

La greffe rénale, mentalisation et l'observance thérapeutique

الزرع الكلوي، العقلنة ومتابعة العلاج الدوائي

Houria Sidous

Doctorante en Psychologie clinique,

Université Abderrahmane Mira de Bejaia (Algérie)

المخلص:

يتطلب القصور الكلوي المزمن، العلاج والذي يتم بطريقتين مختلفتين، الأولى تتمثل بتصفية الدم (الهيموداياليز) و/ أو التعرض لعملية الزرع الكلوي. تفرض هذه الأخيرة تناول العميل الأدوية مدى حياته، قصد حماية العضو المزروع. كما تشير الى ان معظم عمليات الزرع الكلوي التي اجريت في بلدنا الجزائر، تكون من معطي حي، طبعا كان هناك مؤخرا فتوى دينية لصالح زرع الأعضاء مأخوذة من جثث، مما يجعلنا نتوقع دخول هذه الفكرة في الأذهان وتقبلها مستقبلا في الجزائر.

لقد لاحظ الأطباء المختصون في هذا المجال، أن بعض المرضى يواجهون في فترة ما بعد الزرع، صعوبات قد تؤدي بهم إلى رفض العضو المزروع بكل انواعه. ان ادماج العضو المزروع يرتبط بنوعية الاقتصاد السيكوسوماتيكي للمريض. سنحاول إظهار هذه العلاقة بين طبيعة العقلنة -التي قمنا بتقديرها انطلاقا من المقابلة العيادية النصف موجهة و اختبار الروشاخ وبين نوعية استدخال العضو المزروع. إذن سنعرض في هذا المقال، بعض عناصر من النظرية السيكوسوماتية لبيارمارتي وبالأخص الاهتمام بادماج العضو المزروع و سنختم مقالنا بتقديم حالة عيادية. واضح أن هدفا هو معرفة، انطلاقا من حالة عيادية، سيورة الزرع الخاص باستدخال العضو المزروع (أي الكلى المزروعة)، التي تسمح لنا بمناقشة التصدي الجسدي للأمراض و كل هذا قد يعطي لنا لمحة على نجاح او فشل عملية الزرع.

كلمات المفتاحية: عملية الزرع الكلوي، العقلنة، تناول الأدوية، رفض العضو المزروع.

Résumé:

L'insuffisance rénale chronique, conduit le malade à deux types de traitements, l'hémodialyse et/ou la transplantation rénale cette dernière exige le suivi médicamenteux d'une façon éternelle pour protéger l'organe transplanté. Signalons que dans la plupart du temps la greffe rénale se réalise à base de donneurs vivants en Algérie. Ceci dit, les professionnels de ce domaine, ont observé, en période post-greffe que certains malades confrontent des moments difficiles où ils assistent à des rejets dans tout ses formes . L'intégration du transplant rénal se fait à base de l'économie psychosomatique de chacun. On comparant la qualité de mentalisation évaluée à travers l'entretien et le test projectif Rorschach, puis le parcours de la greffe c'est-à-dire l'incorporation du greffon (le rein transplanté) pour pouvoir discuter la tenu du corps tout ça nous renseigne sur la réussite ou l'échec de la greffe. Dans cet article, nous exposerons quelques éléments de la théorie psychosomatique, un peu du vécu psychologique des greffés en particulier l'incorporation du greffon. En concluons par la présentation d'un cas clinique.

Mots-clés: Greffe rénale - Mentalisation- Observance thérapeutique- Rejet du greffon

Introduction

L'atteinte du rein et son dysfonctionnement conduit à une désorganisation générale de l'état des patients qui vont se retrouver dans une situation très délicate où leur vie dépendra perpétuellement de l'appareil générateur de dialyse. par contre ceux qui trouvent un donneur (vivant ou cadavérique) vont subir une transplantation rénale

Les approches médicales qui focalisent leur intérêt sur le coté biologique, ont été réfutées par les données de la psychologie clinique, qui ont pu démontrer les failles de ses approches qui s'intéressent à l'individu dans son aspect partiel ignorant la dimension humaine et l'aspect psychique

de la personne. La psychologie contemporaine en particulier la psychosomatique souligne que l'accompagnement psychologique contribue au soulagement et à la guérison du malade, et considère l'être humain dans sa globalité.

De ce fait, le développement remarquable de plusieurs domaines de la psychologie notamment les efforts faite en psychopathologie en terme de nosographie citant l'apport de P. Marty qui s'est basé sur la nosographie classique de S. Freud, en lui rajoutant d'autres types. Ce dernier, s'est focalisé sur le concept de mentalisation, qui signifie le travail de l'appareil psychique qui diffère d'un individu à un autre.

L'intégration du greffon est associée à des représentations dès l'annonce de la greffe, bien avant l'intervention chirurgicale, ce dynamisme psychique est lié à l'histoire du patient. Chaque malade est doté d'un type de mentalisation qui caractérise son fonctionnement mental.

Le présent article s'inscrit dans une étude qui porte sur les hémodialysés qui ont subi une greffe rénale d'un donneur vivant¹, afin de cerner leur qualité du fonctionnement mental. Notre travail s'inspire de la théorie psychosomatique de P. Marty, particulièrement de sa classification nosographique concernant les différents niveaux de mentalisations.

