), précisent « *En réduisant l'instabilité affective, les comportements impulsifs et agressifs, cela permet à de nombreux patients de bénéficier davantage d'une prise en charge psychothérapeutique* (citer par CHAMBRY et al, 2003, p225). La sérotonine est certes impliquée dans la dysrégulation de l'émotion et est source d'une variété importante de symptômes. Mais comme le précisent Dubovsky et Thomas (1995), il est impensable d'envisager une théorie explicative reposant sur un seul neurotransmetteur.

Selon ROSENBAUM (1995), SOLOFF (1994) et VAN DER KOLK (1994), il existe un grand nombre d'études évaluant l'efficacité des différents psychotropes sur un type de symptôme en lien avec les troubles de la régulation des émotions mais il est actuellement impossible de désigner un traitement pharmacologique de référence de l'alexithymie.

Corcos et Speranza pensent qu'afin de préciser les modalités thérapeutiques, certains auteurs proposent une évaluation globale du sujet en plusieurs étapes:

Tout d'abord, il est indispensable de repérer et hiérarchiser avec le patient ses principales difficultés et les cibles du changement souhaité, qu'il soit symptomatique ou plus global.

Secondairement, il apparait important d'investiguer les liens existant entre la dimension alexithymique et la structure de personnalité. Même si ce type de d'évaluation permet de

dégager les conduites thérapeutiques et des prises en charge particulières, on considère que devant un sujet qui présente des caractéristiques alexithymiques prononcées l'approche thérapeutique doit être progressive et se faire par étape.

Les mêmes auteurs soulignent qu'il n'existe que deux études empiriques étudiant l'efficacité de différents types de traitement de l'alexithymie dont la première est celle de PIERLOOT et VINCK (1977), quand à la deuxième est celle de KELLER et al (1995).

Nous proposons dans ce travail de recherche la relaxation psychosomatique comme une psychothérapie pour les sujets alexithymiques.

Notre objectif est d'évaluer l'évolution de la dimension alexithymique d'adolescents obèses au cours de leur prise en charge notamment par la relaxation psychosomatique.

Conclusion

Plus de 30 ans après sa formulation, l'intérêt porté au concept d'alexithymie ne cesse de s'accroître. Alors qu'à peine 150 articles furent publiés sur ce concept entre 1972 et 1985, une rapide recherche de littérature sur PsycINFO (base de données éditée par l'American Psychological Association) indique que plus de 950 articles ont été publiés depuis 1996 (pour un total de près de 1600 articles à ce jour).

L'alexithymie fait aujourd'hui partie intégrante du champ de la recherche sur les émotions à tel point que ce concept a été examiné dans des domaines aussi divers que la neurobiologie, la psychanalyse, la psychologie cognitive, la psychologie de la personnalité, la psychologie clinique et la psychologie développementale.

Toutefois, l'alexithymie n'a pas reçu la reconnaissance des classifications nosographiques internationales, même si paradoxalement ce concept trouve son origine dans la clinique et que de nombreux travaux de recherches cliniques indiquent son utilité et sa pertinence.

Pour conclure, les données physiologiques, neurophysiologiques, neuroanatomiques et psychanalytiques d'individus présentant des troubles émotionnels (comme l'alexithymie) sont très utiles pour la recherche mais elles fournissent également des suggestions importantes pour les thérapies.

Nous avons précédemment évoqué les difficultés rencontrées lors de tentatives de traduction des mots décrivant les émotions. Les mots du corps ou de nature, images, métaphores, allusions, analogies, contes et paraboles...nombreuses sont les façons de parler des émotions. Pour que l'on puisse se comprendre, il faut partager un même système de décodage. Celui qui a déjà tenté d'exprimer ses émotions dans une langue qui n'est pas sa langue maternelle, a sans doute connu les errances du vocabulaire «émotionnel».

Parler des émotions n'est jamais neutre. On ne parle pas à n'importe qui de ses émotions, et parfois on n'en parle pas soi-même. Quelqu'un d'autre doit prendre la parole à la place du sujet. Il est avant tout important de connaître le statut et la position de l'interlocuteur avant de savoir comment parler des émotions, afin de ne pas se trouver en situation de transgression, celle-ci risquant d'envahir le sujet de sentiments d'une culpabilité massive.

Parler des émotions en situation transculturelle est alors une entreprise difficile et risquée, risque du malentendu, du dérisoire, de l'incompréhension; d'autant plus difficile dans la situation thérapeutique où l'on évoque des émotions douloureuses et parfois mal compris déjà dans sa langue. Dans une rencontre transculturelle, on n'a pas tant besoin de quelqu'un qui trouve le terme exact dans l'autre langue, mais de celui qui parvient à faire partager les représentations, celui qui s'avère capable de faire passer d'un monde de l'autre.

CHAPITRE 4

La relaxation psychosomatique

« Il n'est donc pas question de se demander: comment sortir de l'impasse puisque, par définition, il n'ya pas de sortie, mais plutôt : pourquoi il y a eu impasse, pourquoi encore l'impasse? » *Sylvie Cady*

« Quand on ne trouve pas son repos en soi-même, il est inutile de le rechercher ailleurs »

François De La Rochefoucault

Introduction

C'est une question récente de s'intéresser au corps, de lui porter une attention particulière, de le ressentir et de chercher son équilibre. Jean Starobinski nous rappelle cette histoire de la prise de conscience du corps, récente dans l'humanité occidentale, qui ne fait découvrir l'anatomie qu'à la Renaissance et s'intéresser au corps propre seulement au vingtième siècle. Michel Erlich précise que cet intérêt pour le vécu corporel et les sensations internes, que l'on nomme *cénesthésies*, semble apparaître à la fin du dix-huitième siècle où plusieurs études approfondies leur seront consacrées. C'est aussi à cette époque que les premières expériences d'hypnose dite « Thérapeutique »-on parlait alors de *magnétisme*- furent tentés. (BRENOT, 2003)

Dans son ouvrage "Manuel des thérapies psychosomatiques", Sami Ali explique que « Toute théorie, qui touche à l'âme et au corps et qui se veut novatrice, doit entraîner une autre vision de la thérapeutique. A défaut de quoi, ce serait des mots différents pour dire la même chose, une manière de permuter les éléments d'une phrase sans sortir de la chose. » (Sami Ali, 2001, p1).

L'approche psychosomatique nous à sembler représenter surtout un modèle théorique intéressant et utile, que la pratique clinique vient corroborer. Elle permet de saisir l'individu dans sa double appartenance au réel et à l'imaginaire, au travers d'un corps toujours présent et au centre de la relation. L'identité du thérapeute trouve un ancrage solide et serein dans cette perspective qui allie inmanquablement ces deux dimensions que sont le réel et l'imaginaire, unis dans une dialectique permanente (Ibid).

Dans l'appellation psychosomatique le corps est proposé tel un champ de bataille, ou tel un théâtre où se règlent les jeux des pulsions inassouvies ou mal investies. Le soma et l'esprit, les affects et la chair, en conflit, amènent le corps « en dernier

ressort» à être le lieu des affections, le point «final» d'un subir (P.SIVADON et A.F.ZOÏLA, 1986). Elles ouvrirent la voix aux nombreuses écoles de relaxation qui se réclament aujourd'hui de cette filiation occidentale ou des techniques traditionnelles issues de différentes cultures. (BRENOT, op.cit)

Nous aborderons dans ce chapitre, une présentation théorique de la relaxation, ensuite nous ramenons un éclairage à la relaxation psychosomatique, ses spécificités, ses rapports au corps, à l'imaginaire, et à l'alexithymie qui se définit selon cette approche comme un refoulement de la fonction de l'imaginaire.

De plus, à travers ce chapitre, on a tenté de répondre à un ensemble de questions dont: qu'est ce que la relaxation? Quelles sont ses indications? S'agit-il d'une psychothérapie à part entière? Ou d'une simple technique thérapeutique ?

Qu'est ce que la relaxation psychosomatiques ? Quelles sont ses indications et sa technique ? Quelle place occupe l'imaginaire dans cette approche ? Comment elle élabore son travail sur l'imaginaire et l'émotion ? Quelle place occupe le corps dans cette thérapie ?

Et enfin comment travaille-t-elle pour relier le corps réel et imaginaire ?

1- Définitions de la relaxation

L'étymologie du mot relaxation renvoie au Latin *relaxationem, relaxare*, qui est synonyme de relâchement, de tension diminuée. Le terme de relaxation correspond à une réalité physiologique: la diminution du tonus musculaire.

Selon P.GEISMANN et R. DURAND De BOUSINGEN, nous appelons relaxation un ensemble de techniques, méthodes et thérapies des plus variées qui se rejoignent sur certains points. La relaxation n'est pas, comme certains l'imaginent, de l'inaction; au contraire, c'est une action de concentration sur soi, sur ses sensations.

La relaxation est «*Une tentative de se libérer physiquement, mais aussi moralement, intellectuellement et affectivement d'une contrainte.*» (P.Geismann et R.Durand de Bousingen in Isabelle Célestin-Lhopiteau et Pascale Thibault-Wanque, 2006, p 77).

Pour les mêmes auteurs, Elle peut également être définie comme l'acquisition du tonus musculaire et de l'état émotionnel optimal par rapport à une situation. C'est d'ailleurs pourquoi nous pouvons parler de relaxations (au pluriel) tellement les pratiques sont nombreuses, et il serait très difficile d'en dresser une liste exhaustive. Toutes prennent le corps comme médiateur de la thérapie. Certaines pratiques vont s'appuyer sur l'apprentissage du relâchement musculaire et de la concentration sur les sensations (training autogène de SCHULTZ) ou sur l'alternance de contractions musculaires et de relâchement (relaxation progressive de Jacobson), alors que d'autres s'intéressent à la parole et à la relation qui s'établit entre le thérapeute et la patient (relaxation à inductions variables de Sapir) ou encore à la réactivation à travers l'expérience corporelle d'aspects émotionnel. (Ibid, pp 77-78)

On obtient la relaxation par différentes techniques et elle peut n'être qu'une étape de la technique: en la retrouve en sophrologie, en hypnose, en thérapie cognitivo-comportementale ou encore dans le yoga...

L'utilisation de ces pratiques dépend du but recherché, qui peut être:

- L'expérience du relâchement musculaire et de la concentration sur les sensations;
- L'apprentissage de ce relâchement musculaire et de la concentration sur les sensations;
- L'utilisation psychothérapique de la relaxation afin de réactiver, de verbaliser, d'élaborer des aspects émotionnels et fantasmatiques jusque-là inconscients. (Ibid)

BRENOT souligne qu'« on peut considérer que les états de relaxation permettent, d'une certaine façon, de remettre en liberté les énergies contenues dans

le moi-corporel et liées aux résistances. » (BRENOT, 2003, p7).

Th.Kammerer précise qu'il s'agissait d'« une technique plus simple, plus rapide, plus aisément accessible au patient» (Ibid, p7)

Schultz, lui-même, précisait à propos de sa technique du training autogène qu'elle a «*Essentiellement pour objet de permettre au patient d'accomplir cette déconnexion suggestive spécifique de type hypnotique par un mécanisme d'autosuggestion* »

(SCHULTZ, 1958 citer par BRENOT, 2003, p8).

Un lien avec la vie mentale apparaît qui introduit la construction psychique de notre corps, c'est Yves RANTY qui le dit d'une façon exemplaire: «*La relaxation pourrait être considérée très simplement comme une thérapeutique apportant une détente musculaire et mentale. Cependant, comme le corps est lié à la vie psychique, il va avoir désormais son histoire, ses souvenirs, ses rancunes, ses désirs, ses dégouts, ses angoisses fondamentales (séparation, morcellement, castration), ses images, ses symboles, ses fantasmes, ses espaces, ses temps, ses rythmes, ses sensations, ses mots et même ses rêves.*»(Ibid, p9)

Selon Michel Sapir, « *Les méthodes de relaxation ont tous en commun:*

1- une visée économique

2-la passivité, le relâchement qui induit un mode de sensations, une plongée introspective, selon l'heureuse expression de KAMMERER et Durand De BOUSINGEN.

3-Le fait que les résistances soient abordées dans leur réalité corporelle seule ou dans leur sens.

Il n'ya pas, selon nous, de bonne ou de mauvaise méthode parmi les principales que nous avons mentionnées. Mais il ya de bonnes ou mauvaises indications, des relaxations, des relaxateurs qui évitent plus ou moins leurs projections et qui sentent mieux que d'autres le corps demandant du relaxant.»(Michel SAPIR et al, 1978, pp3-4)

Selon Jean-Jacques Prévost, la relaxation dépasse, par ses implications psychologiques relationnelles, le cadre d'une simple technique de corps au sens ethnologique et restreint du terme:« *ensemble des procédés propre à chaque société qui sont transmis à l'enfant dès l'âge le plus tendre en vue de lui faire connaître et utiliser son corps conformément aux normes culturelles*». (Ibid, p58)

Enfin, on adopte la définition simple et concise de BRENOT qui précise que« nous appellerons donc relaxation un ensemble de techniques, méthodes et thérapies qui

remplissent les quatre préalables suivants: immobilité, fermeture des yeux, silence et calme, focalisation sensorielle. Ces quatre conditions permettent l'accès à des états de conscience qui ont également de nombreux points communs, mais pas les mêmes finalités.» (BRENOT, op.cit, p10)

2- Les approches de la relaxation

BRENOT précise, que la question reste posée sur l'unicité ou la diversité des relaxations, car les travaux expérimentaux sont peu nombreux, pour la plupart déjà ancien, et parfois par les «écoles» qui revendiquent un état de conscience spécifique: l'état autogène de SCHULTZ, la conscience sophronique de CAYCEDO ou les iddhis de la méditation transcendantale ne semblent pas si éloignées les uns des autres lorsqu'on y regarde sans préjugé. Le vécu subjectif en est, quand à lui, très différent, car il est culturel, car il est appris, car il relève d'une idéologie qui conditionne nos présentations.

Dans la même perspective, BRENOT souligne, que les termes: techniques et méthodes ne sont pas suffisants pour définir les nombreux cadres dans lesquels se réalise la relaxation. Pour certains le terme technique est revendiqué, souvent du fait de la spécificité des moyens employées. D'autres relaxations sont codifiées selon un protocole et un cadre particulier et peuvent en cela être qualifiées de méthodes physiologiques. D'autres approches privilégient le cadre psychothérapeutique au cadre technique. D'autres peuvent être qualifiées de philosophie de vie ou de démarches mystiques. De ce fait plusieurs distinctions peuvent s'opérer entre les techniques, les méthodes, et de nombreux auteurs ont proposé des classements selon les critères physiques, cliniques ou plus personnels.

Nous allons tenter de comprendre la diversité technique, puis le caractère unitaire au plan de la physiologie et de la psychologie.

Reprenant STOKVIS, deux auteurs Français, Naili DOUAOUDA et DESVILLES, font une classification intéressante des relaxations dérivées du training de SCHULTZ selon trois orientations ou finalités:

- des relaxations privilégiant la rééducation psychomotrice afin de réduire les tensions psychiques;
- des relaxations psychanalytiques centrées sur l'analyse de la relation, dont l'un des écueils peut être de nier la réalité corporelle et de masquer la fonction de détente;
- des relaxations intégratives dites « éclectiques» qui utilisent les effets spécifiques de

la détente corporelle et des états approfondis de relaxation dans un cadre psychothérapeutique. (Brenot, 2003)

BRENOT propose une autre classification des «méthodes» de relaxation: «*Nous les décrirons selon quatre groupes: l'hypnose et les relaxations hypnotiques; le training autogène et les relaxations dites« couvrantes»; les relaxations psychothérapeutiques «découvrantes»; les autres méthodes.* » (BRENOT, 2003, p40)

I. Célestin-Lhopiteau et P. Thibault-Wanque précisent, qu'il y a «*deux méthodes de référence dont décrivent la plupart des autres méthodes actuellement proposées en France: le training autogène de Schultz et la relaxation progressive de Jacobson.*» (Isabelle Célestin-Lhopiteau et Pascale Thibault-Wanque, op.cit, p78).

On tient à donner un aperçu limité sur ces deux méthodes, ensuite nous tenterons de porter de l'éclairage à l'approche adopter pour ce travail de recherche qu'est la relaxation psychosomatique.

2-1 Le training autogène de Schultz:

Le «training autogène» à été élaboré vers 1930 par un neurologue et psychiatre allemand, Johannes Heinrich SCHULTZ (1884-1970), en se basant notamment sur les travaux d'Oscar Vogt sur l'hypnose, d'Emile Coué sur l'autosuggestion consciente et de Freud dont il a été l'élève.

Il a mis au point cette méthode d'entraînement à l'auto-hypnose après avoir interrogé les personnes la pratiquant, ce qui lui a permis d'établir les étapes utiles de ce training autogène. Comme le nom l'indique, le training autogène est un véritable entraînement qui demande une pratique régulière et soutenue. L'expression «training autogène» signifie «s'entraîner soi-même».

Les objectifs du training autogène de Schultz sont multiples. Il s'agit:

- Du relâchement musculaire et de la concentration sur les sensations, afin d'engendrer une détente psychique;
- De l'apprentissage de ce relâchement musculaire et de la concentration sur la sensation. Il s'agit d'une forme d'entraînement à l'auto-hypnose;
- De l'utilisation psychothérapeutique de la relaxation.

a-Description de la méthode:

Cette méthode comprend deux cycles:

- Le cycle inférieur correspond à l'apprentissage de la relaxation proprement dit. Il consiste en une concentration sur les différentes partie du corps afin d'obtenir des

sensations identiques au vécu corporel de patient sous hypnose (lourdeur, chaleur, respiration harmonieuse, cœur apaisé et sensation épigastrique chaude, associés à la fraîcheur du visage);

- le cycle supérieur est en réalité une psychothérapie de conception analytique, basée sur des thèmes évoqués en état de relaxation profonde.

L'apprentissage de la relaxation dans le training autogène se déroule par étapes, il se compose de six exercices qui visent à "produire une déconnexion générale de l'organisme par une modification volontaire de l'état tonique". Ces six étapes concernent successivement les muscles, le système vasculaire, le cœur, la respiration, les organes abdominaux, la tête.

Il s'agit d'une pratique progressive, partant d'une zone corporelle comme le bras, pour s'étendre à l'ensemble du corps. Le patient est invité à se concentrer sur des formules précises qui induisent à porter attention à ce qu'il ressent. La personne s'installe, soit en position allongée ou assise, soit en "cocher de fiacre", c'est-à-dire en position assise, la tête penchée en avant. Chaque exercice dure de vingt à trente minutes.

La fin de chaque séance de relaxation, que l'on nomme une reprise, permet au patient de retrouver un état de tonicité habituel, par une succession de différents mouvements des bras, des membres inférieurs et ensuite de tout le corps; deux ou trois respirations profondes sont proposées avant d'ouvrir les yeux.

b-Déroulement de la séance

La séance débute par la phase rituelle: «Je suis tout à fait calme», prononcée par le praticien ou le thérapeute. Elle se déroule ensuite en six étapes:

1- L'idée de pesanteur (acquise progressivement): «mon bras droit est lourd. Mon bras gauche est lourd. Mes jambes sont lourdes. Tout mon corps est lourd.»

2- Sensation de chaleur (phénomène de vasodilatation) selon la même logique et la même progression (agit sur l'appareil circulatoire): « Mon bras droit se réchauffe légèrement»

3- le contrôle cardiaque (prise de conscience des battements rythmiques du cœur) : « mon cœur bat calmement et correctement.»

4- Le contrôle respiratoire: «Ma respiration est tout à fait calme, je suis toute ma respiration.»

5- la sensation de chaleur au niveau de l'abdomen: « Mon plexus solaire est chaud, tout à fait chaud.»

6- L'idée de fraîcheur au niveau du front, afin d'isoler la tête du phénomène de vasodilatation qui s'est produit dans tout le corps: « Mon front est frais, agréablement frais.»

Les séances avec le thérapeute sont en général hebdomadaires, le sujet doit refaire chez lui des exercices seul pour favoriser son autonomie.

c- Les indications:

Une méta-analyse regroupant soixante études (dont trente-cinq randomisées contrôlées) a identifié les nombreux domaines pour lesquels le training autogène a réduit considérablement le stress et l'anxiété, entraînant une importante relaxation musculaire, une meilleure circulation sanguine, une réduction de la tension artérielle et une respiration plus profonde, ce qui est bénéfique face à de nombreuses maladies, notamment l'hypertension, l'insomnie ou l'eczéma. Ces résultats sont retrouvés dans d'autres études évaluant les autres types de relaxation. La technique est aussi très efficace pour contrôler la douleur, au point de réduire de façon importante la prise de médicaments. En psychologie sportive, on y a couramment recours pour améliorer la concentration et performance des athlètes.

Cependant, il est recommandé de faire preuve de prudence auprès des personnes souffrant de psychoses.

2-2 La relaxation progressive de Jacobson

a-Définition:

Jacobson, médecin physiologiste américain, a jeté les bases de sa technique en 1931 aux Etats-Unis où elle est largement diffusée. Il s'aperçut, en faisant l'étude des sursauts involontaires, que plus on est tendu et nerveux, plus un bruit (ou un événement, une situation) inattendu nous fait sursauter. Le stress s'accompagne de contradictions musculaires. Au contraire, en état de relaxation, la réaction à l'inattendu est diminuée. Le relâchement musculaire entraîne la détente mentale.

La technique de relaxation progressive va utiliser l'alternance de contradiction et de relâchement pour parvenir à prendre conscience et à faire disparaître les tensions musculaires; cette pratique comporte deux degrés: la relaxation générale et la relaxation différentielle.

Il s'agit d'une technique progressive qui passe d'un groupe musculaire à l'autre jusqu'à atteindre le relâchement de chacun d'eux, de la globalité du corps.

b-Description de la méthode:

La relaxation progressive de Jacobson se pratique en 3 étapes:

Première étape: Chaque groupe musculaire (cou, bras, torse, dos, cuisse, jambe, pieds) est contracté 5 à 7 secondes, puis relâché, d'abord à moitié, puis complètement.

La personne qui pratique se concentre sur les sensations associées à une contraction puis au relâchement musculaire correspondant à chaque état, en commençant tout particulièrement par les effets de la contraction. Cette prise de conscience s'effectue dans toutes les parties du corps.

Deuxième étape: Le patient contracte des muscles puis les relâche en portant son attention sur les nouvelles sensations et changements opérés.

Troisième étape: Il s'agit de la prise de conscience à tout moment de vie quotidienne de toutes les tensions musculaires liées à un trouble affectif ou émotionnel. Le sujet détend alors les muscles concernés et sera capable, en éliminant les tensions musculaires, de faire face au stress naissant de situations difficiles.

La relaxation progressive de Jacobson demande, pour le sujet seul, une séance d'une demi-heure à une heure par jour et une à trois fois avec le thérapeute. Le travail peut s'échelonner de quelques mois à plusieurs années.

c-Déroulement de la séance:

Cette méthode se pratique dans un endroit calme. Par une température agréable, dans une position de confort.

Choisissez une pièce calme, libre de toute intrusion et d'appels téléphoniques.

1. Couchez-vous sur le dos, les bras sur le côté, et laissez vos yeux ouverts pendant 3 ou 4 minutes.
2. Fermer les yeux, gardez-les fermés l'heure de détente.
3. Après 3 ou 4 minutes les yeux fermés, relevez votre main vers l'arrière en la tendant, et observez la sensation de tension pendant 1 ou 2 minutes, en remarquant bien comme elle diffère dans le poignet, dans les doigts et dans l'avant-bras.
4. Ne faites rien pendant 3 ou 4 minutes.
5. Relevez la main comme précédemment, pendant 1 ou 2 minutes.
6. Encore une fois, ne faites rien pendant 3 ou 4 minutes.
7. Relevez à nouveau votre main pour la troisième et la dernière fois, en observant la sensation de tension pendant 1 ou 2 minutes.

8. Ne faites plus rien jusqu'à la fin de l'heure.

Les diverses techniques de mouvement favorisant le relâchement musculaires sont les suivants:

- L'étirement: les muscles sont étirés au maximum, puis relâchés
- Le balancement: il s'agit d'un mouvement pendulaire des segments corporels (par exemple, le balancement des bras à l'aide d'un léger mouvement de torsion du tronc);
- La vibration: il s'agit de petites secousses succédant rapidement d'un ou de plusieurs segments corporels;
- L'affaissement: un segment du corps est élevé puis relâché sous l'effet de la pesanteur;
- La contradiction: un muscle ou un groupe musculaire va être tendu au maximum puis relâché, permettant au sujet de percevoir l'opposition entre la sensation de contradiction et le repos qui accompagne le relâchement.

Nous tenons à bien préciser la visée de BRENOT, qui s'accroche au terme de méthode lorsqu'il parle de la relaxation.

3-Les indications de la relaxation en psychosomatique

On peut relever des attitudes différentes selon les thérapeutes et les «écoles» de relaxation en ce qui concerne les indications. Très schématiquement, les écoles les plus physiologistes ou somatiques proposent un tableau de correspondances entre les effets objectifs de la relaxation et des indications cliniques précises; les écoles les plus orientées vers la psychodynamique et la psychanalyse ne s'occupent pas spécifiquement du symptôme d'appel, mais plutôt de la personnalité du relaxant et poseront des indications selon la structure de personnalité.

Brunot précise, que *«si nous sommes attaché à décrire essentiellement le cadre des relaxations dites « thérapeutiques», nous pouvons étendre ces indications à l'ensemble des relaxations hypnotiques, traditionnelles, mystiques, couvrantes ou découvranes...»* (BRENOT, op.cit, p105).

Dans ce cadre, on peut dire, comme le montre Brunot, plusieurs grilles d'indications de la relaxation furent proposées. La multiplicité de ces classements en montre la difficulté et l'orientation qui est toujours idéologique. Nous allons essayer de présenter les indications ou applications des relaxations en psychosomatique.

BRENOT insiste, que dans la perspective de la psychosomatique, la relaxation

apparaît comme une approche intégrative qui trouve dans ce domaine de nombreuses applications. Il cite l'asthme bronchique, hypertension artérielle, affections dermatologiques, eczéma, psoriasis, vitiligo, affections gastro-entérologiques, ulcère gastro-duodéal, colite spasmodique, maladie migraineuse... et qui, pour certains patients, présente l'intérêt de ne pas négliger le corps dans lequel il souffre. Cady explique que la relaxation psychothérapique est une technique à soubassement organique qui permet de prendre en charge des problèmes corporels liés à des difficultés d'origine psychique; de ce fait, elle est parfaitement appropriée aux phénomènes psychosomatiques.

4- La relaxation entre technique thérapeutique et psychothérapie à part entière:

Dans un article intitulé « *Les psychothérapies de relaxation ou est-ce que la relaxation a sa place en psychothérapie?* », Réjean L. MESSIER, essaye de répondre à une question fondamentale: doit-on considérer la relaxation comme un instrument, un adjuvant utile à une psychothérapie? Ou constitue-t-elle, en soi, une entité psychothérapeutique ?

Il conclue , « Respectant l'individualité de chaque être, la relaxation offre une vaste gamme de possibilités thérapeutiques, pouvant être à la fois thérapie ou instrument psychothérapeutique, en accélérant et en intensifiant l'actualisation du changement recherché dans une autre psychothérapie. » (Réjean L. MESSIER, 1978, p108)

Selon Brunot, toutes les méthodes de relaxation sont considérées comme des psychothérapies « *Toute relaxation est psychothérapique est psychothérapique, de par le cadre dans lequel elle est réalisée, de par la mise en jeu d'affects transférentiels entre relaxant et relaxateur, enfin pour raison de la mobilisation psychique qu'implique toute expérience corporelle.* » (BRENOT, op.cit, p53)

Il ajoute, qu'il est plus légitime d'accepter que toutes ces approches soient psychothérapiques

« *La cure de relaxation doit faire l'objet d'une orientation thérapeutique et d'un choix parmi d'autres thérapies.* » (Ibid, p55)

Dans le domaine de la psychosomatique, on peut dire qu'il s'agit toujours de psychothérapie, plutôt que, de technique. Dans cette perspective, BRENOT souligne,

« Pour être psychosomatique, une relaxation ne peut être que psychothérapique. ».

Cady précise, que «*La relaxation psychothérapique est une technique à soubassement organique qui permet de prendre en charge des problèmes corporels liés à des difficultés d'origine psychique; de ce fait, elle est parfaitement appropriée aux phénomènes psychosomatiques.* »(CADY citer par BRENOT, 2003, p120)

Pour Sylvie CADY, et dans une perspective purement psychosomatique « *la relaxation psychosomatique est une nouvelle forme de psychothérapie à soubassement corporel, elle à été conçue à partir de deux aspects fondamentaux de la nature humaine, à savoir le psychique et le somatique dans leur relation de complémentarité* » (S. CADY, 2007, p72)

Elle ajoute qu'*«il ne s'agit pas d'une construction a priori mais d'une démarche empirique en réponse aux problèmes posés par la somatisation. La nouveauté technique réside dans la place accordée à l'imaginaire lors de la gestion psychique et corporelle du tonus. En ce sens, elle correspond au fonctionnement essentiel de chaque individu, tout en tenant compte du processus de somatisation appartenant aux différents registres.* » (Ibid, p78)

De ce fait on tient à préciser que nous adoptons la théorie de Brenot et Cady, qui consiste à considérer la relaxation comme une psychothérapie à part entière, comme le dit Cady «*C'est une nouvelle forme de psychothérapie corporelle.*» (Ibid).

5- La relaxation au regard de la notion d'image du corps

Selon Canet-Palaysi, «*Le symptôme peut être grave, la maladie mortelle; elle engage le corps du patient et le corps du thérapeute. Mais l'angoisse de mort, vécue dans le corps, et peut-être, ici, plus supportable, et pour l'un et pour l'autre, car celui que l'on touche est là, chaud, pulsatile...Le relaxateur tient compte, dans son projet, de la réalité somatique et d'un pronostique parfois mortel, mais il «travaille» avec le corps vivant, ici et maintenant, de son patient.*» (Claude Canet-PALAYSI, citer par SAPIR et al, 1978, pp68-69).

Brunot porte une intention particulière à l'image du corps en relaxation« *Quelle que soit la méthode, la technique, la philosophie, toute expérience corporelle de relaxation mobilise l'image de notre corps, une représentation mentale que nous avons patiemment construite, qui est faite de l'histoire de nos affects et de leur inscription dans le corps.*» (Brunot, op.cit, p53)

Il ajoute que, le symptôme apparaît ainsi à la surface non du corps réel, mais du corps imaginaire qui devient le lieu et l'objet des thérapies en relaxation.

Dans cette même perspective, il ajoute que la distorsion constante entre le corps réel et le corps imaginaire met en évidence, chez certains sujets, un trouble profond de la construction de l'image du corps (psychose), permet chez d'autres, de verbaliser une problématique particulière (névrose) et ouvre toujours le discours sur le corps dans l'idée d'une reconstruction psychosomatique.

Quand à François Reverchon, il insiste sur cette dualité: «*La différence entre le corps réel et le corps imaginaire n'apparaît pas d'emblée, et la confusion entre le réel et l'imaginaire est constante tant que ces deux niveaux sont congruents l'un à l'autre*». (BRENOT, op.cit, p33)

Cette différence n'apparaît que lorsque les «besoins», réels et imaginaires, divergent, lorsque l'un des deux niveaux, en général le psychique, domine l'autre et impose ses désirs au corps qui répond par des symptômes.

La notion de «trace mnésique» peut être ici évoquée. Il s'agit de traces sensorielles enfouies, refoulées, parfois désinvesties qui sont rappelées à l'autre à la surface de la conscience par un événement, une association d'idées et, en relaxation, par une induction, parole ou toucher. Cette actualisation mobilise le souvenir et l'affect qui lui est lié.

La souffrance participe ainsi à la structuration imaginaire du corps par la rencontre des mots et des émotions. Cette dimension mentale du corps et la valeur métaphorique des symptômes qu'il présente ne peut être mieux résumée que par cette exemplaire réflexion de Guido Corronetti dans le silence du corps: «Le corps n'est qu'un autre nom de l'âme.»

Marc GUIOSE pense que «*La relaxation permet de toucher à tous les pans de l'image du corps tels qu'ils ont été développés plus haut*». (Marc GUIOSE, 2003, p30)

Cependant, il insiste, qu'il est tout à fait profitable d'utiliser la relaxation, non comme une modification des états de conscience, mais comme un étayage du psychisme sur le corps.

De ce fait, le thérapeute n'a pas comme but d'abaisser les niveaux de vigilance ou le tonus, il axe bien plutôt son travail sur la structuration du schéma corporel du patient et contient d'éventuels moments d'angoisse. «*Nous sommes là, dans un travail où le thérapeute met à la disposition de son patient son psychisme tel un «Moi auxiliaire»*»

(D. Anzieu), sa capacité de transformer des émotions inassimilables, en quelque chose de recevable pour le patient, il est ici question de la fonction alpha du thérapeute.» (BION, 1962, citer par Marc GUIOSE, 2003, p 30).

Nous pensons, qu'ici une question pertinente doit être posée : Qu'en est-il du narcissisme en regard de l'image du corps en relaxation ?

F. Dolto montre, que l'image du corps est le support du narcissisme. Mais surtout, avant l'expérience du miroir, c'est la mère qui donne sens au narcissisme de son enfant et le soutient par son corps, par son schéma corporel à elle.

Nous soutenons l'idée que dans l'expérience de la relaxation, le relaxateur est le support du narcissisme du relaxé. Il se produit un retour à un narcissisme primaire pendant le temps de la séance, véritable investissement du Moi par la libido.

Si le regard du relaxateur posé sur le relaxé a une fonction narcissisante, la voix et son écho au niveau de l'image du corps nous paraît tout aussi essentielle.

En effet, l'attention du relaxé est constamment attirée vers son corps, vers ses sensations.

Le relaxateur utilise sa propre expérience de la relaxation, se référant aux sensations imprimées dans son propre schéma corporel. Il aide le relaxé à prendre conscience de ses modifications toniques. Cette attention particulière du relaxateur pour le corps de son patient, qui le mène vers un état de mieux-être, ce tout au long de la séance, par le repérage et l'élimination de ses tensions.

Monde qui, pour le relaxé, se restreint à des sensations et à une voix, tout ceci investit le corps d'une importance affective particulière, et amène le patient à se renarcissiser.

6- Le corps en relaxation

Pour Philippe BRENOT, le corps humain n'est pas un assemblage d'organes, il est plus fondamentalement une construction psychique qui produit des symptômes, des signes et de l'émotion, lorsqu'on touche à sa structure.

Sapir le considère comme un: *«Lieux de l'inconscient, le corps devenu référent principal dès avant la cure, par le mythe dont celle-ci est l'objet, va être le centre de ce que faute d'un meilleur mot on l'appelle un vécu et qui est plutôt un senti perçu réel et projeté. Ce corps sera vécu comme morcelé puis entier, en situation et hors temps, dans un lieu et un espace, en soi et par rapport à l'autre ou aux autres,*

déformé, halluciné, érotisé, souffrant, mourant, jouissant.» (SAPIR et al, op.cit, p171)

Quand à CAIN, en la relaxation, Le malade propose son corps, son symptôme. C'est son unique langage, son unique plainte. Il est demandeur et silencieux à la fois. (J. CAIN, citer par SAPIR et al, 1978, pp68-69)

P. SIVADON et A.F. ZOÏLA soulignent, que les relations corporelles appellent à la tonicité musculaires de relation et à la tonicité de posture d'une part, à la position spatiale du corps de l'autre et enfin aux échanges du vécu du corps et des incidences verbales, sensorielles, affectivo-pulsionnelles. La relaxation ouvre aux psychanalyses. (P. SIVADON et A.F. ZOÏLA, 1986)

Dans son approche de la relaxation, JACOBSON introduit des procédures psychomotrices orientées vers les stades de maîtrise du tonus musculaire de posture. Il s'agira donc, d'apprendre à réduire au minimum les réactions toniques, de connaître les sensations-perceptions micro-localisées introduisant les détentes et les contractilités. Cette relaxation différentielle vise à une économie des tensions musculaires en réduisant les mouvements parasites et en décomposant les mélodies kinétiques. (Ibid)

Dans la même perspective, tonicité musculaire et expression corporelle sont en étroite relation: les hypertonies néfastes sont d'autant plus fréquentes et durables que le travail de l'expression ne propose pas au corps des voies de réalisation appropriées et constructives. Les hypertonies liées aux émotions peuvent être « domestiquées et adoucies» à mesure que l'homme travaille son corps pour en faire un outil souple, permettant une expression variée et diversifiée: et comme le précise P. Sivadon et A.F.Zoïla « *le corps et aussi œuvre*» (Ibid, p165).

Ils ajoutent, que l'expression n'est pas passivité mais un travail du corps pour se reconnaître et se maîtriser dans le divers, dans le souple, dans le construit-dur et non-contracté; l'expression dans ses jeux relançant« *l'esprit ou le style du jeu.*» (P.Sivadon et A.F.Zoïla, op.cit, p166)

Dans le training autogène de Schultz, on fait appel à l'hypnose, pour accroître les perceptions du corps, les cénesthésies et les vécus corporels globaux et fractionnés.

La détente, «la relaxation» et gagnée contre les hypertonies, en faisant entrer le corps dans une pesanteur douce et agréable. Apprendre à sentir (au sens fort) le poids parcellaire des segments de membre laissés à eux-mêmes; puis accepter la chaleur du corps qui passe totalement inaperçue; enfin «entrer» dans ses battements cardiaques,

dans sa respiration. Toute une investigation corporelle, un maquillage sensoriel (Ibid).

Quand à Michel Sapir, il propose une méthode à inductions multiples. Les pratiques corporelles sont doublées pas à pas par un choix très précis: des mots, du toucher, des modalités et des mélodismes de la voix, pour intervenir indirectement dans le vécu corporel du patient. Celui-ci est entraîné vers une mise en surface de son contenu pulsionnel et surtout des modalités d'être qui sont les siennes (Ibid)

Nous avons là, la perspective d'une médecine du corps habité par les affects et par la psyché concrète, qui s'ouvre et retient en elle, une conception de totalité humaine-fragmenté et particulière- d'un grand avenir.

REVERCHON a étudié les structurations de l'espace du corps en relaxation; il distingue un espace propre, un espace perceptif et un espace imaginaire. Il souligne l'action des inductions, du toucher, de l'explosion confuse du corps, du voir, du sentir, de l'imaginer, pour tenter de reconnaître et de mieux connaître « son corps ».

Roger VITTOZ a pu être un précurseur des relaxations du 19^{ème} siècle « *Apprendre à bien sentir pour savoir bien penser. Retrouvez son corps c'est retrouver «sensations justes» : développons la réceptivité sensorielle spontanée à l'égard des sensations externes pour favoriser l'émissivité sensorielle: une autre culture des expressions.* » (Ibid, p167).

Selon BRENOT, lorsque nous abordons le vécu du corps dans la relaxation, nous sommes à nouveau dans le domaine de la subjectivité. « *Ce vécu particulier en relaxation témoigne de la mobilisation du corps imaginaire qui fait parfois brusquement irruption dans la réalité apparente de ce corps allongé dans le calme de la séance et le rythme des inductions: modifications sensorielles, illusions de mouvement, déséquilibre, sensation agréable, douloureuse, pesanteur, légèreté, lévitation...* » (BRENOT, op.cit, p33). Cette intériorisation somatisante permet ce que Brunot appelle "Une découverte topographique du corps", et dont l'école de relaxations à inductions variables (Sapir, Reverchon, Meyer) à particulièrement développée. Cette dimension cognitive de l'introspection corporelle constitue une renaissance de l'être à son corps par la reprise de repères essentiels et par des associations entre des mots du corps et des perceptions internes, dont Brunot l'à qualifie comme une part du remaniement inconscient qu'effectue la relaxation à l'insu du sujet et même du thérapeute.

Le vécu corporel suit des inductions qui peuvent apparaître comme des consignes,

des suggestions, des ordres. Brunot précise, «*parmi les sensations les plus communes à tous les états de relaxation, on peut mentionner les vécus de pesanteur, de chaleur, de d'autonomisation somatique*» (Ibid, p34).

La sensation subjective de pesanteur correspond à une décontraction musculaire objective, mais parfois aussi à une vasodilatation qui augmente réellement le poids des membres par un afflux vasculaire qui a été démontré expérimentalement. Ce vécu de pesanteur corporel laisse place, ou alterne, avec un vécu de légèreté qui semble, selon Brunot, une autre façon de ressentir la désafférentation motrice.

La chaleur est une autre manifestation suffisamment constante, qui peut être vécue par de nombreux sujets dans de nombreuses méthodes. Il s'agit d'un réchauffement cutané, le plus souvent agréable, parfois désagréable, voire gênant à type de brûlure. Ce dernier signe devra être considéré comme un symptôme, auquel on doit donner un sens.

L'autonomisation somatique des grands systèmes est ensuite retrouvée dans de nombreuses méthodes; prise de conscience du rythme spontané de la respiration, du cœur, du tube digestif...

Enfin, des sensations subjectives très nombreuses, très variables, très personnelles qui seront lues comme symptômes dans un cadre psychothérapeutique qui apparaissent dès les premières séances de relaxation.

Brunot souligne, que ses sensations correspondent à la mobilisation de l'image inconsciente du corps: impression de flottement, de chute en arrière, de bascule latérale, de tremblements, de dépersonnalisation...

En résumé, comme le dit Brunot: «*La grande richesse de ce vécu du corps en relaxation est à la mesure de la diversité des personnalités et de l'histoire des sujets. Elle constitue le matériel du travail thérapeutique en relaxation*» (Ibid, p36).

7- Définition de la relaxation psychosomatique

Sami Ali nous donne une première définition de la relaxation psychosomatique: «*telle que l'envisage Sylvie Cady, la relaxation psychosomatique reste le moyen par excellence d'agir dans les pathologies qui touchent le corps réel autant que le corps imaginaire, en dépassant le champ particulier de la psychopathologie Freudienne qui, elle, demeure de part en part inscrite dans le corps imaginaire. Ce qui, au reste, n'exclut que des pathologies organiques avérées puissent s'y associer, incitant*

d'inclure le modèle de l'hystérie lui-même dans une théorie plus générale concernant le somatique.»(Sami Ali citer par S.CADY, 2007, p1).

Il ajoute dans une deuxième définition: *«Elle se place d'emblée à l'articulation du psychisme et du somatique, rendus l'un et l'autre à leurs dimensions relationnelles respectives, pour considérer que le problème thérapeutique est celui d'instaurer un rythme personnel à partir du couple tension-détente. La perspective théorique ainsi engagée, en échappant aux dichotomies habituelles (psychique-sémantique, tension détente), postule en effet, que le phénomène psychosomatique le plus fondamental est précisément la relation, non les termes séparés les uns des autres et pris en soi.»* (Sami Ali citer par S. CADYS, 1998, p1).

Quand à Sylvie Cady elle l'a présente comme « une nouvelle forme de psychothérapie conçue à partir des deux aspects fondamentaux et complémentaires de la nature humaine, le psychique et le somatique. Elle est plus particulièrement centrée sur la problématique psychosomatique, et se réfère au système activité-passivité, moteur de toute évolution. Elle utilise la dimension relationnelle, la référence à l'affect et à l'imaginaire et situe son intervention autour du rythme corporel contraction-détente de chacun. En ce sens, la relaxation n'est pas la recherche à tout prix de la détente. Il s'agit plutôt de comprendre pourquoi le sujet est tendu ou distendu.»(S. CADY, 2009, p1)

Dans son œuvre intitulé "la relaxation psychosomatique" CADY précise que *«la conception de cette technique émane des données de la psychosomatique. Elle aborde la problématique du rythme corporel, facteur incident du somatique. Elle ne se situe pas autour de l'émotion car son effet sur le rythme corporel est préjudiciable au processus de somatisation.»*(S. CADY, 2007, p6)

Elle ajoute à cette définition qu'*«en relaxation psychosomatique, le travail thérapeutique consiste à rattacher les éléments de l'histoire du sujet à la relation tonique, puis à faire le lien entre la pathologie psychosomatique, le tonus et ce qui est en train de se dévoiler. »* (S. CADY, article 1,2009, p1)

Dans une troisième définition CADY précise que la relaxation psychosomatique est une nouvelle forme de psychothérapie à soubassement corporel, elle a été conçue à partir de deux aspects fondamentaux de la nature humaine, à savoir le psychique et le somatique dans leur relation de complémentarité. Elle est plus particulièrement centrée sur la problématique de somatisation, elle se réfère au système activité-

passivité, moteur de toute évolution. Elle utilise les données de la psychanalyse. (S. CADY, 2007)

Isabelle Célestin-Lhopiteau et Pascale Thibault-Wanque défissent cette méthode comme:

«Une méthode développée par Sylvie Cady et qui s'inscrit dans le cadre de la théorie relationnelle élaborée par le professeur Sami Ali. C'est une approche dynamique qui met le corps en position privilégiée dans la relation. L'objectif n'est pas d'amener la personne à se relaxer, mais de l'amener à comprendre pourquoi trop ou trop peu tendue, de faire exister par la personne dans la relation. Par le travail corporel, des liens pourront se créer entre le vécu corporel, l'histoire du sujet et les situations qu'il est amené à vivre. Le sujet va prendre plus de distance par rapport à des situations conflictuelles et cesser d'inscrire dans son corps son anxiété sous forme de tension ou de troubles fonctionnels.»(Isabelle Célestin-Lhopiteau et Pascale Thibault-Wanque, op.cit, p81)

8-les spécificités de la relaxation psychosomatique

Sylvie Cady précise que *« la conception de cette technique émane des données de la psychosomatique. Elle se situe autour de la représentation et l'imaginaire.»* (S. Cady, op.cit, p6)

Ainsi, on peut dire qu'elle présente sa conception en se référant à la théorie de Sami Ali, dont elle est une référence principale.

a- La situation relationnelle

Sami Ali élabore toute une théorie autour de la relation, en ce qui concerne la relaxation psychosomatique, il pense que phénomène le plus fondamental est précisément la relation, non les termes séparés les uns des autres et pris en soi. *«Ce qui signifie, d'autre part, que la relation préexiste aux termes mêmes qu'elle relie, et qu'elle est là, à la naissance, avant la naissance, autorisant à penser que le biologique lui-même est d'emblée relationnel, et que le système immunitaire relève originellement d'un système relationnel particulier».* (Sami Ali citer par S. CADY, 2007, p1)

Selon Sami Ali, la théorie relationnelle nous affirme d'une part, que le primat absolu de la relation, qui n'est pas à confondre avec la relation d'objet, et elle pose d'autre que le psychique est relationnel autant que le somatique. Plus besoin par

conséquent de considérer que le psychique influe sur le somatique et inversement, puisqu'on se place d'emblée dans la perspective de la causalité circulaire pour saisir le phénomène psychosomatique dans sa globalité. Phénomène qui ne concerne pas une discipline spécialisée, parce qu'il correspond plutôt à l'ensemble de la réalité humaine.

La théorie relationnelle tient compte de cette vérité en incluant dans sa démarche à la fois la pathologie organique et la psychopathologie fonctionnelle qui constitue le champ propre de la psychanalyse. (Sami Ali, 2001)

Or, le phénomène psychosomatique le plus simple est fourni par la relation entre le fonctionnement psychique et la situation relationnelle dans laquelle le sujet se trouve impliqué. Il faut donc définir ces deux aspects complémentaires, afin de saisir concrètement l'objet qu'on veut interroger, en tenant compte de sa nature multidimensionnelle. Sami Ali donne une importance capitale à la relation *«Celle-ci permet de saisir l'individu dans sa double appartenance, psychique et somatique, au travers d'un corps toujours présent et au centre la relation, pour venir constituer une épistémologie à part entière. La thérapeutique se doit de prendre en compte cette dimension essentielle, dans la perspective d'apporter une aide véritablement opérante »* (Sami Ali, op.cit, p 98)

Dés le début, Sylvie Cady précise que *«Ce qui diffère des autres techniques de la relaxation psychosomatique, c'est l'abord de l'affect et du relationnel où l'on joue des situations du proche «et » du loin»*. (S. CADY, 2009, p2)

Elle signale, que dès la première séance la situation relationnelle est choisie par le patient *« le patient intervient dans le choix du mouvement créé à partir de lui, ce qui constitue une vraie recherche personnelle. Petit à petit, le patient prend de plus en plus de place dans l'élaboration du mouvement, jusqu'à pouvoir créer son propre mouvement. C'est autour de cette création qu'une véritable détente apparaît »* (Ibid, p2). Elle nous propose trois situations relationnelles dans la relaxation psychosomatique:

- 1-Le face à face qui est une situation de rapprochement,
- 2-La relation debout qui peut se faire proche ou lointaine.
- 3-La situation allongée qui part du face à face dans la partie langage et crée un éloignement à partir du moment où le patient s'allonge.

CADY explique que le jeu des positions est important l'autonomie et la différenciation. Aussi, la position et le mouvement choisis peuvent, en fonctionnant

en tant qu'équivalent d'interprétation, jouer un rôle face à l'impasse (espace de vide relationnelle, où le sujet est acculé, sans défense, sans possibilité de s'en sortir) facteur déterminant d'une pathologie organique, ou face au conflit qui détermine une pathologie fonctionnelle.

b- La représentation imaginaire

La place donnée au phénomène imaginaire ou de mise en image représentative est fondamentale dans la relaxation psychosomatique. Selon Sami Ali, l'imaginaire est synonyme de «projection», phénomène qu'il a étudié très tôt et qui marque le début de son œuvre personnelle. « *La projection, loin de se ramener à un mécanisme de défense, coïncide avec la possibilité même que le sujet, en se scindant crée, en dehors de lui, un monde qui est lui.* » (Sami Ali, 1998, p 2)

Dans la même perspective il souligne que « *La projection est le processus même du rêve. Le rêve est une hallucination qui objective le subjectif et crée un espace et un temps.* »

Sami Ali ajoute que « *l'imaginaire n'est rien d'autre que le rêve et les équivalents de rêve dans la vie vigile* » (Sami Ali, 1990, p2), c'est-à-dire « *le fantasme, la rêverie, le délire, l'hallucination, l'illusion, la croyance, le jeu, le transfert, le comportement magique* » (Sami Ali, op.cit, p 2)

Toujours, dans sa réflexion autour de l'imaginaire, il souligne que« *Les équivalents de rêve correspondent à une série de phénomènes qu'habituellement on ne met pas en relation les uns avec les autres, en se privant, du même coup, de la possibilité d'en saisir la profonde unité.(...) Autant de formes imaginaires qui dérivent de l'activité onirique et qui représentent le rêve dans d'autres conditions que le sommeil* ».

(Sami Ali, op.cit, p 2)

Pour Sami Ali, l'imaginaire est « *la subjectivité même*», quant à sa constitution il pense que c'est une fonction qui se constitue. Cette constitution est médiatisée par la relation précoce mère-enfant. « *D'une façon générale, plus qu'un pare-excitation, la mère joue, pour le nourrisson, le rôle de «synchroniseur » de plusieurs rythmes, permettant à ceux-ci de s'accorder, de s'harmoniser, de se mettre à l'heure. (...) Deux rythmes notamment, qui influent en profondeur sur tout le fonctionnement psychosomatique, portent la marque de ce climat maternel précoce, à savoir la régulation thermique et le cycle sommeil-veille mettant en jeu, à travers l'alternance*

du sommeil lent et du sommeil paradoxal, l'accessibilité même de la vie onirique...À l'origine, tout est rythme et tout passe par la mère en tant que synchroniseur de rythmes» (Ibid, p3)

Nous tenons à préciser, que c'est assez tardivement en (1997) que Sami-Ali fait de l'affect un équivalent de rêve parce qu'« il transforme véritablement le perçu» (Sami Ali, 1997, p111). *«C'est la présence de l'affect qui confère aux situations qu'on est en passe de vivre un coefficient d'être que rien ne saurait démentir...la réalité de l'événement auquel on est confronté, deuil ou traumatisme en particulier, dépend de la réalité même de l'affect, selon qu'il est présent ou absent: présent, il rend réel l'événement; absent, il le frappe d'irréalité. C'est dire qu'en neutralisant l'affect on neutralise l'événement » (Sami Ali, 1997, p 28)*

Le refoulement de l'imaginaire

Sami-Ali considère que *« l'absence de l'imaginaire n'est pas une « carence», «Un déficit réel» tels que les concepts de pensée opératoire et d'alexithymie le laissent penser mais la conséquence d'un refoulement qu'ils « méconnaissent», d'un «Formidable refus de toute la fonction onirique». «L'alexithymie paraît comme la conséquence directe d'un refoulement et non comme un phénomène original qui existe en soi et qui est censé représenter une carence dans le domaine affectif(...)Il faut dorénavant envisager que l'affect, lui aussi, autant que la représentation, puisse être véritablement refoulé(...) et que le refoulement de rêve, sans être un moment passager qui s'explique par la censure, puisse au contraire relever du refoulement de la subjectivité propre à la pathologie de l'adaptation.»(Sami-Ali, 2001, p4).*

Cet autre regard sur l'absence d'affect et de rêves ouvre selon Sami-Ali la thérapeutique à de nouvelles perspectives car il est possible de défaire le refoulement alors qu'il est possible de défaire une carence ou un déficit. *«Il ne s'agit pas d'une carence mais d'un refoulement caractériel parfaitement modifiable si l'on y consacre le temps» (Sami Ali, op.cit, p4)*

Ainsi, il nous paraît que cette proche de la relaxation donne une importance capitale à cette fonction de refoulement de l'imaginaire.

CADY pense qu'en fait, le refoulement réussi de l'imaginaire, ne touche pas essentiellement l'imaginaire mais son fonctionnement. De ce fait, l'efficacité de l'imaginaire n'en reste pas fixée au rêve. Et pour ramener plus de précision à sa conception, elle pense que« les équivalents de rêve tels que l'affect, le jeu, la croyance, le transfert, l'hallucination, le fantasme, la rêverie, le comportement

magique etc., ont une efficacité complémentaire au rêve. D'une manière générale, dans ce fonctionnement dépourvu de potentialité imaginative, le sujet est coupé totalement de cette potentialité imaginative. Elle fonctionne la nuit, face au rêve, le jour, le sujet est coupé de sa potentialité onirique. Le refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire, est la traduction de cette coupure. Ce refoulement peut être plus ou moins complet. Lorsqu'il porte sur les équivalents de rêve, des difficultés dans la donnée représentative investie par l'imaginaire peuvent apparaître.»(S. CADY, op.cit, p4)

Pour ces personnes qui ont des difficultés massives sur le plan de la représentation imaginaire, et qui fonctionnent dans ce cadre d'un fonctionnement dépourvu de potentialité imaginative, la relaxation psychosomatique est un support à l'action thérapeutique. D'une manière plus générale, toutes les difficultés représentatives, structurées très tôt dans l'histoire du sujet, bénéficient toujours avec succès d'une aide dans ce domaine.

En général la relaxation permet la récupération de tout fonctionnement qui fait référence à une difficulté d'harmonisation du rythme corporel dans l'enfance, avant l'articulation de la représentativité symbolique.

Dans l'intérêt de porter plus d'éclairage à l'imaginaire en relaxation psychosomatique Cady rajoute qu'il permet de représenter la situation conflictuelle ou la situation d'impasse. Certaines personnalités dites « banales » sont dépourvues de potentialité imaginative. Cette situation de l'imaginaire peut exister au début de leur vie ou se mettre en place à un moment précis. Comprendre ce moment difficile, le motif de cette situation et faire vivre au corps une situation de relaxation est pour la représentation imaginaire un point important. En effet, après le mouvement la motricité s'arrête, on agit davantage par l'action mais on peut ensuite passer à la représentation de l'action et à sa traduction verbale (CADY, 2007).

c-L'identité

La relaxation peut fonctionner en tant que moyen de connaissance ou de récupération d'une image corporelle qui donne au sujet la possibilité d'exister ou de réexister.

Relationnellement, cette possibilité d'exister se retrouve dans l'élaboration du mouvement de relaxation qui vient du sujet, aidé par le thérapeute. C'est grâce à cette dimension relationnelle que le patient pourra se représenter ses difficultés

corporelles. Le sujet y est créateur d'une dynamique, et le thérapeute en est la surface de réflexion.

Certaines personnes ont l'impression que leur corps ne leur appartient pas totalement. De fait, ils ne peuvent pas dire s'ils sont tendus ou détendus.

Leur grande proximité relationnelle avec tout le monde fait que leurs problèmes de vie sont vécus par une réponse directe du corps, qui se fait le plus souvent en tension. Pour se détendre, ils peuvent avoir recours à l'effort physique comme activité d'épuisement. Dès qu'il récupère de la fatigue physique, la tension inexpulsée réapparaît.

Ici, l'utilisation corporelle est fonctionnelle, conçue à partir d'un corps intériorisé qui n'existe pas, ce qui crée un problème identitaire. La relaxation en tant que prise de conscience du corps permet sa reconstruction à partir de mouvements choisis dans ce sens.

d-Détente et psychosomatique

En relaxation, les rapports entre psychique et somatique sont en contiguïté à travers la tension et la détente. Un problème de tension renvoie à une problématique psychique. Ne pas prendre en charge la situation dans son entité ne fait évoluer ni le problème corporel ni celui du psychique. Par conséquent, si le corps se détend en relaxation, la tension reviendra par la suite, et ceci tant que la problématique psychique n'est pas élaborée.

Une élaboration corporelle, autour de la prise de conscience du corps, doit permettre de révéler la situation d'impasse identitaire. Ce qui n'est possible que si le thérapeute a connaissance de cette situation. Chaque fois que l'on a affaire à une maladie organique il faut chercher la situation d'impasse. En général, l'impasse est déterminée par un phénomène de tension corporelle bloquée : la détente n'existe plus, sauf par équivalent. Tout le travail thérapeutique de la tension va consister à « penser » chaque situation, de manière que l'impasse se réduise, puis disparaisse. Et c'est au moment où le sujet se dégage de l'impasse, que la tension corporelle évolue. (Ibid)

L'impasse génère un phénomène de tension corporelle bloquée. Le conflit apporte une autre dimension à la tension. C'est là un phénomène tonique labile, qui peut aller parfois même jusqu'à des tensions très importantes. Pour ces patients, il existe toujours une possibilité de se détendre, en relaxation mais les tensions reprennent

ensuite si le phénomène conflictuel n'est pas élaboré.

e-Rythme corporel

Selon S. CADY, la fonction tonique et la problématique rythmique sont au centre d'un carrefour psychosomatique, où se réalisent des intégrations psychophysiologiques complexes qui peuvent soutenir toute une pathologie psychosomatique. Chaque difficulté psychique réagit sur le somatique, à travers le tonus.

Cady précise que les potentialités physiques ou psychiques peuvent être enfermées, soumises à des conflits, au stress. Cette unité psychique-somatique est réversible. De toute évidence, les facteurs émotionnels et affectifs ont un rôle considérable dans cette organisation, dont le tonus est l'expression.

De plus, elle a consacré toute un chapitre pour (Le rythme corporel) dont sa structuration passe tout d'abord par les relations précoces mère-enfant. Ce qui nous intéresse beaucoup plus, c'est la période de l'adolescence que CADY qualifie comme « *une période riche en tension, surtout lorsqu'on reprend la révolte vis-à-vis du parent du même sexe. Ensuite l'établissement des relations hétérosexuelles est un nouveau sujet de tension et d'angoisse, qui se traduit par le tonus au rythme perturbé...La potentialité imaginative, important à ce moment, interfère encore sur l'équilibre tonique. Plus grande est l'anxiété suscitée par les relations d'objet à l'adolescence, plus perturbé et défensif en sera le rythme corporel de l'adolescent* » (Cady, 1998, p 33). Au cours de cette même période toute une dynamique peut osciller entre le refoulement de l'imaginaire (qui permet de ne plus poser les problèmes alors qu'ils se révèlent autour d'une rythmicité corporelle dysharmonique) et le déni de la réalité (qui pose également le problème d'une perturbation rythmique du corps). A cette période l'angoisse est très présente. Aussi, quand l'anxiété suscitée par l'adolescence est à son maximum, la rythmique corporelle peut être réduite au pulsionnel. (S. CADY, 2007, p 33)

D'une manière générale, émotions, angoisse, sont des réactions qui ont des répercussions sur le plan rythmique, dans une dysharmonie contraction-détente.

Cady précise que le domaine rythmique tonique est pris dans un fonctionnement psychosomatique « *C'est ainsi qu'un trouble émotionnel important peut se manifester sur le plan somatique par une destruction rythmique transitoire, comme des crises épileptiques atypiques....On trouve, ici, le fait qu'il n'existe pas de difficulté*

psychique sans une certaine expression somatique tonique, et ceci est réversible.»

(S.Cady, 2007, p 34)

Rythme corporel, rythme contraction-détente

La fonction tonique et rythmique se situe au cœur d'un vaste carrefour psychophysiologique et affectif qui est sous-tendu par la relation et l'imaginaire. Le langage tonique et rythmique, émanant de difficultés psychiques, transparaît dans l'expression tonique d'ordre mimique, gestuel, locuteur ou verbal. Toute une évolution tonique varie aussi en fonction de l'organisation de la personnalité du sujet. Ces facteurs sont entremêlés de situations conflictuelles ou d'impasses (l'équivalent du stress) qui modèlent tonus et rythme face aux problèmes de vie.

f- Le problème activité-passivité

Le système activité-passivité est un fondement important de toute évolution thérapeutique. Dans la relaxation, la formulation directive ou autoritaire du mouvement laisse entièrement la place à la passivité, ce qui n'est pas sans difficultés : être passif ou actif. En réalité, on peut être « passivement actif » ou « activement passif ». Il est possible également de déplacer la passivité et l'activité, et il existe une gamme de solutions possibles pour échapper à l'une ou l'autre de ces deux données.

Pour la pathologie de l'adaptation, activité et passivité sont dans un registre équivalent. Aussi, pourquoi choisir une solution plus qu'une autre ? Si l'on choisit une solution, on n'est pas dans la vérité. Même si un fragile équilibre peut s'instaurer, activité ou passivité mal gérées renforcent ce phénomène tonique ou amènent la contradiction tonique. Activité et passivité peuvent même parfois prendre le sens d'un enfermement dans une situation sans issue.

D'une manière générale, rester dans un mouvement passif ne permet pas de prendre en main son « destin thérapeutique ». Elle peut de plus amener la contradiction, ou renforcer une difficulté interne. Ceci peut entraîner le conflit et parfois mener à l'impasse. Jouer de l'activité et de la passivité en fonction des besoins du patient est donc important à partir du mouvement de relaxation.

9-Les objectifs de la relaxation psychosomatique:

Ce qui est des objectifs, On se contente uniquement de citer les points les plus importants:

Le choix de la relaxation psychosomatique est judicieux, car il permet d'aller au-delà de ce fonctionnement, et ce dans un mouvement transférentiel(ou données fantasmatique) qui permet de tisser des liens nouveaux entre les mouvements psychiques et les événements vécus; tous éléments qui interfèrent sur la problématique rythmique. (S. CADY, 2007)

Sylvie CADY précise que dans un premiers temps de la psychothérapie psychosomatique, le transfert apparait comme l'élément moteur de cette situation thérapeutique. Son utilisation, en tant qu'équivalent fantasmatique, fut le premier facteur important de la reconstruction de la dynamique rythmique. (Ibid)

En effet, c'est par la reproduction d'une consigne, autour d'un balancement rythmé choisi par le patient que la survenue d'un transfert maternel se fait jour. La thérapeute le précise tardivement dans sa représentation, mettant l'accent sur l'impact de l'imaginaire, ce qui permet ensuite une première mobilisation fantasmatique dans la relaxation: le patient s'y voit, les bras décollés du divan, alors qu'ils y sont insérés. (Ibid)

Parallèlement à cette nouvelle instauration, les mimiques excessives, avec contracture, ainsi que l'agitation corporelle, dénotant un investissement de décharge motrice, tendent à diminuer: le corps, qui se met à fonctionner en tant que schéma de représentation, trouve, par le biais de la projection sensorielle, un état de bien-être, ce qui se répercute sur l'activité sexuelle. Nous parlons de l'influence bénéfique de l'imaginaire sur cette nouvelle dynamique.

-L'apparition de l'imaginaire au cours de la psychothérapie, diffère son influence sur la fonction rythmique. Avec la présence de l'imaginaire, le règlement de du processus somatique peut se trouver perturbé. Dans les deux cas, le rythme corporel est problématique. (Ibid, p36)

Pour CADY, *«En général, l'action rythmique tonique harmonieuse et personnelle qui accompagne la modification de l'onirique dynamise la guérison et montre, par ailleurs, que la problématique du rythme et de l'imaginaire est au fond liée à un ensemble d'éléments qui concernent aussi la biologie.»* (Ibid, p41)

Elle ajoute, *«Cette possibilité de récupérer un fondement tonique et rythmique, là où*

il a été laissé depuis longtemps, est une intervention spécifique à la relaxation. Ce refoulement de la fonction de l'imaginaire n'est pas du tout un acte qui s'effectue une fois pour toute. En fait, c'est un acte premier qui s'actualise plus profondément tout au long d'une vie par la rythmicité corporelle à la faveur de crises spécifiques » (Ibid, p42)

On peut citer encore d'autres objectifs:

-Dynamiser l'imaginaire à travers le corporel. (Ibid, p46)

-Elle vise simultanément à actualiser la situation conflictuelle dans la relation, en même temps qu'à libérer l'imaginaire (le rêve et ses équivalents), surtout lorsqu'il se trouve occulté par le refoulement caractériel. (S. CADY, 2007, p2)

En ce sens, la relaxation n'est pas la recherche à tout prix de la détente. Il s'agit plutôt de comprendre pourquoi le sujet est tendu ou distendu. L'état de relaxation est un but à atteindre à un moment de l'évolution du sujet dans la relation thérapeutique. En effet, un cheminement est nécessaire pour éviter de « mettre » d'emblée le patient dans un corps détendu qu'il ne connaît pas et ne maîtrise pas (Ibid, p1).

On peut citer dans la même perspective, comme le souligne PALAYSI:«*Un corps souffrant, où le désir pourrait renaître: La relaxation lui permet là, grâce à la relation qui se noue avec le thérapeute, d'accéder à un corps qui ne serait pas seulement celui de la plainte, mais aussi celui, d'un plaisir qu'il ne se permet pas. Levée de l'angoisse, mais aussi celle d'un désir*»

(Claude Canet-Palaysi, citer par Sapir et al, 1978, p68)

10- La technique de la relaxation psychosomatique

Avant de passer aux détails de cette approche de la relaxation, nous tenons à signaler que Sylvie Cady trouve des similitudes avec son travail en psychothérapie d'enfant« *Le jeu comme la consigne de relaxation, fonctionne en tant qu'équivalent d'interprétation. Le choix de ces deux données est effectivement fait en fonction du sujet, de sa personnalité, de ses difficultés, de sa pathologie, somatique, et s'inscrit, dès le départ, dans une relation transférentielle. Aucune place n'est laissée au surmoïque, et le sujet est très présent. Le thérapeute y est surface projective, qui renvoie l'élaboration personnelle dans une relation à l'autre, porteur de la relation transférentielle. L'accès à l'imaginaire se fera autour de cette dynamique. »* (S. CADY, 1998, p49)

Selon CADY, les éléments qui doivent être pris en considération dans la pratique de la relaxation psychosomatique sont: le problème de la consigne, du transfert, de la détente, du langage et de la somatisation, avec une attention particulière à la gestion de l'angoisse et au rythme corporel.

1-La consigne

1-1 la proximité relationnelle

Pour les sujets au fonctionnement adaptatif et ayant des difficultés d'accès à leur imaginaire, ils répondent essentiellement au surmoïque qui ne leur permet pas de se construire. La structuration du corps et de l'espace fonctionne dans la proximité. Les coordonnées du corps propre ne sont pas suffisamment structurées. Pour eux, il est nécessaire de donner au sujet un cadre de référence personnalisé, libre et ouvert, permettant le passage de l'espace corporel à l'espace de représentation, par un processus de projection sensorielle conférant au corps sa fonction de schéma de représentation: une donnée importante dans le domaine de la psychosomatique. A cet effet, l'espace relationnel doit être différencié, la possibilité surmoïque de la relation doit être détournée.

1-2Le fonctionnement surmoïque de la consigne

Cette situation de proximité avec le thérapeute, ce dernier décidant à la place du sujet, est particulièrement perçue comme une relation d'autorité, et ceci donne tout de suite une certaine coloration au transfert. Des réactions liées à cette instance d'autorité, dans la relation au thérapeute, vont parasiter le transfert et la consigne. Pour certains, elle est perçue en tant qu'ordre qu'il faut respecter, et le relaxateur est vécu comme une instance d'autorité où il faut obéir. Le patient se plie à la règle. Il s'adapte à ce qu'on lui demande, dans un esprit de non-contraction passive, ce qui n'est pas structurant. Ainsi le sujet en vient à se conformer à une réalité subjective, où ce qui doit venir de soi vient de dehors. Pour certains patients, la situation d'autorité et la demande sont intenable. Ils réagissent par la tension, ou par une attitude qui ne tient pas compte de la consigne demandée; ils peuvent aussi court-circuiter la relaxation.

En ce qui concerne le fonctionnement de la consigne sur le choix de l'objet transféré, celui-ci crée en fonction du rôle que tient le relaxateur. Or dans ce rapport au surmoïque, ce qui est contrainte à la situation analytique et pose le problème de

l'activité et la passivité.

1-3 Le problème activité-passivité

Sylvie Cady insiste sur l'importance du système activité-passivité, pour elle, « *Le système activité-passivité est un fondement important de toute évolution thérapeutique* » (S. CADY, 2007, p53)

Concernent la pathologie de l'adaptation, elle souligne que l'activité et la passivité sont sur un registre d'équivalence « *aussi, pourquoi choisir une solution plus que l'autre. Où bien, si on fait son choix pour une solution, on n'est pas dans la vérité. Même si un fragile équilibre peut s'instaurer, activité ou passivité mal gérées renforcent ce phénomène ou amènent la contraction. Elles peuvent même parfois prendre le sens d'un enfermement dans une situation sans issue.* » (S. CADY, 1998, p53)

Dans la même perspective, elle ajoute que la passivité de la consigne ne permet pas de prendre en main son destin thérapeutique. Elle peut de plus amener la contraction, ou renforcer une difficulté interne. Ceci peut solliciter le conflit et parfois mener à l'impasse.

1-4 L'élaboration de la consigne

Dans cette approche, il n'ya pas de structure formelle pour l'élaboration de la consigne, et comme le dit CADY « *chaque exercice de recherche corporelle est un point de départ qui se crée à deux* » (S. CADY, 1998, p53). De ce fait, la consigne peut être arrangée ou changée par le patient s'il sent qu'une donnée ne lui convient pas. Aussi les consignes ne seront pas les mêmes pour un patient ou un autre. On peut ajouter, que CADY pense, que la consigne peut être choisie partiellement par le patient, jusqu'au moment où elle est reprise entièrement par lui dans un choix personnel. L'adaptation de la consigne prend une place importante dans cette approche, pour CADY, cette adaptation de la consigne à soi-même est un fait important pour la réussite de la détente.

On tien à préciser, que cette approche prend le lien entre le corps et la pensée, créé par des consignes individualisées, suit l'évolution du patient, aborde la représentation de la somatisation. Elles tiennent compte des données avancées dans l'anamnèse sur le fonctionnement de la personnalité et la problématique corporelle.

Dans la pathologie de l'adaptation, on assiste à une dynamique spécifique: elle dépend de la relation de dépendance surmoïque à l'autre, de la construction d'un corps prothèse, du problème de la représentativité imaginaire et de toute la

problématique de la situation d'impasse.

Un autre point important à souligner, celui des consignes sur le plan de l'imaginaire; elles n'ont un sens que lorsque cette donnée a été trouvée dans le psychisme du sujet.

A partir de là, tout un équilibre de cette relation à l'imaginaire paraît nécessaire pour ne pas tomber dans l'impasse thérapeutique.

Un autre élément à prendre en considération, celui du regard, qui est très présent dans cette dynamique relationnelle autour de la consigne, car cette dernière peut être agie face à face ou en situation allongé. Ce choix est établi par le patient. S'il décide de s'étendre au départ, lors de l'établissement de l'exercice, en face-à-face, la présence visuelle est d'importance. Pendant ce temps de relaxation couchée, par la suite, l'éloignement ou l'absence du processus visuel dynamise cette situation vers la représentation. La présence nouvelle du face-à-face se trouve alors enrichie de cette possibilité créative.

D'une manière générale, le phénomène visuel pris dans le système absence-présence facilite le passage de la réalité à l'imaginaire. (Ibid)

Pour conclure, CADY qualifie la consigne en relaxation comme « une donnée fondamentale », qui permet de récupérer toute une organisation première, qui n'a pu s'organiser ou qui est défectueuse, et ceci très tôt dans l'organisation du sujet.

De plus, CADY la considère comme un outil psychothérapeutique important pour la relaxation, ce qui en fait sa spécificité par rapport à d'autres techniques analytiques, c'est son lien avec le transfert.

2-Le transfert

CADY souligne, qu'il existe deux types de transfert: le transfert lié à l'imaginaire et le transfert caractériel (dépourvu de potentialité imaginaire); dans la première forme, le patient projette sur le thérapeute une relation personnelle qui s'inscrit dans son histoire. Quant au transfert caractériel, il reflète le refoulement de la fonction de l'imaginaire et ne peut produire que le réel de la relation.

La position relationnelle est de la plus grande importance, car la projection est un mouvement constitutif de l'imaginaire qui est porté sur le thérapeute dans une relation spécifique, où autrui fonctionne en tant que double du sujet.

Ce mouvement est dynamisé par le patient. Par conséquent, la position relationnelle, dans la technique de relaxation, doit respecter cette organisation.

Dans un grand intérêt porté au transfert, CADY insiste qu'il est une donnée essentielle de l'évolution thérapeutique en psychosomatique, en dehors du travail analytique sur le plan du langage: lorsque l'impasse liée au refoulement de l'imaginaire a un sens face au transfert, ou lorsque la névrose devient névrose de transfert.

En relaxation psychosomatique, il existe une autre forme d'interprétation, à partir de la consigne, une dynamique corporelle, qui à un sens face à l'histoire du sujet, peut se trouver représentée et faciliter le passage au préconscient. Aussi, en relaxation psychosomatique, le transfert doit être une manière de reconnaître le refoulé et le refoulement lui-même. (Ibid)

Le thérapeute doit y fonctionner en tant qu'aire capable de focaliser tout mouvement de l'imaginaire. La compréhension de l'évolution symptomatique, la place élaborative du sujet, en sont deux aspects essentiels.

Dans cette approche, la technique de relaxation doit faire preuve de vigilance, comme le dit CADY « *Pour ne pas tomber dans le piège d'un refoulement plus massif de l'imaginaire. A cette effet, s'instaure dès le départ un cadre analytique permettant l'élaboration transférentielle, dans une réelle psychothérapie* ».

L'interprétation psychosomatique est transférentielle, elle est le fait de rassembler les éléments du corporel et les éléments du psychique vécus face au transfert.

Dans la manière d'aborder l'interprétation, le lien à l'imaginaire est important. L'utilisation d'équivalents d'interprétation, pour créer ou dynamiser la situation transférentielle, est possible. Lorsque la l'impasse ou le conflit est pris dans la relation transférentielle, l'apport des équivalents d'interprétation permet de prendre un moindre risque face à la somatisation.

Cady donne une très grande importance au transfert, elle le considère comme « le moteur » de toute la situation thérapeutique, c'est même une donnée essentielle pour notre auteur.

Ce qui différencie cette technique de l'analyse c'est qu'on sait qu'il ya du corps, même s'il n'est pas défini comme une donnée contrôle dans la relation. (Ibid)

La projection, dans la situation transférentielle, demeure la dimension importante. Grace à la relation transférentielle, sont réactivés toute une structuration du corps, qui se sont construits autour d'une histoire et qui correspondent à la relation.

3-Le problème de la détente

Cette approche signale dès le départ, que le problème de la détente n'est pas une donnée primordiale, la compréhension de la tension, qui peut amener à un autre état, puis à la détente, en est une dynamique plus juste.

Selon Sylvie CADY, le problème de la détente, qui touche à une problématique du sujet, est un« *phénomène important dans la pratique de la relaxation psychosomatique*». (S. CADY, 2007, p 59)

Très souvent, certains patients ne se sentent même pas tendu. Parler de la détente, ne correspond de ce fait à rien. Présentement; donner un ressenti à la tension, c'est donner un sens à la relaxation.

Dans le fonctionnement de la pathologie de l'adaptation, tension et détente sont deux pôles que le que la patient ne connaît pas, qui n'ont aucune signification, qui restent extérieur à lui et à son contrôle, qu'il ne peut donc pas harmoniser. (S. CADY, op.cit)

Pour tous les cas, la reconstruction de l'organicité, avec l'aide du rythme corporel, n'a de sens que lorsque le tonus aura pu reprendre effet dans un ressenti du corps. L'émergence de l'imaginaire aide cette structuration.

3-1 Détente et somatisation

D'après CADY, en relaxation psychosomatique, et à travers la tension et la détente, les rapports entre le psychique et le somatique sont en contiguïté. Un problème de tension renvoi à une problématique psychique. Ne pas prendre la situation dans son entité ne peut faire évoluer ni le problème corporel ni celui du psychique.

Par conséquent, si le corps se détend en relaxation, la tension se récupérera par la suite, et ceci tant que la problématique n'est pas élaborée. (CADY, op.cit)

Il faut ajouter, que cette approche, considère que l'impasse est déterminée par un phénomène de tension bloquée: la détente n'existe plus, sauf par équivalent. Tout le travail thérapeutique de la tension va consister à penser toute la situation, de manière que l'impasse se réduise, puis disparaisse. Et à ce moment où le sujet se dégage de l'impasse, que la tension corporelle évolue. Parallèlement, le refoulement de la fonction de l'imaginaire autour de cette situation sans issue se lève et libère un potentiel imaginaire.

