

Approche psychosomatique : les diabétiques ont-ils une mauvaise mentalisation ?

KHELOUFI SIHAM^{1,*}

¹Doctorante en psychologie clinique université Abderrahmane Mira Bejaia

Résumé : Cette étude est entreprise dans l'optique d'exposer les différents types de fonctionnement mental existant chez les diabétiques de type 2. Le socle de cette première est l'approche psychosomatique analytique de Pierre Marty, l'une des approches qui a le plus porté intérêt à la question tant controversée : La psyché et le corps sont-ils étroitement connectés ? La mise en pratique de cette recherche a eu lieu au sein de la maison des diabétiques de Bejaia ville Algérie, sur un échantillon d'individus avec lesquels on a effectué des entretiens semi-directifs qu'on a ensuite consolidé avec l'application du test projectif Rorschach. Les résultats obtenus révèlent l'homogénéité du fonctionnement mental chez cette catégorie de personnes.

Mots-clés : Mentalisation ; Rorschach ; diabète type 2 ; psychosomatique ; vignette clinique.

Abstract: This study is being undertaken with a view to exposing the different types of mental functioning that exist in type 2 diabetics. The basis of this first is Pierre Marty's analytical psychosomatic approach, one of the approaches that has been of most interest to the much debated question: Are the psyche and the body closely connected? The implementation of this research took place in the house of diabetics in Bejaia city Algeria, on a sample of individuals with whom we conducted semi-directive interviews that we then consolidated with the application of the Rorschach projective test. The results obtained reveal the homogeneity of mental functioning in this category of people.

Keywords: Mentalization; Rorschach; diabetes type 2; psychosomatic; clinical vignette.

* Corresponding author, e-mail, siham.kheloufi@univ-bejaia.dz

I. Introduction :

La psychologie d'antan fut considérée comme un infime segment de la philosophie, fondée exclusivement sur la spéculation et l'abstraction. Ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que cette première parvint à devenir une discipline émancipée de la philosophie et à gagner en autonomie grâce à un groupe de philosophes allemands dont Kant, Wundt et Wolff. L'intervention de ces derniers a pu lui conférer le statut d'une discipline scientifique s'étayant sur des bases empiriques. C'est ainsi que la psychologie a fini par prendre de l'ampleur au cours des années, à faire ses preuves et à se développer en mettant en avant un large éventail de champs d'application comme, la psychosomatique. Cette discipline qui prêche l'unité du corps et de la psyché doit sa notoriété à Marty Pierre, qui est l'un des pionniers de l'école de Paris. Il la qualifie de fille de la psychanalyse et la définit comme un champ qui recouvre des maladies physiques et troubles fonctionnels dont la genèse ou l'évolution comporte un déterminisme d'ordre psychologique. Selon son postulat, la transgression des excitations engendrées par une situation délétère vécue par le sujet, risquent à défaut de traitement mental ou en d'autres termes, à défaut de mentalisation de bouleverser l'équilibre homéostatique et conduire à des maladies et troubles soit réversibles ou irréversibles tout comme le diabète. Cette pathologie auto-immune est une maladie psychosomatique par excellence, car l'impact psychologique occupe un rôle prépondérant dans son émergence, particulièrement dans le cas du diabète de type de 2, car en dépit, de son étiologie multifactorielle, le facteur psychologique demeure plus effectif que les autres.

