



Communication familiale, construction en faux-self et cancer du sein.

Pascale Hamelin-Brelet

► **To cite this version:**

Pascale Hamelin-Brelet. Communication familiale, construction en faux-self et cancer du sein.. Psychologie. Université de Franche-Comté, 2012. Français. <NNT : 2012BESA1005>. <tel-00959953>

HAL Id: tel-00959953

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00959953>

Submitted on 17 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ

Ecole doctorale « Langages, Espace, Temps, Sociétés »

Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en

PSYCHOLOGIE CLINIQUE



Directeur de recherche : Pr André MARIAGE

Co-directeur : Pr Jean Benjamin STORA

Soutenue le 4 juin 2012

Membres du jury :

Marie-Frédérique Bacqué, Professeur à l'Université de Strasbourg, rapporteur

Kalidija Chahraoui, Professeur à l'Université de Bourgogne, rapporteur

Patrice Cuynet, Professeur à l'Université de Franche-Comté

Jean-Michel Perrot, Docteur en médecine, Maître de conférence associé à l'Université de Franche-Comté

Illustration de couverture : « L'orientale »
Sculpture de Marie-Françoise Hervoche, www.atelierh.fr
Reproduite avec l'aimable autorisation de l'auteur

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ

Ecole doctorale « Langages, Espace, Temps, Sociétés »

Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en

PSYCHOLOGIE CLINIQUE



Directeur de recherche : Pr André MARIAGE

Co-directeur : Pr Jean Benjamin STORA

Soutenue le :

Membres du jury :

Marie-Frédérique Bacqué, Professeur à l'Université de Strasbourg, rapporteur

Kalidija Chahraoui, Professeur à l'Université de Bourgogne, rapporteur

Patrice Cuynet, Professeur à l'Université de Franche-Comté

Jean-Michel Perrot, Docteur en médecine, Maître de conférence associé à l'Université de Franche-Comté

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier :

- Monsieur André Mariage, directeur de recherche, Professeur à l'Université de Franche Comté, doyen de la Faculté des Sciences du Langage, de l'Homme et de la Société, pour avoir accepté de diriger ce travail et pour le suivi attentif avec lequel il nous a accompagnée, son soutien et sa disponibilité,
- Monsieur Jean Benjamin Stora, co-directeur de recherche, Professeur à l'Université de Paris VI, pour son apport théorique, ses remarques et ses encouragements,
- Madame Marie-Frédérique Bacqué, Professeur à l'Université de Strasbourg et Madame Kalidija Chahraoui, Professeur à l'Université de Bourgogne pour avoir bien voulu examiner notre travail,
- Monsieur Patrice Cuynet, Professeur à l'Université de Franche Comté, pour avoir accepté de participer à notre jury
- Monsieur Régis Aubry, Professeur de médecine au CHU de Besançon et Professeur à l'Université

Je tiens à remercier également :

- Madame Desbrière pour son aide précieuse et sa patience
- Madame Simone Girard de l'association « *Vivre Comme Avant* », Madame Petit-Desprez de l'association « *Vivre avec* », l'association « *Les Portes Bleues* », et Catherine Grosjean de l'association AKTL¹, pour leur aide précieuse, ainsi que toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder du temps et de me livrer leurs histoires.
- Les personnes qui m'ont soutenue dans ce travail et tout particulièrement mon ami Philippe, mais aussi Anne, Christine, Hervé, Nicolas et Patrick.

¹ Association française des masseurs kinésithérapeutes pour la recherche et le traitement des atteintes lympho-veineuses <http://www.aktl.org/>

- Enfin, les membres de ma famille, ma Mère, ma Marraine, mes enfants, Sophie et Thibault, Ghislain et mes petits-enfants, Théo, Louis et Zélie pour leur joie de vivre qui m'a portée tout au long de ce travail.

RESUMÉ

Objet : Dans le champ de la psychologie clinique et, plus particulièrement, dans le champ de la psychosomatique, cette thèse a pour objectif l'étude de liens potentiels complexes, non linéaires, entre une communication familiale défaillante, une construction psychique en faux-self et la survenue d'un cancer du sein à l'âge adulte.