La capacité d'internalisation du greffon se fait progressivement en fonction des capacités de mentalisation de chacun. Certains essayent de résoudre leur conflits à travers cette réponse *«de ma part tout ce que je peux faire pour mon donneur c'est de pouvoir préserver le greffon et ce par le respect de l'ordonnance médicale, les dosages le régime...»*¹. C'est ainsi que l'expérience de greffe n'est pas dépourvu de conflits comme le pense beaucoup d'autres malades hémodialysés qui n'ont pas, encore, cette chance de passer à la deuxième technique thérapeutique de l'insuffisance rénale terminale.

Lors d'une transplantation rénale, les greffés pensent pouvoir reprendre une vie presque normale. Cependant, ils se retrouvent devant l'obligation d'une observance médicamenteuse (anti-rejets) stricte et à vie. Ces médicaments ont pour rôle de conserver le transplant rénal.

Dans la période poste opératoire certains greffés sont confrontés à des menaces de rejet de type aigu ou chronique et qui est expliqué dans la grille d'analyse de la valeur fonctionnelle du transplant rénal réalisée par les néphrologues². Ces rejets sont liés à l'intégration et au fonctionnement du greffon et c'est pour cette raison qu'on rencontre chez ces malades, une crainte excessive du rejet du transplant.

Cependant, le traitement anti-rejet post-greffe, n'est pas dépourvu des effets secondaires, car il provoque avec le temps des différentes infections du fait de l'affaiblissement du système immunitaire de chaque malade. C'est pour cette raison, que la greffe rénale ne doit pas être considéré comme moyen thérapeutique exhaustif. Ainsi, le cauchemar du rejet demeure et il n'est pas totalement éliminer et la marge de grande prudence, est toujours imposée pour chaque malade transplanté du rein en particulier.

Pour clarifier ce point, notamment au personnel du corps médical, il faut insister, auprès des malades greffés, sur l'importance et l'obligation de prendre ce traitement à vie. Cette précision émane de nos constatations au terrain concernant des anciens greffés, où nous avons remarqué une certaine négligence de la part des patients notamment ceux qui sont illettrés. Ce sont aussi des malades qui ne cherchent pas à comprendre plus au tour de leur maladie ni de l'importance de leur traitement.

Voici ce qu'un ancien greffé, qui à un degré de confiance en soi élevé, nous a révélé lors d'une séance d'entretien répondant à la question: « Est ce que il vous arrive d'interrompre votre traitement

¹ Entretien avec un patient

² Le rejet hyper aigu (rejet aigu accéléré): [du 1^{er} au 15^{ème} jour post-greffe]

- Le rejet aigu [le deuxième jour et fin du troisième mois]

- Le rejet chronique [après des mois ou des années de stabilité du greffon]

sans prendre l'avis de votre médecin traitant? » Le patient évoque qu'il souhaite de faire une petite expérience d'interrompre le traitement anti-rejet, au moins pour 15 jours pour qu'il explore si le fonctionnement du rein est réellement relié au suivi médicamenteux ou bien fonctionne normalement dans son corps ». En outre, à propos du greffon, il a ajouté, qu'il pense qu'il a vécu dans son corps plus que dans celui de son donneur». Cette réponse semble significative.³

La majorité des malades d'insuffisance rénale terminales, considèrent que la greffe implique la guérison totale de la maladie. Cependant, cette dernière, est étroitement liée à la conformité aux recommandations du médecin traitant. En effet, se conformer aux recommandations et aux rappels du médecin, est nécessaire pour réduire les risques des hospitalisations, infections et bien sur, sans ignorer les perturbations psychologiques accompagnant le souci permanent du rejet.

La médecine en général et ses multiples spécialités s'occupe des maladies qui touchent le corps humain. Leur objectif principal est de soulager le malade ou de le mener à la guérison. Notons que souvent le malade est pris particulièrement sous l'aspect physique qui représente l'élément concret et observable de la personne.

En revanche, l'état psychologique de ces malades est ignoré voir n'est même pas prise en compte. Le fait que l'être humain représente le dualisme corps et esprit, la problématique polémique qui représente le centre d'intérêt des études philosophiques depuis déjà l'époque de Platon et Aristote, demeure d'actualité.

C'est pour échappé à ces polémiques, que nous avons opté pour aborder ce problème en partant de la théorie de P.Marty qui a pu créer l'école psychosomatique de Paris. Pour Pierre Marty «la conception psychosomatique n'aurait pu se réaliser sans l'existence de S. Freud et de son invention de la psychanalyse.» (P .Marty, 1976, p 19). Ce qui a permit la valorisation de l'aspect psychologique de l'individu, dans la pathologie organique.

I- Le vécu psychologique des greffés

De nombreux auteurs Leon. E (1990) et Bianchi.D (1994) ont montré l'aspect progressif et discontinu de l'adaptation psychologique des patients et de l'intégration d'un nouvel organe dans le schéma corporel. Deux moments sont particulièrement difficiles à négocier, avec un risque élevé de déclenchement des troubles : la période d'imminence de la greffe et la fin de l'hospitalisation, quand la sortie est évoquée on remarque que ces malades par peur de s'éloigner de l'équipe soignante demande des fois même de retarder leur sortie et le retour à domicile.

Triffaux. J. M. (2002) confirme que la proposition de la transplantation contient toujours un double message, où se télescopent à la fois la détresse liée à la menace intense du pronostic vital et l'espoir de retrouver « une nouvelle vie». L'annonce de la greffe porte en elle le verdict de mort ou de survie conditionnelle, dépendant d'un donneur vivant s'il s'agit d'une greffe rénale, ou de la mort de l'autre (en cas de greffe cardiaque).