3-2 Détente et imaginaire

Sylvie CADY précise que la relaxation «*Peut permettre l'émergence de l'imaginaire en redonnant un support rythmique au tonus, porteur de la projection*» (S. CADY, 1998, p63). Elle ajoute que la difficulté thérapeutique consiste à faire quelques choses avec ces rêves qui, de nouveau, deviennent possibles et qui nous ramènent au point de départ du refoulement caractériel.

Elle donne une grande importance aux rêves, dont un travail d'analyse qui accompagne l'élaboration onirique est important. Il ne consiste pas à interpréter le rêve qui surgit, mais d'abord à le rendre acceptable, à montrer son intérêt. Permettre au sujet que le rêve puisse être acceptable, à montrer son intérêt.

L'auteur insiste aussi sur l'importance de l'aide de la dynamique du rythme corporel (tension-détente) pour faire place à la possibilité de changer un fonctionnement, sans que le rêve devienne une impasse. (CADY, op.cit)

En définitive, comme le reprends CADY, il convient de savoir comment fonctionne un patient sur le plan de l'imaginaire, de prendre en compte qu'une situation conflictuelle ou une impasse a un soubassement corporel tonique. Ceci donne une autre possibilité au devenir thérapeutique et permet également de prendre un moindre risque face au processus de somatisation.

4-Le langage

Présentement, dans cette technique, tout un travail de mise en place de la psychothérapie est abordé par le langage, faisant des liens avec le corps. Le rôle du langage peut parfois sembler en retrait. Mais quand le gestuel corporel ne se vit plus en imitation par rapport au thérapeute représentant une figure maternelle, et que le patient se positionne d'une image fantasmatique de lui, tout le début d'une activité psychique symbolique apparaît et donne place au langage.

Cette approche qualifie le discours de la relaxation tout d'abord comme un travail de liaison de deux éléments: L'image et le langage. Selon CADY, il permet «*la mise en acte d'un corps dans une représentation qui tienne compte des données imaginatives. Lorsque, pour un patient, il n'ya pas de rapport entre un événement dramatique, une symptomatologie organique et l'absence de rêve autour de ce moment événementiel, le langage en relaxation en facilite les liens. Il permet à ces données de se mettre en place, dans un rapport psyché-soma.*» (CADY, op.cit, p64)

D'une manière générale, en relaxation psychosomatique, le langage dans la

communication au thérapeute permet la reconstruction d'un ensemble psychosomatique où il n'y a pas de coupure entre le corps réel et le corps imaginaire.

A partir du corps physiologique, le langage en relaxation situe donc le corps dans sa représentativité. La question est de saisir une unité de fonctionnement, selon un axe qui inclut les données de la psychosomatique.

5-La somatisation

Autour de la somatisation, le phénomène imaginaire est d'importance. De ce fait, en psychosomatique, l'étayage se fait en tenant compte de la qualité de l'imaginaire et de la base organique qui accompagne précisément les données imaginatives. Pour la somatisation, l'étayage se situe à partir d'une activité fondamentale, qui est celle de la projection (CADY, 2007).

En relaxation psychosomatique, il correspond à la possibilité inhérente au sujet de constituer un objet absent-présent fantasmatiquement, à travers une activité corporelle, qui est elle aussi un élément présent-absent.

Dans la même perspective, cette approche nous propose «deux données importantes pour comprendre le phénomène de somatisation: l'organisation personnelle du sujet et la situation de vie autour de laquelle la somatisation s'est créée. De ce fait, la situation thérapeutique agit sur deux données: elle prend en charge la situation conflictuelle (avec ou sans issue) et elle permet la reconstruction du fonctionnement de la personnalité». (Ibid, p 65)

Sylvie Cady souligne que l'anamnèse est une donnée importante pour comprendre le cheminement du processus de somatisation. Tout un travail relationnel, mettant en rapport les phénomènes corporels et leur valeur psychique au niveau possible de l'organisation personnelle du sujet, décrypte le script inconscient de la vie somatique du sujet.

Pour les personnalités fonctionnant dans le banal, se pose très souvent le problème de la demande, qui s'effectue en raison de la somatisation. L'état d'esprit du patient, pour la relaxation, est de se conformer à une technique qui va gérer la somatisation.

Un travail d'élaboration est donc à faire, dans les premiers entretiens. Il tend à montrer (avec les données qu'il donne) qu'un problème organique, en dehors de celui qui précisément l'amène, peut avoir une corrélation psychique.

Pour finir, et en ce qui concerne la somatisation en psychosomatique, il faut dire que ce qui prédomine, c'est une relation imaginaire à l'autre, qui permet d'être nourri par

la projection, d'aborder la représentation, de jouer ses conflits et d'évoluer sur le plan somatique.

Cady, précise que *«Pour la somatisation, la prépondérance de la relation à l'imaginaire est donc importante. Elle se retrouve dans l'organisation de la personnalité du sujet.»* (S. CADY, op.cit, p 67).

6-L'angoisse

L'angoisse, en relaxation psychosomatique, peut venir de la détente ou coïncider avec une difficulté du sujet: intérieur, relationnel ou situationnelle. Ainsi, une modification du fonctionnement du sujet peut être génératrice d'angoisse. (CADY, 1998)

En psychosomatique, la récupération de l'imaginaire dans un fonctionnement où elle à été évacuée peut être génératrice d'angoisse, parce que le sujet s'y voit à nouveau investi de ses difficultés de vie. De fait, l'angoisse est différemment ressentie suivant l'organisation de la personnalité du sujet. (Ibid)

Pour la pathologie de l'adaptation, une formalisation à un certain fonctionnement social est primordiale. *«Un système de truc »*, une adaptation à la réalité, court-circuite l'angoisse.

Cette approche de relaxation, donne une importance capitale au passage de l'espace corporel à l'espace de représentation *«En fait, toute la technique, dans ce cadre, doit permettre le passage de l'espace corporel à l'espace de représentation en utilisant la projection. L'espace de la représentation par adaptation y sera remplacé par le passage à l'espace corporel projectif, structurant, mais porteur d'angoisse. Par contre, une technique cadrée dans un fonctionnement surmoïque va reproduire ce système dans lequel fonctionne la personnalité adaptative: toute la situation autour de l'angoisse s'y trouve bloquée. Une relation d'autorité confronte le sujet à un état inélaborable, celui-là même qui peut déterminer une situation sans issue».* (CADY, op.cit, p68)

Enfin, CADY pense que l'imaginaire mobilise l'angoisse, et une consigne alimentant cette donnée peut amplifier un malaise. Par conséquent, la technique autour de la situation d'angoisse et la consigne devront se placer à un niveau d'échange le plus accessible possible, le moins exigeant.

7-Rythme corporel

Le rythme corporel est relationnel, il reprend une histoire, il s'inclut dans une relation à l'autre. C'est pourquoi on peut être amené à reprendre ces mêmes situations contradictoires en relaxation. CADY rajoute, que «la technique, par son apport autour de l'entente corporelle inscrite dans le relationnel, permet de moduler la situation». (S. CADY, op.cit, p69)

Aussi un interdit précoce peut porter sur les fonctions du sommeil, par perturbation du rythme de l'enfant interposé. Toute une organisation de la fonction du rêve peut, de cette manière, être perturbée très tôt car, chez le jeune enfant, toute une rythmique corporelle, si précieuse dans l'organisation du sommeil, se trouve créée dans un système organisateur fondamental du rythme contraction-détente.

Rythme corporel: rythme contraction-détente

Nous tenons d'abord à préciser, que les personnes qui n'ont pas pu se construire autour d'un système contraction-détente harmonieux, la relaxation est une bonne indication.

Elle permet de reconstruire, avec l'aide du transfert, cette dynamique rythmique brisée.

Dans son ouvrage intitulé (psychothérapie de la relaxation), CADY souligne que le rapport entre l'imaginaire et le rythme corporel «*Cette technique, qui inclut cette entente rythmique, devient justement d'un apport considérable pour toutes les thématiques du refoulement de la fonction imaginative*». (CADY, 1998, p70)

Elle ajoute, que la relation transférentielle est portée par toute une dynamique du rythme corporel et, pour les patients dépourvus d'imaginaire, toute une circularité des échanges en tension-détente est importante.

Très souvent, c'est à partir de la situation relationnelle rythmique, qui est intériorisée par le sujet, que celui-ci va reformuler une autre dimension corporelle, porteuse de représentativité du corps, qu'il restituera à l'extérieur. Aussi, pour que cette dynamique s'installe en relaxation, la consigne doit être pensée comme une reformulation du tonus, en même temps qu'une restructuration de la personnalité, dans laquelle est prise une valeur symptomatique. (Ibid)

L'auteur souligne qu'en définitive, la conception de la technique ne se limite pas à la connaissance, sans distance, du corps, car le corporel y est difficilement représentable. Le corps, à travers la technique, va être plutôt ce qui permet à la

représentation d'exister, sur le double plan du réel et de l'imaginaire.

Pour cette thérapeutique en psychosomatique, il faut sortir du flou conféré à la place relationnelle à, partir de la consigne, se poser le problème de l'accueil de la projection, qui dynamise le transfert. (Ibid)

Enfin, on tient surtout à préciser que la relaxation doit être une réelle psychothérapie, un lieu d'échange, dans une dimension de recherche personnelle. Elle doit être instituée autour de cette possibilité de passage des difficultés du sujet du dedans au dehors, d'une extériorisation, dans une représentation, base essentiellement de toute la thématique imaginative. Il s'agit là de créer un nouveau regard par l'imaginaire, de donner ou de redonner l'élément imaginatif, de sortir de l'activité instinctuelle et de recréer un rythme personnel, support de la représentativité imaginative. Car l'imaginaire n'est pas seulement un fonctionnement, il a aussi plus profondément une fonction biologique.

11- La relaxation psychosomatique et les différentes pathologies

CADY signale, que l'originalité de la relaxation psychosomatique par rapport à d'autres possibilités psychothérapeutiques, c'est qu'elle touche précisément à ce modèle du corps à partir de la projection sensorielle: elle en facilite son élaboration ou sa constitution.

CADY, précise que cette donnée est importante pour les différentes formes de fonctionnement psychopathologique, surtout pour le cadre de la pathologie de l'adaptation, qui à subit un véritable refoulement de la projection.

Conforme aux injonctions du surmoi, le corps s'y modèle en refoulant toute possibilité d'imaginaire corporel.

Pour les psychonévroses, c'est la dynamique d'un corps projectif trop investi par l'imaginaire qui pose problème et qu'il faut récupérer dans une harmonie au corps réel. Quand à la pathologie mixte, elle oscille entre l'élaboration projective du corps et son absence. Dans tous les cas, créer ou recréer l'harmonie corps réel-corps imaginaire est nécessaire.

Cady consacre un chapitre de son ouvrage intitulé «*La relaxation psychosomatique*», pour le traitement des pathologies par cette forme de psychothérapie, qu'est la relaxation psychosomatique. Elle commence par les psychonévroses, ensuite la pathologie de l'adaptation, la pathologie mixte, les maladies immunitaires, la

psychose, la dépression, et enfin l'Alzheimer.

On se contente dans ce chapitre, d'aborder l'indication de la relaxation psychosomatique pour la pathologie de l'adaptation

La technique de la relaxation dans la pathologie de l'adaptation

Pour Cady, «*Dans la pathologie de l'adaptation, on est confronté à une structuration corporelle adaptative avec une difficulté importante dans structuration de l'image du corps*» (Cady, 2007, p72).

Selon le même auteur, «*Le fonctionnement adaptatif ou banal. La somatisation s'y trouve liée à un imaginaire parfaitement refoulé qui a cessé d'appartenir au fonctionnement psychique: il n'ya ni rêve, ni équivalent de rêve dont l'affect, parce que tout est durablement exclu du champ du conscient. Il s'ensuit une modification caractérielle à l'égard de l'imaginaire en même temps qu'une adaptation du réel qui imprègne toute la personnalité. C'est un refoulement de la fonction de l'imaginaire qui détermine le caractère, tout comme à partir d'un choc traumatique, un fonctionnement similaire peut s'organiser. Il peut être momentané, il peut se poursuivre dans le temps et faire évoluer la forme de pathologie vers un autre destin. Dans les deux cas, la souffrance se traduit par une pathologie organique, liée à la mise hors-circuit de la fonction de l'imaginaire; le rêve existe, le souvenir du rêve n'est plus possible* » (Ibid, pp78-79)

Selon CADYS, une certaine position technique est nécessaire, pour dynamiser l'imaginaire à travers le corporel. Dans le cadre de la pathologie de l'adaptation, il s'agit de se positionner en tant que surface projective, capable de focaliser tout le mouvement de l'imaginaire, pour l'instauration du rythme corporel.

À partir du moment où cette donnée imaginative a pu être projetée, l'accent va être mis dans la technique sur cette possibilité nouvelle. Des consignes sur le plan de l'imaginaire pourront être abordées, donnant un impact au rythme corporel associé.

A cet effet, tenir compte du domaine imaginaire appréhendable ou non par le patient, en ce début d'organisation ou de réorganisation, est de plus grande importance. En cas de problème, une énergie tonique dysrythmée reverra directement à la somatisation. Par ailleurs, lorsque cet imaginaire s'élabore ou se retrouve, il est souvent incontrôlé. Le soubassement du rythme corporel y jouera là un rôle de cadrage.

D'après CADY, L'abord de la situation conflictuelle par une aide de consignes autour du corporel réel et rythmique sera précieux face à la somatisation. S'il s'agit d'une personnalité adaptative qui laisse la place, parfois, à une dynamique conflictuelle et à un imaginaire résurgent, agissant sur le plan tonique et rythmique, la compréhension du conflit, puis la restructuration des phénomènes imaginaires, permettra l'harmonie du tonus corporel et de son rythme. Les consignes en relaxation alliant rythme et imaginaire devront y être utilisées avec précaution. (S.Cady, 1998)

C'est sur le fond biologique que toute la problématique rythmique et psychique s'articule. Face à cela, le relaxateur aidé par une technique appropriée au rythme corporel, est un créateur de liaison entre le corps réel et le corps imaginaire, de mise en rapport du tonus avec les phénomènes imaginaires, qui dans la manière dont la pathologie s'est construite, a fragmenté cette relation au biologique. *«C'est pourquoi, dans cette technique le patient, dès les premiers entretiens, se situe en tant que corps tonique, inscrit dans son histoire biologique. L'émergence des possibilités représentatives, l'évolution de la problématique corps réel-corps imaginaire, aidée par l'harmonisation tonique que dynamise la technique, relie ces boucles du biologique.»* (S.Cady, op.cit, p47)

Dans le cadre de la pathologie de l'adaptation, tension et détente sont deux pôles que le patient ne connaît pas, qui n'ont aucune signification, qui restent extérieurs à lui est difficile d'en parler.

En conséquence, globalement, du point de vue psychosomatique, la pathologie du tonus et du rythme corporel se définit donc à la fois par le fonctionnement du sujet et surtout par la nature du conflit dans lequel le sujet est pris, qu'il s'approche ou qu'il s'éloigne de l'impasse. Car le fonctionnement tonique et rythmique à essentiellement partie liée avec l'imaginaire, et interfère dans le processus de somatisation. C'est en l'occurrence le thérapeute qui joue un rôle important, autour de cette dimension imaginative. Le langage situe le patient dans une activité de pensée symbolique, véhiculée ou non par l'imaginaire. Les symboles sémantiques se rajoutent au fonctionnement tonique et rythmique, ils deviennent les principaux instruments du patient pour la conduite de relaxation. Ceci amène à la prise de distance des signaux toniques dans la communication, à une harmonisation de la rythmicité corporelle soubassement essentiel de tout l'appareil organique. (S.Cady, 1998)

12- Relaxation psychosomatique et alexithymie

Jean-Jacques PRÉVOST souligne qu'en masquant une problématique réprimée ou refoulée de l'ordre de l'existential et évitant toujours le fantasme primaire, le corps du patient est une sorte d'écran douloureux, signe d'un conflit sous-jacent qui n'est pas encore prêt à une approche verbale.

Il explique, que la relaxation permet au patient là, grâce à la relation qui se noue avec le thérapeute, d'accéder à un corps qui ne serait pas seulement celui de la plainte, mais aussi celui, nostalgique, d'un plaisir qu'il ne se permet pas. Levée d'angoisse, mais aussi celle d'un désir.

De ce fait, la relaxation apparaît, comme le dit Prévost, un «*choix stratégique face à une discordance entre le corps et le verbe*» (J.J. PRÉVOST, citer par SAPIR et al, 1975, p 71)

Il constate, que la relaxation semble indiquée en deux cas en particulier: le langage est pauvre, quasi-inexistant, et les possibilités d'associer sont limitées pour le moment; ou au contraire, la verbalisation est si riche qu'elle apparaît comme défensive, piégeant thérapeute et patient; le retour au langage du corps est alors un choix stratégique.

Dans la même perspective, Philippe BRENOT souligne, que le passage du corps réel au corps imaginaire donne accès à une autre dimension de soi-même capable d'une élaboration libératrice. Il insiste, que «*seules les relaxations psychothérapeutiques découvrentes, et de sens analytique ou à induction variables, seront ici indiquées. Les techniques d'entraînement physiologiques et à dimension hypnotique ou mystique (sophrologie, zen, méditation) ne s'adressent pas à l'organisation psychosomatique mais à sa seule composante corporelle.*» (Ph. BRENOT, 2003, p120)

Il précise, «pour être psychosomatique, une relaxation ne peut être que «psychothérapeutique» (BRENOT, 2003, p120).

Pour J.Chambry, Marion Speranza, et Maurice Corcos, face à la tendance de ces patients à majorer leurs sensations corporelles quand ils sont confrontés à des états émotionnels, il est utile d'associer aux interventions psychothérapeutiques des techniques de relaxation (Stéphanos, BIEBLE et PLAUM, 1976, TAYLOR, 1987, citer par CORCOS et SPERANZA, 2003, p222)

Par ailleurs, de nombreux patients apprennent plus sur leur fonctionnement

émotionnel par des thérapeutes qui expriment davantage leur ressenti que ne le permet le cadre analytique classique, et qui utilisent l'humour, leur capacité créative et imaginative au cours des séances (KRISTAL, 1982-1983; MACDOUGALL, 1985; TAYLOR, 1987, citer par CORCOS et SPERANZA, 2003, p222).

On tien à préciser, que notre travail de recherche porte sur cette indication de la relaxation en psychosomatique, et plus précisément, nous travaillons sur la relaxation psychosomatique et l'alexithymie des adolescents obèses. Donc l'objectif est de voir l'impact de cette approche de relaxation, à travers un travail psychothérapique de relaxation, sur l'alexithymie.

Conclusion

Nous avons vu, à travers ce bref exposé, cette thérapie corporelle qu'est la relaxation, son rapport au corps, ses indications, ses approches, et sa place en tant que psychothérapie.

Ensuite, on s'est détourné vers la relaxation psychosomatique, où on a tenté de ramener de l'éclairage à cette nouvelle psychothérapie, ses spécificités, sa technique et son rapport aux différentes pathologies.

En guise de conclusion, et afin de répondre d'une façon plus éclairée aux interrogations soulevées au départ, on aimerait souligner certains points essentiels: La relaxation, et plus précisément la relaxation psychosomatique, prend une place très importante dans le champ psychothérapique. La fonction tonique de la relaxation est considérée comme une communication émotionnelle. C'est donc une véritable psychothérapie à médiation corporelle proposée au sujet qui s'engage dans cette méthode.

Psychothérapie qui s'adresse plus particulièrement à des sujets pour lesquels parler est déjà une difficulté en soi.

Ainsi, la relaxation psychosomatique apparaît comme un «choix stratégique» face à cette discordance entre le corps et le verbe. Elle donne une très grande importance à l'imaginaire, son premier objectif est de le récupérer et faire retrouver sa fonction qui est refoulée selon Sami Ali.

De plus, on peut retenir, que cette approche psychothérapique, constitue un véritable travail sur le corps, sur une problématique corporelle, une tentative de réparation, pour vaincre cette discordance entre le corps réel et le corps imaginaire, entre aphasie émotionnelle et fantasmes.

Notre travail est une tentative pour prendre en charge tous ce matériel, pour voir l'impact de la relaxation psychosomatique sur l'alexithymie de l'adolescent obèse. L'obésité, comme nous l'avons vu avec l'école de Sami Ali, s'inscrit dans les pathologies de l'adaptation, où la fonction de l'imaginaire est refoulée.

Enfin, on peut dire que la relaxation psychosomatique tente de réintroduire le corps aux côtés du verbe, comme moyen de dialogue et de guérison.

Dans notre recherche, elle tente de prendre en charge l'alexithymie de l'adolescent obèse, **la question de son efficacité serait donc notre problématique de recherche.**

DEUXIEME PARTIE
PARTIE PRATIQUE

CADRE METHODOLOGIQUE

1-La question de départ

Par rapport à ce qui à été fait dans des étapes précédentes, on a pu dégager la question de départ suivante : **Quelle efficacité de la psychothérapie pour les sujets obèses ?**

2-Le travail exploratoire :

Pendant notre travail exploratoire, nous avons essayé de mettre une question de départ au centre de nos préoccupations

Le travail exploratoire s'est déroulé au niveau de 3 sites :

- **1^{er} au niveau du service d'endocrinologie :**

Du CHU Constantine ou une série d'entretiens exploratoires a été faite avec : le professeur responsable du service, la psychologue, et le professeur responsable du service de médecine interne.

- **2^{ème} site :**

Celui de l'hôpital 120 lits de Oued Athmenia (service de médecine interne) ou on a fait des entretiens avec le médecin chef du service.

- **Le 3^{ème} site :**

L'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie de Oued Athmenia où on a fait des entretiens avec le médecin spécialiste en pédopsychiatrie et le psychologue principal du service de psychologie clinique.

L'objectif de ces entretiens était la précision des axes de la recherche ce qui va nous permettre de compléter notre information et préciser la direction qu'on va prendre dans tout notre travail de recherche.

Les entretiens nous ont permis de faire un échange d'idées avec les spécialistes scientifiques de l'objet d'étude (les professeurs, les psychologues et les médecins spécialistes) et faire un bilan de nombre des cas dans chaque site ou établissement. Dans la seconde partie on a fait des entretiens avec les parents des patients, et les personnes directement concernées (les sujets obèses).

Les entretiens nous ont permis de revoir notre question de départ du fait qu'on a pris en considération des apports de ce travail exploratoire.

3-La problématique :

Bien que les troubles du comportement alimentaire que sont l'anorexie mentale et la boulimie soient connus et décrits depuis l'antiquité, ils continuent à susciter un intérêt qui n'a cessé d'augmenter pendant ces dernières décennies.

Cet engouement, reflète probablement l'accroissement de fréquence de ces affections, et sans doute lié au caractère provocant et paradoxal de conduites se situant au carrefour de la psychologie individuelle, des interactions familiales, du corps dans son aspect le plus biologique et la société (dite de consommation) en général (M. CORCOS, 2000).

Ces pathologies mentales s'avèrent comporter des conséquences somatiques graves, qui à leur tour retentissent sur l'état psychique et contribuent à entretenir le trouble. Parmi ces graves conséquences se trouve l'obésité qui apparaît comme une priorité sanitaire et un véritable problème de santé public. Elle se caractérise par une inflation des réserves lipidiques stockées sous forme de triglycérides dans le tissu adipeux.

Elle correspond à une augmentation significative de la masse grasse. L'obésité n'est donc pas une simple prise de poids excessive, elle gagne du terrain, de plus en plus d'enfants et d'adolescents en sont atteints, raison pour laquelle l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) l'a qualifiée en 1997 comme une épidémie mondiale.

L'excès de masse grasse corporelle est corrélée à une élévation du taux de mortalité pour l'obésité et favorise la survenue de pathologies médicales telles que des complications : respiratoires, rhumatologiques, oncologiques, endocriniennes, et cardio-vasculaires.

Ainsi, elle constitue un véritable facteur de risque de maladies cardiovasculaires et de troubles métaboliques.

Mais au-delà de ces patients, l'obsession de la minceur et la phobie du corps gros sont couramment répandues dans la population générale. C. DURIF par exemple a mis en évidence à propos du poids une (insatisfaction normative), génératrice d'intenses souffrances chez les individus qui ne présentent manifestement aucun trouble pondéral objectif et avéré.

Si plusieurs auteurs ont souligné depuis longtemps déjà l'impact de l'idéal socio-culturel de la minceur sur les individus et leur comportement alimentaire, reste que cette tendance s'observe et touche maintenant de très jeune gens .Adolescents voire

pré-adolescents se mettent à restreindre leur consommation alimentaire au moment même ou leur croissance biologique requiert précisément d'eux la satisfaction d'importants besoins énergétiques.

De ce fait, l'excès de poids serait la réponse collective à cette emprise de l'idéal socio- culturel de minceur exercée sur le corps des individus. C'est contradictoire, il expliquer cela !

D'un point de vue éthio-pathogénique l'obésité apparaît comme un processus endogène, susceptible d'être facilité par des facteurs exogènes ou environnementaux, qui se déclenche en certaines circonstances mais sans pour autant que l'on sache isolé précisément les différents agents pathogènes.

Des abus alimentaires sur les plans qualitatifs et /ou quantitatifs passent pour être reconnus comme la cause principale de l'obésité, or cette hypothèse explicative est loin de pouvoir rendre compte de l'ensemble des formes d'obésité, à commencer par exemple par le phénomène dit des obèses petits mangeurs ou même celui de l'obésité paradoxale observée durant la seconde guerre mondiale.

Toutes ces situations invitent donc à une approche psychosomatique de l'obésité, qui a tenté de voir l'obésité comme une pathologie multi- factorielles. Cette dernière est selon la psychanalyste et pédiatre Hilde BRUCH, se focalise sur l'émotivité alimentaire, désordre dans lequel l'excès alimentaire est lié à l'éveil émotionnel. (A. HAYNAL et W. PASINI, 1978, p225)

La mère est une génératrice inconsciente de l'obésité infantile. Elle met un lien inconstant entre l'alimentation et le plaisir, la sécurité matérielle et affective.

Après son étude, H. Bruch découvre chez les obèses des troubles de la représentation du corps, une confusion d'identification sexuelle et dans certains cas, des traits d'apparence psychotique.

Toujours selon BRUCH, lorsque la mère ne répond pas d'une manière adaptée aux messages de l'enfant, celui-ci devient rapidement incapable de discriminer la faim de satiété et de distinguer un état de déplétion nutritionnelle d'autres carences physiologiques.

Certaines mères nourrissent leur enfant chaque fois qu'il pleure incapables qu'elles sont d'imaginer d'autres besoins. Chez l'obèse, la relation mère – enfant joue un rôle important dans l'enchaînement étio-pathogénique. Dès la naissance, la nourriture est liée à un vécu émotionnel (faim =déplaisir) et à la relation avec la mère nourricière, ainsi s'établit le lien symbolique, la nourriture représentant amour, sécurité et

satisfaction du besoin, pour l'obèse elle sera utilisé d'une manière inadéquate et exagérée pour résoudre tous les problèmes de son existence. (Ibid, p225).

Ce comportement a pu être enseigné par la mère et l'obésité résulterait alors, selon Bruch d'un (mauvais apprentissage).

En plus de l'incapacité de reconnaître la sensation de faim ou de satiété, l'obèse à une distorsion de son image corporelle à laquelle plus souvent participe la mère.

Le poids et les kilos en trop représentent pour lui la protection, en même temps que l'ennemi contre lequel il faut lutter.

ALBY et KOLTZ pensent que l'obésité représenterait un compromis dont le sujet souffre, mais qui lui assure une réduction des tensions internes dans ces relations avec lui même et l'environnement.

Selon la plupart des auteurs (STUKARD, Le BARZIC, CLERICI...etc.), il n'y a pas un profil psychologique unique de l'obèse, il existe des obèses, et ceci même si H. BRUCH nous propose ses trois types d'obésité.

Sur le plan fantasmatique de l'obèse et sous les attitudes de prestance, de force et de vigueur, se dévoile assez souvent un vécu dépressif plus ou moins important contre lequel l'obèse cherche à se protéger : le vide, le manque, l'absence, sont ressentis avec acuité. Rapidement se trouve mobilisée une vie fantasmatique liée à l'oralité, sous-tendue par d'intenses angoisses de dévoration, le monde extérieur étant vécu comme dangereux.

Face à ce danger, la régression narcissique dont témoigne le fréquent recours aux thèmes marins et océaniques dans les tests est le second versant, l'obésité servant d'affirmation de soi et prenant de manière concrète la place de l'image de soi idéale.

D'un point de vue psychosomatique l'obésité constitue une atteinte de l'ensemble de l'entité charnelle d'un individu.

Ce n'est pas simplement le poids qui dérange ou fait souffrir, c'est l'ensemble du corps qui est atteint donnant naissance au gros corps, c'est pourquoi on parle (d'obésité psychosomatique) laquelle surviendrait chez des individus (notamment des individus normo- ou hypophages) présentant des difficultés à élaborer les conflits dans la sphère mentale, difficultés corrélatives chez l'individu de tendances à l'agir, de l'absence de fantasme et limitation de la vie imaginaire, surtout de l'absence de sens du gros corps, incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments, et enfin une description détaillée des faits, des événements, et des symptômes physiques.

Tous ces traits caractérisent la notion d'alexithymie qui est à son tour caractéristique des sujets somatisants y compris les obèses.

Selon SIFNEOS, les sujets alexithymiques seraient incapables de lier leurs images mentales et pensées avec leurs émotions. Ils seraient de plus atteints d'une aphasia émotionnelle, ne pouvant se servir du langage pour exprimer les sentiments qu'ils éprouvent.

Il est certain, que toute cette discussion de la question de l'obésité dans ses différentes dimensions : médicale, sociale, corporelle et psychosomatique, dans son rapport à l'alexithymie, toutes ses variables doivent être prises en considération lorsqu'on parle de l'obésité, à l'adolescence, cette dernière, est une période de changements qui comportent des remaniements de l'ensemble du fonctionnement mental et de l'organisation de la personnalité (Gesell et al, citer par N. DUMET, 2000).

Les transformations corporelles, les nouvelles dimensions du désir et le dégageant vis à vis de la famille réclament de l'adolescent un travail d'élaboration qui à pu être comparé au travail de deuil, c'est-à-dire de retrait fragmentaire d'investissements antérieurs (A. Freud) (S. LEBOVICI, R. DIATKINE et M. SOULE, 1985, p501).

La canalisation du surcroît pulsionnel, le travail de deuil, les réaménagements défensifs et la quête identitaire constituent alors les principales tâches de l'adolescent dont les préoccupations centrales concernent les transformations corporelles qui bouleversent l'image qu'il avait de son corps.

Ce corps devient l'instrument de référence de l'adolescent par rapport à son environnement et aux possibilités qu'il a de le maîtriser. Ce bouleversement peut induire des représentations négatives de l'image du corps qui peuvent se généraliser à celle de la personnalité.

L'irruption de la puberté provoque une tension corporelle qui s'exprime à travers la nervosité ou l'anxiété de l'adolescent, mais aussi par la discontinuité dans l'expression de ses émotions à ce niveau il y a des tendances à l'agir manifestent aussi l'inadéquation entre les émotions nouvelles que ressent le jeune et la pauvreté du langage qu'il est capable d'utiliser dans le registre émotionnel, et justement c'est pour cela que de nombreux psychanalystes ont ainsi proposé une réflexion relative à l'adolescence en termes de crise, de ce fait, l'adolescence apparaît comme un moment de crise du corps dont l'obésité n'est qu'une expression clinique (d'une crise pathologique à l'adolescence).

En même temps l'adolescent obèse et alexithymique est incapable de verbaliser, d'exprimer ses émotions, et sa souffrance. Il est confronté à une crise à double faces : celle de l'adolescence, et l'autre de l'obésité.

Ainsi, quel type de prise en charge psychothérapique peut-on proposer pour un adolescent obèse ?

À ce moment de crise, la relaxation psychosomatique se propose comme une psychothérapie corporelle, elle se situe autour de la représentation et de l'imaginaire, elle aborde la problématique du rythme corporelle, facteur incident du somatique.

Elle se présente comme une psychothérapie qui cherche à aborder l'adolescent obèse à travers son corps, c'est-à-dire le terrain qu'il nous propose.

La relaxation psychosomatique vise principalement à actualiser la situation conflictuelle du sujet dans le transfert et à libérer l'imaginaire occulté par le refoulement caractériel. (S. CADY, 1998)

Enfin, et après toute cette réflexion autour de ces éléments problématiques dont l'obésité, l'adolescence, l'alexithymie et la relaxation psychosomatique, une question pertinente doit être posée :

Quel est l'impact de la relaxation psychosomatique sur l'alexithymie de l'adolescent obèse ?

4-Les hypothèses de la recherche:

1- hypothèse générale :

-La relaxation psychosomatique réduit le processus d'alexithymie chez l'adolescent obèse.

2-les hypothèses partielles :

1 -La relaxation psychosomatique permet la différenciation entre émotions et sensations corporelles chez l'adolescent obèse.

2- la relaxation psychosomatique améliore l'identification et la description des émotions chez l'adolescent obèse

3- la relaxation psychosomatique remet en fonction l'élaboration psychique et favorise ainsi la verbalisation de l'état émotionnel à travers le retour au corps symptôme chez l'adolescent obèse.

4- la relaxation psychosomatique réduit la description détaillée des symptômes chez l'adolescent obèse

5 - Méthodologie de la recherche :

C'est parce qu'envisageant de demeurer fidèle à l'optique clinique d'une psychologie tout

aussi clinique qui s'intéresse au diagnostic et au traitement des troubles. On a choisi pour cette recherche d'adopter en toute évidence, et pour une pareille perspective une démarche essentiellement clinique. Selon O. AKTOUF(1987), la méthode clinique« *Consiste à observer directement l'objet à étudier et à le suivre pas à pas tout en notant toutes ses modifications, ses évolutions... C'est une méthode empirique où il n'y a aucune sorte d'intermédiaire entre l'observateur et ce qu'il étudie. On la retrouve, en dehors de la médecine, dans l'ethnologie, les études de cas, les monographies, les observations participantes...* » (O. AKTOUF, 1987, p29)

Pour PEDINIELLI: *Dette méthode regroupe l'ensemble des techniques utilisables en présence de l'individu concerné et qui vise à recueillir ses différentes expressions en limitant les contraintes qui pèsent sur le recueil* » (J. L. PEDINIELLI, 1994, P.36).

De ce fait, cette méthode est susceptible d'enrichir le clinicien par un grand nombre d'informations.

La méthode clinique se base essentiellement sur l'étude de cas, qui vise selon Huber, non seulement à donner la description d'une personne, ou d'une situation, mais aussi de repérer les causes et la genèse de ses problèmes. Pour Simon N. ROY (2009), « *L'étude de cas est une approche de recherche empirique qui consiste à enquêter sur un phénomène, un événement, un groupe ou un ensemble d'individus, sélectionné de façon non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes. Le cas étudié est donc bien délimité, mais forme un sous-système dont l'analyse permet de mieux comprendre un système plus large. Ainsi, on s'intéressera aux composantes qui forment le cas, y compris son contexte immédiat, son histoire et ses différentes dimensions.*» (citer par B. GAUTHIER, 2009, p207)

6- Recueil des données :

Cette démarche clinique, nous amène à des techniques de recueil d'informations qui sont pour l'essentiel : l'observation, l'entretien semi-directif, le test de RORSCHACH et l'échelle TAS-20. Techniques qui ont, selon PEDINIELLI, pour but d'enrichir la connaissance d'un individu et des problèmes qui l'assaillent.

Dans cette recherche on va utiliser quatre outils de recueil des données :

1- L'observation :

LOFLAND, la définit ainsi : « être là, pour fins d'analyse ». D'autres auteurs insistent davantage sur l'une ou l'autre des dimensions objective, subjective ou interactive de l'observation. FRIEDRICHS et LUDTKE, par exemple, la définissent comme « l'enregistrement des actions perceptibles dans leur contexte naturel ». Pour PERETZ, « L'observation directe consiste à être le témoin des comportements sociaux d'individus ou de groupes dans les lieux-mêmes de leurs activités ou de leurs résidences, sans en modifier le déroulement ordinaire ». SPRADLEY insiste davantage sur le versant subjectif de l'observation, dont le but serait « la description d'une culture du point de vue de ses participants ». (B. GAUTHIER, 2009, 316)

Selon PEDINIELLI (1994), l'observation est « l'action de considérer avec une attention suivie la nature, l'homme, la société, afin de les mieux connaître ». Elle est donc la base de toute connaissance. De ce fait, le recours à l'observation comme premier outil d'investigation dans cette recherche nous semble nécessaire « comme complément d'autres informations tels que le comportement du sujet, ses attitudes lors de rencontre, qui fournissent d'autres éléments parfois révélateurs ou simplement posant de nouvelles questions » (PEDINIELLI, 1994. p. 58-59).

2- L'entretien de recherche :

Selon B. GAUTHIER « Nous avons rappelé plus tôt que l'entretien semi-dirigé permet à l'interviewé d'effectuer une description riche de son expérience. Il est en mesure de clarifier ses opinions, ses sentiments, ses croyances à propos d'un objet d'étude quelconque.

Les questions devront donc être formulées de façon à permettre une telle expression. Les questions fermées où la réponse est un « oui/non » ou encore les questions dichotomiques « est-ce ceci ou cela » établissent un rythme à l'entrevue qui se rapproche plutôt de celui de l'interrogatoire que de celui de la conversation. Ce genre de questions devrait être évité. Les questions dites ouvertes sont, elles,

susceptibles d'amener l'interviewé à décrire son expérience car elles lui fournissent un stimulus général pour démarrer l'échange. Une question du genre « Qu'est-ce qu'un retour aux études après une absence de dix ans signifie pour vous? » Sera préférable à « Trouvez-vous difficile le retour aux études après une absence de 10 ans ? ». (B. GAUTHIER, 2009, pp 352-353)

On va utiliser un entretien semi directif qui s'effectue avec les cas avant et après les séances de relaxation : les questions sont préparées selon une grille d'entretien.

L'ensemble de ce bilan se conclut par un entretien semi-directif d'environ trois quarts d'heure. Cet entretien permet d'appréhender le fonctionnement psychique des patientes, et permet également d'aborder l'histoire de vie et l'histoire de poids des patientes, et de voir s'il y a, ou pas, des liens entre ces deux histoires. On tient aussi à préciser que l'analyse des entretiens permet d'évaluer la dimension alexithymique avant et après la relaxation psychosomatique.

Au cours de cet entretien sont abordées les questions suivantes :

- 1- Histoire de la maladie et la psychogenèse : pourquoi la prise de poids;**
- 2- La dimension relationnelle avec la famille en général et l'attachement à la mère;**
- 3- le rapport à l'alimentation : pourquoi je mange ? Comment ?**
- 4- L'image du corps et le rapport au corps ou la relation avec le corps;**
- 4- La dimension alexithymique:**
 - a- Avant les séances de relaxation**
 - b- Après les séances de relaxation**

On va joindre à l'entretien le test de Rorschach et l'échelle d'évaluation de l'alexithymie (TAS -20).

3-Le test de RORSCHACH

C'est un test projectif inventé en 1915 par Hermann Rorschach (1884-1922). Il consiste à utiliser des taches d'encre indéterminées dans le but de découvrir les processus psychologiques qui caractérisent la personnalité du sujet. Il consiste en effet, « à faire interpréter librement des formes fortuites, c'est à dire des figures formées d'une manière indéterminée » (Rorschach, 1993, P.1).

Le Rorschach est constitué par un matériel non figuratif : seulement une tache sur un fond qui oblige à la centration sur les formes, les contours, par la mise à l'épreuve des barrières entre dedans et dehors. Cette caractéristique majeure a été exploitée dès 1958 par Fisher et Cleveland, dont l'indice " Barrière/Pénétration " est régulièrement appliqué en psychosomatique pour tester la solidité des limites, leur plus ou moins grande étanchéité ou leur excessive perméabilité.

Par ailleurs, le travail perceptif exigé relève de la *figuration* à travers une construction des représentations impliquant leur mise en images. Le Rorschach, en effet, convoque un " imaginer à partir de voir " ; le matériel proposé paraît d'abord discontinu, étrange, parfois inquiétant par les émois qu'il éveille, notamment par l'appel à la projection d'images corporelles qu'il induit. A partir de cette rupture, un travail de *liaison* est requis dans la mise en rapport d'éléments manifestes apparemment dépourvus de sens, l'objectif étant justement la constitution d'une figure signifiante. Ainsi, la clinique psychosomatique montre bien *l'absence de signification symbolique* des réponses corporelles ou anatomiques , découvrant des failles profondes dans les capacités de symbolisation.

Le Rorschach nous permet de cerner le mode de fonctionnement psychique individuel dans sa dynamique et/ou ses altérations. Les réponses représentent un éventail d'attitudes qui vont du perceptif au projectif, du perçu au vécu, reflétant par cela même les modalités d'action, de relation des patientes avec les différentes situations auxquelles elles sont confrontées (Rausch de Traubenberg, 1997).

1- La passation

La passation se déroule toujours de la manière suivante. Le patient est installé de l'autre côté du bureau, ce qui donne une position face à face. Elle n'est,

certes, pas idéale, mais la configuration du bureau empêche la position à gauche et un peu devant l'examineur. Le tas des dix planches est placé à l'envers, en vue sur le bureau.

Les protocoles ont été recueillis après un entretien clinique. Le test a été appliqué avec la consigne de Chabert : « *Je vais vous montrer dix planches et vous me direz tout ce à quoi elles vous font penser, tout ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches* ». À cette consigne, nous ajoutons qu'il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses, précisons encore au sujet que la passation n'est pas limitée dans le temps et que nous noterons tout ce qu'il nous dira.

La prise du protocole se fait ad verbatim c'est-à-dire que toutes les réponses, exclamations, commentaires qualitatifs sont notés, de même que les changements de position de la planche, l'intervalle de temps écoulé entre la présentation de la planche et la première réponse cotable ainsi que la durée de passation de la planche. Les observations de comportement sont également notées au moment où celui-ci est inhabituel, où le sujet se met à rire, à rêver, à s'agiter.

Une fois que le patient a retourné la dixième et dernière planche, une seconde étape est nécessaire, l'enquête, qui permet de faire préciser « **la base du concept** » de la réponse de la patiente, la part de tel ou tel élément de la structure perceptive du stimulus dans chacune des réponses. On reprend donc l'ensemble des planches, et on les propose de nouveau à la patiente avec comme consigne « nous allons reprendre les planches ensemble car j'ai besoin de quelques précisions ». On indique à chaque fois la réponse proposée avec comme questions générales « où est-ce que vous avez vu un papillon ? Qu'est-ce qui, sur cette planche, vous a fait penser à un papillon ? ».

2- La cotation et l'analyse

L'analyse du test projectif se fait par la cotation de chaque réponse selon trois critères: le mode d'appréhension, le déterminant et le contenu de la réponse.

La cotation utilisée est celle de l'École Française décrite dans les travaux de Nina Rausch de Traubenberg, avec la liste française des banalités.

C'est l'ensemble de ces cotations qui constitue le psychogramme, base de l'analyse quantitative et qualitative.

3- Choix du Rorschach :

On a choisi d'inclure ce test projectif dans cette recherche car le Rorschach est, pour nous, incontournable lorsque l'on veut appréhender le fonctionnement psychique d'un patient. Il permet de saisir la dynamique d'ensemble de la personnalité ; et comme le souligne Catherine Chabert (1997), à condition que ses résultats recourent des données obtenues par d'autres méthodes, il permet d'aboutir à une estimation dynamique des ressources actuelles et latentes du sujet, ainsi que de ses points vulnérables.

On a choisi le Rorschach parce qu'il permet d'identifier les composantes cognitive, relationnelle, affective et fantasmatique de l'alexithymie.

Enfin, le Rorschach renseigne autant sur le travail psychique de création que sur l'adaptabilité de la personne ou sur la production des formations psychopathologiques, ce qui est particulièrement intéressant lorsqu'on fait une recherche sur les transformations psychiques d'un individu en lien avec des transformations physiques.

4-l'échelle d'alexithymie de Toronto (Toronto Alexithymia Scale TAS-20)

a- Présentation de l'échelle

L'alexithymie a été mesuré avec le questionnaire le mieux validé et le plus consistant (BAGBY et al. 1994). De plus, la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) de BAGBY et al. (1994) a été validée en Français par LOAS, PARKER, OTMANI, VERRIER, et FREMEAUX (1997).

b- Construction de l'échelle

La TAS-20 est une échelle d'autoévaluation, constituée de 20 items. La traduction, l'adaptation et la validation de la TAS-20 en français ont été réalisées par Loas (1995). La TAS-20 contient 20 items dont 14 sont communs à la TAS mais, contrairement à cette dernière, il n'existe pas d'items évaluant la rêverie diurne. La TAS représente une approche plus multidimensionnelle de l'alexithymie que la TAS-20.

La première sous-échelle (Facteur 1) mesure la difficulté à identifier ses émotions et à les distinguer des sensations procurées par le corps (sensation physiques et kinesthésiques).

Elle est caractérisée par des items tel que « *Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.* » ; « *J'éprouve des sentiments que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.* » ; « *Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.* » ; « *J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.* »

La deuxième sous-échelle (Facteur 2) mesure la difficulté à décrire ses sentiments et émotions. Elle est caractérisée par des items tel que « *J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.* » ; « *J'arrive facilement à décrire mes sentiments.* » ; « *Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.* » ; « *Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes ami(e)s très proches.* »

La troisième sous-échelle (Facteur 3) mesure le fait d'avoir des pensées orientées vers l'extérieur. Elle est caractérisée par des items tel que « *Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.* » ; « *Etre conscient de ses émotions est essentiel* » (cotation inversée) ; « *Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.* » ;
 « *Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.* » ;
 « *Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.* »

c- Cotation

Les items sont divisés en trois sous échelles et cotés selon une échelle de type LIKERT en cinq points allant de 1 (Désaccord complet) à 5 (Accord complet).

L'échelle comprend un nombre identique d'items dont la cotation est inversée (marquer son accord étant le reflet d'un niveau faible d'alexithymie) afin d'éviter le biais de souscrire à des propositions en raison de leur formulation préférentielle dans le sens du construct mesuré (Bermond & Vorst, 2001; Bermond, Vorst, Vingerhoets, & Gerritsen, 1999).

Les notes seuils permettant de dépister les sujets ayant un trait de personnalité alexithymique des autres sont rangées de la sorte : alexithymiques, $X \geq 56$; sub alexithymiques, $45 \leq X \leq 55$; et non alexithymiques, $X \leq 44$ (M. Corcos & M. Speranza, 2003).

Les paramètres de la TAS 20 sont métrologiquement satisfaisants (validité,

fidélité, stabilité).

Les coefficients de consistance interne vont de 0.68 à 0.84 pour le score total et de 0.27 à 0.85 pour les sous-échelles (cf. Taylor, Bagby & Parker, 2003). Les analyses confirmatoires réalisées par Loas et al. (1997).PAGE 100

Tableau 08 : Normes françaises de l'échelle d'alexithymie (TAS-20)

Source : GUILBAUD et al. 2002 ; LOAS, OTMANI, et FREMAUX, 1996.

		Groupe témoin	Seuil d'absence d'alexithymie	Seuil d'alexithymie
	Maximum possible	N= 767		
DIS	35	14.8 +/- 5.25		
DDSA	25	13.7 +/- 4.35		
POE	40	17.7 +/- 4.52		
Total TAS-20	100	46.2 +/- 10.52	Si < ou = 44	Si > ou = 56

7- L'échantillon

Dans le cadre de cette recherche on a choisi que des adolescents obèses, dont l'âge varie entre 12 et 18 ans, qui n'ont jamais bénéficié de prise en charge médicale ou psychologique pour leur problème d'obésité.

La population choisie est une population très hétérogène d'adolescents obèses.

Nous avons choisi cette population car les sujets qui la composent présentent généralement un large éventail de troubles à la fois cognitifs, affectifs et une dimension alexithymique, et ceux-ci sont fréquemment liés au problème d'obésité.

Le recrutement

a-Les critères d'inclusion :

- Les patients sont tous des adolescents.
- Ils ont un IMC supérieur à 29,9 kg/m², qui est l'IMC limite recommandé pour une que la personne soit classer comme obèse.
- Ils sont d'accord pour effectuer des séances de relaxation d'une durée de trois mois.
- Ils sont d'accord pour la passation du Rorschach et de l'échelle Tas-20 à deux reprises (avant et après la relaxation psychosomatique).
- nous avons pris en considération le facteur sexe, ainsi, notre échantillon est constitué de 02 garçons et de 02 filles.

b- Les critères d'exclusion :

- Si l'IMC du patient est inférieur à 29,9.
- Lorsqu' il y a une rupture de deux séances ou plus sans motif.

CADRE PRATIQUE

PREMIER CAS :Nesrine

1- Présentation du cas

Prénom : Nesrine

Age : 17 ans.

Nombre de frères : 01

Nombre de sœurs : 02

Classement dans la fratrie : elle est la deuxième d'une fratrie de quatre, dont trois filles et un garçon.

Niveau d'instruction : 3ème année moyenne, elle a refait troisième année primaire.

Profession du père : boucher.

Profession de la mère : sans profession.

Antécédents familiaux :

Sa mère souffre d'une obésité sévère.

IMC (Indice de Masse Corporelle) Norme (moins de 29,9 Kg/m), $83/1,60*1,60=32.42$ Kg/m². Il s'agit donc d'une **obésité sévère**.

La patiente s'est présentée à la consultation de psychologue externe de l'établissement spécialisé en psychiatrie de Oued Athmenia suite à la demande de sa mère.

Un entretien préliminaire a été réalisé dont l'objectif était une prise de contact, ensuite, trois entretiens de recherche ont été effectués selon une grille d'entretien que nous présentons en annexe. Après cela, on a passé le test de Rorschach afin de vérifier s'il ya un travail de réparation et de valider cela par l'échelle (TAS-20).

En final nous avons appliquée la relaxation psychosomatique selon Sylvie CADY (2007) au rythme d'une séance par semaine pendant trois mois. Au total, nous avons appliqué douze séances de relaxation, après cela nous avons repassé le Rorschach et l'échelle (TAS-20).

2-Synthèse des entretiens avec la patiente et sa mère

Lors de notre premier entretien, l'état général de notre patiente semblait figé, son faciès dépressif et asthénique, avec des mouvements lents.

Bien que coopérante, son discours était superficiel et marqué par la pauvreté.

De plus, Nesrine se culpabilise fortement parce qu'elle se considère responsable de sa maladie et des traumatismes qu'elle a subis, entre autres, la séparation de ses parents, la mort de sa grand-mère et la maltraitance de son père.

La patiente nous raconte que son enfance était sans événements particuliers, qu'elle considère comme « normale », cependant, elle met en relief des souvenirs relatifs à la violence de son père « *Mon père est dur, il est très sévère avec toute notre famille...il est brutal, violent, agressif et parfois très méchant...C'est à cause de lui que j'ai refais ma troisième année primaire.* ». Elle ajoute « *Mon père est très rigide, autoritaire et parfois il devient très violent...* »

Au deuxième entretien, la jeune adolescente nous évoque un souvenir douloureux qui l'a bien marqué « *J'étais très petite et j'avoue que n'ai rien compris, jusqu'à maintenant je ne comprends toujours rien...Il a commencé à frapper ma mère avec une barre de fer, elle criait, personne n'a osé se rapprocher d'elle, mes sœurs criaient, j'entends toujours ses cris dans mes cauchemars...Le lendemain, mon oncle est venu nous voir et il nous a ramenés chez mon grand-père où on a passé cinq ans...* »

Nous retrouvons à travers les entretiens une peur omniprésente du père, ce qui explique cette relation très tendue avec lui et qui peut aller jusqu'à la violence physique « *Quand il passait près de la maison on avait peur qu'il nous ramène à la maison, il ne parlait jamais avec nous, cette période nous a beaucoup tous marquée... On a vécu cinq ans d'enfer chez nos oncles...oui, c'était des souvenirs d'enfer* ».

D'après la jeune adolescente, le début de la prise de poids remonte à l'âge de douze ans « *J'ai commencée à prendre du poids quand j'avais l'âge de 12 ans, je suis la seule obèse dans la famille* » ; Cependant, sa mère précise que sa fille mangeait beaucoup depuis sa prime enfance « *Nesrine est boulimique depuis son enfance, elle passait tous son temps à manger...* »

Nous remarquons qu'elle a une sensation d'être détestée par tout le monde parce

qu'elle est grosses et on lui fait des remarques à cause de ça « *Je sens parfois que mon corps me trompe, un sentiment intense d'échec et de déceptions à cause de se gros cops...Ma famille me haie parce que je suis grosse, mes oncles maternel et mes cousins, tous, tous. Ils me disent que j'ai un corps d'une grosse femme, même mon père me fait la même remarque, il m'a dit que je dois maigrir, mes deux sœurs m'ont fait la même remarque.*»

Elle en vient au fait « *Je haie mon corps, je le déteste, je veux le changer, le bruler même, c'est le problème de toute mon existence, oui, toute ma vie est détruite à cause de cette ordure, mon père me l'a dit un jour...il a dit que je suis un tas d'ordure (ARRAME), une masse de saleté...*»

Enfin, son discours illustre une dimension alexithymique parce qu'elle dit« *Je ne trouve pas mes mots pour dire le mal que je ressens, j'ai une difficulté à parler de ce vécu, de mon corps, des fois j'ai l'impression d'être muette, ma mère me dit que je ressemble à une pierre, que j'ai un cœur aussi en pierre et que je cache tout au fond de moi.*»

3- Rorschach avant la relaxation

a- La cotation du premier protocole (avant la relaxation)

Nom : Nesrine

Date : 20/04/2009

Age : 17 ans

Heure : 13h45

	réponse	enquête	L	D	C	Ban	Observation
planche1 TL 1' 28" ^ TR 1' 25" TT 1' 53"	C'est comme un papillon, elle le ressemble.	Papillon, c'est dans toute la planche.	G	F+	An	Ban	
Planche 2 TL 40" ^ TR 37" TT 1' 17"	(Elle fait tourner sa tête) je ne l'ai pas reconnue.						refus
Planche 3 TL 1' 20" ^ TR 14" TT1' 34"	Un papillon, une route et des montagnes.	Le papillon (le rouge centrale), la route (le gris en haut), les montagnes : le noir supérieure sur les côtés de la route.	D Dd D	FC+ FE F-	An Nat Nat	Ban	Symétrie

CADRE PRATIQUE

<p>Planche 4 TL 1' 19" ^ TR 8" TT1' 27"</p>	Comme un arbre	L'arbre : toute la planche.	G	F-	Nat		
<p>Planche 5 TL 08" ^ TR 6" TT 14"</p>	Une chauve-souris.	(toute la planche)	G	F+	An	Ban	
<p>Planche 6 TL 1' 33" ^ TR 20" TT 1' 53"</p>	Je n'ai pas trouvé de solution.						refus
<p>Planche 7 TL 1' 05" ^ TR 8" TT 1' 13"</p>	Elle ressemble aux nuages formés sous forme d'animaux.	Oui, ça ressemble à une grenouille (elle nous montre toute la planche)	G	F±	An		
<p>Planche 8 TL 1' 28" ^ TR 17" TT 1' 45"</p>	Des pierres, des arbres et deux écureuils.	Le rose et le rouge en haut c'est les pierres, le vert au centre c'est les arbres et les écureuils sur les côtés.	D D D	FC± FC± F+	Élé Nat An	Ban	Symétrie
<p>Planche 9 1' 46" ^ 2' 02"</p>	Je n'ai pas trouvé de solution.						refus

CADRE PRATIQUE

Planche 10 1' 26" ^ 1' 31"	Un papillon qui est un mélange de couleurs.	Dans toute la planche.	G	CF-	An		
---	---	------------------------	----------	------------	-----------	--	--

Planche+ 10 et 05.

Planche – 01 et 04.

CADRE PRATIQUE

Nom : Nesrine

Date: 20/04/2009

Age : 17 ans

Heure: 13h45

Motif de l'examen : une prise en charge psychologique

PSYCHOGRAMME

R =11 <Norme (20 à 30)

CLOB=0

Refus=03

An=06

Tps total =14mn et 49sec < Norme (20/30mn)

Ad=00

A%=54, 54 > norme (35 a 50 %)

Tps/réponse =01mn et 20 sec >Norme > (45 à 60sec)

H=0

H= 0 % < norme (15 à 20%)

Tps.lat.moyen=1mn et 44sec > Norme (20 sec)

Hd= 0

Elem = 0

G= 05 = 45,45% > Norme (20 à 30%)

Frgt = 0

D=05 =45,45% < Norme (68 à 70%)

Sex=0

Dd= 01= 9,09= norme (6 à 10%)

Anat = 0

Dbl=00

Nat = 05

Do= 0

Pays=0

F=06

Art=0

F pur = 54, 54%

Géo = 0

F% élargi=90,90% >Norme (50 à 70%)

Sc = 0

F+=03

Biologie =00

F- =02

Ban = 04 < norme (5 à 7)

F+- =01

Abstr = 00

F+ pur = 58, 33% < Norme (80 à 85%)

Symétrie = 02

F+ élargi = 68, 18% < Norme (80 à 85%)

RC% =36,36 > norme (30%)

K=0

Autres = 0

KP=0

Type d'appréhension: G → D → Dd

Kan=0

Succession: systématique et relâchée

Kob=0

Indice d'angoisse (on ne peut pas le calculer)

FC=03

CF=01

TRI: 0/2,5 extratensif pur

C=0

Formule complémentaire : 0/0,5

FE=01

Indice impulsivité : C+CF>FC → 1 < 3

EF=0

NB:

E=0

Choix+ : 5 et 10

FCLOB=0

Choix - : 1 et 04

CLOBF=0

c- Commentaire

Le nombre de réponses (**R=11 réponses**), nous constatons que la productivité est en dessous la norme, cela nous renseigne sur un appauvrissement ce qui nous laisse supposer un blocage émotionnel soutenus par des réponses superficielles et un temps court.

Le pourcentage des **G** est très élevé (**G% =45,45%**), celui des **D** est inférieur à la moyenne, ainsi, on suppose qu'il s'agit d'un mode de pensée à la généralisation voire à la recherche de synthèse et à la systématisation et un effort d'adaptation, de plus, le nombre insuffisant des banalités (**Ban=4**) vient confirmer cela et traduit un manque de contact avec la réalité objective et sociale avec un faible investissement du fonctionnement intellectuel.

Quant aux déterminants, ils sont pratiquement soutenus par le nombre très important des réponses de forme (**F% élargi=90,90%**), cela reflète un recours massif au formel qui conforte le constat d'inhibition et permet de faire l'hypothèse d'**un système défensif rigide**.

Au niveau des refus, on remarque que notre patient a refusé trois planches (**2-6-9**) dont la symbolique (**planche 2**: elle s'associe à des représentations symbiotiques fusionnelles et/ou destructrices. **Planche 6**: porteuse de symbolisme sexuel et **la planche 9** qui favorise les références maternelles précoces (planche utérine).

Les réponses couleur sont quasi-absentes dans ce premier protocole, ce qui traduit une problématique affective et **un profil alexithymique pertinent chez notre adolescente obèse**.

La fréquence élevée des réponses **A**, l'absence des réponses **H** et le refus des planches (**2-6-9**) nous permettent de poser tout un questionnement sur la nature de la problématique de Nesrine.

Ainsi, on peut poser le questionnement suivant :

S'agit-t-il d'une problématique corporelle ?

S'agit-t-il d'une problématique sexuelle ?

S'agit-t-il d'une problématique narcissique liée à la problématique maternelle ?

d- Analyse du premier protocole

d-1 Processus intellectuel

Vu le nombre insuffisant des réponses et le temps total inférieur à la moyenne, on suppose qu'il s'agit d'une pauvreté d'expression due à une pauvreté de la pensée, un blocage émotionnel et un manque d'introspection.

L'approche globale est privilégiée dans ce premier protocole (**G%** = **45,45%**), cela rend compte sur un acte perceptif qui implique le mécanisme cognitif, l'attitude affective et qui peut être utilisée en tant que mécanisme de défense contre le désarroi ou l'anxiété suscitée par la situation (Rausch DE TRAUBENBERG, 1990)., cependant l'association de ces **G** avec un nombre insuffisant de banalités conforte le constat d'un **faible investissement du fonctionnement intellectuel**.

L'association de cette prévalence d'appréhension globale et du **F%** élevé montre un investissement important des limites. N. Rausch De Traubenberg (1990) souligne qu'en ce sens, «L'association des G avec des éléments de forme est une association assez «intellectuelle», elle témoigne d'un mode de pensée à la généralisation voire à la recherche de synthèse et à la systématisation si ces **G** sont dominants et qu'ils s'appuient sur des données du raisonnement.» (Ibid, p48). Dans le contexte plus spécifique de l'obésité, on peut faire l'hypothèse que la fréquence significativement élevée de ce mode d'appréhension peut sans doute être analysée comme révélatrice d'un mode de défense à un vécu corporel problématique, le **G sert alors de contenant à la projection de l'image du corps**.

Au regard du nombre insuffisant des réponses **D** on constate qu'il s'agit d'un manque d'imagination, de créativité et une mauvaise adaptation de la pensée à la réalité, cette interprétation s'étaye sur un **TRI** extratensif pur et une succession systématique et relâchée. Ainsi, on peut faire l'hypothèse d'un **profil alexithymique pertinent** chez Nesrine.

On note que le patient a refusé trois planches (2-6-9), l'analyse de ces refus montre qu'ils correspondent à un blocage inhibitoire, c'est-à-dire que le sujet semble

dans une soudaine incapacité à fournir une réponse en relation avec un mécanisme de répression mobilisé par le Moi pour faire face à une angoisse déstructurante suscitée par la planche.

d-2 Analyse dynamique

Compte tenu de la faible productivité, on peut estimer que cela reflète une difficulté à donner une interprétation très personnelle d'ordre affectif sans recours au concret du stimulus perceptif. Cette interprétation va dans le même sens que celui de Mariage et al qui soulignent que cela renseigne sur une grande difficulté d'expression émotionnelle et affective, cette lecture s'étaye sur un refus kinesthésique (**K= 0**) avec un **F%** élevé qui confirme l'intensité de l'inhibition émotionnelle et le repli dans le rationnel.

En ce sens, le nombre réduit des réponses de mouvement est le signal d'un monde de représentations et d'une scène mentale réduits (A. MARIAGE et al, op.cit). Tous ces résultats viennent confirmer une dimension alexithymique très importante chez Nesrine.

On constate que la présence d'un nombre très restreint de réponses affectives (**C=0**) rejoint l'interprétation d'ACKLIN et al (2008) qui insistent sur le fait que l'absence de ces réponses rend compte sur une résonance limitée des états émotionnels et une inadéquation du contrôle et de l'expression des émotions à l'environnement.

La fréquence élevée de réponses Animales traduit la pauvreté des associations personnelles et le recours au conformisme en l'absence d'imagination créatrice. Cette recherche excessive de conformisme est corroborée, entre autre, par la faible productivité et le peu de réponses (**A**). Elle reflète une attitude défensive qui cherche à dissimuler ses intérêts profonds ou qui se trouve dans une certaine opposition face à l'épreuve. De plus, ce **A% élevé** peut traduire une carapace sociale comme défense pour éviter un contact authentique, une relation vraie, ce qui rejoint les analyses et interprétations précédentes.

L'absence des réponses H dans ce protocole suppose selon GONTHIER et

BOULLEAU une capacité limitée à établir un contact avec atteinte probable de l'image de soi. Ça peut être aussi l'indice d'une **problématique identificatoire** avec un retrait narcissique, confirmé par les réponses symétriques qui reflète une recherche de soi et d'un double narcissique.

Cette problématique identificatoire et corporelle s'étaye sur un refus de trois planches (2-6-9), ce qui favorise les références maternelles précoces, les représentations symbiotiques fusionnelles et/ou destructrices avec symbolisme sexuel, ainsi, on peut faire l'hypothèse d'une problématique **d'ordre sexuelle, maternelle et corporelle.**

d-3 Organisation défensive

Sur le plan de l'utilisation défensive, la dominance des F dans ce protocole rend compte sur un système défensif formel et rigide, et ce par l'utilisation de mécanismes de défense caractériels et rigides tels que le clivage et l'isolation. Le pourcentage insuffisant des F+ confirme ces modes insuffisants d'adaptation et traduit l'intensité du mécanisme d'isolation entre affect et représentation. De plus, on suppose que le recours aux réponses symétrie vient confirmer cette tentative de contrôle par un mécanisme de rationalisation.

On constate que le nombre supérieur à la moyenne de réponses **G** traduit la participation des mécanismes de défense de type adaptatif et la lutte contre la réalité objective, notre interprétation va dans le même sens que celle de N. Rausch De TRAUBENBERG qui souligne «*Les G sont le fruit d'une attitude défensive : en effet le G est utilisé comme mécanisme de défense à travers cette socialisation, cette neutralisation des réactions, cette réticence à apporter des éléments plus personnelles ou plus actifs et à aborder la situation sous un angle plus concret et plus analytique, ces attitudes pouvant correspondre à un refus d'engagement.*» (N. Rausch De TRAUBENBERG, op.cit, pp49-50)

Cependant, ce mécanisme adaptatif est mis en échec par l'association des réponses **G** avec de mauvaises formes **F-** et un nombre réduit de banalités qui reflète un manque de contact avec la réalité objective et sociale et le désintérêt ou l'opposition systématisée.

Le nombre très important de refus (des planches **2-6-9**) est le signe d'un **accès à l'angoisse**, et comme l'explique N. Rausch De TRAUBENBERG (1990), l'absence de réponse peut être également interprétée comme un mécanisme de défense, de répression particulièrement intense, mobilisé par le Moi devant les impulsions fortes ou devant une angoisse déstructurante suggérée par la planche, ce qui renforce l'idée de **l'échec du registre défensif à contrer l'émergence d'affects**.

L'absence totale des **K**, et le nombre très réduit de réponses **C** nous amène à faire l'hypothèse d'une **dimension alexithymique intense** chez Nesrine, avec **projection, régression** et **ancrage** dans le règne animal, confirmée par un nombre nettement supérieur à la moyenne de **A**, une absence totale de réponses **H**, et un nombre important de réponses **Nat**.

A la lumière de ces résultats, on peut dire que ces éléments vont dans le sens d'un mode de fonctionnement plutôt orienté vers la prise en compte de la réalité externe et le contrôle de l'émergence des processus primaires. Le patient semble réagir sur **un mode de mise à distance des affects. Le recours au formel verrouille l'expression d'éprouvé émotionnel et inhibe toute tentative projective de déplacement du monde interne vers le monde externe**. Ainsi, l'hypothèse d'un profil alexithymique des chez notre patiente semble pertinente au regard de ces résultats et vérifie d'autres études comme celle de LEGORRETA et al.

4- Présentation et analyse des éléments alexithymiques dans le premier protocole

Suivant la classification d'Acklin et al, on peut dégager la présence des éléments alexithymiques suivants dans le premier protocole d'Ammar :

Variables Rorschach	Interprétations proposées	Aspects de l'alexithymie
Nombre de mouvements humains (M) faible.	Défaut de capacité à utiliser des fonctions idéationnelles élaborées.	Pauvreté de la vie fantasmatique. Activité imaginaire réduite.
Somme pondérée des déterminants Couleur (WSumC) basse	Difficulté à exprimer ses émotions.	Difficultés à spécifier et à révéler ses sentiments et affects.
Nombre de réponses déterminées par la Forme et secondairement par la Couleur (FC) faible	Résonance des états émotionnels limitée.	Contrôle et expression des émotions inadéquats à l'environnement.
Nombre de réponses purement formelles par rapport au nombre des autres réponses (Lambda) élevé	Style de pensée simpliste et évitant.	Pensée concrète factuelle évitant les ambiguïtés émotionnelles et l'engagement affectif. Stéréotypies perceptives.

Variables Rorschach liées à l'alexithymie (ACKLIN et ALEXANDER, CORCOS, SPERANZA, SULTAN et PORCELL (A.MARIAGE et al, 2008)

5- Présentation des résultats à l'échelle TAS-20

a-Scoring de la première passation

Facteur 1: difficulté à identifier les émotions:

Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14

$$4+4+3+5+1+1+1=19$$

Facteur 2: Difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui:

Items 2, 4, 11, 12, 17

$$4+2+1+3+3=13$$

Facteur 3: pensée opératoire:

Items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 et 20

$$2+5+4+2+5+5+4+3=30$$

Score total: 62

6- Rorschach après la relaxation

a- La cotation du deuxième protocole (après la relaxation)

Nom : Nesrine

Date : le 20/07/2009

Age : 17 ans

Heure: 14h15

	réponse	enquête	L	D	C	Ban	Obser
<p>planche1 TL 26" ^ TR 9" TT 35"</p>	Un papillon.	Oui, un papillon ici, et voici ses bouts (elle nous montre toute la planche.	G	F+	An	Ban	
<p>Planche 2 TL 25" ^ TR 15" TT 40"</p>	Celui-ci aussi est un papillon coloré.	Son visage - est coloré, ici elle est en rouge et ici en noir (elle montre toute la planche).	G	FC-	An		
<p>Planche 3 TL 43" ^ TR 12" TT 55"</p>	-Une route , sur les côtés des arbres et au milieu un papillon.	- La route comme ça lorsqu'on entre...coloré en noir supérieur). - ceux-ci des arbres (elle montre le noir central).	D D	FC- F-	Na PI		

CADRE PRATIQUE

		- Le papillon (elle montre avec son doit le rouge central).	D	F+	An	Ban	
Planche 4 TL 47" ^ TR 3" TT 50"	Un monstre	-Un monstre voici ses mains...et voici ses pieds (elle nous montre toute la planche).	G	ClobF-	(H)		
Planche 5 TL 22" ^ TR 1" TT 23"	Une chauve-souris	Une vraie chauve-souris (elle nous montre toute la planche).	G	F+	An	Ban	
Planche 6 TL1'48" ^ TR 1" TT 1' 49"	Un papillon	-Son visage en haut et ici c'est ses mains, elle ne vole pas elle est assise (elle nous montre toute la planche).	DG	F-	An		
Planche 7 TL 38" ^ TR 1" TT 39"	Une grenouille	-Ici ses mains, ici ses pieds et en haut son corps(y compris le vide en blanc).	Dbl G	F±	An		
Planche 8 TL 22" ^ TR 32" TT 54"	Un arbre avec des branches qui remontent en haut comme un écureuil.	-Ici un arbre vert (le vert supérieur et ce qui est en dessous au centre de la planche).	D	FC	Plan		

CADRE PRATIQUE

		Ça c'est l'écureuil (elle nous montre le rouge latéral).	D	F+	An	Ban	Symétrie
Planche 9 TL 1' 34" ^ TR 2" TT 1' 36"	Une rivière qui contient des pierres et des arbres.	Le voila au milieu (la rivière c'est le fil central dans la planche), et ici les pierres (le rouge inferieur) Ici c'est les arbres (le vert).	D D D	EF- FC- FC	Nat Nat Plan		
Planche 10 TL 38" ^ TR 2" TT 40"	Un papillon en mélange de couleurs.	-celle-ci (le rouge central). Les couleurs ici (elle montre les couleurs sur les côtés).	G	CF-	An		

Planche+ : 5 et 8.

Planche – :1 et 4.

Nom : Nesrine

Date: 20/07/2009

Age : 17 ans

Heure: 14h15

Motif de l'examen : une prise en charge psychologique

PSYCHOGRAMME

R =15 < Norme (20 à 30)	An=08
Refus=00	Ad=00
Tps total =09mn et 01sec = Norme < (20/30mn)	A%=53,33 > norme (35 a 50 %)
Tps/réponse =36sec < Norme (45 à 60sec)	H=0
Tps.lat.moyen=46 sec>Norme (< 20 sec)	(H)=01
G= 5 = 33,33%	H=6, 66 %< norme (15 à 20%)
D=8 =53,33% < Norme (68 à 70%)	Hd =0
DG=1	Elem = 0
DblG=1	Frgt = 0
Dd= 01= 6, 66%= norme (6 à 10%)	Sex=0
Dbl=01	Anat = 00
Do= 0	Nat = 03
F=07	Plan= 03
F pur = 46, 66%< Norme (50 à 70%)	Pays=0
F% élargi=80% >Norme (50 à 70%)	Art=0
F+=04	Géo = 0
F- =02	Sc = 0
F+- =01	Biologie =00
F+ pur = 64,28% < Norme (80 à 85%)	Ban = 04 < norme (5 à 7)
F+ élargi = 63, 33% < Norme (80 à 85%)	Abstr = 00
K=0	Symétrie = 01
KP=0	RC% =40% > norme (30%)
Kan=0	Autres = 0
Kob=0	<u>Type d'appréhension:</u> D → G→ Dd
FC=05	<u>Succession:</u> inversée et relâchée.
CF=01	Indice d'angoisse (on ne peut pas le calculer)
C=0	<u>TRI:</u> 0/3,5 extratensif pur
FE=0	<u>Formule complémentaire :</u> 0/1
EF=01	<u>Indice impulsivité :</u> C+CF>FC →1<5
E=0	
FCLOB=0	NB:
CLOBF=01	Choix+ : 5 et 08
CLOB=0	Choix- : 1 et 4

c- Commentaire

Le protocole fournis par Nesrine révèle une productivité légèrement inférieure à la norme, et ce aussi bien lors de la première passation que trois mois après. Elle peut être interprétée comme un évitement, un survol de la réalité. En revanche, si le Rorschach est restrictif sur un versant adaptatif, en lien avec les contenus manifestes, la production n'est pas pour autant coupée des résonances fantasmatiques appelées par les sollicitations latentes.

On peut aussi dire que la participation de Nesrine est importante. Dans une adresse constante au clinicien et dans un souci de maîtrise du matériel, il fait peu de commentaires associés aux réponses et ne s'autorise que très peu à manipuler les planches.

Cependant, il est tout à fait clair que l'intensité du blocage émotionnel s'est réduite, ceci ne peut être que le résultat du travail psychothérapique qui trouvera sa confirmation dans l'analyse des différents résultats.

d- Analyse du deuxième protocole

Le fonctionnement intellectuel se caractérise par une dénivellation des registres de pensée.

La passivité cognitive prédomine au profit de défenses perceptives qui trahissent la pauvreté du travail psychique dans un contexte majoritairement adapté au plan formel. L'approche globale est privilégiée dans ses appréhensions simples et conventionnelles aux planches unitaires qui la suscitent ou aux planches bilatérales dont les dimensions sensorielles sont gelées au profit de l'accrochage aux enveloppes et au déni des affects. La découpe du matériel, en particulier aux planches pulsionnelles, sert à camper des contenus dévitalisés au sein d'images-écrans déconnectées les unes des autres au plan associatif. Dans ce contexte, l'absence d'élaboration intellectuelle relève de l'évacuation radicale des conflits et les carences de l'activité représentative confirment les failles de la mentalisation.

Des capacités d'organisation sont présentes à travers de fréquentes et singulières mises en relation des percepts. En revanche, les mises en scène relationnelles manquent de liant et d'intériorité : «...des femmes [...]. On dirait qu'elles sont dans une chorégraphie, elles ont une attitude de danse» (planche3). Celles-ci semblent porteuses de mouvements pulsionnels difficiles à contenir psychiquement et à

symboliser (planches 4, 5, 7, 10). L'hétérogénéité et l'instabilité caractérisent les processus de pensée. Ceux-ci apparaissent au service d'une activité prévalente du pulsionnel et de la fantasmatique.

Une autre modalité de pensée semble à l'œuvre sous la forme d'une activité d'emprise (narcissique) exercée sur le matériel. Plus «gélifiante», elle avance aussi plus masquée. L'analyse de la dialectique percept/fantasme apparaît là particulièrement porteuse de sens. Nous en proposons une illustration à partir d'un exemple relevé à la fin de la planche 5, dite de la représentation narcissique de soi, où tout se passe comme si un désir de soutien du sujet était magiquement réalisé dans le manifeste d'un étayage concret:

Dans cette perspective, il nous paraît que le protocole est dominé par des réponses globales ce qui traduit une pensée syncrétique (perception globale et confuse) avec des grandes capacités d'élaboration et de mentalisation. Selon Lydia Fernandez, il s'agit d'un «Désir et/ou capacités de maîtrise du matériel dont aucun élément ne doit échapper à la vigilance du sujet qui va remodeler le stimulus en lui imposant l'empreinte de sa pensée par un contrôle actif plus ou moins opérant...En ce qui concerne l'image de soi, le G dominant peut aussi bien marquer la reconnaissance effective de l'intégrité du sujet et des objets que renvoyer à une fragilité extrême à ce niveau dans un effort de globalisation qui ne permet pas la moindre découpe, synonyme alors de rupture ou de fragmentation.» (L.FERNANDEZ, 2007, p95)

Cependant, on remarque que ces réponses G sont associées avec des éléments de couleur(C), ce qui traduit selon Nina Rausch De TRAUBENBERG une nuance plus affective qu'intellectuelle. Ainsi, la couleur est utilisée dans le protocole pour des raisons d'organisation: l'affect représenté par la couleur a une action active sur le travail intellectuel ; il l'enrichit et l'assouplit efficacement.

Quant à l'absence des réponses D, elle traduit selon L. FERNANDEZ un manque d'imagination, de créativité et une mauvaise adaptation de la pensée à la réalité.

d-2 Analyse dynamique

L'impact de la relaxation psychosomatique paraît dans ce deuxième protocole, et ceci à travers les réponses couleur en FC et CF et les réponses kinesthésique K. Comparé au premier, il paraît que le deuxième protocole est marqué par la présence

d'une réponse K et des réponses FC et CF.