I.1. La théorie psychosomatique :

La psychosomatique acquiert un statut de discipline singulière distincte de la médecine et de la psychanalyse. Trois de ses fondateurs, Ch. David, P. Marty et M. de M'Uzan publient *L'investigation psychosomatique* (1963) dans « l'intention de mettre en lumière les conditions qui permettent la saisie de "la chose" psychosomatique ». Considérant que la pathologie somatique fonctionnelle ou lésionnelle fait partie, au même titre que la pathologie psychique, du vaste ensemble que constitue la pathologie générale, ils énoncent dès la première page leur projet « d'agrèger aussi loin que possible le somatique à la même énergétique et à la même dynamique que celles qui régissent la vie mentale des névrosés » (Kamieniecki, 1994). Dans son article paru en 2019, Professeur Sahraoui Intissar a démontré que l'approche psychosomatique, s'intéresse à la structure mentale de l'individu et sa relation avec l'atteinte somatique prenant la personne dans sa globalité mentale et physique. Elle démontre aussi que quel que soit l'atteinte on ne peut pas la prendre toujours comme étant une maladie qui menace la vie de l'individu, la maladie représente dans quelque cas le point de redémarrage et de réorganisation qui permet à la personne de se réorganisée, et ce, selon la structure, la solidité de l'organisation mentale de la personne, intégrant bien-sûr l'apport de son milieu qui peut être favorable ou défavorable (Sahraoui, 2019).

I. 2. La mentalisation :

Terme introduit par E. Claparède pour désigner la prise de conscience, c'est aussi la liaison de la pulsion émergente à son objet signifiant, cette élaboration participe au processus secondaire de pensée.

Dans la nosographie psychosomatique, la mentalisation a été explicité par P. Marty comme notion qui traite de la quantité et de la qualité des représentations chez un individu donné, et concerne les caractéristiques du système préconscient du sujet.

Rosine Debray suggère une autre définition de ce concept et cite : « Le terme mentalisation soit rapporté à la capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels. Il s'agit en définitive

d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. » (Rosine, 2002).

I.2.1. Les formes majeures des mentalisations :

P. Marty estime que dans la clinique du malade psychosomatique, qu'il est possible d'en dénombrer quatre grandes formes, qui sont les suivantes :

Les bonnes mentalisations :

Les individus ont en permanence à leurs dispositions une grande quantité de représentations psychiques liées entre elles et enrichies pendant le développement de multiples valeurs affectives et symboliques.

Les mauvaises mentalisations :

Parfois elles se montrent réduites dans leurs quantités et dans la qualité. Les sujets ainsi limités dans leurs aptitudes à penser n'ont d'autres recours que l'action dans les comportements pour exprimer les diverses excitations exogènes et endogènes que la vie leur procure. Des insuffisances de développement du préconscient ainsi que des désorganisations de celui-ci sont reconnaissables dans ces groupes.

Les névroses de comportement :

Caractérisées par la présence ou la limitation et la superficialité des représentations réduites à celles des choses, le resserrement des affects sur les seules choses en question, et le manque de symbolisation du verbe.

Fortement semblables aux mauvaises mentalisations, et peuvent parfois même être confondues avec celles-ci.

Les mentalisations incertaines :

Entre l'ensemble formé par les « névrosés mal mentalisés » d'une part, et celui formé par les « névrosés bien mentalisés » d'autre part, figure un troisième groupe d'individus qui, par son importance numérique, mérite la plus grande attention. C'est le groupe formé par ceux que nous appelons les « névrosés à mentalisation incertaine ».

Tantôt « bien mentalisés », les individus paraissent riches de représentations et de pensées. Tantôt « mal mentalisés », leurs représentations et leurs pensées présentent une pauvreté désolante. Les variations de la quantité comme de la qualité de leurs représentations est parfois frappante (Marty, 2011).

I.3. Les caractéristiques de l'insuffisance du fonctionnement mental :

Evoquer le point d'insuffisance du fonctionnement mental, fait inéluctablement allusion à la carence représentative qui particularise le malade psychosomatique, dont l'appareil psychique est défectueux.

Certains indicateurs permettent cependant d'alarmer le clinicien en cas d'éventuelle insuffisance, comme :

Vie opératoire :

Autre fois évoquée en tant que « pensée opératoire », celle-ci fit son émergence au 23^{em} congrès des psychanalystes de langues romanes à Barcelone, en 1962. Concept élaboré par P. Marty et M. De M'Uzan pour désigner avec, la pensée consciente sans liaison avec des

mouvements fantasmatiques appréciables. Elle double et illustre l'action, la précède ou la suit dans un champ temporel limité.