Cette réalité traumatisante, engendre inéluctablement un état de choc et de panique émotionnelle. En confrontant le sujet à la greffe en générale, et la greffe rénale en particulier, l'anxiété de mort est intensément réactivée. Signalons que le dualisme pulsionnel (de la vie et de la mort), est un autre apport freudien, La mort fait effraction et annule le report de l'idée de mort le sujet ne peut plus «mettre la mort de côté, à l'éliminer de la vie» (Freud S. 1915a, P. 34). Pour S.Freud «l'anxiété de mort est secondaire découle de la culpabilité provenant des désirs de mort éprouvés à l'égard de l'autre [...], au moment de la rivalité œdipienne par exemple» (Doucet C., 2005, PP. 608-609)

³ Qui est liée, en fait, à notre problématique actuelle de doctorat. En effet, dans cette dernière on s'interroge sur l'observance thérapeutique qui constitue l'une des variables qui pèse et intervient dans la réussite ou non du processus d'incorporation de greffon en arrivant à l'acceptation de rein dans le cas de l'observance ou à son rejet, dans le cas contraire.

Triffaux, de son côté, précise que l'annonce de la greffe pour les malades en question, brise l'intégrité de leur schéma corporel, et remet en cause leurs investissements narcissiques et leur place dans la famille, c'est comme si la greffe n'était pas «mentalisable». Le malade se trouve souvent devant l'impossibilité de parler de la greffe proprement dite. L'implication du patient dans un programme thérapeutique devient alors, primordiale pour la poursuite d'un traitement. Les refus de greffe par les patients sont exceptionnels, la plupart des patients évoque rationnellement «qu'ils n'ont pas le choix», ce qui les amène à accepter sans hésitation apparente l'intervention. Il leur reste toutefois, un travail psychique d'adaptation à accomplir par rapport à leur ambivalence» (Triffaux J.M., 2002, P.1).

On peut déduire de ce qui précède, que cette ambivalence à besoin d'une intervention de la part de l'équipe soignante, en précisant que bien avant l'intervention, il doit y avoir un espace de communication et de parole, où le patient peut s'exprimer à propos de ses représentations, pour apaiser un peu cette charge émotionnelle.

En phase de « péri-opératoire, le climat de sécurité intra-hospitalier conduit souvent le patient greffé à vivre un climat d'euphorie, voire d'hypomanie, ou moment précis où se concrétisent ses espoirs anciens et certains fantasmes préopératoires (fantasmes de toute puissance et d'immortalité)» (Triffaux J.M., 2002, P.2). Cependant dès le moment de réanimation, le regard du greffé envers l'acte médicale se porte sur la puissance de la médecine (un regard d'idéalisation), qui lui permet de formuler à nouveau des projets.

Le déni du greffon ou de donneur apparaît habituellement comme un mécanisme adaptatif qu'il importe de respecter, voire de favoriser. Au contraire toute possibilité ou tout renseignement permettant une identification réelle (et non plus imaginaire) au donneur semblent entraver, sinon empêcher les processus d'internalisation. C'est qu'au «moyen du symbole de la négation, la pensée se libère des limitations du refoulement et s'enrichit de contenus dont elle ne peut se passer pour son fonctionnement » (Freud S., 1925, P.136).

Dans ce sens Laplanche J. et Pontalis J. (1973) définissent la négation comme: «une manière de prendre connaissance du refoulé, de fait déjà une suppression du refoulement, mais certes pas une acceptation du refoulé», (Laplanche J. et Pontalis J. B., 1973, P. 112).

La confrontation, dans le réel, à certains éléments identificatoires du donneur semble manifestement entraver la greffe fantasmatique de certains patients. (Triffaux J.M., 2002, P.2). La difficulté d'intégration du greffon est souvent une phase que peuvent confronter quelques patients greffés. D'après Lévine, et à base de l'échelle de dénis pour l'évaluation de l'importance de ce mécanisme de défense chez les patients hospitalisés en soins intensifs, constate que «les grands dénégateurs» ont moins de problèmes que les «petits dénégateurs». À plus long terme, les grands dénégateurs étaient, cependant, moins compliants et nécessitaient plus de jours de réhospitalisation. De sa part, Mai a constaté, à partir des patients transplantés cardiaques, qu'un déni complet du greffon s'avérait être initialement un mécanisme protecteur. En revanche, si ce dernier persistait il fragilisait l'équilibre psychologique du patient. (ibid)

II- Le terrain et la méthodologie de recherche

Notre recherche, a été effectuée à Bejaia : au sein de la clinique privée "Rameau d'olivier" dans le service d'hémodialyse.

Méthode et outils de recherche

Notre population d'étude comprend 15 cas greffés, qui ont été pris au hasard après avoir eu leurs consentements.

La méthode utilisée est clinique, basée sur le cas, aux moyens de l'entretien semi directif, et la technique projective du Rorschach.

L'entretien clinique semi directif qui nous a permis de recueillir des données sur l'état de santé actuelle du greffé, sur son état de santé précédente (les maladies, le nombre d'hospitalisations, l'observance médicamenteuse etc.), des informations qui concernent les caractéristiques de l'organisation mentale (la vie fantasmatique, la vie onirique, la relation avec autrui, la qualité de l'environnement ...).

Quant à la deuxième technique, concernant le test projectif Rorschach, elle nous a permis de cerner plus spécifiquement, le fonctionnement mental du greffé.

Lieu de recherche

Notre recherche, a été effectuée à Bejaia : au sein de la clinique privée "Rameau d'olivier" dans le service d'hémodialyse. Nous avons rencontré chaque cas dans un bureau réservé pour notre recherche et où nous avons veillé à garder les conditions de pratiques similaires pour chaque cas.