Le recours privilégié au kan peut correspondre à une attitude captative et instinctuelle qui tient peu compte des exigences du milieu et des nécessités d'adaptation. Le déplacement sur des contenus animaux facilite, en ce sens, l'expression des conflits dans un contexte de carence imaginaire qui ne permet pas de s'échapper d'une réalité externe frustrante.

Au niveau de la représentation narcissique de soi, la tonalité sadique et son cortège d'angoisses persécutives se retrouvent. L'identification à une imago teintée d'acharisme semble réactiver des angoisses de persécution qui font retour au sujet par identification projective (en témoignant, au regard des planches 1 et 7, les réponses à la planche déjà citée, adéquates sur le plan formel). L'oralité et l'analité primaire sont très investies.

Les affects dépressifs ne sont guère éprouvés comme tels mais se lisent en négatif à travers leurs nombreux équivalents et leurs contraires. Ceux-ci se donnent à penser sous forme de perceptions où le sensoriel est très investi.

Cependant, ce deuxième protocole est marqué par la survenue des réponses couleur et des kinesthésies. Ainsi, l'émergence des réponses CF et FC peuvent être interprétées comme un indice principal de l'équilibre psychique, d'après Didier ANZIEU, ces réponses représente le narcissisme affectif, l'humeur capricieuse et la recherche d'un objet sur lequel se fixer, il ajoute qu'elles traduisent un contact chaleureux et sympathique, une spontanéité juvénile.

Dans le même sens, Nina Rausch De Traubenberg précise que «*La présence de CF peut suggérer la facilité à somatiser les troubles psychiques.*» (Rausch De TRAUBENBERG, op.cit, p115).

En somme, l'apparition de ces réponses dans le protocole n'est que la traduction d'une réactivation du travail de liaison entre représentations et affects, ceci est confirmé par les Kan et les Kob qui signifient un déplacement de mouvement pulsionnel sur des images animales. Leur dimension agressive et/ou libidinale peut être déchargée. Tendances qui sont restées infantiles chez le sujet et aussi spontanéité dans l'expression de ses désirs. Compromis défensif laissant passer à minima le retour du refoulé (la représentation humaine conflictuelle est écartée de la scène mentale et remplacée par un contenu animal qui sert de porte parole aux pressions fantasmatisées et pulsionnelles considérées comme gênantes.

Le même auteur ajoute qu'«*Elles peuvent être sous-tendues par des mécanismes d'isolation (le lien n'est pas reconnu entre la réponse et la représentation chargée d'agressivité ou de libido). Quand les charges pulsionnelles sont moins équilibrées, kan se situent dans un continuum qui va du maintien homéostatique percept/fantasme relativement stable au débordement et à l'investissement de processus primaires (animaux qui se battent, blessés).*» (Lydia Fernandez, op.cit, p101)

Le recours privilégié au kob peut correspondre à une attitude captative et instinctuelle qui tient peu compte des exigences du milieu et des nécessités d'adaptation.

Le déplacement sur des contenus animaux facilite, en ce sens, l'expression des conflits dans un contexte de carence imaginaire qui ne permet pas de s'échapper d'une réalité externe frustrante.

Un regard sur le contenu des réponses nous permet de dire que le protocole ne contient aucune réponse H, ça peut être une fuite de prendre conscience de soi-même, ou un évitement de connaître une attitude profonde envers autrui, surtout envers les figures parentales comme le pense ANZIEU.

Par contre, on remarque la présence des réponses humaine-détail (Hd), ceci traduit selon Didier Anzieu une incapacité de voir l'être humain en entier par suite d'un trouble émotionnel ou organique. Dans la même perspective, Lydia Fernandez insiste sur le fait que les Hd traduisent des tendances hypocondriaques, quand revient la référence à la même partie du corps et qu'il y a en plus des réponses anatomie. Elle ajoute qu'il s'agit aussi d'une «*absence d'intégrité de l'image du corps et/ou l'existence chez le sujet d'une angoisse de morcellement (membres coupés, corps tronqués, blessés = traduction du sentiment de désintégration corporelle).*» (Ibid, p 92)

Le protocole est marqué aussi par des réponses anatomiques qui peuvent être interprétées comme des préoccupations pour la santé physique (angoisse hypocondriaque) ou comme un écran jeté sur les points faibles de sa propre personnalité (sentiments d'infériorité). Cependant, L. Fernandez, nous proposent une autre lecture, ainsi, ses réponses sont la traduction des préoccupations sexuelles exprimées de façon détournées. Dans la continuité de ces réflexions, Didier Anzieu pense que «*L'expérience clinique a surtout montré dans ces réponses des préoccupations pour la santé physique (angoisse hypocondriaque, maladie physiques*

graves, anciens tuberculeux) ou un écran jeté sur les points faibles de sa propre personnalité (sentiment d'infériorité). Ce sont quelquefois des préoccupations sexuelles exprimées de façon détournée. La présence de 1 et 2 Anat est normale. Les radiographies représenteraient des tendances introspectives ; les squelettes, les tendances masochistes ou dépressives.» (Ibid, p90)

La réponse sang dans ce protocole va dans le même sens que les réponses anatomiques, ainsi, elle traduit un trouble émotionnel violent. Elle va de pair avec le choc au rouge. De plus, le contenu sang comme le précise L. Fernandez est à valeur sexuelle «*Cette réponse va de pair avec un choc au rouge. Significations : symbolisme sexuel, agressivité destructrice.*» (L. Fernandez, 2007, p86)

En conclusion, on peut dire que l'affectivité immédiate prédomine chez notre patiente, de ce fait, on retrouve un contact affectif aisé et superficiel avec autrui ; une instabilité affective ; il perd facilement son contrôle émotionnel en face des stimuli externes.

d-3 Organisation défensive

Sur le plan de l'utilisation défensive, la dominance des G dans ce protocole traduit la participation des mécanismes de défenses de type adaptatif ; lutte contre la réalité objective (G simples), à cette effet Lydia Fernandez précise que les G peuvent aussi rendre compte d'une image du corps relativement stable et intériorisée (reconnaissance d'un objet total au sein de la relation au monde mettant en jeu les capacités de différenciation entre sujet et objet, entre réel et imaginaire ; porteurs d'une recherche active de l'image de soi ; témoignant de capacités d'intériorisation et de mentalisation et donc de l'existence d'une espace psychique).

L'élévation du pourcentage des réponses Animal peut correspondre à une attitude défensive d'un sujet qui cherche à camoufler ses intérêts profonds ou à s'opposer au test qu'il ressent comme une intrusion, ce qui est souvent selon Nina Rausch le cas des adolescents ou des sujets en examen de sélection.

Nesrine s'est centrée sur l'axe vertical, organisateur de la planche, dont on connaît la signification comme lieu de projection des images corporelle et narcissique à leur niveau le plus élémentaire. Elle tente donc d'y trouver un support figuratif, et il n'y rencontre malheureusement que l'image d'une «fissure» traduction quasi-littérale, à peine métaphorisée, de la faille narcissique fondamentale ou

s'enracinent les difficultés d'Ammar à penser, à fantasmer, à créer un espace intérieur.

Le surinvestissement des limites et des enveloppes camoufle le flou de la représentation de soi et de l'image du corps. La définition des limites, le rapport de contenance entre soi et l'image maternelle sont fragiles. Le lien mère/enfant, au temps de la gestation, est très investi ; pourtant l'angoisse prosécutive compromet ce lien (il est question de manipulation génétique).

Ainsi, la représentation de soi est comme clivée entre toute-puissance et impuissance. L'élévation de l'indice d'angoisse n'est que la traduction de l'angoisse de la mort qui est proche, et seule, la présence d'un double maintien l'existence du sentiment de soi, malgré le manque d'unicité.

Face aux angoisses archaïques de mort, de persécution, de dilution du sentiment de soi, les défenses sont drastiques et notamment l'inhibition. Il existe cependant des traces de défenses d'allure névrotique, peu opérantes mais variées (isolation, annulation, intellectualisation, érotisation).

En conclusion, l'éventail défensif est varié et efficace à structurer le fonctionnement psychique sur un mode franc. Cependant, les défenses narcissiques, fragiles, ne peuvent colmater les failles de la représentation de soi.

Enfin, ce qui est très important à signaler aussi dans ce protocole, est cette régression dans le règne animal traduite et renforcée par ce nombre important de réponses animal et anatomique.

Cette attitude est du même **une projection** dans le règne animal dont l'objectif est de faciliter l'expression affective.

Au vu des réponses «poumons», on peut constater qu'il s'agit d'une **problématique orale**, cette hypothèse est confirmée par un nombre important de réponses **anatomiques, biologique, et botanique**.

7- Présentation et analyse des éléments alexithymiques dans le deuxième protocole

Suivant la classification d'ACKLIN et al, on ne peut dégager la présence aucun élément alexithymique dans le protocole de Nesrine, ceci traduit l'impact très positif de la relaxation psychosomatique sur la dimension alexithymique de Nesrine.

b-Scoring de la deuxième passation

Facteur 1: difficulté à identifier les émotions:

Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14

$$1+3+1+2+13+1=12$$

Facteur 2: Difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui:

Items 2, 4, 11, 12, 17

(l'item 4 doit être inversé: un score de 5 devient 1, 4 devient 2, 3 reste 3, 2 devient 4 et 5 devient 1).

$$2+5+1+2+5=15$$

Facteur 3: pensée opératoire:

Items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 et 20

$$1+3+2+4+3+2+1+4=20$$

Score total: 47

8- Analyse des entretiens:

8-1 Evénements importants

- séparation de ses parents.
- décès de sa grand-mère.
- Violence et maltraitance du père
- Sa relation conflictuelle avec son père.

8-2 Analyse des entretiens avec la patiente et sa mère :

1- Histoire de la maladie et la psychogenèse : pourquoi la prise de poids

Ce cas met en évidence deux points qui jouent un rôle particulièrement important dans la genèse de l'obésité de notre patiente, à savoir : une mauvaise adaptation de la reconnaissance du besoin de manger et la difficulté qu'à Nesrine à concevoir sa propre identité.

Tout d'abord, nous constatons que la « nourriture » avait été offerte à Nesrine à titre de « panacée » universelle, propre à apaiser tous les besoins qu'elle exprimait par ces cris. La mère avait toujours ressenti tout ce qui touchait son enfant comme étant « au-dessus de ses forces », et ne lui avait jamais accordé beaucoup d'attention, si ce n'est pour la bourrer de nourriture « *Pouvoir défier tous mes problèmes avec mon mari était infernal pour moi, il m'est arrivée des fois d'oublier même mes malheureux enfants, mais malgré ça, je n'ai jamais oubliée la bouffe, leurs repas était quelques chose de sacré pour moi, c'était un moyen de les protéger, de les garder en vie et proches de moi, surtout Nesrine qui était très petite, fragile et très mince...* ». Par ailleurs, Hilde BRUCH explique « *Les mères étaient préoccupées par la sécurité physique de leurs enfants en leur transmettant leur préoccupation pathologique pour leur santé. Les autres enfants étaient jugés dangereux où indésirables. Toutes les activités étaient entourées d'un sentiment de danger ou de menace, surtout lorsqu'elles n'étaient pas placées sous la surveillance directe de la mère. Certaines mères allaient très loin dans ce désir de contrôler leurs enfants.* » (H. BRUCH, 1975, p88).

Devant cette situation et pour pouvoir se protéger du père, la mère nous dit qu'elle a souhaité que ses trois filles soient des garçons, des hommes « *J'aurais aimé*

que mes trois filles soient des garçons, des hommes qui me protégeaient de sa violence et sa folie... J'ai souhaité pendant des années que Nesrine grandisse pour me protéger de ma souffrance, la dureté et la maltraitance de mon mari étaient des choses insupportables. Je lui donnais à manger pour qu'elle grandisse rapidement, je ne sais pas, mais j'ai voulu que ça soit le plus vite possible, pour m'éloigner de lui et pour me protéger...» BRUCH (1975), nous explique que «Les mères peu sûres d'elles –mêmes, quand au comportement à avoir avec leur enfant, tendent à compenser cela par une suralimentation et une surprotection. Parfois, c'est le père qui jouera ce rôle. Dans de telles conditions, on attribue à la nourriture une valeur affective exagérée, elle sert de substitut à l'amour, à la sécurité et à la satisfaction.» (Ibid, p88)

Parlant de sa vie et de son enfance, Nesrine dit «*La période que j'ai vécu chez mes grands-parents était très pénible, oui c'était plein de tempêtes, de problèmes qui ne cessaient jamais, je n'ai jamais retrouvée le calme... C'était comme si ma vie était pleine de violence,... de mon père et ses problèmes qu'il provoquait sans cesse. Ça m'est arrivé de dire parfois, qu'il éprouvait un plaisir quand il frappait ma mère, je compensée tous ça par un recours à la bouffe, je me souviens des nuits et des nuits que j'ai passée à manger rien que la bouffe, des fois, je mangeais n'importe quoi juste pour oublier ses problèmes, ses cris et sa voix. Oui dés fois je mangeais pour ne pas n'entendre que ma voix, rien que ma voix....*» ainsi, nous considérons cette période comme une phase de « **traumatismes cumulatifs** » qui prennent une place capitale dans le processus de somatisation de notre patiente, Nathalie DUMET nous explique que «*Leur trouble est une forme d'inscription corporelle de cette trace traumatique, la trace incarnée ou engrammée dans le soma d'une expérience psycho-affective pénible, douloureuse. On peut aussi dire que le sujet s'est, avec ce trouble, cristallisé, aménagé autour de ce point de rupture qu'est l'événement ou le temps traumatique. Avec et par ce trouble est ainsi conservée la mémoire de ce passé douloureux. Car même si le trouble (somatique ici) introduit un changement, une rupture parfois radicale dans la continuité de l'existence du sujet (il y a l'avant-trouble et l'après-constitution de celui-ci); le trouble est alors véritablement – comme le dit Dupont (1972, p. 151) de la métamorphose mythologique – “un récit, un rappel de ce qui s'est passé avant la métamorphose du sujet”. Vécu traumatique passé, conservé ou mémorisé dans l'expression somatique, et qui peut (re)surgir*

verbalement dès lors que s'offrent au sujet les conditions d'une possible.» (N. DUMET, 2008, p 93)

A l'âge de ans Nesrine perd sa grand-mère, *« J'étais petite et je n'ai rien compris, j'ai vu tout le monde pleurer et criait, j'ai entendu dire qu'elle est morte,...Mais on m'a rien dit, je me souviens toujours d'elle, de sa bonneté, elle était une personne très affectueuse...elle est parti brutalement, sans me dire un mot...Je n'ai rien compris et j'avoue que c'est un événement pénible pour moi, le plus dur dans tous ça c'est leurs attitudes passives, c'était comme tous le monde comprenaient sauf moi, rien que moi.... »* La patiente nous précise que sa nourriture s'est multipliée après cet événement quelques semaines après, son alimentation s'est, Nous que la prise de poids représente une solution à ce deuil, cette dépression *« Je me souviens aussi quand j'avais l'âge de dix ans, je mangeais beaucoup parce ce que je me suis trouver seule, c'est à cause de ma solitude que je mangeais beaucoup »*

Il paraît que la mort de la grand-mère constitue l'événement déclenchant du symptôme ou de la maladie, ainsi, J. VARGIONI (2011) explique que *« G. Rubin, s'appuyant sur les théories transgénérationnelles, propose de penser certaines obésités comme le fruit de l'incorporation d'un objet dont le deuil n'a pu être fait. « L'étude de certains cas de cannibalisme psychique m'ont confirmé l'idée qu'un tel fonctionnement est plus fréquent qu'on ne le pense généralement... et qu'un certain nombre de gros mangeaient trop à cause de l'obligation de nourrir en eux un autre qu'ils avaient incorporé et ce pour le maintenir en vie. Une telle incorporation, génératrice d'omnipotence, étant parfois destinée tantôt à nier le deuil d'un parent et tantôt à nier un deuil du sujet lui-même. » (J. VARGIONI, 2011, p76)*

«Chez ses oncles maternels ils ont vécu cinq ans. « J'étais très petite, et je n'ai rien compris, jusqu'à maintenant je n'ai rien compris. » Par ailleurs, nous précisons que le fait de « **Manger** » avait ainsi valeur de passage à l'acte permettant la libération de l'énergie pulsionnelle. En d'autres termes, la patiente souffrait d'une incapacité à exprimer des sentiments d'hostilité et de colère, à régler ses situations conflictuelles, ou plus généralement à supporter ses émotions intenses. Manger avait alors pour elle la valeur d'un acte auto-agressif, c'est-à-dire que notre adolescente obèse retournerait l'agressivité ou la colère non exprimée contre elle-même.

Enfin, Le fait de manger pourrait alors être pour Nesrine une façon de se punir et lui

permettrait d'éviter la dépression. Dans ce même enchaînement d'idées, H. BRUCH met en avant le fait que la suralimentation et l'obésité servent de défense contre l'angoisse ou sont une réaction dépressive «La suralimentation est parfois provoquée par des situations insolubles, et sert de compensation à des frustrations, rages et angoisses perpétuelles.» (H. BRUCH, op.cit, p151)

Durant des mois, le discours de la patiente avait tourné autour de son désir de maigrir et sa volonté de ne pas maigrir, nous emmenant dans une ambivalence qui tournait à l'impasse thérapeutique. Lorsque Nesrine décida de reprendre contact avec sa père qu'elle n'avait pas vue depuis des années, elle apporta une série d'associations sur le lien entre son corps et le regard de sa père « *Je vais le voir en étant grosse, c'est une manière de me protéger de lui, de sa violence envers toute ma famille, surtout envers ma mère. Mais, j'avais l'impression que c'est une façon de lui dire maintenant, je ne suis plus la même...* » Dans cette version, qui s'inscrit dans la lignée des travaux de C. Chabert, l'auto accusation et l'attaque du corps propre de notre patiente s'organisent autour d'un noyau masochiste corporel qui court-circuite le masochisme moral névrotique. J. VARGIONI (2011) précise que « *Le sujet fantasme une scène de séduction mélancolique, infantile et/ou pubertaire, dans laquelle ce n'est pas, contrairement au fantasme hystérique, le père (ou ses substituts) qui séduit la fille passive, mais la fille qui est fautive d'avoir activement séduit le père, provoquant son excitation. La cruauté du Surmoi corrélé à un tel fantasme, conduit le sujet à exercer une violence débridée à l'endroit de son propre corps* ».

Ainsi, nous précisons que le corps de la patiente est doublement agressé, par le gavage et par le surpoids. Par ailleurs, le corps obèse devient rapidement un corps douloureux et encourt le risque de devenir un corps chroniquement malade.

Au niveau de la dynamique relationnelle, Nous voyons que la famille de Nesrine a transformée la nourriture, objet-plaisir, en nourriture source de souffrance et de violence. Ainsi, I. KAGANSKI souligne qu'« *Autour de la nourriture, il existe une atmosphère, des échanges, des émotions qui circulent dans le groupe familial; la nourriture est porteuse des goûts, des rapports au plaisir et au déplaisir, des interdits, des valeurs et de la culture familiale. La nourriture est une partie intégrante du mythe familial, c'est-à-dire de l'ensemble des croyances implicites partagées par tous les membres d'une famille, qui l'identifie comme unique et*

singulière, qui donne forme aux liens et tisse la trame intersubjective entre chaque sujet se reconnaissant comme appartenant à cette famille. » (I. KAGANSKI, 2005, p47)

Dans le même enchaînement d'idées et d'un point de vue systémique, nous voyons que la famille de Nesrine est le modèle de ce que S. MINUCHIN appelle : « **La famille psychosomatique** ». Par ailleurs, d'après D.L.PEÇANHA et al (2003) Minuchin, Rosman et Baker (1978) ont observé quatre caractéristiques dysfonctionnelles chez les familles psychosomatiques : l'enchevêtrement ou l'intrusion, la surprotection, la rigidité et l'évitement des conflits. Il est utile de rappeler que toutes les maladies chroniques attaquent plusieurs aspects du fonctionnement psychique et physique. De plus, des études montrent que le symptôme psychosomatique d'un patient est souvent l'indice d'un équilibre familial «fragile» et rigide.

On trouve aussi dans cette famille d'autres éléments qui confirme cette lecture systémique, à savoir, une réduction des contacts (à l'intérieur de la famille), JACKOBSON parle de famille « coarté », ou les formes de communication sont réduites en quantité comme en qualité : le peu qui est dit au sein de la famille de notre patiente est tout à fait clair , univoque et peu chargé émotionnellement.

Enfin, on peut dégager qu'il s'agit d'une problématique narcissique, corporelle avec une composante d'obésité de développement.

2- La dimension relationnelle avec la famille en général et l'attachement à la mère :

Dans sa description de sa relation avec sa mère, Nesrine nous dit« *J'aime beaucoup ma mère, je l'aime comme l'amour que j'ai pour la nourriture, je dois tout à ma mère, c'est la première personne à qui je dois de la reconnaissance, je lui dois ma vie, mais j'aime aussi la nourriture, Allah Ghalleb, je suis comme ça...* » Cela n'est qu'une traduction d'une problématique narcissique avec la composante d'une obésité de développement (H. BRUCH, 1975), ainsi, d'après Michel ODOUL (2002) « *La boulimie nous parle du besoin de combler un vide existentiel, de gérer nos angoisses à tout moment par la nourriture. Celle-là représente le premier rapport à la vie et au premier être qui nous aime et nous donne la vie et son amour, c'est-à-dire la mère. La relation que nous entretenons avec la nourriture est fortement imprégnée du*

«souvenir de cette relation à la mère et du caractère satisfaisant et compensatoire qu'elle a pu ou su jouer. Chaque tension, frustration, manque, besoin de compenser ou de récompenser, se fera par la nourriture. La peur, l'incertitude de ne pouvoir recommencer entraînent l'attitude compulsive et répétitive ou bien le stockage.» (M. ODOUL, 2002, pp244-245)

A cette interprétation s'ajouterait celle de l'impossibilité pour Nesrine de se représenter l'absence, d'élaborer le vide, la perte, son vécu infantile dépressif sinon agonistique ; d'où le recours défensif à des conduites de remplissage destinées à occulter l'angoisse et le vide. Le plein, l'excès comme défenses contre le vide, le manque, la perte. On retrouve ici l'une des thèses bien connues d'explication des désordres alimentaires. Faute de nourriture affective Nesrine serait en manque ; les affres de la faim ressentis ne seraient que les affres liées à la séparation affective d'avec l'autre, venant répéter la séparation inaugurale d'avec l'objet maternel.

L'adolescente obèse parle d'une relation « **compliquée** » avec son père : *« Mon père est dur, il est très sévère avec toute ma famille, il est brutal, violent, agressif...J'ai une très bonne relation avec ma mère ; on discute souvent, on parle de tous, on discute quotidiennement, on parle des études, de tout... Quant à mon père c'est l'inverse, c'est tellement compliqué que je ne peux pas expliquer mes liens avec mon père, c'est compliqué oui, c'est très compliqué...»* Maurice CORCOS, nous explique ainsi que *« D'autres auteurs considèrent que c'est la nature du dysfonctionnement de la relation au père qui est première. Ce qui rend possible le fonctionnement économique addictif n'est pas tant la vulnérabilité narcissique que « ce qu'engage le désir comme référence à la métaphore paternelle et à la castration » (Pardinielli, 1992). Ainsi ce serait l'échec à inscrire la relation au père dans l'ordre symbolique qui favoriserait l'union dévorante à la mère.»* (M. CORCOS, 2000, p160), par ailleurs, PEDINIELLI et CORCOS semblent s'accorder sur le fait qu'*« Il y a dans la conduite addictive une réintroduction dans le réel de la dimension œdipienne sous la forme de l'ordalie comme épreuve de paternité...L'incorporation n'est pas première dans l'addiction, elle est secondaire à la méconnaissance – et non au rejet – de ce qu'implique la dimension paternelle »* (M. CORCOS, 2000, p160)

Nesrine considère sa relation avec sa fratrie comme **superficielle** : *« C'est une relation banale, comme celle de tous les frères et sœurs, on parle mais avec précautions ah, on n'a pas de problèmes et on n'est pas trop proche l'une de*

l'autre...Même chose pour mon frère. Je peux vous dire que c'est des relations superficielles loin d'être profonde. » M. CATTEEUW et L. FERNANDEZ nous proposent une très bonne lecture de ses éléments relationnels : *«Mais c'est au prix d'un clivage de moi. La relation addictive colmate ce qu'il y a de plus conflictuel mais aussi de plus investi dans le besoin relationnel, et laisse peu de disponibilité pour les échanges qui prennent de ce fait un caractère plaqué et superficiel. Dans d'autres cas, ce que nous avons appelé « l'appétence relationnel ou objectale» demeure vive et un facteur d'excitation insupportable pour le sujet qui cherche à le neutraliser par une surenchère comportementale addictive. »* (M. CATTEEUW, L. FERNANDEZ, 2002, p 46)

Nous constatons par conséquent, que cette dynamique relationnelle de la famille correspond à celle des « Familles psychosomatiques » décrite par S. MINUCHIN *« Les structures familiales qui favorisent manifestement le développement de maladies physiques chroniques ont été maintes fois décrites :- la réduction des contacts avec le monde extérieur comme à l'intérieur de la famille est caractéristique de ces familles....Une (homéostasie rigide) (MINUCHIN, 1975-1978) s'instaure, étouffe les velléités d'adaptation et diminue la faculté qu'a la famille de résoudre ses problèmes. Tous les membres sont fatalement emmêlés les uns aux autres : chacun pénètre le domaine de son voisin, les limites interpersonnelles sont fragiles. Les frontières des générations en partie levées (MINUCHIN, 1975). De cela découle l'impression que l'excès de soin n'est pas l'apanage des parents, mais que les enfants le pratiquent aussi à l'égard de leurs parents. Cette (sollicitude) n'est cependant pas empathique. Ne saurait amener une identification mais s'avère souvent déformé par les projections effectuées par chacun.»*

3- le rapport à l'alimentation : pourquoi je mange ? Comment ?

L'analyse des entretiens permet de voir que la patiente reconnaît qu'elle mange par « plaisir ». Pour elle, le fait de manger est un moyen pour *« Chercher du plaisir...Oui manger pour moi est un équivalent de plaisir, de joie et de calme. Parfois, je fuis tous mes problèmes, parce que quand je mange cela me permet d'oublier mon père et sa dureté, ma famille et son ignorance. Quand j'étais petite, j'ai passée des nuits à manger, parce qu'en fin de compte, je n'avais pas de moyen ou de solutions pour confronter tous ça. Imaginez-vous , une petite fille qui était*

entraîn de voir quotidiennement sa famille qui se déchire... C'était dure pour moi, je ne pouvais rien faire, la bouffe était pour moi le seule refuge. » On peut, ici, penser que le fait de grignoter ou compulsuer était pour Nesrine un moyen de satisfaire une pulsion érotique, l'alimentation étant assimilée à une source de plaisir. Mais souvent, cette pulsion n'atteint pas son objectif : elles n'accèdent pas au plaisir. Culpabilité, honte, dévalorisation succèdent immédiatement à la pulsion, ne permettant pas l'accès au plaisir. Ainsi, nous retenons que l'alimentation est utilisée comme un procédé autocalmant, Michel ODOUL mentionne qu' « *Ils sont le signe de notre insécurité matérielle et affective par rapport à l'avenir proche ou lointain. Ils signifient aussi que nous avons de la difficulté à intégrer des phases de notre vie où nous avons rencontré des manques, des pénuries.*

Nous sommes là en présence d'un premier type d'insécurité inconsciente, d'une peur souvent non perçue de manquer. Les individus ressentent cependant le besoin de stocker, pour le cas où « on viendrait à manquer » ou pour « éviter de manquer à nouveau ». (M. ODOUL, 2007, p243) Hilde BRUCH met en avant le fait que la suralimentation et l'obésité servent de défense contre l'angoisse ou sont une réaction dépressive « *La suralimentation est parfois provoquée par des situations insolubles, et sert de compensation à des frustrations, rages et angoisses perpétuelles.* » (H. BRUCH, op.cit, p151)

Parlant de sa boulimie, Nesrine l'a décrit comme une recherche de plaisir « *C'était quelque chose qui s'enracine en moi, quelque chose de très profond, la nourriture me permet de me rapprocher de ma mère... quand j'étais petite, j'ai beaucoup aimé les moments de ma rencontre avec ma mère, lorsqu'on se réunit pour manger, ces petits moments me permettaient de me rapprocher d'elle, de voir son visage ...* » par ailleurs, nous constatons que Nesrine cherche sa mère à travers l'alimentation, ou plus précisément sa relation avec sa mère. Selon Freud, la première relation mère-nourrisson se tisse par le biais de l'alimentation. L'enfant fait ainsi son apprentissage du plaisir, déplaisir, satisfaction et insatisfaction. Ferenczi introduit plus tard les notions d'incorporation et d'introjection de la mère par l'enfant. La personnalité de type oral donne une importance symbolique forte à la nourriture. Manger est un moyen indirect de retrouver des sentiments anciens de sécurité et des liens avec le premier objet d'amour, la mère.

On retrouve également une régression orale mais sous une forme active

chez notre patiente qui reconnaît manger par rébellion contre tous les régimes faits et prescrits : manger est alors un passage à l'acte actif, seul moyen qu'elle possède à sa disposition pour signifier les frustrations qui ont jalonné sa vie « *Il m'est arrivée souvent de dire que je ne peux rien faire, je ne peux pas me débarrasser de tous ça, c'est plus fort que moi. Parfois, je me retire et je m'isole et je mange pour oublier mon malheur et les tensions dans ma famille.* » Hilde BRUCH l'explique d'ailleurs bien « *Toutefois, et malgré ces réserves et critiques, n'en demeure pas moins intéressante ici l'idée que le corps conserverait l'empreinte de ces expériences passées traumatiques. Le corps serait en somme le dépositaire de ce qui, de douloureux notamment, est arrivé à l'individu. Le corps et ses maux éventuels seraient comme la mémoire vive en quelque sorte du sujet, mémoire qu'il serait alors possible d'activer pour accéder aux souffrances enfouies et permettre leur liquidation, leur métabolisation.* »

4- L'image du corps et le rapport au corps ou la relation avec le corps :

L'analyse des entretiens nous permet de dire que la patiente n'est satisfaite ni de son poids ni de son apparence physique. Elle se voit plus grosse qu'elle n'est et parle d'un corps **déformé** « *J'ai un corps complètement déformé, un ventre monstrueux, il m'est arrivée de dire que ce corps ne m'appartient pas, oui il est étranger à moi-même. J'ai le sentiment que j'étais quelque part à l'intérieur de moi, mais qui n'était pas moi. Mon corps ne m'appartenait pas.* » Cela nous renseigne sur une défaillance de l'image du corps, C. GRAINDORGE mentionne que « *Certaines maladies attaquent l'image du corps de façon directe à travers des déformations, des douleurs, des endommagements de « l'enveloppe », plus « honteuses » lorsqu'elles sont visibles. L'enfant, impuissant, peut alors vivre son corps comme abîmé, morcelé, mauvais, défaillant, désintégré (ce qui est proche, dans certains cas, d'une expérience psychotique, liée à une régression au stade antérieur à l'acquisition d'une image du corps unitaire, en référence au « stade du miroir » lacanien).* » (C. GRAINDORGE. 2005. p41), dans la même perspective, G. N. FISCHER (2008) mentionne « *La maladie ne touche pas seulement le corps, mais l'image du corps ; elle atteint l'identité, c'est-à-dire ce lien mystérieux que l'on a avec soi-*

même et à travers lequel on se sent être soi, c'est-à-dire différent de tous les autres.»

(G. N. FISCHER, 2008. p52)

On remarque également que plus Nesrine est insatisfaite de son image corporelle et de son corps, plus elle se montre vulnérable, incapable de faire face aux situations difficiles *« Si j'aurais l'occasion de changer quelques chose en moi, je commencerais par mon poids et mon corps. Quand je me compare avec les autres filles un sentiment de honte et de culpabilité m'envahi. Vous ne pouvez jamais sentir ce que je ressens avec ce grand corps, »,* cela rejoint l'explication de Catherine GRAIDORGE qui précise *« En ce sens la douleur garde un statut particulier. Elle représente une «cicatrice intérieure» qui jamais ne s'efface : elle s'en va, mais on ne peut oublier la souffrance du corps. Celle-ci reste inscrite en lui comme une expérience plus ou moins dépersonnalisante selon son intensité, expérience menaçante, redoutée, qui fait parfois perdre confiance en soi et en les autres (ils sont impuissants à protéger contre elle).»* (C. GRAINDORGE, op.cit, p41)

De plus, nous constatons que la patiente porte et garde les stigmates de son obésité qui ne

s'effacent jamais. Elle a de plus en plus de difficulté à faire face au regard de l'autre. Elle n'aime pas son corps, pas plus que l'image qu'elle renvoie aux autres. *« Un jour mon père m'a dit d'arrêter de manger, il a dit que je ressemble à une vache, à un cochon. J'aurais aimé qu'il me tue, qu'il me torture et ne jamais l'entendre dire ce que j'ai entendu. C'était les moments les plus difficiles de ma vie, ils le resteront, je m'éloigne de tous ça, mon corps s'accroche et m'attache, il ne me laisse jamais faire... Je sens parfois que mon corps me trompe, un sentiment intense d'échec et de déceptions à cause de se gros cops...Ma famille me haie parce que je suis grosse, mes oncles maternel et mes cousins, tous, tous. Ils me disent que j'ai un corps d'une grosse femme, même mon père me fait la même remarque, il m'a dit que je dois maigrir, mes deux sœurs m'ont fait la même remarque.»* ainsi, nous remarquons que ces éléments rejoignent explication de C. BERDAH *« L'insatisfaction vis-à-vis du corps est le second aspect. Cette insatisfaction semble secondaire à la pression sociale. La caractéristique majeure du trouble de l'image du corps est la sensation de ne pas être attractif. Il ne s'agit donc pas d'une cognition isolée mais bien d'une cognition avec raisonnement de référence aux autres, pouvant entraîner des comportements d'évitement, voire expliquer une*

prévalence élevée de phobie sociale et d'agoraphobie chez le sujet obèse.» (C. BERDAH. 2010. p187)

Enfin, nous trouvons que notre patiente se perçoit plus ronde que la réalité, de ce fait, elle est dans une recherche permanente d'un idéal de minceur perdu et inaccessible « *Etre mince c'est un rêve pour moi, je ne pense qu'à ça, oui c'est une obsession. Ce corps je le hais, je le déteste plus que tous, je crois qu'il arrivera le jour où ça se termine... Tout le monde me dit que je dois maigrir, mais comment ? Je ne sais pas. Mes oncles me disent que je ne dois pas sortir à cause de mon corps, pour eux, je ne suis plus un enfant, je suis une femme. C'est ce corps qui fait tous ça. C'est la cause de mes peines, ma tristesse et mes chagrins.»*

«Le corps est doublement agressé, par le gavage et par le surpoids. Par ailleurs, le corps obèse devient rapidement un corps douloureux et encourt le risque de devenir un corps chroniquement malade. » (J. VARGIONI, 2010, p113)

9-La dimension alexithymique

a- Avant les séances de relaxation

1- l'identification et la description des émotions (la capacité à exprimer verbalement les émotions)

L'analyse des entretiens nous permet de dire qu'il s'agit d'une dimension alexithymique persistante chez notre adolescente obèse marquée par son incapacité à identifier et à décrire ses émotions.

De plus, nous avons constaté que son mode de pensée reste très ancré dans le réel comme le démontrent ses descriptions à caractère pratique logique et concret qui sont les signes d'une pensée opératoire : « *Je ne trouve pas mes mots pour dire le mal que je ressens, j'ai une difficulté à parler de ce vécu, de mon corps, des fois j'ai l'impression d'être muette, ma mère me dit que je ressemble à une pierre, que j'ai un cœur aussi en pierre et que je cache tout au fond de moi.»*

De ce fait, on peut dire que les affects et les représentations pénibles sont gelés, aucun travail psychique ne se fait.

Nous ajoutons que l'évitement de la pensée et des éprouvés psychiques a pour fonction essentielle de ne pas mettre en péril l'organisation d'être au monde que très tôt, elle a mis en place pour moins souffrir. Maurice CORCOS l'explique d'ailleurs

bien : *«Certaines spécificités de la dépression observées dans les TCA constituent des éléments prédictifs d'un risque évolutif vers un fonctionnement alexithymique associé ou non à des maladies psychosomatiques. Il s'agit, d'ailleurs, plus de dépression narcissique anaclitique par défaut d'étayage, que de dépression d'introjection et dépressivité (cf. Corcos et coll., 2000, 1995), ou que de dépression avérée. Nous sommes dans une problématique narcissique primitive. Une partie du moi du sujet est clivée, identifiée et aliénée au narcissisme du parent, dont le deuil ne peut être fait. Le parent ne peut se constituer en objet interne de qualité, si ce n'est d'une manière persécutrice et vampirique. La perte est donc une perte structurelle. C'est une partie du sujet indifférenciée et, pour une grande part, inconnue du sujet et de l'objet – elle est aliénante du fait de sa nature secrète, mais néanmoins constitutive du sujet ou plus précisément de son lien à l'objet –, qui est directement attaquée dans le passage à l'acte.»(Corcos, 2005, pp104-105)*

Au cours des premiers entretiens, l'adolescente répétait : *« Je perds toujours mes mots, on me dit toujours d'expliquer, ma mère me dit que je n'ai pas de cœur, mais, au fond de moi j'ai beaucoup de choses à dire, à mon père par exemple ; j'ai envie de lui dire qu'il resterait toujours mon père, malgré le mal qu'il m'a fait. Vous savez, j'ai un cœur en blanc...Des fois j'ai envie de crier pour vider mon coeur, faire sortir tous ce que j'ai vécu pendant toutes ces années mais je me sens bloquée, totalement bloquée... »* Cela reflète un blocage émotionnel que PEDINIELLI (1985) considère comme une *« Forme particulière de démétaphorisation donnant lieu à un récit caractérisé par la prédominance de la chose sur le mot [...] à l'inverse de l'organisation hypocondriaque qui elle souligne la production d'un imaginaire corporel lié à l'investissement narcissique.»* Ainsi, le fait de parler de son état émotionnel est considéré comme un acte pénible et dur pour Nesrine *« Même à un ami ou à une amie, je trouve difficile de parler de mes sentiments. Mes copines de classe me confient leurs malheurs, leurs problèmes, moi jamais, je ne peux pas dire ce que je ressens, même à ma mère...Je préfère parler de leurs problèmes que des miens...C'est très dur pour moi de parler de mes chagrins, mes malheurs et ma souffrance. Quand je vois ma mère, j'ai envie de lui dire que je l'aime et l'a séré entre mes bras, quelque chose en moi me bloque, m'affaiblit et détruit toutes mes forces.»* par ailleurs, comme le précise PEDINIELLI *« les sujets alexithymiques «ont des émotions », mais ils ne sauraient pas les reconnaître, les élaborer, les*

communiquer et les moduler ; les réponses physiologiques et comportementales prédomineraient au détriment des réponses cognitive.» (PEDINIELLI, 1992, citer par G. Zimmermann et al, 2007, p119).

2- la description détaillée des symptômes et le recours à l'action. (La description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques)

Nous observons que Nesrine s'enracine dans une description sans fin de ses symptômes et ses plaintes physiques « *J'ai mal au dos, au coup, aux jambes et au niveau de l'abdomen...enfin, il me semble que j'ai des douleurs par tout, je me sens comme une vieille.*

Mon corps est devenu une source de souffrance parce qu'il est toute ma souffrance, toute mes peines... » Cela peut être interprété comme un ancrage dans la seule réalité de Nesrine qu'est celle du symptôme. De plus, on peut dire que notre patiente aborde plus volontier les aspects triviaux et inconséquents des événements vécus qu'elle détaille sans véritable élaboration. Dans cette même perspective, Mario SPERANZA dit « *Taylor et al ont proposé un modèle explicatif de l'association addiction-alexithymie. Selon eux, les sujets alexithymiques utilisent le comportement addictif comme moyen de régulation de leurs perturbations émotionnelles - qui découlent de leurs difficultés cognitives à identifier et élaborer les émotions et d'une faible capacité d'introspection. Mais la conduite addictive qui, au total, renforce les difficultés émotionnelles, les enferme dans un fonctionnement rigide autour d'elle.»* (M. SPERANZA et al. 2003. P66)

Chez notre patiente, il existe non seulement une description des sensations physiques, mais cette description prend place dans une relation où un autre type de discours, une autre thématique pourraient être attendus. Ainsi elle aborde ses douleurs physiques lorsqu'on lui demande de parler de ses relations avec les autres (sa mère, son père, sa famille,...etc.) ou de ses réactions dans certaines situations difficiles. « *Je ressens toujours que je suis incapable de dire ce que je veux à qui je veux, ma sœur me dit que j'ai un cœur très froid. J'ai l'impression que je suis froide, parfois, trop froide comme un Iceberg. Mes amis intimes me disent que je n'ai pas de cœur, que je suis loin de comprendre leurs problèmes et leurs souffrances...»* M. CATTEEUW, L. FERNANDEZ (2002), nous expliquent ainsi qu'« *Il s'agit d'une*

position régressive archaïque dont la genèse se trouve liée aux premiers liens noués dans son enfance qui se sont nourris de carence et d'absence.

Cette problématique définie en termes de clivage corps- psyché et plus profondément en termes d'engrammes corporels, a pris forme sur un défaut de l'édification du soi au sens où le Moi est séparé de l'origine charnelle des émotions.

Les relations désaffectées, liées à un discours opératoire, constituent une défense primitive et protectrice contre le danger représenté par l'objet : danger d'intrusion. Elles constituent donc une tentative d'auto-guérison, pour se protéger d'angoisses qui rappellent celles des sujets psychotiques. » (M. CATTEEUW, L. FERNANDEZ, op.cit, p 48) Inversement, parfois notre adolescente obèse a des affects apparemment inappropriés, elle pleure abondamment sans que les pleurs ne semblent liés à un sentiment de tristesse ou de colère. Ce point clinique peut s'expliquer par une insuffisance émotionnelle primaire. Ainsi, M. CORCOS souligne « Il est essentiel de préciser le type de déficit impliqué par l'alexithymie. Les individus qui présentent un score élevé sur ce construct ne se caractérisent pas par une incapacité à ressentir des états émotionnels et à les exprimer, mais plutôt par une difficulté à les différencier et à les verbaliser. Lorsqu'ils parlent d'une situation émotionnelle, leurs propos se limitent à décrire une impression générale sur le fait de se sentir bien ou mal. Même si l'expression émotionnelle est restreinte, leur faible capacité à réguler les affects se traduit à certains moments par une brusque explosion sous forme d'une colère très forte ou de pleurs. Le lien entre cette manifestation comportementale intense et des événements déclencheurs est cependant particulièrement difficile à établir en raison de leur faible recours à l'introspection. » (TAYLOR, 2000; TAYLOR, BAGBY, & PARKER, 1997 citer par M. SPERANZA et al. 2003. P66)

3-la distinction entre émotions et sensations corporelles

Au cours des entretiens Nesrine se décrivait comme quelqu'un de gentil et de nerveux qui souriait, riait ou pleurait rarement. Elle ne se considérait pas comme quelqu'un d'émotif et était incapable de se souvenir d'aucun rêve. Ses fantasmes se limitaient à des pensées et des souvenirs qui lui revenaient de temps en temps du village dont habité son oncle maternel « *Je ne comprends pas pourquoi je pleurais rarement, même lorsque j'ai perdu ma grand-mère, tout le monde pleurait, sauf moi. Souvent je*

me sens totalement bloquée, comme si mes sentiments me trahissent et mes larmes m'abandonnent... Pendant les moments de colère et de tristesse je me sens étrangère à moi-même, comme si une autre personne m'habite... une personne qui ne ressent jamais rien. Afin de mettre fin à tous ça, je me retirais dans ma chambre et je mangeais rien que pour abaisser ses pénibles sentiments.» Nous constatons que cette description des symptômes physiques devrait donc être comprise comme une tentative d'expression des sentiments que la patiente ne peut élaborer. Autrement dit, notre adolescente alexithymique a tendance à rapporter des plaintes somatiques car elle possède peu de capacités imaginatives. Dans ce même enchaînement d'idées, TAYLOR précise que « *Les individus alexithymiques montrent une difficulté frappante à reconnaître et à décrire leurs propres sentiments et ont du mal à faire la distinction entre états émotionnels et sensations corporelles (Nemiah, Freyberger et Sifneos, 1976). Il leur arrive d'avoir des accès de colère et des crises de larmes, mais quand on les questionne ils sont incapables d'en dire plus que sur ce qu'ils éprouvent (Nemiah, 1978). Ils ont tendance à passer à l'acte pour exprimer leur émotion ou à éviter les conflits, ils ont peu de rêves et de fantasmes. Quand les rêves sont remémorés, soit ils ont un contenu mental archaïque explicite, soit ils ont une allure de « processus secondaire», dépourvus de la couleur, de la bizarrerie et du symbolisme caractéristiques des rêves et des processus primaires.» (Greme. J. TAYLOR, in revue française de psychanalyse, 1990, p771)*

Pendant les entretiens, la patiente ne parlait que de ses symptômes physiques et ne fournissait spontanément aucun renseignement à propos de son école, de ses relations sociales ou de sa vie émotionnelle.

Son visage n'offrait pas d'expression émotionnelle, elle se tenait dans une posture rigide et ses processus de pensée étaient prosaïques et concrets. Ainsi, on peut dire que Nesrine a des difficultés au niveau de la différenciation entre ses symptômes physiques et ses émotions, et comme le dit Henry MAUDSLEY : « ... *Le chagrin qui ne trouve pas d'issue dans les larmes fait pleurer les autres organes* » (Ibid, p775)

Dans leur étude des patients psychosomatiques alexithymiques, NEMIAH et SIFNEOS font observer que l'apparition de l'émotion se fait brusquement comme une réponse immédiate au stimulus, elle disparaît aussi vite quand le patient ou l'interlocuteur passe à un autre sujet, et généralement elle ne s'accompagne pas de l'élaboration de fantasmes ou de pensées appropriés. Elle apparaît comme une réponse

isolée, discontinue, fiée au stimulus, mais sans lien avec ce qui s'est passé avant ou après. C'est comme si une valve s'ouvrait puis se refermait soudainement

Dans le même enchaînement d'idées, TAYLOR précise «*Superficiellement, les individus alexithymiques semblent souvent bien adaptés et montrent un haut degré de conformisme social. Selon McDougall (1974) et montrent un haut degré de conformisme social. Selon McDougall (1974) et Jackson (1977, 1982), il s'agit toutefois d'une «pseudo-normalité», car, lorsqu'on y regarde de plus près, ils n'ont guère de contact avec leur propre réalité psychique.*

Ils mènent une existence de robot, évoluant dans la vie d'une manière mécanique presque comme s'ils suivaient les instructions d'un manuel. Leur fonctionnement émotionnel contenu et leur vie psychique intérieure apparaissent quelquefois à travers la raideur de leur attitude et l'absence de mouvements d'expression du visage (Nemiah, 1978). Dans leurs relations interpersonnelles, ils ont tendance à établir une dépendance notable ou bien également à préférer être seuls et éviter le gens. Krystal (1979) a décrit chez les individus alexithymiques une diminution de l'aptitude à l'empathie, ce qui n'a rien de surprenant, étant donné la difficulté qu'ils ont à reconnaître et utiliser leurs propres sentiments comme signaux pour eux mêmes. Cette diminution peut s'observer aussi dans la relation psychothérapeutique ou psychanalytique, dans laquelle le patient perçoit fréquemment l'analyste comme un double de lui-même.» (Ibid, p771)

Enfin, il nous paraît que les données précédentes confirment l'intensité de cette composante de la dimension alexithymique chez notre patiente.

4- La vie imaginaire

En deux mois Nesrine ne se souvenait que d'un seul rêve qui était presque semblable à une pensée éveillée qu'elle avait eue quelques jours auparavant : elle retournait dans une ferme de son oncle maternel et regardait les moissons comme elle le faisait quand elle vivait là-bas. La seule association qu'elle faisait à propos de ce rêve était de déclarer qu'elle songeait de temps en temps à se remettre à l'agriculture. Encouragé à associer librement elle ne produisit rien d'autre que des déclarations factuelles au sujet de la ferme «*Je sais que ça va vous paraître très bizarre, mais je ne fais presque plus de rêves...ça m'est arrivé de faire un ou deux rêves pendant six mois ou plus. A part le rêve dont je vous ai parlé la semaine passée, je n'ai rien à ajouter.*» Par ailleurs, et selon Maurice CORCOS «*La pensée semble dès lors sans lien avec une*

activité fantasmatique : elle est an-historique et donc impersonnelle. Les problèmes concrets du présent occupent l'ensemble du champ de la conscience, donnant à la pensée son caractère « logique et performant». Ceux-ci excluent l'apparition de représentations affectives en relation avec des souvenirs ou de fantasmes. Le défaut de mentalisation et a fortiori d'élaboration explique l'absence de possibilités de palier de fixation œdipien et préœdipien. En cas de régression, celle-ci est vertigineuse, ne pouvant s'arrêter à ces paliers et aboutissant à une désorganisation somatique.» (M. CORCOS, 2005, ppp247-248)

Une analyse des entretiens nous permet de conclure que tout ce qui rappelle un lien affectif est rejeté par notre patient. Son comportement devient de plus en plus délibidinalisé, purement mécanique, tandis que disparaît toute activité fantasmatique qui lui soit liée et que l'autoérotisme perd sa dimension érotique et de plaisir au profit du besoin de sensations violentes pour se sentir exister et non plus pour éprouver du plaisir. Dans cette perspective, P. MARTY précise « *Une observation systématique des dormeurs en cause, d'ordre élethro-encéphalographique, permettrait sans doute de poser des jalons dans la recherche sans pour autant résoudre une question complexe dans la mesure où elle se pose à différents niveaux de l'économie psychosomatique et plus spécifiquement mentale. L'expérience clinique doit cependant faire retenir la notion d'une absence des rêves. Cette absence correspondrait théoriquement à un isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles se frayant d'autres voies que celles de la représentation et de l'élaboration oniriques.*» (P. MARTY. 1984, in Revue Française de psychanalyse 1984, p-1147-1148)

A la question de savoir si elle a des rêves anciens qu'elle pourrait raconter, des petits bouts, des fragments ? Le rêve suivant lui vient alors : elle est en Inde, dans un palais dont son père est le sultan ; elle parcourt différentes pièces ; dans l'une d'elles il y a une forêt ; dans une autre une grande cuisine avec de très beaux meubles, comme dans sa maison d'enfance ; sortie du palais, elle marche sur un chemin de campagne avec à gauche des maisons et à droite des champs ; elle doit se marier ; elle voit sa grand-mère qui lui fait cadeau de ses yeux ; ces yeux doivent l'accompagner. Ce rêve l'avait beaucoup marquée quelques années auparavant.

L'analyse de ces deux rêves citée par Nesrine nous incite à penser qu'il s'agit d'une pauvreté de la vie imaginaire, que le contenu de leurs rêves est pauvre, factuel et réaliste. **Cela traduit l'intensité de la dimension alexithymique chez notre**

adolescente obèse.

b- Après les séances de relaxation

1-L'identification et la description des émotions. (la capacité à exprimer verbalement les émotions)

Dés la première séance, nous remarquons une forte implication et investissement de Nesrine dans la technique, elle a également beaucoup d'attentes par rapport à la thérapie et se sent reconnue dans sa maladie.

De plus, elle se sent écoutée et s'exprime librement. Séance après séance, nous constatons que la patiente prend conscience d'un moment sans douleur, elle a enfin trouvé un endroit agréable et se sent plus libre lorsqu'elle « *Après chaque séance, je me sens plus reposé et je marche plus librement, les gestes sont plus faciles, mais la durée est seulement de 30 à 45minutes. Cela m'a permis de prendre conscience que la gestion des émotions et du stress pouvait avoir des effets positifs sur la douleur. L'amélioration de la douleur commence par le fait de s'occuper de soi, de se relâcher.* »

Dans le même esprit, A. DELOURME et E. MARC (2004) avaient déjà constaté que « *La parole permet donc une forme de partage et de soutien social et entraîne un effet de décharge énergétique et affective. D'une part parce que « mettre des mots sur des maux » est rassurant et favorise une sorte d'objectivation et de mise à distance de ses émotions. D'autre part parce que cela permet d'extérioriser ses préoccupations, ses angoisses et ses affect douloureux ; et par là même de faire baisser la tension intérieure qu'ils provoquent.* » (A. DELOURME. E. MARC.

2004. P110)

Concernant son vécu relatif aux séances, elle trouve que la neuvième séance et surtout la onzième se sont beaucoup mieux déroulées pour elle. En effet, elle a effectivement réussi à oublier ses douleurs et n'a même pas été dérangée par les bruits extérieurs. A la 7^e séance, elle a même trouvé la séance trop courte. Lors de la huitième séance, par contre, elle nous fait part au de son stress, du fait d'une récente dispute avec sa grande sœur. Ce jour-là, elle évoque également ses doutes face à l'importance du traitement médicamenteux qu'elle est obligée de prendre et s'inquiète de la survenue de douleurs plus violentes au niveau des mains.

S'inquiète-t-elle aussi, sans l'exprimer, de l'arrêt des séances ? A l'issue de la séance elle me demande si elle peut me revoir après l'évaluation de la psychosomatique à 3 mois.

Elle est la seule à faire cette demande.

Lors de la douzième séance, elle se déclare très satisfaite de sa prise en charge tout en s'estimant améliorée. Elle précise la nature de cette amélioration perçue et déclare plus loin que les séances de relaxation ont eu beaucoup d'effet au niveau de la douleur, la détente. *« Je suis plus détendue et la relaxation m'apprend surtout sur la respiration de mon corps, Je crois en ce traitement car il m'a déjà beaucoup apporté...J'ai appris à gérer la douleur, J'espère pouvoir un jour n'avoir plus besoin de médicaments et pouvoir faire tout mon travail sans l'aide de personne. »*

A la dixième séance, la patiente nous dit *« C'est maintenant que je commence à revoir ma vie en couleurs, l'a percevoir autrement, j'ai beaucoup de choses à dire, à vous, ma famille et mes amis... J'ai appris à mieux comprendre mes douleurs, à essayer de les oublier. Mais c'est tout mon existence qui a changé... »* Par ailleurs, A. DELOURME et E. MARC expliquent : *« Parler, pour le patient, c'est aussi objectiver et symboliser son vécu ses pensées, ses sentiments, ses émotions. Mettre le trouble en mots, c'est l'appivoiser et prendre une distance salutaire vis-à-vis de lui. On peut donc dire que la parole fait passer le vécu de l'intériorité à l'extériorité et de la subjectivité à l'intersubjectivité. Le vécu, ainsi objectivé et partagé, se déploie alors devant le patient qui peut mieux le regarder en face et l'affronter. Il ressent que le thérapeute peut l'accueillir avec empathie mais sans dramatisation. »* (A. DELOURME et E. MARC, 2004. P111)

En conclusion, nous constatons que les séances de relaxation psychosomatique ont générées une amélioration significative de la capacité de l'expression verbale des émotions. Cela se traduit par la progression de la qualité de la description et l'identification des émotions après chaque séance de relaxation, surtout lors des trois dernières séances.

Ces résultats permettent de dire aussi que la relaxation psychosomatique a permis à notre patiente de mieux comprendre son fonctionnement émotionnel, de commencer à apprécier son labilité émotionnelle puis d'apprendre ses compétences émotionnelles et de reconnaître son expression émotionnelle, *et comme le dit Ph. JEAMMET : « La parole et le corps manifestent ces émotions avec leur lot de surprises vivifiantes, et permettent de les réunifier dans un lent travail d'élaboration. Les vivre dans le présent, se les représenter de nouveau dans un futur très proche, et pouvoir leur donner un sens*

au moyen d'une parole adressée au thérapeute ou à d'autres patients dans des thérapies de groupe, semblent être un exercice structurant pour ces patients enfermés dans la répétition comportementale et la recherche de sensations coupées de toute dimension relationnelle. » (PH. JEAMMET, 2002, p130)

2- la description détaillée des symptômes et le recours à l'action. (La description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques)

D'abord, il faut dire que notre patiente avait beaucoup d'attentes de cette thérapie, nombreux soucis à gérer dans l'instant, au moins l'aider dans la verbalisation du stress.

A la deuxième séance, elle paraît très ralentie et n'a pas respecté les consignes de départ « *je ne ressens pas une motivation probante, est surtout dans la passivité. Je ne sais pas, mais j'espère mieux gérer mes douleurs, voir ne plus en avoir* »

Ce qui paraît frappant dans les six premières séances, c'est le discours de notre patiente qui reste ancré dans la description du symptôme et ses douleurs « *Ce qui m'inquiète c'est toujours mon corps et ses douleurs, je suis très grosse, différente des autres. Je passe des heures à réfléchir, mon poids m'a fait beaucoup de mal, il le fait toujours, si seulement j'ai la possibilité d'avoir un autre plus mince et plus beau... Quant à mes douleurs, tout mon corps me fait mal, j'ai des douleurs diffuses, récurrentes, qui ne disparaissaient jamais.* » De ce fait, pendant les évaluations après les séances de relaxation, elle ne parlait que de deux choses : son corps et ses douleurs.

Par ailleurs, et précisant l'importance de la parole comme idéal porteur de l'expression émotionnelle, A. DELOURME et E. MARC disent : « *On voit donc à quel point la parole est un élément riche, capable de traduire les mouvements pulsionnels, affectifs, l'imaginaire et les positionnements relationnels du patient. C'est ce qui explique son statut de support privilégié dans le travail thérapeutique. Enfin, il faut souligner que la parole n'est pas seulement un vecteur de communication et un moyen de transformation ; elle entraîne, en elle-même, un processus de changement.*

En effet, la parole a, comme le symptôme, le statut d'une formation de compromis entre une force expressive (qui pousse à dire) et une force répressive (qui la freine et s'alimente aux différentes formes de censure et d'interdit). Elle joue donc le rôle d'un révélateur des conflits psychiques qui se traduit par le partage entre ce qui est dit et ce qui est tu. Parvenir à libérer son expression, c'est, en soi, déplacer l'équilibre des

forces en jeu dans ces conflits. Le travail thérapeutique consiste donc à favoriser l'assouplissement des résistances et des mécanismes de défense du patient, à l'aider à élargir son espace de liberté (à se dégager de la honte, de la culpabilité, de la peur), à libérer sa parole pour mieux communiquer avec autrui et avec lui-même.» (A. DELOURME et E. MARC, op.cit, p112)

A la septième séance, notre adolescente obèse précise « *J'ai commencé à ressentir une amélioration et une concentration à partir de la 4^e séance. J'étais plus concentrée et même si j'ai mal, j'y pense moins dans ces moments-là.* » De ce fait, on peut déduire que la psychothérapie de relaxation a entraîné un impact positif sur la description des symptômes chez notre patiente, ainsi, nous remarquons l'émergence d'une verbalisation plus affective, plus chargée émotionnellement. Le fait d'oublier ses problèmes, d'être dans un autre univers grâce à l'évasion de la détente du corps, les muscles vont se relâcher et la tension va peu à peu disparaître.

Nous remarquons une diminution significative de la description des symptômes et des douleurs, Nesrine aborde ses problèmes relationnels avec ses amis de classe, l'amour qu'elle a pour sa mère et son respect « malgré tout » pour son père.

Nous voyons pourquoi le discours de Nesrine est devenu plus chargé émotionnellement et moins médicalisé ; c'est l'effet de la relaxation psychosomatique « *C'est maintenant que je peux vous dire que j'ai oublié un moment mon corps, j'ai réussi à l'oublier, c'est comme je n'étais pas, jamais un jour une fille obèse. Pendant la séance j'ai vu des couleurs, c'était des sensations très agréables, un autre monde et une autre vie. J'aime mes séances, c'est mon seul moyen de retrouver, ou de me retrouver. Comme si je suis une autre personne et je vivais dans un autre monde.* » Dans le même enchaînement d'idées, Mario SPERANZA et M. CORCOS soulignent que « *Tout symptôme, fut-il négatif, comme l'incapacité à entrer en contact avec ses émotions, reste une production de l'esprit et à ce titre révèle et donne substance au fantasme inconscient. Il y a, dans tout symptôme opératoire, quelque chose qui s'apparente à une technique de survie visant à préserver l'identité du sujet du fait de sa trop grande avidité objectale. Mais même opératoire le symptôme se donne à voir à l'autre, et l'autre, interlocuteur privilégié ou simple évaluateur participe à la genèse du symptôme et entre dans la mise en scène du symptôme.* » (M. CORCOS et M. SPERANZA, op.cit, p231)

3- la distinction entre émotions et sensations corporelles

Après douze séance de relaxation, nous arrivons à la conclusion que notre patiente a aboutit à une bonne prise de conscience de son corps. Elle a appris progressivement à détendre chaque partie de son corps et faire la différence entre ses sensations corporelles et ses émotions. De plus, son choix personnel d'un lieu où l'on se sent bien (l'endroit sûr) lui permet de s'analyser et de comprendre certains de ses comportements et fonctionnements (avec notre aide).

Lors des premières séances, nous avons remarqué une confusion entre émotions et sensations corporelles; comme si tout se passait dans et par le seul moyen du corps et ses douleurs. Des fois, on a pensé que tous les ressentis de Nesrine se résumaient en quelques mots décrivant ses douleurs et sensations corporelles. Par ailleurs, F. FARGES et S. FARGES semblent s'accorder sur le fait que « L'alexithymique ne parvient pas à distinguer ses sentiments de ses sensations corporelles. La description sans fin des symptômes physiques a été associée à l'impossibilité de caractériser clairement les sensations corporelles.

La description des symptômes physiques devrait donc être comprise comme une tentative d'expression des sentiments que le sujet ne peut élaborer. Les sujets alexithymiques ont tendance à rapporter des plaintes somatiques car ils possèdent peu de capacités imaginatives.»

(F. FARGES et S. FARGE, op.cit, p50)

A la dixième séance, notre patiente dit: « *la relaxation m'a permis d'apprendre à mieux respirer, à différencier une à une chaque partie de mon corps douloureux et ainsi à agir avec cette technique, à mieux gérer la douleur.*

Cela m'a aidé à lâcher prise, à mieux gérer mon stress, à me relâcher aussi bien moralement que physiquement. Merci à vous de m'avoir aidé.» Jean CHAMBRY et al précisent que « *Face à la tendance de ces patients à majorer leurs sensations corporelles quand ils sont confrontés à des états émotionnels, il est souvent utile d'associer aux interventions psychothérapeutiques des techniques de relaxation. Par ailleurs, de nombreux patients apprennent plus sur leur fonctionnement émotionnel par des thérapies qui expriment davantage leur ressenti que ne le permet le cadre analytique classique, et qui utilisent l'humour, leur capacité créative et imaginative au cours des séances.»* (Jean CHAMBRY et al, citer par M. SPERANZA et al, 2003, p222)

Pendant l'évaluation de la onzième séance, l'adolescente obèse déclare : « *La relaxation a eu un effet apaisant sur mon corps douloureux et brisé tous mes malaises, et après quelques séances, elle m'a apporté la sérénité que ces douleurs parfois intenses me font perdre.* » Notre patiente et contrôlant son émotion, se reprend après un court silence et enchaîne aussitôt sur une interprétation, à la manière d'un commentaire de texte, un peu pédant ; le temps onirique tout juste effleuré entre, sans transition, dans une rationalité interprétative, bien codifiée. Elle « *pense* », dit-elle, « *que la forêt, mon rêve, symbolise éventuellement la mère* » et dans sa tentative de vouloir faire signifier, se lance dans une quête interrogative de sens.

A la douzième séance de relaxation, Nesrine dit « *Avant le travail que j'ai fait avec vous, comme si j'étais muette, incapable de dire ce que j'avais dans mon cœur. Maintenant, vous m'avez permis de parler autrement. On m'a dit à la maison que j'ai beaucoup changée, ma sœur par exemple m'a dit qu'elle se sent plus proche de moi ; je sens que je suis capable de mieux comprendre ce qui se passe en moi...* » Cela peut être interprété comme le résultat de l'effet positif du travail effectué en relaxation, G.J. TAYLOR nous explique ainsi que « *La thérapie doit viser à susciter chez les patients une prise de conscience des pulsions et des sentiments qui prennent source en eux-mêmes et viser à leur apprendre à faire la différence entre les diverses sensations du corps et les états émotionnels.* » (G.J. TAYLOR in Revue Française de psychanalyse. 1990. p782)

4- La vie imaginaire

D'abord, on tient à préciser qu'en relaxation psychosomatique, il nous importe en premier lieu que notre patient rêve. On recherche donc systématiquement le passage et l'existence de rêves, même oubliés dans leur contenu.

Ensuite, on vise qu'il s'intéresse lui-même à ses rêves et à leurs contenus, comme objets d'échange relationnel.

Enfin, Que l'espace du rêve, devienne le lieu d'un exercice mental accompagné, dans une communication qui s'appuie sur les représentations, les symboles et les langages préconscients.

Sami-Ali accorde une très grande importance aux rêves, il souligne dans son livre "Le rêve et l'affect : une théorie du somatique" : « *Pourquoi accorder au rêve ce rôle fondamental dans l'élaboration de l'impasse en rapport avec la pathologie*

organique ? Phénomène psychique autant que biologique, le rêve demeure le seul exemple d'une activité créatrice où l'on peut imaginer l'imaginable et réconcilier l'irréconciliable. Il est surtout, originellement, ce pouvoir de projeter une réalité qui échappe à la contradiction, et qui, par conséquent, peut répondre à la contradiction » (Sami-Ali, 1997, p.46).

Les premiers entretiens avec Nesrine ont dévoilé qu'elle ne rêve pas, ou comme elle le dit : « *Je ne trouve plus mes rêves.* », elle ajoute « *Ça fait une longue période que j'ai cessée de rêver, c'est comme si je vi dans un vide. Je sens que j'ai un grand creux dans ma tête.* » Cela reflète l'intensité de la dimension alexithymique chez notre patiente, marquée par un appauvrissement de la vie fantasmatique et imaginaire. Sami-Ali(1998), nous explique ainsi que « *Désormais, il n'y a ni rêves, ni fantasmes, ni affects, comme si tout devait se réduire à un réel extérieur au sujet. (...) C'est ainsi que prend forme une tendance à remplacer l'imaginaire privé par l'imaginaire public et que les normes socioculturelles viennent occuper la place laissée vide par une subjectivité qui se retire.* » (Sami-Ali, 1998, p13)

Cependant, et après huit séances de relaxation, Nesrine nous raconte un premier rêve qu'elle a fait. Elle est allongée et une araignée lui fait peur. Elle est complètement figée. Elle ne peut bouger aucune partie de son corps. Elle se réveille très effrayée en pensant que cela aurait pu être vrai. Parlant de ce rêve, elle dit: « *Je me redécouvre, je retrouve une capacité en moi disparue depuis des années, c'est celle de rêver. Je me retrouve enfin et je redécouvre bien évidemment mes rêves.* »

A la neuvième séance de relaxation, Nesrine nous dit qu'elle a fait un deuxième rêve « *Hier j'ai fais un rêve, j'ai vu ma cousine Nassima, ça fait quelques années que je ne l'ai pas rencontrée.* »

Ainsi, nous constatons que l'apparition de ces rêves chez notre patiente vient confirmer l'idée de l'impact positif de la relaxation sur sa vie imaginaire « *Les séances de relaxation m'ont permis de mieux me relaxer et de dormir davantage les nuits suivant les méthodes apprises en relaxation (assise dans un fauteuil en pensant à une cascade d'eau qui coule, à des couleurs vives qui me réchauffent et la douleur s'atténue). Elle m'a donnée la chance de faire retrouver mes rêves et ma capacité d'imagination.* »

Lors de l'évaluation finale à trois mois, Nesrine a estimée que la relaxation l'a beaucoup soulagée : « *Je dors mieux la nuit. La relaxation m'a donné la possibilité de mieux me détendre, de gérer la douleur...Après la relaxation, je suis complètement*

fatiguée, mais les jours suivants, le moral est au beau fixe, les aléas de la vie sont mieux acceptés. Mais une séance par semaine, c'est vrai que cela a énormément compté pour moi et il était temps que la suivante arrive, à la fin de la semaine. Depuis l'arrêt, alors que j'en aurai eu bien besoin, mes douleurs ont augmenté» Dans le même enchaînement d'idées, Sami-Ali explique «C'est pourquoi, quand l'activité onirique reprend de nouveau, on assiste à l'émergence des affects très anciens, remontant souvent à la petite enfance, tout imprégné d'un sentiment de culpabilité, où se reconnaissent des impasses précoces, vécues dans la souffrance mais jamais dépassées. Le travail sur les rêves dans la perspective de la théorie relationnelle semble ainsi le moyen par excellence d'aborder cet aspect fondamental de l'expérience humaine.... Seule l'activité onirique permet de retrouver « des traumatismes non dépassés, des deuils laissés en suspens, des conflits précoces encore virulents, écartés par le refoulement. » (Sami-Ali, 2000, p6)

En résumé, on peut dire que la relaxation psychosomatique a remis en fonction l'élaboration psychique et favorisée ainsi un enrichissement de la vie fantasmatique et imaginaire chez notre adolescente obèse, cela s'explique clairement par une augmentation des rêves et une facilitation de réalisation des deux dernières phases de relaxation (imagination et méditation).

Par ailleurs, Françoise de PALMA et Kristina RIVIERE semblent s'accorder sur le fait que: « *Quand le corps renaît, quand les affects osent se dire, quand le corps affectés osent se dire, quand le corps réel se structure en relation au corps imaginaire, alors la thérapie psychomotrice accompagne le patient sur le chemin de la recréation de liens corporels et psychiques* »

10- Analyse générale du cas

Le test de Rorschach montre que la patiente a tendance à avoir recours au collectif et au conformisme avec probablement l'utilisation d'un mécanisme de défense assez superficiel d'hypersocialisation et d'hyperconformisme.

Le premier protocole est marqué par une absence quasi-totale des réponses couleur, ce qui traduit une problématique affective et un profil alexithymique pertinent chez notre adolescente obèse.

Plus précisément, nous avons pu voire, grâce au test projectif, que le nombre réduit des réponses de mouvement est le signal d'un monde de représentations et d'une scène mentale réduits. Tous ces résultats confirment **une dimension alexithymique très importante** chez Nesrine.

Ce profil alexithymique est soutenu par les résultats de la première passation de l'échelle TAS-20 et les éléments analysés dans les entretiens.

Ainsi, l'analyse statistique de l'échelle TAS-20, dont le score totale est égale à **62**, montre une fréquence élevée de l'alexithymie ce qui a permis de constater l'existence d'une dimension alexithymique.

L'analyse des entretiens nous permet de dire que ces éléments vont dans le sens d'un mode de fonctionnement plutôt orienté vers la prise en compte de la réalité externe et le contrôle de l'émergence des processus primaires. Le patient semble réagir sur un mode de mise à distance des affects. Le recours au formel verrouille l'expression d'éprouvé émotionnel et inhibe toute tentative projective de déplacement du monde interne vers le monde externe.

De ce fait, l'analyse des entretiens témoigne un blocage émotionnel, un recours aux descriptions détaillées des symptômes physiques et une limitation de la vie fantasmatique et des capacités imaginatives.

Enfin, on peut dire que l'ensemble de ces résultats confirme un fonctionnement alexithymique chez Nesrine.

A la fin des séances de relaxation, les évaluations font ressortir la présence d'une dimension alexithymique chez la patiente, qui s'améliore nettement au cours des séances, amélioration qui se traduit par une plus claire identification des émotions ainsi qu'une meilleure capacité à décrire les sentiments aux autres.

On constate aussi une augmentation des stratégies privilégiées comme la réévaluation positive et une augmentation de la recherche du soutien social ou des stratégies d'ajustement.

Les résultats obtenus avec le retest de notre patiente confirment cette amélioration, en conséquence, nous trouvons une nette diminution du score d'alexithymie qui est égal à **47** lors de la deuxième passation. Enfin, le test projectif confirme que la patiente, après la relaxation, a montrée un progrès et une aisance dans l'expression affective traduit par un protocole dominé par des charges affectives, soutenue par une réduction significative des éléments alexithymique et une libération de l'expression fantasmatique.

L'analyse des relations entre les différentes données permet notamment de voir une progression de la capacité à décrire et identifier les émotions, une amélioration de la différenciation entre émotions et sensations corporelles et une évolution positive de la vie imaginaire.

En résumé, on peut dire que la relaxation psychosomatique a générée un impact positif sur l'alexithymie de notre adolescente obèse, ainsi, nos hypothèses sont validées par rapport a ce cas.

DEUXIÈME CAS : Khaoula

1- Présentation du cas

Prénom : Khaoula

Age : 16 ans

Nombre de frères : 02

Nombre de sœurs : 02

Classement dans la fratrie : elle est la deuxième d'une fratrie de quatre, dont une fille et deux garçons.

Niveau d'instruction : 5ème année primaire.

Profession du père : commerçant.

Profession de la mère : pâtissière.

Antécédents familiaux

Sa mère et sa grande sœur ont le même problème.

IMC (Indice de Masse Corporelle) = $79/1,50^2=35,11\text{Kg/m}^2$ ainsi, il s'agit d'une **obésité sévère**.

La patiente s'est présentée à la consultation psychologique externe de l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie de Oued Athmenia suite à la demande de ses parents.

Un entretien préliminaire a été réalisé dont l'objectif était une prise de contact, ensuite, trois entretiens de recherche ont été effectués selon une grille d'entretien. Au cours de la troisième séance on a passé le test de Rorschach et l'échelle (Tas-20) à notre patiente.

Dans le cadre de notre recherche, la patiente a bénéficiée d'une psychothérapie de relaxation, à base d'une séance par semaine pendant trois mois (total 12 séances de relaxation), à la fin des séances, on a repassé un Rorschach et l'échelle (TAS-20).

On dit qu'on a utilisé la même méthodologie d'utilisation des outils et le même rythme pour les séances de relaxation.

2-Synthèse des entretiens avec la patiente et sa mère

Khaoula paraît lors du premier entretien accablée, parle doucement et semble chercher ses mots. Pour les autres entretiens, elle était plus coopérante, le contact était plus facile et plus riche. Au fil de nos questions, elle nous explique son parcours de vie assez inhabituel.

La patiente présente son enfance comme « *Très normale* », cependant, elle met en relief un souvenir qui porte sur ses états de perte de conscience dès qu'elle est battu par un camarade de classe, motif pour lequel elle a été traitée pendant une année, elle est guérie après exactement 12 mois (selon ses dires).

Concernant les antécédents familiaux on trouve le même symptôme chez sa sœur aînée et sa mère.

D'après la patiente et sa mère, la maladie a débutée à l'âge de six ans, juste après la disparition de ces états de perte de conscience, elle est devenue boulimique, à ce moment elle commence à prendre du poids, et ça a coïncidé avec l'accident de la voiture qui a failli l'a tué.

Il paraît qu'elle est très angoissée à cause de son poids, elle éprouve une grande haine pour son propre corps et insiste sur le fait qu'elle est en souffrance incessante à cause de sa lourdeur « *Mon seul problème sur tous les plans était toujours mon poids, je ne suis pas malade et je consulte rarement les médecins. C'est ma chair qui me fait du mal.* »

Il nous semble aussi qu'il y a un lien permanent entre l'alimentation et l'anxiété de notre patiente « *Lorsque je suis anxieuse je mange trop, je grignote entre les repas, je n'ai pas pu me débarrasser de ça avec les régimes.* » elle n'a jamais réussi à contrôler son poids parce que l'alimentation et le fait de manger représente pour elle : « *toute ma vie* » parfois même « *un hobby* ».

En ce qui concerne l'image du corps, elle souligne qu'elle n'a jamais acceptée son corps, son désir était toujours de le faire changer « *Je ne l'ai jamais acceptée, je me dis toujours si j'avais un autre corps plus mince, moins gros. Je veux le changer, je désire avoir un autre corps comme celui de Amel* ». On remarque que cette image très défaillante du corps s'est répercutée négativement sur elle au point qu'elle est devenue incapable d'être en face d'un miroir « *Je suis obèse et je n'attire pas les garçons, je meurs à chaque fois quand je vois mon corps dans un miroir.* ».

D'après ces entretiens, il y a trois membres de la famille portant le symptôme dont la patiente, sa mère (115 KG) et sa sœur aînée 18 ans (120 KG).

La mère, son frère et sa sœur ne tolèrent pas l'obésité de notre patiente « *Ils me font toujours des remarques à chaque fois que je suis en face d'eux, ma mère me dit que je mange beaucoup exprès pour lui faire souffrir ...* »

La patiente a de bonnes relations avec son père, contrairement avec la mère, ses

relations sont influencées par son poids. Elle n'a de bonnes relations qu'avec sa sœur « *Obèse comme moi, c'est pour ça qu'on s'entend très bien* ».

Il se dégage de son vécu une souffrance qui dépasse les limites du corps, et prend de l'ampleur quand la patiente est confrontée aux regards des autres « *les gens m'appellent "la grosse" chose qui me fait très mal...Ça me fait du mal, parfois, ça provient des gens que je ne connais même pas.*»

Tout discours qui porte sur les régimes est intolérable pour Khaoula: « *je n'aime pas quand les autres me donnent leurs conseils de faire du sport ou des régimes...* »

Cette pathologie réduit son champ relationnel et social elle dit à l'évidence «*J'ai connu un garçon, il m'a dit que si je n'étais pas obèse il accepterait de sortir avec moi, à ce moment j'ai détesté tout mon existence, ma propre personne et j'ai éprouvé une énorme détresse.*»

Cette situation a engendré une somatisation générale subjective « *j'ai mal par tout, tout mon corps, mes jambes, ma tête, mes mains....* » Suite à cela elle entre dans les phases dépressives « *Il m'arrive des fois de passer toute une journée sans parler à une seule personne. J'ai un grand sentiment de dégoût et j'ai perdu tout mes goûts pour la vie et l'avenir...* ».