La pensée opératoire apparaît démunie de valeur libidinale, elle ne permet guère l'extériorisation d'une agressivité. Elle peut être considérée comme modalité du processus secondaire en raison de son orientation vers la réalité sensible, le souci de causalité, de logique, de continuité. Et elle s'attache à des choses et non à des concepts abstraits, à des produits de l'imagination ou à des expressions symboliques, suggère aussi la précarité de la connexion avec des mots (Marty, 2011).

Ce n'est qu'en 1980, que la notion de « vie opératoire » se substitue relativement à celle de « pensée opératoire » pour mieux tenir en compte de la réduction de la pensée face à l'importance des comportements. Les quelques représentations qui paraissent exister sont pauvres, répétitives, marquées du sceau de l'actuel et du factuel.

Dépression essentielle :

C'est en 1966, que ce terme fut promu au 8^{em} séminaire de perfectionnement de l'institut de psychanalyse. Pour faire référence à la dépression psychosomatique, appelée aussi, dépression sans objet, dépourvue de tous sentiments d'auto-accusation, culpabilité consciente, dévalorisation personnelle et de blessure narcissique, et s'oriente électivement vers la sphère somatique. Qui, essentiellement caractérisée par un abaissement de niveau de tonus libidinal sans contrepartie économique positive quelconque.

La dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration.

Désorganisation progressive :

Définie comme la destruction de l'organisation libidinale d'un individu à un moment donné. Elle correspond en partie au concept freudien de « désintrication » et le qualificatif progressif met en évidence que le mouvement rétrograde n'est jamais bloqué par aucun palier régressif de densité suffisante afin qu'il arrête cette désorganisation, ce qui lui confère une allure progressive. Dans la plupart des cas, une désorganisation aboutit à un processus de somatisation. Les phénomènes cliniques sont l'une des manifestations les plus claires de l'instinct de mort. Les organisations topiques subissent une altération, par conséquence, « Le Surmoi » se trouve remplacé par un « Moi Idéal archaïque » qui précipite le patient dans le cercle vicieux des blessures désorganisantes, ce qui débouche sur la désorganisation de fonctions somatiques de plus en plus archaïques sur le plan évolutif, et de plus en plus fondamentales sur le plan vital (Marty, 2011).

2. Méthode et outils :

La méthode clinique est préconisée et semble être la mieux appropriée pour traiter notre thématique, elle est considérée comme une méthode type dans le domaine de la recherche en psychologie, car elle facilite la collecte d'informations et la connaissance approfondie des sujets dans un contexte bien déterminé et spécifique. Et ceci grâce aux deux niveaux qui la constituent ; L'étude de cas et les techniques de recherche qui sont l'entretien semi-directif et le test Rorschach. On avait sélectionné aléatoirement deux vignettes cliniques pour notre analyse.

3. Résultats :

3.1. Vignette clinique, cas de M. K 41 ans :

M. K est âgé de 41 ans, physiquement il est petit de taille, rondlet. Il est licencié, occupe un bon poste de travail au sein d'une entreprise publique, il est marié et a trois enfants.

Il semble être comblé et très satisfait de la vie qu'il mène. Il est plutôt calme, stoïque et taciturne, très bref dans ses réponses et ne s'attarde jamais sur les détails quand il s'exprime.

- **Santé antérieure et actuelle de M. K :**

M. K a déclaré pendant l'entretien que c'était le seul dans sa famille à avoir développé le diabète et hormis celle-ci il n'a jamais eu de problèmes de santé ni durant son enfance, ni à l'adolescence ou à l'âge adulte. Ce n'est qu'à ses 39 ans que le médecin a diagnostiqué son diabète.