Le déroulement de la pratique

A chaque rencontre d'un cas, nous avons veillé à le recevoir dans un bureau, où nous avons tenu à lui expliquer le but de notre recherche et le nombre de séances attendues et surtout où nous avons laissé clairement le choix au cas d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche et que même s'il a accepté, il est libre de quitter la recherche à tout moment.

Notre intérêt est porté principalement, sur la qualité du fonctionnement mental des greffés rénaux et son influence sur la valeur fonctionnelle du transplant rénal -le greffon- Nous avons rencontré les greffés rénaux adultes, dans le but d'apprécier leur fonctionnement mentale en adoptant la conception psychosomatique de P. Marty, et plus précisément les niveaux de mentalisations.

Présentation de cas cliniques : Karim 46ans

L'analyse de l'entretien de Karim

Karim est âgé de 46 ans, marié, père de 4 enfants, d'un niveau d'instruction universitaire, anesthésiste, il a fait la dialyse pendant 3ans et demi, il a été greffé en 1994, son donneur vivant est sa mère.

Les maladies organiques

Le patient a souffert de plusieurs atteintes organiques qui sont : l'appendicite, inflammation de l'appendice : qui a nécessité une intervention chirurgicale en 1984, l'insuffisance rénale en 1990, puis il a bénéficié de la greffe en 1994, ensuite en Avril 2010 a subi une deuxième intervention -qui a duré trois heures- suites au gonflement et dysfonctionnement du greffon lié à l'obstruction de l'uretère : engendrée par la première intervention de la transplantation rénale. Après tous ces problèmes soulignés à propos du transplant rénal, Karim a repris sa fonction rénale et son équilibre homéostatique.

Notons à la fin, l'apparition des lésions dermatologiques de type mycosiques et des champignons au niveau des mains en 2010.

La relation entre les événements traumatiques et quelques complications

Karim a vécu une situation critique qui l'a choqué, suites à la menace du rejet du greffon, par l'augmentation de la créatinine corrigée par l'intervention chirurgicale.

Les conséquences de la maladie

Le patient souffre des troubles psychologiques où il apparait impulsif, irritable.

Les facteurs héréditaires

D'après le patient il semblerait qu'il n'existe pas de maladie rénale dans sa famille, donc, on ne trouve pas de facteurs héréditaires.

La grille de la valeur fonctionnelle du transplant rénal

Depuis l'intervention chirurgicale de la transplantation rénale en 1994, Karim n'a subi aucune menace qui nécessite hospitalisation : son greffon fonctionnait dans les normes. Il reste à signaler qu'après une durée de 16 ans, il a fait une intervention chirurgicale: extra rénal suite à une thrombose (l'obstruction de l'uretère) due à la coagulation d'un caillou de sang depuis l'intervention en 1994.

Les complications suite à la prise médicamenteuse, Karim a développé des lésions dermatologiques, et des champignons plus ou moins modérés.

Evaluation du fonctionnement mental

La mentalisation à partir de l'entretien

- **La qualité de la relation durant l'entretien**

Le patient, dès la première rencontre, se montrait coopératif et il s'est montré disponible à répondre à nos sollicitations. Il répondait poliment, intelligemment, logiquement, c'est-à-dire qu'il ait eu recours à l'intellectualisation, si on se réfère au terme de Pierre Marty, en développant le moindre détail. De tout cela on peut qualifier la relation transférentielle de positive.

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

Le patient a signalé que les meilleurs moments de sa vie, avant la maladie d'insuffisance rénale chronique, d'ailleurs il dit « j'étais célibataire, fort, sans maladies. »

On signale la présence d'un environnement favorable qui a soutenu psychiquement Karim, et a joué le rôle du système de pare-excitation, premièrement le jour où il a été à Alger pour récupérer son visa afin de partir en France dans l'objectif d'effectuer la greffe rénale, deuxièmement la réussite de la greffe, troisièmement le jour de la demande de la main de sa fiancée qui représente un événement très émouvant pour lui.

- **La vie relationnelle et la qualité d'investissement d'objet**

Le patient s'attache au côté relationnel et il tend vers le partage avec les membres de sa famille, ses amis, collègues et l'équipe soignante. D'ailleurs il l'a confirmé en disant : « je suis super leska ».

- **Les mécanismes de défense à partir de l'entretien**

Les différents procédés défensifs mis en œuvre par le patient seront présentés selon leur prédominance dans ce qui suit:

La défense par la réalité contre les fantasmes (la rigidité)

-Les précisions chiffrées

« Hospitalisé pendant 40 jours », « ça fait 16 ans de greffe », « 2 ans après on s'est marié », « en 1994 je suis mariée », « il m'ont appelé une semaine avant ».

-Accent porté sur les conflits intra personnels : « J'avais dans ma tête qu'ils ne vont pas m'appeler », « je me posé la question est ce qu'on va réussir la greffe ? », « des fois j'imagine que ça ne va pas aller jusqu'au bout », « je ne voulais pas la lâché (sa fiancé) mais au fond de moi je voulais ».

-Attachement aux détails : Karim a introduit dans des passages de son discours beaucoup d'attachement aux détails pour expliquer les événements qui renvois au contrôle.

-Eléments de types formation réactionnelle : «On est obligé de faire des bilans des analyses », « une fois greffé on doit faire attention à la poussière ».

les procédés d'évitement de conflits : Nous allons présenter les procédés défensifs selon leur prédominance au cours de l'entretien :

- **La série de lutte anti dépressive :**

- Le surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet «y avait des gens qui m'ont aidé», «j'étais seul», «j'étais célibataire », « ma femme était à mes cotés».