Méthode : Les données utilisées ont été recueillies auprès de 50 patientes atteintes d'un cancer du sein. Trois entretiens semi directifs et un test de Rorschach complétés par la grille simplifiée des risques psychosomatique du Pr Stora nous ont servi d'outils.

Résultats : La grille des risques psychosomatiques nous permis d'identifier trois groupes : léger, modéré, sévère. Nous constatons que, si les résultats des entretiens ne sont éloquentes que pour le groupe sévère, les données du test de Rorschach, quant à elles, dévoilent pour l'ensemble de notre population une spécificité. Cette spécificité est caractérisée par une fragilité de l'enveloppe corporelle avec problématique d'intégrité corporelle et retentissement sur le sentiment identitaire et , également, par une socialisation difficile, voire limite.

La totalité de nos sujets présente une personnalité avec structure psychique en faux-self.

Mots clefs : Cancer. Famille. Communication. Faux-self

ABSTRACT

Subject : In the field of clinical psychology and, more particularly, in the field of psychosomatic, this thesis aims is to investigate potential and complex linkages , nonlinear, between a defective family communication, a psychic construction in false self and the occurrence of breast cancer in adulthood.

Method : Data were collected from 50 patients with breast cancer. Three semi-structured interviews and a Rorschach test complemented by the risk psychosomatic assessment grid simplified of Pr Stora we have used tools.

Results : The risk psychosomatic grid helped identify three groups : mild, moderate, severe. We not that if the interview results are eloquent than severe for the group, data from the Rorschach test, in turn, reveal the whole of our population specificity. This specificity is characterized by fragility of the body envelope with problems relating to the physical integrity and impact on the sense of identity and also by socialization difficult or limited. All our subjects presented a personality psychic structure in false self.

Keywords : Cancer. Family. Communication. False-self

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
RESUMÉ	4
ABSTRACT	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	9
PROBLEMATIQUE & HYPOTHESES	15
I PROBLEMATIQUE	16
II HYPOTHESES	18
PREMIERE PARTIE APPROCHE THEORIQUE	19
I LE CANCER	20
A) Approche médicale classique	20
B) Approche psychosomatique	29
II APPORT DES NEUROSCIENCES	58
A) Introduction	58
B) Définition des neurosciences :	59
III L'HUMAIN, UN SYSTEME COMPLEXE NON LINEAIRE	66
A) Définition	66
B) Propriétés d'un système complexe	66
C) Fonctionnement	67
IV FAMILLE ET COMMUNICATION	69
A) Définitions	69
B) La dynamique familiale selon l'approche systémique de la famille	70
V LA CONSTRUCTION EN FAUX SELF	87
A) Introduction	87
B) Terminologie des termes : moi ou ego et self ou soi	87
DEUXIEME PARTIE APPROCHE CLINIQUE	108
I METHODOLOGIE	109
A) Population	109
B) Méthode de recherche	111
II PRESENTATION DES RESULTATS	129
A) Grille simplifiée de JB Stora	129
B) Entretiens	137