L'annonce de la maladie ne l'a pas déstabilisé ou choqué, il l'a accepté facilement et il l'a même souligné : « *c'était prévisible, à cause de toute la pression que je subis au travail* ». La nouvelle annoncée par son médecin traitant ne l'a pas sidéré car pour lui le diabète est une maladie parmi tant d'autres, qui n'est pas si lourde si on suit à la lettre les conseils médicaux.

Il ajoute que, c'est grâce à sa maladie qu'il a pu enfin mettre un terme à son addiction au tabac qu'il a développé depuis qu'il était qu'un simple étudiant « *Le médecin m'a dit que fumer peut induire des conséquences néfastes, donc j'ai arrêté sans aucune difficulté* ». En plus de cela, il suit un régime alimentaire strict pour renforcer l'efficacité de ses médicaments, de ce fait on remarque qu'il fait preuve d'observance.

- **Le fonctionnement mental de M. K :**

- **La gestion des excitations :**

Selon ses dires lors de l'entretien, M. K est du genre qui sait faire preuve de self-control et qui peut gérer colère, frustration, stress Etc. Sans qu'il y ait recours aux comportements (crier, pleurer, frapper, casser, activité sportive) d'ailleurs, il pense que fumer n'était pas une échappatoire, un moyen pour évacuer ses tensions mais c'était un acte qu'il faisait purement pour le plaisir, il se qualifiait comme étant : « *quelqu'un large d'esprit* ». Par conséquent, ses relations n'ont pas été altérées et sont restées intactes, surtout avec sa femme « *Ma relation avec ma femme est excellente et sur tous les plans* ». Ce qui est remarquable lors de notre entretien est que les propos de M. K paraissent dépourvus d'émotions, et il n'a en aucun cas évoqué son passé, c'est comme si il éprouvait une certaine difficulté à osciller entre les couches des différentes époques de sa vie ce qui peut être un indicateur sur l'état défaillant du système préconscient.

- **vie onirique :**

M. K estime qu'il fait un sommeil réparateur, il dort paisiblement et sans la moindre peine il l'a exprimé dans les termes suivants : « *Dès que je pose ma tête sur l'oreiller, je dors immédiatement* ». Pour ce qui est des rêves, il a signalé l'absence de ces derniers, mais il y a de rares nuits où il rêve des tâches qu'il avait à accomplir le lendemain, ou bien des choses qui le préoccupaient. Sa vie onirique est caractérisée par soit, une absence de rêves pour une période soit par des rêves opératoires qui sont très communs chez les malades psychosomatiques.

- **Les perspectives futures :**

M. K nous a clairement déclaré qu'il n'a aucun projet d'avenir, et il ne risque pas d'en avoir car il a pu acquérir tout ce qui peut être désiré. « *J'ai un travail qui paye bien, je suis bien logé, bien habillé, j'ai une maison, ma propre voiture, une femme et des enfants, tout est acquis* ». L'absence des projets d'avenir signale un genre de pensées marqué du sceau de l'actuel et du factuel.

Entrez vos résultats dans cette section dans le même format (police, taille, interligne 1), Un résumé des données recueillies doit être présenté sous forme des pourcentages ou des totaux, puis passez en revue l'analyse des données utilisée sur les données collectées en utilisant le texte et les moyens explicatifs (tableaux et figures auxquels on s'est référé en annexe) conformément à la méthode et aux outils présentés ci-dessus. Après avoir présenté les résultats, leur contenu peut être évalué et interprété statistiquement et économiquement à la lumière des hypothèses et comparé à ce que d'autres ont trouvé dans des études antérieures.

3.1.1. Analyse du psychogramme de Rorschach de M.K :

Dans le psychogramme de Rorschach de M. K a pour le nombre total de réponses (R) données est de 13, comparé à la norme instaurée par l'école de Paris, et qui selon elle balance entre [20- 30] réponses, on remarque une baisse considérable de la productivité.