- L'idéalisation de l'objet valence positive : « Sur le plan physique on se sent à merveille », « mes enfants ne se sentaient pas qu'ils ont un père malade ».

- La série des procédés narcissiques

- Accent porté sur l'éprouvé subjectif : « Ca fait mal d'accepter un rein de quelqu'un de la famille », « j'ai peur un jour je vais mourir et la laisser ».

- Idéalisation de soi : « Avant la maladie j'étais jeune, fort dynamique », « ce que je fais je ne pense pas que deux hommes arrivent à le faire, je fais pas mal de chose « syndicat, je suis correspondant de la presse, plusieurs fois je fais la une des journaux. »

- la défense par les fantasmes et les affectes contre la réalité

- Représentations contrastées : « Ce n'est pas moi qui connais les gens se sont eux qui me connaissent », « avant la greffe c'est l'espoir après c'est le stress », « la machine soulage d'un coté de l'autre elle détruit ».

- Accent porté sur les relations interpersonnelles : Le patient emploi du dialogue entre les personnages lors de l'entretien, ce dialogue est mené soit avec sa famille soit avec l'équipe soignante.

- Erotisation des relations : « Ma femme est comblée avec moi ».

- Expression d'affects : « Avant la greffe on a l'espoir de se débarrasser de la dialyse mais après la greffe va naitre un autre problème qui est le stress du rejet ».

- La défense par l'utilisation des processus primaire : Ces procédés étaient rares dans l'entretien on remarque quelques craqués verbales, troubles de syntaxe « Em Emm », « jjj je pense ».

• la qualité de la vie fantasmatique

D'après l'entretien on constate la présence d'associations cohérentes qui s'explique par l'utilisation des aménagements défensifs de la série A (contrôle). Comme on observe un certain compromis entre la réalité et les fantasmes, chose qui signifie que la vie fantasmatique est riche.

• Les caractéristiques de la vie onirique

Le patient rêve presque souvent mais ses rêves représentent une réalisation directe de désirs liés à une thématique sexuelle. Cet expression direct et sans transformation, nous pouvons l'expliquer par la fragilité du moi et son incapacité à prendre en charge symboliquement les pulsions.

Protocole du Rorschach: Karim, 46 ans

Texte	Enquête	Cotation
I 2" « C'est difficile, c'est-à-dire sa ressemble à un »		
1. « Animale, un oiseau »	(Toute la planche) la forme et la couleur	G FC' A BAN
2. « Ou une chauve –souris sa ressemble a une chauve souris et sans prendre les ailes sa ressemble a une »	Toute la planche (la forme et la couleur)	G FC' A BAN
3. « Grenouille donc toujours est il ressemble à un animale si non je vois beaucoup plus une chauve-souris parce que y'a les ailes une tête une queue, y'a une forme aussi d'un »	La grenouille oui je vois des pates, de grands yeux (la partie médiane entière) la forme [D F Clob A]	D F- A
4. « Cerveau ça peut ressembler »	(Toute la planche) la forme	GF+ ANAT
5. « Ça ressemble aussi à un insecte je ne sais pas à un »	(Toute la planche) la forme	G F+ A Ban
6. « Cafard ce milieu là ». 2.12	La partie médiane entière (la forme)	D F+ A

<p>II 19"</p> <p>7. « Ici c'est la même chose si on prend la tache noire on peut voire un truc volent quelque chose qui vole je ne peux pas le déterminer, soit un Insecte soit ou bien».</p> <p>8. « Un oiseau ».</p> <p>9. « Au milieu y'a un objet un vase quelque chose comme ça si non le tout avec le rouge ça pourrai être »</p> <p>10. « Un insecte un insecte j'ai vu déjà des insectes comme ça » 1.5 5"</p>	<p>(Les deux parties latérales noires) à cause de la forme</p> <p>(Les deux parties latérales noires) à cause de la forme</p> <p>(Grande lacune centrale) à cause de la forme</p> <p>(Grande lacune centrale avec rouge bas +les deux parties noires) à cause de la forme.</p>	<p>D Kan A FC'</p> <p>D Kan A</p> <p>D F ± Obj</p> <p>D FC A</p>
<p>III 27"</p> <p>11. « Si on prend les deux taches noires celle de gauche et droit ça ressemble à deux Singes face à face voila c'est tout » 1.12</p>	<p>(Les deux parties noires latérale) à cause de la forme</p>	<p>D F⁺ A Sym</p>
<p>IV 4"</p> <p>12. « Ça c'est un monstre, je vois un monstre »</p> <p>13. « Un animale quelconque » 1.13</p>	<p>(Toute la planche) à cause de la forme et la couleur</p> <p>(Toute la planche) à cause de la forme</p>	<p>D FC'(H) F Clob</p> <p>G F± A</p>
<p>V 20s</p> <p>14. « Toujours y'a une forme d'un insecte volant avec des grande ailes » 0.25</p>	<p>(Toute la planche) à cause de la forme</p>	<p>G Kan A</p>
<p>VI 18s</p> <p>15. « C'est la même chose, je vois une tête puis La nuque et puis le corps avec quelques ailes comme ça c'est toujours un être vivant qui vit dans l'eau ce n'est pas vraiment des ailes mais peut être c'est un être vivant aquatique c'est à dire qui vit dans l'eau qui a des nageoires pour nager »</p> <p>16. « c'est non ça à l'aire d'un avion, avion bizarre (rigole) » 2.16</p>	<p>(Toute la planche) à cause de la forme</p> <p>(Toute la planche) à cause de la forme</p>	<p>G F⁺ A Kan</p> <p>G F⁺ obj</p>
<p>VII 29s</p> <p>17. « Ici on dirait, je vois deux silhouettes comme des singes face à face, avec des grands oreilles une queue voila c'est non comme ça ca a l'aire ça peut »</p> <p>18. « donner une forme vertèbre »</p> <p>19. « et forme cerveau » 2.31</p>	<p>(2 tiers) à cause de la forme</p> <p>(Toute la planche) à cause de la forme</p> <p>(Toute la planche) à cause de la forme</p>	<p>D F⁺ A Sym</p> <p>G F - Anat</p> <p>GF± Anat</p>
<p>VIII 10s</p> <p>20. « Ici en rouge, des deux cotés y'a deux bête féroce je ne peux pas distinguer plus exactement celui la a une forme du d'une partie »</p> <p>21. « de cerveau ou bien »</p>	<p>(Rose latérale) à cause de la forme</p> <p>(Rose du 3^{eme} tiers) à cause de la forme</p> <p>(Rose du 3^{eme} tiers) à cause de la forme</p>	<p>D FClob A Ban Sym</p> <p>D F± Anat</p>