C)	Test de Rorschach : résultats des psychogrammes des groupes global (des 50 cas), léger et sévère _____	155
III	ILLUSTRATION PAR UN CAS CLINIQUE _____	190
A)	Présentation _____	190
B)	Anamnèse de Chloé 48 ans : cancer sein gauche à 38 ans _____	191
C)	Tableau des évènements de vie de Chloé selon la méthode de Jean Benjamin Stora _____	209
D)	Analyse des trois entretiens _____	213
E)	Résultats de la grille simplifiée du Pr Stora _____	227
F)	Résultats du test de Rorschach de Chloé _____	231
G)	Synthèse Clinique Globale de Chloé _____	258
	RETOUR AUX HYPOTHESES & DISCUSSION _____	266
I	Discussion théorico-clinique _____	267
A)	Obstacles rencontrés _____	267
B)	Analyse des résultats _____	268
	CONCLUSION GENERALE _____	288
I	Conclusion et perspectives _____	289
A)	Conclusion _____	289
B)	Perspectives _____	294
	BIBLIOGRAPHIE _____	296
	OUVRAGES _____	297
	ARTICLES _____	303
	DOCUMENTS ACCESSIBLES SUR INTERNET _____	308
	SITES INTERNET _____	312
	LISTE DES LOGICIELS RORSCHACH _____	313
	DIVERS _____	313
	INDEX _____	314
A)	Index des figures _____	315
B)	Index des tableaux _____	316
	TABLE DES MATIERES _____	317
	ANNEXES _____	1
A)	Modèle du questionnaire pour entretiens _____	3
B)	CD des dossiers avec entretiens (en dernière page) _____	10
C)	Les 23 points extraits du questionnaire _____	10
D)	Les trois entretiens de Chloé _____	11
E)	Modèle de fiche de consentement _____	85
F)	Exemple d'étude psychosomatique selon Jean Benjamin Stora _____	86
G)	Schéma de Selye : Axe HHS _____	100

*« Ce qui ne peut danser au bord des lèvres
s'en va hurler au fond de l'âme. »*

Christian Bobin, *L'autre visage*

INTRODUCTION

Cette introduction, après avoir décrit ce qui a suscité notre intérêt pour ce sujet d'étude, en exposera le déroulé.

Notre recherche s'inscrit dans le champ de la psychologie clinique et, plus particulièrement, dans le champ de la psychosomatique, avec l'idée d'une unité entre psyché et soma. Depuis Aristote en passant par Descartes jusqu'à la science moderne, s'est imposé, en occident, un dualisme, une dichotomie corps-esprit. La réduction du corps à un objet amène à expliquer, par de purs accidents biologiques, tous les phénomènes dont il est le siège. Comme nous le rappelle Onnis¹ il est fondamental de replacer l'être humain dans sa globalité, avec la multiplicité de ses dimensions, biologique, cognitive, affective, communicationnelle -relationnelle et environnementale. Cette approche est aussi celle de Trombini & Baldoni² (2005), pour qui :

« La condition même de la maladie est révélatrice d'une unité psychosomatique qui demande une approche multidimensionnelle, que les différentes spécialisations, avec leurs connaissances fragmentées, ne peuvent encore admettre ».

Ce travail a pour objet l'étude de liens potentiels complexes, non linéaires, entre une communication familiale défaillante, une construction psychique en faux-self et la survenue d'un cancer du sein à l'âge adulte. Dans le contexte du cancer où les facteurs étiologiques habituellement avancés ne concernent que des éléments tels que tabac, alcool, habitudes alimentaires, habitudes sexuelles et virus, il nous a paru essentiel d'aller plus loin. Nous avons choisi d'étudier les facteurs psychiques pouvant être en lien, eux aussi, avec la survenue d'un cancer. Nous avons orienté plus particulièrement notre étude du côté de la construction de la structure psychique.

Notre étude est ciblée sur le cancer du sein pour deux raisons :

- La première est que, tout au long d'une carrière para médicale, essentiellement en services de cancérologie, nous avons été à l'écoute des patients et de leur souffrance, nous interrogeant déjà quant au lien psyché-soma. Est née alors l'idée d'étudier la psychosomatique et d'aller sonder la dimension psychique des pathologies cancéreuses. C'est à l'occasion du colloque « *Corps en famille* » en 2006, à Besançon, lors de

¹Corps et contexte, ESF, Paris, 1989, pp. 11-12.

² Psychosomatique, In Press, Paris, pp 13-16.

l'intervention de Marion Péruchon sur «*L'implication de l'éducation dans les processus de somatisation* », présentant le cas de F. Zorn, que s'est cristallisé notre projet.

- La seconde est que ce cancer est le plus fréquent chez la femme et représente un problème majeur de santé publique .En 2009, 52000 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués en France. On estime ainsi qu'une femme sur neuf développera un cancer du sein au cours de sa vie.