Selon la mère les étapes de sa conception et sa naissance sont :

- Grossesse et accouchement normal.
- Allaitement prolongé par rapport à la fratrie, tous les enfants étaient allaités pendant 02 ans.
- Développement psychomoteur et acquisition normale du langage.
- Apparition des états de perte de conscience à l'âge de 5 ans.
- Elle a subit un traumatisme de l'accident de voiture à l'âge de 5ans (après ces états de perte de conscience).
- Début de la maladie a l'âge de 6ans.
- Des problèmes relationnels avec les membres de sa famille à cause de la maladie.
- Le refus de l'obésité par la mère à créé des relations conflictuelles avec la patiente «*Elle a toujours voulu que je change de corps...Je ne sais pas comment, mais, elle me dit qu'elle déteste mon maudit corps et elle me demande de le jeter loin d'elle...*».
- Sa mère et sa grande sœur ont le même problème (l'obésité).
- La mort de son petit frère depuis un an et demi.

3- Rorschach avant la relaxation

a) La cotation du premier protocole (avant la relaxation)

Nom : Khaoula

Date : 09/03/2009

Age : 16 ans

Heure: 14h

	réponse	enquête	L	D	C	Ba n	Observation
planche1 TL 29" TR 14" TT 43" ^	Deux chevaux et un homme.	Le noir en haut sur les côtés c'est les chevaux. L'homme au milieu (Tout le noir central, du haut au bas)	D DDbl	F- F-	An H		Symétrie
Planche 2 TL 24" ^ TR 13" ^ TT 37"	Un papillon et deux grands moutons. Ici, deux petits moutons	- Papillon le rouge en bas. -Les deux grands moutons : toute la partie noire. -deux petits moutons : le rouge en haut.	D Ddbl D	F- F- F-	An An An	Ba n	
Planche 3 TL 17" < TR 18" TT 35"	Deux hommes, deux papillons et deux girafes.	Deux hommes : les deux figures latérales. Les papillons: le rouge et le noir au	D D	F+ F+	H An	Ba n	Symétrie

CADRE PRATIQUE

		milieu de la planche. Deux girafes : le rouge sur les deux côtés.	D	F±	An		Symétrie
Planche 4 TL 24" ^ ^ TR 6" TT 30"	Un homme géant et juste derrière lui un arbre.	Tout le noir est un homme à part le noir du milieu : un arbre.	D D	F- F-	H Pla		
Planche 5 10" ^ 34"	Une chauve-souris.	tous	G	F+	An	Ba	
Planche 6 17" ^ 1'10" v	Papillon. Deux hommes, un par là, et l'autre par là.	- Le papillon : le noir inférieur. Les hommes tout le noir sur les deux côtés.	D D	F- F-	An H		Symétrie
Planche 7 TL 07" TR 18" TT 25" ^	Un livre Deux enfants qui ont mis deux feuilles d'arbre sur leurs têtes.	Le livre : le noir inférieur. Les enfants sur les côtés. Les feuilles en haut.	D D D	F+ F- F±	Ob H Pla		

CADRE PRATIQUE

<p>Planche 8 TL 17" TR 7" TT 24" ^</p>	<p>Trois papillons, une montagne et deux lions.</p>	<p>L'orange et le rouge et le vert c'est les papillons. Montagne : le vert supérieur. Les lions : le rouge sur les deux côtés.</p>	<p>D D D</p>	<p>FC+ F+ F+</p>	<p>An Elem An</p>	<p>Ba</p>	
<p>Planche 9 41" ^</p>	<p>Un livre, deux gazelles (silence), deux éléphants.</p>	<p>Livre : le rose inférieur. Les gazelles : l'orange sur les deux côtés. L'éléphant : tout le vert.</p>	<p>D D D</p>	<p>F- F- F-</p>	<p>Obj An An</p>		
<p>Planche 10 15" ^ 1' 35" v ^</p>	<p>Deux moutons, deux araignées, trois chauves- souris, feux, deux vers de terre. Une tour.</p>	<p>Deux moutons : le gris supérieur. Deux araignées : le bleu latéral. Trois chauves- souris : le bleu, l'orange et le vert au centre. La tour : le gris central en haut. Le rose sur les côtés c'est les vers de terre. L'orange sur les côtés c'est le feux.</p>	<p>D D D D D</p>	<p>FE F+ F- EF+ F- FC±</p>	<p>An An An Arch An Elem</p>		

CADRE PRATIQUE

Age : 16 ans

Heure : 10h

Nom : Khaoula

Date: 09/03/2009

Age : 16 ans

Heure: 14h

Motif de l'examen : une prise en charge psychologique

PSYCHOGRAMME

R =28 = Norme (20 à 30)

Ad=00

Refus=0

A%=57,14 > Norme (35 à 50 %)

Tps total =07mn Norme < (20/30mn)

H=05

Tps/réponse =01mn et 19 sec >Norme (45 à 60sec)

H=17,85%

Hd=0

Tps. Lat. Moyen=26sec >Norme (< 20sec)

Elem = 0

G= 1 = 3,57% < Norme (20 à 30%)

Frgt = 0

D=25 =89,28% > Norme (68 à 70%)

Sex=0

Dd= 00

Anat = 00

Ddbl=02= 7,14 %>Norme (1 à 3%)

Plan=02

Do= 0

Pays=0

F=24

Art=0

F pur = 85,71%

Géo = 0

F% élargi=96,42% >Norme (50 à 70%)

Sc = 0

F+=08

Objet=02

F- =16

Elem = 02

F+- =00

Arch=01

F+ pur = 33,33% < Norme (80 à 85%)

Biologie =00

F+ élargi = 45,83%< Norme (80 à 85%)

Ban = 06 = norme (5 à 7)

K=0

Abstr = 00

KP=0

Symétrie = 04

Kan=0

RC% =42,85 > norme (30%)

Kob=0

Autres = 0

FC=02

Type d'appréhension: D →Ddbl →G

CF=01

Succession: inversée et rigide

C=0

Indice d'angoisse: on ne peut pas le calculer.

FE=01

TRI: 0/2 →extratensif pur

EF=01

Formule complémentaire : 0/1,5

E=0

Indice impulsivité : C+CF>FC →1< 2

FCLob=0

CLobF=0

NB:

CLOB=0

Choix+ : 7 et 10

An=16

Choix- : 1 et 4

c- Commentaire

On tient tout d'abord à noter que le temps est inférieur à la moyenne (**TT=07'**), cela peut être interpréter comme blocage émotionnel, un évitement ou un survol de la réalité.

Le nombre des G est insuffisant, celui des réponses D est supérieur à la norme, cela rend compte sur un ancrage dans la réalité avec un faible investissement du fonctionnement intellectuel. Ça peut être aussi un ancrage dans le réel par une approche concrète du monde et usant de l'extériorité des objets comme barrage plus ou moins coûteux et efficace face aux émergences fantasmatiques, conflictuelles ou affectives.

Le mode d'appréhension de ces détails rend compte de la volonté d'un contrôle rigide obsessionnel qui peut être mis en échec par des poussées d'angoisse.

Même si le nombre de réponses dans ce protocole est dans la norme (**R= 28**), Le recours au formel est massif et se traduit par un nombre important des réponses de forme (**F= 24**). Mais c'est des réponses de mauvaises formes, cela rend compte sur un étouffement de la vie affective et une défense contre les facteurs affectifs.

La réaction très réduite à la couleur (**C=0, CF=01**) vient renforcer **l'hypothèse d'une problématique affective et une composante alexithymique très importante chez notre patient.**

Au regard du pourcentage des F et des F-, on peut dire que les défenses sont purement formelles, cependant, elles sont dépassées par moment par la présence des (F+) dans les planches (3-5-7-8). Cela signifie que les défenses sont formelles et souples, à caractère adaptatif.

Cette association entre un F% élevé et un F+% moyen semble témoigner de l'édification de barrières entre dedans et dehors ainsi que du recours essentiel à des conduites d'objectivation afin de repousser les intrusions imaginaires ou fantasmatiques pour se maintenir dans un registre perceptif.

On note aussi une absence totale de la participation kinesthésique, cela revoie à une pauvreté de la vie fantasmatique et une réduction de l'activité imaginaire. **Ces éléments soutiennent aussi l'hypothèse d'une dimension alexithymique importante dans ce protocole.**

Au niveau des contenues, on remarque un nombre très important des réponses A par rapport au nombre des réponses H, **ceci** signifie une régression, une projection, et un

ancrage dans le règne animal.

Cette régression est confirmée par la présence des réponses (Nature et Plante).

d- Analyse du premier protocole

d-1 Processus intellectuel

Les réponses détail sont dominantes dans le protocole et les réponses globales sont très faiblement représentées, cela signifie un faible investissement du fonctionnement intellectuel. **Le mode d'appréhension de ces détails est D → Ddbl → G**

De plus, un D élevé peut être interprété comme :

-Un indice d'une pauvreté intellectuelle ou culturelle.

-Une limitation d'ordre émotionnel ou intellectuel.

-Une recherche d'échapper à la situation émotionnelle créée par les planches.

Cependant, la présence discrète de G peut prendre la signification d'un manque d'analyse fine, une pensée assez pauvre, régressive et une créativité intellectuelle banale, pas très élaborée.

Les réponses Dd dépendent plus du sujet que de la structure perceptive de la tâche. Ainsi,

on comprendra leur quasi-absence comme indice de la difficulté à donner une interprétation trop éloignée de la réalité perceptive. En d'autres termes, la patiente éprouve sans doute des difficultés à donner une interprétation très personnelle, d'ordre affectif du stimulus perceptif et cherche à se soustraire à l'interprétation.

Le pourcentage des réponses **Dbl** est supérieur à la norme, ce qui renvoie à une agressivité inconsciente.

Le processus de pensée semblent mobilisés par l'urgence de la défense qui vise à interdire l'émergence fantasmatique et pulsionnelle plutôt qu'à la contenir. Le travail de déplacement et de symbolisation est peu présent dans les réponses au profit d'un contenu concret souvent démétaphorisé. Cette interprétation s'étaye aussi sur l'absence de kinesthésies dans le protocole, cela rejoint l'idée de Nina Rausch De Traubenberg (1990), qui souligne que le refus kinesthésique peut être dû à une pauvreté idéationnelle, à une pauvreté imaginative dont nous aurons confirmation par d'autres données du protocole.

En résumé, la présence de tous ces éléments nous invite à dégager l'hypothèse d'une dimension alexithymique très intense dans ce premier protocole.

d-2 Analyse dynamique

Le protocole ne contient aucune réponse couleur, cela est le signe d'une inhibition et une sensibilité affective, sensibilité dont l'expression est timide, comme refrénée par crainte de contacts directs avec l'affect.

De plus, nous retrouvons un nombre important de réponses déterminées par la Forme et secondairement par la Couleur (FC) faible, cela signifie une résonance limitée des états émotionnels et un contrôle et expression des émotions inadéquats à l'environnement. Cette explication rejoint l'hypothèse d'une composante alexithymique importante chez notre patiente, confirmée par l'étude de MARIAGE et al (2008) qui précisent « *Corcos et Speranza proposent d'évaluer le profil alexithymique selon sept traits regroupés autour de quatre éléments qui sont l'activité imaginaire (nombre de réponses faibles, nombre de kinesthésies humaines faibles), l'affect (réponses affectives restreintes traduites par un poids faible de la somme des réponses couleurs, des affects pauvrement intégrés)...* » (A. MARIAGE et al, op.cit, p383)

Les réponses Kinesthésiques quasi-absentes dans le protocole viennent confirmer une identité mal différenciée, ou comme le dit N. Rausch De Traubenberg « *Dans ce cas il ya projection de l'anxiété concernant l'unité de la personne et du schéma corporel, le tout étant si rapidement réprimé qu'il n y a pas de réponse cotable en K* » (N. Rausch De Traubenberg, 1990, p91). En outre, ce refus kinesthésique renvoie à un processus d'individuation considéré comme inopérant, ainsi qu'une absence de l'imaginaire.

Le pourcentage élevé du contenu animal traduit un ancrage dans le réel, à travers le règne animal, ça peut être aussi et comme le précise L. Fernandez, un manque d'imagination et une répression des émotions. Ainsi, ces éléments soutiennent l'hypothèse d'une dimension alexithymique importante chez notre adolescente obèse. Le type de raisonnement intime (TRI) est extratensif pur, cela étaye l'hypothèse précédente, de plus, il rend compte sur une affectivité immédiate, un contact affectif superficiel avec autrui et une instabilité affective. Cela va de pair avec l'analyse de D. Anzieu qui ajoute qu' « *il perd facilement son contrôle émotionnel en face des stimuli externes.* » (D. Anzieu, p83)

Le nombre des réponses Humain est dans la moyenne, cependant, la majorité est associées à des mauvaises formes (F-), ainsi, on suggère qu'il s'agit d'une fuite des

occasions de prendre conscience de soi-même, Khaoula préfère ne pas connaître son attitude profonde envers autrui et se sent effrayée quand ses vrais sentiments envers les autres se voient le jour.

A partir des données précédentes et vu le nombre important des réponses Symétrie et l'association des réponses F- à des contenus corporelles, on peut dire que cela signifie que l'image humaine provoque un malaise chez notre adolescente obèse. On peut, par ailleurs, supposer des difficultés concernant la représentation des identifications et de l'image du corps.

En conclusion, le déplacement sur des contenus animaux facilite, en ce sens, l'expression des conflits dans un contexte de carence imaginaire qui ne permet pas de s'échapper d'une réalité externe frustrante.

L'expression des émergences pulsionnelles paraît cependant globalement difficile et étouffée.

La vie imaginaire se révèle plutôt pauvre et dénuée de toute fantaisie. On peut, par ailleurs,

supposer des difficultés concernant la représentation des identifications et de l'image du corps.

La confrontation des réponses H entières avec celles plus fragmentaires et parahumaines indique cependant que ces patients ont conservé une aptitude à percevoir et à projeter une image globale et intégrative de leur corps, malgré une atteinte probable de l'image de soi.

Ainsi, l'hypothèse d'un profil alexithymique des adultes présentant une obésité semble pertinente au regard de ces résultats et vérifie d'autres études comme celle de Legorreta et al.

d-3 Organisation défensive

Vu le nombre important des réponses de forme (F=85, 71%) dont la majorité sont des (F-), on suppose que les défenses sont purement formelles et tentent de contrôler une situation affective. Une analyse qualitative de ces réponses confirme déjà que ces défenses permettent d'éviter la confrontation aux réactivations pulsionnelles.

L'absence quasi-totale des réponses kinesthésiques et des C rend compte sur une mise à distance de l'affect par le recours à l'inhibition, à l'isolation et à la négation de liens entre représentation et affects donnant une impression globale d'anesthésie émotionnelle.

L'absence des réponses C (d'expression affective) vient témoigner d'un système défensif rigide, ceci est confirmé par un type d'appréhension inversé et rigide. **Ainsi, Toutes les données précédentes confirment l'intensité de la composante alexithymique dans ce protocole.**

Le nombre important des réponses symétrique renseigne sur un mécanisme de **rationalisation**.

Au regard du pourcentage élevé des réponses (An), on suppose que cela ne peut être qu'un signal d'**une régression, une projection et un ancrage** dans le règne animal. Le refus kinesthésique (**K=0**) et le recours massif au formel verrouillent l'expression d'éprouvé émotionnel et inhibent toute tentative projective de déplacement du monde interne vers le monde externe. Cela peut être aussi comme le précise N. Rausch De Traubenberg, l'indice d'une projection de l'anxiété concernant l'unité de la personne et du schéma corporel. (N. Rausch De Traubenberg, 1990). Ces interprétations nous renvoient vers la conclusion que le processus d'individuation est inopérant.

En résumé, nous pensons que l'alexithymie peut constituer, chez notre adolescente obèse, un mécanisme de défense contre la douleur psychique, la dislocation du sentiment d'identité, la frustration et le risque représenté par le débordement imaginaire.

A partir de toutes ces données nous ouvrons le champ sur un ensemble de questions :

S'agit-t- il d'une problématique corporelle ?

S'agit-t-il d'une problématique identificatoire ?

Est-ce que les données des entretiens et de l'échelle étayent cette dimension alexithymique considérable dans le protocole ?

Toutes ces questions trouverons leurs réponses dans l'analyse des données suivantes (les entretiens et l'échelle (TAS-20)).

4- Présentation et analyse des éléments alexithymiques dans le premier protocole Suivant la classification d’Acklin et al, on peut dégager la présence des éléments alexithymiques suivants dans le premier protocole d’Ammar :

Variables Rorschach	Interprétations proposées	Aspects de l’alexithymie
Nombre de mouvements humains (M) faible.	Défaut de capacité à utiliser des fonctions idéationnelles élaborées.	Pauvreté de la vie fantasmatique. Activité imaginaire réduite.
Somme pondérée des déterminants Couleur (WSumC) basse	Difficulté à exprimer ses émotions.	Difficultés à spécifier et à révéler ses sentiments et affects.
Nombre de réponses déterminées par la Forme et secondairement par la Couleur (FC) faible	Résonance des états émotionnels limitée.	Contrôle et expression des émotions inadéquats à l’environnement.
Nombre de réponses purement formelles par rapport au nombre des autres réponses (Lambda) élevé	Style de pensée simpliste et évitant.	Pensée concrète factuelle évitant les ambiguïtés émotionnelles et l’engagement affectif. Stéréotypies perceptives.

Variables Rorschach liées à l’alexithymie (ACKLIN et ALEXANDER, CORCOS et SERANZA et SULTANS et PORCELL (A.MARIAGE et al, 2008)

5- Présentation des résultats à l'échelle TAS-20

a-Scoring de la première passation

Facteur 1: difficulté à identifier les émotions:

Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14

$$1+5+4+2+5+4+1=22$$

Facteur 2: Difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui:

Items 2, 4, 11, 12, 17

$$4+3+4+2+5=18$$

Facteur 3: pensée opératoire:

Items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 et 20

$$4+1+1+5+5+4+1+5=26$$

Score total: 66

6-Rorschach après la relaxation

a- La cotation du deuxième protocole (après la relaxation)

Nom : Khaoula

date :le 01/06/2009

Age : 16 ans

	réponse	enquête	L	D	C	Ba	Obser
<p>planche1 TL 38" ^ TR 36 TT 1' 14"</p>	Comme un monstre	La partie centrale. Sur les côtés les ails. Ses bouts sur les cotés inférieurs.	Gdbl	ClobF-	(H)		Annulation
<p>Planche 2 TL 26" ^ TR 58" TT 1'24"</p>	-Sous forme de deux chiens. Sous forme d'un animal. C'est comme un petit animal.	-le rouge supérieur -L'animal : le noir supérieur. -Le petit animal : le rouge inferieur.	D D D	F- F+ F-	An An An	Ba	
<p>Planche 3 TL 26" ^ TR 47" TT 1'13"</p>	-Ici deux animaux déclinés, penchés.	- Celui-ci (elle montre tout le noir) Celui-ci en	D	Kan	An		

CADRE PRATIQUE

	-Ici un papillon	-rouge	D	F+	An	Ba	Symétrie
Planche 4 23" ^ 52" v	Un ogre géant.	Le noir supérieur sa tête, sur les côtés ses jambes, ses bras : le noir supérieur latéral.	G	clobF-	(H)		
Planche 5 10" ^ 34"	Il m'apparaît comme une chauve-souris... une chauve-souris en train de voler.	tous	G	F+	An	Ba	
Planche 6 TL 17" ^ TR 53" TT 1'10"	Cigogne Un grand animal.	- Le noir supérieur. - Tous ça (elle montre tout le noir sauf supérieur).	D D	F- F-	An An		
Planche 7 TL 9" ^ TR 36" TT 45"	- Ici deux chiençeaux. , en dessous, deux autres chiens. - Celui-ci est un petit animal.	- ça et ça (elle montre les deux formes sur les côtés). - celui-ci et comme ça (elle montre les deux formes en noir sauf la partie supérieure sur	D D	F- F-	An An		Symétrie Symétrie

CADRE PRATIQUE

		les côtés). - Celui-ci en noir foncé (le fil noir central en bas).	Dd	EF-	An		
Planche 8 TL 13" ^ TR 55" TT 1' 08"	-Deux chats. - Ici deux animaux.	- Ceux-ci (le rose latéral). - ça et ça (elle montre le vert supérieur et le vert qui est juste en dessous).	D D	F+ F-	An An	Ba	
Planche 9 TL 41" ^ TR 58" TT 1'39"	Une grande fourmille.	Toute la planche, en dessus sa tête et ses yeux, son corps en vert, ses jambes en orange.	G	F-	An		
Planche 10 TL 15" ^ TR 1' 20" 1' 35"	- Deux scorpions. - Deux oiseaux. - deux vers de terre. - deux autres animaux.	- ceux-ci en bleu. - ceux-ci en jaune (inférieur). -Celui-ci en vert (inférieure). - ceux-ci (le gris supérieur).	D D D D	F+ FC+ FC+ FC-	An An An An	Ba	Ba

CADRE PRATIQUE

	- celui-ci est sous forme d'une chauve-souris.	- celui-ci en bleu (le bleu central).	D	FC-	An		
--	--	---------------------------------------	----------	------------	-----------	--	--

Planche + : 3 et 10.

Planche – : 1 et 6.

Nom : Khaoula

Date: 01/06/2009

Age : 16 ans

Heure: 13h30

Motif de l'examen : une prise en charge psychologique

PSYCHOGRAMME

R =21 =Norme = (20 à 30)	Ad=00
Refus=0	A%=90,47 >norme (35 à 50 %)
Tps total =11mn et 34sec = Norme < 20/30mn)	H=0
	(H)=02
Tps/réponse =33 sec < Norme (45 à 60sec)	H%=9,52 % < Norme (15 à 20%)
Tps.lat.moyen=10sec = Norme (< 20sec)	Hd= 0
G= 4 = 19,04% < norme (20 à 30%)	Elem = 0
D=16 =76,19% > norme (68 à 70%)	Frgt = 0
Dd= 01= 4,76% < norme (6 à 10%)	Sex=0
Dbl=00	Anat = 00
Do= 0	Bot = 00
F=13	Pays=0
F pur = 61,90%	Art=0
F% élargi=85,71% > norme (50 à 70%)	Géo = 0
F+=05	Sc = 0
F- =08	Biologie =00
F+- =00	Ban = 06 = norme (5 à 7)
F+ pur = 38,46% < norme (80 à 85%)	Abstr = 00
F+ élargi = 76,92% < norme (80 à 85%)	Symétrie = 03
K=0	RC% =38,09 > norme (30%)
KP=0	Autres = 0
Kan=01	<u>Type d'appréhension: D → G → Dd</u>
Kob=0	<u>Succession: inversée et rigide.</u>
FC=04	<u>Indice d'angoisse: on ne peut pas le</u>
CF=00	<u>calculer.</u>
C=0	<u>TRI: 0/2 →extratensif pur</u>
FE=0	<u>Formule complémentaire : 1/1</u>
EF=01	<u>Indice impulsivité : C+CF < FC →0 < 4</u>
E=0	NB:
FCLob=0	Choix+ : 9 et 10
CLobF=02	Choix- : 1 et 6
CLOB=0	
An=19	

c- Commentaire

Le deuxième protocole de notre patiente est marqué par une production dans la norme, avec une perception dans le détail, cependant, le temps total est en dessous de la norme, la succession est inversée et rigide et le type d'appréhension est de

D → G → Dd.

Le nombre des réponses globales est proche de la moyenne, ainsi, elles garantissent le caractère adaptatif du fonctionnement cognitif soutenu par un nombre suffisant de banalités dans le protocole (**Ban=6**).

Le pourcentage des réponses détail est supérieur à la norme, cela renseigne sur une intelligence plus pratique, une pensée originale et subtile et une sensibilité perceptive fine et nuancée, mais ça implique aussi une possibilité d'un **éclatement du réel pour laisser le champ à une libération de l'imaginaire.**

Le pourcentage suffisant des **G** et le nombre important des **D** renvoient à une bonne adaptation pratique, à la réalité et une bonne capacité d'analyse.

Vu le nombre important des réponses **A** et l'absence des réponses **H** à l'exception de quelques réponses (**H**), on peut dire qu'il s'agit d'une régression et un ancrage dans le règne animal. On peut supposer aussi que l'image humaine provoque un malaise chez la jeune adolescente.

Ainsi, tous ces éléments nous invitent à dégager l'hypothèse d'une **problématique identificatoire.**

Au regard du nombre des **F**, les mécanismes de défenses sont formels et souples à caractère adaptatif, qui cherche à contrôler les situations angoissantes.

On note aussi dans ce protocole l'absence des réponses couleur **C** et l'émergence des **FC** avec un **TRI** extratensif pur, cela peut être le signe d'une affectivité socialement adaptée, une maturité émotionnelle et une capacité d'entrée en contact affectif. Toutes ces données soutiennent l'hypothèse d'une **réduction du processus alexithymique chez notre patiente.**

Les éléments précédents nous mènent à poser les questions suivantes :

S'agit-il réellement d'une problématique identificatoire ?

Est ce que les données du psychogramme traduisent une remise en fonction de l'élaboration psychique et favorise ainsi la verbalisation de l'état émotionnel à travers le retour au corps symptôme ?

Est-ce que la dimension alexithymique très importante dans le premier protocole va se réduire dans le deuxième ?

Nous laissons l'analyse des autres données recueillies (à travers les entretiens, l'échelle) pour répondre à **toutes** ces questions.

d- Analyse du deuxième protocole

d-1 Processus intellectuel

Le protocole fournis par Khaoula révèle une productivité dans la norme (**R=21**), et ce aussi bien lors de la première passation que trois mois après, avec une perception dans le détail, une succession inversée et rigide et un type d'appréhension de **D → G → Dd**.

La présence de **D** majoritaires dans le protocole, avec un nombre suffisant de **G** équivaut potentiellement à un ancrage dans la réalité et un faible investissement du fonctionnement intellectuel, cependant, le nombre suffisant des banalités renvoie à une recherche excessive de conformisme ou comme le précise L. Fernandez « *un nombre suffisant de banalités traduit une adaptation élémentaire un conformisme social et une participation à la pensée collective.*

Il peut être le signe d'une adaptation aux normes sociales, une conformité au groupe social et culturel, un bon sens quotidien et un attachement aux choses concrètes.» (L. Fernandez, 2007, p100) ainsi, et à la lumière du nombre des **D**, des **G** et des **Ban** supérieure à la moyenne, on suppose qu'il s'agit comme d'un **caractère adaptatif du fonctionnement cognitif et une socialisation de la pensée.**

Au regard du nombre important de **D** associé avec des réponses de bonne forme (**F+**), on peut dégager les hypothèses suivantes :

- Il peut s'agir d'un infantilisme ou une angoisse

- Ça peut traduire un facteur de bon sens ou de «sens commun», recherche

peut-être trop accusée d'adaptation à l'exigence extérieure et par extrapolation contacts aisés avec le concret, le social.

- Il peut être l'indice d'une volonté à contrôler les émotions.

d-2 Analyse dynamique

A la lumière d'un pourcentage important des réponses **FC**, un **RC** supérieur à la moyenne et un nombre suffisant des banalités, on peut dire que cela reflète **une affectivité socialement adaptée, une maturité émotionnelle et une capacité d'entrée en contact affectif**. Cette interprétation rejoint l'explication donnée par N. Rausch De TRAUBENBERG qui mentionne « ...Elles procèdent d'une activité perceptive, certes mais déclenchent un retentissement émotionnel global ou focalisé, fonction de la fantasmatique qui actualise tels besoins ou tels craintes, dans des mouvements vers la communication ou des mouvements de retrait dans une tonalité de plaisir ou de déplaisir : l'évitement total des stimuli couleur pouvant fort bien être une forme de fascination. » (Rausch De TRAUBENBERG, op.cit, p125).

De plus, tous ces éléments soutiennent notre hypothèse sur **la réduction de l'intensité de la dimension alexithymique par une amélioration de l'identification et la description des émotions chez notre adolescente obèse**.

Le refus kinesthésique dans ce deuxième protocole témoigne une projection de l'anxiété concernant l'unité de la personne et du schéma corporel, cela peut être interprété aussi comme un mécanisme de protection contre l'introversion, ou comme le souligne N. Rausch De TRAUBENBERG (1990) « *dépréciation du modèle humain - dépréciation que le sujet ne peut supporter et dont il se défend par un refus ou un rejet.* » (N. Rausch De TRAUBENBERG, op.cit, p125), ces lectures sont confirmée par un évitement des réponses **H**, et le nombre des réponses (**H**) qui semblent dénoter des attitudes infantiles, ludiques et une immaturité affective, elles peuvent être aussi, et comme l'explique D. ANZIEU un signale d'une perte du contact humain profond, de la capacité de s'identifier à l'être humain. Les réponses symétriques viennent renforcer les données précédentes, ce qui va nous permettre de faire l'hypothèse d'une **problématique identificatoire** chez Khaoula.

d-3 Organisation défensive

Globalement, les résultats vont dans le sens d'un **mode de fonctionnement** dominé par des défenses formels qui tentent de contrôler une situation affective pénible, et qui tiendraient par le recours massif à la forme, à éviter les implications projectives. Cependant, l'association des réponses **D** avec des déterminants de bonnes formes (**F+**) rend compte sur un système défensif souple à caractère adaptatif. De plus, le nombre important des réponses symétriques renseigne sur cette tentative de contrôle par un recours au mécanisme de **rationalisation**.

Cependant, Ce retrait dans le rationnel est dépassé par un pourcentage suffisant des **RC** et un **TRI** extratensif pur qui renforcent l'idée d'un **système défensif souple**.

A partir du contenu animal très dominant dans ce protocole (**A%= 90, 47%**), on suggère que c'est un signal d'une **régression** et un **ancrage** dans le règne animal, ça peut être aussi une **projection** et un **déplacement** du mouvement pulsionnel sur des images animales, et ce au service de l'expression des conflits inconscients.

L'absence totale des réponses Kinesthésiques à l'exception d'une seule **Kan** soutient l'idée d'une **problématique d'individuation** qui se confirme par un processus d'individuation inopérant.

En résumé, on peut dire que l'analyse des données de ce protocole confirme nos hypothèses sur l'impact positif de la relaxation psychosomatique sur la libération de l'imaginaire, l'amélioration de la capacité d'expression affective, et la réduction du processus alexithymique chez notre patiente

7- Présentation et analyse des éléments alexithymiques dans le deuxième protocole

Suivant la classification d'ACKLIN et al, on **ne peut dégager la présence aucun** élément alexithymique dans le protocole d'Ammar, ceci traduit l'impact très positif de la relaxation psychosomatique sur la dimension alexithymique de Khaoula.

b-Scoring de la deuxième passation

Facteur 1: difficulté à identifier les émotions:

Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14

$$3+1+1+1+1+4+2=13$$

Facteur 2: Difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui:

Items 2, 4, 11, 12, 17

(l'item 4 doit être inversé: un score de 5 devient 1, 4 devient 2, 3 reste 3, 2 devient 4 et 5 devient 1).

$$5+1+1+1+1=9$$

Facteur 3: pensée opératoire:

Items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 et 20

$$5+1+1+5+3+3+1+1=20$$

Score total:49

Commentaire des résultats des deux passations de l'échelle TAS-20

Il y a une différence significative entre les résultats des deux passations sur le score total de l'alexithymie (la première passation=**66**, la deuxième = **42**); sur le Facteur 1 **Difficultés à identifier ses émotions** ; Test (avant la relaxation) =22 / Retest (après la relaxation) =13, sur le Facteur 2 (**Difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui** : Test=18 / Retest = 9) et sur le troisième item (**pensée opératoire**).

Pour chacune des analyses du test révèlent que le premier score est significativement plus haut que le deuxième, ainsi, nous constatons que la relaxation psychosomatique a générée un changement positif sur la dimension alexithymique de notre adolescente obèse.

8-Analyse des entretiens:

8-1 Evénements importants

- Allaitement prolongé par rapport à la fratrie.
- À l'âge de 5 ans, apparition des états de perte de conscience.
- Traumatisme de l'accident de voiture a l'âge de 5ans.
- Début de la maladie a l'âge de 6ans.
- Des problèmes relationnels avec sa famille à cause de la maladie.
- Le décès de son petit frère qui remonte à un an et demi.

8-2 Analyse des entretiens avec la patiente et sa mère

1- Histoire de la maladie et la psychogenèse : pourquoi la prise de poids :

D'abord, on constate qu'il s'agit tout d'une « mère anxieuse », dépassée, et débordé par l'éducation de quatre enfants dont le cadet est un bébé de 16mois, elle compense ses propres déceptions en prenant plaisir à voir manger son enfant et l'écarte de toute activité extérieure par un amour excessif (les déceptions de la mère sont essentiellement : un mari sans profession, un logement instable, et l'éducation de quatre enfants. De ce fait, la mère répondait aux besoins de son bébé par la nourriture « *j'étais très dépassée par ma maison et mes problèmes avec ma belle famille, arriver au point que je n'arrive qu'a lui donner a manger, mon seul objectif était rien que lui donner à manger* » dans le même enchainement d'idées, Hilde BRUC (1975) précise que *la mère est une génératrice inconsciente de l'obésité, elle met en place un lien constant entre l'alimentation et le plaisir , la sécurité matérielle et affective en fonction de son histoire , elle transmet des habitudes , voire des comportements pathologiques et projettent ses angoisses .*

Il faut ajouter effectivement qu'on trouve chez la mère de Khaoula « une confusion des affects » qui justifie ce que dit Hilde BRUCH «*la confusion des affects est le support de ce qu'on peut appeler : « l'alimentation émotionnelle ».*

Cette confusion se traduit par l'incapacité de l'enfant à faire la différence entre ses besoins affectifs et nutritionnels, de ce fait, on peut adopter l'hypothèse que l'obésité est considérée comme une pathologie traduisant une fixation au stade oral. Par

ailleurs, C. BERDAH précise « *Plus tard, Hilde Bruch, pédiatre et psychanalyste, développe la théorie de la « confusion des affects ». Elle attribue l'origine des troubles du comportement alimentaire des obèses à une mauvaise reconnaissance des émotions installées au cours de la prime enfance par une mère gavante. La capacité de reconnaissance du besoin physiologique de manger n'est pas innée, mais acquise au cours des premiers mois par apprentissage, lors des interactions mère-bébé. Si la mère répond de façon systématique aux signaux de l'enfant par de la nourriture, il développe un conditionnement émotionnel dysfonctionnel.* » (C. BERDAH, 2010, p185)

A l'âge de cinq ans, la patiente a vécu un événement traumatique suite à un accident (il à échappé a une voiture qui a failli le renverser, événement répété à plusieurs reprises au cours des entretiens) « *je me souviens très bien de cette voiture noire, qui à failli me couper en deux, un voisin à intervenu pour me sauver la vie , je me suis en sorti avec une fracture au pieds gauche.*» ceci nous conduit à dire qu'il s'agit d'une « obésité réactionnelle » survenue en réponse au traumatisme.

Bruch pense que la relation d'alimentation entre la mère et l'enfant affecte l'éducation alimentaire en terme de quantité et de qualité de nourriture proposée et consommée, mais également les futurs habitudes alimentaires de l'enfant, ce qui est le cas de notre patiente ou cette relation d'alimentation a infectée ses futures habitudes alimentaires sous la forme de boulimie.

On peut dire aussi que l'événement traumatique (l'accident) constitue le facteur déclencheur de la boulimie, de la prise de poids et de l'obésité.

On remarque chez le patient un passage d'une obésité de l'enfance à une autre de l'adolescence « *Je n'ai rien senti, j'ai pris du poids.... jusqu' à ce que je me suis retrouvée avec ce corps à 16 ans, c'était comme un passage à vide...* » Gérard APFELDORFER (1991) mentionne « *le fait à propos de la prise alimentaire de l'obèse, peut on évoquer ici une sorte d'état crépusculaire qui entoure la prise de poids, car tout semble s'être passé du point du sujet comme s'il n'avait pas vu, ne s'était pas rendu compte de son grossissement* » (G. APFELDORFER, 1991, p100)

L'obésité de Khaoula semble avoir lieu en dehors d'une activité psychique, comme le dit la patiente « *Avant cinq ans j'étais maigre, à six ans j'ai commencé à prendre du poids jusqu'au aujourd'hui...j'ai maintenant 79 KG, c'était comme un*

rêve, je ne me souviens pas comment j'ai pris ce poids, des fois, je me dis que c'est pas vrais, c'est comme un délire ou un terrible cauchemar...» selon B. WAYSFELD et M. LE BARZIK « *L'individu ne sortirait de cet état psychique qu'une fois advenu un certain surpoids, une fois réalisée l'acquisition d'un palier pondéral nouveau et différent pour le sujet. Le sujet est passé à autre chose, il a changé de forme, il est devenu obèse, en un mot, il s'est métamorphosé, il peut dès lors sortir de son sommeil. ou de sa léthargie. L'obésité pour ne pas dire déjà la somatisation pondérale semble ainsi avoir lieu en dehors (ou presque) d'une activité psychique consciente – à moins qu'il ne faille envisager de parler de mécanisme de déni.»* (B. WAYSFELD, M. LE BARZIC, B. GUYGRAND, 1978, p43)

Dans la même perspective, la psychanalyste Nathalie DUMET (2002) parle de mécanisme de déni « *Au fond tout semble se passer comme si une amnésie, partielle au moins, couvrait d'opacité cette période durant laquelle le corps se met à sécréter l'enveloppe graisseuse, à prendre du volume.»* (DUMET Nathalie, 2002, p34)

La patiente dit « *Non, je ne sens pas la lourdeur de mon corps et de mon poids; mes amies me parlent jamais de ça, moi-même je ne ressens plus que la moindre différence des autres. J'oublie que je suis obèse, comme si je m'oublie...»* on constate ainsi que la patiente montre une adaptation psychologique apparente défensive pour compenser l'anormalité pondérale, par le déni d'une part de la réalité pour compenser l'anormalité de l'aspect physique. Par ailleurs, Dumet précise « *Comme s'il n'y avait pas eu chez ces personnes connaissance ou prise de conscience de leur changement corporel, de leur transformation physique. Et du jour au lendemain (ou presque) en somme, ces personnes se (re)trouvent, se réveillent obèses. Mais le réveil est loin d'être ici idyllique comme cela se passe au contraire dans la plupart des contes et récits mythologiques ! C'est un réveil douloureux pour ne pas dire traumatique, fait de nouvelles perceptions et sensations.»* (N. DUMET, 2002, p34)

D'un point de vue systémique, nous remarquons que la structure familiale de notre cas favorise le développement de la maladie (l'obésité), ceci du fait que la patiente est le troisième membre qui porte le même symptôme sans qu'il y ait une

cause héréditaire ou organique précise.

On retrouve aussi dans cette famille, une réduction des contacts « *Dans ma famille, on se parle rarement, on n'est loin l'un de l'autre, lorsqu'on parle, c'est des discussions courtes sur des sujets précis. Je me pose toujours la question: pourquoi on se communique pas dans notre famille? Ma mère me dit que les discussions inutiles provoquent des grands problèmes au sein de la famille...* »

Au niveau des limites interpersonnelles, on parle de fragilité puisque chaque membre de la famille pénètre le domaine de son voisin (la grande sœur pénètre tous les domaines de son frère et ses sœurs), la mère à son tour pénètre celles de son mari et ses enfants. De cela découle l'impression que l'excès de soin n'est pas l'apanage des parents, mais que les enfants le pratiquent aussi à l'égard de leurs parents.

Salvador MINUCHIN a mis en évidence quatre caractéristiques communes à l'ensemble des familles psychosomatiques « *Si aucune de ses caractéristiques ne suffit en tant que telle, déclencher ou à renforcer un symptôme psychosomatique, tous les traits transactionnels qu'elles impliquent peuvent être tenus pour typiques des processus familiaux qui encouragent la somatisation* »

Dans le cas de la famille de Khaoula nous avons repérés deux caractéristiques :

1- L'enchevêtrement qui se traduit par une différenciation interpersonnelle pauvre, les membres de cette famille tendent à faire intrusion dans les pensées et les sentiments d'autrui.

2-La surprotection: *qui se traduit par une intention excessive au bien-être de l'autre* » (dans notre cas il s'agit d'une intention de toute la famille au bien être des membres qui portent le symptôme (l'obésité).

Enfin, et dans la même perspective systémique, nous observons que tous les membres de cette famille sont hypersensibles aux signaux de détresse indiquant l'approche de zones de tension dangereuse ou de conflit menaçant.

2- La dimension relationnelle avec la famille en général et l'attachement à la mère :

Khaoula décrit sa relation avec sa mère comme: « *Une relation superficielle, quelques fois normale...Elle est gentille avec tout le monde, avec moi c'est différent,*

on se dispute tout le temps...Elle veut tout contrôler, la maison, mes sœurs et même mon père. Enfin, elle voulait manipuler tout le monde. » Sa mère explique: «Dans le temps j'avais l'habitude de donner à manger à Khaoula chaque fois j'avais des problèmes avec son père. C'était pour moi le seul moyen pour la protéger de ses problèmes, de mes conflits avec mon mari. » Dans le même enchaînement d'idées, la mère précise: «Je veux qu'elle soit une fille obéissante, éduqué et ne dit jamais non à sa mère, c'est ça le seul modèle de fille que je veux.» par ailleurs, nous constatons qu'il s'agit d'une mère narcissique qui cherche l'obéissance de sa fille Amigo SILVIA l'explique d'ailleurs bien: «Le fait de donner à manger à un enfant, c'est essayer d'en faire une équation avec le père : qu'il devienne fort, qu'il grandisse et qu'il soit l'équivalent du phallus. C'est ce phallus que l'on appelle « Père Mort » dans l'ordre de l'être, et c'est ce Père Mort que la mère demande à son bébé d'être, celui qui fonctionne en elle avant l'Oedipe de l'enfant.

Alimenter normativement un enfant, c'est tenter l'équation du phallus, mais cet essai devrait être accompagné de la légitimation du droit de l'enfant de répondre à cette demande alimentaire (que l'on pourrait formuler ainsi : « Restitue-moi le père qui me soutienne ! ») en faisant et en défaisant l'équation de l'Urvater phallique. Il est crucial que la mère laisse une marge de liberté où l'enfant puisse ne pas se sentir contraint d'avoir le profil qui satisfasse cette demande.» (S. AMIGO, 2006, p120)

On remarque que tout au long de l'entretien avec Khaoula, qu'elle ne cessait de parler de la maltraitance et la violence de sa mère. «Elle est dure et sévère avec toute ma famille. Quand j'étais petite, elle m'a marquée avec sa brutalité, sa violence et son agressivité. Elle me frappait avec une grande haine. Elle me frappait souvent à causes des bêtises de mon frère et sœurs, je paille les peaux cassées de tout le monde.»Cependant, elle lutte tout au long des entretiens pour nous démontrer une

explication logique de l'attitude de sa mère « Je comprends, j'avoue que je trouve toute cette dureté normale, parce qu'avant et après tout, c'est ma mère. J'ai toujours pardonnée, je comprends ses comportements parce qu'elle essaye de se rattraper en me donnant à manger. La nourriture était pour moi un moyen pour faire voir ma mère, ressentir tout le plaisir de ses attouchements, sa tendresse et son amour. »

Irène KAGANSKI insiste sur le fait que « *La transmission psychique s'effectue par les effets de l'inconscient, effets du langage bien sûr, mais l'inconscient se transmet plus particulièrement par le non-verbal : gestes, attitudes, comportements, tout ce qui met en jeu le corps. La nourriture est un des vecteurs les plus importants de la transmission au sein d'une famille, elle sollicite ce qui est de l'ordre de la sensation et de la perception, ce qui met l'eau à la bouche ou déclenche la nausée, ce qui suscite envie ou dégoût...Elle est au cœur de l'instauration des relations précoces à la mère, participe au déploiement d'un ensemble de relations complexes qui accompagne le développement de l'enfant et sa découverte du monde.* » (I. KAGANSKI, 2005, p48)

Enfin, nous revenons sur une question très importante: Que peut-on comprendre des mécanismes psychiques et relationnels qui ont dans ces deux familles transformé la nourriture, source de souffrance et de violence, en nourriture objet-plaisir ?

La manière dont cette famille traite la question de l'alimentation ne nous semble pas infléchir l'apparition de troubles des conduites alimentaires, quels qu'ils soient : hyperphagie, boulimie ou anorexie. Par ailleurs, d'après KAGANSKI «*Autour de la nourriture, il existe une atmosphère, des échanges, des émotions qui circulent dans le groupe familial; la nourriture est porteuse des goûts, des rapports au plaisir et au déplaisir, des interdits, des valeurs et de la culture familiale. La nourriture est une partie intégrante du mythe familial, c'est-à-dire de l'ensemble des croyances*

implicites partagées

par tous les membres d'une famille, qui l'identifie comme unique et singulière, qui donne forme aux liens et tisse la trame intersubjective entre chaque sujet se reconnaissant comme appartenant à cette famille. » (I. KAGANSKI, op.cit, p47)

3- le rapport à l'alimentation : pourquoi je mange ? Comment ?

La patiente est très consciente de sa problématique alimentaire, elle semblerait d'ailleurs qu'elle ait été suivie par un psychologue pendant quelques mois. Elle dit à ce sujet : « *Moi j'ai une relation très particulière avec la nourriture depuis toujours.* » Lorsqu'on lui demande de quoi vient cette relation particulière, elle répond : « *Je sais pas. Je l'ai toujours eu. Quand j'étais enfant, on me disait tout le temps, on mange pour vivre et que moi je vivais pour manger. J'ai toujours été passionnée, oui, on m'a toujours dit ça depuis que j'étais toute petite, et c'est vrai que j'ai toujours aimé aller faire le marché, j'ai toujours aimé, goûter de tout, manger de tout et euh, euh ma mère trouvait ça effarent quoi. J'avais une amie qui était d'origine Tunisienne et je mangeais des choses, des boyaux de moutons, des yeux de moutons, des choses comme ça et ma mère me disait mais c'est pas possible mais le fait de connaître d'autres choses ben c'était...je trouve ça important moi. Donc, on voyage un peu dans la nourriture quoi.* » L'analyse de ses propos nous permet de dire que Khaoula reconnaissait manger par « envie » ou « plaisir ». Le fait de grignoter ou compulser était un moyen de satisfaire une pulsion érotique, l'alimentation étant assimilée à une source de plaisir. Déborah MACHAUX-THOLLIEZ (2009) souligne : « *Manger aurait ainsi valeur de passage à l'acte permettant la libération de l'énergie pulsionnelle. En d'autres termes, la personne obèse souffrirait d'une incapacité à exprimer des sentiments d'hostilité et de colère, à régler des situations conflictuelles, ou plus généralement à supporter des émotions intenses. Manger aurait alors la valeur d'un acte auto-agressif, c'est-à-dire que l'obèse retournerait l'agressivité ou la colère non exprimée contre elle-même. Le fait de manger pourrait alors être une façon de se punir, et permettrait d'éviter la dépression.*» (D. MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit, p82)

La mère de Khaoula montre une certaine maturité par rapport à sa propre obésité et

nous explique qu'elle a deux filles qui ont des problèmes de poids, que cela l'angoisse, elle met alors à l'œuvre un discours explicatif de la place centrale que l'alimentation occupe dans sa famille : « *Disons que vu mon obésité, je pense qu'il faut dédramatiser la nourriture donc d'en parler, de tourner autour, c'est aussi une thérapie pour, ben pour vivre correctement quoi. Et je pense que c'est pour ça aussi que chez moi on parle, c'est surtout pas reproduire ce que moi je suis sur mes enfant quoi. C'est très clair. Sinon je pense que de, d'apprendre à apprivoiser la nourriture, ça ne pourra faire que d'eux des adultes sains et sans j'espère des problèmes de poids.* » Ces éléments nous renvoient à la notion du symptôme transgénérationnel, par ailleurs, BENOÎT et CHATOOR, ont révélés un phénomène de transmission intergénérationnelle par lequel les troubles affectifs ou de la personnalité de la mère (du parent) compromettent la relation de soin et peuvent entraîner des troubles infantiles de la régulation émotive et de la stabilisation des rythmes alimentaires. De plus, Ammaniti et al. (2004) confirment, le rôle de la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie maternelle.

La mère, lors de l'entretien, donnera la définition suivante du bien manger :

« *[souffle] ben, Bien manger ! Moi, après, de toute façon manger sainement ou pas! Je dis que tant qu'on mange, c'est déjà pas mal ... On a déjà de la chance. Donc, moi, bien manger, c'est m'arrêter quand j'ai plus faim. Après, la qualité de la nourriture, je me dis tant que j'aurais quelque chose dans mon assiette c'est que j'ai encore faim.* »

A chaque question qui suivra, la mère répondra par la négative : elle ne considère pas important d'équilibrer et varier les plats. Elle ira même parfois jusqu'à se montrer toute puissante, « *j'achète rien de ce que je n'aime pas, donc euh en général, de toute façon, c'est clair. Donc, tout ce que mange, forcément, c'est que je l'aime, que je trouve ça bon.* ». Ainsi, nous proposons de rassembler ces composantes initiales sous la nomination de « *noyau psychosomatique noyau psychosomatique de l'obésité de Khaoula* ». C'est autour de ce noyau initial que vasa construire la personnalité de notre adolescente obèse. H. BRUCH (1975) insiste sur les caractéristiques qui sont fréquemment observées dans les familles d'obèses « *Les mères peu sûres d'elles –mêmes, quand au comportement à avoir avec leur enfant, tendent à compenser cela par une suralimentation et une surprotection. Parfois, c'est le père qui jouera ce rôle. Dans de telles conditions, on attribue à la nourriture une*

valeur affective exagérée, elle sert de substitut à l'amour, à la sécurité et à la satisfaction.» (H. BRUCH, op.cit, p88)

Enfin, nous constatons que Manger pour Khaoula est donc un acte complexe, individuel, riche en symbolismes et significations et qui lui permet de vivre et survivre.

Manger pour elle, est également un acte social qui lui définit, lui identifie et lui construit en tant qu'être humain vivant au sein d'une société. Selon D. MACHAUX-THOLLIEZ « *Manger est donc un acte complexe qui se subdivise en différentes parties, chacune pouvant être le support d'interprétations symboliques. Jean Trémolière (1971) remarquait d'ailleurs que « l'homme est probablement consommateur de symboles autant que de nutriments ».* (D. MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit, p51)

En effet, au lieu d'exprimer leur colère ou même de la vivre, les patients se dépriment et la suralimentation leur sert de défense contre une dépression encore plus grande. Ces personnes ont souvent conscience de manger davantage quand elles sont tracassées ou tendues, et se sentent moins efficaces et compétentes quand elles essaient de se contrôler. On les qualifie souvent de « mangeurs compulsifs », et elles ont conscience de la différence entre la faim véritable et ce besoin « névrotique », impérieux de nourriture.

(H. BRUCH, op.cit, pp156, 157)

Dans la même perspective, dans son exposé sur les aspects émotionnels de l'obésité, Hamburger a énuméré quatre types différents d'hyperphagie. Parmi ses malades, un groupe se suralimentait en réaction à des tensions émotionnelles, de caractère non-spécifique, tels que la solitude, l'angoisse, ou l'ennui ; un autre groupe réagissait par la suralimentation dans des moments de tension chronique et de frustration, la nourriture leur servait alors de substitut de plaisir dans des situations désagréable et intolérables de leur vie, qui se déroulaient sur une longue période. Dans un troisième groupe, la suralimentation était le symptôme d'une maladie émotionnelle sous-jacente, le plus souvent la dépression. Dans le quatrième groupe, la suralimentation prenait la forme d'une accoutumance et se caractérisait par un appétit dévorant intensif et compulsif, qui apparemment n'était pas lié à des événements extérieurs ou à des bouleversements émotionnels.

4- L'image du corps et le rapport au corps ou la relation avec le corps :

Notre adolescente obèse exprime un mal être par rapport à son corps, qu'elle essaie de cacher par ses vêtements, ainsi, elle n'a pas cessait de répéter au long de l'entretien : « *Je ne suis pas satisfaite de mon corps, tout le monde se moque de moi et de mon poids. Même mon petit frère qui n'est qu'un enfant se moque de moi. Je veux être mince... très mince, cachyxiq ue même, parce que j'ai horreur d'entendre dire que je suis obèse... Je déteste mon corps, il me fait une très grande angoisse, je ne l'ai jamais acceptée, il me fait souffrir....Je suis très frustrée à cause de ça...* » Mais surtout, Khaoula a de plus en plus de difficulté à faire face au regard de l'autre. Elle n'aime pas son corps, pas plus que l'image qu'elle renvoie aux autres. Elle s'habille donc souvent avec des vêtements de couleurs sombres, toujours amples, pour « *qu'on ne la voit pas* ». « *Dans la rue, c'est l'enfer, les garçons se moquent de moi, de mon corps et de mon poids. Savez-vous qu'un jour, un ami de classe m'a dit que je dois faire un régime dur, si non je risque d'après lui, d'avoir un corps d'un grand monstre. C'est à ce moment que je me suis rendu compte que je dois faire un régime. N'importe quoi pour perdre du poids et pour ne pas être un monstre comme il l'a dit...* » Par ailleurs, Il s'agit comme le dit STUNKARD d'une image désobligeante du corps car le patient le trouve grotesque et détestable, il à l'impression qu'on le regarde avec hostilité et mépris et ressent une gêne , on peut parler même d'une perturbation de l'image du corps, une détresse psychique en lien avec une faible estime de soi, Kauffer-Chris TAUFFET , en effet insiste sur la détresse psychique des jeunes obèses quand à l'image de leur corps en lien avec une faible estime de soi .

A travers les entretiens on peut dégager un discours qui porte toujours sur « un corps souffrant » non sur « **l'obésité ou l'amaigrissement** », Nathalie DUMET (2002), souligne que « ce n'est pas seulement le poids qui dérange, fait souffrir, c'est l'ensemble du corps qui est atteint donnant naissance au gros corps ». (N. DUMET, 2002, p35)

De plus, il nous semble que notre adolescente ressent comme si son corps ne lui appartenait pas. Ce trouble de l'image de soi serait responsable d'un profond mal-être, auquel la nourriture apporterait un certain soulagement; « *J'avais le sentiment que j'étais quelque part à l'intérieur de moi, mais qui n'était pas moi, qui ne*

m'appartenait pas». JL. TERRA(1994) a retrouvé beaucoup de femmes qui ne « Voyaient plus leur corps » et ne semblaient pas avoir de repères au-delà d'un certain seuil pondéral dépassé. Tout se passe comme si le sujet était « hors corps ». (A. GALLOYER – FORTIER, op.cit, p49)

Khaoula présente une estime de soi plutôt basse et instable, à la fois elle se trouve trop grosse et impuissante au sein du monde dans lequel elle vit, mais en même temps, elle démontre comme une puissante volonté et capacité de fonctionner malgré tout. « *Je me dispute souvent avec mes sœurs à cause de mon poids, ils me disent (KH' china) la grosse, ça me blesse à un point que vous ne pouvez jamais l'imaginer, ça me tue, j'ai essayée de faire un régime avec ma mère, elle a perdu des kilos, moi, j'ai échouée, pour la simple raison que je perd tout contrôle devant la nourriture...J'ai toujours voulu être mince, avoir un corps de mannequin, être mannequin pour moi-même, jamais pour les autres... Mon corps, je ne l'aime pas...Jamais...J'ai toujours voulu perdre du poids. J'ai de très grandes difficultés à trouver des vêtements qui me convient...*»

Cependant, nous constatons que malgré cette image très perturbée de son corps, la patiente montre une adaptation psychologique apparente « *des fois je m'accepte, mes amis me disent que j'ai un corps acceptable...tant que je n'ai aucune maladie je suis très bien dans mon corps* » nous considérons que cette adaptation est utilisée comme un moyen défensif pour compenser l'anormalité corporelle, LE BARZIC (2002) nous explique ainsi que « *Les patients obèses montrent une adaptation psychologique apparente défensive pour compenser l'anormalité pondérale. Par le déni, avec une introversion sous-jacente, le patient obèse est susceptible de se dissuader de toute tentative de perte de poids. Leur incapacité à suivre les prescriptions peut correspondre à une forme de négligence en lien avec la dépression. Finalement les patients obèses dénie une part de la réalité pour compenser l'anormalité de l'aspect physique.*» (D. MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit, p51)

9-La dimension alexithymique

a- Avant les séances de relaxation

1- l'identification et la description des émotions (la capacité à exprimer verbalement les émotions)

L'analyse des entretiens nous permet de dégager de grandes difficultés pour Khaoula à exprimer ses émotions : « *Je n'exprime pas trop mes émotions, enfin pas du tout. De toute façon je ne vois pas comment je pourrais le faire, j'ai déjà du mal à comprendre comment ça marche pour moi.* » Elle ajoute dans un autre entretien: « *Je me sens comme une muette, je n'ose jamais parler librement de mes sentiments, pour dire à mère par exemple ce que je ressens pour elle, mes sœurs, c'est toujours un sentiment de vide. Je suis totalement différente de mes sœurs, elles parlent souvent avec ma mère, de leurs problèmes etc.... Moi je perçois de grandes difficultés quand je pense aux autres, même s'il s'agit de personnes très proches de moi. Je ne pourrais jamais leur dire ce que je ressens pour eux.*» KRYSTAL a décrit chez les individus alexithymiques une diminution de l'aptitude à l'empathie, ce qui n'a rien de surprenant, étant donné la difficulté qu'ils ont à reconnaître et à utiliser leurs propres sentiments comme signaux pour eux-mêmes.

Pour faire face à ses émotions pénibles, Khaoula dit:« *Je me réfugie dans mes larmes, dans une tristesse infinie, je me souviens bien quand j'ai perdue ma tante maternelle, tout le monde pleurait sauf moi, ma grande sœur m'a fait la remarque que je n'ai pas pleurée. Je ne vous cache pas, je pleure rarement et je ne sais pas pourquoi les gens pleurent...Je ne ressens rien et lorsque je veux parler de ça, tous mes mots m'échappent et me trompent, j'ai l'impression que mes mots me trahissent.*

Des fois je me dis qu'un jour j'exploserais et je dirais tous ce que j'ai caché à l'intérieur de moi-même pendant seize ans.» Dans un autre entretien, elle précise « *Dans mon cas, il faudra parler sans doute d'idiotie affective. Je n'aimais bien personne car je n'en étais pas capable. Il ne m'était donc pas possible d'avoir un contact émotif avec le monde.* »

Pour notre patiente, l'alexithymie pourrait donc avoir une valeur défensive, et ce contre les difficultés d'ordre émotionnel, contre la faible estime de soi, et la perte d'identité. Selon PIDINIELLI l'alexithymie serait: « *une forme particulière de*

fermeture au sens des événements internes (émotionnels) comme externes, fermeture dont le mécanisme et les effets sont totalement différents de ceux de la névrose et de la psychose. Cette privation de sens liée au style particulier de communication fait de l'alexithymie l'un des paradigmes de l'analyse de l'élaboration psychique du somatique, aux côtés de l'hystérie, de l'hypocondrie et du langage d'organe.» (PEDILIELLI, 1992, p. 122).

Enfin, nous constatons que les propos de la jeune fille montrent qu'elle se contente d'un récit descriptif, factuel où peu de sentiments et d'émotions ne transparaissent et elle s'étonne toujours quand les autres lui renvoient un sentiment. *« Le mot calme a aussi pour moi un aspect inquiétant et sinistre. Le calme est tellement tranquille (et je ne conçois pas cela comme un mot d'esprit mais plutôt dans un sens lyrique, comme une forme de tristesse). Qui dit calme dit toujours presque le calme du tombeau et déjà la mort. Quand quelqu'un est mort, on dit de lui qu'il est enfin tranquille.» «C'est que le sens existe. Ce qui a pour conséquence nécessaire que le non-sens existe aussi. Il se peut pas que tout ait un sens.»*

Ici notre patiente utilise le comportement addictif comme moyen de régulation de ses perturbations émotionnelles - qui découlent de ses difficultés cognitives à identifier et élaborer les émotions et d'une faible capacité d'introspection. Mais la conduite addictive qui, au total, renforce les difficultés émotionnelles, lui enferme dans un fonctionnement rigide autour d'elle. PIDINELLI (1985) considère *« L'alexithymie comme un négatif de la névrose [...] qui désigne une articulation spécifique entre : limitation de la dimension imaginaire, relation au corps, agir, place de l'autre.»* (M. CORCOS et M. SPERANZA, op.cit, p 58). Par contre, SMADJA souligne que l'absence d'expression affective chez le patient opératoire *« est l'absence de libido.»* (SMADJA, 1998, citer par M. CORCOS et M. SPERANZA, 2003, p 59)

De ce fait, on peut dire que les affects et les représentations pénibles sont gelés, aucun travail psychique ne se fait.

Ici l'évitement de la pensée et des éprouvés psychiques a pour fonction essentielle de ne pas mettre en péril l'organisation d'être au monde que très tôt, elle a mis en place pour moins souffrir. Il rend compte d'un mécanisme interne de barrage inconscient et préconscient d'affects et de représentations potentiellement dépressogènes.

2- la description détaillée des symptômes et le recours à l'action (La description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques)

Au cours des entretiens et des séances de relaxation, nous repérons que Khaoula se décrivait comme quelqu'un qui souriait, riait ou pleurait rarement. Bien que quelques fois irrité ou légèrement déprimé, elle ne se considérait pas comme quelqu'un d'émotif et était incapable de se souvenir d'aucun rêve. Par ailleurs G. J. TAYLOR souligne : *« Il leur arrive d'avoir des accès de colère et des crises de larmes, mais quand on les questionne sur ils sont incapables de d'en dire plus sur ce qu'ils éprouvent (Nemiah, 1978). Ils ont tendance à passer à l'acte pour exprimer leur émotions ou à éviter les conflits. »* (G. J. TAYLOR, in revue Française de psychanalyse, 1990, p771)

Son mode de pensée reste très polarisé sur le réel comme le démontrent ses longues descriptions à caractère pratique, logique et concret qui sont les signes d'une pensée opératoire. Durant les entretiens, elle s'est étalée dans de longues descriptions de sa maladie et sa douleur : *« Je me ressens comme une condamnée à mort, oui, avoir un corps aussi gros pour moi est une condamnation à mort. Mes douleurs ne cessaient pas, lorsque je me réveille le matin, je me dis que j'ai échappée encore une fois à la mort. Je sens des douleurs partout dans mon corps... Tout mon corps, mon dos, ma tête et même la surface de ma peau. J'avais souvent envie de crier pour que ma souffrance s'éteigne et mes maux se diminuent... Je n'ai personne à qui parler, sauf vous. »* *« J'étais toujours prisonnière de cette recherche de mots, afin de dire ce que je n'ai jamais dit, dévoiler ce que je ne pourrais jamais avouer. »* Pareillement, nous constatons que notre adolescente obèse mène l'existence d'un robot, évoluant dans la vie d'une manière mécanique, presque comme si elle suivait les instructions d'un manuel. Son fonctionnement émotionnel contenu et sa vie psychique intérieure apparaissent quelques fois à travers la raideur de son attitude et l'absence de mouvement d'expression du visage. Cela peut mener à ce que Pierre MARTY et le groupe de l'école de Paris ont nommé « vie opératoire », état dans lequel le sujet est pratiquement privé de tout fonctionnement mental de niveau supérieur et plus ou moins réduit aux mouvements d'une existence de robot, concrète et rétrécie à l'extrême et centrée uniquement sur la réalité et les faits de l'existence. Les liens sont brisés entre le passé et le présent, entre le corps et l'esprit, et, selon les mots de

Robert Emde (1984), entre le soi et son noyau affectif. Par ailleurs, d'après M. CORCOS « *Dans le cas d'alexithymie, plusieurs situations se rencontrent: sujets décrivant plutôt des actions que les conséquences affectives des situations qui les ont provoquées (la particularité porte sur le discours, non sur le comportement.)* » (M. CORCOS et M. SPERANZA, op.cit, p 119)

On peut dire aussi que son recours à l'action de s'alimenter a pour objectif l'évitement des conflits ou l'expression des émotions. Selon N. CAZENAVE « *Afin d'éviter les conflits ou pour exprimer ses émotions les individus alexithymiques auraient recours à l'action, le plus souvent de manière impulsive, voire compulsive (Taylor, Bagby, & Parker, 1991), du fait qu'ils ne peuvent réguler leurs émotions par eux mêmes ou par le biais des relations interpersonnelles (Speranza & Atger, 2003). Le déficit de la capacité d'autorégulation entraînerait une impulsivité et agressivité, notamment dans les conduites de consommation de substances (Khantzian, 1990 ; Miller & Brown, 1991).* » (N. CAZENAVE, 2006, p63-64)

Superficiellement, notre patiente semble souvent bien adaptée et montre un haut degré de conformisme social. Selon McDougall (1974) et Jackson (1977, 1982), il s'agit toutefois d'une «pseudo-normalité», car, lorsqu'on y regarde de plus près, ils n'ont guère de contact avec leur propre réalité psychique... Dans leurs relations interpersonnelles, ils ont tendance à établir une dépendance notable ou bien également à préférer être seuls et éviter les gens. De plus, Krystal (1979) a décrit chez les individus alexithymiques « *Une diminution de l'aptitude à l'empathie, ce qui n'a rien de surprenant, étant donné la difficulté qu'ils ont à reconnaître et utiliser leurs propres sentiments comme signaux pour eux-mêmes. Cette diminution peut s'observer aussi dans la relation psychothérapeutique ou psychanalytique, dans laquelle le patient perçoit fréquemment l'analyste comme un double de lui-même.* » (G. J. TAYLOR, in revue Française de psychanalyse, 1990, p771)

3-la distinction entre émotions et sensations corporelles

On remarque que tout au long de l'entretien avec Khaoula, qu'elle ne cessait de parler de son corps. Elle répondait à toutes nos questions sur ses émotions et son ressenti par une description de ses symptômes physiques. « *Je suis obsédé par mon poids, je vis par lui et pour lui, il m'est t'arriver de me réveiller la nuit pour s'assurer*

que je n'ai pas pris du poids. Je respire pour ça et rien ne pourra me changer...Je sens souvent la lourdeur de mon corps, des douleurs au niveau de l'abdomen et des maux de tête. » Selon J.B. DETHIEUX et al (2001) « *Les caractéristiques de ces patients sont les suivantes : ils se plaignent essentiellement de symptômes somatiques ; leur mode de communication se caractérise par une pensée symbolique absente ou notablement réduite rendant peu abordables leurs sentiments et désirs; la pensée est prosaïque, utilitaire et occupée par les détails des événements extérieurs, avec une difficulté frappante pour les sujets à reconnaître et à décrire leurs propres sentiments ainsi qu'à faire la distinction entre états émotionnels et sensations corporelles. Leur activité mentale semble dénuée de rêves et de fantasmes et ils ont tendance à passer à l'acte pour exprimer leur émotion ou éviter les conflits. On constate alors un surinvestissement dans le domaine des sensations liées à l'extériorité, au contact des surfaces, par opposition au domaine des émotions, de l'échange affectif et de l'intériorisation des liens, qui est détournée. Jeammet nomme cet état le « culte de la sensation » ».* (J.B. DETHIEUX et al, 2001, p132)

Cette accroche au percept, à la sensation, nous paraît témoigner d'une fragilité narcissique en lien avec la nature des liens infantiles. Selon F. LAMOTTE et al « *La fragilité narcissique, la lutte contre les processus introjectifs, conduisent parfois certains adolescents à des aménagements défensifs, qui s'appuient davantage sur la réalité externe perceptivomotrice que sur le monde interne des représentations et des affects. Cette lutte contre les processus mentaux est le corollaire de leur lutte contre l'objet. Ils vont substituer à cette relation d'objet une relation d'emprise et d'agrippement à un élément du cadre perceptif.*» (F. LAMOTTE et al, 2009, p5)

Dans le même enchaînement d'idées, Hilde BRUCH précise que dans le cas où l'enfant, en grandissant, ne recevrait pas une réponse appropriée de la part des parents, c'est-à-dire une réponse confirmant sa propre perception, les premières expériences de sensations corporelles ou émotionnelles demeureraient confuses. Par conséquent, pour elle, si les parents tendent à avoir des réponses inappropriées dans les interactions avec l'enfant, qu'elles soient trop permissives, négligentes, inhibitrices ou encore soucieuses à l'excès, la capacité de l'enfant à percevoir et à faire sens de ses états internes resterait peu différenciée.

Le discours de Khaoula semble très pauvre quant à son contenu affectif, plus factuel, plus direct et plus court. Cela traduit un défaut de reconnaissance des émotions et des

sensations corporelles « *C'est toujours très difficile de décrire une émotion avec des mots, quoi, euh..., ben..., je vais vous dire, décrire ce que moi je ressens quand j'ai une douleur psychique, mais, c'est ça dépend aussi de..., comment..., ça dépend..., je ne sais pas, peut-être..., voilà, c'est plus... une expression comme ça sur le visage, je ne sais pas ! Le visage froncé, les..., les yeux fermés, et puis, euh..., peut-être les pleurs qui, qui, qui veulent sortir peut-être, s'il y a une angoisse aussi, une boule dans le ventre, euh..., une nervosité, une..., je ne sais pas, peut-être je n'ai pas, euh..., ressenti beaucoup de douleurs psychiques dans ma vie, mais, que c'est assez difficile à... expliquer, ouais ! C'est de la tristesse, quoi, donc, douleur psychique ? Toutes les sensations de ventre quand même, et ventre un peu noué, avec envie de pleurer, une boule dans la gorge, peut-être, un visage fermé, et puis, euh... Je ne sais pas... Ok.»*

Ici l'évitement de la pensée et des éprouvés psychiques a pour fonction essentielle de ne pas permettre l'émergence des affects douloureux, L'alexithymie pourrait donc avoir pour notre adolescente obèse une valeur défensive contre les difficultés d'ordre émotionnel, contre la faible estime de soi. Elle serait « *une forme particulière de fermeture au sens des événements internes (émotionnels) comme externes, fermeture dont le mécanisme et les effets sont totalement différents de ceux de la névrose et de la psychose. Cette privation de sens liée au style particulier de communication fait de l'alexithymie l'un des paradigmes de l'analyse de l'élaboration psychique du somatique, aux côtés de l'hystérie, de l'hypocondrie et du langage d'organe* » (PEDINIELLI J.L, 1992, p. 122).

4- La vie imaginaire

Tout au long des entretiens, Notre adolescente n'a pas cessait de dire qu'elle ne rêve pas : «*Oui, je ne rêve plus ça fait des mois, pour ne pas dire des années. J'ai perdue ma capacité de rêver,...C'est comme un photographe qui a perdu son appareil à photos. Je dors et je me réveille comme un robot, une fois je me suis posé la question, est ce que je récupérerais un jour mes photos de souvenirs, actuellement, j'ai oublié comment ça se passe. Même si je ferais des rêves, je me contenterais de quelques scènes qui n'ont aucun sens, noir et blanc, il n'y a pas de couleurs. Même si je rêve, je ne me souviendrais jamais de son contenu...Mon avenir euh... disons que j'ai arrêté de rêver aussi... maintenant je vais... bon tout ce que je veux en fait euh... comment dire...*

redevenir normal, disons être bien dans la vie et me sentir bien et pis voilà vivre... vivre mieux quoi... me sentir bien... dans la société, ne pas me sentir exclue...»

Pour Taylor, les premières observations cliniques de l'alexithymie décrivaient que les personnes alexithymiques avaient un rappel de rêve limité, avec des rêves courts, simples et appauvris. Leur contenu mental était plus concret, manquait de fantaisie et de couleur. Ces personnes revivaient dans leurs rêves, une expérience quotidienne sans la symbolisation, la condensation ou le déplacement généralement rencontrés dans les rêves. Par conséquent, ces rêves étaient problématiques en thérapie par rapport aux rêves des personnes non alexithymiques. (G. P. TAYLOR, 1990)

Ici l'absence de rêves vient confirmer l'hypothèse d'un **fonctionnement alexithymique**, Sami-Ali parle de la notion du **fonctionnement banal** :« *Dans Le banal (1980), j'ai avancé l'hypothèse d'une autre pathologie, précisément organique, faisant pendant au refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire et que détermine l'attitude fondamentale à l'égard du rêve. Attitude qui résulte du refoulement caractériel de l'activité du rêve et qui tend à perpétuer ce même refoulement. Il s'ensuit non seulement l'oubli systématique des rêves, mais aussi la perte d'intérêt à leur égard. A la limite, peu importe qu'on se souvienne ou que l'on ne se souvienne pas des rêves, tellement est grand le désinvestissement.*

Fonctionnement paradoxal au plus haut point, car les rêves existent objectivement, comme l'attestent les études électro-encéphalographiques, mais n'existent pas objectivement. C'est là une manière d'être aliéné à soi mais content de l'être, coupé de soi sans cependant en souffrir.» (Sami-Ali, in revue Française de psychanalyse, 1990, pp763-764)

Elle ne se souvenait jamais d'aucun rêve et nous étions presque incapables de comprendre quoique ce soit de sa vie intrapsychique. Les efforts d'interprétation s'avèrent inutiles. Cependant, elle nous parle au troisième entretien d'un rêve qui se répète parfois encore avec toujours pour même résultat le réveil dans l'angoisse. «*Encore qu'il m'est déjà arrivé de rêver que je mangeais et en me réveillant, je ne savais pas si j'avais mangé ou pas alors là c'est grave (rires) voilà c'est tout, vous avez d'autres questions parce que je ne vois pas quoi dire de plus. »*

Même si notre cas nous parle de rêve, son contenu mental reste archaïque, explicite, dépourvus de la couleur et du symbolisme caractéristiques des rêves et des processus primaires. Par ailleurs, Sami-Ali souligne *«Ici, tout est refoulement, sans retour du refoulé. Etat de choses qui aboutit, soit à la disparition des rêves de la vie psychique, soit à la modification même de la fonction du rêve : désormais n'apparaissent que des rêves de travail, programmés par le surmoi et destinés à être la négation du rêve. Ce qu'on prend à tort pour des rêves de réalité marqués par une carence élaborative répond en fait à l'injonction de ne pas rêver et sont ainsi l'équivalent de l'insomnie. Cela constitue déjà une critique fondamentale aussi bien de la pensée opératoire que de l'alexithymie, pour autant que l'une et l'autre méconnaissent la profondeur du travail de refoulement.*

Travail qui, par ailleurs, fait un avec le fonctionnement caractériel et qui, pour être pensé, exige un autre modèle théorique.» (Sami-Ali, in revue Française de psychanalyse, 1990, p764)

Enfin, nous constatons que ces données confirment une dimension alexithymique persistante chez Khaoula.

b- Après les séances de relaxation

1-L'identification et la description des émotions (La capacité à exprimer verbalement les émotions)

Tout au long du travail psychothérapique, nous avons repéré une amélioration significative de l'expression affective, ainsi, notre adolescente a déclaré dès la première séance: *« J'ai grande confiance dans cette technique et je souhaite avoir une amélioration certaine et durable et participer longuement et avoir aussi recours à d'autres thérapeutiques durables par la relaxation et faire diminuer cette maladie....Après la séance de relaxation, je me sens apaisée et je souffre moins, mais cela ne dure qu'un jour, un jour et demi.» « Je veux croire en ce traitement. La maladie me change ma vie, alors je veux y croire pour essayer d'améliorer mon état.»*

A la deuxième séance de relaxation, on a bien noté une résurgence de souvenirs de

l'enfance qui semblaient oubliés. Le premier (le bras foulé à six ans) est un souvenir douloureux. Il s'agit d'une blessure, et l'évocation s'accompagne d'une décharge motrice : tout en restant sur la table de relaxation, elle bouge les différents segments de son corps.

A la troisième séance, Khaoula exprime plusieurs ressentis : *«J'ai toujours essayé de comprendre la boulimie, cette compagne de toujours qui se rapproche de moi jusqu'à me posséder quand je suis seule, angoissée ou quand je m'ennuie avec moi-même.»* Dans ce même esprit, M. GAGNANT (2008) avait déjà constaté que le fait de *«Réussir à dire ce qui s'est passé quand il reste un souvenir est déjà un tour de force et un premier espoir de guérison mais les réactions de l'entourage font souvent peur...la peur de ne pas être crue, la peur d'être à nouveau rejetée, jugée, la sensation de nullité.»* (M. GAGNANT, 2008, 42), selon le même auteur : *«La solution, comme l'origine de cette pathologie, doit passer par le cerveau émotionnel puisqu'à mon sens la boulimie est une pathologie du cerveau émotionnel. ("Cerveau des émotions")»* (M. GAGNANT, 2008, 42)

A partir de la cinquième séance et à chaque fin de relaxation, la patiente nous dit combien elle était bien, tranquille, détendue. Elle n'a jamais envie de se « réveiller » : *«C'est comme le matin, je n'ai pas envie de bouger. J'aime trop ma couette, mon oreiller. C'est doux, c'est chaud. C'est comme un gros câlin.»*

«L'obésité touche à l'âme puisqu'elle touche à l'image que l'on a ou que l'on se fait de soi-même. Elle fait souffrir, au même titre qu'une cicatrice mal placée, toujours là pour nous rappeler ce que nous n'aimons pas en nous. Elle fait d'autant plus mal qu'elle allie ce dégoût de soi à un sentiment de culpabilité grandissant.» (M. GAGNANT, 2008, 43)

Elle commence aussi à nous parler de ses problèmes, ses ressentis et ses émotions *«Il y a des problèmes, beaucoup de problèmes...Mais je n'osais pas les régler, toujours par peur d'être encore une fois déçue de moi, d'avoir honte aux autres. Je préférais ne pas parler de moi et me laisser couler. Et puis, quelle solution me donnait ce psychologue à part changer des choses trop difficiles à changer et détruire le peu de ce que j'avais réussi à montrer par moi-même!*

Toujours cette fameuse peur de décevoir et cette image qui prenait toute la

place...mon image allait bien au-delà de la surface du miroir. Elle le dépassait infiniment. C'était un échec assuré.»