Le temps par réponse (T/Rep) est de 38'', un score inférieur à 45'' qui représente la norme, ceci indique la faiblesse et défaillance du contrôle des idées. Cette tendance à se précipiter peut aussi indiquer une carence du travail mental qui se traduit par une réponse immédiate sous forme de comportements face aux stimuli, qui dans ce cas sont les planches Rorschach.

Les contenus sont moyennement diversifiés incluant ainsi contenu animal, humain, sexuel et anatomique. On remarque la dominance des réponses détails (D) par rapport aux réponses globales (G) concernant la localisation des réponses. Avec 31% G un taux légèrement au-dessus des normes [20-30] et 69% D d'un pourcentage qui est parfaitement dans les normes [60-70]. Le F% est de 77%, sachant que la norme du F% est estimée entre [60-65]. Ce taux est au-dessus de la norme, le F+% est égal à 70%, qui est tout à fait dans les normes [70-80]. Le taux trop élevé du F% atteste du recours rigide à la réalité, qui se manifeste d'une part, par un surinvestissement de la réalité objective, adhérence excessive à la raison et à la pensée étouffant d'une autre part toute émergence d'affects et d'émotions. On en dénombre deux réponses kinesthésiques associées à une forme positive, une kinesthésie animale (kan) et une kinesthésie humaine (K), cette dernière est un critère essentiel pour déceler le type de mentalisation. Donc une seule réponse K sur un total de 13 réponses est jugée comme très peu. Cette faiblesse en matière de K exprime une incapacité à élaborer, délimiter, et traiter les conflits intrapsychiques. Elle décrit l'état d'une vie intérieure, pauvre en conflits et mouvements pulsionnels. Il existe qu'une seule réponse couleur associée à une mauvaise forme (FC-) décelée dans la planche X. La couleur devancée par la forme indique le contrôle des affects. Le pourcentage des réponses couleurs pour les trois dernières planches couleurs est de 31%, un taux parfaitement dans les normes [30-35].

Le type de résonance intime (T.R.I) se présente de la manière suivante 1K/0.5 C, les composantes sont tellement faibles qu'elles ne peuvent prendre aucune expression suffisante, le T.R.I dans ce cas est de type coartatif ; blocage, inaptitude à manier les symboles, très faible expression émotionnelle ou fantasmatique sont reflétés à travers un tel résultat. La formule complémentaire (F.C) est de 1/ 0 E. On remarque que le T.R.I et le F.C sont plutôt compatibles vue la prépondérance des kinesthésies par rapport aux autres composantes ; couleurs et estompages. Cette compatibilité indique donc l'absence de confrontation et une dynamique interne faible.

Le pourcentage des banalités est de 31% un taux assez supérieur par rapport à la norme [20-23] il atteste d'une tendance au conformisme de la part du sujet.

3.2. Vignette clinique, cas de Mme. B 38 ans :

Mme. B est âgée de 38 ans, de taille moyenne. Elle est mariée, elle a arrêté ses études en secondaire, elle passe ses journées à s'occuper de son foyer, de ses trois enfants et de sa belle-mère. Elle est d'humeur joviale, blagueuse et très expressive.

- La santé antérieure et actuelle de Mme. B :

Elle a affirmé qu'elle n'a aucuns antécédents médicaux ou chirurgicaux, qu'elle a toujours été une personne qui regorgeait de santé. L'unique maladie qu'elle a pu contracter est le diabète et cela depuis cinq ans.

L'annonce de la maladie par le médecin dénotait un choc, elle l'a mal pris et a mis du temps pour l'accepter « J'ai beaucoup pleuré quand j'ai su pour ma maladie, je pensais que j'allais mourir ».

Selon Mme. B, c'est sa belle-mère qui en est la cause. Car elle lui infligeait des disputes sans cesse et faisait de son mieux pour ruiner sa relation avec son mari au point où elle a failli divorcer à un moment donné. L'atmosphère est tellement insoutenable que cela s'est répercuté

sur sa santé et a fini par développer un diabète. L'observance est loin d'être son fort, car cela lui arrive de ne pas respecter les recommandations de son médecin.