<p>22. « Un vertèbre »</p> <p>23. « Si on prend le tout à une forme d'un insecte qui vole c'est tout ». 1.19</p>	(Toute la planche) à cause de la forme	<p>D F± Anat</p> <p>G Kan A</p>
<p>IX 5s</p> <p>« Ici elle est mélange, ici elle est mélanger ici Freud lui-même ne va pas la reconnaître c'est-à-dire j j j n'arrive pas à faire sortir une véritable image comme ça »</p> <p>24. « ça c'est du vert je peux dire que c'est une forêt qui prise au feu »</p> <p>25. « forme d'instrument de musique une guitare voilà ». 1.12</p>	<p>(Toute la planche) à cause de la couleur</p> <p>Grande lacune centrale (la forme).</p>	<p>G Kob Bot</p> <p>Dbl F+ Obj</p>
<p>X 25s</p> <p>« Je peux les interpréter comme ça séparément ? » (psy : comme vous voulez)</p> <p>26. « si on les sépare en dirait deux animaux »</p> <p>27. « ou des insectes qui s'affrontent autour de quelque chose c'est un aliment ou bien je ne sais pas »</p> <p>28. « ici en dirait c'est la carte géographique de l'Italie ». 1.41</p>	<p>(Gris latéral, en haut) à cause de la couleur et forme</p> <p>(Gris latéral en haut) à cause de la couleur et la forme</p> <p>(Rose latérale) à cause de la forme</p>	<p>DC'F A Sym</p> <p>D Kan A Sym</p> <p>D F+ Géo</p>

Temps total : 14'36''

Choix(+) : II et IX

II : parce que elle regroupe (l'image d'un animale ou d'un insecte, je vois une forme géométrique.

IX : beaucoup de couleur.

Choix (-) : IV et V

Y'a que du noir et moi je déteste le noir au même temps ont l'air des monstres qui font peur (ça ressemble à des cauchemars) je ne supporte pas de voir des animaux pareilles.

Psychogramme de Karim : 46ans

R= 28	G 13	F+ 9	A 15	F% 53,57%
TT 14,36	G% 46,85%	F±	abj 3	F+% 70%
T/Rep	D 14	F-2	Bat 1	F+ Elarg 92,10
MAG, D, DBL	D% 50	Kan 5	Sym 1	A% 53,57%
TRI OK/3C	DBL 1	Kob 1	Anat 5	H% 3,57%
FC 6/OE	DBL% 3,57%	FC' 4	Géo 1	Ban 3
RC%32,14%		CF 1		Ban% 10,71%

Données générales

- Productivité : est riche l'ensemble des réponses est égale à 28 est dans la norme [20 /30]. dans un temps moyen 14,36'' par apport à la norme [20"-25"], en se référant à Nina Rausch de traubenberg (N.Rausch, 1993).
- Une pensée variée car Karim a parlé sur plusieurs contenus (Animale, Anatomique, objet, Humain surnaturel, botanique, Géographique).
- La persévérance dans la PL II réponse 10 et la PL V réponse 14.
- Critique du matériel dans la 1^{ère} planche
- Persévérance PL V et PL II et X « insecte », PLVII et VIII« cerveau », « vertèbre ».
- Présence d'une seule réponse additive dans la planche I.

1. Approche cognitive

1.1 Les modes d'appréhension

Karim appréhende la réalité extérieure dans sa totalité G% 46,85% supérieure à la norme [20 à30%], et l'appréhension en détail D% 50 est inférieure à la norme [60à70%], et d'une réponse détail dans le blanc Dbl 3'57% inférieure à la norme [10%]. Le mode d'appréhension de la réalité est inversé par rapport à la norme (1G/ 2D).

D'autre part, Karim utilise des G simple dans les planches I, VI, VII. Et les G associé dans les planches I, IV, G organisé dans les PL V, VIII et IX.

1.2 Les déterminants

La réalité extérieure est abordée par le recours à la forme F% 53,57%, inférieure à la norme (60 à 65%), de même on constate que le F+%71, 87% est inférieur par rapport à la norme (70 à 80%) : ce que signifie une mauvaise adaptation à la réalité extérieure due au débordement de la réalité interne, par contre cette mauvaise adaptation est provisoire donc on est obligé de recourir au F% Elargi par l'introduction de la vie interne pour l'aider à s'ajuster au monde extérieur où le patient n'a pas pu se rattrapé car F% Elargi 68% est inférieur par rapport à la norme (80%). Le F+% élargi 92,10% (85 à 95%). En effet on peut dire que le patient s'est rattrapé dans l'appréhension de la réalité dans son côté formelle, donc le patient a des capacités latentes d'adaptation à la réalité externe.