Par ailleurs, selon Marie GAGNANT « *La boulimie se traite par la verbalisation du non-dit, par l'écoute de celui-ci dans le respect sans jugement, dans la reconnaissance de soi en tant que victime et non coupable. Ainsi, par la suite peut se développer un terrain sain sur lequel la reconstruction peut être rendue possible.*»(Ibid, 42)

On tient à préciser que la réaction de notre adolescente face à sa mésaventure peut donc être considérée comme « Humainement normales». On lui présente sa capacité à verbaliser comme un signe de force de caractère et de courage. C'est une démarche essentielle de revalorisation que nous utilisons dans ces cas. Cette patiente dont la blessure est l'humiliation a besoin, avant tout, de soutien et de reconnaissance de sa propre valeur. On a aussi fait un travail qui consiste à développer chez Khaoula une vision plus positive d'elle-même pour l'amener à ne plus se sentir « coupable » mais victime.

Nous tenons à souligner que la relaxation reste pendant les séances suivantes un moment privilégié, qui permet à Khaoula de ressentir, d'éprouver, de mettre en mots les émotions vécues. Le mal de dos, les manifestations compulsives d'autoagression (elle mange féroce les peaux de ses doigts dans les moments de rage contre sa mère), toute cette symptomatologie corporelle et somatique nous fait part que Khaoula est maintenant de plus en plus reliée à des expériences de vie, des émotions, des tensions psychiques.

Il a fallu toutes ces séances pour qu'elle puisse se construire un corps à elle, investi par elle, au sein duquel est née une vraie parole, la sienne. Une parole porteuse d'une pensée plus autonome a pu, peu à peu, prendre corps.

2- la description détaillée des symptômes et le recours à l'action (La description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques)

A la septième séance, la patiente dit: « *Se relaxer représente pour moi se soulager dans ce partage, ne plus se sentir seule, savoir que quelqu'un vous tient la main et vous*

comprend, est une nécessité tout à fait légitime.» « Le travail qu'on a fait ensemble m'a permis de confier à un étranger ce que j'ai jamais dit à mon entourage, même le plus proche. Il m'a donné la chance de savoir ce qui bloque et découvrir le moteur qui me mettra sur le chemin du changement.» Cela rend compte sur une amélioration significative de l'expression affective.

On tient à préciser que cette étape de relaxation est des plus importantes car elle permet une forme de délivrance de la blessure ainsi retrouvée et mieux identifiée, ce qui permettra de déculpabiliser enfin la personne en lui faisant réaliser qu'elle n'est pas coupable de son symptôme mais bien victime. Pour Marie GAGNANT (2008) « *Cela dépasse tous les discours et le fait de pouvoir évacuer les non dits, permet d'entrer plus vite dans le cœur du sujet...La boulimie est une pathologie qui ne se traite que par la revalorisation de la personne, par l'amour, l'affection et les caresses de ceux qui l'aiment et l'entourent. C'est donc et avant tout une pathologie du cerveau émotionnel. Seuls les éléments pouvant agir sur celui-ci sont efficaces.* » (Ibid, p42)

À la huitième séance de relaxation, Khaoula rapporte qu'elle n'a appris que très lentement la confiance en soi et elle ne vint qu'avec le regard des autres, regards qu'elle croyait être une erreur et qui devaient, par la suite, s'affirmer jusqu'à ne plus être ambigus.

En conséquence, nous constatons que la verbalisation de cette souffrance est difficile à exprimer, plus encore dans le cas d'obésité. **Nous pensons que** la démarche de relaxation est présentée comme un moyen de vérifier les sentiments réels d'affection de sa liaison d'obtenir aussi un début d'indépendance face à un ancrage dans le réel du corps. Ainsi, Khaoula devient «maître» de sa vie, elle ne subit plus, elle décide de son avenir, écoute attentivement et entrevoit une porte de sortie.

Autrement dit, la relaxation a permis de dépasser la réalité de la sensation, c'est-à-dire le moindre contact avec le monde émotionnel pour que notre patiente puisse sortir de son délire (son corps). Pour GAGNANT (2008): «*La relaxation ; cette solution qui passe par le corps, est le premier moyen de mettre la patiente en phase avec une guérison. La mise en contact direct de celle-ci avec le désordre qui est le sien ne peut se faire facilement autrement...*» (Ibid, p43)

En résumé, il est permis de retenir que la relaxation psychosomatique à facilitée par sa technique à notre adolescente d'établir une relation avec son cerveau émotionnel, principal siège de la pathologie des problèmes de comportements alimentaires.

3- la distinction entre émotions et sensations corporelles

Au début de la relaxation, on note que l'expression affective était totalement effacée du discours de Khaoula; tout circulait par une verbalisation des sensations physiologiques «*Mon cœur battait très vite* », de plus, elle ne donnait ni souvenir ni représentation Psychique, elle se limitait à des perceptions, des sensations corporelles et un affect actuel; elle représentait sans le savoir un pan de l'histoire vécue non subjectivé ni historisé, se donnant comme actuel et agissant. Par ailleurs, **C. Delarue** précise : «*La graisse sera alors une épaisseur supplémentaire, non dissociée de la peau. Le patient n'est plus, à ce stade de surcharge pondérale, à l'écoute de ses sensations corporelles. Il se renferme dans ce corps, où la peau, la graisse, l'enveloppe corporelle vont jouer un rôle de protection entre lui et le monde. Il existe une particularité de l'obésité, sa singularité aussi, c'est la place privilégiée accordée au corps ; c'est lui qui occupe le devant de la scène. Et pourtant, l'adolescent obèse veut et pense se cacher par ce qui se voit le plus : son corps.*» (C.DELARUE, 2010, p256)

Nous ajoutons que notre adolescente obèse se contentait de l'utilisation d'un vocabulaire « objectif » provenant d'une langue commune pour décrire tout le contenu affectif (« *J'étais anxieuse* »).

L'analyse de son discours nous permet de dire que la verbalisation des émotions a passée par trois étapes:

L'extériorisation mentale : l'affect était reconnu chez notre adolescente comme étant une expérience interne subjective mais il n'est pas encore tout à fait toléré. Il est plutôt « expulsé mentalement » et il est vécu comme ayant une cause extérieure («*Ça m'a rendu triste* »).

Cette étape correspond aux quatre premières séances de relaxation psychosomatique.

L'appropriation :

Dans les quatre séances qui suivent, nous retrouvons que l'affect, suffisamment toléré, Est maintenant vécu comme une expérience interne et subjective que notre cas s'approprie: (affect nommé au « je » : « *Je me suis senti triste* ») ;

la signification :

L'expérience de l'affect gagne en complexité et en abstraction par l'association d'éléments de signification. Il s'agit du niveau de l'*insight* ou de la formulation métacognitive d'une émotion « *J'étais triste parce que j'ai eu l'impression de revivre un rejet comme dans mon enfance* ». Pour A. BONNET et J. L. PEDINIELLI « *L'addiction pose un problème de définition et de conceptualisation. L'émotion dans ses différentes modalités (sensation, éprouvé, ou affect) nous semble toutefois au cœur de la dynamique de l'addiction et de la problématique du sujet.* » (A. BONNET et J. L. PEDINIELLI, 2010, p325)

En résumé, nous pensons que l'expérience émotionnelle fait suite à des modifications corporelles que ce soient les mouvements du corps ou des réactions physiologiques.

« *Tout ce travail s'entoure de verbalisation, il s'agit d'apporter au patient un lieu pour exprimer ses sensations et son vécu corporel.* » (Article: **Psychomotricité et obésité chez l'adolescent, C. Delarue, in Journal de pédiatrie et de puériculture, 2010, p254**)

De même, la fonction tonique de la relaxation est considérée comme une communication émotionnelle. « *C'est donc une véritable psychothérapie à médiation corporelle qui est proposée au sujet qui s'engage dans cette méthode. Psychothérapie qui s'adresse plus particulièrement à des sujets pour lesquels parler est déjà une difficulté en soi, ou encore à des sujets souffrant de problèmes psychosomatiques,*

pour ceux dont l'expression de troubles psychologiques se fait à travers le corps (bégaiement, tic, douleur ...). Enfin, cette approche peut être une aide psychologique précieuse pour des sujets ayant une maladie organique grave ou dans les cas de douleur chronique (THOMÉ-REMAULT A., 1995 ; CÉLÉRIER. M-C, 1997).

Enfin, il est remarquable de constater, que notre patiente qui a entrepris une thérapie a maintenant la possibilité d'accéder à des parties d'elle-même qui étaient demeurées jusque-là confuses ou inconscientes. De plus, la relaxation a favorisé, chez la patiente, une meilleure expression affective et une meilleure capacité de compter sur elle-même et ses objets.

4- La vie imaginaire

Notre patiente était entièrement en dehors d'une possibilité imaginative dans les Premiers entretiens.

On s'est renseigné sur l'existence de souvenirs de rêves par l'intermédiaire de questions sur la qualité du sommeil. La patiente répondait spontanément, «normal ». Elle n'était pas étonnée, même si nous avons abordés cette notion dès le premier entretien. Réfléchir à propos de son rêve entraînait une pose, un temps d'arrêt, comme une inspiration, cela a modifié le rythme du dialogue. Lors du troisième entretien, l'adolescente dit qu'elle n'a aucun souvenir de rêve et elle ne se souvient de rien : *«Je ne sais pas, je ne rêve pas, pourquoi voulez vous que je rêve ? Qu'est ce que ça peut changer ?...De toute façon, je n'ai aucun souvenir clair de mes rêves... je n'ai aucun rêve à vous raconter. Rien...Je n'ai qu'un seul rêve ; pouvoir changer mon corps et abandonner éternellement cette ordure.»* Cela nous renvoie à la lecture de C. JOUANNE qui précise dans un article sur la question: *«La pauvreté de la vie imaginaire (troisième caractéristique) se reflète dans le fait que ces sujets rêvent peu et, quand le rêve existe, son contenu est pauvre, factuel et réaliste. Les fantasmes seraient rares, et le souvenir, le récit ou la fréquence des rêves apparaissent très perturbés.*

L'impossibilité de raconter un rêve peut s'apparenter à la difficulté de parler de ses émotions : le sujet alexithymique rêve sans doute (de même qu'il ressent des émotions), mais la verbalisation ne peut se faire. Pedinielli, en 1992, considérait qu'il est difficile de trancher entre une faible activité imaginaire et une activité imaginaire normale ne pouvant être exprimée par le sujet. » (C. JOUANNE, in revue psychotropes, 2006, p196)

Nous ajoutons à cela que notre patiente nous a confiée qu'elle est somnambule depuis l'enfance. Pour elle, c'était comme une soupape de sécurité, elle évacuait son stress nous dit-elle. Depuis quelques mois ce phénomène a disparu. Sami-Ali, à côté de ce modèle de la névrose hystérique, postule une autre forme de pathologie qui est le fonctionnement dirigé par le banal. La caractéristique première de cette pathologie du banal est le refoulement de la fonction de l'imaginaire et dès lors la possibilité du refoulement de l'affect. Ce que Sami-Ali appelle le « méta-refoulement » est donc un refoulement réussi qui ne connaîtra pas l'échec. Là où le mécanisme portait sur le contenu avec Freud, c'est l'ensemble de la fonction, le contenant, qui subit le refoulement. « *Désormais, il n'y a ni rêve, ni fantasme, ni affect, comme si tout devait se réduire à un réel extérieur au sujet. (...) La pathologie de l'adaptation ou du banal est cette forme particulière de fonctionnement normal dans laquelle les traits de caractère remplacent les symptômes névrotiques ou psychotiques, alors que l'adaptation s'effectue au détriment du rêve et de ses équivalents* » (SAMI-ALI, 1998, pp. 84-85).

La nuit qui a précédé sa cinquième séance de relaxation, Khaoula a fait un rêve, elle a rêvé de sa tante morte depuis une année. Lors de la sixième séance, elle nous raconte un deuxième rêve « de sa sœur enceinte, c'était une farce, elle sort le coussin qu'elle avait dissimulé sous son pull. Grugée, Khaoula est en colère contre sa sœur, elle désapprouve cette plaisanterie qui porte sur une question sérieuse comme celle là ». Ce rêve exprime un contexte affectif propice à une grossesse bien réelle.

Ainsi, nous constatons que dans la situation allongée en relaxation (ce qui correspond à la mise à distance de sa situation d'impasse relationnelle), l'émergence de l'imaginaire est apparu, en même temps qu'une légère détente. Ici, la détente permise par la mise à

distance de l'impasse relationnelle permet de laisser s'exprimer l'imaginaire en relaxation.

Subséquemment, notre adolescente obèse ne s'arrêtait pas de répéter : « *Savez-vous que je fais chaque jour un rêve, Je ne sais pas comment ça a changé, mais, je*

fais plus de rêves, ça me plaît, c'est une sensation très agréable, surtout lorsque je fais un beau rêve... Vous m'avez beaucoup aidé à faire retrouver mes rêves, je sens que j'ai changé...J'ai retrouvée encore une fois ma vie». Dans le même enchaînement d'idées, S. CADY explique : «*Pour faire place à la possibilité de changer un fonctionnement, sans que le rêve devienne une impasse, l'aide de la dynamique du rythme corporel (tension-détente)*

est nécessaire. L'atmosphère de la relaxation qui laisse la place à l'imaginaire, avec le support du rythme corporel permet et soutient la réhabilitation de l'onirique, par la permissivité. La relation, support de la potentialité imaginative, est dans ce domaine importante. De ce fait, l'émergence de l'imaginaire a un effet de détente, s'il est bien géré. En définitive, pour la psychothérapie et la psychothérapie de relaxation, il convient de savoir comment fonctionne un patient sur la plan de l'imaginaire, de prendre en compte qu'une situation conflictuelle ou une impasse a un soubassement corporel tonique. Ceci donne une autre possibilité au devenir thérapeutique et permet également de prendre un moindre risque face au processus de somatisation.» (S.CADY in Recherche en psychosomatique, 2004, pp43-44).

En conclusion, nous pensons que la relaxation psychosomatique a permis une reconstruction d'un ensemble psychosomatique où il n'y a pas de coupure entre le corps réel et le corps imaginaire.

10- Analyse générale du cas

Les résultats montrent la présence d'une dimension alexithymique très intense chez notre patiente, qui s'améliore nettement pour Khaoula à la fin des séances.

L'évolution se traduit par une identification plus claire des émotions, une bonne distinction entre émotions et sensations corporelles ainsi qu'une vie imaginaire plus riche.

Ces résultats, au-delà du changement observé, permettent de constater le bien-fondé de ce format de thérapie qui a permis à notre patiente de mieux comprendre son fonctionnement émotionnel.

De plus, nous constatons que la relaxation psychosomatique a donnée la possibilité à Khaoula pour apprécier son labilité émotionnelle puis d'apprendre ses compétences émotionnelles, sans oublier une meilleure prise de conscience de la dimension sociale de l'émotion. Selon Sami-Ali *«La troisième forme majeure de pathologie, qui, elle aussi, se définit par rapport au refoulement de la fonction de l'imaginaire, consiste à passer du refoulement manqué au refoulement réussi. Les rêves commencent par être présents dans un fonctionnement psychique assimilable à la psychonévrose, avant de disparaître plus ou moins complètement, pendant longtemps, pour des raisons difficiles à cerner mais qui semblent liées au deuil. Or, chose remarquable, ce changement de fonctionnement, qui s'accompagne d'un sentiment de perte, ne se limite pas au domaine psychique; il entraîne, au contraire, une modification de la pathologie qui, du corps imaginaire, se déploie au niveau du corps réel, le figuré cédant imperceptiblement la place au littéral et au neutre, cependant qu'on s'enfonce de plus en plus dans une situation qui a tout de l'impasse.»* (Sami-Ali, in revue Française de psychanalyse, 1990, p766)

Nos résultats ont également montré les différences entre les verbalisations avant et après la relaxation. Ainsi, on a souligné le fait qu'avant ces séances, le discours était plus factuel, plus direct et plus court. En accord avec notre hypothèse de travail M. de Bonis (2006) a écrit à propos du discours des alexithymiques: *« Ce n'était pas tant les mots-émotions qui leur manquaient pour parler de leur maladie ou de leurs crises mais bien plutôt une certaine façon d'expliquer ou de dire comment cela était arrivé, c'est-à-dire de les rattacher à des événements»* (DE BONIS, 2006, pp. 122-123).

Les premiers résultats de l'échelle TAS-20 et les protocoles Rorschach montrent que la patiente avait un discours présentant un niveau d'élaboration verbale inférieur à celui de la deuxième passation (Après la relaxation). Ces résultats sont compatibles avec ceux obtenus par PEDINIELLI et al. (1989) à partir du même matériel verbal.

Par contre, nous remarquons après la relaxation une amélioration considérable tant sur le plan psychique que physique « *Vous m'avez offert une aide importante qui me permet de mieux gérer la douleur...J'ai commencé à ressentir une amélioration et une concentration à partir de la quatrième séance. J'étais plus concentrée et même si j'ai mal, j'y pense moins dans ces moments-là.* »

L'analyse des deux protocoles Rorschach et l'échelle (TAS-20) nous a donnée la possibilité de nous rendre compte du changement psychique singulier par l'adolescente dans le cours de sa thérapie. Cela est possible parce que cette situation permet une expression très libre par la mise en mots de ses maux.

L'analyse des relations entre les différentes données permet notamment de voir que quelle que soit le niveau de la relaxation, la perception de relâchement la plus évoquée se situe sur le plan mental, avec des sensations exprimées de détente et de diminution du stress psychologique. De façon plus inattendue, cet effet significatif de relâchement s'observe également lors des évaluations réalisées juste après la séance.

En conclusion, les résultats ont validé nos hypothèses, à savoir que la relaxation a un effet positif sur l'alexithymie de notre adolescente obèse. De plus, le temps passé avec Khaoula a été bénéfique. En effet, il a été remarqué et évalué, que les séances de relaxation effectuées ont permis à l'adolescente d'évoluer dans d'autres domaines comme la poésie.

En somme, on peut dire que nos hypothèses se confirment par rapport à notre cas.

TROISIÈME CAS : Zakaria

1- Présentation du cas

Prénom : Zakaria

Age : 16 ans.

Nombre de frères : 06

Nombre de sœurs : 03

Classement dans la fratrie : il est le septième d'une fratrie de dix, dont trois sœurs et six frères.

Niveau d'instruction : 4^{ème} année moyenne

Profession du père : ex enseignant de primaire (retraité depuis cinq ans).

Profession de la mère : sans profession.

Antécédents familiaux

Sa mère porte aussi le symptôme de l'obésité.

IMC (Indice de Masse Corporelle) =36,07Kg/m, ainsi, il s'agit d'une obésité sévère.

Le patient s'est présenté à la consultation de psychologie externe de l'établissement spécialisé en psychiatrie d'Oued Athmenia suite à une orientation de la psychologue de l'unité de dépistage et de suivi de son école (UDS).

Un entretien préliminaire a été réalisé dont l'objectif était une prise de contact, ensuite, trois entretiens de recherche ont été effectués selon une grille d'entretien. Au cours de la troisième séance on a passé le test de Rorschach et l'échelle (Tas-20) au patient.

Dans le cadre de notre recherche, le patient a bénéficié d'une psychothérapie de relaxation, à base d'une séance par semaine pendant trois mois (total 12 séances de relaxation), après la psychothérapie, on a repassé un Rorschach et l'échelle (TAS-20) au patient. On tient à mentionner que les séances de relaxation se sont déroulées dans le service de psychologie ou une salle aménagée principalement pour ce genre de psychothérapie est disponible.

On tient à préciser que nous avons préparé une synthèse des entretiens avec la patiente et sa mère et nous l'avons intégrée dans l'analyse.

3- Rorschach avant la relaxation

a- La cotation du premier protocole (avant la relaxation)

Nom : Zakaria

Date : 09/03/2009

Age : 16 ans

	réponse	enquête	L	D	C	Ban	Obser
<p>planche1 53" ^ 1'26" v ^</p>	<p>Un insecte qui a des ails et on lui fait une anatomie</p>	<p>L'insecte: toute la planche. Les ails sur les deux cotés.</p>	D	F-	An		Annulation
			D	F+	Nat		
<p>Planche 2 2' 03" ^ 2' 19" v</p>	<p>C'est comme les ails d'un oiseau</p>	<p>Tout le noir</p>	D	F-	An		
			DG	F+	Nat		
<p>Planche 3 25" ^ 49" v</p>	<p>Celle-ci, est la tête de la grenouille. Ça c'est son poumon.</p>	<p>La tête : le noir central supérieur. Le poumon: le rouge central.</p>	G	F+	H	Ban	

CADRE PRATIQUE

<p>Planche 4 1' 36" v 1' 50" v</p>	<p>C'est comme une feuille d'un arbre.</p>	<p>Toute la planche.</p>	<p>G</p>	<p>F-</p>	<p>(An)</p>		
<p>Planche 5 1' 40" v 147"</p>	<p>Elle ressemble à l'ail d'une chauve-souris. C'est tout.</p>	<p>Les ails sur les cotés et la tête continue en haut. Les ails sur les deux coté.</p>	<p>G</p>	<p>F+</p>	<p>An</p>	<p>Ban</p>	
<p>Planche 6 38" ^ 53"</p>	<p>Ça ressemble au corps du chat.</p>	<p>La tête en haut. Sur les deux cotés supérieurs les oreilles. Le corps: tout le noir qui reste.</p>	<p>G</p>	<p>F-</p>	<p>An</p>		
<p>Planche 7 11" v 14"</p>	<p>C'est comme la tête d'un éléphant qui à des pieds, ils l'ont enlevé son abdomen.</p>	<p>La tête le noir latéral. Les pieds sous la tête. Son abdomen: le vide sous-central. Sa poitrine est posée sur sa tête.</p>	<p>G</p>	<p>F-</p>	<p>An</p>		
<p>Planche 8 10" v 19"</p>	<p>Elle ressemble au poumon dans l'abdomen, ici et ici c'est les reins.</p>	<p>Le poumon: le rouge central. Le rouge latérale c'est les reins.</p>	<p>G</p>	<p>Kan</p>	<p>An</p>	<p>Ban</p>	

CADRE PRATIQUE

<p>Planche 9 12" ^ 15" v</p>	<p>Un corps qui a le rein malade. C'est tout.</p>	<p>Le poumon: le vert sur les deux cotés.</p>	<p>G</p>	<p>Kob-</p>	<p>Nat</p>		
<p>Planche 10 13" ^ 26"</p>	<p>Un corps possédant un rein qui s'effrite et tombe en morceaux, un microbe l'attaquait.</p>	<p>Le rouge latéral: le poumon. Le microbe en jaune. Les morceaux du poumon: l'orange inferieure sur les cotés.</p>	<p>D D Dd</p>	<p>F- F- F</p>	<p>Ana microbe Ana</p>		<p>Abstr</p>

Planche + 5 et 7.

Planche – 3 et 10.

Nom : Zakaria

Date: 10/03/2009

Age : 16 ans

Heure: 15H31

Motif de l'examen : une prise en charge psychologique

PSYCHOGRAMME

R =17 <Norme (20 à 30)

An=03

Refus=0

Ad=06

Tps total =30mn et 53sec = Norme
(20/30mn)

A%=52,94 >norme (35 a 50 %)

Tps/réponse =01mn et 19 sec >Norme (45 à
60sec)

H=0

H=0 %

Hd=0

Tps.lat.moyen=1mn et 18sec

Elem = 0

G= 4 = 23,52% =Norme (20 à 30%)

Frgt = 0

D=11 =64,70% = Norme (68 à 70%)

Sex=0

Dd= 01

Anat = 06

Dbl=01

Bot = 01

Do= 0

Pays=0

F=15

Art=0

F pur = 88, 23%

Géo = 0

F% élargi=94,11% >Norme (50 à 70%)

Sc = 0

F+=02

Biologie =01

F- =12

Ban = 01 < norme (5 à 7)

F+- =01

Abstr = 02

F+ pur = 16,66% < Norme (80 à 85%)

Symétrie = 02

F+ élargi = 23,33%

RC% =35,29 > norme (30%)

K=0

Autres = 0

KP=0

Succession: inversée

Kan=0

Type d'appréhension: D → G

Kob=0

Indice d'angoisse=35,29 est ce qu'on peut
calculer en l'absence de Hd+sexe+sang ?

FC=01

TRI: 0/1,5 extratensif pur

CF=01

Formule complémentaire : Impossible de
calculer

C=0

FE=0

Indice impulsivité : C+CF>FC →1=1

EF=0

E=0

NB:

FCLOB=0

Choix+ : 9 et 10

CLOBF=0

CLOB=0

c- Commentaire

Qualitativement, ce protocole est frappant par l'intensité de l'inhibition, le manque d'aisance et le blocage émotionnel face à l'épreuve projective.

Quantativement, les données renforcent les impressions qualitatives puisque la prévalence est manifestement accordée à un nombre réduit de réponses.

Ainsi, l'aspect général du protocole rend compte d'emblée d'une **problématique affective, corporelle, et une dimension alexithymique** très dominante.

Le sujet manifeste une capacité de maîtrise du stimulus non figuratif par un effort d'organisation rationnelle et un travail d'adaptation au matériel. Il ne semble pas stimulé dans sa production par la couleur qui habituellement favorise l'émergence d'affects.

d- Analyse du premier protocole

d-1 Processus intellectuel

Les D sont associés majoritairement à des déterminants perceptifs. Ils montrent donc une maîtrise par utilisation de la réalité objective, adaptative et socialisante, mais aussi une difficulté à pénétrer les tâches. La variance de D, expliquée à 57% par le déterminant F+, vient confirmer ces hypothèses. Le sujet paraît réticent à accepter une sorte de morcellement du stimulus et garantit en quelque sorte une limite entre le dedans et le dehors, en privilégiant les réponses globales au détriment des réponses détail.

Pour Didier ANZIEU, il s'agit d'une limitation d'ordre émotionnel ou intellectuel. Cependant, Nina Rausch insiste sur le fait qu'il s'agit d'un «*Facteur de bon sens ou de «sens commun», recherche peut-être trop accusée d'adaptation à l'exigence extérieure et par extrapolation contacts aisés avec le concret, le social.*» (Rausch De TRAUBENBERG, op.cit, p52). Dans la continuité de ces réflexions, Lydia Fernandez précise que le D élevé est un «*Indice de pauvreté intellectuelle ou culturelle. Sujet qui cherche à échapper à la situation émotionnelle créée par la planche (périphérie de la planche ou regroupement autour de l'axe de symétrie). Meticulosité, anxiété, niveau pas très élevé chez les dépressifs, intelligence plus pratique.* » (Lydia FERNANDEZ, op.cit, 97)

Dans le protocole du patient, les G sont simples, dans la norme, et associées généralement à des formes, de ce fait, elles indiquent la qualité perceptive de

l'ancrage dans la réalité sans effort personnalisé d'élaboration ou de construction (plutôt impressions ou références personnelles associées), elles garantissent le caractère adaptatif du fonctionnement cognitif et elles témoignent de l'insertion dans une réalité perceptive solidement appréhendée et des capacités de cerner un objet total, différencié, rendant compte de l'existence d'un self dont l'intégrité est remise en cause (G simples et absence des Banalités).

Pour Lydia Fernandez, La présence d'une réponse Dbl est la traduction d'une manière de s'affirmer en s'opposant. Régression des mécanismes cognitifs. Inhibition des modes de pensée (pas pensée conceptuelle abstraite très originale).

Le même auteur insiste que le Dbl peut être un signe d'agressivité inconsciente, D. ANZIEU confirme cette hypothèse «*Autrement dit le Dbl est un signe d'agressivité inconsciente... Chez l'extratensif, le Dbl signifie l'opposition aux autres : négativisme, esprit de contradiction, entêtement ; chez l'introversif, il signifie l'opposition à soi : défiance de soi, sentiments d'infériorité, scrupules.*» (D. ANZIEU, op.cit, pp61-62)

Selon Nina Rausch De Traubenberg, «*Le Dbl est davantage l'indice d'une charge agressive inhibée ou refoulée que celui d'une opposition franche.*»(Rausch De Traubenberg, 1990, p63)

La présence discrète de Dd peut prendre une signification soit intellectuel soit affective dont le trait commun réside dans l'esprit de minutie «*Le Dd de bordure indique un sujet qui a envie de s'évader de la planche, n'ose pas et se tient sur la bordure : il exprime ainsi soit un mécontentement par de voies détournées (obsessionnel) soit son angoisse.*»(D. ANZIEU, op.cit, p61)

d-2 Analyse dynamique

Au vu des réponses formelles, on peut dire que le sujet fait preuve d'une trop grande formalisation, d'une logique extrême. Il se défend contre les facteurs affectifs.

Il s'agit de même, d'un étouffement de la vie affective et personnelle et une privation de contact immédiat spontané avec le monde ambiant et soi-même. Selon Lydia FERNANDEZ un nombre élevé des **F-** est le signe d'un «*défaut d'ancrage ou d'une désinsertion du réel. F- peuvent porter sur un vécu interprétatif ou délirant dans la compulsion à percevoir les images dont la valence persécutrice, paranoïde est patente (déformation des perceptions).*»

F mise en défaut par non maintien et échec du contrôle formel. La pression pulsionnelle, fantasmatique ou affective devient trop forte pour être endiguée d'où oscillation des réponses traduisant une lutte entre des désirs contradictoires, entre l'interdit et l'expression.» (Lydia FERNANDEZ, 2007, p99)

A la fréquence élevée des réponses F dans ce protocole se rattacherait la double signification d'une attitude intellectuellement active et d'une adaptation au réel où l'élément culturel joue un certain rôle, pour Nina Rausch De TRAUBENBERG, *«L'utilisation de la forme suppose un lien étroit avec la configuration de l'objet, celle-ci étant dominante, et réduisant à un minimum la participation de l'imagination créatrice et l'ingérence des réactions émotionnelles. Ces réponses ne seront donc pas très personnelles, elles risquent même d'être assez conventionnelles ou simplement logiques mais surtout affectivement peu chargées ; certaines formes ont une signification plus dynamique que d'autres.» (Nina Rausch De TRAUBENBERG, 1990, p73)*

Le même auteur insiste sur le fait que toute inhibition ou dépression se reflétera dans une augmentation des réponses F. Dans certains contextes culturels peu évolués elle signifiera simplement une difficulté à manipuler les réactions affectives symboliquement, alors que celle-ci peuvent très bien être exprimées dans le comportement.

Au vu des réponses kinesthésiques totalement absentes dans le protocole, on peut dire qu'il s'agit d'un refus kinesthésique, ainsi, LOOSLI-USTERI, voyait dans le choc kinesthésique une attitude défensive, un mécanisme de protection contre l'introversiion, celle-ci empêchant à cet âge l'adaptation extérieure. Nina Rausch souligne que *«dans le cadre des théories psychanalytiques l'explication serait différente : l'adolescent ayant abandonné les relations objectales infantiles n'est pas encore apte à construire des relations objectales adultes, ne peut trouver de modèle précis d'identification et manifeste son désarroi devant l'évocation de personnages humains.» (Ibid, pp91-92)*

Le total C bas ressort d'une inhibition émotionnelle, d'un retrait ou d'un certain étouffement de l'expression.

Cette inhibition émotionnelle se confirme par une réponse FC apparaissent qui signent l'inhibition et la sensibilité affective, sensibilité dont l'expression est timide, comme refrénée par crainte de contacts directs avec l'affect plus brutal exprimé dans

le rouge.

L'inhibition affective se reconferme selon Nina Rausch par la présence d'une réponse CF qui peut suggérer la facilité à somatiser les troubles psychiques.

La fréquence élevée des réponses Animales traduit un manque d'imagination et une absence d'effort de production (peut être empêché par l'angoisse). Cependant, ces réponses sont dominées par les (Ad) qui peuvent être interprétées comme un signe d'anxiété à travers la limitation associative et perceptive.

Le protocole est frappant par l'absence des réponses humaines, à cet effet, Nina Rausch De TRAUBENBERG précise *«Un pourcentage très bas de H se trouve aisément dans un contexte très formel, peu affectif, impliquant une approche sèche, objective de la réalité en dehors de toute chaleur et spontanéité.»* (Ibid, p170)

Le protocole est dominé par des réponses anatomiques qui traduisent des préoccupations pour la santé physique (angoisse hypocondriaque), un écran jeté sur les points faibles de sa propre personnalité (sentiments d'infériorité), ou des préoccupations sexuelles exprimées de façon détournées.

d-3 Organisation défensive

Au regard des réponses F très élevé, le sujet fait preuve d'une très grande formalisation; il se défend contre l'émergence des affects.

Cette dominance des réponses formelles nous confirme aussi l'hypothèse de défenses très rigides dont l'isolation est nécessaire d'après L. Fernandez au fonctionnement mental dans une discrimination minimale du réel et de l'imaginaire. Dans la même perspective l'auteur explique *«Parfois excès d'isolation qui entraîne une rupture néfaste entre affects et représentations utilisés comme support d'expressions fantasmatisques ou pulsionnelles dans l'échec des tentatives pour circonscrire celles-ci.*

Pensée originale et subtile, sensibilité perceptive fine et nuancée. Désinsertion par rapport au réel qui se manifeste par une approche du monde arbitraire, voir délirante.» (Lydia FERNANDEZ, op.cit, p96)

Cependant, cette tentative de maîtrise par ses défenses rigides est mise en échec par une pression pulsionnelle, fantasmatisque, affective et par l'émergence d'angoisses centrées principalement sur le corps et le vécu corporel; confirmées par une grande prévalence des réponses Anat, A et Ad. De ce fait, Le déplacement sur ces contenus anatomiques et animaux facilite, en ce sens, l'expression des conflits

dans un contexte de carence imaginaire qui ne permet pas de s'échapper d'une réalité externe frustrante.

Les données précédentes peuvent être interprétées notamment par un ancrage dans le réel du corps, une régression dans le règne animal. A tous ces éléments s'ajoute une problématique affective, confirmée par l'absence des réponses K et la mise à distance des réponses C.

L'expression des émergences pulsionnelles paraît cependant globalement difficile et étouffée. La vie imaginaire se révèle plutôt pauvre et dénuée de toute fantaisie. On n'est donc en face d'une dimension alexithymique intense marquée par les traits suivants :

- Mise à distance des effets émotionnels.
- Capacité à contrôler les projections et effort pour éviter leur expression directe.
- Édification de barrières obsédantes entre dedans et dehors et un recours aux conduites d'objectivation pour repousser les intrusions fantasmatiques.

En résumé, on peut dire que la problématique corporelle, alexithymique et identificatoire est solidement posée pour le patient, ces données trouveront leur confirmation à travers l'analyse des autres éléments.

4-Présentation et analyse des éléments alexithymiques dans le premier protocole Suivant la classification d'ACKLIN et al, on peut dégager la présence des éléments alexithymiques suivants dans le premier protocole de Zakaria :

Variables Rorschach	Interprétations proposées	Aspects de l'alexithymie
Nombre de réponses (R) restreint	Productivité verbale réduite	Manque d'introspection.
Nombre de mouvements humains (M) faible.	Défaut de capacité à utiliser des fonctions idéationnelles élaborées.	Pauvreté de la vie fantasmatique. Activité imaginaire réduite.
Somme pondérée des déterminants Couleur (WSumC) basse	Difficulté à exprimer ses émotions.	Difficultés à spécifier et à révéler ses sentiments et affects.
Nombre de réponses déterminées par la Forme et secondairement par la Couleur (FC) faible	Résonance des états émotionnels limitée.	Contrôle et expression des émotions inadéquats à l'environnement.
Estompage de texture (T) = 0	Recherche de distance relationnelle et difficultés à envisager des relations personnelles avec autrui	Difficultés à entretenir des relations empathiques avec les autres.
Nombre de réponses purement formelles par rapport au nombre des autres réponses (Lambda) élevé	Style de pensée simpliste et évitant.	Pensée concrète factuelle évitant les ambiguïtés émotionnelles et l'engagement affectif. Stéréotypies perceptives.
Nombre de réponses à plus d'un déterminant (Blends) bas	Moindre complexité psychologique.	Recherche de simplification cognitive.

Variables Rorschach liées à l'alexithymie (ACKLIN et ALEXANDER, CORCOS, SPERANZA , SULTAN et PORCELL (A. MARIAGE et al, 2008, p382

5- Présentation des résultats à l'échelle TAS-20

a- Scoring de la première passation

Facteur 1: difficulté à identifier les émotions:

Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14

$$4+4+5+1+5+4+2=25$$

Facteur 2: Difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui:

Items 2, 4, 11, 12, 17

$$2+3+4+5+4=18$$

Facteur 3: pensée opératoire:

Items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 et 20

$$1+1+2+5+5+2+2+5=23$$

Score total:66

6- Rorschach après la relaxation

a- La cotation du deuxième protocole (après les séances de relaxation)

Nom : Zakaria

date : le 18/05/2009

Age : 17 ans

	réponse	enquête	L	D	C	Ba	Observation
planche 1 33" ^ 51"	Comme un papillon ses ails sont ouverts.	Le papillon en milieu (le noir latéral), ses ails seulement.	G	Kan	An	Ba	
Planche 2 2' 03" ^ 2' 19"	Deux ails qui saignent, la tête aussi saigne.	Ici c'est les ails (tout le noir). Sa tête (le rouge supérieur), Et en dessous (le rouge inférieur): le sang. des ails.	D D D	F+- CF- Kob	And And Sg		
Planche 3 25" ^ 49" v	Demi-corps de la grenouille On lui fait une anatomie sur son poumon.	Tout le noir: le corps de la grenouille, et voici son poumon(le rouge central). Au dessus: sa tête.	G	FC+	An		

CADRE PRATIQUE

		Et sur les cotés: ses mains.					
Planche 4 3' 45" ^ 4' 10" v	Comme une feuille d'un arbre fanée....c'est tous.	La feuille: toute la planche. Et au milieu inferieur: sa branche et juste en haut sur les cotés elle apparait fanée.	G	F-	Bot		
Planche 5 16" ^ 43" v	C'est comme des ails d'une chauve-sourisc'est tous.	Voici les ails sur les cotés. En haut, la tête et en bas les pieds.	G	F+	An	Ba	
Planche 6 2'25" v 2'45"	Ça ressemble à un poisson, tapis volant.	En bas: sa tête. Au milieu: son abdomen. Et en haut: ses ongles (il veut par un geste du doigt, que le tapis volant prend toute la planche.)	G G	F- F-	An Obj		
Planche 7 55" ^ 1'33" v	Comme la tête d'un éléphant qui a un seul pied et ils l'on enlevait sa poitrine et il est dessiné en double.	la tête: le gris central. La poitrine au dessus. Les pieds en dessous dessinés deux fois.	G	F±	An		Symétrie

CADRE PRATIQUE

<p>Planche 8 33" ^ 1' v</p>	<p>Elle apparait comme une image de l'intérieur du corps. Ils ont dessiné dans cette image le poumon, les reins et l'abdomen.</p>	<p>Le poumon en haut(le rose central).ici sur les cotés: les reins(le rose latéral), et ici l'abdomen en bas (toute la partie inférieure)</p>	<p>D D D</p>	<p>FC+ F- F-</p>	<p>Hd Anat Hd</p>		
<p>Planche 9 57" ^ 1'30" v</p>	<p>C'est comme une image de l'intérieur de la poitrine, ils ont figuré le poumon d'une personne, son rein est malade.</p>	<p>Le poumon en vert.</p>	<p>D</p>	<p>F-</p>	<p>Anat</p>		<p>Abst</p>
<p>Planche 10 43" ^ 1'20"</p>	<p>Il apparait comme un poumon attaqué par des microbes, il s'effrite et il se découpe en morceaux.</p>	<p>Ici le poumon(le rouge). Ceux ci sont les microbes (le bleu sur les cotés). Ceux-ci sont les morceaux (l'orange inferieur aux sur les deux cotés).</p>	<p>D D D</p>	<p>F- F- F-</p>	<p>Anat Biologie Anat</p>		<p>Abst</p>

Planche + 3 et 10.

Planche - 1 et 4.

Nom : Zakaria

Date: 10/06/2009

Age : 16 ans

Heure : 14H

Motif de l'examen : pour une prise en charge psychologique

PSYCHOGRAMME

R = 17 < Norme (20 à 30)

A% = 41,17% = Norme (35 à 50%)

Refus = 0

Ad = 02

Tps total = 1503 25mn et 03sec = Norme (20/30mn)

H = 0

Hd = 02

Tps/réponse = 1mn et 28 sec > Norme (45 à 60sec)

Elem = 0

Frgt = 0

Tps.lat.moyen = 39sec > Norme (20 sec)

Sex = 0

G = 7 = 41,17% > Norme (20 à 30%)

Nat = 0

D = 10 = 58,82% = Norme (68 à 70%)

Geo = 0

Dd = 0

Sc = 0

Dbl = 0

Sang = 01

Do = 0

Plante ou Botanique = 01

F = 15

Objet = 01

F pur = 88, 23% > Norme (50 à 70%)

Anatomie = 04

F% élargi = 76,47 % > Norme (50 à 70%)

Biologie = 01

F+ = 01

Ban = 2 < norme (5 à 7)

F- = 9

Abstr = 02

F+ - = 01

Symétrie = 01

F+ pur = 25% < Norme (80 à 85%)

RC% = 41,17% > Norme (30%)

F+ élargi = 50% < Norme (80 à 85%)

Autres = 0

K = 0

Indice d'angoisse : 2+4+1=41.17 pas de réponse Sang

KP = 0

Succession: inversée

Kan = 01

Type d'appréciation:

Kob = 01

D → G

FC = 01

TRI: 0/1.5 extratensif pur

CF = 01

Formule complémentaire : impossible de calculer

C = 0

Indice impulsivité : C+CF=FC → 1=1

FE = 0

EF = 0

NB:

E = 0

Planche+ 3 et 10

FCLOB = 0

Planche- 1 et 4

CLOBF = 0

CLOB = 0

A = 05

c- Commentaire

Le protocole fournis par Zakaria révèle une productivité légèrement inférieure à la norme ce qui peut être interprétée comme un évitement, un survol de la réalité. En revanche, si le Rorschach est restrictif sur un versant adaptatif, en lien avec les contenus manifestes, la production n'est pas pour autant coupée des résonances fantasmatiques appelées par les sollicitations latentes.

On peut aussi dire que la participation de Zakaria est importante. Dans une adresse constante au clinicien et dans un souci de maîtrise du matériel, il fait peu de commentaires associés aux réponses et ne s'autorise que très peu à manipuler les planches.

Cependant, il est tout à fait clair que l'intensité du blocage émotionnel s'est réduite, ceci ne peut être que le résultat du travail psychothérapique qui trouvera sa confirmation dans l'analyse des différents résultats.

d- Analyse du deuxième protocole

d-1 Processus intellectuel

Le fonctionnement intellectuel se caractérise par une dénivellation des registres de pensée. La passivité cognitive prédomine au profit de défenses perceptives qui trahissent la pauvreté du travail psychique dans un contexte majoritairement adapté au plan formel. L'approche globale est privilégiée dans ses appréhensions simples et conventionnelles aux planches unitaires qui la suscitent ou aux planches bilatérales dont les dimensions sensorielles sont gelées au profit de l'accrochage aux enveloppes et au déni des affects. La découpe du matériel, en particulier aux planches pulsionnelles, sert à camper des contenus dévitalisés au sein d'images-écrans déconnectées les unes des autres au plan associatif. Dans ce contexte, l'absence d'élaboration intellectuelle relève de l'évacuation radicale des conflits et les carences de l'activité représentative confirment les failles de la mentalisation.

Des capacités d'organisation sont présentes à travers de fréquentes et singulières mises en relation des percepts. En revanche, les mises en scène relationnelles manquent de liant et d'intériorité. Celles-ci semblent porteuses de mouvements pulsionnels difficiles à contenir psychiquement et à symboliser (planches 4, 5, 7, 10). L'hétérogénéité et l'instabilité caractérisent les processus de pensée. Ceux-ci apparaissent au service d'une activité prévalente du pulsionnel et de la fantasmatique.

Une autre modalité de pensée semble à l'œuvre sous la forme d'une activité d'emprise (narcissique) exercée sur le matériel. Plus «gélifiante», elle avance aussi plus masquée.

L'analyse de la dialectique percept/fantasme apparaît là particulièrement porteuse de sens. Nous en proposons une illustration à partir d'un exemple relevé à la fin de la planche 5, dite de la représentation narcissique de soi, où tout se passe comme si un désir de soutien du sujet était magiquement réalisé dans le manifeste d'un étayage concret:

Dans cette perspective, il nous paraît que le protocole est dominé par des réponses globales ce qui traduit une pensée syncrétique (perception globale et confuse) avec des grandes capacités d'élaboration et de mentalisation. Selon Lydia FERNANDEZ, il s'agit d'un «*Désir et/ou capacités de maîtrise du matériel dont aucun élément ne doit échapper à la vigilance du sujet qui va remodeler le stimulus en lui imposant l'empreinte de sa pensée par un contrôle actif plus ou moins opérant...En ce qui concerne l'image de soi, le G dominant peut aussi bien marquer la reconnaissance effective de l'intégrité du sujet et des objets que renvoyer à une fragilité extrême à ce niveau dans un effort de globalisation qui ne permet pas la moindre découpe, synonyme alors de rupture ou de fragmentation.*» (L.FERNANDEZ, 2007, p95)

Cependant, on remarque que ces réponses G sont associées avec des éléments de couleur (C), ce qui traduit selon Nina Rausch De TRAUBENBERG une nuance plus affective qu'intellectuelle. Ainsi, la couleur est utilisée dans le protocole pour des raisons d'organisation: l'affect représenté par la couleur a une action active sur le travail intellectuel ; il l'enrichit et l'assouplit efficacement.

Quant à l'absence des réponses D, elle traduit selon L. Fernandez un manque d'imagination, de créativité et une mauvaise adaptation de la pensée à la réalité.

d-2 Analyse dynamique

L'impact de la relaxation psychosomatique paraît très claire dans ce deuxième protocole, et ceci à travers les réponses couleur en FC et CF et les réponses kinesthésique K

Comparé au premier, il paraît que le deuxième protocole est marqué par la présence d'une réponse K et des réponses FC et CF.

Le recours privilégié au kan peut correspondre à une attitude captative et instinctuelle qui tient peu compte des exigences du milieu et des nécessités d'adaptation. Le déplacement sur des contenus animaux facilite, en ce sens, l'expression des conflits dans un contexte de carence imaginaire qui ne permet pas de s'échapper d'une réalité externe frustrante.

Au niveau de la représentation narcissique de soi, la tonalité sadique et son cortège d'angoisses persécutives se retrouvent. L'identification à une imago teintée d'acharisme semble réactiver des angoisses de persécution qui font retour au sujet par identification projective (en témoignant, au regard des planches 1 et 7, les réponses à la planche déjà citée, adéquates sur le plan formel). L'oralité et l'analyse primaire sont très investies.

Les affects dépressifs ne sont guère éprouvés comme tels mais se lisent en négatif à travers leurs nombreux équivalents et leurs contraires. Ceux-ci se donnent à penser sous forme de perceptions où le sensoriel est très investi.

Cependant, ce deuxième protocole est marqué par la survenue des réponses couleur et des kinesthésies. Ainsi, l'émergence des réponses CF et FC peuvent être interprétées comme un indice principal de l'équilibre psychique, d'après Didier ANZIEU, ces réponses représentent le narcissisme affectif, l'humeur capricieuse et la recherche d'un objet sur lequel se fixer, il ajoute qu'elles traduisent un contact chaleureux et sympathique, une spontanéité juvénile.

Dans le même sens, Nina Rausch De TRAUBENBERG précise que «*La présence de CF peut suggérer la facilité à somatiser les troubles psychiques.*» (Rausch De TRAUBENBERG, op.cit, p115).

En somme, l'apparition de ces réponses dans le protocole n'est que la traduction d'une réactivation du travail de liaison entre représentations et affects, ceci est confirmé par les Kan et les Kob qui signifient un déplacement de mouvement pulsionnel sur des images animales. Leur dimension agressive et/ou libidinale peut être dégagée. Tendances qui sont restées infantiles chez le sujet et aussi spontanéité dans l'expression de ses désirs. Compromis défensif laissant passer à minima le retour du refoulé (la représentation humaine conflictuelle est écartée de la scène mentale et remplacée par un contenu animal qui sert de porte parole aux pressions fantasmatiques et pulsionnelles considérées comme gênantes.

De TRAUBENBERG ajoute qu'«*Elles peuvent être sous-tendues par des*

mécanismes d'isolation (le lien n'est pas reconnu entre la réponse et la représentation chargée d'agressivité ou de libido). Quand les charges pulsionnelles sont moins équilibrées, kan se situent dans un continuum qui va du maintien homéostatique percept/fantasme relativement stable au débordement et à l'investissement de processus primaires (animaux qui se battent, blessés).» (De TRAUBENBERG citer par Lydia FERNANDEZ, 2007, p101)

Le recours privilégié au kob peut correspondre à une attitude captative et instinctuelle qui tient peu compte des exigences du milieu et des nécessités d'adaptation.

Le déplacement sur des contenus animaux facilite, en ce sens, l'expression des conflits dans un contexte de carence imaginaire qui ne permet pas de s'échapper d'une réalité externe frustrante.

Un regard sur le contenu des réponses nous permet de dire que le protocole ne contient aucune réponse H, ça peut être une fuite de prendre conscience de soi-même, ou un évitement de connaître une attitude profonde envers autrui, surtout envers les figures parentales comme le pense Anzieu.

Par contre, on remarque la présence des réponses humaine-détail (Hd), ceci traduit selon Didier Anzieu une incapacité de voir l'être humain en entier par suite d'un trouble émotionnel ou organique. Dans la même perspective, Lydia Fernandez insiste sur le fait que les Hd traduisent des tendances hypocondriaques, quand revient la référence à la même partie du corps et qu'il y a en plus des réponses anatomie. Elle ajoute qu'il s'agit aussi d'une «*Absence d'intégrité de l'image du corps et/ou l'existence chez le sujet d'une angoisse de morcellement (membres coupés, corps tronqués, blessés = traduction du sentiment de désintégration corporelle).*» (Lydia Fernandez, op.cit, p 92)

Le protocole est marqué aussi par des réponses anatomiques qui peuvent être interprétées comme des préoccupations pour la santé physique (angoisse hypocondriaque) ou comme un écran jeté sur les points faibles de sa propre personnalité (sentiments d'infériorité). Cependant, L. Fernandez, nous proposent une autre lecture, ainsi, ses réponses sont la traduction des préoccupations sexuelles exprimées de façon détournées. Dans la continuité de ces réflexions, Didier Anzieu pense que «*L'expérience clinique a surtout montré dans ces réponses des préoccupations pour la santé physique (angoisse hypocondriaque, maladie physiques*

graves, anciens tuberculeux) ou un écran jeté sur les points faibles de sa propre personnalité (sentiment d'infériorité). Ce sont quelquefois des préoccupations sexuelles exprimées de façon détournée. La présence de 1 et 2 Anat est normale. Les radiographies représenteraient des tendances introspectives ; les squelettes, les tendances masochistes ou dépressives.» (D. ANZIEU, op.cit, p90)

La réponse sang dans ce protocole va dans le même sens que les réponses anatomiques, ainsi, elle traduit un trouble émotionnel violent. Elle va de pair avec le choc au rouge. De plus, le contenu sang et comme le précise L. Fernandez est à valeur sexuelle *«Cette réponse va de pair avec un choc au rouge. Significations : symbolisme sexuel, agressivité destructrice.»* (L. Fernandez, op.cit, p86)

En conclusion, on peut dire que l'affectivité immédiate prédomine chez notre patient, de ce fait, on retrouve un contact affectif aisé et superficiel avec autrui ; une instabilité affective ; il perd facilement son contrôle émotionnel en face des stimuli externes.

d-3 Organisation défensive

Sur le plan de l'utilisation défensive, la dominance des G dans ce protocole traduit la participation des mécanismes de défenses de type adaptatif ; lutte contre la réalité objective (G simples), à cette effet Lydia FERNANDEZ précise que les G peuvent aussi rendre compte d'une image du corps relativement stable et intériorisée (reconnaissance d'un objet total au sein de la relation au monde mettant en jeu les capacités de différenciation entre sujet et objet, entre réel et imaginaire ; porteurs d'une recherche active de l'image de soi ; témoignant de capacités d'intériorisation et de mentalisation et donc de l'existence d'une espace psychique).

L'élévation du pourcentage des réponses Animal peut correspondre à une attitude défensive d'un sujet qui cherche à camoufler ses intérêts profonds ou à s'opposer au test qu'il ressent comme une intrusion, ce qui est souvent selon Nina Rausch le cas des adolescents ou des sujets en examen de sélection.

Zakaria s'est centré sur l'axe vertical, organisateur de la planche, dont on connaît la signification comme lieu de projection des images corporelle et narcissique à leur niveau le plus élémentaire. Il tente donc d'y trouver un support figuratif, et il n'y rencontre malheureusement que l'image d'une «fissure» traduction quasi-littérale, à peine métaphorisée, de la faille narcissique fondamentale ou s'enracinent les difficultés d'Ammar à penser, à fantasmer, à créer un espace intérieur.

Le surinvestissement des limites et des enveloppes camoufle le flou de la représentation de soi et de l'image du corps. La définition des limites, le rapport de contenance entre soi et l'image maternelle sont fragiles. Le lien mère/enfant, au temps de la gestation, est très investi ; pourtant l'angoisse prosécutive compromet ce lien (il est question de manipulation génétique).

Ainsi, la représentation de soi est comme clivée entre toute-puissance et impuissance.

L'élévation de l'indice d'angoisse n'est que la traduction de l'angoisse de la mort qui est proche, et seule, la présence d'un double maintien l'existence du sentiment de soi, malgré le manque d'unicité.

Face aux angoisses archaïques de mort, de persécution, de dilution du sentiment de soi, les défenses sont drastiques et notamment l'inhibition. Il existe cependant des traces de défenses d'allure névrotique, peu opérantes mais variées (isolation, annulation, intellectualisation, érotisation).

En conclusion, l'éventail défensif est varié et efficace à structurer le fonctionnement psychique sur un mode franc. Cependant, les défenses narcissiques, fragiles, ne peuvent colmater les failles de la représentation de soi.

Enfin, ce qui est très important à signaler aussi dans ce protocole est **cette régression** dans le règne animal confirmée par ce nombre important de réponses animal et anatomique.

Cette attitude est du même **une projection** dans le règne animal dont l'objectif est de faciliter l'expression affective.

Au vu des réponses «poumons», on peut constater qu'il s'agit d'une **problématique orale**, cette hypothèse est confirmée par le nombre important de réponses **anatomiques, biologique, et botanique**.

7-Présentation et analyse des éléments alexithymiques dans le deuxième protocole

Suivant la classification d'ACKLIN et al, on peut dégager la présence des éléments alexithymiques suivants dans le deuxième protocole de Zakaria :

Variables Rorschach	Interprétations proposées	Aspects de l'alexithymie
Nombre de réponses (R) restreint	Productivité verbale réduite	Manque d'introspection.
Estompage de texture (T) = 0	Recherche de distance relationnelle et difficultés à envisager des relations personnelles avec autrui	Difficultés à entretenir des relations empathiques avec les autres.
Nombre de réponses à plus d'un déterminant (Blends) bas	Moindre complexité psychologique.	Recherche de simplification cognitive.

Variables Rorschach liées à l'alexithymie (ACKLIN et ALEXANDER, CORCOS, SPERANZA, SULTAN et PORCELL (A.MARIAGE et al, 2008)

b-Scoring de la deuxième passation

Facteur 1: difficulté à identifier les émotions:

Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14

$$1+3+1+2+13+1=21$$

Facteur 2: Difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui:

Items 2, 4, 11, 12, 17

$$4+3+4+2+5=18$$

Facteur 3: pensée opératoire:

Items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 et 20

$$4+1+1+5+5+4+1+5=26$$

Score total:47

Commentaire des résultats des deux passations de l'échelle TAS-20

Le score d'alexithymie est significativement plus élevé dans la première passation de l'échelle (TAS-20) par rapport au deuxième, tant au niveau du score total (première passation score total 66, deuxième passation 47), que des trois sous échelles « identification des émotions », « verbalisation des états émotionnels à autrui » et « Pensée opératoire ». Cela peut être expliqué comme une réduction significative du processus alexithymique chez notre adolescent.

8- Analyse des entretiens:

8-1 Evénements importants

- Grossesse non désirée.
- Grossesse et naissance normale: poids à la naissance 5kG.
- Sevrage à l'âge de 12 mois.
 - Zakaria souffrait d'une malformation au niveau de son organe génital, raison pour laquelle la mère dit que Zakaria n'est pas un homme.
- Boulimique depuis sa naissance.
- Très attaché à son père.
- Des problèmes relationnels avec son frère.
- Défaillance totale de l'image du corps.
- Défaillance de l'image et de l'estime de soi.
- Antécédents familiaux: mère obèse.

8-2 Analyse des entretiens avec le patient et sa mère

Il s'agit de Mr Zakaria, âgé de 16 ans, le septième d'une fratrie de dix enfants, dont trois filles et sept garçons, son père est un enseignant de primaire actuellement en retraite, sa mère est femme au foyer.

Le patient s'est présenté à la consultation psychologique par l'intermédiaire de son frère.

Un premier entretien de prise de contact a été effectué avec le patient, dans un but d'installation et de négociation du cadre de travail (présentation du thérapeute, sa recherche, méthode de travail, rendez-vous ...etc.)

Le patient s'est présenté avec une tenue propre, ordonné, une mimique expressive, il a montré une très bonne coopération tout au long du travail.

Les entretiens avec le patient et sa mère nous ont permis de dégager les éléments suivants :

1- Histoire de la maladie et la psychogenèse : pourquoi la prise de poids :

Tout d'abord, on tient à préciser que les entretiens nous frappent par l'importance des conditions dans lesquelles s'est déroulée la grossesse, et surtout puisqu'il s'agit avant tout, d'une grossesse non désirée.

Ainsi, il semble que toute l'histoire de Zakaria se focalise sur le rejet : commençant par le rejet de la grossesse par la mère; cette dernière qui n'a su qu'elle était enceinte qu'au cinquième mois, chose qu'elle n'a pas acceptée facilement, et qu'elle a rejetée toute sa vie, ainsi, elle explique « *Au contraire, je n'ai pas fait attention, c'était inaperçu, j'avais des problèmes avec ma belle sœur, je n'ai rien senti, au cinquième mois je l'ai senti bouger dans mon ventre, c'est à ce moment que j'ai su que je suis enceinte, tu peux dire que c'est la volonté de dieux... Je n'avais pas l'intention d'avoir plus d'enfants, j'ai décidé d'arrêter à quatre enfants...* » De ce fait il paraît que la mère trouve sa grossesse comme une période pénible de sa vie et de son existence, « *quand j'étais enceinte, c'était comme j'avais sac de semoule de 25Kg dans le ventre* »

Cependant, la mère a montrée une très grande ambivalence concernant ce désir de grossesse; elle n'a pas cessée de dire qu'elle a vécu cette période avec une très grande haine et un grand dégoût. Il faut ajouter aussi, qu'elle a toujours rêvée d'une petite fille qui remplira ce vide, toute sa vie de joie comme elle n'a cessée de répéter au cours des entretiens, ainsi, Virginie Megglé précise qu' « *En psychanalyse, il est de coutume de dire que la mère, en mettant l'enfant au monde, le marque de son désir. Ce désir, présent cependant dès le début de la grossesse, est le véritable moteur de la vie de l'enfant à venir. À ce titre, il est essentiel de bien l'alimenter pour contribuer au bon développement de l'enfant. Un enfant mal désiré ou dont le désir a été imprégné de honte ou de culpabilité est susceptible d'en ressentir les blessures tout au long de sa vie. Par ailleurs, ce désir qui précède sa venue au monde n'est pas du seul fait de la mère. Pour qu'il donne naissance, encore faut-il qu'il se soit accouplé à un autre ! Et de fait, c'est cette conjugaison de désirs qui portera l'enfant dans les premiers temps de sa vie, jusqu'à ce qu'il se sente lui-même animé d'un désir suffisamment fort pour voler de ses propres ailes et... convoler à son tour. Ainsi, la participation de l'homme – dans sa fonction paternelle qui induit « un autre que la mère » – est-elle indispensable. Ceci, afin que l'enfant puisse reprendre à son compte ce désir, en assumer la transmission et le traduire (avec bonheur) pour le transmettre à son tour.* » (Virginie MEGGLÉ. 2008, pp7-8)

Quant au début de sa maladie, la mère précise que « *Zakaria est boulimique de nature dès sa naissance il mangeait tout le temps, sans cesse...comme il ne voulait pas cesser de manger, c'est comme s'il ne voulait plus arrêter de manger...il me*

*parait qu'il mange juste pour manger, je ne sais pas... » sur ce même sujet, elle ajoute « Je l'ai allaité pendant une année...concernant la nourriture, Zakaria mangeait tout le temps, sans cesse, son père me disait que je dois être ferme, mais moi quand je le vois entrain de pleurer, de crier... tu connais la tendresse de la mère. C'était comme il ne mangeait pas, il dévorait... » Ainsi, on peut dégager l'idée d'une relation conflictuelle avec la mère, et comme l'explique Marie-Dominique AMY dans son ouvrage (*Entre mère et fils: Une histoire d'amour et de désir*) « Régine Prat, psychologue, psychanalyste et formatrice à l'observation du nourrisson telle qu'enseignée par Esther Bick, attribue certains vomissements à un échec du holding. Elle parle de bébés qui n'ayant pas bénéficié d'une relation précoce contenante et chaleureuse, semblent n'avoir aucune limite corporelle, aucune construction d'enveloppe. L'incorporation, n'ouvrant alors sur aucun fantasme d'introjection ou de projection, peut alors devenir une incorporation dangereuse. Quelque chose de l'ordre d'un remplissage dépourvu de sens ou, au contraire, ayant sens de corps étranger pouvant étouffer et faire mourir. » (Marie-Dominique AMY, 2008, p 49) et c'est ce que confirme Léon KREISLER en disant que « Les premiers périodes de la vie sont pour le psychisme de gestation. Les anomalies de la relation précoces peuvent être néfastes pour le psychisme que le sont pour le corps de l'embryon les carences et les agressions de la vie intra-utérine. **R. Spitz** décrit trois moments de développements du premier développement, décisifs en tant qu'organismes de la personnalité : troisième mois, 6-8 mois, milieu de la deuxième année. Ce sont aussi des points critiques par la vulnérabilité et propices à l'éclosion d'une pathologie. Le passage se fait d'une situation initiale symbiotique de dépendance complète à une autonomisation progressive. Le nouveau-né vit en système clos où l'équilibre est trouvé dans la satisfaction des besoins élémentaires : la faim, le sommeil, le confort corporel. Ces satisfactions sont tirées de la relation à la mère dont il est entièrement dépendant.» (L. KRIESLER, 1976, pp 80-81)*

La mère insiste sur l'idée du début précoce de la maladie *Je t'ai dit, depuis sa naissance, dès les premiers jours chaque jour il prenait du poids...C'était un enfant calme, il ne criait jamais, pas comme les autres enfants, sauf lorsqu'il a faim, je lui fais changer sa couche et je le mets de coté, je fais mon travail sans qu'il me dérange...*

Ces éléments nous invitent à élaborer l'hypothèse d'une obésité infantile, ou

comme le dit Hilde BRUCH « Une obésité de développement. », l'auteur précise que cette forme concerne ceux dont l'obésité est intrinsèquement mêlée à l'ensemble du développement. Elle se déclare surtout dans l'enfance, bien que les enfants obèses n'en souffrent pas tous ; chez certains l'obésité faisant partie de leur constitution. Cependant, pour la psychanalyste, chez la plupart des enfants obèses et chez beaucoup d'adultes qui sont obèses depuis l'enfance, les éléments de la constitution sont liés à de sérieux troubles émotionnels et de la personnalité, ou sont liés à des relations perturbées au sein de la famille « On a reconnu que les enfants obèses qui ne « surmontent » pas l'embonpoint de leur enfance, ni physiquement, ni psychologiquement, souffraient de graves déficiences dans le processus de différenciation de soi qui est associé à l'incapacité d'identifier la « faim » et de la différencier des autres états corporels et émotionnels, les laissant démunis dans leurs efforts pour contrôler leur nutrition ou pour diriger leur vie. » (H. BRUCH, op.cit, p176)

Concernant les conditions de la grossesse, la mère ajoute qu'elle était complètement débordée, dépassée à cause de l'éducation de ses six enfants *« Zakaria était mon septième enfant, sa naissance a coïncidé avec beaucoup de problèmes à la maison, ainsi, ses premiers mois étaient un enfer pour moi, j'avais juste le temps de lui donner à manger, ... c'était les mois les plus difficiles de toute ma vie, rien que des problèmes et des problèmes »* Winnicott a beaucoup insisté sur la qualité des soins premiers, sur les différents aspects de ceux-ci et l'effet psychique qui découle de leur mise en œuvre. Il a souligné que le soin pris aux « besoins corporels » devrait s'accompagner de la prise en compte « des besoins du moi », c'est-à-dire de ce dont la subjectivité avait besoin pour pouvoir émerger et s'épanouir. Il distingue :

- Le « holding », ou portage, c'est-à-dire la manière dont la mère porte le bébé, le soutient ;
- Le « Handling », ou maniement, c'est-à-dire la manière dont la manière manipule le bébé, la maintenance ;
- et enfin l'« Objet-presenting », la présentation d'objet, la manière dont la mère introduit dans sa relation au « nouveau-né » différents objets du monde extérieur, aussi bien des objets inanimés que des objets « autres-sujets », le père par exemple.

L'ensemble des travaux actuels, en particulier les recherches conduites à partir de l'expérience de Löczy, que nous avons déjà évoquée, confirme largement cette position. (R. ROUSSILLON et al, 2007)

Tous ces éléments confirme l'hypothèse d'une problématique de l'identité qui se trouve au cœur de celle de Zakaria. Ainsi, il faut souligner l'importance du conflit dépendance/autonomie à l'égard des objets parentaux et singulièrement de la figure maternelle et la vulnérabilité narcissique fondamentale de notre jeune adolescent, le conflit essentiel semble se situer au niveau du corps et des fonctions alimentaires sexuellement investies, et exprime une incapacité d'assumer le rôle génital et les transformations corporelles, propres à la puberté. A cet effet Maurice Corcos précise *«La conduite agie révèle puis stigmatise un dysfonctionnement dans les processus de séparation-individuation et l'identification à l'adolescence, qui sont dans la continuité des processus qui se sont joués lors des deux premières années de la vie.*

Cette conduite rend compte d'une problématique narcissique grevée de conflits introjectifs entre l'enfant puis la jeune fille et son objet significatif, la mère. Elle se pose de façon privilégiée sur le corps de l'adolescente stigmatisant et figurant l'origine du trouble. Ce corps, dans une large mesure encore indifférenciée d'avec celui de la mère, est en effet celui qui subit passivement les modifications/pubertaires qui «métamorphosent» physiquement et psychiquement l'adolescente réactivant la problématique de séparation-individuation.

La sexualisation du corps et de l'espace relationnel réactive les fantasmes de réceptivité passive et de possession et les défenses mises en place. C'est ce fantasme de «même corps», «corps pour deux» que l'adolescente doit apprivoiser pour pouvoir se réapproprier subjectivement son corps, pour l'habiter et pour pouvoir affirmer sa féminité, voire en jouir et se laisser passivement féconder.»(M.CORCOS, op.cit, p2)

Catherine CHABERT (1993) évoque la nature mélancoliforme des dépressions dans les TCA, et insiste sur l'aménagement pervers des mouvements pulsionnels réalisé par la conduite boulimique pour tenter de colmater la brèche narcissique.

Enfin COUVREUR (1991) souligne que dans la boulimie, bien qu'il ne s'agisse pas d'une maniacodépression, les patients tentent aussi de faire face à l'ambivalence extrême qui les lie à l'objet, support de leur investissement narcissique et cherchent à se préserver des effets de sa perte, comme de l'insupportable proximité objectale...La boulimique s'engouffre compulsivement dans sa faille narcissique en un acte qui tient du raptus mélancolique et de la dévoration maniaque.

Il semble que beaucoup d'éléments qui concernent ce cas sont compatibles avec ce que BRUSSET appelle la dysrégulation narcissique, cette composante paraît se situer au centre de sa problématique « Nous choisissons volontairement le terme de dysrégulations qui reflète le rôle essentiel que nous conférons aux déséquilibres des régulations narcissiques, privilégiant l'aspect dynamique par rapport aux notions plus structurales de failles ou de défauts narcissiques.

La fragilité narcissique des boulimiques se retrouve aussi bien dans les caractéristiques de leurs modalités relationnelles objectales que dans le regard qu'elles portent sur elles-mêmes et leur relation à leur propre image. Elle va également conditionner en partie la nature de leur régression. » (B.BRUSSET et C.COUVREUR, 1991, p87)

Dans la même perspective, BRUSSET et COUVREUR insistent que *«L'intensité voire la l'avidité de la relation boulimique reflète l'importance de l'engagement narcissique. La massivité et la luxuriance de la relation ne sont pas le fait des seuls paramètres pulsionnels et libidinaux en particulier. Ces caractéristiques portent la marque à la fois des insuffisances des intériorisations (et des assises narcissiques) et de la fragilité des limites et de ce que nous avons appelé les processus de différenciation. C'est qu'en effet le narcissisme de ces patientes est largement soutenu par les objets externes selon des modalités qui combinent en des proportions variables la dimension d'étayage et de double. Quoi qu'il en soit, dans les deux cas leur estime d'elles-mêmes est tributaires de ce support externe. » (Ibid, p87)*

Le patient semble envahi par une humeur dépressive qui se fait remarquer à travers les entretiens, ainsi, sa dépression peut fonctionner en tant que défense contre des affects dépressifs non structurés, pressentis dangereux, et en tant qu'élément permettant d'accéder à une jouissance solitaire plus ou moins masquée ou élément permettant une autostimulation face à un sentiment de vide désorganisateur. B.BRUSSET et C.COUVREUR nous proposent une interprétation totalement différente en disant que *«La boulimie apparaît comme une tentative de récupération, dans un état de rupture du sentiment de soi et de continuité de soi, d'objets perdus qui étaient constitutifs de soi, de retrouver dans les aliments des parties de soi, que le temps a arrachées : Chronos dévorant ses enfants sans le savoir dans un aveuglement boulimique qui lui fait manger des pierres...*

L'acte boulimique tente de réaliser l'appropriation sauvage d'un objet qui est

possédé, confondu avec soi dans la fusion primaire, mais simultanément détruit par l'incorporation cannibalique, secondairement focalisé et violemment expulsé par le vomissement. Mais il comporte aussi l'attaque et la consommation d'un objet matérialisé, nié comme objet, voué à des pulsions partielles dans un système primaire clivé, dans une visée auto-érotique qui cherche à nier la dépendance et l'attachement à l'objet primaire dont la perte est restée inasummable, le deuil impossible.»(Ibid, p115)

Dans cette même perspective les deux auteurs ajoutent«*A cette question fondamentale de la fixation non substituable à l'objet primaire, les grands courants de la psychanalyse ont donné des réponses différentes, qui fondent des théorisations différemment centrées de la boulimie. Pour autant que l'on puisse les schématiser selon l'axe ou les axes considérés, on distingue le défaut: -d'intégration de l'ambivalence, de symbolisation, de triangulation originaire ; -d'élaboration du moi dans ses formes premières (par impossibilité d'introjection et d'identification à la mère portante, calmante et contenant); -de constitution du self, du «moi-peau» (D. ANZIEU), de l'appareil à penser les pensées (W. Bion) ; -des affects structurants de l'hallucination de la mère comme représentation de l'absence, considérée comme condition de possibilité de l'activité représentative (A. Green). » (B.BRUSSET et C. COUVREUR, 1991, p115). Dans chacune de ces perspectives, l'obésité de Zakaria paraît comme conséquence et une tentative de suppléance. Le remplissage frénétique cherche à occulter le vécu du manque, du vide, de la douleur psychique, du trouble de l'identité, ceci jusqu'à la douleur physique, le sommeil ou le rétablissement du vide corporel par le vomissement.*

En conclusion, On constate que la réémergence de l'obésité à l'adolescence est le second acte d'une pièce dont le premier acte s'est joué dans l'enfance et dont le thème commun est celui de la problématique de la construction identitaire autour des phases d'union-construction et de séparation-individuation. De ce fait, l'obésité de notre patient suppose des conditions, mais elle produit aussi des effets psychiques qui montrent la complexité des rapports du corps, du comportement et du psychisme dans la double dimension psychosomatique et somatopsychique.

2- La dimension relationnelle avec la famille en général et l'attachement à la mère :

Zakaria semble très attaché à son père, sa mère confirme la sensibilité de cette relation en disant « Là, je pense que tu touche à un point très sensible, oui il préfère son père même lorsqu'on part chez sa grand-mère et ses oncles, il refuse d'aller les voir, même à 16 ans il refuse toujours de les visiter; ses cousins l'insultent de gros t ils lui demandent de faire un régime, maintenant il refuse catégoriquement d'y aller. » On peut remarquer avec Winnicott que le père est capable de sentiments apparentés à l'amour maternel en raison de l'élément féminin qui existe chez tout homme et qui fait partie de la bisexualité psychologique. L'unité mère-enfant inclut le père dans une relation à trois. Léon KREISLER confirme ces idées en soulignant que «L'exclusion du père, son maintien hors du désir maternel, aboutit à une relation mère-enfant fermée et pathologique (asthme), que l'on reconnaît sous l'appellation du couple : mère hyperprotectrice-père effacé et exclu.». (L. KRIESLER, op.cit, p 85)

J. LACAN utilise l'expression « nom du père » pour désigner la façon dont les parents vont, par la parole, transmettre à leur enfant leur propre façon d'utiliser le langage et de considérer la loi. Le père est la « fonction pivot » de la triangulation père/mère/enfant : il sépare l'enfant de sa mère, il l'ouvre aux autres et au monde. En l'introduisant dans l'ordre du langage, donc du sens, il le rend autonome et indépendant, c'est-à-dire libre.

Concernant sa relation avec son fils, les propos de la mère montrent qu'il s'agit d'un sentiment ambivalent envers son fils, un premier versant de pitié, et un deuxième de honte et de culpabilité surtout lorsqu'elle parle du début de sa maladie (dans la première enfance) « j'éprouve un sentiment de pitié pour lui, dès fois j'ai honte de sa maladie et de son obésité... » A cet effet ,Bernard BRUSSET montre que Cet état de chose reflète les difficultés de leurs enfants avec les objets parentaux. Il joute «Ils sont le plus souvent marqués par la mise en avant d'une relation privilégiée avec le père, mais dont la force apparente reflète plus sa valeur de contre-investissement de l'attachement à la mère que la qualité structurante de la relation paternelle. Une situation qui se trouve aggravée par l'habituelle position

contre-œdipienne paternelle qui confère à cette relation une forte tonalité incestueuse, fréquemment renforcée par des manœuvres de séduction de différents membres masculins de l'environnement familial.»(B.BRUSSET et C.COUVREUR, op.cit, p88)

En analysant ce rôle capital de la mère, le spécialiste de la psychosomatique des troubles des conduites alimentaires M. CORCOS pense que *dans la genèse des conduites de dépendance, l'insuffisance de l'investissement libidinal de la mère vis-à-vis de son enfant, du fait de son entrave à un « engagement sensuel primitif » (McDougall, 1976) s'exprime dans un évitement de toute forme d'inscription sexuelle dans la relation. Il précise que « Les conséquences peuvent en être multiples: faible réactivité des zones érogènes de l'enfant; entrave au rebroussement autoérotique des pulsions sexuelles éveillées et étagées par la satisfaction des pulsions de conservation; et du fait de l'utilisation du corps de l'enfant comme lieu de décharge pulsionnelle, risque que celui-ci devienne son entier zone érogène; enfin difficulté pour l'enfant à métaboliser psychiquement une excitation non accordée à une capacité de rêverie maternelle.»(CORCOS, op.cit, pp 52-53)* Selon les dires de la mère, elle semble très inquiète à propos de relation avec son fils *« Il est très attaché à son père, il discute tout le temps avec lui, il l'aime plus que moi, pourtant je suis sa mère, normalement il devait m'aimer plus que toute personne au monde. »* De plus, elle rapporte une autre problématique relationnelle du patient avec son frère Abd Ellatif *« Il a un très grand problème avec Abd Ellatif, il ne s'entend jamais avec lui; il lui dit tu manges beaucoup, il lui brise le cœur avec ses mots, ses insultes et sa haine »* René KAËS insiste dans son beau livre intitulé (***Le complexe fraternel***) *«Toutefois, si l'envie, la haine et la jalousie sont d'abord des composantes essentielles du Complexe fraternel, celui-ci n'est pas strictement dépendant des liens fraternels, puisque ce n'est pas seulement la sœur ou le frère réels qui est l'objet de la jalousie et de l'agressivité, mais aussi le frère ou la sœur imaginaires. M. Klein nous adressé le portrait d'Erna, fille unique et pourtant jalouse» (R. KAËS, 2008, p79)*

3-le rapport à l'alimentation : pourquoi je mange ? Comment ?