- Le fonctionnement mental de Mme. B :

La gestion des excitations :

Mme. B a du mal à contrôler et à contenir sa frustration et colère, c'est une personne impulsive qui ne parvient à retrouver son calme qu'une fois, après avoir déchargé sa colère par le biais de comportements agressifs, elle crie, elle bat ses enfants, elle claque des portes, mais fini toujours par ressentir du regret au final, « Une fois j'étais tellement énervée que j'ai déchiré mes habits » a-t-elle rapporté. Elle a aussi déclaré qu'elle a perdu goût à la vie, qu'elle se sent vide à l'intérieur et il y a des jours où elle n'a qu'une envie, s'isoler et pleurer sans raison valable. Ses relations sont affectées encore plus, depuis qu'elle est devenue diabétique, que même son mari lui a fait la remarque que son tempérament a empiré davantage.

vie onirique :

La qualité de sommeil de Mme. B varie, tantôt elle se réveille en forme et tantôt se réveille en fatigue, elle ne rêve pas souvent, mais quand elle le fait c'est sous forme de rêves prémonitoires.

Les perspectives futures :

Mme. B se projette dans l'avenir et ne se contente pas de vivre pleinement le moment présent. Elle souhaite vivement que la construction de sa nouvelle maison soit terminée et qu'elle s'y installe avec sa modeste famille et entamer une nouvelle page. « Je m'imagine souvent en train de meubler ma maison, la décorer... j'ai hâte ».

3.2.1. Analyse du psychogramme de Rorschach de Mme. B 38 ans :

Le protocole de psychogramme de Mme. B est constitué de 13 réponses, un nombre restreint si on le compare à la norme [20-30], il y a donc une faible productivité. Le temps par réponse (T/rep) est 31'', ce score est en dessous de la moyenne [45''] les réponses hâtives données traduisent la défektivité de l'appareil psychique à élaborer les stimuli, le comportement substitue donc ce manque de travail interne. Les contenus sont de nature humaine, animale, anatomique, objectale, architecturale, fragmentaire. Une diversité plus ou moins remarquable.

Les réponses globales (G) sont dominées par les réponses détails (D), avec 46% G un taux supérieur à la norme [20-30] et % D égal à 54% un pourcentage assez bas par rapport à la moyenne [60-70]. Le F est de 54% un pourcentage inférieur à la moyenne [60-65], le pourcentage bas du F% nous a mis dans l'obligation de calculer le F% élargi qui s'est avéré par la suite supérieur à la norme, avec un pourcentage de 85%, un chiffre qui dépasse la norme préétablie [80], le F+% par contre dépasse cette dernière qui balance entre [70-80] avec un chiffre de 86%. De tels résultats témoignent d'un fort accrochage à la réalité extérieure. Les kinesthésies ont été abordées mais insuffisamment, toutes deux associées à une forme positive. Une kinesthésie animale (kan) et une autre humaine (K).

Ce manque de mouvement prouve une difficulté à projeter, une carence en ressources mentales et une vie interne peu dynamique. On en énumère deux réponses couleurs de type CF l'une associée à une forme positive et l'autre à une forme négative.

Le CF exprime majoritairement une spontanéité de l'affectivité et des émotions voir même de l'impulsivité, cette dernière est généralement la résultante d'un défaut de mentalisation qui se traduit par un comportement irréfléchi après être exposé à des stimuli sous forme d'excitations. Le pourcentage RC est inférieur à la norme [30-35] avec un taux de 23%. Le T.R.I = 1 K/2 C, on déduit alors qu'il est de type extratensif mixte, puisque La (K) est inférieure à (C). Ce résultat renvoie à une dominance de l'émotion par rapport à la pensée et à l'imagination. La formule complémentaire (F.C) est de 1/ 1 E, elle est incompatible avec le T.R.I car les réponses petites kinesthésies sont égales des réponses estompées mais demeure inférieur par rapport au nombre des réponses couleurs. On peut dire alors qu'il y a une légère

confrontation pulsionnelle. Le pourcentage de banalités calculé est de 38% un taux considérablement élevé à la norme [20-23] ceci reflète une tendance conformiste flagrante.