A propos des contenus on trouve que le patient a utilisé un contenu varié, à pu investir et traité plusieurs contenus tels que: des contenus animales A% 53,57 est très élevé par rapport à la norme (35-60%). Ainsi, les H% 3,57% très bas (20/30%), Anatomiques: 5, Objet: 3, Botanique:1, être humain surnaturel: 1, Géographie:1, Les banalités (Ban: 3) inférieur par rapport aux nombres de réponse 28.

On déduit qu'il y'a un problème d'adaptation qui peut se rattrapé par l'introduction de la vie interne.

1. Facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

A propos de la résonance intime TRI 1k/3C est extratensif mixte. Car il accentue l'investissement sur l'environnement Quant à la formation complémentaire FC : 6k/0E qui dénote que le TRI ne va pas dans le même sens que la formule complémentaire, on déduit la présence du conflit.

2.1 Les réponses Kinesthésiques

Il existe dans le protocole une seule grande Kinesthésie elle apparaît à la planche III associée à une bonne forme qui connote vie interne contrôlé de type sthénique. En outre, on trouve la forte présence des Kinesthésies mineurs dans les différentes planches: II, V, VIII, X, associée à une bonne forme à la planche V et la X où il traite la problématique orale qui dénote le plaisir. Ces kinesthésies sont associées à de mauvaises formes dans la planche II (avec deux réponses) et à la planche VIII, ce qui signifie le débordement momentané de la vie interne sans ajustement avec la réalité. On trouve la Kinesthésie d'objet liée à une bonne forme à la PL VIII.

2.2 Les réactions sensorielles

Dans la PL I et PL IV l'affect dépressif est contrôlé .Et moins contrôlé dans la PLX. Par contre Karim voulait contrôler l'affecte à la PL II mais sans efficacité ; on note aussi la maîtrise de la peur F Clob à la PL IV et VIII.

Les mauvaises formes (F-) sont présente dans le protocole de Karim dans les PL I, PLVII ces réponses renvoient au dérapage qui signifie une inadaptation au monde externe malgré l'effort fourni dans l'enquête, notamment à la planche I, par une réponse additive qui signifie le retour du refoulé, Karim reste dans d'une position de dérapage. On souligne la forte présence des F_{\pm} qui signifie le vague et le flou dans les planches II, PL IV, PL VII, PL VIII. La présence de ce type de réponses dans le Rorschach signifie l'incertitude et l'hésitation.

La qualité de l'image du corps de Karim a partir des planches unitaires (I, I , V, VI) nous a révélé d'une bonne intégration de l' image du corps du fait qu'il a traité l'ensemble des planches unitaires par l'approche globale liée à une bonne forme. Malgré la présence des réponses anatomiques 5. Ceci, n'allait pas dans le sens de la fragilité de l'image du corps car, on l'a vu, il y avait des réponses bien adaptées à la réalité mais plutôt dans le sens où c'est relatif à la nature de l'activité professionnelle dans le secteur de la santé (anesthésiste). à propos des identifications asexuée à la planche IV.

Sur le plan syntagmatique retiré les procédés selon la grille du TAT- on trouve que le patient exprime :

- Hésitation dans la PL II «insecte soit ou bien un oiseau », cette hésitation est trop présente par les réponses vagues F_{\pm} dans les planches II, IV, VII, VIII.
- Précaution verbale PL X «en dirait ».
- Critique de soi « J n'arrive pas à faire sortir une véritable image».
- Persévération PL V et PL II et X «insecte », PLVII et VIII «cerveau », «vertèbre ».

Par ailleurs, on trouve dans le protocole de Karim:

- un choc à la couleur dans la PL VIII et Deux équivalents chocs;
- Productivité élevé à la planche I avec une entrée directe dans le discours et Le temps totale de la planche est long.
- A la planche III, le temps de latence important, Productivité pauvre (une seule réponse), pourtant le temps total à la PL est long.
- Le résultat de la formule d'angoisse chez Karim est élevé à 17% (la norme 12%), mais reste a souligné que ce chiffre est hermétique, puisque il n'ya pas de réponse sang, détail humain et sexe et la présence des réponses anatomiques sont liées a la nature de la fonction de Karim.

Hypothèse sur le fonctionnement mental

Le protocole de Karim met des modalités de fonctionnement psychique qui dégage une mentalisation incertaine.

Données globales des résultats de la recherche

Les techniques utilisées nous ont aidé à vérifier, notamment, l'appartenance de notre cas à la nosographie de Pierre Marty. Ce qui va, on l'aura compris, dans le sens que le greffé rénal, à bonne qualité de mentalisation, surmontait la crise du rejet et même s'il était exposé à la maladie, cette dernière était de nature réversible.

Nous, avons présenté un cas illustratif, mais nous pourrons, déjà, avancer nos résultats, qui feront l'objet de prochaines publications : que les greffés rénaux dotés d'une mauvaise mentalisation, ont rencontré plusieurs types de rejets (aigus, chroniques) après des mois ou des années de stabilité, où nous avons remarqué que dans le cas où l'apport de leur environnement est favorable, ces greffés (même mal mentalisés) s'en sortent de ces crises. En revanche, dans le cas où leur milieu est défavorable, on assiste à une désorganisation progressive somatique (atteinte par d'autres maladies d'une manière successive), qui peut être dans certain cas, fatale. La structure mentale de l'individu, a

été exposée à des moments de crise durant sa vie où les élaborations mentales étaient réduites. La valeur fonctionnelle de leur greffon reste liée à la qualité de leur fonctionnement mental, c'est-à-dire selon les moments en fluctuation. Cette valeur fonctionnelle se stabilise et devient équilibrée avec l'environnement favorable.