Selon les dires de la mère, la boulimie de Zakaria s'est déclenchée dans la première enfance *« Dès sa naissance, ah... dès la naissance, lorsqu'il était tout petit,*

il mangeait tout, tout ce que je prépare...il mangeait rapidement. Quand on termine de manger, je range la table, je mets ce qui reste dans le frigo, quand je retourne, je ne trouve rien...Zakaria mangea tout... »

La mère ajoute « *Quand il était petit, il ne criait que lorsqu'il avait besoin de manger, Il était un enfant calme, très calme, l'essentiel pour lui pour qu'il puisse rester calme était la bouffe, rien que la bouffe, il s'assoit la ou vous le plaçait, il ne criait jamais, sauf lorsqu'il avait faim, chaque jour je le lave et je commence mon travail sans qu'il me dérange. »* D.Machaux-Tholliez (2009) interprète ces éléments en se référant à la théorie d'Hilde Bruch« De même, il apparaît que l'enfant est particulièrement dérouté par une mère qui ne serait investie que dans ses problèmes personnels, et qui ramènerait à elle tous les faits et gestes de l'enfant. Ainsi, elle interpréterait le refus de manger de l'enfant comme un acte d'hostilité à son égard; à l'inverse, elle prendrait pour de l'amour ses tendances boulimiques.» (D. MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit, p69-70)

Il faut signaler que Zakaria mange juste pour manger, sans plaisir, cependant, sa mère insiste sur le fait qu'il mange avec "**dévoration**", comme si son premier but était de manger, rien que manger « *Il mangeait beaucoup, c'est comme il ne voulait pas s'arrêter, il mange rien que pour manger. Il me semble qu'il mange est c'est tout, il bouffe rien que pour bouffer...A mon avis, il mange juste pour manger, c'est tout... »* elle précise que « *Comparé à ses frères, c'est Zakaria qui mangeait le plus, le lait, le yaourt...enfin, tous ce que je prépare...Il mangeait rapidement de très grandes quantité, même si je lui donne la plus grande part Zakaria la mangeait, il m'est arrivé des fois, lorsqu'il termine son repas et il ne reste rien sur la table, Zakaria commençait à pleurer... devenant plus grand je lui reproche sa boulimie... jusqu'au jour quand j'ai commencée a cacher la galette après chaque repas, j'éprouve un terrible sentiment de culpabilité, des fois je pleurait...l'essentiel pour lui est de manger tous ce qu'il trouvait devant lui. »*

Bernard BRUSSET pense que «*La boulimie apparait comme une tentative de récupération, dans un état de rupture du sentiment de soi et de continuité de soi, d'objets perdus qui étaient constitutifs de soi, de retrouver dans les aliments des parties de soi, que le temps a arrachées : Chronos dévorant ses enfants sans le savoir dans un aveuglement boulimique qui lui fait manger des pierres...*» (B.Brusset et C.Couvreur, 1991, p115)

Au vue des données recueillies des différents entretiens avec le patient et sa mère, on peut dire que l'acte de manger n'est qu'une tentative pour résoudre la problématique narcissique du patient, Hilde Bruch explique que *«L'alimentation, par l'intermédiaire de la cavité buccale, permet une démarcation du dedans et du dehors. Initialement, le bon se confond avec le soi et le dedans et le mauvais avec le non soi et le dehors. Ces éléments sont donc initialement très clivés et l'accès à l'ambivalence est nécessaire pour que ces éléments puissent quelque peu fusionner. L'alimentation solide pose l'acceptation définitive de cette différence entre le dedans et le dehors. Cet espace du dedans constitué préfigure le futur espace psychique qui fonctionnera dans l'uni, la bi et la tridimensionnalité.»* (H. BRUCH, op.cit, p120)

BRUSSET interprète cette situation autrement, alors, il nous propose une vision différente de ce recours à l'alimentation *«L'acte boulimique tente de réaliser l'appropriation sauvage d'un objet qui est possédé, confondu avec soi dans la fusion primaire, mais simultanément détruit par l'incorporation cannibalique, secondairement fécalisé et violemment expulsé par le vomissement. Mais il comporte aussi l'attaque et la consommation d'un objet matérialisé, nié comme objet, voué à des pulsions partielles dans un système primaire clivé, dans une visée auto-érotique qui cherche à nier la dépendance et l'attachement à l'objet primaire dont la perte est restée inasummable, le deuil impossible.»* (B. BRUSSTE et C.COUVREUR, op.cit, p115)

Quant à la représentation de l'alimentation, le jeune adolescent insiste que *« La nourriture représente tout pour moi. Quand je ne mange pas, c'est comme si je n'ai rien fait, comme s'il ya quelque chose qui me manque, il faut que je mange, si non c'est l'angoisse qui m'envahi, et quand je mange; mes angoisses disparaissent, quand je me trouve seul à la maison par exemple, j'éprouve un grand sentiment de vide, quand je mange, toutes mes angoisses disparaissent, je les oublis. Ma mère m'a dit que lorsqu'elle était enceinte de moi, elle avait un sentiment de porter un sac de 25 Kg dans le ventre »* la fonction alimentaire qui est normalement une conduite neutralisée, déssexualisée, sublimée, assez clairement située dans l'ordre du besoin pour être source d'un plaisir non sexuel, ou plutôt sexuel sublimé, est ici pour notre patient l'objet d'une sorte de délégation qui lui confère un rôle tendant à devenir exclusif dans le recherche du plaisir (ou du moindre déplaisir) et de la jouissance.

D. Machaux-Tholliez (2009) insiste su le fait que *«Manger constitue un moyen*

simple d'engendrer en soi une multitude de sensations corporelles permettant de se sentir exister à nouveau : l'intérieur et l'extérieur sont à nouveau définis, et l'image du corps retrouve, un court instant, une consistance. Il apparaît que plus est que dans certains cas, c'est la tension douloureuse du ventre qui est recherchée. La douleur rassure en ce qu'elle témoigne de l'existence du corps.» (D. MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit, p87)

Selon le même auteur, manger est donc un acte complexe, individuel, riche en symbolismes et significations, qui nous permet de vivre et survivre. Mais manger est également un acte social qui nous définit, nous identifie, nous construit en tant qu'être humain vivant au sein d'une société.»(Déborah Machaux-Tholliez, 2007, p50)

Enfin, et concernant les régimes, la mère précise « *On a essayé de faire un régime pour lui, mais sa ne dure jamais plus que deux à trois jours au maximum, lorsqu'on lui demande de respecter son régime alimentaire, de ne pas manger telle repas ou tel aliment, il commence à pleurer, ça le touche et il me demande de lui donner à manger...* » D. Machaux-Tholliez explique la situation de ces patients incapables de suivre quelque régime diététique que ce soit, tant qu'ils n'ont pas résolu leurs conflits et leurs problèmes, ou tant qu'ils restent dans le milieu qui provoque chez eux l'angoisse et la violence. Ils pourront sans difficulté perdre du poids à l'hôpital, mais ils grossiront à nouveau dès qu'ils retrouveront leur ancien entourage.»

En conclusion, nous avons un mot qui résume le rapport de Zakaria à l'alimentation « *L'assiette est un théâtre d'ombres où se joue à la vie à la mort la construction de soi.* » (M. Corcos, 2005, p112)

4- L'image du corps et le rapport au corps ou la relation avec le corps :

D'abord, on tient à rappeler que GOLSE établit un rapport entre l'alimentation, la nutrition et le schéma corporel en faisant référence à l'obésité chez l'enfant « *Un schéma corporel, tout seul, cela n'existe pas ; il faut la bouche et l'autre.*

L'alimentation, après la vie intra- utérine se caractérise par sa discontinuité du fait des tétées puis des repas, laquelle est surmontée par la qualité du holding maternel. Ceci fournit au bébé les bases de la continuité de son sentiment d'exister qui soutient l'édification de son schéma corporel.

L'alimentation, par l'intermédiaire de la cavité buccale, permet une démarcation du dedans et du dehors. Initialement, le bon se confond avec le soi et le dedans et le mauvais avec le non soi et le dehors. Ces éléments sont donc initialement très clivés et l'accès à l'ambivalence est nécessaire pour que ces éléments puissent quelque peu fusionner.»

Au début, il est important de signaler un élément très frappant lorsqu'on aborde l'image du corps, le patient et sa mère parlent de «*corps de femme*», Zakaria explique «*Des fois, je me dis que j'ai un corps normal, d'autres fois, il me paraît anormal, autres fois, il me paraît comme si j'ai un corps de femme.*» Il précise «*Mon corps ressemble à celui des femmes, il ne ressemble jamais au corps des autres enfants, ma mère m'a dit que je risque de devenir une femme, et que si je gagne plus de poids, je risque de le devenir très vite.*» Bernard BRUSSET et C. COUVREUR constatent que «*La prégnance de fantasme de bisexualité est fréquemment notée chez ses patients, ainsi que leur rejet de l'identification féminine (acceptée en tant que modèle phallique d'une féminité assimilée à une minceur atteignable et réservée à la mère). L'obésité et la honte qui peut s'y rattacher trahissent sous l'insatisfaction affichée l'importance de l'identification masculine, et la conviction d'une complétude phallique à laquelle elles renoncent difficilement.*» Les mêmes auteurs nous donnent plus de précisions très impressionnantes sur ce point «*Ceci rejoint le constat souvent fait que le vécu de monstruosité, plus ou moins lié à des dysmorphophobies chez les adolescents, est intimement associé à un fantasme de posséder les deux sexes. La gêne qu'ils ressentent se nourrit probablement aussi du fait qu'une telle possession autorise l'activation d'un fantasme de coït intrapersonnel, et d'une scène primitive en constante mise en acte par le sujet.*» (B. BRUSSET et C. COUVREUR, op.cit, p102)

Parlant de son corps, le patient le décrit comme «*Je me vois comme si je portais toujours une très lourde charge, un très grand "ARRAM", quand je m'assoie à table en classe, je reste trop longtemps coincé contre la table et une très grande angoisse m'envahi*»

«*Je ne regarde jamais mon corps au miroir, il me paraît que je suis très différent des gens, j'ai un corps énorme qui dépasse toutes les limites...C'est un corps étranger, différent du corps des garçons de mon âge, il ressemble à celui des adultes*» ceci peut être interprété comme la traduction d'une défaillance de l'image

du corps, F. DOLTO (1984) remarque que des atteintes organiques précoces peuvent provoquer des troubles du schéma corporel ; et ceux-ci, du fait du manque ou de l'interruption des relations langagières, peuvent entraîner des modifications passagères ou durables à vie de l'image du corps. Mais, il est cependant fréquent qu'un schéma corporel infirme et une image du corps saine cohabitent chez le même sujet.

Le jeune adolescent rapporte que « *Les autres me regardent comme une personne totalement différente d'eux, mais c'est mon corps qui fait cette différence, uniquement mon corps...c'est le corps qui est différents, ils me sous-estiment uniquement parce que je suis obèse...* »

De plus, Zakaria se plaint de ses mauvaises relations avec Abd Allatif (son quatrième frère), il dit qu'il l'insulte souvent et devant tous le monde (sa famille, et ses amis à l'extérieur de la maison), en lui disant « *Salle gros(Lakhchine)* », ce qui est du regard social, Bruch précise qu' « On considère l'obésité dans l'adolescence comme un problème particulièrement difficile, car ses victimes sont soumises aux attaques d'une société qui a une attitude de rejet envers elles. » (H. BRUCH, 1975, p187), elle ajoute « *Mais mes observations m'ont appris que ce n'est pas tant le poids lui-même, que plutôt l'attitude envers le poids, ou encore plus correctement l'attitude envers soi-même, qui intervient dans toute relation, et plus que –tout dans le domaine sexuel.* » (Ibid, p188), à leur tour, BRUSSET et COUVREUR insistent que « *Conformément aux analyses de L. Wurmser, la peur d'être dévisagé, dévoré et pénétré par le regard de l'autre son mode défense actif par l'oralité. La crise boulimique vise alors à dévorer en retour le regard de l'autre, avec une voracité qui est à la fois défense contre la honte et source de honte.* » (B. Brusset et C. Couvreur, op.cit, p119)

Face à cette défaillance de l'image de soi et l'image du corps, le patient adopte une stratégie pour changer son corps, ainsi, il dit « *Je veux changer mon corps, pour devenir plus mince...Je veux changer et perdre du poids. Ce corps m'empoisonne la vie, il me rend des fois totalent fou.* » « *Il faut que je change mon corps, il faut que je perds du poids et serais plus léger, toute une autre personne...j'essayerai de me changer pour qu'il change.* » JL.TERRA a retrouvé beaucoup de femmes qui ne « voyaient plus leur corps » et ne semblaient pas avoir de repères au-delà d'un certain seuil pondéral dépassé. Tout se passe comme si notre sujet était « hors corps

», Maurice CORCOS propose une autre vision de la question; il souligne que *«Si nous développons ce point c'est qu'il est d'importance dans la psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. L'absence ou la défaillance de l'investissement psychique et corporel (libidinalisation) de l'enfant par sa mère conduit l'enfant à investir son corps sur un mode tentant d'accorder autoérotisme et narcissisme.»* (CORCOS, op.cit, pp 39)

Pour résumer, nous rejoignons ce que KESTEMBERG et al ont dit *«Si le corps fait l'esprit, l'esprit bâtit le corps (Kestemberg et al, 1972). Dès lors la pensée n'émane pas de, et ne se construit pas sur un corps quelconque, informe, sans qualité mais bien un corps en voie de formation et pulsionnel, un corps sexué et érotique.»*

9- La dimension alexthymique :

a- Avant les séances de relaxation

1-L'identification et la description des émotions (la capacité à exprimer verbalement les émotions)

Au cours de la première séance, Zakaria se plaint des difficultés de concentration et une grande fatigue, ainsi, il nous paraît qu'il est totalement fixé sur ses plaintes somatiques avec un discours très appauvri sur le plan émotionnel et affectif *«c'était un ressenti très particulier, un sentiment de fatigue, j'ai essayé de me concentré ; ceci m'a coûté de très grands efforts... je n'ai pensé qu'à mon exercice de relaxation.»* A cet effet, Maurice CORCOS affirme que la réaction psychosomatique de l'enfant à la place de ce qui n'a pas été exercé (absence de libidinalisation maternelle et réactions psychobiologique propre) modifie les modalités de pensée fantasmatique du corps : un plein remplit un vide. Ce vide si souvent exprimé par les patients n'est donc pas un rien, il est plein de l'excitation non liée et aussi de l'accrochage de cette excitation non au regard et au corps accordant maternel, mais au percept de la dépression psychique maternelle ou à un objet de déplacement dans l'environnement (objet source de devenir fétichique) ou encore à une partie de l'enfant qui se surcharge ainsi d'érotisations.

Quant aux difficultés, il précise au cours des quatre premières séances qu'il a fait beaucoup d'efforts pour lever ses jambes, son coup...etc. Pierre MARTY et M. de

M'Uzan expliquent *«Le sujet reste constamment au ras de ses gestes, son mode de pensée colle étroitement à la matérialité des faits et à l'ustensilité des objets, il est enlisé dans l'actualité, et s'il lui arrive de se projeter dans l'avenir ou de revenir sur le passé, c'est en les transformant en des morceaux de présent, où tout est dominé exclusivement par la succession des faits. (...) La pensée opératoire ne tend pas à signifier l'action, mais à la doubler : le verbe, ici, ne fait rien d'autre que répéter ce que la main a fait en travaillant... Sans doute cette dernière est-elle aussi orientée vers la réalité, mais sa réalité est d'une autre espèce, elle y est enracinée comme dans une terre vivante, lourde de passé et pétrie de sens.»* (MARTY, P, DE M'UZAN, M, in Revue française de psychanalyse, 1963, p.345-356.)

Les problèmes de l'expression des émotions est bien préciser par Zakaria lui-même au cours des entretiens ; il répétait à chaque moment *«j'ai toujours ces difficultés à exprimer mes émotions, mes sentiments et tous ce qui est émotionnel...»* il ajoute *«Mon corps est devenu normal, très normal...»* *«Normal...oui, tout est normal...»*.

Le patient remplace toute expression affective par un recours massif au corps, et ceci en retournant chaque fois au corps et en disant souvent pendant les briefings *«Mon corps est normal»* ce qui explique cette grande incapacité à exprimer ou à mettre en mots ses émotions. On peut ajouter que tout au long des premières séances, le patient s'est fixé sur la description des détails de son vécu corporel, en négligeant l'aspect émotionnel. Dans le même enchaînement d'idées, Maurice CORCOS pense que *«L'alexithymie semble un trait souvent observé et est à l'origine d'une incapacité à établir des relations affectives satisfaisantes avec autrui du fait d'une difficulté à lire et à se représenter ses émotions comme celles des autres. Là encore la parenté psychopathologique avec les TCA est forte.»* (M. CORCOS, op.cit, p148)

Enfin, on tient à mentionner que l'expression verbale pendant les premiers entretiens et briefings était très réduite, ce qui explique un taux très élevé de l'alexithymie, c'est à ce moment là que nous pouvons parler de clivage ; qui instruit pour le sujet deux parts de vie, l'une représentable, l'autre non. Il s'agit profondément d'un clivage du moi qui altère le développement intégrateur et le clivé fera retour en acte en reproduisant l'expérience traumatique primaire. Et comme le signale CORCOS, Il n'y a ni deuil, ni représentation, ni élaboration -symbolisation, ni retour du hallucinatoire. Les solutions alexithymiques (neutralisation ou gel du retour clivé en évitant les résonances) et perverses (l'expérience traumatique

devient source de plaisir) peuvent advenir pour permettre maîtrise et équilibre. CORCOS nous explique tout ces éléments en retournant sur la notion de carence « *La carence, l'absence ou la discontinuité des échanges affectifs primaires ont ainsi des effets biologiques et psychosomatiques sur l'enfant qui installent très tôt une homéostasie singulière, sorte de mémoire proprioceptive de l'expérience d'absence (de l'objet et en miroir de soi) et une sorte de réflexe conditionné qui se réactivera, lors d'événements à l'adolescence et l'âge adulte, entrant en résonance avec la problématique identitaire. Dès lors, dans ces moments, c'est le corps non lié à la psyché qui se déprime, se dépersonnalise, perd son unité formelle, voire biologique, et qui a «besoin» du secours et d'excitation produite par l'objet addictif.*» (M. CORCOS, 2005, p55)

En conclusion, on rejoint ce que Keller (2010) a dit «Mais en matière de soin et de guérison, l'enseignement officiel de la médecine donne la priorité absolue à la technique sur le talent, à l'objectif sur le subjectif, au mesurable sur l'éprouvé, à l'acte sur la parole.» (P.H KELLER et al, 2010, p25)

2-La description détaillée des symptômes et le recours à l'action (La description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques)

Un regard sur les différents entretiens effectués avec le patient nous invitent à dire que le patient est totalement ancré dans une description détaillé de ses symptômes physiques. Au début, il ne parlait que de ses difficultés corporelles, de ses nombreuses plaintes somatique et de sa douleur physique, il rapporte lors du deuxième entretien «*J'ai toujours eu des difficultés lorsque je bouge mon corps ; mes jambes, mes bras, mon dos, tout, tout mon corps me fait du mal. Des fois je reste des heures sans bouger, juste pour faire apaiser mes douleurs, ça me fait des douleurs sans cesse, sans fin. Ça peut prendre des jours ...*» M. CORCOS nous donnent des explications très précises sur ce point« *Chez certains patients, il existe non seulement une description détaillée des sensations physiques, mais cette description prend place dans une relation où un autre type de discours, une autre thématique pourraient être attendus. Ainsi le sujet aborde-t- il ses douleurs*

physiques lorsqu'on lui demande de parler de ses relations avec les autres ou de ses réactions dans certaines situations difficiles. Lorsque les sentiments sont abordés, les mots semblent faire défaut, parfois ces sujets ont des affects apparemment inappropriés, ils pleurent abondamment sans que les pleurs ne semblent liés à un sentiment de tristesse ou de colère. Ce point clinique peut-il s'expliquer par une origine biologique à l'origine d'une insuffisance « émotionnelle primaire. » (M. CORCOS, op.cit, p229-230)

Le discours de Zakaria au sujet de son corps est très descriptif, il aborde plus volontier des aspects plus triviaux et inconséquents des événements vécus qu'il détaille sans véritable élaboration, au cours du premier entretien il nous dit «*Oui, quand je travaille une très grande fatigue m'envahi, je deviens immobile, mes jambes, mes bras, tout, tout le corps devient une très lourde charge à supporter. C'est comme je portais un autre corps très lourd, un autre corps qui m'appartient pas.*»

Cependant, il paraît que cette description détaillée description sans fin des symptômes physiques a été associée à l'impossibilité de caractériser clairement les sensations corporelles.

La description des symptômes physiques devrait donc être comprise comme une tentative d'expression des sentiments que le sujet ne peut élaborer. Les sujets alexithymiques ont tendance à rapporter des plaintes somatiques car ils possèdent peu de capacités imaginatives, dans la même dimension, pour MACDOUGALL «*C'est l'alexithymie primaire en sa composante première de difficultés d'appréhension (lire et dire) des impulsions du corps sous forme d'émotions. Il n'est pas exclu que la passivité psychique ne génère un sentiment d'influence et de confusion contre lequel le seul acting (in) possible ne soit psychosomatique (manifestations psychosomatiques notables dans les antécédents et lors de l'évolution des conduites de dépendance.*» (J. MACDOUGALL citer par M. CORCOS, 2005, pp57-58)

3-la distinction entre émotions et sensations corporelles

Au vue des entretiens, il n'y a pas de distinction entre les émotions et les sensations corporelles, le corps et ses plaintes sont le seul moyen d'expression; le jeune adolescent ne parle que de son corps et ses plaintes pour exprimer ses états émotionnels, à titre d'exemple, et pour répondre à une question sur ses sentiments et ses émotions Zakaria

répond *«J'ai un sentiment de ...de fatigue au niveau de mon corps...je me sens très fatigué, je suis abattu, c'est la fatigue totale...c'est ça ce que je ressens».*

Dans le deuxième entretien il répond à la même question *« Je ne sais pas pourquoi on me pose toujours cette question. Enfin, je suis toujours fatigué, tout mon corps me fait mal, mes jambes, mon dos,...J'ai vu plusieurs médecins sans résultat, c'est comme si je suis envahi par ses sentiments d'épuisement et de fatigue. Mon corps ne trouvera jamais le calme et la détente, quand ça arriverai, je serais...je deviendrais très calme.»*

d'une façon générale, tout se passe chez notre patient comme si cette expérience corporelle et psychique, en rupture avec l'activité psychique ordinaire, et sans lien conscient avec l'agressivité et avec la sexualité, était nécessaire pour révéler la pulsion, alimenter l'activité de représentation, de verbalisation, c'est-à-dire de mise en scène, de mise en sens et de mise en mots. Dans la même perspective, F. FARGES et S. FARGES expliquent *«L'alexithymique ne parvient pas à distinguer ses sentiments de ses sensations corporelles. La description sans fin des symptômes physiques a été associée à l'impossibilité de caractériser clairement les sensations corporelles. La description des symptômes physiques devrait donc être comprise comme une tentative d'expression des sentiments que le sujet ne peut élaborer. Les sujets alexithymiques ont tendance à rapporter des plaintes somatiques car ils possèdent peu de capacités imaginatives.»*(F. FARGES et S. FARGES, op.cit, p50) Et dans ce même enchaînement d'idées, Pierre Marty et de M'Uzan confirment *«Nos sujets ne rêvent pas ou, à tout le moins, paraissent incapables de rapporter leurs rêves. Quand ils le peuvent, du reste, leur récit obéit lui aussi aux règles de la pensée opératoire, il ne fait que détailler un acte ou une succession d'actes précis, toujours intimement liés à une réalité actuelle »* (MARTY, P et de M'UZAN, M, in *Revue française de psychanalyse*, 1963. p.345-356.)

Ces données nous invitent à considérer que la dimension alexithymique est très prévalente chez Zakaria, Maurice Corcos signale l'association d'un fonctionnement alexithymique aux TCA (Troubles des conduites alimentaires), il parle d'une proximité du fonctionnement psychique dans les conduites addictives alimentaires et dans l'alexithymie qui s'observe de manière fragmentaire et temporaire dans les périodes aiguës en rapport avec un contexte de perte ou de fantasme de perte, l'auteur s'explique en disant *«Les difficultés d'élaboration de ces patientes et leur agir comportementale reflètent l'échec relatif des processus d'intériorisation et de projection, ce que l'on peut traduire cliniquement par l'échec dans la constitution d'une véritable mélancolie*

comme d'une paranoïa, alors que ces deux problématiques se retrouvent en arrière-fond et constituent de possibles modalités évolutives, même si elles demeurent exceptionnelles dans leurs formes majeures. Ce double échec correspond à un besoin de disqualification des éprouvés internes, voire de déni, leur dévoilement étant immédiatement associés à des sentiments de honte, et parfois d'effondrement du moi en rapport avec un vécu de soumission à l'objet ou même d'invasion par celui-ci. Ce que l'on observe cliniquement, le plus souvent, est dès lors des comportements anaclitiques mélancoliformes ponctuant des intervalles libres marqués par une personnalité conformiste (alexithymie) qui se défend de la menace dépressive à l'aide de ce que l'on pourrait appeler une **«solution dépressive» et antidépressive à expression corporelle et comportementale.**» (CORCOS, op.cit, pp24-25)

4-La vie imaginaire

Zakaria nous parle d'une absence totale de rêves *«Je ne rêve pas depuis un bon moment...des sentiments, oui j'ai des sentiments autour de mon corps, je veux qu'il soit plus mince, plus léger.»* BRUSSET et COUVREUR expliquent cette dernière composante de l'alexithymie s'explique par un échec relatif du rôle du préconscient dans sa double activité de liaison et de filtrage *«Les instances sont mal différenciées : Surmoi et Idéal du Moi sont largement confondus et ont peu ou pas donné lieu à des déplacements évolutifs avec l'âge sur des Imagos œdipiennes différenciées et des idéaux »humanisés » et atteignables. Ils s'alimentent l'un l'autre de leur exigences les plus archaïques : L'idéal est souvent réduit à un Moi Idéal, dont la réalisation inatteignable sert à torturer le Moi, tandis qu'un Surmoi archaïque, placé davantage sous le signe de la rétorsion que sous celui de la culpabilité de la transgression, sert à disqualifier toute réalisation qui pourrait soutenir le narcissisme et qui est immédiatement connoté d'un risque d'amputation en miroir des Imagos parentales. »* (B. BRUSSET et C. COUVREUR, op.cit, p90).

Au niveau des contenus de ses rêves, l'adolescent dit qu'il rêvait très peu, et le contenu de ses rares productions oniriques est souvent pauvre, factuel et réaliste, Sami-Ali reconnaît que l'absence de rêves est l'exemple typique d'un refoulement impeccable qui porte sur toute la fonction de l'imaginaire et il précise que *«Sur le plan onirique, on constate la disparition des rêves ou tout au moins de leur qualité coutumière. L'élaboration mentale en est absente. Des rêves de type opératoire, à peu près répétitifs*

d'une activité diurne précédente, peuvent se retrouver néanmoins.» (P. Marty, in Revue française de psychanalyse, 1963. p356.)

En résumé, et avant d'entamer le travail psychothérapique, nous avons confrontés un ensemble de questions, P. H. KELLER résume tout ce questionnement « Faut-il en déduire qu'il est impossible en médecine de «considérer l'individu comme un tout » ? Et faut-il en conclure que dans cette discipline, le divorce entre corps et psychisme est définitivement consommé, malgré toutes les tentatives de conciliation entreprises jusqu'ici ? Ou bien doit-on admettre *a contrario que* toutes les spécialités sont psychosomatiques, à l'exception d'une seule, la médecine légale, qui se penche sur *des* corps débarrassés à jamais de *l'esprit* qui les occupait de leur vivant. » (Keller, 2001, p113 in P.H Keller et al, 2010, p26)

Ainsi, On peut construire avec F.FARGER et S.FARGES (2001) un lien entre l'obésité et la dimension alexithymique *«La conception d'un lien entre limitation de la vie imaginaire et recours fréquent à l'acte est classique en psychopathologie. Les patients alexithymiques réalisent des actes sans que n'apparaissent de manifestations émotionnelles alors que la situation semblerait le justifier. Ils minimisent leurs affects et engagements émotionnels dans les conflits décrits.»* (F. FARGES et S. FARGES, 2001, p49)

En conclusion, la notion de limitation de la vie imaginaire trouve son fondement dans l'étude des rêves. La plupart des auteurs s'accordent pour penser que les sujets alexithymiques rêvent peu, que le contenu de leurs rêves est pauvre, factuel et réaliste F.FARGES et S.FARGES partagent cette idée et ils concluent que *« Les rêves diurnes, comme les fantasmes, seraient peu fréquents. Le souvenir, le récit, ou la fréquence des rêves paraissent nettement perturbés. L'impossibilité de raconter un rêve s'apparente à la difficulté de parler de ses émotions : les sujets rêvent sans doute (de même, qu'ils ont des émotions), mais la verbalisation ne peut se faire. Selon Pardinielli (1992), il semble difficile de trancher entre une faible activité imaginaire et une activité imaginaire normale qui ne pourrait être exprimée par le sujet. »* (Ibid, p50).

b- Après les séances de relaxation

D'abord, on tient à préciser que face à la tendance de notre patient à majorer ses sensations corporelles quand il est confronté à des tendances émotionnelles, on a trouvé la nécessité de la relaxation psychosomatique, pour qu'il puisse apprendre sur son fonctionnement émotionnel par une thérapie qui exprime davantage son ressenti que ne

le permet le cadre analytique classique, et qui utilise sa capacité imaginative au cours des séances.

Maintenant, nous tentons d'analyser l'impact de la relaxation sur l'alexithymie dans ses quatre dimensions l'une après l'autre:

1-L'identification et la description des émotions (La capacité à exprimer verbalement les émotions)

Après douze séances de relaxation, on peut dire que le patient fait preuve d'une très grande progression au sujet de la qualité de l'expression affective. On tient aussi à dire qu'il s'agit d'une plus grande aisance dans le corps, plus grande labilité dans l'expression des émotions. Il verbalise facilement ce qu'il éprouve. On peut citer à titre d'exemple et lors de la deuxième séance de relaxation, Zakaria répond à une question sur son ressenti après la séance « *Ça devient de plus en plus difficile, ici et chez moi...peut être ça se passe mieux chez moi...après chaque séance, c'est toujours un sentiment de repos...la respiration était très facile, je n'ai pas eu de problèmes pour entendre ta voix, mais je dois bien travailler pendant mes séances...Tous ce que je peux vous dire que mon corps est devenu normal...* ». En général, Zakaria répondait toujours aux questions sur son ressenti et ses émotions par un recours automatique aux difficultés rencontrées, aux sensations corporelles, et son sentiment de **repos**. Dans cette perspective, Marion SPERANZA et Maurice CORCOS insistent « *La première étape du traitement vise surtout à surmonter l'obstacle constitué par le fonctionnement alexithymique à travers le développement d'une meilleure capacité de reconnaissance et de contrôle des états émotionnels. À cette étape du traitement les interventions principales visent à obtenir une modification cognitive des attitudes du sujet vis-à-vis des émotions. On peut citer deux domaines qui doivent faire l'objet d'une attention particulière:*

*1-L'identification des liens existant entre les émotions et les réponses physiologiques ;
2-L'amélioration de la prise de conscience des difficultés rencontrées dans l'identification et l'expression des émotions.*» (M. CORCOS et M. SPERANZA, 2003, p227)

À La douzième séance qui devrait être la dernière de cette cure, Zakaria parle facilement de ses émotions. Toutefois, il tient à s'assurer que nous pourrions nous revoir après.

Il fait un bilan positif des onze séances : « *J'ai réussi pendant ces jours à faire plus que l'habitude. Je suis tout le temps calme* ». À cet effet, M. SPERANZA explique « *Pouvoir se représenter ses émotions permet non seulement de les ressentir mais aussi de les contrôler (Frosch 1995). L'amélioration du contrôle émotionnel permettra de diminuer les décompensations somatiques ainsi que « les décharges » comportementales (prise de toxiques, crise de boulimie...) (Gross et Munoz 1995). En modifiant ainsi les modalités de psychothérapie individuelle. Le thérapeute devient un véritable auxiliaire du moi pour le patient, lui permet de reconnaître ses émotions et l'autorise à vivre des expériences affectives nouvelles (Margulies 1993) » (Ibid, p223)*

Le fait d'essayer de se détendre, la position couchée, la présence de quelqu'un qui l'écoute, ont fait tomber certaines défenses et Zakaria a pu exprimer quelques conflits anciens, antérieurs à la maladie actuelle. Pour lui, le corps et la motricité sont primordiaux. Une intervention à ce niveau est de ce fait plus aisée et profitable, car justement, en relaxation, avec les consignes corporelles, on donne au sujet un cadre de référence qui lui permet le passage de l'espace corporel à l'espace de la projection sensorielle, conférant ainsi au corps propre sa fonction de schéma de représentation. À partir de là, et comme le S. CADY « *le relationnel parlé autour du discours sur le corps sera mieux supporté.* » (S. CADY, 2003, p65)

Ce changement ne peut être compris comme la conséquence d'une réduction du taux d'alexithymie, ce qui a permis une amélioration de l'identification et la verbalisation des émotions. Sylvie CADY précise « *Aussi et d'une manière générale, le langage dans la communication au thérapeute permet la reconstruction d'un ensemble psychosomatique où il n'y a pas de coupure entre le corps réel et le corps imaginaire. À partir du corps physiologique, le langage en relaxation situe donc le corps dans sa représentativité. La question est de saisir une unité de fonctionnement, selon un axe qui inclut les données de la psychosomatique.* » (S. CADY, 2003, p65).

2-la description détaillée des symptômes et le recours à l'action

Quant à cette deuxième composante, on remarque que les premiers briefings sont consacrés aux symptômes, aux corps et ses maux, ainsi, Zakaria parle dans les six premières séances de ces douleurs au niveau du coup et ses difficultés pour fermer les yeux. La verbalisation reste très pauvre, se résumant en une description de sa maladie et ses difficultés physiques. F. FARGES et S. FARGES (2001) voient que les

alexithymiques ont tendance à décrire sans fin les détails autour d'un événement qui a produit des émotions au lieu de les exprimer *«Il existe une description détaillée des faits, événements, symptômes physiques, avec pauvreté des mots et tournures employées. La description détaillée des faits s'inscrit dans le cadre d'un évidement affectif du discours, d'un récitatif « asséché ». L'accumulation de détails paraît mécanique et non sous tendue par un élan affectif. Le schéma narratif est factuel, sans fantasme, sans symbole, avec une tendance à décrire les circonstances entourant les événements. La pauvreté du ressenti dans le discours frappe l'interlocuteur. Ce discours factuel ne porte pas obligatoirement sur la sphère somatique, mais peut s'étendre à différents thèmes, pourvu que ceux-ci ne fassent pas appel à une dimension affective. Il s'agit d'un discours semblant refléter une pensée purement concrète, qui évoque la pensée opératoire.»* (F. FARGES et S. FARGES, 2001, p50).

À la septième séance, notre jeune adolescent semble progresser sur le plan verbal comme sur le plan physique, avec précaution. Ne pas en faire trop, ne pas en dire trop! À la onzième séance, il dit *«vous m'avez permis d'évoluer et d'acquérir un meilleur équilibre. Je suis plus fort ...Maintenant, je suis en harmonie avec moi-même et avec les autres. Mais dès maintenant, je sais aimer et savourer les joies qui sont les miennes, je sais aimer les gens qui m'aiment, ma mère, mon père, mes frères et mes amis...»* comme pour confirmer ce qu'il a dit à propos de son évolution, nous remarquons que son discours est devenu plus cohérent, moins morcelé, en même temps que la perception de son corps est devenue plus globale, plus unitaire et plus différenciée. De plus, son discours s'est éloigné de la description des symptômes, de la maladie et des plaintes somatiques. Sami Ali explique *«C'est ainsi que le choix de la relaxation psychosomatique paraît judicieux, car il permet d'aller au-delà de ce fonctionnement, grâce à l'harmonisation tonico-émotionnelle, liée à une ouverture vers le monde extérieur, et ce, dans un mouvement transférentiel (ou donnée fantasmatique) qui permet de tisser des liens nouveaux, entre les mouvements psychiques et les événements vécus; tous éléments qui interfèrent sur la problématique sexuelle.»*(Sami-Ali et al, 2001, p138)

Enfin, nous constatons que la relaxation a produit de très importants changements: elle a permis à Zakaria de vivre son corps autrement que comme un mauvais objet, à la fin des séances, il redevenait pour lui source de plaisir, CADY conclue que *«Le*

discours de la relaxation est d'abord un travail de liaison de ces deux éléments : image et langage...le langage en relaxation en facilite les liens. Il permet à ces données de se mettre en place, dans un rapport de continuité psyché-soma.» (S. CADY, 2003, p64). À son tour, Gerard Bailhache insiste que *«C'est par le corps que j'éprouve le monde et les autres, que je ne cesse d'en faire l'expérience et ce, jusqu'à la fin. Être au monde...c'est ne pas cesser d'éprouver, de sentir, d'être touché...par les autres et par les événements. Mourir, c'est quitter cette expérience du tact et du contact, de l'émotion permanente, qu'est l'expérience du corps»* (Gerard Bailhache in Clyde W. FORD, 2002, pP11).

3-la distinction entre émotions et sensations corporelles

Au cours des séances de relaxation, notre travail porte sur le corps comme lieu d'une **action thérapeutique** spécifique : travail sur les zones de rigidité et de blocage, sur la respiration, sur la tension et la détente, sur l'expressivité corporelle, sur la posture. Il s'agit moins, dans tous ces cas, d'agir sur le corps physiologique que d'atteindre par les voies du corps les fonctionnements psychiques qui leur sont liés (défenses, émotions inhibées, attitudes inconscientes...).

D'abord, on tient à signaler que dans les premières séances Zakaria n'a pas pu verbaliser son ressenti (au cours des briefings), de ce fait, tout ses dires se résume en une seule réponse «Je ne sais pas», parfois, il nous répond par des mots qui n'expriment que ses sensations *«C'était une très bonne séance, mon corps est relaxé, mes jambes, mes mains et tout mon corps est relaxé...c'est comme un sentiment de fatigue au niveau de mon corps...Maintenant c'est un sentiment de repos, mon corps maintenant est normal, c'est le repos.»« Je ne pense qu'au exercice de relaxation.»*. Mais le corps prend un rôle principal dans la guérison et le rétablissement émotionnel, à un certain moment, on a découvert que nous ne pouvons plus fragmenter notre approche du traitement. Si on se contente de traiter les symptômes physiques sans essayer de tenir compte des problèmes émotionnels et psychologiques, alors l'émotion non résolue avait toute la potentialité de recréer davantage de symptômes physiques. De même, se contenter d'aider notre patient à parler de ses problèmes émotionnels sans faire attention à l'expression de ces émotions dans le corps, permet aux tensions corporelles qui se maintiennent de recréer les perturbations émotionnelles. Le corps et l'esprit doivent participer ensemble au traitement, et comme le souligne Clyde W. FORD *« La guérison*

corps-esprit n'est que son nom indique : le rôle de l'esprit dans la guérison du corps. Ces techniques de guérison corps-esprit se concentrent sur la relation de l'esprit avec le corps. Mais il y a une autre façon de regarder la relation du corps avec l'esprit : c'est celle qui étudie le rôle du corps dans la guérison et le rétablissement. L'approche de la guérison présentée dans ce livre se concentre au préalable sur le corps.» (Clyde W. FORD, 2002, pp34-35)

On tient aussi à mentionner que pendant les séances, et au lieu de demander au patient quelle pensée ? Quel sentiment ? Ou quelle image particulière affecte ton corps ? Nous avons explorés la façon dont une sensation spécifique du corps nous aide à comprendre un problème émotionnel ou psychologique plus profond. Par exemple, au lieu de considérer la colère ou le chagrin de façon abstraite, nous avons examinés la conscience qu'a le corps de ces émotions. Au lieu de parler d'établissement de limites, nous avons exprimés la recréation de ces limites à travers le mouvement, et comme le dit C. W. FORD « *Le principe derrière ce type de travail est simple : pour guérir et nous rétablir, nous avons besoin d'enraciner l'expérience émotionnelle dans le corps et nous avons besoin de déterrer les problèmes émotionnels et psychologiques derrière la sensation physique. Dans l'un ou l'autre cas, le corps est le point de mire du travail du thérapeute.* » (Ibid, p35)

Cette attitude interprétative de notre patient avec l'aide du thérapeute qui l'engage à se représenter ses difficultés permet enfin à l'imaginaire de se retrouver dans un rapport d'harmonie avec le corporel. Là, le patient parle de ses douleurs qui semblent un peu apaisés. Ainsi, les deux auteurs A. DELOURME et E. MARC (2004) insistent sur le fait que l'expression émotionnelle n'est pas, en elle-même, un langage « *Elle est l'indice d'états affectifs qui accompagnent l'expression. Elle passe à travers des manifestations corporelles observables comme les mimiques du visage, la tension des muscles, les mouvements des mains, la coloration de la peau, l'intonation de la voix, le rythme et l'amplitude respiratoires. Elle traduit un double rapport. D'abord la relation du patient à ce qu'il énonce ; ensuite à son interlocuteur.* » (A. DELOURME et E. MARC, 2004, p131)

Ainsi, séance après séance, l'expression émotionnel prend le devant du discours et Zakaria commence à parler autrement de son ressenti, de ses émotions. De ce fait, on peut constater que l'expression corporelle peut ainsi se révéler un moyen de communication privilégié entre le patient et son thérapeute. Elle va montrer la

résonance affective de la parole ou manifester ce que les mots ne peuvent dire. Laisser deviner les inhibitions, les blocages ou les mouvements énergétiques et pulsionnels. Traduire sur un mode symbolique les désirs, les défenses et les conflits du patient, selon A. DELOURME et E. MARC « *L'expression émotionnelle traduit donc le rapport affectif du locuteur à ce qu'il énonce ; mais elle renvoie aussi à sa relation à l'interlocuteur. Les émotions du patient sont toujours ressenties et exprimées en présence du thérapeute et comportent une dimension transférentielle.* » (Ibid, p132)

En résumé, on constate que la distinction entre les émotions et les sensations corporelles s'est progressée depuis la neuvième séance, ainsi, le patient parle très librement à la douzième séance de ces émotions les plus fortes, de sa peur, sa colère, son angoisse et sa dépression.

4- La vie imaginaire

Pendant les premières séances, on trouve chez notre patient une disparition de l'activité du rêve, il tend même à s'effacer dans une dysrythmie hyperactive, où il n'a pas de temps pour lui. Répondant à une question sur ses rêves, Zakaria dit « *je ne fais pas de rêves, ça fait un beau moment, d'ailleurs, je n'ai jamais fais de rêves...je ne souviens plus de mon dernier rêve qui semble remonter à plusieurs années...depuis très longtemps je ne fais plus de rêves...ni rêves, ni sentiments...c'est juste des sentiments qui tournent autour de mon corps et mon poids, parce que je veux perdre du poids.* » donc, le jeune adolescent a cessé de rêver, l'imaginaire étant mis hors-circuit de tout son fonctionnement, comme l'explique Sami-Ali « *L'alexithymie paraît comme la conséquence directe d'un refoulement et non comme un phénomène original qui existe en soi et qui est censé représenter une carence dans le domaine affectif (...) Carence qu'un auteur comme Taylor s'emploie à expliquer par schémas neurophysiologiques **ah hoc**, mettant en jeu le thalamus et le néocortex, ce qui achève de réduire le psychique au somatique et rendre définitivement incompréhensible l'affect, en tant que phénomène global engageant l'âme et le corps. Le fonctionnement psychique par défaut (absence de rêves, absence d'affects), pose au contraire le problème de ce qui est advenu aux uns et aux autres. [...] Il faut dorénavant envisager que l'affect, lui aussi, autant que la représentation, puisse être véritablement refoulé (...) et que le refoulement du rêve, sans être un moment passager qui s'explique par la censure, puisse au contraire relever du refoulement de la subjectivité propre à la pathologie de l'adaptation.* » (Sami-Ali et al,

2001, p8)

Il paraît que l'alexithymie se manifeste d'une façon très frappante et particulière lorsqu'il parle de son avenir « *l'avenir, est quelque chose d'obscur pour moi, je ne sais rien, je n'ai aucune idée, je me sens très bloqué quand je pense à ces choses.* » il précise aussi lors du troisième entretien « qu'il s'est interdit d'y rêver comme d'y penser, vraisemblablement parce qu'il « est obèse ».

A travers la psychothérapie de relaxation on a tenté d'établir des liens, de faire des efforts thérapeutiques qui est un travail de réappropriation: l'autre est soi, tous les autres sont soi Sylvie CADY (2003) voit qu'une articulation fondamentale en relaxation porte sur le corps et l'imaginaire à partir du rythme corporel. Car la relaxation peut être porteuse de cet imaginaire initialement corporel. Un facteur essentiel à cette élaboration reste la découverte de l'identité du sujet. Ainsi créer son corps par l'imaginaire se voit être un acte personnel dégagé de toute interdiction créative imaginative, un acte de véritable autonomie.

Ce qui est de très particulier chez Zakaria, dans la nuit qui suit la première séance, il retrouve précisément le rêve et il raconte « *J'ai vu la maison de mon oncle maternelle, il habite à la campagne, j'ai vu plein de couleurs, les champs, les arbres, les fleurs...* » Sami-Ali explique ces éléments en parlant de la notion du rêve initial « *La première constante est le rêve initial survenant au bout d'un temps plus ou moins long, mais qui en définitive dessine en pointillé toute l'évolution à venir. Rêve-programme par conséquent qui, pour être qualifié de transférentiel, ne décèle pas moins qu'un événement réel a déjà eu lieu dans la relation. (...) Le mal-être de toute une vie marquée par la maladie se trouve ainsi condensé en un seul rêve qui fournit au travail thérapeutique son point de départ* » (Sami-Ali, op.cit, p.28-29)

Ensuite, des cauchemars répétitifs font retour, ceux-là qui ont existé lors du deuil de sa grande mère. Ces cauchemars, qui marquent la levée partielle du refoulement de l'imaginaire. Parallèlement à la récupération de l'activité onirique, le patient parle de ses douleurs, qui semblent considérablement s'apaiser.

Zakaria nous dit pendant à la huitième séance « *Oui c'était vraiment très agréable plein de couleurs, de joie et de calme, je qui m'a plu de plus c'était les couleurs. Quand à la phase d'imagination, je n'avais aucune difficulté, j'ai tout imaginé : la plage, c'était une plage pleine de couleurs, avec un bleu très agréable, ça m'a fait rappeler mes vacances avec mes amis...* » Sa mère insiste que son fils « *a changé, quand il*

revient à la maison après sa séance, il m'a conseillé de faire des séances de relaxation chez vous, il me disait toujours que celui qui ne fais pas ces séances rate l'occasion de sa vie...oui depuis une quinzaine de jours Zakaria a changé, il est devenu très affectueux.. »

Ainsi, on peut dire qu'à la fin des séances, le patient à réussi à faire retrouver son imaginaire, ou comme le dit Sami-Ali «**la récupération de l'imaginaire**», et ceci par le seul moyen du rêve qui à permit d'imaginer l'imaginable et réconcilier l'irréconciliable.

10- Analyse générale du cas

L'analyse du Rorschach permet d'avancer le fait que de façon générale, l'alexithymie constitue, chez notre patient, un mécanisme de défense contre la douleur psychique, la dislocation du sentiment d'identité, la frustration et le risque représenté par le débordement imaginaire. Cette compréhension de l'alexithymie comme mécanisme de défense est aussi celle de J. McDougall qui considère que l'alexithymie renvoie à un mécanisme de défense archaïque qui permet au sujet de se protéger contre des angoisses de perte objectale qui n'ont pu être métabolisées du fait de l'absence d'intégration d'un objet maternel suffisamment bon. Dans la continuité de ces réflexions, A. Mariage et al précisent « *Les processus de déni, d'identification projective, de clivage rencontrés dans l'alexithymie permettraient au sujet de se couper de sa conflictualité psychique et d'éviter le risque d'une régression à la position schizoparanoïde... En ce sens, l'alexithymie pourrait être envisagée comme un mécanisme régressif de pare-excitation interne permettant, par sa fonction défensive, d'éviter la survenue d'une désorganisation dépressive ou psychotique. L'alexithymie constituerait alors une tentative d'autoguérison, et aurait une fonction protectrice contre des angoisses psychotiques.* » (A. MARIAGE et al, 2008, p393)

L'analyse quantitative du premier protocole permet d'établir une relation entre les données du psychogramme et les indicateurs d'alexithymie énumérés par Acklin et Alexander et Corcos et Speranza. On constate la présence d'un nombre de réponses bas, d'un nombre de kinesthésies humaines faible, de réponses affectives restreintes traduites par la somme des réponses

« couleur » peu élevée, d'affects pauvrement intégrés (phénomène souligné par le FC bas), de cognitions concrètes, de stéréotypies perceptives, du déficit des éléments idéationnels et affectifs représentés par la somme des réponses « couleur » et « kinesthésie » bas.

Ainsi, l'hypothèse d'un profil alexithymique de Zakaria semble pertinente au regard de ces résultats et vérifie d'autres études comme celle de Legorreta et al.

Cependant, l'analyse du deuxième protocole a permis de mettre en évidence une réactivation du travail de liaison entre représentations et affects, ceci est confirmé par les FC et les Kan qui signifient un déplacement de mouvement pulsionnel sur des images animales.

De plus, on remarque à la lecture qualitative des réponses, une diversité des

représentations dont les données statistiques quantitatives ne rendent pas toujours compte, en particulier au niveau de l'expression des conflits.

Par ailleurs, lorsque les affects sont directement interrogés, comme lors de la justification des

choix positifs et négatifs des planches, il est intéressant de souligner que le sujet (qui a étouffé les émergences pulsionnelles dans son premier protocole) choisie préférentiellement des planches qui favorisent ces dernières (planches III et X) et justifie leurs choix au travers d'affects forts.

Enfin, ce qui confirme la réduction du processus d'alexithymie chez le jeune adolescent c'est cette disparition des indicateurs d'alexithymie (cités par Acklin et al) dans ce deuxième protocole.

L'analyse des entretiens permet de voir que le patient reconnaissait qu'il manger par «envie»,

« plaisir », « gourmandise ». Le fait de grignoter ou compulser était un moyen de satisfaire une pulsion érotique, l'alimentation étant assimilée à une source de plaisir. Mais souvent, cette pulsion n'atteint pas son objectif : elles n'accèdent pas au plaisir. Culpabilité, honte, dévalorisation succèdent immédiatement à la pulsion, ne permettant pas l'accès au plaisir. On peut, ici, penser que ce patient utilise l'alimentation comme procédés autocalmants.

L'analyse des entretiens et les briefings (avant et après les séances de relaxation) nous montrent aussi une progression au sujet de la qualité de l'expression affective.

L'expression émotionnel prend le devant du discours et Zakaria qui commence à parler autrement de son ressenti, de ses émotions.

Ainsi, et par l'intermédiaire de la relaxation psychosomatique, le patient à réussi à faire retrouver son imaginaire, ou comme le dit Sami-Ali «la récupération de l'imaginaire», et ceci par le seul moyen du rêve qui à permit d'imaginer l'imaginable et réconcilier l'irréconciliable.

«En ce qui concerne la maladie organique notamment, la relaxation psychosomatique se sert du principe de corrélation négative entre imaginaire et somatisation pour permettre à la pathologie de passer du corps réel au corps imaginaire.» (S. Cady, article 1)

Dans le même enchaînement d'idées, A. DELOURME et E. MARC précisent « On voit tout ce que l'attention portée à l'expression corporelle et émotionnelle a apporté à la

pratique de la psychothérapie. Elle permet un accès plus direct aux aspects inconscients du fonctionnement psychique ; elle nourrit l'empathie du thérapeute et favorise une communication authentique. Elle constitue la boussole qui guide une démarche active visant la dissolution des blocages corporels, l'abréaction des émotions refoulées et la modification des scénarios figés.» (A. DELOURME et E. MARC, 2004, p131)

L'échelle (TAS-20) d'alexithymie permet de mettre en évidence le fait qu'il y a une différence significative entre les deux passations, ainsi, le score d'alexithymie est significativement plus élevé dans la première passation par rapport à la deuxième, tant au niveau du score total que des sous-échelles « identification des émotions », « Difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui » et « pensée opératoire ». Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature où plusieurs auteurs tel que Sylvie CADY sont même allés jusqu'à confirmer que « *La relaxation permet, en outre, de se dégager de cette première identification corporelle pour retrouver un corps imaginaire, capable de plaisir, ayant en lui-même son centre de gravité, et source de projections. Ce dégagement que l'activité onirique reflète prend la forme de dédoublement de l'image du corps dans des rêves où on ne coïncide plus avec le corps surmoïque, qui reste différent et qu'on quitte. Souvent, les rêves corporels semblent une étape indispensable dans le retour de l'activité onirique, que la relation favorise et exploite, directement ou indirectement* » (S.CADY, op.cit, p2)

En conclusion, l'analyse des relations entre les différentes données permet de voire que la relaxation psychosomatique a générée une réduction significative de La relaxation psychosomatique réduit le processus d'alexithymie chez l'adolescent obèse.

Ainsi, nous hypothèses ce confirment par rapport a ce cas.

QUATRIEME CAS : Ammar

1- Présentation du cas

Prénom : Ammar

Age : 17 ans.

Nombre de frères : 01

Nombre de sœurs : 01

Classement dans la fratrie : il est le dernier d'une fratrie de quatre, dont deux sœurs et un frère.

Niveau d'instruction : 2^{ème} année secondaire.

Profession du père : décédé depuis qu'Ammar avait l'âge de deux ans.

Profession de la mère : agente de service au niveau d'une institution psychiatrique.

Antécédents familiaux : RAS.

IMC (Indice de Masse Corporelle) =32,02Kg/m, ainsi, il s'agit d'une **obésité modérée**.

Le patient s'est présenté à la consultation de psychologie clinique de l'établissement spécialisé en psychiatrie de Oued Athmenia suite à la demande de sa mère, et ceci pour une prise en charge psychologique individuelle. Un entretien préliminaire a été réalisé dont l'objectif était une prise de contact, ensuite, trois entretiens de recherche ont été effectués selon une grille d'entretien, au cours de la troisième séance on a passé un test projectif (le Rorschach) et l'échelle (TAS-20) au patient.

Les entretiens se sont déroulées au niveau du service de psychologie clinique de l'hôpital.

Ensuite, le patient a bénéficié d'une psychothérapie de relaxation, à base d'une séance par semaine pendant trois mois (total 12 séances de relaxation). Après la psychothérapie de relaxation, on a repassé un Rorschach et l'échelle TAS-20 au patient.

On tient à mentionner que les séances de relaxation se sont déroulées dans le service de psychologie ou une salle est aménagée pour ce genre de psychothérapie.

On tient aussi à mentionner que nous avons préparé une synthèse des entretiens avec la patiente et sa mère et nous l'avons intégrée dans l'analyse.

3- Rorschach avant la relaxation

a- La cotation du premier protocole (avant les séances de relaxation)

Nom : Ammar

Date: 10/03/2009

Age : 17 ans

Heure: 15hs31

	Réponse	Enquête	L	D	C	Ban	Observation
planche1 11' ^ 1'	papillon	Toute la carte représente un papillon, seulement sa tête n'est pas bien sortie.	G	F+	A	Ban	Annulation
Planche 2 6" ^ 11"	Chauve-souris	Sa tête au milieu, les yeux en rouge, les ails en noir et ses angles en rouge	G	FC-	A		
Planche 3 6" ^ 11" >	Squelette du scorpion	Les yeux: le noir supérieur et le noir central, le noir aux cotés des pieds	G	F-	Ad	Ban	
Planche 4 9" ^ 16" v	sauterelle	Le noir central dans son visage, les dais, le noir supérieur aux deux cotés.	G	F-	An		

CADRE PRATIQUE

<p>Planche 5 6" v 17"</p>	<p>C'est un vrai papillon, elle ne semble qu'un papillon.</p>	<p>Papillon, les cornes, les ails (sur les cotés) le noir inférieur central, les pieds d'arrière sont longs.</p>	<p>G</p>	<p>F+</p>	<p>A</p>	<p>Ban</p>	<p>Commentaire</p>
<p>Planche 6 38" ^ 53"</p>	<p>Normalement Ophiuride</p>	<p>J'ai l'habitude de le voir à la mer et j'oublie souvent son nom, bryzoaire, peut être ce n'est pas bryzoaire, une chose qui ressemble à un morceau de viande et elle a des yeux.</p>	<p>G</p>	<p>F-</p>	<p>A</p>		<p>Annulation</p>
<p>Planche 7 11" ^ 14"</p>	<p>Deux lapins.</p>	<p>Sur les deux cotés en dessous, c'est comme un papillon</p>	<p>D</p>	<p>F+</p>	<p>A</p>		<p>Symétrie</p>
<p>Planche 8 10" 19" ^</p>	<p>Un tableau</p>	<p>Deux animaux sur la partie latérale, comme étant dessiné.</p>	<p>G D</p>	<p>CF+ F+</p>	<p>Art A</p>	<p>Ban</p>	
<p>Planche 9 12" ^ 15" v</p>	<p>Coléoptères</p>	<p>Le rose ses yeux, le central sa bouche, elle apparait colorée.</p>	<p>G</p>	<p>CF-</p>	<p>A</p>		

CADRE PRATIQUE

Planche 10 13" ^ 26" v	Un paysage naturel.	Le vert de l'eau en train de nager, les oiseaux en jaune aux cotés. Le jaune central un soleil le soleil du reste comme les arbres	G	CF-	Paysa ge		
---	---------------------	--	----------	------------	---------------------------	--	--

Planche+ 9 et 10

Planche – 3 et 7

CADRE PRATIQUE

Nom : Ammar

Date: 10/03/2009

Age : 17 ans

Heure: 15H31

Motif de l'examen : une prise en charge psychologique

PSYCHOGRAMME

R =12 <Norme (20 à 30)

An=9

Refus=0

Ad=1

Tps total =6mn et 4sec <Norme (20/30mn)

A%=83,33 > norme (35 à 50 %)

H=0

Tps/réponse =30 sec <Norme (45 à 60sec)

H%

Tps.lat.moyen=12sec

Hd=0

G= 9 = 75% > Norme (20 à 30%)

Elem = 0

D=3 =25% < Norme (68 à 70%)

Frgt = 0

Dd= 0

Sex=0

Dbl=0

Nat = 0

Do= 0

Pays= 1

F=12

Art= 1

F pur = 66,66%

Géo = 0

F% élargi=75% >Norme (50 à 70%)

Sc = 0

F+=5

Ban = 3 < norme (5 à 7)

F- =3

Abstr = 0

F+- =0

Symétrie = 1

F+ pur = 62,5% < Norme (80 à 85%)

RC% =33,33 > norme (30%)

F+ élargi = 50%

Autres = 0

K=0

Succession: ordonnée et rigide

KP=0

Type d'appréhension: G→D

Kan=0

TRI: 0/3,5 extratensif pur

Kob=0

Formule complémentaire : Impossible de calcul

FC=1

Indice impulsivité : C+CF>FC →3<1

CF=3

C=0

NB:

FE=0

Choix+ : 9 et 10

EF=0

Choix - : 1 et 3

E=0

FCLOB=0

CLOBF=0

CLOB=0

c- Commentaire

Le protocole de Rorschach de Ammar est frappant par son aridité, par l'intensité de l'inhibition qui s'en dégage, notamment au cours de la passation spontanée, et surtout par le poids dépressif qui en alourdit la démarche dans une sorte d'engourdissement du processus associatif. L'effort défensif, tout entier ramassé dans la visée d'un contrôle sévère des mouvements projectifs, confère à l'ensemble des productions une facture contractée, un peu raide et guindée, qui contraste avec le caractère morbide de certaines associations.

d- Analyse du premier protocole

Les processus apparaissent étonnement peu investis. Ammar ne montre pas de conduite active dans la prise de conscience du matériel, pas de recherche de construction ni d'élaboration, pas de tentative d'originalité ni de créativité. Le protocole ne comporte aucune réponse synthétique et organisée, bien que dans l'ensemble l'approche globale soit privilégiée.

Ainsi, on est en face d'un protocole marquée par une faible productivité et un temps court, ce qui traduit un évitement, un survol de la réalité et une réactualisation d'une situation conflictuelle ou d'un traumatisme qui peut générer une angoisse ou une inhibition. Ça peut être aussi un mécanisme de défense, éludation qui renvoie à un déni de la réalité.

Pour Didier Anzieu, cette réduction de la productivité traduit un blocage émotionnel. (D. ANZIEU, 1976, p56).

d-1 Processus intellectuel

Le protocole est dominé par les réponses Globales (G), ce qui peut traduire une recherche d'une unité, celle-ci pouvant refléter l'espace unitaire du corps. Mais ces réponses G sont associées avec des éléments de forme, une association assez «intellectuelle», en ce sens, elle témoigne un mode de pensée à la généralisation voire à la recherche de synthèse et à la systématisation. Selon Rausch De TRAUBENBERG «*lorsque ce type d'association est fortement dominant dans un protocole, s'il garde la valeur positive proposée, il risque d'indiquer une prévalence d'attitudes formalistes. Le G à une valeur positive d'activité intellectuelle non renforcée par le dynamisme affectif (absence de réponses K).*»(Rausch De TRAUBENBERG, op.cit, p48)

Dans la même perspective, Nina Rausch souligne que les G sont le fruit d'une attitude défensive *«En effet le G est utilisé comme mécanisme de défense à travers cette socialisation, cette neutralisation des réactions, cette réticence à apporter des éléments plus personnelles ou plus actifs et à aborder la situation sous un angle plus concret et plus analytique, ces attitudes pouvant correspondre à un refus d'engagement.»* (Ibid, pp49-50)

Au niveau de l'image de soi, le G dominant peut aussi bien marquer la reconnaissance effective de l'intégrité du sujet et des objets que renvoyer à une fragilité extrême à ce niveau dans un effort de globalisation qui ne permet pas la moindre découpe, synonyme alors de rupture ou de fragmentation.

Ce qui est des D% faible, elles traduisent un manque d'imagination, de créativité et une mauvaise adaptation de la pensée à la réalité. L'absence des réponses Kinesthésiques nous poussent à suggérer qu'il s'agit d'une inhibition névrotique ou un moi faible. Elle peut être due à une pauvreté idéationnelle, à une pauvreté imaginative dont nous aurons confirmation par d'autres données du protocole.

d-2 Analyse dynamique

La participation kinesthésique est limitée en particulier en ce qui concerne les réponses K totalement absentes dans ce protocole.

Cependant, les réponses F qui tendent à devenir exclusives dans le protocole, est l'indication d'un étouffement de la vie affective et personnelle, d'une privation de contact immédiat spontané avec le monde ambiant et avec soi-même, ou encore tendances dépressives.

Pour Rausch De TRAUBENBERG, l'utilisation de la forme suppose un lien étroit avec la configuration de l'objet, celle-ci étant dominante, et réduisant à un minimum la participation de l'imagination créatrice et l'ingérence des réactions émotionnelles. Ces réponses ne seront donc pas très personnelles, elles risquent même d'être assez conventionnelles ou simplement logiques mais surtout affectivement peu chargées.

À travers le pourcentage élevé des réponses A%, on peut dire qu'il s'agit d'un manque d'imagination, pas d'effort de production (peut être empêché par l'angoisse). Ceci est la traduction d'une composante anxieuse. Didier Anzieu précise que le nombre élevé des réponses A dénote un esprit conformiste d'une façon rigide, soit une personnalité qui cache ses difficultés d'adaptation en s'efforçant à tout prix de passer pour être comme tout le monde, qui réprime ses émotions et contracte sa

personnalité.

Pour Nina Rausch, *«le contenu animal indique la pauvreté des associations personnelles et le recours au collectif, au conformisme, en l'absence d'imagination créatrice»* (N. Rausch De TRAUBENBERG, 1990, p169)

La présence d'une réponse Ad rejoint la signification des petits détails signifiant l'anxiété à travers la limitation associative et perceptive.

Ce qui est aussi des contenues des réponses, on trouve une réponse paysage qui nous ramènent vers un goût de la nature, au narcissisme puisque ce paysage se reflète dans l'eau. On trouve dans un second lieu, une réponse artistique qui traduit des intérêts artistiques chez le sujet, soit par culture approfondie, soit par défense contre ses besoins et ses émotions.

Au vu du pourcentage des réponses couleur RC% normal et Le Type de résonance Intime (TRI) qui est un modèle des types extratensifs dominés par des charges affectives ou une excitabilité dont l'utilisation est souvent inappropriée ; Ammar manque de recul dans l'appréciation de la réalité objective mais il peut être syntone et spontané dans ces réactions. Ainsi, Rausch DE TRAUBENBERG insiste que *«La labilité les rend très malléables, le réel extérieur, l'objet les envahit facilement, mais le relâchement des fonctions cognitives et du contrôle produit des effets de régression, régression salutaire en service du Moi.»* (N. Rausch DE TRAUBENBERG, 1990, p158)

d-3 Organisation défensive

Les défenses utilisées par le sujet ressortent à la fois du registre névrotique et du registre narcissique.

On peut ainsi repérer des défenses rigides comme l'isolation (F% élevé, G% prévalent) permettant de séparer l'affect de sa représentation. Lydia FERNANDEZ précise que si le F% est élevé, ceci veut dire que le sujet fait preuve d'une trop grande formalisation, d'une logique extrême *«Il se défend contre les facteurs affectifs. Etouffement de la vie affective et personnelle, privation de contact immédiat spontané avec le monde ambiant et soi-même. Mécanisme de défense utilisé : isolation entre deux représentations ou entre représentations »* (L. FERNANDEZ, 2007, 100)

Globalement, les résultats vont dans le sens d'un mode de fonctionnement plutôt orienté vers la prise en compte de la réalité externe et le contrôle de l'émergence des

processus primaires. La plupart des réponses du patient semblent réagir sur un mode de mise à distance des affects. Le recours au formel verrouille l'expression d'éprouvé émotionnel et inhibe toute tentative projective de déplacement du monde interne vers le monde externe. Ce retrait dans le rationnel (RC% inférieur, F% supérieur et K absent) participe avec l'insistance sur le repérage des limites (F% supérieurs) aux défenses narcissiques qui protègent les sujets de la désorganisation psychique. L'analyse qualitative des réponses confirme que ces défenses permettent d'éviter la confrontation aux réactivations pulsionnelles. Les réponses témoignant de l'émergence de processus primaires ne sont en effet pas absentes du protocole, mais elles sont régulièrement mises à distance par le recours à l'inhibition, à l'isolation, à la dénégation dans l'affirmation, la négation de liens entre représentation et affects donnant une impression globale d'anesthésie émotionnelle

4-Présentation et analyse des éléments alexithymiques dans le premier protocole Suivant la classification d'Acklin et al, on peut dégager la présence des éléments alexithymiques suivants dans le premier protocole d'Ammar :

Variables Rorschach	Interprétations proposées	Aspects de l'alexithymie
Nombre de réponses (R) restreint	Productivité verbale réduite	Manque d'introspection.
Nombre de mouvements humains (M) faible.	Défaut de capacité à utiliser des fonctions idéationnelles élaborées.	Pauvreté de la vie fantasmatique. Activité imaginaire réduite.
Somme pondérée des déterminants Couleur (WSumC) basse	Difficulté à exprimer ses émotions.	Difficultés à spécifier et à révéler ses sentiments et affects.
Nombre de réponses déterminées par la Forme et secondairement par la Couleur (FC) faible	Résonance des états émotionnels limitée.	Contrôle et expression des émotions inadéquats à l'environnement.

CADRE PRATIQUE

Estompage de texture (T) = 0	Recherche de distance relationnelle et difficultés à envisager des relations personnelles avec autrui	Difficultés à entretenir des relations empathiques avec les autres.
Nombre de réponses purement formelles par rapport au nombre des autres réponses (Lambda) élevé	Style de pensée simpliste et évitant.	Pensée concrète factuelle évitant les ambiguïtés émotionnelles et l'engagement affectif. Stéréotypies perceptives.

Variables Rorschach liées à l'alexithymie (Acklin et Alexander, Corcos et Speranza et Sultan et Porcell (A.Mariage et al, 2008)

5- Présentation des résultats à l'échelle TAS-20

a- Scoring de la première passation

Facteur 1: difficulté à identifier les émotions:

Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14

$$3+1+4+1+1+5+5=20$$

Facteur 2: Difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui:

Items 2, 4, 11, 12, 17

$$5+5+1+1+5=17$$

Facteur 3: pensée opératoire:

Items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 et 20

$$1+1+1+1+3+5+1+3=16$$

Score total: 53

6- Rorschach après la relaxation

a- La cotation du deuxième protocole (après la relaxation)

Nom : Ammar

date : le 28/06/2009

Age : 17 ans

Heure : 13h.

	réponse	enquête	L	D	C	Ba n	Obser
<p>planche1</p> <p>16" ^</p> <p>27" v</p> <p> ^</p>	<p>C'est comme si on voit une coléoptère</p>	<p>Oui, voici son corps, et ses longs ails (il nous montre toute la planche)</p>	<p>Gdbl</p>	<p>F-</p>	<p>An</p>		
<p>Planche</p> <p>15" ^</p> <p>17" v</p>	<p>Sauterelle</p>	<p>La tête en rouge et les ails en noir...seulement , elle occupe toute la carte appart le rouge inférieur.</p>	<p>G</p>	<p>CF-</p>	<p>An</p>		
<p>Planche 3</p> <p>14" ^</p> <p>16" v</p>	<p>Une squelette d'une coléoptère</p>	<p>Voici, comme ça, squelette , tous ça est son corps, appart le rouge (il nous montre toute la planche)</p>	<p>D</p>	<p>F-</p>	<p>Ad</p>		<p>Dévitali -sation</p>

CADRE PRATIQUE

<p>Planche 4</p> <p>21" ^</p> <p> v</p> <p>23" ^</p> <p> v</p>	<p>Un papillon</p>	<p>Je t'ai dis un papillon, mais ce n'est pas un papillon, le corps est celui du papillon, mais la tête n'est pas celle d'un papillon (il montre toute la planche)</p>	<p>G</p>	<p>F-</p>	<p>An</p>		<p>Annulation</p>
<p>Planche 5</p> <p>41"</p> <p>43" ^</p>	<p>Un papillon avec deux longs ails.</p>	<p>voici le papillon avec ses longs ails (il montre toute la planche)</p>	<p>G</p>	<p>F+</p>	<p>An</p>	<p>Ba</p>	
<p>Planche 6</p> <p>57" ^</p> <p>59"</p>	<p>Bryozoaire, elle ressemble au bryozoaire.</p>	<p>Celui-ci ressemble à un bryozoaire (il montre presque toute la planche). Ça, c'est superflu (il montre la partie supérieure en bas)</p>	<p>D</p>	<p>EF-</p>	<p>pla</p>		
<p>Planche 7</p> <p>43" ^</p> <p>1'19"</p>	<p>Une tête d'un être humain, les deux autres c'est des têtes d'un ours et la troisième est</p>	<p>Deux têtes d'un être humain et celui-ci (le noir supérieur). Voici les têtes de l'ours (le noir</p>	<p>D</p> <p>D</p> <p>D</p>	<p>F-</p> <p>F-</p> <p>F-</p>	<p>Hd</p> <p>And</p> <p>And</p>		<p>Symétrie</p>

CADRE PRATIQUE

	une tête d'un papillon	central). Et ceux-ci les ails du papillon(le noir inférieur central)					
Planche 8 45" ^ 1"19" v	Ceux-ci sont des écureuils et ceux-ci ressemblent aux bryozoaires quant à cette partie, ça ressemble à un papillon et celle-ci ressemble à une sauterelle.	Voici les écureuils (il nous montre le rose latéral). Voici les bryozoaires (il montre le vert central). Le papillon (le rose central). la sauterelle c'est tous ça(le vert inférieur).	D D D D	F+ FE F+ F-	An Pla An An	Ba	
Planche 9 19" ^ 33" v	coléoptères mais les couleurs ne sont pas ses couleurs.	Voici ses yeux (il nous montre le rose supérieur). Les ails (la partie verte.)	G	FC-	An		Annulation
Planche 10 16" ^ 43"	Ça c'est un scorpion. Les ails d'une sauterelle. au milieu il ya un	Voici le scorpion (il montre avec sa main le gris central)	D D	CF± F-	An And	Ba	

CADRE PRATIQUE

	vespertilion et juste à coté des fleurs.	supérieur), voici les ails (le rouge aux cotés), voici le vespertilion (il nous montre le bleu central). Voici les fleures (le jaune aux la latéral)	D D	F- FC+	An Pla		
--	--	--	--------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	--

Choix+ : 9 et 10

Choix - : 3 et 7

Nom : Ammar

Date: 10/06/2009

Age : 17 ans

Heure : 14H

Motif de l'examen : pour une prise en charge psychologique

PSYCHOGRAMME

R = 18 < Norme (20 à 30)

CLOBF = 0

Refus = 0

CLOB = 0

Tps total = 11mn et 46sec < Norme (20/30mn)

A = 10

A% = 77,77% > Norme (35 à 50%)

Tps/réponse = 39 sec < Norme (45 à 60sec)

Ad = 4

Tps.lat.moyen = 28sec > Norme (20 sec)

H = 0

G = 5 = 27,77%

Hd = 1

D = 13 = 72,22% > Norme (68 à 70%)

Elem =

Dd = 0

Frgt =

Dbl = 0

Sex =

Do = 0

Nat =

F = 12

Geo =

F pur = 66,66%

Sc =

F% élargi = 83,33% > Norme (50 à 70%)

Planteou Botanique = 03

F+ = 3

Ban = 3 < norme (5 à 7)

F- = 9

Abstr =

F+ - = 0

Symétrie = 1

F+ pur = 25% < Norme (80 à 85%)

RC% = 50% > Norme (30%)

F+ élargi = 50% < Norme (80 à 85%)

Autres = 0

K = 0

Type d'appréhension:

KP = 0

D → G

Kan = 0

Succession: inversée

Kob = 0

FC = 2

TRI: 0/3 extratensif pur

CF = 2

Formule complémentaire: Impossible de calcul

C = 0

FE = 1

Indice impulsivité: C + CF = FC → 2 = 2

EF = 1

NB:

E = 0

Choix+ : 9 et 10

FCLOB = 0

Choix - : 3 et 7

c- Commentaire

En dépit d'une productivité qui, quantitativement, est proche de la moyenne (18 réponses), le deuxième protocole d'Ammar paraît fourni à la fois par la facture des réponses-dont la condensation révèle la dimension projective patente-et par les commentaires qui y sont associées et qui montrent une recherche méthodique, voire scrupuleuse ; l'ensemble met d'emblée à jour deux attitudes apparemment opposées :
-l'une relève de fortes tendances à la projection, ce qui se dégage de la première partie du protocole dont les données quantitatives sont significatives à cet égard (sur 18 réponses, 10 sont des contenu Animal, et 4 en Ad) ;

-l'autre relève de tentatives réitérées pour lutter contre ces tendances projectives, qui se manifestent notamment au niveau de la verbalisation : précautions verbales, souci de précision en particulier des localisations, efforts pour circonscrire les tâches autant de procédés rigides déterminés par l'isolation.

Cependant, on peut observer également des conduites de retrait relevant davantage de l'inhibition, par exemple à l'enquête : comme si, dans cette situation qui favorise et sollicite davantage le laisser-aller associatif, un frein devait justement s'opposer au risque de perte de contrôle. Ici la restriction de l'enquête peut être interprétée comme effort de rétention lorsque l'incitation ou la demande de l'autre est ressentie comme plus pressante.

L'impression générale donnée par ce protocole est celle d'une implication intense dont les réactions variées et vives sont toujours personnalisées, données sur un mode assez réfléchi dans une verbalisation qui témoigne autant d'une capacité de prise de distance que d'un besoin d'explication.

d- Analyse du deuxième protocole

Qualitativement, le protocole de Rorschach d'Ammar frappe par l'importance des commentaires exprimant une très forte angoisse et en même temps une très forte angoisse et en même temps par l'aspect extrêmement flou de la verbalisation.

Quantitativement, les données renforcent les impressions qualitatives puisque la prévalence est manifestement accordée aux réponses sensorielles (C=6,5, E=3) alors que les facteurs qui permettent davantage de cadrer les réponses sont fort peu représentées (F% très bas).

L'aspect général du protocole rend compte d'emblée d'une labilité excessive

associée à une sorte d'agitation traduite par un débit haché, précipité, et par de nombreux retournements, comme si la présentation du matériel déclenchait des réactions de panique. (Rausch DE TRAUBENBERG, 1990, p64)

On remarque que le temps des réponses est en dessus de la norme ; ce qui peut traduire selon Nina Rausch un «Facteur de bon sens ou de «sens commun», recherche peut-être trop accusée d'adaptation à l'exigence extérieure et par extrapolation contacts aisés avec le concret, le social.» (Ibid, p52)

d-1 Processus intellectuel

L'investissement des processus intellectuels paraît d'emblée important dans le privilège accordé à la construction et à l'élaboration du matériel. La répartition des modes d'appréhension est étonnante en ce qu'elle scinde le protocole en deux parties : L'approche globale est dominante dans cinq planches (5 réponses sur 18) et disparaît dans les cinq autres planches, cependant, le pourcentage des D% élevé, ce qui peut être un indice de pauvreté intellectuelle ou culturelle. Infantilisme ou angoisse. Il peut être un sujet qui cherche à échapper à la situation émotionnelle créée par la planche. Il s'agit aussi d'une rigidité défensive. (Lydia FERNANDEZ, op.cit, 97)

Pour Lydia Fernandez, un nombre élevé des réponses détail traduit des capacités effectives d'ancrage dans le réel par une approche du monde concrète et usant de l'extériorité des objets comme barrage plus ou moins coûteux et efficace face aux émergences fantasmatiques, conflictuelles ou affectives.