4. Discussion :

Après avoir achevé notre activité de recherche sur le terrain, qui consiste en premier lieu, d'entretien clinique et en second lieu, de l'application du test Rorschach. Nous nous sommes ensuite dévoués à l'analyse des informations amassées. M. K et Mme. B, deux cas qui se sont portés volontaires pour notre étude. Leurs âges oscillent entre 35 et 45ans, tous souffrants d'un diabète de type 2 qu'ils ont contractés pour des causes distinctes certes, mais dont la nature est la même : purement psychologique.

M. K est diabétique depuis une année à cause d'une pression subie au travail, il a accepté facilement sa maladie et en raison de l'absence de déni à l'annonce de son diabète, le processus d'observance n'a pas été entravé. Des rêves, il n'en fait pas fréquemment mais quand ça se produit c'est sous forme de rêves opératoires, selon ses déclarations, il n'a aucun projet d'avenir car il a tout pour être satisfait en dépit de la routine qu'il vit au quotidien. Tout au long de l'entretien, il n'a évoqué en aucun cas son passé, comme si il y avait une sorte de rupture entre les deux différentes époques de sa vie, présente et passée. En plus de cela ses propos semblaient être vides d'émotions, seule la raison dirigeait son discours, ceux-ci peuvent indiquer l'existence d'une dépression essentielle.

L'analyse Rorschach n'a fait que renforcer l'idée qu'on s'est faite à propos de M. K, une productivité restreinte, le taux élevé des réponses formelles (F) et banales (Ban), et le taux bas des réponses kinesthésiques (K) et couleurs (C) expriment un accrochage intense à la réalité externe, avec une carence fantasmatique et hyper-contrôle des affects, en d'autres termes ; M. K est mal mentalisé.

Mme. B, diabétique depuis cinq ans, sa pathologie a émergé après multiple disputes avec sa belle-mère. Elle n'a pas été indifférente face à l'annonce, et cela lui a pris du temps pour l'accepter ce qui peut expliquer d'une part la non-observance dont elle fait preuve. La vie onirique est parsemée quelques rares fois de rêves prémonitoires, mais de manière globale Mme. B ne rêve pas. Sur le plan émotionnel, elle est plutôt impulsive et ne retrouve son calme en cas de frustration que par le biais de comportements agressifs, elle ressent un immense dégoût et désarroi dont elle ignore la raison, signes indéniables d'une dépression essentielle, dite aussi sans objet. Le fonctionnement mental de Mme. B est de type mauvais, cela a bien été démontré à travers l'analyse Rorschach ; un nombre de réponses trop bas, ainsi que les réponses couleurs (C) et kinesthésiques surtout (K) en face de cela, on trouve un nombre éminent de réponses formelles (F) et banales (Ban) qui soulignent le surinvestissement de la réalité externe.

De ce fait, on conclut que les diabétiques de type 2 sont mal mentalisés, ce qui va à l'encontre de ce qui a été avancé préalablement. Le type de mentalisation varie d'un cas à un autre, en dépit de leur même maladie.