Dans ce qui précède, nous avons présenté le cas Karim qui se caractérise, nous l'avons vu, par une richesse fantasmatique. Nous avons présenté d'abord le résultat de l'entretien clinique après s'ensuivit le résultat du protocole Rorschach.

Conclusion

A l'entretien :

Le patient à été hospitalisé uniquement pour effectué la greffe rénale, il est observant, d'ailleurs il dit « une fois qu'on est greffé, on a qu'à suivre notre traitement ». Rajoutant l'apport favorable de milieu.

On peut dire ainsi, que la valeur fonctionnelle de son rein est de bonne qualité de plus on dénote une bonne tenue du corps, malgré quelques complications modérées qui peuvent diminuer avec la prise en charge.

En parallèle d'après le discours de Karim, on a cerné des mécanismes de défense relevant du contrôle (défense par la réalité contre les fantasmes) indiquant une bonne mentalisation.

Au Rorschach :

La vie fantasmatique de Karim est riche mais son expression reste des fois sans contrôle sous forme de débordement fantasmatique et de dérapage qui nous explique ses difficultés à s'adapté. On souligne aussi le caractère hésitant des mécanismes de contrôle ce qui nous oriente à pensée à une mentalisation incertaine.

La valeur fonctionnelle du greffon de Karim est bonne dans l'ensemble, sans complications, et sans menace nécessitant une hospitalisation.

En parallèle on relève que l'entretien est différent du Rorschach qui dénote la mentalisation incertaine. Bien sur il est à noté que Karim jouit d'un environnement favorable.

En guise de conclusion, nous pourrions dire qu'à travers notre recherche, nous avons montré qu'il existe une relation entre la qualité du fonctionnement psychique et la tenue du corps et surtout les moyens psychologiques de maintenir ce corps en soin avec une observance des soins. Nous avons donc affirmé nos hypothèses.

Bibliographie

- 1- Léon E. et coll., 1990, « Aspects psychiatriques des greffes d'organes», **Revue d'encyclopédie Médico-chirurgicale, psychiatrie**, 37670A⁶⁵, P.6.
- 2- Alby N., Baudin ML., 1994, «Conséquences psychologiques des transplantations d'organes», **Revue du praticien**, 44 :493-495.
- 3- Triffaux J.M. et col., 2002, «Troubles psychiques liés aux greffes d'organes », in **Encyclopédie Médico-chirurgicale, psychiatrie**, 37-670-A-60,10 P.
- 4- Anzieu D., Chabert C., 1987, « **Les méthodes projectives** », Paris, PUF.
- 5- Beizmann C., 1996, « **Le livret de cotation des formes dans le rorschach** », Paris, centre de psychologie appliquée.
- 6- Bénony Y H., Chahraoui K., 1999, « **l'entretien clinique** », Paris, Dunod.
- 7- Chabert C., 1983, « **Le rorschach en clinique Adulte interprétation psychanalytique** », Paris, Dunod.
- 8- Chabert C., 1988, « Les méthodes projectives en psychosomatiques » in **Encycl. méd. Chir., Psychiatrie** 37400.D10, Paris- France, p4.
- 9- Chabert C., 1998, «**Psychanalyse et méthodes projectives**», Paris, Dunod.
- 10- Consoli S.M., 1990, «Troubles psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques », in **Revue du praticien**, Paris, (40,7), PP.640-643.
- 11- Debray R., 1996, «**Clinique de l'expression somatique**», Paris, Delachaux et Niestlé.
- 12- Gueniche K., 2000, «**L'énigme de la greffe**», Paris, L'Harmattan.
- 13- Laplanche J. et Pantis J-B., 1968, «**Vocabulaire de la psychanalyse**», Paris, PUF.
- 14- Marty P., 1992, «**psychosomatique de l'adulte** », Paris, PUF, 2^{ème} Ed.
- 15- Debray R., 1998, «Pierre Marty», Paris, PUF.
- 16- Marty P., 1980, «L'ordre psychosomatique, les mouvements individuels de vie et de mort», tome II, Paris, Payot.
- 17- Marty.P., 1990, «**La psychosomatique de l'Adulte**», Paris, PUF.
- 18- Marty P., 1976, «**Les mouvements individuels de vie et de mort, essai d'économie psychosomatique**», Paris, Payot.
- 19- Rauch de traubenberg N., 1993, «**La pratique du Rorschach**», Paris, PUF, V., sous la direction de Pr. Debray R.
- 20- Freud. S, (1925) « La négation », in *résultats, idées, problèmes*, tome 2, Paris PUF, (1985), pp.135-139.
- 21-Reach G. (2006), «*clinique de l'observance, l'exemple des diabètes* », John Libbey Eurotext.
- 22-Doucet. C (2005) « La clinique des soins palliatifs au regard du problème métapsychologique de la mort », in *L'évolution psychiatrique* 70, pp.605-612.

ⁱ Sidous Houria, le fonctionnement mental des greffés rénaux, mémoire de Master 2, Sous la direction de Shraoui Intissar; soutenue en 2010, à l'université de Béjaia