Selon le même auteur, ce nombre veut dire une «*Incapacité presque absolue d'avoir d'un objet une appréhension globale, dans la parcellisation continue du matériel donnant à voir des représentations fragmentaires non liées, voire morcelées. La discontinuité psychique peut dans ce cas déterminer des conduites perceptives à l'image d'un self non unifié.*» (Ibid, p96), elle ajoute qu'il s'agit d'une pensée originale et subtile, sensibilité perceptive fine et nuancée.

Au vu des réponses kinesthésiques, on peut dire, comme le précise Nina Rausch De TRAUBENBERG qu'il s'agit d'un «*Refus kinesthésique et choc kinesthésique*»

Dans la même perspective, le même auteur souligne «*dans ce cas il y a projection de l'anxiété concernant l'unité de la personne et du schéma corporel, le tout étant si rapidement réprimé qu'il n'y a pas de réponse cotable en K*» (Rausch De Traubenberg, 1990, p91)

Ainsi, Loosli-Usteri voyait dans le choc kinesthésique une attitude défensive, un mécanisme de protection contre l'introversion, celle-ci empêchant à cet âge l'adaptation extérieure.

d-2 Analyse dynamique

La survenue des réponses CF dans cette deuxième passation du Rorschach peut représenter l'affectivité égocentrique, le narcissisme affectif, l'instabilité émotionnelle, l'humeur capricieuse et la recherche d'un objet sur lequel se fixer.

Didier Anzieu précise que les réponses FC exprime l'équilibre psychique, mais la réciproque n'est pas vraie : l'équilibre psychique quand il existe, ne se manifeste pas nécessairement par des FC ni par des K.

En somme, ces réponses couleurs (en FC et CF) ne sont pas univoques dans leur signification affective. Elles procèdent d'une activité perceptive, certes mais déclenchent un retentissement émotionnel global ou focalisé, fonction de la fantasmagorie qui actualise tels besoins ou tels craintes, dans des mouvements vers la communication ou des mouvements de retrait dans une tonalité de plaisir ou de déplaisir.

Le pourcentage élevé des réponses A traduit une stéréotypie de la pensée, une pauvreté de la pensée et une pensée banale. Selon Lydia Fernandez, ceci n'est que l'expression de *«l'absence d'effort de production (peut être empêché par l'angoisse). Esprit conformiste d'une façon rigide. Personnalité qui cache ses difficultés d'adaptation en s'efforçant à tout prix de passer pour être comme tout le monde, qui réprime ses émotions et contracte sa personnalité. Faire état d'une carapace sociale érigée comme défense majeure, mise en place pour éviter le contact authentique, la relation vraie.»* (Lydia FERNANDEZ, op.cit, pp93-94)

La présence d'une réponse Hd, rejoint l'interprétation d'une incapacité de voir l'être humain en entier par suite d'un trouble émotionnel ou organique. Lydia Fernandez interprète cette présence comme un *«Abord phobique de la représentation humaine qui tend à l'appréhender comme si la masse globale était dangereuse à évoquer. Refoulement des représentations sexuelles... »* (Ibid, p92)»

Selon Anzieu, les sujets qui donnent peu de H fuient les occasions de prendre conscience d'eux-mêmes, préfèrent ne pas connaître leur attitude profonde envers autrui, surtout envers les figures parentales et sont effrayés quand leurs vrais sentiments envers autrui se font jour.»

Le nombre des A élevé dénote un esprit conformiste d'une façon rigide, soit une personnalité qui cache ses difficultés d'adaptation en s'efforçant à tout prix de passer pour être comme tout le monde.

Ainsi, les réponses Plantes ou Botanique prennent la même signification que les A mais en plus infantile et même possibilités d'interprétations symboliques.

Au vu des réponses A, on peut dire que le contenu animal est un indice du penchant à constituer des attitudes associatives stéréotypisantes; trop fréquemment utilisé, il indique la pauvreté des associations personnelles et le recours au collectif, au conformisme, en l'absence d'imagination créatrice.

Pour Anzieu, une élévation des A% peut aussi correspondre à *«une attitude défensive d'un sujet qui cherche à camoufler ses intérêts profonds ou à s'opposer au test qu'il ressent comme une intrusion, ce qui est souvent le cas des adolescents ou des sujets en examen de sélection.»* (N. Rausch De TRAUBENBERG, op.cit, p169)

Cependant le pourcentage très bas de H, comme le souligne Nina Rausch se trouve aisément dans un contexte très formel, peu affectif, impliquant une approche sèche, objective de la réalité en dehors de toute chaleur et spontanéité.

Un regard sur le nombre des réponses banales et le RC% nous incitent à penser qu'on s'achemine vers la volonté de prendre le contre-pied des idées reçues, cependant le taux des réponses couleur peut être interpréter comme le souligne Lydia Fernandez, une réceptivité émotionnelle qui l'emporte sur le recours au savoir, hyperactivité.

d-3 Organisation défensive

Au vu du TRI (extratensif pur), on peut dire que le protocole est dominé par des charges affectives ou une excitabilité dont l'utilisation est souvent inapproprié ; en effet le patient manque de recul dans l'appréciation de la réalité objective mais peut être syntone et spontané dans ses réactions. Dans la même perspective, Nina Rausch De Traubenberg signale que *«La labilité les rend très malléables, le réel extérieur, l'objet les envahit facilement, mais le relâchement des fonctions cognitives et du contrôle produit des effets de régression, régression salutaire au service du Moi.»* (Ibid, p158)

Malgré l'association des réponses D à des déterminants de forme en (F-) et (F+), on trouve comme aime des défenses adaptatives qui ont réussi à laisser l'émergence des affects ; traduite par l'apparition des réponses (FC) et (CF) dans le protocole.

Le recours privilégié aux réponses Animal peut être interprété comme le précise A.

Mariage «*La fréquence élevée de réponses Animales traduit la pauvreté des associations personnelles et le recours au conformisme en l'absence d'imagination créatrice* » (A. Mariage et al, op.cit, p390).

Cette recherche excessive de conformisme est corroborée, entre autre, par la faible productivité, le nombre élevé de réponses banales et le peu de réponses (A). Elle reflète une attitude défensive qui cherche à dissimuler ses intérêts profonds ou qui se trouve dans une certaine opposition face à l'épreuve. De plus, ce A% élevé peut traduire une carapace sociale comme défense pour éviter un contact authentique, une relation vraie.

En résumé, on peut dire que le nombre élevé des réponses Animal est la traduction d'une régression au règne animal, ça peut être aussi une fixation à un stade prégénital confirmé par la domination de ces réponses.

On peut parler aussi d'une projection et un ancrage dans le règne animal, malgré cela, le système défensif est assez souple du fait qu'il a laissé émerger l'affect à travers l'apparition des réponses CF et FC.

7-Présentation et analyse des éléments alexithymiques dans le deuxième protocole

Suivant la classification d'Acklin et al, on peut dégager la présence des éléments alexithymiques suivants dans le protocole d'Ammar :

Variables Rorschach	Interprétations proposées	Aspects de l'alexithymie
Nombre de réponses (R) restreint	Productivité verbale réduite	Manque d'introspection.
Nombre de réponses à plus d'un déterminant (Blends) bas	Moindre complexité psychologique.	Recherche de simplification cognitive.

Variables Rorschach liées à l'alexithymie (ACKLIN et ALEXANDRE, CORCOS, SPERANZA, SULTAN et PORCELL (A. MARIAGE et al, 2008)

b-Scoring de la deuxième passation

Facteur 1: difficulté à identifier les émotions:

Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14

$$4+1+4+1+2+1+1=14$$

Facteur 2: Difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui:

Items 2, 4, 11, 12, 17

$$4+1+4+1+5=15$$

Facteur 3: pensée opératoire:

Items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 et 20

$$1+1+1+1+5+5+1+5=20$$

Score total:49

Commentaire des résultats des deux passations de l'échelle TAS-20

Il y a une différence significative entre les deux passations sur le score total de l'alexithymie (première passation score total **53**, deuxième passation score totale **49**) ; sur le facteur 1 (Difficultés à identifier les émotions) ; et sur le facteur 2 (Difficultés à verbaliser les états émotionnels à autrui), cependant, Il n'y a pas de différence significative entre les deux passations sur le Facteur 3 (Pensée opératoire). **Ainsi, il y a une réduction du score après les séances de relaxation, et ceci sur le score total (qui s'est réduit de 53 dans avant les séances de relaxation jusqu'à 49 après les séances de relaxation), les deux premiers facteurs, à l'exception du troisième facteur.**

8- Analyse des entretiens:

8-1 Evénements importants

- 1-Sevrage à l'âge de dix huit mois.
- 2-Décès du père à l'âge de deux ans.
- 3-Attachement au grand père (substitut du père).
- 4-Séparation du grand père.
- 5-Mère hyperprotectrice.
- 6-Le discours de la mère est focalisé sur la nourriture.
- 7-Image défaillante du corps.
- 8- Patient dépressif.

8- 2 Analyse des entretiens avec le patient et sa mère :

Il s'agit de Mr Ammar, âgé de 17 ans, le dernier d'une fratrie de quatre enfants, dont deux filles et deux garçons, son père est décédé depuis qu'il avait deux ans, sa mère travaille comme agente de service dans un hôpital psychiatrique.

Le patient s'est présenté à la consultation psychologique suite à notre proposition par l'intermédiaire de sa mère.

Un premier entretien de prise de contact a été effectué avec le patient, dans un but d'installation et de négociation du cadre de travail (présentation du thérapeute, sa recherche, méthode de travail, rendez-vous ...etc.)

Le patient s'est présenté avec une tenue propre, ordonné, une mimique expansive, un regard figé.

Les entretiens avec le patient et sa mère nous ont permis de dégager les éléments suivants :

1- Histoire de la maladie et la psychogenèse : pourquoi la prise de poids :

D'après la mère tout a commencé juste après la séparation avec son grand père, cependant, un regard sur les antécédents pathologiques de l'adolescent, nous permet de dire qu'il y a une première manifestation psychosomatique sous la forme d'une anurie, qui s'est provoqué à l'âge de trois mois *«Après l'accouchement, mon bébé n'a pas pu pécer normalement, je l'ai ramené chez un médecin généraliste, il l'a consulté et administré une sonde urinaire, ensuite mon petit est soulagé...enfin, il était toujours vulnérable et fragile, c'est la raison pour laquelle on m'a proposé la circoncision, je l'ai fait à l'âge de huit mois. Après la circoncision toutes ses plaintes sont disparus»*

On peut dire que les conditions énumérées par Alexander se rapprochent de celles d'Ammar, il estime donc que la maladie peut être due à l'ensemble ou une partie des facteurs suivants :

«a) Ceux habituellement considérés par les médecins : constitution héréditaire ; traumatisme obstétrical ; maladies organiques de l'enfance qui augmentent la vulnérabilité de certains organes ; expériences accidentelles d'ordre physique ou traumatisantes de l'enfance (1ère et 2ème enfance) ; traumatismes physiques ultérieurs. b) Ceux que le point de vue psychosomatique ajoute : soins reçus dans

l'enfance (mode de sevrage, éducation à la propreté, conditions matérielles et psychologiques du sommeil) ; expériences accidentelles d'ordre affectif de la 1^e et de la 2^e enfance ; climat affectif du milieu familial et traits personnels spécifiques de parents et des collatéraux ; expériences affectives ultérieures dans les relations interpersonnelles et dans les relations professionnelles.»(F. ALEXANDER, 1976, p80)

La théorie de Kreisler parle du **nourrisson psychosomatique**, ce qui est le cas de notre patient et dont les somatisations sont apparues à un âge très précoce «*La clinique psychosomatique du nourrisson révèle les conditions pathogènes dans leur actualité. Les troubles d'apparition retardée (grande enfance, adolescence, âge adulte) indiquent souvent un défaut fondamental des premières relations avec la mère, retrouvée par le cheminement long, difficile, aléatoire de la reconstruction du passé.»* (L. KRIESLER, 1976, p79)

Dans la même perspective, Zweck souligne que «*L'adulte malade, dans l'oeuvre de Pierre Marty, est porteur d'une autre maladie, plus ancienne et plus grave, qui est celle de la relation mère-enfant.* » (Zweck, 1994, p.69)

La mère de Ammar est le modèle de la mère hyperprotectrice, Marty souligne que la pratique psychosomatique chez l'adulte renvoie presque toujours, en partie, aux difficultés de divers ordres des sujets dans leur enfance et surtout dans leur première enfance, Kreisler constate à son tour que «*L'expression somatique de cette phase revêt avec une fréquence remarquable la forme des troubles des conduites alimentaires : anorexie, vomissements psychogènes, mérycisme.»* (L. KREISLER, op.cit, p 83)

Dès la naissance la mère répond toujours aux demandes et sollicitations de son enfant par la nourriture, elle est l'exemple de la mère qui génère la confusion émotionnelle, notion dégagée par le même auteur, Hilde BRUCH (1975) a en effet mis en évidence le fait qu'il est indispensable que l'enfant reçoive des réponses adaptées aux signaux de ses besoins, tant sur le plan intellectuel, émotionnel ou social, pour être en mesure de développer une bonne conscience de soi et de ses propres possibilités. Lorsque ses besoins, à l'origine assez indifférenciés, n'ont pas été convenablement reconnus et renforcés, l'enfant éprouve par la suite les plus grandes difficultés à distinguer des dérèglements d'origine biologique de troubles émotionnels, ou encore de problèmes existentiels. L. Kreisler confirme cette théorie

en disant que *«La demande, l'insatisfaction sont comblées par une réponse uniforme passe-partout, la satisfaction alimentaire. Il en résulte l'écrasement de la distance entre le besoin et sa satisfaction, distance et temps de suspens essentiels où se situent l'imaginaire halluciné, la sublimation et, comme dit Trémolières, le transfert de la volupté de la chair à la volupté de l'esprit. Il en résulte des mécanismes mentaux et des habitudes qui pousseront l'enfant à résoudre toute difficulté par le moyen matériel de la nourriture et non par l'élaboration symbolique et fantasmatique. En face d'un malaise ou d'un conflit ultérieur de la grande enfance ou de l'adolescence, le recours immédiat et facile se trouve dans la voie toute frayée de la satisfaction alimentaire, selon un modèle inscrit dans la relation primitive.»* (Ibid, p 55)

Ammar et sa mère nous rapportent que le décès du père et surtout la séparation avec le grand-père sont vécues comme un véritable traumatisme, ceci s'est produit à l'âge de cinq ans, ainsi, on peut dire qu'il s'agit d'une double perte de l'image du père. Dans cette perspective, Léon Kreisler insiste *«Pourquoi certaines mères éprouvent-elles le besoin de gaver leur enfant ? Les unes sont simplement mal informés ou mal influencés, d'autres valorisent excessivement la nourriture dans une confusion entre la vigueur et le nombre de Kilogrammes. Mais souvent l'erreur est d'une motivation plus subtile. Dans les premiers mois de la vie la nutrition implique les gestes essentiels de la communication entre la mère et l'enfant et c'est dans cette communication que réside le défaut.»* (Ibid, p 54)

En conclusion, tout un ensemble de questions doit être posé sur la nature de la problématique d'Ammar : **s'agit d'une impasse relationnelle qui s'exprime à travers une séparation avec le grand père (substitut paternel) ? Ou d'une problématique d'attachement à la mère comme source de toute cette problématique d'obésité ?**

L'élément le plus profond de l'impasse se situe face à une difficulté de vie, pour notre patient, avec la séparation avec sa mère, lorsqu'elle quitta la maison pour rejoindre son travail. À cette époque, il fait une importante crise d'asthme. Ensuite, un deuxième événement vient bouleverser la vie de notre patient (séparation avec son grand-père), vécu par ce dernier comme traumatique, Ammar perd ses repères identitaires, d'autant plus qu'il a déjà perdu son père à l'âge de deux ans.

Ici le conflit lié à son identité se révèle impensable, la mère précise «face à cette rupture, Ammar sombre dans une terrible dépression, marquée par des angoisses et

des frustration»

Une première dépression provoquée par la perte d'un support affectif, détermine un refoulement de la fonction de l'imaginaire et une somatisation atteignant le biologique (début de prise de poids et d'obésité), Sami Ali explique qu'il s'agit de« *prendre en considération également la situation conflictuelle dans laquelle le sujet se trouve engagé et qui peut devenir une impasse. Pas de fonctionnement sans situation et pas de situation sans fonctionnement : tel est le principe méthodologique le plus général qui détermine un autre abord du phénomène psychosomatique*» (Sami Ali,), il ajoute que «*La somatisation a toujours lieu dans ce que j'appelle une situation d'impasse. Celle-ci se singularise par l'existence d'un conflit insoluble*» (Sami-Ali, 1990, p764)

Ainsi, on peut dégager une problématique d'impasse relationnelle, maternelle et corporelle.

2- La dimension relationnelle avec la famille en général et l'attachement à la mère :

Après une lecture approfondie des entretiens, on peut penser que la défaillance de la fonction maternelle chez notre patient sera à l'origine d'un défaut du préconscient, plaque tournante de l'économie psychosomatique.

D'abord, la mère insiste que Ammar est son enfant préféré «*C'est mon préféré, je ne sais pas pourquoi, mais je l'aime plus que tous mes enfants, peut être parce que son père est mort quand-il été très petit...je veille sur tous ses besoins.*», Virginie Megglé montre que «*Par la flatterie ou la plainte, faisant miroiter la préférence, la mère maintient le fils dans un état de fragilité affective qui accentue sa dépendance. Craignant d'être responsable de la maladie ou de la mort de sa mère s'il en outrepassa la volonté, le fils s'accorde à ses motivations inconscientes.*» (Virginie MEGGLÉ, 2008, p105)

Il s'agit aussi d'une mère hyperprotectrice, H. BRUCH explique autrement cette situation «*Répondant aux vœux de sa mère qui veut garder son bébé auprès d'elle, l'obèse limite ses contacts. Il n'ose se séparer d'elle, sa mère-nourriture, de peur de se sentir seul. En même temps, il s'isole, s'infligeant un corps qui éloigne les contacts et surtout les partenaires sexuels.*» Elle ajoute que «*Les mères peu sûres*

d'elles –mêmes, quand au comportement à avoir avec leur enfant, tendent à compenser cela par une suralimentation et une surprotection. Parfois, c'est le père qui jouera ce rôle. Dans de telles conditions, on attribue à la nourriture une valeur affective exagérée, elle sert de substitut à l'amour, à la sécurité et à la satisfaction.» (H.BRUCH, 1975, p88)

Mélanie Klein avait eu très tôt l'intuition du trouble archaïque responsable de tous les problèmes ultérieur, elle insiste sur le fait qu'il existe dans les profondeurs de l'inconscient une Mère entièrement mauvaise ; c'est elle que l'analyse doit retrouver et reconstruire, pour s'en débarrasser.

On peut aussi déduire des entretiens que la mère a essayé de compenser ses déceptions, ses frustrations et sa dépression par une préoccupation exagérée pour la nourriture de son enfant *«Les mères étaient préoccupées par la sécurité physique de leurs enfants en leur transmettant leur préoccupation pathologique pour leur santé. Les autres enfants étaient jugés dangereux où indésirables. Toutes les activités étaient entourées d'un sentiment de danger ou de menace, surtout lorsqu'elles n'étaient pas placées sous la surveillance directe de la mère. Certaines mères allaient très loin dans ce désir de contrôler leurs enfants.»* (H.BRUCH, 1975, p88)

Pendant les entretiens, Ammar nous parle de sa relation ambivalente avec sa mère *«ma mère s'est sacrifiée pour nous tous, pour moi, c'est un père et une mère en même temps, mais elle ne me donne pas la liberté comme mes frère et mes deux sœurs.»* Winnicott a proposé le terme de «mère suffisamment bonne» pour décrire la suffisante adaptation de la mère aux besoins du bébé, les différents niveaux de besoin, qui peut les prendre suffisamment en compte. Une autre des caractéristiques de la mère «suffisamment bonne» est qu'elle présente au bébé une «constance affective» suffisante.

R. ROUSSILLON nous donne une explication plus détaillée de la question *«Elle est ainsi suffisamment «prévisible, suffisamment «cohérente», suffisamment harmonieuse dans sa gestuelle ; mais elle est aussi «saisissable», «atteignable», et «transformable». L'adéquation ente mère et bébé n'est en effet ni très facile, ni donné d'emblée, un travail d'ajustement réciproque est souvent indispensable. Plus de 60% des interactions mère-bébé observées sont des interactions d'«ajustement réciproque». Il est important que le bébé puisse sentir le travail d'ajustement de sa mère : cela lui donne le «pressentiment» d'être dans un monde qui peut prendre en*

compte ses spécificités propres, mais aussi d'un monde qu'il peut transformer en fonction de ses besoins, et sur lequel il peut agir et qu'il peut influencer. L'impossibilité de transformer sa mère, c'est-à-dire l'absence d'ajustement maternel tel qu'il est appréhendé par le bébé, provoque des états de détresse et d'impuissance radicale qui laissent à l'enfant l'impression qu'il lui faut se soumettre à celui-ci, se soumettre ou se démettre, se retirer ou retirer son environnement..»(R. ROUSSILLON et al, 2007, p61)

En conclusion, on peut dire que cette relation problématique à la mère, constitue une partie importante de la problématique globale de notre patient, donc on confirme l'hypothèse d'une problématique maternelle, et comme le dit Sami Ali « **À l'origine, tout est rythme et tout passe par la mère en tant que synchroniseur de rythmes** » » (Sami Ali, 1997, p.224).

3- le rapport à l'alimentation : pourquoi je mange ? Comment ?

Un regard sur les entretiens nous permet de constater que le patient reconnaissait qu'il mange par « envie », « plaisir », « gourmandise ». Le fait de grignoter ou compulser était un moyen de satisfaire une pulsion érotique, l'alimentation étant assimilée à une source de plaisir. Mais souvent, cette pulsion n'atteint pas son objectif : elles n'accèdent pas au plaisir. Culpabilité, honte, dévalorisation succèdent immédiatement à la pulsion, ne permettant pas l'accès au plaisir. On peut, ici, penser que le patient utilise l'alimentation comme procédés autocalmants.

Il s'agit là aussi d'un rapport ambivalent; la nourriture est une source d'amour et de dégoût pour Ammar, Haynal et Pasini explique que «*Le poids et les Kilos en trop représente pour lui la protection, en même temps que l'ennemi contre lequel il faut lutter, Pour certaines jeunes filles, ce peut être une protection contre la sexualité (elles ne sont pas désirables sexuellement et évitent ainsi les échecs de la vie adulte)*» (A. Haynal et W. Pasini, 1978, p226) Alexander nous propose une autre interprétation «*L'acte de manger devient une compensation des tendances émotionnelles frustrées qui, au fond, n'ont rien à faire avec le processus nutritif. Des facteurs émotionnels variés et multiples ont été décrits par des psychanalystes tels que Wulff, Schmied, Coriat, Benedek, et autres. Tous les avis concordent pour considérer les troubles alimentaires comme une réaction habituelle à une frustration affective. Un besoin impérieux d'être aimé et des tendances sexuelles féminines*

inconscientes d'un appétit maladivement exagéré. Les tendances sexuelles féminines inconscientes, les fantasmes de grossesse et le désir de castration peuvent aussi jouer un rôle important. L'obésité qui en résulte sert souvent de défense contre le rôle féminin que le malade refuse d'assumer pour des raisons liées à son masochisme. La fréquence de l'anorexie mentale chez les malades qui ont été atteints de boulimie montre une étroite parenté de ces deux états.» (Alexander, 1976, p76)

Ammar nous affirme que le fait de manger lui servait de protection contre ses angoisses et ses frustrations, dans cette perspective, Hilde Bruch met en avant le fait que la suralimentation et l'obésité servent de défense contre l'angoisse ou sont une réaction dépressive. En effet, au lieu d'exprimer leur colère ou même de la vivre, le patient se déprime et la suralimentation lui sert de défense contre une dépression encore plus grande «Les Kilos en trop représentent le plus Souvent une carapace contre l'anxiété, contre la menace de destruction, en donnant un sentiment de force.» (A.Haynal et W.Pasini, 1978, p226), autour de cette dimension, Bruch précise que la suralimentation «est un mécanisme de compensation dans une vie remplie de frustrations et de tensions...c'est un mécanisme lié à des troubles sérieux de la personnalité et du développement.» (H.BRUCH, 1975, p149)

Ainsi, on peut dire comme le souligne D. MACHAUX-THOLLIEZ (2009), «*Manger aurait ainsi valeur de passage à l'acte permettant la libération de l'énergie pulsionnelle. En d'autres termes, la personne obèse souffrirait d'une incapacité à exprimer des sentiments d'hostilité et de colère, à régler des situations conflictuelles, ou plus généralement à supporter des émotions intenses. Manger aurait alors la valeur d'un acte auto-agressif, c'est-à-dire que l'obèse retournerait l'agressivité ou la colère non exprimée contre elle-même. Le fait de manger pourrait alors être une façon de se punir, et permettrait d'éviter la dépression.*»(D. MACHAUX-THOLLIEZ, op.cit, p 82)

Ammar affirme que «*Tout ce que je mange se transforme en graisse, il suffit que je regarde un gâteau ou un chocolat pour peser cinq Kilos de plus.*» cela reflète surtout l'incapacité de cette personne de juger la quantité de nourriture qu'elle absorbe. Ammar dissocient complètement sa corpulence de ce qu'il mange, et comme l'explique Bruch «*Ils agissent et parlent comme si eux et leur corps étaient des entités séparées, et comme si la nourriture qu'ils mangent à la dérobée (ce qu'ils mangent quand personne ne les regarde) ne les faisait pas grossir.*» (Bruch, op.cit,

p115), ainsi, on peut évoquer la présence d'un défaut de perception des fonctions corporelles chez notre jeune adolescent.

4- L'image du corps et le rapport au corps ou la relation avec le corps :

FREUD insiste sur la place de l'image du corps dans le développement du Moi : *«le Moi corporel avant tout, se développe en intégrant les sensations qui émanent du corps, en particulier de sa surface. L'enfant apprend à utiliser les sensations corporelles pour discriminer le monde extérieur de son propre corps. Le Moi est en quelque sorte une mentalisation de la surface corporelle. Ultérieurement toute régression libidinale se traduira par un trouble de l'image du corps.»* (S. FREUD, Cité par A. GALLOYER – FORTIER, 2005, p43)

L'analyse des entretiens nous a permis de dire qu'il y a une défaillance de l'image du corps, l'adolescent décrit son corps comme (déformé) *«je suis très fière de moi-même, la seule chose que je haie en moi, c'est bien mon corps, ce grand ventre.»*. En effet, Zakaria parle de son corps avec moquerie et une grande haine, et ceci en disant *«je vois mon corps en carré, ça c'est mes propres dires, ce ne sont pas les idées des autres, d'ailleurs, tout le monde me reproche d'avoir ce corps géant... j'ai l'impression que je me perds dans ce corps, je perds même ma personnalité, ma vie sous ces épaisseurs de chair et de graisse»*

La mère nous rapporte qu'Ammar essaye souvent de cacher son corps, son volume, en serrant le corps avec une ceinture, pour cacher le ventre, pour que son corps soit plus discret, Haynal et Pasini expliquent *«En plus de l'incapacité de reconnaître la sensation de faim ou de satiété, l'obèse partage avec l'anorexique une distorsion de son image corporelle, d'autant plus importante que l'obésité aura été précoce, et à laquelle plus souvent participe la mère.»*(A.Haynal et W.Pasini, 1978, p225), de plus, Hilde Bruch affirme que *«l'auto-régulation semble extrêmement perturbée chez les adolescents obèses, non pas en raison de malformations organiques, mais à cause d'une connaissance défectueuse intervenue dans le développement de la conscience et du contrôle de leurs sensations corporelles. L'utilisation de leur corpulence, qui résulte de la manipulation de l'alimentation, peut être considérée comme un effort très intense pour établir un sens d'identité effectif, ou elle peut exprime leur impuissance désespérée, face aux besoins biologiques... »* (H. BRUCH,

1975, p185).

La psychanalyste ajoute «Mais mes observations m'ont appris que ce n'est pas tant le poids lui-même, que plutôt l'attitude envers le poids, ou encore plus correctement l'attitude envers soi-même, qui intervient dans toute relation, et plus que –tout dans le domaine sexuel.» (Ibid, p188)

D'après dires du patient, il craignait que l'hostilité des autres et leurs paroles colériques ne le détruisent du dedans et ne cessent de le blesser. Ainsi, Hilde Bruch souligne qu'«En se gavant de nourriture il protégerait ainsi son intérieur douloureux, comme avec un cataplasme, et il ne sentirait pas autant la souffrance. A cet effet, Bruch précise qu'«On considère l'obésité dans l'adolescence comme un problème particulièrement difficile, car ses victimes sont soumises aux attaques d'une société qui a une attitude de rejet envers elles.» (H. BRUCH, 1975, p187)

Enfin, on peut affirmer qu'il s'agit d'une image complètement déformée du corps, avec un défaut de perception des fonctions corporelles.

9- La dimension alexithymique

a- Avant les séances de relaxation

1- l'identification et la description des émotions (la capacité à exprimer verbalement les émotions)

Avant la psychothérapie de relaxation le discours de Ammar était vide, la mère insiste qu'il «*n'est pas franc avec moi, trop discret au sujet de ses émotions, de ses sentiments...il ne me dit rien, il me cache ses secrets.*» la mère ajoute que Ammar «*ne parle jamais de ses émotions et ses sentiments, rarement, il me dit qu'il m'aime, même chose pour sa grande sœur, il est très attaché à elle, mais il ne lui parle jamais de ses sentiments...j'ai du mal à le comprendre, des fois je me dit que je n'arriverais jamais à le comprendre...c'est comme si je parle avec une personne étrangère et pas avec mon propre petit fils.*» pour F.Heidenreich et A.Revah-Lévy «*Parler des émotions n'est jamais neutre. On ne parle pas à n'importe qui de ses émotions, et parfois on n'en parle pas soi-même. Quelqu'un d'autre doit prendre la parole à la place du sujet. Il est avant tout important de connaître le statut et la position de l'interlocuteur avant de savoir comment parler de ses émotions, afin de ne pas se trouver en situation de transgression, celle-ci risquant d'envahir le sujet de*

sentiments d'une culpabilité massive. » (F.Heidenreich et A.Revah-Lévy, in CORCOS et SPERANZA, 2003, p38)

Cette difficulté de l'expression des émotions émerge lorsqu'il parle de ses relations avec sa mère et sa sœur aînée «*Mes liens avec ma mère sont normal, même chose pour ma grande sœur, je les aime toute les deux...normal, ma mère nous a toujours donnée tous ce qu'on voulait...* » Ces propos viennent confirmer la théorie de Maurice Corcos qui signale que «*Les sujets alexithymiques auraient des émotions qu'ils éprouveraient corporellement mais seraient incapables d'exprimer leurs sentiments. Les manifestations somatiques de l'émotion seraient présentes, mais le sujet ne pourrait ni les reconnaître ni les nommer, ni les communiquer verbalement.*» (M.CORCOS, op.cit, p228).

Cette composante de l'alexithymie (Incapacité à exprimer verbalement les émotions) est présente pendant les premières séances de relaxation, lors des briefings ou Ammar répondait à chaque fois aux questions sur son vécu et son ressenti pendant et après les séances de relaxation, en disant que «*Normal, tout était normal...c'était un exercice sans difficultés, les idées qui concernant la classe, la maison et mes amis me traversaient l'esprit...c'était une expérience agréable, mon corps est relaxé maintenant, mais je suis un peu fatigué, psychologiquement je suis très bien, ça s'est passé sans la moindre difficulté.*»

De plus, notre patient nous ramène avec précision qu'il a du mal à verbaliser ses émotions, à les exprimer aux autres, et ceci surtout pendant les premières quatre séances «*je trouve toujours cette difficulté à exprimer mes émotions, peut être je ne suis pas très affectueux, ma mère me dit toujours que je suis un discret et je lui cache des secrets, chose que j'ai toujours refusé, peut être que je ne suis pas trop bavard, je préfère toujours garder mes petits secrets pour moi-même.*» Nicolas VERMEULEN *et al* expliquent «*Avant de passer aux modèles étiologiques de l'alexithymie, il est essentiel de préciser le type de déficit impliqué. Les individus qui présentent un score élevé sur ce construit ne se caractérisent pas par une incapacité à ressentir des états émotionnels et à les exprimer, mais plutôt par une difficulté à les différencier et à les verbaliser.*

Lorsqu'ils parlent d'une situation émotionnelle, leurs propos se limitent à décrire une impression générale sur le fait de se sentir bien ou mal. Même si l'expression émotionnelle est restreinte, leur faible capacité à réguler les affects se traduit à

certaines moments par une brusque explosion sous forme d'une colère très forte ou de pleurs.» (Nicolas VERMEULEN et al, in S. CAMPANELLA et E. STREEL, 2008, p192)

2- la description détaillée des symptômes et le recours à l'action. (La description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques)

Dans une perspective psychanalytique, McDougall (1980) considère l'alexithymie comme *«une fonction défensive contre les douleurs morales intolérables et les angoisses provoquées par certaines situations interpersonnelles ou traumatisantes et qui pourrait contrer la dislocation du sentiment d'identité, la frustration et le risque représenté par le débordement imaginaire.*

L'incapacité à supporter la douleur psychique, l'apparition défensive de l'alexithymie sont rapportées à l'existence de traumatismes précoces qui renvoient à la toute petite enfance et à la relation primaire avec la mère.»

Quant à cette deuxième composante, on peut dire qu'il y a toute un ancrage dans ce réel, qu'est le seul réel du symptôme, marqués par un discours dont le seul objet est de parler de ses plaintes somatiques, de la maladie et une description très détaillée des événements et des faits.

En fait, la deuxième composante de l'alexithymie s'exprime à travers les entretiens avec Ammar et l'analyse des briefings des premières séances de relaxation, ainsi, il dit lors du deuxième séance *«Concernant la respiration et les autres exercices pas de difficultés, même chose pour la fermeture des yeux, mes jambes tremblaient...après la séance, je me sens très fatigué, mes jambes, mes bras, tout mon corps est fatigué, ...maintenant je suis relaxé, mon corps, les pieds, les jambes, le bassin... mais mon coup est toujours fatigué.»* Florent et Servane Farges expliquent que *«Les alexithymiques ont tendance à décrire sans fin les détails autour d'un événement qui a produit des émotions au lieu de les exprimer. Il existe une description détaillée des faits, événements, symptômes physiques, avec pauvreté des mots et tournures employées.»* (Florent FARGES et S. FARGES, 2001, p50)

Les deux auteurs ajoutent *«La description détaillée des faits s'inscrit dans le cadre d'un évidement affectif du discours, d'un récitatif « asséché ». L'accumulation de détails paraît mécanique et non sous-tendue par un élan affectif. Le schéma narratif est factuel, sans fantasme, sans symbole, avec une tendance à décrire les circonstances*

entourant les événements. La pauvreté du ressenti dans le discours frappe l'interlocuteur. Ce discours factuel ne porte pas obligatoirement sur la sphère somatique, mais peut s'étendre à différents thèmes, pourvu que ceux-ci ne fassent pas appel à une dimension affective. Il s'agit d'un discours semblant refléter une pensée purement concrète, qui évoque la pensée opératoire.» (Florent FARGES et S. FARGES, op.cit, p50)

Pour notre patient, les plaintes somatiques sont nombreuses et sans fin. Elles ne sont pas liées à une maladie physique. Elles sont à type de tension, d'irritabilité, de nervosité ou de douleur vague. Parfois s'expriment une frustration, un ennui, un sentiment de vide, ainsi, Ammar rapporte pendant les entretiens *«Je suis toujours malade, je consulte souvent des médecins, d'ailleurs, je connais tous les médecins généraliste et spécialistes, ma mère m'accompagne souvent pour les consulter... j'ai des douleurs par tout, tout le corps me fait du mal, je souffre, je prends mon traitement mais ça n'a rien donné, une fois un médecin m'a conseillé de voir un psy, raison pour laquelle j'ai consulté deux psychiatres, mais ma souffrance et mes douleurs m'accompagnent, enfin, je me suis habituer à leur compagnie...»*

Ici l'alexithymie secondaire témoignerait du déploiement d'une modalité adaptative, sorte de

« moindre mal » pour faire face à une situation éprouvante. L'aménagement effectué consisterait surtout en une focalisation de l'attention sur le quotidien. Cette redistribution de l'attention aboutit à la création d'un écran de préoccupations quotidiennes qui permet au sujet de rester sourd à la douleur ou à la frustration ressentie. Jacob (1999) propose de considérer l'alexithymie comme une adaptation du système cognitif d'un individu aux contraintes de la situation vécue. Lorsque cette dernière devient défavorable au sujet, les aspects affectifs de la réalité psychologique peuvent entraver l'adaptation à la réalité quotidienne des faits. À la différence de l'alexithymie primaire qui est structurale, la forme secondaire aurait une dimension fonctionnelle

Cependant, F.FARGES et S.FARGES précisent que *«Le recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les affects ne constitue pas un critère typique : sa présence est loin d'être obligatoire. Ce caractère n'est pas spécifique, on le retrouve fréquemment dans les pathologies caractérisées par le passage à l'acte : psychopathie, boulimie, toxicomanie. La conception d'un lien entre limitation de la vie imaginaire et recours*

fréquent à l'acte est classique en psychopathologie. Les patients alexithymiques réalisent des actes sans que n'apparaissent de manifestations émotionnelles alors que la situation semblerait le justifier. Ils minimisent leurs affects et engagements» (Ibid, p49)

3-la distinction entre émotions et sensations corporelles

Une lecture des différents éléments des l'entretiens (avec notre patient et sa mère), nous permet de dire qu'il a de grandes difficultés à faire la distinction entre émotion et sensation corporelle, de ce fait, le patient paraît très réservé quant à ses états affectifs. Selon Nicolas VERMEULEN et al «*Ces sujets peinent à s'interroger sur leur ressenti, leur pensée. Ainsi, leur discours fait rarement référence à l'« intériorité ». De plus, ils procèdent souvent à de longues descriptions des symptômes physiques. Celles-ci ont pu être interprétées comme traduisant l'incapacité de caractériser clairement les sensations corporelles et signifiant leur détresse émotionnelle. Il s'agirait donc d'une tentative d'expression des sentiments.*»(Nicolas VERMEULEN citer par S. CAMPANELLA et E. STREEL, 2008, p192)

Plusieurs articles récents rapportent un lien entre dysfonctionnement des interactions de l'enfant avec sa famille et alexithymie : carence de soins maternels, manque de gratifications affectives, souci de conformisme social et évitement des problèmes figurent parmi les facteurs susceptibles d'entraîner le développement des traits alexithymiques. En conclusion, on peut interpréter cette dimension alexithymique très persistante chez Ammar comme le résultat de cette problématique maternelle.

Au cours des entretiens et des premiers briefings, quand on interroge le patient sur ses sentiments en rapport avec un contexte émotionnel, il manifeste toujours de la confusion (« Je ne sais pas ce qui se passe »), il nous donne des réponses simples ou peu élaborées (« Je me sens mal »), il se centre sur ses états corporels (« J'ai des douleurs dans l'estomac ») ou il nous parle de ses actions (« J'ai envie de donner un coup de poing sur le mur »), ces réponses nous renvoient à l'explication donnée Nicolas Vermeulen et al qui précisent «*Lorsqu'ils parlent d'une situation émotionnelle, leurs propos se limitent à décrire une impression générale sur le fait de se sentir bien ou mal. Même si l'expression émotionnelle est restreinte, leur faible capacité à réguler les affects se traduit à certains moments par une brusque explosion sous forme d'une colère très forte ou de pleurs.*» (Nicolas VERMEULEN et al, in S. CAMPANELLA et E. STREEL, op.cit , p192), les mêmes auteurs ajoutent que les individus qui présentent

un score élevé sur ce construit ne se caractérisent pas par une incapacité à ressentir des états émotionnels et à les exprimer, mais plutôt par une difficulté à les différencier et à les verbaliser *«On me dit toujours de décrire davantage mes émotions, parfois, j'ai du mal à extérioriser, je me souviens bien quand ma grand-mère est morte tout le monde pleurait, ma mère, mon frère et mes sœurs, sauf moi, j'ai senti une très grande tristesse au fond de moi, c'était comme si quelque chose qui ne voulait pas sortir...je ne vous cache pas, je pleure très rarement, des fois je me sens étranger à moi-même.»* Ici, Ces individus peuvent également essayer de réduire l'intensité de cette dimension alexithymique et ses tensions corporelles, vécues comme désagréables, par le recours à l'action physique, par le biais d'un recours au corps et une consommation alimentaire excessive, ce qui explique le développement du symptôme(l'obésité). Pour notre patient, le symptôme n'est que la traduction de cette composante très importante de l'alexithymie (l'impossibilité de distinction entre émotion et sensation corporelle), donc, le recours à l'agir corporel paraît la seule solution. Apfeldorfer propose *«Un aménagement état limite de certains obèses pour lesquels manger est un passage à l'acte. En effet, ces sujets sont incapables de mentaliser certains évènements générateurs d'angoisse, d'agressivité. . . Ils ont alors une prise alimentaire sous forme de passage à l'acte qui permet de court-circuiter la vie mentale et de décharger les affects non reconnus.»* (André Mariage et al, op.cit, p384)

Le même auteur parle du syndrome d'envahissement. Il établit le même constat que Fricker, lorsqu'il cherche à expliquer certains comportements et traits de caractère commun des obèses *«ce qui frappe chez eux est le contraste entre un surinvestissement dans le monde, une faible capacité d'insight correspondant à un « état fusionnel », des « limites du moi floues », une « confusion des émotions », une « alexithymie »».* (Ibid, p385)

Il ajoute que cette prise en compte limitée des émotions nous amène à préciser la notion même d'alexithymie. (Ibid, 2009)

4- la vie imaginaire

Notre travail nous a permis de dire que le patient à été affronté a de très grande difficultés concernant le deuxième niveau de relaxation qu'est l'imagination (difficultés d'imagination des choses et des numéros, d'imaginer les couleurs, et surtout pendant les premières quatre séance. Ammar se plaint des difficultés de cette étape, pour lui, c'est *«l'étape la plus difficile...je ne rêve pas, et quand je rêve le contenu c'est toujours faire*

quelque chose ou de préparer quelque chose à manger.»

Sami-Ali considère que « l'absence de l'imaginaire n'est pas une « carence » ou « un déficit réel » tels que les concepts de pensée opératoire et d'alexithymie le laissent penser mais la conséquence d'un refoulement qu'ils « méconnaissent », d'un « formidable refus de toute la fonction onirique », c'est la « présence souterraine d'une force de répression terrifiante », en effet, il parle d'un refoulement de la fonction de l'imaginaire et précise que *«L'alexithymie paraît comme la conséquence directe d'un refoulement et non comme un phénomène original qui existe en soi et qui est censé représenter une carence dans le domaine affectif (...) Carence qu'un auteur comme Taylor s'emploie à expliquer par schémas neurophysiologiques ad hoc, mettant en jeu le thalamus et le néocortex, ce qui achève de réduire le psychique au somatique et rendre définitivement incompréhensible l'affect, en tant que phénomène global engageant l'âme et le corps.»*(Sami-Ali, 1987, p44)

Notre patient ne cesse de répéter qu'il ne rêve pas depuis (très longtemps), il dit lors du briefing de la cinquième séance *«Je ne vois pas mon corps dans mes rêves, je me vois toujours entrain de faire quelque chose, manger par exemple comme dans mon dernier rêve.»* cette difficulté émerge d'avantage lorsqu'on lui demande d'imaginer des numéros et de les colorer, à ce moment là, le patient parle de ses *«angoisses horribles, oui j'étais très angoissé lorsque vous m'avez demandé d'imaginer les numéros.... Lorsque vous avez demandé de les colorer, à ce moment là, je ne voyais plus de couleurs...j'ai cherché dans ma tête mais je n'ai rien trouvé, aucune couleur, je voyais tout en noir.»*

Même lorsque Ammar parle de son imaginaire, il est totalement ancré dans son réel *«j'ai imaginé mes visites de ma tante en compagnie, je me balade avec ses fils, on joue...ensuite, ses idées s'effacent brutalement de ma tête.»*, ici cet hyperconformisme écrasant la subjectivité par l'obéissance aux normes sociales ambiantes rejoint la description que fait Sami Ali des individus présentant une formation caractérielle particulière, le Banal, qui rend compte du refoulement de la fonction de l'imaginaire, corrélatif de la pathologie somatique.

Le conformisme à l'Autre, qui a valeur de Surmoi corporel, oblige le sujet à se dessaisir de son corps qu'il ne peut plus ni habiter, ni faire corps imaginaire. La somatisation, lorsqu'elle advient, ne peut alors se développer que sur le corps réel. Cette somatisation littérale que Sami Ali oppose à la somatisation de conversion (ou

somatisation du figuré) correspond au refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire : fonction qui sous-tend et organise l'appareil psychique et détermine la santé ou la maladie de l'individu « Le refoulement réussi de la fonction de l'imaginaire se traduit par la pensée opératoire des sujets dont le langage colle à la réalité des choses, sans possibilité de jeu et de lien avec l'inconscient par l'interface de l'activité onirique qu'elle soit fantasme, rêverie, délire, hallucination, illusion, croyance, transfert, comportement magique. . . » (André Mariage et al, op.cit, p385)

Ammar confirme qu'à chaque moment des premiers briefings tous se passe bien, mais lorsqu'on a commencé à travailler sur le deuxième niveau (L'imagination) «*les exercices qu'on me demande de faire sont très agréables, faciles, sans le moindre problème, les mouvements aussi, mais juste quand je vous entends me demander d'imaginer quelque chose un grand malaise m'envahi...je souhaite que la séance se termine rapidement.*» Nicolas Vermeulen se situe sur cette même piste de réflexion, il souligne que «*Ces patients sont souvent sujets à l'insomnie et lorsqu'ils rêvent le contenu onirique est pauvre affectivement, se contentant de reproduire les actions quotidiennes (« Je rêve que je prépare mon repas»).*»(Nicolas VERMEULEN citer par S. CAMPANELLA et E. STREEL, 2008, p191)

Enfin, on peut dire que les premiers entretiens et séances de relaxation nous frappent par l'intensité de l'alexithymie, et comme le confirme Sami-Ali« *Désormais, il n'y a ni rêves, ni fantasmes, ni affects, comme si tout devait se réduire à un réel extérieur au sujet. (...) C'est ainsi que prend forme une tendance à remplacer l'imaginaire privé par l'imaginaire public et que les normes socioculturelles viennent occuper la place laissée vide par une subjectivité qui se retire. La pathologie de l'adaptation ou du banal est cette forme particulière du fonctionnement normal dans laquelle les traits de caractère remplacent les symptômes névrotiques ou psychotiques, alors que l'adaptation s'effectue au détriment du rêve et de ses équivalents. (...) Le banal correspond à un ensemble de règles adaptatives dont l'application aboutit à la reproduction du même à l'intérieur d'un comportement conforme. C'est la subjectivité sans sujet* » (Sami-Ali, 1998, pp84-85).

b- Après les séances de relaxation

Avant de commencer notre travail d'analyse, on tient à préciser que cette approche de relaxation nous propose deux données importantes pour comprendre le phénomène de

somatisation: l'organisation personnelle du sujet et la situation de vie autour de laquelle la somatisation s'est créée. De ce fait, notre travail thérapeutique agit sur deux données: il prend en charge la situation conflictuelle (avec ou sans issue) et il permet la reconstruction du fonctionnement de la personnalité.

Les patients présentant une alexithymie ou d'autres types de déficits dans leur processus émotionnel posent des problèmes thérapeutiques aux somaticiens aussi bien qu'aux psychologues. En plus des difficultés dans l'expression et la régulation des affects, ces patients présentent des troubles des représentations objectales et narcissiques, ce qui se traduit dans les liens contre-transférentiels.

Nous aborderons maintenant l'impact de la relaxation psychosomatique suivant les quatre principales dimensions de l'alexithymie :

1-L'identification et la description des émotions (la capacité à exprimer verbalement les émotions)

Présentement, dans cette technique, tout un travail de mise en place de la psychothérapie est abordé par le langage, faisant des liens avec le corps. Le rôle du langage peut parfois sembler en retrait. Mais quand le gestuel corporel ne se vit plus en imitation par rapport au thérapeute représentant une figure paternelle ou maternelle, et que le patient se positionne d'une image fantasmatique de lui, tout le début d'une activité psychique symbolique apparaît et donne place au langage.

Par ailleurs, on peut dire que notre travail psychothérapique a permis une meilleure expression affective au patient, une bonne verbalisation de ses propres émotions, de son vécu, que ça soit dans le cadre des briefings ou les entretiens, et cette capacité s'est améliorée d'une manière progressive, séance après séance.

Après la huitième séance, le patient dit «*A chaque fois qu'on fait une séance, je sens que quelque chose de très lourd en moi devient plus légère, je ne sais pas, mais on m'a dit à l'école que j'ai changé, c'était mon ami intime, avant notre travail ensemble, je passais mon temps à penser à mon poids et mon corps, maintenant, les choses ont changées, je pense autrement à mon avenir...je suis très optimiste...je suis plus satisfait de moi-même.*»

A la douzième séance (la dernière) il dit que «*C'était vraiment très agréable, ça m'a fait un grand souffle de bonheur, j'ai beaucoup aimé l'exercice d'imagination, c'était plein de couleur...l'exercice de méditation est une très grande joie. J'avais une envie de casser le silence de la séance pour vous demander de ne pas arrêter cette étape...*»

Dans la pathologie de l'adaptation dont l'obésité, on assiste à une dynamique spécifique: elle dépend de la relation de dépendance surmoïque à l'autre, de la construction d'un corps prothèse, du problème de la représentativité imaginaire et de toute la problématique de la situation d'impasse.

Dans cette approche, notre technique de relaxation doit faire preuve de vigilance et comme le dit CADY « *pour ne pas tomber dans le piège d'un refoulement plus massif de l'imaginaire. A cette effet, s'instaure dès le départ un cadre analytique permettant l'élaboration transférentielle, dans une réelle psychothérapie* ».

En conséquence, globalement, du point de vue psychosomatique, la pathologie du tonus et du rythme corporel se définit donc à la fois par le fonctionnement du sujet et surtout par la nature du conflit dans lequel le sujet est pris, qu'il s'approche ou qu'il s'éloigne de l'impasse. Car le fonctionnement tonique et rythmique a essentiellement partie liée avec l'imaginaire, et interfère dans le processus de somatisation. C'est en l'occurrence le thérapeute qui joue un rôle important, autour de cette dimension imaginative. Le langage situe notre patient dans une activité de pensée symbolique, véhiculée ou non par l'imaginaire. Les symboles sémantiques se rajoutent au fonctionnement tonique et rythmique, ils deviennent les principaux instruments du patient pour la conduite de relaxation. Ceci amène à la prise de distance des signaux toniques dans la communication, à une harmonisation de l'arythmicité corporelle soubassement essentiel de tout l'appareil organique. (S.CADY, 1998)

Cette approche qualifie le discours de la relaxation tout d'abord comme un travail de liaison de deux éléments: L'image et le langage. Selon Cady, il permet « *la mise en acte d'un corps dans une représentation qui tienne compte des données imaginatives. Lorsque, pour un patient, il n'y a pas de rapport entre un événement dramatique, une symptomatologie organique et l'absence de rêve autour de ce moment événementiel, le langage en relaxation en facilite les liens. Il permet à ces données de se mettre en place, dans un rapport psyché-soma.* » (Ibid, p64)

D'une manière générale, en relaxation psychosomatique, le langage dans la communication au thérapeute nous permet une reconstruction d'un ensemble psychosomatique où il n'y a pas de coupure entre le corps réel et le corps imaginaire du patient.

A partir du corps physiologique, le langage en relaxation psychosomatique situe donc le corps dans sa représentativité. La question est de saisir une unité de fonctionnement,

selon un axe qui inclut les données de la psychosomatique.

À la fin de chaque séance, un autre travail commence ; le thérapeute offre des explications décrivant à ce patient alexithymique ses difficultés face à son vécu émotionnel ainsi que le retentissement corporel et physiologique qui en découle. Le thérapeute aidera le patient à reconnaître, à différencier, à aménager et supporter le vécu affectif. C'est un processus long et progressif qui a permis à Ammar de percevoir ses émotions et de les exprimer par des mots plutôt que par des maux. Des observations directes portant sur l'expression comportementale de ses émotions seront pour lui une source importante d'informations qui l'aidera à découvrir ses affects. Par ailleurs, Ammar insiste *«C'est comme si je me découvre, avec cette capacité nouvelle de faire les exercices ici au bureau et à la maison, je suis très satisfait de moi-même, au début j'étais très gêné, parfois angoissé, j'avais ce sentiment d'être toujours en position d'épreuve, de me mettre à l'échec, petit à petit j'ai commencé à maîtriser la technique..., avant la psychothérapie je ne pensait qu'à mon corps obèse, à ce gros ventre, maintenant je voit les choses autrement, j'ai changé, oui j'ai changé...»*

2- la description détaillée des symptômes et le recours à l'action. (La description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques)

Pour Sylvie CADY, tout le travail thérapeutique de la tension va consister à penser toute la situation, de manière que l'impasse se réduise, puis disparaisse. Et à ce moment où le sujet se dégage de l'impasse, que la tension corporelle évolue. Parallèlement, le refoulement de la fonction de l'imaginaire autour de cette situation sans issue se lève et libère un potentiel imaginaire.

A la fin de la relaxation, Ammar s'est débarrassé de cette description des symptômes et de la maladie, il s'agit maintenant, d'un discours moins médicalisé, avec moins de détails sur les événements, il commença à nous parler de son avenir pour la première fois, de ses projets, de sa futur profession et de sa mère qui pour lui *«S'est sacrifiée pour nous tous, elle a sacrifiée sa jeunesse, sa santé, enfin tout, ...tout, rien que pour nous, moi et mes sœurs et mon frère...Je veux devenir un psychologue comme vous pour aider les gens et soulager leurs souffrances, ou peut être un médecin pour guérir les malades... »*

Cette description aussi, s'est réduite à travers un contenu plus chargé

émotionnellement par rapport aux premiers entretiens, par ailleurs, il nous dit au sujet de sa sœur aînée «*Je suis très attaché à elle, elle est comme ma mère, on discute souvent ces derniers temps, elle est ma sœur préférée, je l'aime, ses enfants aussi je les aime énormément., Pour moi, c'est une mère aussi, elle m'a adopté comme son propre fils depuis ma prime enfance. Quand elle ne vient pas chez nous, je passe l'a voir à sa maison...»*

Ici, la description s'est déviée sur ses relations sociales, vers un contenu plus affectif, plus chargé sur le plan émotionnel. L'auteur souligne qu'en définitive, la conception de la technique ne se limite pas à la connaissance, sans distance, du corps, car le corporel y est difficilement représentable. Le corps, à travers la technique, va être plutôt ce qui permet à la représentation d'exister, sur le double plan du réel et de l'imaginaire.

De ce fait, la relaxation apparaît, comme le dit Prévost, un «choix stratégique face à une discordance entre le corps et le verbe» (J.J.Prévost, in Sapir et al, 1975, p 71)

Dans le même sens, Stéphanos et al précisent «Face à la tendance de ses patients à majorer leurs corporelles quand ils sont confrontés à des états émotionnels, il est souvent utile d'associer aux interventions psychothérapeutiques des techniques de relaxation (Stéphanos, Bieble et Plaum, 1976 ; Taylor, 1987, citer par CORCOS et SPERANZA, 2003, p222)

Par ailleurs, de nombreux patients apprennent plus sur leur fonctionnement émotionnel par des thérapeutes qui expriment davantage leur ressenti que ne le permet le cadre analytique classique, et qui utilisent l'humour, leur capacité créative et imaginative au cours des séances (Kristal, 1982-1983 ; MacDougall, 1985 ; Taylor, 1987, citer par CORCOS et SPERANZA, 2003, p222)

En résumé, la relaxation a permis au patient de trouver en soi-même et de se retrouver ; trouver la discordance perdue entre le verbe et l'émotion, entre le dit et le non dit, enfin, de se retrouver encore une deuxième fois, corps biologique, psychique et social.

3- la distinction entre émotions et sensations corporelles

Notre expérience de relaxation avec le patient nous invite à dire qu'il a acquiescés cette capacité de distinction entre émotion et sensation corporelle, ceci se manifeste surtout lorsqu'il parle de ses sentiments envers sa famille, sa mère, ses sœurs et son grand frère, à la fin des séances, il nous rapporte principalement deux discours : le

premier dont le thème principal est celui de son vécu corporel, le rythme, le tonus et le corps dans son foyer biologique, le deuxième porte principalement sur un contenu affectif, assez chargé d'émotions, comme si l'on voit un nouveau retour de l'imaginaire, et des liens qui se tissent entre ces éléments, comme s'il ne répond pas par le corps, il se suffisait du verbe comme moyen d'expression, un simple intermédiaire entre Ammar et sa vie imaginaire.

En psychosomatique, le choix de la relaxation psychosomatique est judicieux, car il permet d'aller au-delà de ce fonctionnement, et ce dans un mouvement transférentiel (ou données fantasmatique) qui permet de tisser des liens nouveaux entre les mouvements psychiques et les événements vécus; tous éléments qui interfèrent sur la problématique rythmique, Sylvie Cady insiste aussi sur l'importance de l'aide de la dynamique du rythme corporel (tension-détente) pour faire place à la possibilité de changer un fonctionnement, sans que le rêve devienne une impasse. (Cady, 2007)

Selon le même auteur, *«Le fonctionnement adaptatif ou banal. La somatisation s'y trouve liée à un imaginaire parfaitement refoulé qui a cessé d'appartenir au fonctionnement psychique: il n'y a ni rêve, ni équivalent de rêve dont l'affect, parce que tout est durablement exclu du champ du conscient. Il s'ensuit une modification caractérielle à l'égard de l'imaginaire en même temps qu'une adaptation du réel qui imprègne toute la personnalité. C'est un refoulement de la fonction de l'imaginaire qui détermine le caractère, tout comme à partir d'un choc traumatique, un fonctionnement similaire peut s'organiser. Il peut être momentané, il peut se poursuivre dans le temps et faire évoluer la forme de pathologie vers un autre destin. Dans les deux cas, la souffrance se traduit par une pathologie organique, liée à la mise hors-circuit de la fonction de l'imaginaire; le rêve existe, le souvenir du rêve n'est plus possible »* (Cady, 2007, pp78-79)

Ici, la relaxation psychosomatique, a réussi une meilleure expression émotionnelle, chose qui est très claire au cours des briefings, un regard sur leur contenu, nous permet de dire que le patient s'est libéré de cette expression corporelle. Au début, tout langage passait par le corps et ses sensations, après un certain nombre de séances, une possibilité d'expression affective avec un contenu émotionnel remarquable ont étaient très présents dans les briefings.

Ainsi, Prévost constate, que la relaxation semble indiquée en deux cas en particulier: le langage est pauvre, quasi-inexistant, et les possibilités d'associer sont limitées pour le

moment; ou au contraire, la verbalisation est si riche qu'elle apparaît comme défensive, piégeant thérapeute et patient; le retour au langage du corps est alors un choix stratégique.

Pour Sylviane BERTOLUS, la vie émotionnelle modifie l'organique et l'organique modifie la vie émotionnelle. Pour Sami-Ali, vie organique et vie affective sont relationnelles. Dès notre conception, avant notre naissance nous sommes déjà inclus dans une relation. À partir de cette théorie une pratique médicale qui scinde vie organique et vie affective ne peut plus être envisageable.

4- La vie imaginaire

Pour Sami Ali, *«L'imaginaire n'est rien d'autre que le rêve et les équivalents de rêve dans la vie vigile», c'est-à-dire « le fantasme, la rêverie, le délire, l'hallucination, l'illusion, la croyance, le jeu, le transfert, le comportement magique »* (Sami Ali, in Chapitre 7, p 2)

La place donnée au phénomène imaginaire ou de mise en image représentative est fondamentale dans la relaxation psychosomatique. Selon Sami Ali, l'imaginaire est synonyme de «projection», phénomène qu'il a étudié très tôt et qui marque le début de son œuvre personnelle. *«La projection, loin de se ramener à un mécanisme de défense, coïncide avec la possibilité même que le sujet, en se scindant crée, en dehors de lui, un monde qui est lui.»* (Sami Ali, 1998, op.cit, p 2)

Concernant nos observations au sujet du processus thérapeutique, il s'agit d'une très bonne amélioration, sur le plan de l'expression affective, de l'expression émotionnelle, une facilité d'expression, un changement même sur le contenu du discours médicalisé, et un imaginaire très riche.

Ainsi, lors de la neuvième séance de relaxation (le 14-04-2009), Ammar nous dit que *«Le passage à la méditation était très facile, pas de difficultés sur la plan de la respiration, mouvements facile. J'ai imaginé une plage, j'ai pris tout mon temps, j'ai imaginé beaucoup de gens sur cette plage, même les numéros sont très faciles et leurs couleurs aussi... la route ou le chemin c'était aussi facile à imaginer, pleines de couleurs, j'ai pris la route d'Arroufak, elle symbolise beaucoup de choses pour moi, je sens comme si mon imaginaire est en détente, détendu, psychologiquement je suis très très bien.»* Dans ce même sens, S. Cady explique *«La relaxation permet, en outre, de se*

dégager de cette première identification corporelle pour trouver un corps imaginaire, capable de plaisir, ayant en lui-même son centre de gravité, et source de projections. Ce dégagement que l'activité onirique reflète prend la forme de dédoublement de l'image du corps dans des rêves où on ne coïncide plus avec le corps surmoïque, qui reste différent et qu'on quitte. Souvent, les rêves corporels semblent une étape indispensable dans le retour de l'activité onirique, que le transfert favorise et exploite, directement et indirectement.»(Sylvie CADY, 1998, p3)

A la dixième séance, on remarque une très bonne progression au niveau de l'expression affective et la facilité de l'exercice lui-même (21/04/2009) « *L'exercice de l'imagination me paraît très facile, la méditation, le lieu c'est toujours notre maison parce que c'est l'endroit où je fais ce que je veux, dans ma chambre, j'ai pris la souris du micro parce que c'est la première chose que j'ai trouvée devant moi, peut-être parce qu'elle est très légère. j'ai voulu rester dans ma chambre prendre tout le temps qu'il faut, c'était un plaisir, des moments agréables, plein de couleur, j'ai entendu même la voix de ma mère, je l'ai touché...* » à la fin de cette séance, le patient insiste qu'il n'est pas malade, ou fatigué, « *ça fait un beau moment que je n'ai pas de telles émotions, vous m'avez fait un lavage de cerveau...* »

Ammar ajoute, « *C'est vrai que mon poids est toujours le même, mais à l'intérieur de moi-même, je ne suis pas la même personne, des choses se sont chargées au fond de moi. Je suis dans un état de bien-être et une détente physique et psychique. A chaque fois que je fais un exercice ici, ou à la maison, le stress et mes tensions s'abaissent...* » à cet effet, S. CADY précise qu'il s'agit de créer un cadre thérapeutique en fonction du corps et du langage en tant que résonance affective, existentielle du sujet, à partir de l'organisation de sa personnalité.

Avant la onzième séance, Ammar nous parle de son rêve de la nuit passée « *J'ai rêvé comme si j'ai parti avec ma mère, je me voyais en compagnie, c'était plein de couleurs, ma mère me tient le bras, j'ai vu mon père, c'était la première fois que je le vois dans mes rêves...lui aussi me tient le bras, c'était un rêve plein d'émotions, ça fait longtemps que je n'ai pas vu un aussi beau rêve.* »

Sylvie Cady souligne que la relaxation « *peut permettre l'émergence de l'imaginaire en redonnant un support rythmique au tonus, porteur de la projection* » (Ibid, p63)

10- Analyse générale du cas

Enfin, on tient à préciser que la relaxation psychosomatique pour ce patient, est une réelle psychothérapie, un lieu d'échange, dans une dimension de recherche personnelle. Elle est instituée autour de cette possibilité de passage des difficultés du sujet du dedans au dehors, d'une extériorisation, dans une représentation, base essentiellement de toute la thématique imaginative. A travers la relaxation, on a essayer de créer un nouveau regard par l'imaginaire, de donner ou de redonner l'élément imaginaire, de sortir de l'activité instinctuelle et de recréer un rythme personnel, support de la représentativité imaginative. Car l'imaginaire n'est pas seulement un fonctionnement, il a aussi plus profondément une fonction biologique.

C'est sur le fond biologique que toute la problématique rythmique et psychique s'articule. Face à cela, aidé par cette technique appropriée au rythme corporel, on a réussi de créer une liaison entre le corps réel et le corps imaginaire, un bon rapport du tonus avec les phénomènes imaginaires, qui dans la manière dont la pathologie s'est construite, a fragmenté cette relation au biologique. *«C'est pourquoi, dans cette technique le patient, dès les premiers entretiens, se situe en tant que corps tonique, inscrit dans son histoire biologique. L'émergence des possibilités représentatives, l'évolution de la problématique corps réel-corps imaginaire, aidée par l'harmonisation tonique que dynamise la technique, relie ces boucles du biologique.»* (S. Cady, 2007, p47)

Enfin, on peut dire que nos hypothèses sont confirmées par rapport à notre cas.

ANALYSE GENERALE

Dans notre démarche, on a commencé par reprendre une analyse détaillée de l'évolution des patients au cours de la relaxation, analyse qui va se faire selon les trois niveaux de la relaxation (Respiration et détente musculaire, imagination et méditation), ensuite, nous allons faire un récapitulatif des résultats de l'échelle TAS-20 de l'alexithymie (avant et après les séances), pour aboutir à la fin à une conclusion finale, et ceci en articulant toutes ces données avec nos hypothèses de recherche.

1-EVALUATION DES SEANCES DE RELAXATION

a) Cas Nesrine

Niveau	Nesrine
<p>Premier niveau (Respiration et détente musculaire (séances de 1 à 4)</p>	<p>A la première séance, on a commencé par examiner la partie supérieure du corps de Nesrine. Elle rapporte qu'elle n'avait aucune sensation au niveau du haut de sa poitrine, de l'abdomen et du bassin. Ceci, n'est qu'une forme d'affect écrasé et de sensations pénibles et gênantes.</p> <p>Comme pour la partie supérieure, elle n'éprouve aucune sensation au niveau de la partie inférieure de son corps et elle dit que : « <i>Je ne possède pas cette partie du corps</i> », pourquoi, elle se sent dépossédée de cette partie de son corps ? Ceci peut être interprété comme une rupture entre l'éprouvé et sa représentation.</p> <p>Nesrine exprime ses difficultés à partir de l'absence de sensation qu'elle avait à la partie supérieure de son corps « <i>Mon cœur est prisonnier comme dans une cage</i> » constata-elle. « <i>Il me paraît plus sécurisant de garder mes pensées et mes sentiments à l'intérieur de cette cage</i> », dit-elle en pointant un doigt vers la poitrine. Elle parle de son abdomen et de sa peur d'entrer en contact avec les sensations touchant son symptôme (l'obésité) « <i>C'est écrasant, dit-elle dans un soupir, et j'ai peur de ne pas être capable de maîtriser tous mes sentiments</i> ».</p> <p>Nous remarquons que cette pauvreté de l'expression émotionnelle et affective est compensée par une description détaillée des symptômes « <i>mon corps est</i></p>

	<p><i>très lourd. La lourdeur se concentre surtout au niveau de mon ventre, et mes épaules...mon poids m'a fait beaucoup de malaises pendant la séance, j'avais beaucoup d'ennuis...»</i> en conséquence, que représente cette masse ? s'agit-il d'une surcharge d'affect ? ou s'agit-il d'un vide ?</p> <p>Ainsi, on remarque dès la première séance une réaction de l'éprouvé corporel qui reste à l'état brute. par contre, le niveau de l'expression reste assez limité ce qui nous mène à la dimension alexithymique.</p> <p>Enfin, on voit que malgré toutes les difficultés posés par patient concernant ce niveau, il y a une réceptivité de cette technique de relaxation, le corps est en mouvement, il y a une dynamique.</p>
<p>Deuxième niveau Imagination (séances de 5 à 8)</p>	<p>À la cinquième séance, Nesrine souligne « <i>J'ai perçu mon corps, je sentais que mon bras était piquant ...il tourna un peu... »</i> (persistance de la sensation comme une impression) « <i>D'avoir le bras dans le plâtre...En fait, ça me demande un effort. J'ai l'impression que les autres parties de mon corps se détendent un peu...»</i></p> <p>À la fin de la séance, je lui demande d'essayer de se relaxer toute seule, elle s'est mise à la tâche et nous dit: « <i>Je me suis bien relaxé...mieux que les autres fois.»</i></p> <p>En conséquence, la relaxation lui permet d'accéder à un corps qui ne serait pas seulement celui de la plainte, mais aussi celui d'un plaisir qui n'était pas permis.</p> <p>À la huitième séance, par l'exercice, la coordination des mouvements s'est améliorée. La concentration s'améliore par le fait qu'elle aboutisse à une relaxation exprimée en terme de calme et de détente musculaire et de ressenti du corps.</p> <p>À la fin de cette séance, on remarque que la souplesse est encore relative étant donné quelques parties de son corps qui ne bougeaient pas pendant les exercices et le cou et la tête qui se retournaient difficilement.</p>

<p>Troisième niveau Méditation (séances de 9 à 12)</p>	<p>Avant la dixième séance, on a fait un récapitulatif, Nesrine paraît contente, en pratiquant la relaxation à la maison, elle a remarqué un changement et des résultats nettement positifs pour elle et son entourage.</p> <p>On est passé au troisième niveau (la méditation). Nous expliquons son déroulement et demandons à la jeune adolescente si cette méthode lui convient.</p> <p>La méditation constitue une fixation sur le corps que Nesrine décrit comme «Objet de méditation » en tant que support qui lui permet à la fois de vivre les «ressentis» de son corps et de les exprimer en termes d'éprouvés ou de représentations d'éprouvés.</p> <p>Le corps change : avant il était rigide, se modifie.</p> <p>Avec la concentration, la méditation semble efficace, ce qui a semblé activer une motivation d'aller plus loin.</p> <p>À la onzième séance, et en arrivant, Nesrine exprime sa satisfaction. Elle remarque que son agressivité diminue. Elle se sent mieux par rapport à la séance précédente.</p> <p>Les verbalisations se sont enrichies et elles sont devenues plus tendes et plus étoffées. Cependant, Nesrine s'est régressée vers l'intériorité de son corps ce qui nous démontre une réactivation de l'éprouvé corporel par la méditation, donc, c'est un retour au corps par un mouvement évolutif.</p> <p>À la fin de des séances de relaxation, la jeune adolescente nous remis un écrit disant que:« <i>Vous m'avez permis d'évoluer et d'acquérir un meilleur équilibre physique et moral. Je me sens plus forte et plus en harmonie avec moi-même et avec les autres. J'ai beaucoup de progrès à faire pour entreprendre et construire ma vie. Mais dès maintenant, je sais aimer et savourer les joies qui sont les miennes.</i>»</p>
---	--

Conclusion	<p>A la fin des séances de relaxation, nous pouvons dire que le discours de Nesrine est devenu plus cohérent (propos) et plus riche (en terme), en même temps que la perception de son corps qui est devenue plus globale, plus unitaire et plus différenciée par l'effet de la relaxation.</p> <p>Nous constatons que l'effet de la relaxation a eu des retombés positifs par rapport aux douleurs abdominales signalées au paravent.</p> <p>Son corps est plus détendu, plus relâché et une plus grande labilité dans l'expression verbale et émotionnelle, nous pouvons considérer cela comme un travail d'élaboration psychique qui constitue une réparation du processus d'alexithymie.</p>
-------------------	--

b) Cas Ammar

Niveau	Ammar
<p>Premier niveau (Respiration et détente musculaire (séances de 1 à 5)</p>	<p>Au début de la première séance Ammar paraît nerveux, bouge les bras et les doigts difficilement...et soupire.</p> <p>Après quelques minutes, Il commence à parler spontanément: <i>« j'ai senti la circulation du sang dans mes bras...J'avais du mal à me concentrer sur tous les mouvements de mon corps...Même encore maintenant. En fait, ça me demande un effort. J'ai l'impression que les autres parties de mon corps commencent à se détendre...»</i></p> <p>Concernant son vécu relatif aux premières séances, il trouve que la seconde séance et surtout la troisième se sont beaucoup mieux déroulées pour lui. En effet, il a effectivement réussi à oublier ses douleurs au niveau du cou (déjà signalées pendant les entretiens) et il n'a même pas été dérangé par les bruits extérieurs (à l'extérieur de la salle de relaxation).</p> <p>Cependant, et lors de l'évaluation de la quatrième séance, le patient se déclare finalement non satisfait de sa prise en charge tout en s'estimant cependant améliorée. Il ne précise pas quelle est la nature de cette amélioration perçue et, au contraire, précise plus loin que <i>« les séances de relaxation n'ont eu aucun effet au niveau de la douleur, la détente après la séance, sans augmentation au cours du temps.»</i> il a même trouvé la séance trop courte.</p> <p>Mais, il signale à la fin de cette séance, qu'il a eu une bonne prise de conscience du poids de son corps sur le sol et de la position verticale.</p>
<p><u>Deuxième niveau</u></p>	<p>A la cinquième séance, Ammar trouve que la relaxation lui permet <i>« Une bonne prise de conscience de mes bras et de leur déplacement tandis que le déplacement de ma tête se fait progressivement. »</i></p> <p>A la sixième séance, nous remarquons une amélioration très importante au niveau de la décontraction musculaire, le sentiment de calme, la sérénité, la reprise du confiance en soi et la diminution de la fatigue et du stress.</p>

Sur le plan mental, **et** par le fait de la relaxation, on a constaté une évolution de sa pensée qui s'est faite progressivement avec comme résultat une meilleure perception de soi et des autres.

Ammar ajoute « *J'ai appris à prendre une décision après mes exercices qui me stimulaient. Maintenant, même hors du contexte des exercices, je sais aller de l'avant.* »

Dans l'ensemble, on peut dire que les quatre séances de ce deuxième niveau ont générés une nette amélioration de la décontraction musculaire, ainsi qu'un progrès dans la maîtrise des émotions et comme le confirme Ammar « *La combinaison des exercices avec la thérapie m'a permis de bien maîtriser le stress.*

La prise de conscience de mon individualité ne fait aucun doute, ainsi que la sensation d'être moins soumis aux événements et aux autres.»

Il faut aussi noter la régulation de son agressivité et de son esprit de rébellion, sa volonté de s'affirmer et son autonomie sont nées davantage de la thérapie, du moins consciemment.

L'organisation vient progressivement et les sensations des articulations et la prise de conscience de son corps sont venues progressivement.

Troisième niveau

A la dixième séance de relaxation, l'adolescent obèse annonce « *Je me perçois avec un corps réel et concret. J'ai une bonne connaissance de moi, en tout cas une connaissance plus objective... J'ai pris conscience de mes forces et de mes limites.»*

Cela peut être interprété comme un progrès au niveau de la facilité d'expression et la verbalisation du vécu et du ressenti : « *J'ai une meilleure mémorisation des faits, mais surtout des visages et des noms. J'ai aussi un meilleur esprit de synthèse mais ma clarté d'esprit est encore insuffisante par moments...».*

En conclusion, Ammar avait conscience de ses sensations physiques. L'obscurité et la confusion étaient des messages qui indiquaient que quelque chose d'autre était présent. Au point exact de transition où les

sensations physiques auraient dû normalement conduire à l'expérience émotionnelle, Ammar commença à se dissocier. La pression empirait et devenait trop difficile pour lui à supporter.

Ainsi, et comme un couvercle d'une cocotte-minute, la relaxation fut cruciale pour lui. Ce fut sa «**valve de contrôle**», une manière physique et symbolique de libérer assez de pression afin de rester conscient des émotions qui étaient sur le point de surgir.

À la place de la dissociation, Ammar expérimenta la pression et la tension. Mais cette fois, la tension mena à la douleur et la douleur mena aux émotions refoulées sous-jacentes.

Conclusion

Dans ce processus, nous voyons comment l'utilisation de la relaxation psychosomatique avec une conscience du corps permettent à notre patient d'accéder à la série d'expériences émotionnelles qu'il ne pouvait auparavant atteindre.

Il n'y a pas de façon spécifique d'utiliser la thérapie somatique pour se rappeler une expérience émotionnelle. Mais, étant donnée la relation entre le corps et les émotions que nous avons décrite jusqu'à maintenant, avec la participation volontaire du patient, on peut découvrir de nombreuses façons différents de faire.