5. Conclusion :

Mettre en exergue l'existence d'une variété concernant le type de mentalisation chez des patients souffrant d'un diabète de type 2, tel était notre cible d'étude. Qui, par le biais d'un processus de recherche incluant lectures approfondies, déplacements sur le terrain, recueil d'informations et analyse de celles-ci, s'est avéré que notre opinion est à contester. En effet, nous avons constaté que les diabétiques de type 2 sont classés comme névroses mal mentalisées dans la nosographie psychosomatique élaborée par Pierre Marty. Un tel jugement met en lumière la valeur protectrice de la mentalisation contre la décompensation somatique et la contraction de diverses pathologies organiques. En d'autres termes, une mentalisation défectueuse est une mentalisation impuissante de tempérer les excitations qui peuvent frayer un chemin vers le corps et rendre la personne qui en est dotée susceptible de développer multiples maladies comme, est le cas chez la personne diabétique. Réduction de la vie onirique et

fantasmatique, qualité factuelle du discours et enfin le recours au comportement, ces éléments cités ont été observés chez notre groupe d'étude et constituent le profil type d'un diabétique, et d'un malade psychosomatique par la même occasion. Certes, nous avons veillé lors de notre démarche à respecter les conditions de la recherche scientifique. Nous considérons que les résultats obtenus soient non généralisables, l'idéal serait de relancer cette étude qui se ferait avec un groupe dont le nombre serait un peu plus considérable et un échantillon conséquent, cette mission nous l'assignons à nos successeurs.

Annexe des tableaux :

Tableau n°1 : Psychogramme Rorschach du M. K

Temps	Modes d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
R = 13 T.t = 489'' = 8'15'' T. lat. moy = 10'' T. /rep = 38''	G : 4 G% = 31% ↑ D : 9 D% = 69% Choix+ : III, X Choix - : IV, IX	F+ : 7 F- : 3 ∑F = 10 = 77% ↑ F+% = 70% K : 1 Kan : 1 T.R.I = 1 K/0.5 C FC : 1 F.C = 1/ 0 E RC% = 31%	A : 4 Ad : 3 A% = 54% H : 1 Hd : 1 H% = 15% Anat : 2 Sex : 2	Ban : 4 Ban% : 31% Refus : 2 Commentaire : 1

Tableau n°2 : Psychogramme Rorschach du Mme. B

temps	Modes d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
R = 13 T.t = 401'' = 7' T. lat. moy = 10'' T. /rep = 31''	G : 6 G% = 46% ↑ D : 7 D% = 54% ↓ Choix+ : VIII, X Choix - : IV, V	F+ : 6 F- : 1 ∑F = 7 = 54% ↓ F+% = 86% ↑ F% élargi = 85% K : 1 Kan : 1 T.R.I = 1 K/2 C CF : 2 F.C = 1/ 1 E FE : 2 RC% = 23% ↓	A : 3 Ad : 2 A% = 38% H : 2 Hd : 1 H% = 23% Anat : 2 Frag : 1 Obj : 1 Arch : 1	Ban : 5 Ban% = 38% Refus : 1

Référence :

- Kamieniecki, H. (1994). *Histoire de la psychosomatique "Que sais-je?"*. Paris: Puf.
- Marty, P. (2011). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris: Puf.
- Quevauvilliers, J. (2009). *Dictionnaire médical : avec atlas anatomique* (éd. 6e). Paris: Elsevier Masson.
- Racine, G. (2015). Présentation d'une classe thérapeutique innovante dans le traitement du diabète de type 2 : Les inhibiteurs de la DPP-4 (Thèse de doctorat en pharmacie). Université Toulouse III Paul Sabatier.
- Rosine, D. (2002). Épître à ceux qui somatisent. *Revue française de psychosomatique*, pp. 185-189. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2002-1-page-185.htm>
- Sahraoui, I. (2019). Approche Psychosomatique du Devenir de la Greffe Rénale : Les Facteurs Protecteurs et les Facteurs de Risques. *Revue des études humaines et sociales*, 03-10.

Comment citer cet article par la méthode APA:

KHELOUFI SIHAM, (2021) **Approche psychosomatique: les diabétiques ont-ils une mauvaise mentalisation ?**, Développement des sciences sociales 14(01). Algérie: Université du Djelfa. 22-33.