En conclusion, l'histoire d'Ammar est une illustration encourageante d'une thérapie psychosomatique utilisée pour découvrir et libérer des émotions refoulées.

c) Cas Khaoula

Niveau	KHAOULA
<p><u>Premier niveau</u> (Respiration et détente musculaire (séances de 1 à 5))</p>	<p>A la première séance de relaxation, Khaoula bouge beaucoup les pieds. Elle signale qu'elle ne ressent rien, et elle se plaint beaucoup d' « Angoisses très importante. »</p> <p>Il ne se passera rien, il n'y aura pas de changement notable, aucun mouvement transférentiel ne se développait. Elle prenait cependant conscience de son corps et ses tensions diminuaient de temps en temps par la mobilisation en position couchée et la rythmicité.</p> <p>A la séance suivante, elle me dit que son corps est un instrument. Je lui mobilise le corps en position allongée pour le lui faire sentir.</p> <p>Dès le début de la deuxième séance, nous notons la résurgence de souvenirs de l'enfance qui semblaient oubliés. Le premier (le bras foulé à six ans) est un souvenir douloureux. Il s'agit d'une blessure, et l'évocation s'accompagne d'une décharge motrice : tout en restant sur le divan, elle bouge les différents segments de son corps.</p> <p>Certains fantasmes deviennent plus compréhensifs : par exemple, l'arbre dont elle parlait au cours de la première séance semble correspondre à la représentation qu'elle a de son corps : « <i>La colonne vertébrale comme un arbre</i> ». A la troisième séance, Khaoula était bancal et elle exprime plusieurs ressenti : « <i>Je suis un torse, et c'est tout</i> » ; « <i>Je fais un mur contre vous</i> » ; « <i>J'ai peur de l'imprévu, de ne pas savoir ce qu'on va trouver</i> ».</p> <p>Il paraît aussi que cette séance a fait émerger une résistance à la régression « <i>Je ne peux pas prévoir comment ça va se faire</i> » ; « <i>Je fais un mur contre vous</i> » ; « <i>J'ai peur de l'imprévu, de ne pas savoir ce qu'on va trouver.</i> »</p>

Deuxième niveau

La quatrième séance

La quatrième séance reprend à la généralisation de la détente et est centrée plus particulièrement sur le visage, puis à nouveau globalisée.
« Chaque partie du corps est sentie...L'ensemble est détendue, tranquille, etc.»

Le refoulé déferle dans le champ thérapeutique ; nous avons vu tour à tour et simultanément le problème de la définition du moi et du non-moi à travers la prise de conscience des contours même du corps, le problème de la passivité et de l'activité, et celui de voir l'être vu sans voir.

Khaoula parle facilement. Elle se laisse aller aux associations sans rechercher une cohésion formelle dans son discours.

Elle signale aussi une recrudescence de l'activité onirique depuis le début de la cure, tout en parlant peu des rêves mêmes. Dès son arrivée à la cinquième séance, elle dit être moins mal, puis : « *J'ai l'impression de ne pas faire partie du monde, je suis très tendue et ne supporte rien.* »

Khaoula nous dit alors qu' « *au rien artificiel* » ça va mieux, qu'elle ne vomit plus, qu'elle vit moins couchée, qu'elle a pu regarder un film à la télévision. « *Quelque chose a changé...* » dit-elle.

Tout doucement, elle semble renaître à la vie, mais elle a du mal à l'admettre. Khaoula vient à la séance suivante (**cinquième séance**) un peu plus animée, presque souriante. Dès le début, elle dit : « *J'ai moins de problèmes* »...et elle rit. Elle semble progresser sur le plan verbal comme sur le plan physique, avec précaution. Ne pas en faire trop, ne pas en dire trop ! Nos questions et interventions ne sont entendues que si elles sont reçues comme un soutien ; elle doit avancer à son rythme et on ne doit pas la bousculer, la brusquer.

Après ces quelques séances, elle a acquis de l'aisance pour se mouvoir et un peu plus de facilité pour parler. Mais elle ne dit rien de ce qui se passe en elle pendant la relaxation.

Troisième niveau

Neuvième séance

Elle s'anime, sa mimique est expressive : « *Il y a des antécédents dans la famille, on est tous nerveux, ma mère a eu des crises d'épilepsie...J'ai eu une vie d'enfer...* »

Dixième séance

Pendant la relaxation, je la sens souple, et chaude, sauf le cou qui reste raide ; elle ne dit toujours rien à ce propos de la détente. (**commentaire**)

Onzième séance

« *Je me sens très nerveuse, chez moi, je ne peux pas me détendre. C'est différent de ce qui se passe ici. Ici non plus* (sur un ton vif, plutôt agressif).» Ici, la question qui doit être posée : N'est-elle pas entraînée de refuser l'érotisation, de se détendre en déniait ?

Elle se détend pendant un quart d'heure, je lui parle de détente, de chaleur, de respiration.

Effectivement, elle est souple et se réchauffe. Elle dit seulement en terminant : « *J'étais bien..* » et se lève. Elle reste de bout, presque opposante, comme hostile.

La douzième séance

Elle fait un bilan positif des quinze derniers jours : « *J'ai réussi pendant ces quinze jours à en faire plus que d'habitude, j'ai même fait les carreaux, je suis tout de même plus calme.* »

Nous constatons de très importants changements produits par la cure :

Les vomissements incoercibles qui se produisaient pendant et après les séances de relaxation ont complètement disparu et son comportement a évolué.

Conclusion

Ce changement peut être compris comme la conséquence d'une modification de son « économie » libidinale. La proposition qui lui a été faite de se détendre devait correspondre à un besoin inconscient. Après

une période de douze semaines d'essais, d'hésitations et de contestations, elle s'est engagée dans la cure. Le fait d'essayer de se détendre, la position couchée, le cadre, la présence de quelqu'un qui l'écoute et la touche, ont fait tomber certaines défenses et elle a pu exprimer quelques conflits anciens, antérieurs à la maladie actuelle.

La relaxation a médiatisé la relation, à la manière de l'objet transitionnel de Winnicott, comme l'a indiqué Michel Sapir dans le colloque de *l'évolution psychiatrique* en juin 1972.

Par le toucher et la voix, on a sans doute permis à Khaoula de vivre son corps autrement que comme un mauvais objet. Vers la fin des séances, il devenait pour elle source de plaisir.

Ce n'est pas un hasard si ce mouvement s'est produit au stade de la respiration. Elle accepte l'érotisation de l'échange respiratoire, le va-et-vient de l'air qui entre et sort... «*J'étais bien, peut-elle dire enfin, dans mon corps et avec vous*» (sous-entendu), acceptant à la fois la sexualité et la relation avec l'autre, dans l'échange.

d) Cas Zakaria

Niveau	Zakaria
<p><u>Premier niveau</u> (Respiration et détente musculaire (séances de 1 à 5)</p>	<p>Nous parlâmes ensuite d'autres parties de la carte du corps de Zakaria. Ses bras, par exemple, symbolisaient l'impuissance qu'elle ressentait en tant que victime. Sa jambe droite représentait une partie de lui qui se sentait prête à accompagner le processus de guérison de l'inceste. Sa jambe gauche, cependant, semblait tendue et anxieuse concernant ces mêmes questions. Les épaules de Zakaria étaient l'image même du stress accumulé dans les nombreux aspects de sa vie. Son visage et sa tête posaient plus de problèmes. « Je n'ai jamais montré à personne qui je suis, songea-t-elle. Ils ont toujours vu Zakaria heureux et souriant, pas celui qui avait peur », ajouta-t-il tristement. Zakaria choisit de faire en dernier des commentaires sur ses mains : « <i>Quelquefois, je m'allonge dans mon lit, ferme les yeux et je jurerais que je peux sentir de la lumière dans mes mains, dit-il épanoui. Elles sont chaudes et incandescentes. Je ressens mon esprit dans mes mains. Je désire que tout mon corps soit comme mes mains.</i> »</p> <p>Le temps de la séance est presque écoulé, je lui demande d'essayer tout seul, à nouveau.</p> <p>Après quelques minutes: « <i>Je me suis bien relaxé: le bras et tout le reste... Plus que les autres fois. C'est un peu comme une corde, une corde à nœuds, une corde lisse toute tordue... J'en ai assez.</i> »</p> <p>Levée de l'angoisse, mais aussi celle d'un désir.</p> <p>Les semaines passent. Le malade va mieux, cependant : il évoque la contrainte du clan familial, Il souffre de son dos, mais n'en souffre pas, lorsqu'il part en vacances.</p> <p>Sa souffrance semble être sa plainte mais aussi son agir, son réagir : « <i>Je ne peux pas... Peut-être vaut-il mieux que... je ne puisse pas à cause de ma douleur et ne pas avoir l'angoisse de ne pas pouvoir,</i> »</p>

	<p>semble-t-il dire. Autrement dit, son symptôme lui évite l'angoisse <i>de castration</i>.</p> <p>Au prix de la douleur, il supportait la famille ; au prix du non-sentir, il accepte la dépendance vis-à-vis du relaxateur. Il va même de mieux en mieux et peut se décider à construire un pavillon, hors du territoire géographique familial, par ailleurs, et comme l'a bien précisée C. CANET-PALAYSI (1975) : « <i>Le relaxateur sait bien, alors, qu'il doit accepter une situation « orthopédique» et le rôle de béquille à vie, soit tenter de rompre le système défensif du malade et l'amener à « sentir», quitte à analyser avec lui la nature de la répétition, celle de sa dépendance homosexuelle à son égard. Faut-il « recouvrir» ? Faut-il « découvrir» et dépasser l'angoisse pour accéder au désir et le reconnaître ?</i> » (C. CANET-PALAYSI, M. SAPIR et al, 1975, p68)</p>
<p><u>Deuxième niveau</u> Imagination (séances de 5 à 8)</p>	<p>En séance, il a fait un lien entre la relation rejetante de son père et celle qui a vécu avec « cet autre père » qui l'a licencié. Aussi, les consignes les plus adaptatives, que le thérapeute lui conseille maintenant, le ; thérapeute lui conseille de dédramatiser la situation, car il est augmentée par son imaginaire, lui permettent de se détendre et lui donnent la possibilité de se confronter au problème de la dépression. En fait, pour lui, la tension récupère un fond dépressif ancien. Or, la tension noyait tout, enfouissait tout, maintenant, qu'il rencontre un rythme harmonieux, tout remonte à la surface, et il peut mieux préciser ses difficultés. Ceci se répercute sur une demande d'exercices autour du rythme corporel. C'est aussi une donnée importante de la symptomatologie cardiaque : « <i>Le rythme c'est la détente, dit notre patient. Maintenant c'est mieux. Lorsque je faisais de l'imaginaire dans les mouvements, cela augmentait tout. J'ai compris que je ne changerai jamais mon père. Ce n'est pas la peine d'être en problème avec lui. Par contre, je fais l'enfant. Ce n'est pas</i></p>

	<p><i>bien, maintenant j'ai compris, je suis homme. Si je m'éloigne de ma mère, ça m'éloigne du problème avec mon père et ça fait du bien au cœur sous toutes ses formes.» (Sami-Ali, 2001, p135)</i></p>
<p><u>Troisième niveau</u> Méditation (séances de 9 à 12)</p>	<p>L'induction est mal supportée. Elle s'y oppose on vivant le contraire des sensations proposées, ou par le choix des fantasmes qu'elle évoque; ainsi, l'induction est proche de la réalité anatomique et physiologique et Ida répond sur le registre symbolique : une branche d'arbre, une corde. Le fantasme de la corde restera d'ailleurs inexpliqué, on peut y voir une concession: une corde c'est tout de même moins raide qu'une branche ou un plâtre. A propos du plâtre, nous verrons un peu plus loin l'émergence d'un souvenir ancien.</p>

2-Tableau 09 :Tableau Récapitulatif des résultats des deux passations de l'échelle (TAS-20)

Cas		<i>Facteur1</i>	<i>Facteur 2</i>	<i>Facteur 3</i>	<i>Total</i>
<i>Ammar</i>	<i>1ère passation</i>	20	17	16	53
	<i>2ème passation</i>	14	15	20	49
<i>Zakaria</i>	<i>1ère passation</i>	25	18	23	66
	<i>2ème passation</i>	12	15	20	47
<i>Khaoula</i>	<i>1ère passation</i>	22	18	26	66
	<i>2ème passation</i>	13	09	20	42
<i>Nesrine</i>	<i>1ère passation</i>	19	13	30	62
	<i>2ème passation</i>	12	15	20	47

Au terme de cette étude, notre réflexion porte à présent sur le bilan de cette recherche qui fut entreprise sur une période de trois ans. il va bien falloir conclure surtout le parcours emprunté jusque-là, et donner les résultats de cette expérience. Nous allons donc devoir tout rapporter ici pour faire savoir au lecteur l'itinéraire sur lequel nous avons cheminé.

Tout d'abord, les protocoles des cas avant la relaxation, dans leur ensemble sont frappants par l'intensité de l'inhibition, le manque d'aisance et le blocage émotionnel face à l'épreuve projective. La productivité est faible, Le recours au formel est massif:

Les sujets participant à l'étude manifestent une capacité de maîtrise du stimulus non

figuratif par un effort d'organisation rationnelle et un travail d'adaptation au matériel. Ils ne semblent pas stimulés dans leur production par la couleur qui habituellement favorise l'émergence d'affects.

La fréquence du F élevée conforte le constat d'inhibition et permet de faire l'hypothèse d'une attitude intellectuellement active et d'une adaptation au réel. Le lien étroit entre la réponse et le stimulus montre la place restreinte laissée à l'imagination, la créativité et l'émergence de réactions émotionnelles.

Les réponses de nos patients sont logiques, parfois conventionnelles, mais ce qui doit retenir l'attention c'est qu'elles paraissent peu chargées affectivement. Ainsi, on peut suggérer une mise à distance des ingérences affectives contre un investissement de la socialisation, voire de l'intellectualisation. Cependant, le pourcentage moyen de F+% est le signe que les sujets arrivent à diriger leur pensée avec une attention claire et un bon jugement. Ils font preuve d'une bonne vigilance, de capacités d'adaptation, de contrôle et ont la possibilité de conférer aux stimuli une limite entre le dedans et le dehors. Cette association entre un F% élevé et un F+% moyen semble témoigner de l'édification de barrières entre dedans et dehors ainsi que du recours essentiel à des conduites d'objectivation afin de repousser les intrusions imaginaires ou fantasmatiques pour se maintenir dans un registre perceptif.

Un mécanisme de séparation par isolation (voire clivage) se met en place, qui conduit à couper les affects des représentations et des émergences primaires violentes. L'inscription dans la projection se fait au travers d'un appui fort sur la forme montrant un réel investissement du cadre perceptif au détriment d'une sensibilité au sensoriel.

Nos cas sont dans la maîtrise des affects et les émergences pulsionnelles sont quasi inexistantes ou ne sont pas exprimées. Les planches pastel (VIII, IX, X), même si elles facilitent d'ordinaire l'émergence des émotions, ne semblent pas avoir cet impact sur la majorité des sujets de notre échantillon.

Globalement, ces résultats vont dans le sens d'un mode de fonctionnement plutôt orienté vers la prise en compte de la réalité externe et le contrôle de l'émergence des processus primaires. La plupart des réponses des patients semblent réagir sur un mode de mise à distance des affects. Le recours au formel verrouille l'expression d'éprouvé émotionnel et inhibe toute tentative projective de déplacement du monde interne vers le monde externe. Ce retrait dans le rationnel

(RC% inférieur, F% supérieur et K absent) participe avec l'insistance sur le repérage des limites (F% supérieurs) aux défenses narcissiques qui protègent les sujets de la désorganisation psychique.

L'analyse qualitative des réponses confirme que ces défenses permettent d'éviter la confrontation aux réactivations pulsionnelles. Les réponses témoignant de l'émergence de processus primaires ne sont en effet pas absentes du protocole, mais elles sont régulièrement mises à distance par le recours à l'inhibition, à l'isolation, à la dénégation dans l'affirmation, la négation de liens entre représentation et affects donnant une impression globale d'anesthésie émotionnelle.

L'analyse quantitative des protocoles avant la relaxation permet d'établir une relation entre les données du psychogramme et les indicateurs d'alexithymie énumérés par ACKLIN et ALEXANDER et CORCOS et SPERANZA. On constate la présence d'un nombre de réponses bas, d'un nombre de kinesthésies humaines faible, de réponses affectives restreintes traduites par la somme des réponses « couleur » peu élevée, d'affects pauvrement intégrés (phénomène souligné par le FC bas), de cognitions concrètes, de stéréotypies perceptives, du déficit des éléments idéationnels et affectifs représentés par la somme des réponses « couleur » et « kinesthésie » bas.

En d'autres termes, il nous semble que l'expression des émergences pulsionnelles paraît cependant globalement difficile et étouffée. La vie imaginaire se révèle plutôt pauvre et dénuée de toute fantaisie. On n'est donc en face d'une **dimension alexithymique considérable** marquée par les traits suivants :

- Mise à distance des effets émotionnels.
- Capacité à contrôler les projections et effort pour éviter leur expression directe.
- Édification de barrières obsédantes entre dedans et dehors et un recours aux conduites d'objectivation pour repousser les intrusions fantasmatiques.

En résumé, on peut dire que la problématique corporelle, alexithymique et identificatoire est solidement posée pour les patients, ces données trouveront leur confirmation à travers l'analyse des autres données (les entretiens, l'échelle et le processus des séances de relaxation). Ainsi, l'hypothèse d'un profil alexithymique de nos adolescents obèses semble pertinente au regard de ces résultats et vérifie d'autres études comme celle de LEGORRETA et al (A. MARIAGE, op.cit).

Les résultats obtenus avec le retest de nos quatre patients permettent d'observer d'abord la répétition de réponses que l'on retrouve parfois mot pour mot. Cette stabilité d'une partie

des réponses est d'autant plus remarquable qu'elle s'observe chez des patients affirmant ne pas se souvenir de leurs premières réponses. En revanche, il est arrivé que certains d'entre eux, convaincus d'avoir répété exactement la même chose, donnent cependant des réponses tout à fait nouvelles. Ceci signifie que d'une façon générale, le processus de changement des réponses ne peut guère être attribué à une volonté délibérée de modifier sa performance.

Au-delà de la permanence d'une grande part de l'activité imageante, nous avons souvent observé des modifications que nous avons tenté de caractériser à partir de quatre propriétés essentielles du Rorschach et qui nous paraissent prendre sens par rapport au travail effectué en relaxation.

Nous avons constaté que les quatre sujets ont progressé pendant leur psychothérapie sur le plan de l'expression subjective. Avant les séances de relaxation, le niveau d'expression était suffisant au début du traitement pour qu'il n'ait pas besoin d'évoluer.

En tous cas, ces résultats doivent nous inciter à nuancer l'hypothèse selon laquelle l'agir somatique se ferait au détriment de la capacité de mentalisation. En fait, cette capacité est loin d'être négligeable en t1, c'est-à-dire, avant le début du traitement. Ce niveau initial de représentation va dans le sens de l'hypothèse d'alexithymie qui a été récemment évoquée à propos des troubles addictifs (L. WEISBERG, 1987, p 295).

En outre, la capacité d'évolution pourrait être favorisée par une disponibilité relationnelle particulière qui se révèle en t1 dans le Rorschach par le phénomène de l'objet récurrent. C'est du moins ce qui se passe pour la plupart des cas où ce phénomène apparaît en t1 et ceci confirme des observations antérieures sur les effets de transfert au cours du Rorschach précurseurs de l'engagement dans la psychothérapie.

Les résultats montrent la présence d'une alexithymie chez la totalité des cas, qui s'améliorent nettement pour la quasi-globalité à la fin du travail, amélioration qui se traduit par une plus claire identification des émotions ainsi

qu'une meilleure capacité à les décrire aux autres.

On constate aussi une augmentation des stratégies privilégiées comme la réévaluation positive et une augmentation de la recherche du soutien social ou des stratégies d'ajustement. On remarque aussi, à la fin, une préférence pour être avec autrui plutôt que rester seule, de faibles comportements d'inhibition envers des inconnus et une sociabilité plus importante.

L'amélioration se traduit aussi par une disparition totale de tous les indicateurs d'alexithymie énumérés par ACKLIN et al dans le deuxième protocole de nos cas (après les séances de relaxation).

Cependant, ce qui frappe à la lecture qualitative des réponses, c'est la diversité des représentations dont les données statistiques quantitatives ne rendent pas toujours compte, en particulier au niveau de l'expression des conflits. Par ailleurs, lorsque les affects sont directement interrogés, comme lors de la justification des choix positifs et négatifs des planches, il est intéressant de souligner que les sujets (y compris ceux qui étouffent les émergences pulsionnelles) choisissent préférentiellement des planches qui favorisent ces dernières (planches III et X) et justifient leurs choix au travers d'affects forts.

Nous pensons encore que l'alexithymie peut constituer, chez nos cas, un mécanisme de défense contre la douleur psychique, la dislocation du sentiment d'identité, la frustration et le risque représenté par le débordement imaginaire. On rejoint ici la conception de BAZINS et de TAYLOR et al qui distinguent deux types d'alexithymie dans une approche catégorielle : l'alexithymie-trait et l'alexithymie-état.

La première constitue un trait de personnalité stable et est à comprendre dans une optique psychodynamique. Elle est définie par une pensée à tonalité factuelle, un échec de la symbolisation des conflits et une impossibilité à se former un imaginaire corporel. En outre, ces auteurs relèvent une faible estime de soi, une répression des affects pouvant favoriser une « Dépression essentielle » au sens de MARTY (sans symptôme, avec un fonctionnement mental simulant une « extrême normalité ») et un risque de décompensation psychosomatique.

L'alexithymie-état est, quant à elle, transitoire. Elle est liée à un moment dépressif réactionnel à un événement traumatique. Elle est alors secondaire à l'angoisse suscitée par une maladie somatique grave ou par un traumatisme

important. Elle peut être comprise comme un mécanisme de défense temporaire utilisé par le sujet pour se protéger contre le vécu émotionnel lors de situations de vulnérabilité. Elle aurait son origine dans des troubles du développement affectif et cognitif.

Cette compréhension de l'alexithymie comme mécanisme de défense est aussi celle de McDougall qui considère que l'alexithymie renvoie à un mécanisme de défense archaïque qui permet au sujet de se protéger contre des angoisses de perte objectale qui n'ont pu être métabolisées du fait de l'absence d'intégration d'un objet maternel suffisamment bon. Les processus de déni, d'identification projective, de clivage rencontrés dans l'alexithymie permettraient au sujet de se couper de sa conflictualité psychique et d'éviter le risque d'une régression à la position schizoparanoïde.

L'intensité de l'évitement affectif rencontré chez la majorité des patients de l'étude, lors de la passation du Rorschach en particulier, pourrait alors traduire l'expression d'un refoulement absolu, de nature forclusive. C'est aussi la position de McDougall qui considère que le mécanisme de l'alexithymie est celui de la forclusion d'affect : elle ajoute aux trois destins de l'affect proposés par Freud que sont la conversion, le déplacement, la transformation en angoisse, un quatrième où l'affect serait gelé et la représentation verbale qui le connote pulvérisée, comme si elle n'avait jamais eu accès au sujet. En ce sens, l'alexithymie pourrait être envisagée comme un mécanisme régressif de pare-excitation interne permettant, par sa fonction défensive, d'éviter la survenue d'une désorganisation dépressive ou psychotique. L'alexithymie constituerait alors une tentative d'autoguérison, et aurait une fonction protectrice contre des angoisses psychotiques.

Les résultats précédents sont soutenus par la classification d'ACKLIN et al qui nous a permis de dégager les variables alexithymiques suivantes dans les premiers protocoles Rorschach de nos cas : **pauvreté de la vie fantasmatique (activité imaginaire réduite), difficultés à spécifier et à révéler ses sentiments et affects, contrôle et expression des émotions inadéquats à l'environnement et pensée concrète factuelle évitant les ambiguïtés émotionnelles et l'engagement affectif et stéréotypés perceptives. Les quatre sujets aient ces éléments alexithymiques.**

L'analyse des résultats des deux passations de l'échelle nous montre une différence significative sur le score total de l'alexithymie (pour les quatre cas); sur

le Facteur 1 **Difficultés à identifier ses émotions** ; sur le Facteur 2 (**Difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui**) et sur le troisième item (**pensée opératoire**).

Chacune des analyses du test révèlent que le premier score est significativement plus haut que le deuxième, ainsi, nous constatons que la relaxation psychosomatique a générée un changement positif sur la dimension alexithymique de nos adolescents obèses.

L'évolution se traduit par une identification plus claire des émotions, une bonne distinction entre émotions et sensations corporelles ainsi qu'une vie imaginaire plus riche.

Ces résultats, au-delà du changement observé, permettent de constater le bien-fondé de ce format de thérapie qui a permis à nos patients de mieux comprendre leur fonctionnement émotionnel.

De plus, nous constatons que la relaxation psychosomatique a donnée la possibilité à nos cas pour apprécier leur labilité émotionnelle puis d'apprendre leurs compétences émotionnelles, sans oublier une meilleure prise de conscience de la dimension sociale de l'émotion.

Nos résultats ont également montré les différences entre les verbalisations avant et après la relaxation. Ainsi, on a souligné le fait qu'avant ces séances, le discours était plus factuel, plus direct et plus court. En accord avec notre hypothèse de travail M. de BONIS (2006) a écrit à propos du discours des alexithymiques: « *Ce n'était pas tant les mots-émotions qui leur manquaient pour parler de leur maladie ou de leurs crises mais bien plutôt une certaine façon d'expliquer ou de dire comment cela était arrivé, c'est-à-dire de les rattacher à des événements*» (DE BONIS, 2006, pp. 122-123).

Les premiers résultats de l'échelle TAS-20 et les protocoles Rorschach montrent que les patients avaient un discours présentant un niveau d'élaboration verbale inférieur à celui de la deuxième passation (Après la relaxation). Ces résultats sont compatibles avec ceux obtenus par PEDINIELLI et al. (1989) à partir du même matériel verbal.

Par contre, nous remarquons après la relaxation une amélioration considérable tant sur le plan psychique que physique.

L'analyse des deux protocoles Rorschach et l'échelle (TAS-20) nous a donnée la possibilité de nous rendre compte du changement psychique singulier

par les adolescents dans le cours de leur thérapie. Cela est possible parce que cette situation permet une expression très libre par la mise en mots de ses maux.

L'analyse des relations entre les différentes données permet notamment de voir que quelle que soit le niveau de la relaxation, la perception de relâchement la plus évoquée se situe sur le plan mental, avec des sensations exprimées de détente et de diminution du stress psychologique. De façon plus inattendue, cet effet significatif de relâchement s'observe également lors des évaluations réalisées juste après la séance.

L'analyse des relations entre les différentes données permet notamment de voir une progression de la capacité à décrire et identifier les émotions, une amélioration de la différenciation entre émotions et sensations corporelles et une évolution positive de la vie imaginaire. Comme le souligne PALAYSI: *«Un corps souffrant, où le désir pourrait renaître: La relaxation lui permet là, grâce à la relation qui se noue avec le thérapeute, d'accéder à un corps qui ne serait pas seulement celui de la plainte, mais aussi celui, d'un plaisir qu'il ne se permet pas. Levée de l'angoisse, mais aussi celle d'un désir»* (Claude Canet-Palaysi, citer par Sapir et al, 1978, p68). Sylvie CADY précise que la relaxation *«Peut permettre l'émergence de l'imaginaire en redonnant un support rythmique au tonus, porteur de la projection»* (S. CADY, op.cit, p63).

On peut dire aussi que la relaxation a permis à nos quatre cas d'accéder à un corps qui ne serait pas seulement celui de la plainte, mais aussi celui, nostalgique, d'un plaisir qu'il ne se permet pas. Levée d'angoisse, mais aussi celle d'un désir. De ce fait, la relaxation apparaît, comme le dit Prévost, un *«choix stratégique face à une discordance entre le corps et le verbe»* (J.J. PRÉVOST, citer par SAPIR et al, 1975, p 71)

A partir des éléments précédents, il nous semble que nos hypothèses de recherche à savoir :

1 -La relaxation psychosomatique permet la différenciation entre émotions et sensations corporelles chez l'adolescent obèse.

2- la relaxation psychosomatique améliore l'identification et la description des émotions chez l'adolescent obèse

3- la relaxation psychosomatique remet en fonction l'élaboration psychique et favorise ainsi la verbalisation de l'état émotionnel à travers le retour au corps symptôme chez l'adolescent obèse.

4- la relaxation psychosomatique réduit la description détaillée des symptômes chez l'adolescent obèse.

Sont confirmées, de plus, le temps passé avec les cas a été bénéfique. En effet, il a été remarqué et évalué, que les séances de relaxation effectuées ont permis aux adolescents d'évoluer dans d'autres domaines de leur vie.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion

Il nous semble important de souligner à la fin de cette recherche que notre étude souffre de quelques limites. Les différents problèmes se concentrent autour de l'hétérogénéité des patients, de la mesure de l'alexithymie et du Rorschach lui-même. Par exemple, l'ancienneté de l'obésité des sujets n'a pas été considérée. Or on peut penser que l'obésité en tant que maladie somatique génère avec le temps des effets sur le fonctionnement psychique et vice-versa.

On doit alors se poser la question des tendances alexithymiques inhérentes aux sujets obèses, mais aussi indissociables du vécu de l'obésité dans le temps. La mise en évidence de l'alexithymie comme mécanisme de défense, facteur de risque ou de vulnérabilité chez l'adolescent obèse nécessiterait des études longitudinales prenant en compte le statut de l'obésité, son stade d'évolution qui sont autant d'éléments susceptibles d'effets sur des variables psychologiques (angoisse, anxiété, dépressivité...) elles-mêmes capables d'orienter les comportements de soins ou les facteurs psychologiques évalués.

L'absence d'un véritable critère pathologique externe permettant de dépasser la simple équivalence entre la présence de certains troubles cognitifs, affectifs et émotionnels nuit à la qualité méthodologique de cette recherche malgré l'utilisation d'un système de cotation et d'analyse du Rorschach consistant.

Les données issues de cette étude nous incitent cependant à penser que tous les patients obèses ne présentent pas systématiquement une composante alexithymique, mais aussi qu'un fonctionnement alexithymique peut ne concerner (voire de manière transitoire) que certains secteurs de la vie relationnelle de ces patients. Cependant, si on considère l'alexithymie comme mécanisme de défense, il est incontestable qu'elle représente un facteur de complication de l'évolution et de la prise en charge de l'obésité en limitant par exemple l'implication du patient dans la relation thérapeutique. Il est alors nécessaire de bien envisager que la somatisation pondérale peut aussi renvoyer à une forme de somatisation symbolisante qui permet de traduire et d'expurger les conflits et participe de ce fait au processus de subjectivation.

L'obésité elle-même, peut alors être comprise comme moyen pour le sujet de se sortir d'une organisation psychologique asservissante. On peut penser qu'en

CONCLUSION

recourant au corps par la transformation corporelle de l'obésité, le sujet cherche à s'attribuer une identité propre qui, même si elle est dépréciée par l'environnement social, n'en reste pas moins une identité reconnue. La somatisation pondérale renverrait alors à une corporéisation, voire (re)somatisation des affects, et constituerait une des modalités possibles de réorganisation de la personnalité et de l'équilibre psychosomatique.

En ce sens, l'obésité participe, dans sa persistance, à l'économie du sujet. Les résistances à l'amaigrissement qui se transcrivent dans le taux élevé d'échec à maigrir durablement, rendent compte du besoin du patient de conserver ce qui le fait exister : l'obésité se fait état solide et permanent. Le rapport à l'affect n'est plus alors régi que par la capacité du sujet à accepter l'affect. Propension qui, dans la clinique de l'obésité, va d'une réelle stratégie par rapport à l'affect (avec capacité de liaison entre affect et représentation admettant le refoulé), à l'échec de mettre en place une stratégie quelconque sinon par un abrasement affectif dont l'alexithymie rend compte.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- 1- Joïce AÏN et all, (2004), Raisonances entre corps et psyché, ÉRÈS. Ramonville. Saint-Agne.
- 2- Omar AKTOUF (1987), Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, Les Presses de l'Université du Québec, Montréal.
- 3- Franz ALEXANDER, La médecine psychosomatique, Payot, Paris.
- 4- Sami-Ali, (1980), Le banal, Gallimard, Paris.
- 5- Sami-Ali (1997), Le rêve et l'affect : une théorie du somatique, Dunod, Paris.
- 6- Sami-Ali (2003), Corps et âme : pratique de la théorie relationnelle, Dunod, Paris.
- 7- Sami-Ali, (2004), De la projection : une étude psychanalytique, 2ème édition, Dunod, Paris.
- 8- Sami-Ali et all, (2001), Manuel de thérapies psychosomatiques, Dunod, Paris.
- 9- Sami-Ali et all, (2003), Identité et psychosomatique, éditions EDK, Paris.
- 10- Didier ANZIEU (1976), Les méthodes projectives, PUF, Paris.
- 11- Didier ANZIEU, (1995), Le Moi-peau. Dunod, Paris.
- 12- Laurence ARZEL NADAL (2006), Françoise Dolto et l'image inconsciente du corps : fondements et déplacement vers la pulsion, Ed DE BOECK, Bruxelles.
- 13- René A. SPITZ (1968), De la parole à la naissance : la première année de la vie, Presses Universitaires de France, Paris.
- 14- Nadine BACLET (2002), L'obésité : accompagner pour soigner, Groupe Liaison S.A, Paris.
- 15- Daniel BAILLY (2004), L'angoisse de séparation chez l'enfant et l'adolescent, 2ème édition, Masson, Paris.
- 16- Hélène BARBLER DU VIMONT (2008), Additifs alimentaires : ce que cachent les étiquettes, Guy Trédaniel éditeur, Paris.
- 17- Michel BEAUD, (1999), L'art de la thèse, Casbah Editions, Alger.
- 18- AARON BECK (2010), La thérapie cognitive et les troubles émotionnels, Groupe De Boeck s. a, Bruxelles.
- 19- B. BEN SMAÏL (), La psychiatrie aujourd'hui, OPU, Alger.
- 20- J. BERGERET et all, (2008), Psychologie pathologique : théorique et pratique, Masson, Paris.
- 21- P. BERTAGNE. J-L. PEDINIELLI et C. MARLIÈRE (1992), L'alexithymie :

BIBLIOGRAPHIE

- évaluation, données quantitatives et cliniques. L'Encéphale, 26, 121-130.
- 22- Cécile BETZMANN, (1966), Livret de cotation des formes dans le Rorschach, Editions : Du centre de psychologie appliquée, Paris.
- 23- Mahfoud BOUCEBCI(1979), Psychiatrie, société et développement, SNED, Alger.
- 24- Philippe BRENOT, (1998), La relaxation, PUF, Paris.
- 25-Hilde BRUCH (), Les yeux et le ventre : L'obèse, l'anorexique, Payot, Paris.
- 26- Bernard BRUSSET et Catherine COUVREUR, (2001), La boulimie, PUF, Paris
- 27- Sylvie CADY, (1998), Psychothérapie de la relaxation : Un abord psychosomatique, Dunod, Paris.
- 28- Sylvie CADY, (2003), La relaxation psychosomatique, Dunod, Paris.
- 29- CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision, OMS, 1993.
- 30- Salvatore CAMPANELLA, Emmanuel STREEL et al(2007), Psychopathologie et neurosciences, De Boeck, Bruxelles.
- 31- Luigui CANCRINI (1993), La psychothérapie grammaire et syntaxe, ESP éditeur, Paris.
- 32- Catherine CHABERT, (1987), La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach, BORDAS, Paris.
- 33- Marie-Claire CÉLÉRIER. Cahier d'information pour le praticien, 3ème année, Produit ROCHE. Les problèmes de psychiatrie. Médecines psychosomatique.
- 34- Jean-Claude KAUFMANN, (2004), L'entretien compréhensif, Arman Colin, Paris.
- 35- Richard CLOUTIER, (1996), Psychologie de l'adolescence, Gaëtan Morin éditeur, Montréal.
- 36- Maurice CORCOS et Mario SPERANZA et al (2003), Psychopathologie de l'alexithymie, Dunod, Paris.
- 37- Maurice CORCOS, Martine FLAMENT et Philippe JEAMMET (2003), Les conduites de dépendance, Masson, Paris.
- 38- Maurice COROS (2000), Le corps absent, Dunod, Paris.
- 39- Jean COTTRAUX, (2004), Les thérapies comportementales et cognitives, 4ème édition, Masson, Paris.alimentaires, Dunod, Paris.
- 40- Serge DANAULT (2006), Souffrance et médecine, Presses de l'Université du

BIBLIOGRAPHIE

Québec, Québec.

- 41- Jérôme DARGENT (2005), *Le corps obèse*, Édition Champ Vallon, Paris.
- 42- Jérôme DARGENT (2009), *Abord clinique du patient obèse*, Ed Springer-Verlag France, Paris.
- 43- Jérôme DARGENT (2009), *Chirurgie de l'obésité*, Ed Springer-Verlag France, Paris.
- 44- M. DEBOUT et al(1981), *Psychiatrie d'urgence, médecine de la crise*, Masson, Paris.
- 45- Rosine DEBRAY, Christophe DEJOURS, Pierre FEDIDA, (2005), *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Dunod, Paris.
- Maurice DESPINOY(1999), *Psychopathologie de l'adolescent*, Armand Colin, Paris.
- 46- Mini DSM-TR, *Critères diagnostiques*, Masson, Paris, 2000.
- 47- Marie-Dominique AMY, (2008), *Construire et soigner la relation mère-enfant*, Dunod, Paris.
- 48- Olivier DOUVILLE et Benjamin JACOBI (2009), *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*, Dunod, Paris.
- 49- Caroline DOUCET et al (2008), *Le psychologue en service de médecine : Les mots du corps*, Elsevier-Masson, Paris.
- 50- Caroline DOUCET et al (2011), *Le psychologue en service de psychiatrie : Pratique clinique*, Elsevier-Masson, Paris.
- 51- Nathalie DUMET et GERARD BROYER, (2002), *Clinique du corps*, PUF, Paris.
- 52- Alberto EIGUER (2008), *Jamais moi sans toi*, Dunod, Paris.
- 53- Michelle EMMANUELLI et al, (2004), *L'examen psychologique en clinique : Situations, méthodes et études de cas*, Dunod, Paris.
- 54- Lydia FERNANDEZ et Michelle CATTEEUW (2002), *Cliniques des addictions*, Nathan, Paris.
- 55- Éliane FERRAGUT et all, (2003) *Le corps dans la prise en charge en charge psychosomatique*, Masson, Paris.
- 56- **Martine** FLAMMENT et Philippe JEAMMET (2002), *La boulimie : comprendre et traiter*, Masson, Paris.
- 57- M. FLAMMENT et P. JEAMMET, (2000), *La boulimie : Réalités et perspectives*, Masson, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

- 58- Anna FREUD, (1975), *Le moi et les mécanismes de défense*, PUF, Paris.
- 59- S. FREUD, (1966), *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Payot, Paris.
- 60- S. FREUD, (1979), *Cinq psychanalyses*, PUF, Paris.
- 61- Michel FOUCAULT (1975), *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris.
- 62- S. FREUD (1981), *Le Moi et le Ça*, in *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris.
- 63- Arnaud F. WITTIG(1980), *Introduction à la psychologie : théorie et problèmes*, McGraw-Hill Éditeurs, Québec.
- 64- Benoît GAUTHIER et al (2009), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Presses de l'Université du Québec, Québec.
- 65- Pierre G. COSLIN(2002), *Psychologie de l'adolescent*, Armand Colin, Paris.
- 66- Serge et Anne GINGER (2008), *Guide pratique du psychothérapeute humaniste*, Dunod, Paris.
- 67- Catherine GRAINDORGE (2005), *Comprendre l'enfant malade : Du traumatisme à la restauration psychique*, Dunod, Paris.
- 68- Georg GRODDECK, (1979), *Le livre du ça*, Les Éditions Gallimard, Paris
- 69- B. GRUNBERGER, (1975), *Le narcissisme: essais de psychanalyse*, Payot, Paris.
- 70- Michel HANSENNE (), *Psychologie de la personnalité*, De Boeck & Larcier s.a, Bruxelles.
- 71- André HAYNAL et Willy PASINI. (1978). *Abrégé de médecine psychosomatique*. Masson. Paris.
- 72- Pasqual-Henri KELLER et al (2010), *Le corporel*, Dunod, Paris.
- 73- Pasqual-Henry KELLER (1997), *La médecine psychosomatique en question*, Éditions Odil Jacob, Paris.
- 74- Winfrid HUBER(1996), *Introduction à la psychologie de la personnalité*, Pierre Margada éditeur, Liège.
- 75- René Kaës, (2008), *Le complexe fraternel*, Dunod, Paris.
- 76- Suzanne KÉPÈS et Monique PERROT-LANAUD, (2003), *Le corps libéré : psychosomatique de la sexualité*, Ed La découverte, Paris.
- 77- Léon KREISLER, (1976), *L'enfant psychosomatique*, PUF, Paris.
- 78- E. KESTEMBERG, S. DECOBERT, (1972), *La faim et le corps*, PUF, Paris.25
- 79- André LAPIERRE et Bernard AUCOUTURIER(1982), *Fantasmes corporels et pratique psychomotrice en éducation et thérapie "Le manque au corps"*, DOIN

BIBLIOGRAPHIE

Éditeurs, Paris.

80- Édith LECOURT, (2006), Découvrir la psychanalyse : de Freud à aujourd'hui, Groupe Eyrolles, Paris.

81- Jean-G. LEMAIRE (1964), La relaxation, Payot, Paris.

82- Serge LE SEVANT (2009), La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques, Elsevier-Masson, Paris.

83- Hélène MANSEAU (2005), Amour et sexualité chez l'adolescent, Presses de l'Université du Québec, Québec.

84- Jean-Marie GAUTHIER, (2001), L'enfant malade de sa peau, Dunod, Paris.

85- Pierre MARTY, (1992), Psychosomatique de l'adulte, PUF, Paris.

86- Pierre MARTY(1998), Les mouvements individuels de vie et de mort, Payot et Rivages, Paris.

87- François MARTY et al, (2008), Les grands concepts de la psychologie clinique, Dunod, Paris.

88- Pierre MARTY, Michel de M'Uzan, Christian David, (1994), L'investigation psychosomatique, PUF, Paris.

89- Virginie MEGGLÉ, (2008), Entre mère et fils : une histoire d'amour et de désir, ed Groupe Eyrolles, Paris.

90- Sylvain MIMOUN, (1990), Des mots pour le dire, Flammarion, Paris.

91- Christine Chevalier, (2007), Faire face aux émotions, InterEditions-Dunod, Paris.

92- Martine MINGANT(2007), Vivre pleinement l'instant : La méthode Vittoz, Ed Groupe Eyrolles, Paris.

93- Alain MOREL et Jean-Pierre COUTERON, (2008), Les conduites addictives, Dunod, Paris.

94- Gustave-Nicolas FISCHER, (1996), Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Dunod, Paris.

95- Gustave-Nicolas FISCHER(2008), L'expérience du malade: L'épreuve intime, Dunod, Paris.

96- MICHEL ODOUL (2007), Dis-moi où tu as mal, je te dirai pourquoi, Éditions France Loisirs. Paris.

97- Claudine PARENT (2008), Visages multiples de la parentalité, Presses de l'Université du Québec, Québec.

98- Agnès Payen de La Garanderie (2009), La sophrologie, Groupe Eyrolles, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

- 99- Édouard de PERROT et Martin WEYENETH (2004), Psychiatrie et psychothérapie, De Boeck & Larcier s.a, Bruxelles.
- 100- Jean-Pierre CLÉMENT et al(2006), Guide pratique de psychogériatrie, 2ème édition, Masson, Paris.
- 101- Yves RANTY(2001), Le corps en psychothérapie de relaxation : De la sensation à la pensée, L'Harmattan, Paris.
- 102- Nina RAUSCH DE TRAUBENBERG, (1970), La pratique du Rorschach, PUF, Paris.
- 103- René ROUSSILLON (2008), Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité, Dunod, Paris.
- 104- René ROUSSILLON et al(2007), Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, Masson, Paris.
- 105- FREUD S. (1919), L'inquiétante étrangeté, in L'inquiétante étrangeté et autres essais, Paris, Payot, 1985, pp. 211-263.
- 106- Michel SAPIR et all, (1975), La relaxation : son approche psychanalytique.
- 107- Paul SAVIDON et Adolfo FERNANDEZ- ZOÏLA, (1986), Corps et thérapeutique, PUF, Paris, 1986.
- 108- Silke SCAUDER et al (2007), Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents, Dunod, Paris.
- 109- Claude SMADJA. (2001). La vie opératoire. PUF. Paris.
- 110- Sandra STETTLER et Olivier STETTLER (2004), Respirez pour mieux vivre, Éditions Jouvence, Paris.
- 111- Jacques THOMAS(1989), Les maladies psychosomatiques, Hachette, Paris.
- 112- Saverio TOMASELLA (2010), Le sentiment d'abandon : Se libérer du passé pour exister par soi-même, Groupe Eyrolles, Paris.
- 113- Clyde W. FORD (2002), Les cicatrices émotionnelles : Guérir les émotions par le corps et le toucher, Éditions Trédaniel, Paris.
- 114- Jean-Yves HAYEZ et Emmanuel DE BECKER (2010), La parole de l'enfant en souffrance, Dunod, Paris.
- 115- M. ZAFIROPOULOS et all, (2001), L'inconscient toxique, Ed Economica, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

REVUES :

- 1- Silvia AMIGO(2006), Manger rien, Figures de la psychanalyse, 2006/1 no 13, pp. 109-131.
- 2- CORCOS Maurice, « Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires », Dialogue, 2005/3 no 169, p. 97-109. DOI : 10.3917/dia.169.00972-
Alain DELOURME et Edmond MARC (2004), Pratiquer la psychothérapie, Dunod, Paris.
- 3- J.B. DETHIEUX. A la recherche des émotions perdues : l'adolescente anorexique et son père, à propos de l'hypothèse alexithymique. Revue: Neuropsychiatrie Enfance Adolescence. 2001.
- 4- Nathalie DUMET, Le Trouble Psychosomatique: Poids du Passe, Trace Traumatique en Attente de Subjectivation... Université de Lyon -Université Lumière-Lyon 2. Revue Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2008, Vol. 24 n. 1, pp. 087-094.
- 5- DUMET Nathalie, « La différence incarnée » Réflexions psychosomatiques sur un phénomène étrangement familial : l'obésité, Cahiers de psychologie clinique, 2002/1 no 18, p. 29-44.
- 6- Pierre GAUDRIAULT et Carole GUILBAUD, Évolution des boulimiques en psychothérapie dans le test de Rorschach, revue : Evolution Psychiatrique, volume : 70, 2005.
- 7- KAGANSKI Irène, La place de la nourriture dans les relations familiales, Enfances & Psy, 2005/2 no27, p. 45-52.
- 8- Journal de PEDIATRIE et de PUERICULTURE n° 1-1990, pages 26-29.
- 9- N. de KERNIER, Face à la désorganisation somatique, animer la psyché, in revue : Pratiques psychologiques, Volume 16(2010) 141–156.
- 10- André MARIAGE et al, Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach : Le poids des émotions, in revue : L'évolution psychiatrique, volume : 73, 2008, pp.377–397.
- 11- Pierre MARTY, La psychosomatique en 1981. Les processus de somatisation in Revue française de psychosomatique 2001/1 - N° 18.
- 12- NINI. Mohamed-Nadib, L'adolescence en Algérie, l'impossible transition, Quotidien d'Oran, Mardi 08 Juillet 2008.
- 13- P. Marty, M. de M'Uzan (1963), La pensée opératoire, in Revue Française de psychanalyse, XXVII, pp 345-356.

BIBLIOGRAPHIE

- 14- Revue Française de psychanalyse, La déliaison psychosomatique, vol L4 Mai-juin, PUF, 1990.
- 15- Revue Française de psychosomatique, volume n °35, 2009.
- Revue Française de psychosomatique, volume n °38, 2010.
- 16- L. SALA et al, Evaluation d'un nouveau format de psychothérapie de groupe émotionnel, in Annales Médico-Psychologiques 167 (2009) 148–151.
- 17- AMIGO Silvia, « Manger rien » , Figures de la psychanalyse, 2006/1 no 13, p. 109-131.
- 18- Mario SPERANZA et al, Étude des liens entre l'alexithymie, l'expérience dépressive et la dépendance interpersonnelle chez des sujets addictifs, in Annales de Médecine Interne, 2003, 154, Hors série I, pp. 1S65-1S75.
- 19- M. SPERANZA et al. Addiction, alexithymie, dépression et dépendance interpersonnelle, Revue : Annale de Médecine Interne, 2003.
- 20- O. TAIEB et al, Alexithymie et dépendance à l'alcool, in Annales de Médecine Interne, 2002 153, Suppl. au n° 3, pp. 1S51-1S60.
- 21- Une méthode systémique d'évaluation du fonctionnement familial : étude portant sur des familles d'enfants asthmatiques, Revue Québécoise de psychologie, vol. 24, no 2, 2003.
- 22- Vargioni J. L'obésité féminine comme incarnation du féminin mélancolique. Evolution psychiatrique 2011;76(1).
- 23- B. WAYSFELD, M. LE BARZIC et B. GUYGRAND, Approche psychopathologique de l'obésité, La revue du praticien, 1978, 43.
- 24-B. WAYSFELD, M. LE BARZIC, B. GUYGRAND, « Approche psychopathologique de l'obésité », La revue du praticien, 1978, 43.
- 25- G. Zimmermann et al ? revue : Psychologie française. Numéro : 53 (2008) pages:115–128.
- 26- G. ZIMMERMANN, L'alexithymie aujourd'hui : essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalité in revue : psychologie française, volume : 53, 2008, pp.115–128.

BIBLIOGRAPHIE

DICTIONNAIRES :

-Malek CHEBEL, (1995), Dictionnaire des symboles musulmans, Éditions Albin Michel S. A, Paris.

- Sami-Ali et all, (2001), Manuel de thérapies psychosomatiques, Dunod, Paris.

DOCUMENTS ON LIGNE :

THESES EN LIGNE:

1- Romina ANTINORI, Évaluation psychométrique du comportement alimentaire au cours d'un traitement diététique de l'obésité: à propos de 145 observations. 2004.

2- CHAMPAGNE A-Mélanie GIRARD, L'inhibition de la fonction symbolique chez les agresseurs sexuels, Mémoire présenté a la Faculté des études supérieures de l'université Laval, pour l'obtention du grade de maître en psychologie (M.PS.), 1999. Mention : Psychologie du Sport, 2006.

3-Déborah MACHAUX-THOLLIEZ , Transformations physiques, transformations psychiques ?, Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Psychologie de l'Université de Paris X – Nanterre Spécialité : Psychopathologie. 2009.

4- NICOLAS CAZENAVE, Profils de personnalité, états émotionnels et prise de risques chez les femmes. pour obtenir le grade de DOCTEUR de L'UNIVERSITE de REIMS.

ANNEXES

Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (Bagby et al, 1992)

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Version française : M.-P. Marchand et G. Loas.

Instructions: Veuillez indiquer en utilisant la grille figurant sur la feuille suivante à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (x) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse par assertion:

- (1) accord complet
- (2) accord relatif
- (3) ni accord, ni désaccord
- (4) désaccord relatif
- (5) désaccord complet

	1	2	3	4	5
1 Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	<input type="checkbox"/>				
2 J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments	<input type="checkbox"/>				
3 Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me eux-mêmes ne comprennent pas.	<input type="checkbox"/>				
4 J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	<input type="checkbox"/>				
5 Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	<input type="checkbox"/>				
6 Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère.	<input type="checkbox"/>				
7 Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	<input type="checkbox"/>				
8 Je préfère simplement laisser les choses se produire	<input type="checkbox"/>				

ANNEXES

plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.

- 9 J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.
- 10 Etre conscient de ses émotions est essentiel.
- 11 Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.
- 12 On me dit de décrire davantage ce que je ressens.
- 13 Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.
- 14 Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.
- 15 Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.
- 16 Je préfère regarder des émissions de variétés et de divertissement plutôt que des films psychologiques.
- 17 Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches.
- 18 Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.
- 19 Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.
- 20 Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.

Scoring du TAS-20

Les items sont scorés de 1 à 5.

Facteur 1: difficulté à identifier les émotions:

Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14

Facteur 2: Difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui:

Items 2, 4, 11, 12, 17

(l'item 4 doit être inversé: un score de 5 devient 1, 4 devient 2, 3 reste 3, 2 devient 4 et 5 devient 1).

Facteur 3: pensée opératoire:

Items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 et 20

Les items 5, 10, 18 et 19 doivent être inversés.

Le score total de la TAS-20 est obtenu par la somme de tous les items.

Score total compris entre 20 et 100. Score clinique au-delà de 61.

سلم تورنتو لتقييم الأليكسيتيميا
حسب النسخة الفرنسية (م. ب مارشان و ج. لوا)

التعليمات: أشر باستعمال السلم الموجود في الأسفل إلى أي درجة أنت موافق أو غير موافق على كل إجابة من الإجابات التالية. يكفي أن تضع علامة (x) في المكان المناسب. لا تعطي إلا إجابة واحدة لكل سؤال :

(1) موافق تماما

(2) موافق نسبيا

(3) لست موافقا ولست رافضا

(4) غير موافق نسبيا

(5) غير موافق تماما

5	4	3	2	1	
<input type="checkbox"/>	1 غالبا ما أرى أحاسيسي غير واضحة.				
<input type="checkbox"/>	2 أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تناسب جيدا أحاسيسي.				
<input type="checkbox"/>	3 أعاني حواس جسدية لا يفهمها حتى الأطباء أنفسهم .				
<input type="checkbox"/>	4 أتمكن بسهولة من وصف أحاسيسي.				
<input type="checkbox"/>	5 أفضل تحليل المشاكل على الاكتفاء بوصفها.				
<input type="checkbox"/>	6 عندما أكون متقلبا لا أدري إن كنت حزينا، خائفا أو غاضبا.				
<input type="checkbox"/>	7 غالبا ما أكون منشغلا بحواس على مستوى جسدي.				
<input type="checkbox"/>	8 أفضل ببساطة ترك الأشياء تجري كما هي على فهم سبب أخذها لهذا المنحى.				
<input type="checkbox"/>	9 لدي أحاسيس لن أتمكن أبدا من التعرف عليها.				
<input type="checkbox"/>	10 من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي.				
<input type="checkbox"/>	11 أجد صعوبة في وصف أحاسيسي تجاه الناس.				

- 12 يقال لي بأن أصف أكثر أحاسيسي.
- 13 لا أعرف ماذا يحدث بداخلي.
- 14 في أغلب الأحيان لا أعرف لما أنا غاضب.
- 15 أفضل التكلم مع الناس حول نشاطاتهم اليومية على الحد عن أحاسيسهم.
- 16 أفضل مشاهدة البرامج المنوعة على البرامج الدرامية.
- 17 يصعب علي الكشف عن مشاعري الحميمة حتى لأقرب أصدقائي.
- 18 أستطيع أن أحس بأنني قريب من شخص ما حتى في أوقات الصمت.
- 19 أجد الفائدة في تحليل أحاسيسي و ذلك للتمكن من حل مشاكل الشخصية .
- 20 إن البحث عن المعنى الخفي للأفلام و المسرحيات يعكر لذتها أو اللذة التي تحدثها.

Cas Ammar

1^{ère} passation

Nom : Ammar

Date : le 17/03/2009

Instructions: Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent, il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) accord complet, (2) accord relatif, (3) ni accord, ni désaccord, (4) désaccord relatif, (5) désaccord complet.

	1	2	3	4	5
1 Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 J'ai des sentiments que je ne suis guère capable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXES

d'identifier.

- 10** Être conscient de ses émotions est essentiel.
- 11** Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.
- 12** On me dit de décrire davantage ce que je ressens.
- 13** 13. Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.
- 14** 14. Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.
- 15** 15. Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.
- 16** 16. Je préfère regarder des émissions de variétés et de divertissement plutôt que des films psychologiques.
- 17** 17. Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches.
- 18** 18. Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.
- 19** 19. Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.
- 20** 20. Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.

Cas Ammar

2^{ème} passation

Nom : Ammar

Date : le 17/06/2009

Instructions: Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent, il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) accord complet, (2) accord relatif, (3) ni accord, ni désaccord, (4) désaccord relatif, (5) désaccord complet.

	1	2	3	4	5
1 . Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 . J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 . J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 . J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 . Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 . Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 . Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 . Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXES

- 9 J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.
- 10 Être conscient de ses émotions est essentiel.
- 11 Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.
- 12 On me dit de décrire davantage ce que je ressens.
- 13 . Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.
- 14 Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.
- 15 Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.
- 16 Je préfère regarder des émissions de variétés et de divertissement plutôt que des films psychologiques.
- 17 Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches.
- 18 Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.
- 19 Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.
- 20 Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.

Cas Zakaria

1^{ère} passation

Nom : Zakaria

Date : le 25/03/2009

Instructions: Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent, il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) accord complet, (2) accord relatif, (3) ni accord, ni désaccord, (4) désaccord relatif, (5) désaccord complet..

		1	2	3	4	5
1	. Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	. J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	. J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	. J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	. Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	. Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	. Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	. Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	. J'ai des sentiments que je ne suis guère capable					

ANNEXES

- d'identifier.
- 10 . Être conscient de ses émotions est essentiel.
- 11 . Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.
- 12 . On me dit de décrire davantage ce que je ressens.
- 13 . Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.
- 14 . Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.
- 15 . Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.
- 16 . Je préfère regarder des émissions de variétés et de divertissement plutôt que des films psychologiques.
- 17 . Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches.
- 18 . Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.
- 19 . Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.
- 20 20. Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.

Cas Zakaria

2^{ème} passation

Nom : Zakaria

Date : le 25/06/2009

Instructions: Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent, il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) accord complet, (2) accord relatif, (3) ni accord, ni désaccord, (4) désaccord relatif, (5) désaccord complet.

	1	2	3	4	5
1 Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 . Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXES

- 9 . J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.
- 10 . Être conscient de ses émotions est essentiel.
- 11 Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.
- 12 On me dit de décrire davantage ce que je ressens.
- 13 Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.
- 14 Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.
- 15 Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.
- 16 Je préfère regarder des émissions de variétés et de divertissement plutôt que des films psychologiques.
- 17 Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches.
- 18 Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.
- 19 Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.
- 20 Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.

Cas Khaoula

1^{ème} passation

Nom : Khaoula

Date : 22/03/2009

Instructions: Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent, il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) accord complet, (2) désaccord relatif (3) ni accord ni désaccord, (4) accord relatif (5) accord complet.

	1	2	3	4	5
1 Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXES

- 10 Être conscient de ses émotions est essentiel.
- 11 Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.
- 12 On me dit de décrire davantage ce que je ressens.
- 13 Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.
- 14 Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.
- 15 Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.
- 16 Je préfère regarder des émissions de variétés et de divertissement plutôt que des films psychologiques.
- 17 Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches.
- 18 Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.
- 19 Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.
- 20 Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.

Cas Khaoula

2^{ème} passation

Nom : Khaoula

Date : 22/06/2009

Instructions: Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent, il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) désaccord complet, (2) désaccord relatif (3) ni accord ni désaccord, (4) accord relatif (5) accord complet.

	1	2	3	4	5
1 Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXES

- 10 Être conscient de ses émotions est essentiel.
- 11 Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.
- 12 On me dit de décrire davantage ce que je ressens.
- 13 .Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.
- 14 Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.
- 15 Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.
- 16 Je préfère regarder des émissions de variétés et de divertissement plutôt que des films psychologiques.
- 17 Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches.
- 18 Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.
- 19 Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.
- 20 Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.

Cas Nesrine

1^{ère} passation

Nom : Nesrine

Date : 25/03/2009

Instructions: Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent, il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) accord complet, (2) accord relatif, (3) ni accord, ni désaccord, (4) désaccord relatif, (5) désaccord complet.

	1	2	3	4	5
1 -Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 -J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 . J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 -J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 -Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 -Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 -Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 -Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 -J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 -Être conscient de ses émotions est essentiel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ANNEXES

- 11 - Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.
- 12 -On me dit de décrire davantage ce que je ressens.
- 13 -Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.
- 14 -Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.
- 15 -Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.
- 16 -Je préfère regarder des émissions de variétés et de divertissement plutôt que des films psychologiques.
- 17 -Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches.
- 18 -Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.
- 19 -Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.
- 20 -Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.

Cas Nesrine

2^{ème} passation

Nom : Nesrine

Date : 25/06/2009

Instructions: Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent, il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) accord complet, (2) accord relatif, (3) ni accord, ni désaccord, (4) désaccord relatif, (5) désaccord complet.

	1	2	3	4	5
1 -Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 -J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 -J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 -J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 -Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 -Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 -Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 -Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 -J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXES

- 10 -Être conscient de ses émotions est essentiel.
- 11 -Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.
- 12 -On me dit de décrire davantage ce que je ressens.
- 13 -Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.
- 14 -Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.
- 15 -Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.
- 16 -Je préfère regarder des émissions de variétés et de divertissement plutôt que des films psychologiques.
- 17 -Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches.
- 18 -Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.
- 19 -Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.
- 20 -Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.

LES ENTRETIENS

Remarque : On tient à signaler qu'on s'est contenté de présenter dans les annexes un seul entretien pour chaque cas.

ENTRETIEN AVEC NESRINE

Troisième entretien

Le psy: Bonjour,

Nesrine : Bonjour,

Le psy: bien nous allons reprendre l'entretien sur votre ressenti ... est-ce que vous vous définiriez comme quelqu'un d'angoissé?

Nesrine : angoissé euh... oui, qui n'est pas angoissé ? C'est une question que je me pose si je suis vraiment angoissé quoi, quand je disais que j'avais de la tension, la mâchoire qui se bloquait...L'angoisse, je la sens comme une partie de moi.

Le psy: et de la même manière est-ce qu'il vous ait déjà arrivé de vous sentir déprimé ?

Nesrine : oui, déprimé oui... ça devenait des dépresses de plus en plus importantes parce que quand on a beaucoup de problèmes, on se coupe finalement du monde et on se coupe de tout, on se met des barrières partout, on ne fréquente plus les gens donc on est seul et quand on est seul en général, on déprime, ça arrive, donc j'ai fait des dépresses importantes... ça m'est arrivé... ça m'arrive encore... de me sentir... un peu de déprime mais... pour moi c'est plutôt le fait d'avoir tous ces problèmes dans ma vie...qui m'on... qui m'on fait déprimer quoi... la déprime quoi parce que avant j'étais pas déprimé quoi... plus on est déprimé et finalement on tourne en rond quoi, c'est un cercle, c'est comme le chien qui veut attraper sa queue quoi,

Le psy: et qu'est-ce que ça vous apporte ce suivi ?

Nesrine : ben il me donne, il me donne comment dire... une vie, une vue sur la vie extérieure que j'ai connue c'est pas compliqué c'est-à-dire qu'elle me fait revivre ce que j'ai vécu avant, les belles choses que j'ai vécu avant, il met en avant les choses positives et il laisse un peu tomber les choses négatives... bon le négatif... bon des fois, j'en ai un peu marre aussi, c'est comme tout le monde donc on en parle des fois

aussi mais c'est surtout mettre en avant le positif voilà donc... le soutien c'est très important, on se sent soutenu parce que si on est obèse c'est qu'on a perdu plein de choses, la famille, les amis, les copains, le travail... c'est fini, on peut tirer un trait quoi parce que moi, par exemple, mon meilleur amie, elle a 28 ans... comment on appelle ça... même les meilleurs amis, on les perd dans ces cas et ils profitent de la situation donc c'est malheureux à dire mais bon, bon.

Le psy : et comment vous avez vécu la séparation de tes parents?

Nesrine : pas de souvenirs, j'ai très peu de souvenirs parce que je crois que comme j'étais jeune, on essayait de cacher un maximum de choses et je crois que je souffre, je souffre de, de, de ces silence, et pis par rapport à mon frangin, j'ai l'impression qu'il n'était pas là alors que je suis sûre qu'il était là, j'ai vraiment une impression de, d'avoir été seule face à... face à ça quoi, et après la conséquence c'est quand mon père est revenu à la maison, ma mère voulait plus le voir à la maison, alors ça, ça a été très lourd à... à porter quoi, très lourd à vivre.

Le psy : bon, on va passer à la sphère affective, est-ce que vous avez vécu des relations ?

Nesrine : je ne suis pas dans ces trucs là mais oui j'ai vécu... enfin j'ai vécu une histoire... une histoire oui, c'était une courte histoire et puis...c'est quelqu'un qui, qui est quand même devenu un ami... pour qu'on devienne ami et que... que ce soit clair... oui c'est quand même... c'est quelqu'un que je respecte beaucoup, qui m'apporte beaucoup.

Le psy : Et depuis ?

Nesrine : et depuis oui une histoire avec... je ne sais pas...une petite histoire avec... avec un garçon (rires) voilà oui avec un garçon après une histoire... de..., oui une histoire avec quelqu'un oui dont j'étais très amoureuse, ça a duré oui...ça a duré un an.

Le psy : Et donc là aujourd'hui vous ressentez le besoin d'une relation affective ?

Nesrine : oui, oui bien sûr oui, ça peut aider aussi, là j'ai décidé d'arrêter... c'est, c'est... soit on décide parce que y'a quelqu'un à côté de vous qui vous dit ben voilà je ... y'a peut-être ... de ce qui se passe voilà faut que t'arrête de manger c'est... Je pense que ça, ça peut aider bon là ce n'est pas le cas, ce n'est pas mon cas mais bon je n'avais pas non plus m'inventer quelqu'un... mais bon voilà je pense que ça peut aider.

ANNEXES

Le psy : bien est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter à... ?

Nesrine : non, non, en général ça va... oui, très bien.

Le psy : et bien merci.

ENTRETIEN AVEC AMMAR

Deuxième entretien

Le psy : Bonjour, comment allez vous ?

Nesrine : Bonjour, ça va merci.

Le psy : bien nous allons reprendre notre entretien sur votre vie familiale... et donc à l'heure actuelle, vos relations vous les décrivez comment ?

Ammar : normal, je ne sais pas...je pense que c'est pareille pour tout le monde non...a part les décès dans la famille...bon...

Le psy : Est-ce qu'il y a des décès dans votre famille qui vous a particulièrement touchée ?

Ammar : décès de mon grand-père mais... c'est quelque chose qui m'a grandie ça par contre le décès de ma grand-père et... oui ça m'a grandie.

Le psy : et c'était y'a combien de temps ?

Ammar : je devais avoir 14 ans ouais vers là.

Le psy : et quel point était le lien que vous aviez avec votre grand-père ?

Ammar : ben c'est quelqu'un qui m'a appris la vie, je crois que c'est la seule personne, parce que bon y'a... comme j'ai dit ma mère est, est très particulière c'est, c'est... c'est des gens qui ont vécu des trucs durs donc... et pis je crois que je me sentais aimé par mon grand-père puisque... quand... et puis voilà et puis on a toujours un lien particulier avec un grand-père quoi, c'était celui-là, c'était mon grand-père, je le trouvais beau... j'adorais... même si je bon... j'allais pas le voir souvent mais j'avais toujours de l'accueil quoi.

Le psy : et donc vous dites que cette disparition vous a aidé à grandir...

Ammar : ben parce que c'est là que j'ai compris d'accepter le deuil de quelqu'un ça pouvait... ça pouvait faire grandir, quand quelqu'un qu'on, qu'on, que vous avez aimé et que... et que cette personne vous a apporté des choses, il est... il reste là et... il vous aide à... oui à faire mieux vos... à faire mieux votre... votre personnalité quoi.

Le psy : d'accord et d'autres deuils... ?

Ammar : non, bon oui le décès de ma cousine parce que... parce que conséquences dramatiques... oui pis des décès d'amis plus... enfin voilà

Le psy : et est-ce qu'il y aurait d'autres événements familiaux qui vous auraient

marquée et dont vous voudriez parler ?

Ammar : le divorce de mon oncle à un moment donné qui s'est remarié de toute façon avec la même femme et puis...bon tout le monde, tout le monde s'est mis à... c'était... c'était dramatique.

Le psy : c'était il y a longtemps ?

Ammar : oui... ça se passe toujours vers mes...14-15... 15... 15... je sais trop quoi, j'étais peiné parce que chacun se... comme un divorce qui peut être mal vécu par...

Le psy : et là, ça a été mal vécu par l'ensemble de la famille...

Ammar : oui, oui (silence)

Le psy : d'autres choses à ajouter ?

Ammar : non, non.

Le psy : et avec d'autres membres de votre famille, vous avez des contacts particuliers ?

Ammar : non plus maintenant, c'est eux qui ont coupé les ponts parce qu'ils me considèrent comme malade...obèse...donc... y'a pas vraiment une relation de confiance qui a pu s'établir... étant donné que pendant des années j'ai... je leur en fais voir de toutes les couleurs avec mes parents, ils ont été au courant et maintenant aussi les relations commencent aussi à s'améliorer quoi c'est comme avec mes parents quoi ça a jamais été aussi mal qu'avec mes parents mais ils...

Le psy : et comment vous vous sentiez par rapport à ça ?

Ammar : ben ce n'est pas très agréable, se sentir seule, isolée mais... c'était normal en même temps de penser ça de l'extérieur, maintenant ça va mieux, tout doucement, ça va mieux donc c'est bien aussi.

Le psy : avez-vous d'autres choses à dire ?

Ammar : non...je pense que j'ai tout...tout dit.

Le psy : bien, on se voit donc dans une semaine.

ENTRETIEN AVEC KHAOULA

Troisième entretien

Le psy : Bonjour, comment allez vous ?

Khaoula : bien.

Le psy : aujourd'hui on va parler d'autres choses, bon vous avez repris vos études mais... l'échec du BEF tout d'abord comment vous l'avez vécu ?

Khaoula : très mal parce que ça a été une catastrophe dans, dans, dans la famille quoi parce que j'ai été une excellente élève jusqu'à... jusqu'au premier trimestre et après ça a été...je suis passée à... pas la plus mauvaise élève mais...c'était une vraie catastrophe qui m'a marquée et qui a marquée toute ma vie.

Le psy : qu'est-ce qui s'est passé ?

Khaoula : je ne sais pas... ça c'est aussi difficile à... peut-être parce que la famille comptait trop sur moi pour réussir et... trop de pression peut-être oui puis après bon voilà...

Le psy : qu'est-ce qui vous a motivé après... à reprendre vos études... en même temps que le travail ?

Khaoula : ben justement, l'envie de rattraper ça quoi... je trouvais ça dommage d'avoir laissé tomber... oui et peut-être une envie de me prouver que je, je pouvais le faire, que j'étais capable de le faire quoi.

Le psy : et là la nourriture ça serait plutôt une cause ou une conséquence... par rapport à votre situation ?

Khaoula : disons que ça n'aide pas, ça c'est, c'est évident, dans la mesure où y'a un sentiment d'isolement, la nourriture rempli... ce sentiment d'isolement quoi, et puis au bout d'un moment on ne sait plus quoi faire, on ne sait plus vers quoi aller donc...là la nourriture quelque part est un but, c'est, c'est dure à dire mais c'est un but, ça devient... vous, vous, vous levez le matin, vous savez pas quoi faire, vous commencez à manger..., vous mangez et ça vous... vous tient bien toute votre journée quoi.

Le psy : ça occupe ?

Khaoula : oui, puisque... ça me permet de remplir en quelque sorte ma vie, enfin, tout le vide de ma vie, enfin, toute ma vie est un grand vide que je devais remplir à chaque fois que je sombre dans ma solitude et mes problèmes.

Le psy : d'accord et vous-même avec vos parents?

Khaoula : – ben... jusqu'à ce que j'ai 15 ans, ça se passait très bien... enfin très bien, j'étais pas tellement bien dans ma peau, je l'ai jamais été d'ailleurs depuis que je suis toute petite mais ça allait très bien, j'étais une enfant calme, obéissante, y'avait pas de problèmes entre mes parents et moi et puis c'est quand j'ai rencontré mon premier amour... et il m'a parlé de son enfance et ses problèmes où il a beaucoup souffert, son père avait abandonné ses enfants, c'est sa grand-mère donc la mère à son père qui s'est occupé des enfants de son fils et... à chaque fois... parce que son père travaillait à Ouargla (dans une société pétrolière) et... quand il rentrait, il faisait un peu comme mon père faisait avec ma mère, la grand-mère faisait l'état de leurs bêtises pendant le mois écoulé et il... et là je sais pas, j'ai pris tout à coup conscience, j'avais énormément souffert et je me suis révoltée, je leur en ai énormément voulu, je leur ai dit qu'ils m'avaient... qu'ils m'avaient étouffée enfin j'ai été très violente, surtout avec ma mère, jamais physiquement mais verbalement, j'ai été violente, tous les jours, tous les jours, je piquais des crises de nerfs... je m'emportais contre eux et... et c'est là que j'ai commencée à devenir plus boulimique et à être dépressive et en même temps... pendant des années.

Le psy : vous revenez sur les conflits que vous avez connus avec vos parents...

Khaoula : oui, je leur reprochais de m'avoir trop couvée, de m'avoir étouffée, de m'avoir empêchée de... de développer ma personnalité, de me débrouiller par moi-même, de me débrouiller seule euh... parce que je n'avais pas le droit de sortir... oui je leur reprochais de m'avoir étouffée, je leur reprochais aussi... les reproches étaient aussi beaucoup centrés sur mes sœurs, sur la souffrance que mon père leur avait fait endurer et je mettais ma mère dans le même sac vu qu'elle était complice vu que c'était elle le soir qui disait tout à mon père, ses bêtises... ma mère me répétait tout le temps *« ne fais pas comme moi, ne te maries pas, restes libre, fais des études, aies un métier, restes libre pour faire ce que tu veux, ne te maries pas, ne fais pas comme moi parce que tu le regretteras parce que moi je regrette de m'être mariée, j'aurais jamais dû quitter mes parents, restes avec nous, restes avec ton papa et ta maman »*

Le psy : d'accord, d'autres choses ?

Khaoula : non... non.

Le psy : bien, on se voit donc la semaine prochaine.

ENTRETIEN AVEC ZAKARIA

Troisième entretien

Le psy : bonjour Zakaria, comment allez vous?

Zakaria : très bien, et vous ?

Le psy : bien, donc Zakaria comment vous envisagez votre vie affective aujourd'hui ?

Zakaria : ben, j'aimerais rencontrer... une fille, évidemment elle ne pourra pas être comme ... qui soit affectueuse qui soit à l'écoute aussi, moi, je suis à l'écoute et j'aimerais qu'on le soit pour moi quoi mais ça ce n'est pas facile...avec la maladie que j'ai...

Le psy : est ce que ça à une relation avec votre corps ?

Zakaria : oui, mon corps est la raison de toutes mes peines et mes malheurs. Je le déteste, vous ne savez pas à quel point je le déteste.

Le psy : vous mangez raisonnablement...

Zakaria : non, j'ai eu souvent des crises de boulimie aussi mais là je suis assez stable, je suis en régime mais je pense que je suis toujours boulimique... en plus les médicaments que je prends ça fait grossir et ça ouvre l'appétit donc il faut que je m'accepte comme je suis et j'ai beaucoup de mal parce que j'ai jamais été aussi fort que maintenant... j'ai pas le choix quoi ... avant j'arrivais très bien à gérer ça maintenant... je gère parce que je fais pas de crises de boulimie mais je peux pas m'empêcher de manger quoi, il faut que je mange... à midi... le soir sinon je sais que je vais avoir une crise d'angoisse quoi je sais pas si c'est de l'hypoglycémie, je sais pas si c'est une crise d'angoisse ou si c'est de...mon médecin me disait que c'était une crise d'angoisse mais... y'a que quand je mange que ça me calme quoi, je le vis très très mal parce que j'arrivais à gérer même trop dans le contrôle et maintenant... y'a peut-être quelque chose qui se passe où je sais plus très bien où j'en suis mais j'accepte pas mon corps quoi je m'accepte pas du tout et ça c'est très dur aussi à gérer quoi parce que je me sens... je suis obèse, ça ne me convient pas quoi donc c'est très dur à assumer tous les jours... alors là en plus avec ce problème de constipation depuis une semaine, c'est très dur voilà c'est tout.

Le psy : et comment vous vivez ces troubles ?

Zakaria : Je ne suis pas satisfait de mon corps, tout le monde se moque de moi et de mon poids. Même mon petit frère qui n'est qu'un petit enfant se moque de moi. Je

veux être mince... très mince, cachyrique même, parce que j'ai horreur d'entendre dire que je suis obèse... Je déteste mon corps, il me fait une très grande angoisse, je ne l'ai jamais accepté, il me fait souffrir....Je suis très frustré à cause de ça. Dans la rue, c'est l'enfer, les filles se moquent de moi, de mon corps et de mon poids. Savez-vous qu'un jour, un ami de classe m'a dit que je dois faire un régime, si non je risque d'après lui, d'avoir un corps d'un grand monstre. C'est à ce moment que je me suis rendu compte que je dois faire un régime. N'importe quoi pour perdre du poids et pour ne pas être un monstre comme il l'a dit...C'est très dur, très dur.

Le psy : ok, est-ce que vous vous êtes sentie handicapée à cause de votre corps?

Zakaria : oui, handicapé... oui, psychologiquement et physiquement parce que quand mon psychisme ne va pas mon corps ne suit pas et je me sens... je me sens comme handicapée, c'est dur à vivre... comme si j'avais un corps que je ne peux pas bouger, je me sens abattue, j'ai plus de force et ça je le ressens toujours... ça a commencé vraiment... ça a commencé après le décès de ma tante. Quoi, il s'est passé plein de choses après son décès ... avant j'avais quand même de la force, une certaine force de caractère et de la force physique et depuis son décès... ça s'est complètement dégradé quoi à cause du chagrin... de cette perte euh... je ne sais pas comment faire revenir tout ça voilà, je ne vois pas quoi dire d'autre.

Le psy : bien, nous avons terminé pour cette séance, est-ce que vous voyez d'autres éléments à ajouter par rapport à ça?

Zakaria : non... simplement que mon corps... mon corps réagi beaucoup à ce qui se passe dans ma vie, j'ai eu des constipations... des choses comme ça pour moi y'a vraiment un ... mais bon je ne saurais pas trop l'expliquer...c'est très pénible... Je me réfugie dans mes larmes, dans une tristesse infinie, je me souviens bien quand j'ai perdue ma tante maternelle, tout le monde pleurait sauf moi, ma grande sœur m'a fait la remarque que je n'ai pas pleuré. Je ne vous cache pas, je pleure rarement et je ne sais pas pourquoi les gens pleurent...Je ne ressens rien et lorsque je veux parler de ça, tous mes mots m'échappent et me trompent, j'ai l'impression que mes mots me trahissent. Des fois je me dis qu'un jour j'exploserais et je dirais tous ce que j'ai caché à l'intérieur de moi-même pendant toutes ces années.