Notre problématique vise à questionner les liens entre la vie du corps et la vie psychique du sujet dans sa relation à l'autre. Nous nous sommes attaché plus particulièrement aux failles et aux défauts de la communication intrafamiliale pour comprendre la problématique des relations intersubjectives au sein même du système familial, à travers lesquelles la fillette, l'adolescente, enfin la jeune femme et la femme adulte successivement, cherchent à exister en tant que sujet avec son identité propre.

Tout en prenant en compte les différents éléments d'ordre biologique, nous nous sommes demandé s'il était possible de repérer un type de construction psychique particulier que pourraient présenter les sujets ayant vécu un cancer du sein.

Si la littérature regorge de projets de recherche portant sur l'étiologie des cancers, ceux-ci sont majoritairement orientés vers la génétique, la biologie cellulaire, et la biologie du développement (Institut Curie). Les facteurs de risque cités comme connus (tabac, alcool, alimentation...), voire simplement possibles, intègrent peu souvent la dimension psychologique.

Le colloque de Recherche en Sciences Humaines de 2006 de l'Institut National du Cancer (INCA) avance néanmoins que :

« La dimension toujours multifactorielle du cancer qui nous oblige à sortir d'une approche simplement causale, clinique ou psychologisante, est l'occasion d'articuler Médecine –notamment cancérologie—et Sciences Humaines ».

C'est dans cet axe que nous allons nous situer.

La Psycho- Oncologie se développe depuis quelques années

« Il s'agissait d'adjoindre une forme de spécialisation cancérologique à la discipline psychologique [...] les colonnes de Psycho-Oncologie ont été le lieu, non seulement d'observation mais véritablement de l'élaboration d'une nouvelle façon de prendre en charge les patients atteints de cancer » (MF. Bacqué 2010)¹

En particulier, l'INCA a proposé récemment la mise en place d'un protocole d'annonce du cancer. Le domaine de la prise en charge psychologique apparaît comme un secteur prometteur en termes de recherche.

Nous tenons à préciser que notre approche du cancer du sein se centre sur la dimension psychosomatique dans le registre fondamental de la construction identitaire et que nous n'abordons pas l'étude de la dimension symbolique de cette atteinte du sein chez la femme, plus en lien avec l'impact secondaire de la maladie.

L'objectif premier de notre travail est l'identification de failles dans la construction psychique, failles pouvant révéler une structure de personnalité en faux-self et être corrélées à un cancer du sein.

L'objectif second, après avoir repéré les patientes à haut risque psychosomatique, sera d'adapter une prise en charge spécifique qui devra permettre une amélioration de la qualité de vie tant au plan psychique que physique, amélioration pouvant se décliner en termes de durée de vie également. Dans ce registre, il serait intéressant de faire une étude statistique entre un groupe qui aurait bénéficié d'une telle prise en charge et un groupe qui n'en aurait pas bénéficié.

Sans renier en rien les avancées médicales et leurs résultats, ce qui nous intéresse ici, c'est d'essayer d'approcher le cancer dans la dimension d'une étiologie complexe, dans le registre psychodynamique.

L'étude est à la fois qualitative et quantitative. Quant à l'approche théorique pluridisciplinaire et interdisciplinaire, elle fait intervenir, outre la psychologie, la médecine, les neurosciences ainsi que les systèmes complexes non linéaires.

Notre travail s'appuie sur :

¹ <http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=f538076823247447&size=largest>

- Une population de 50 femmes ayant vécu un cancer du sein
- Et trois outils :
 - Une série de trois entretiens semi-directifs
 - Un test de Rorschach
 - Une grille d'évaluation du risque psychosomatique dérivée de celle du Pr J.B. Stora

Les enjeux de cette recherche sont, à la fois, individuels, économiques et sociétaux. Individuels par une meilleure qualité de vie, économiques et sociétaux en ce sens que des personnes en santé retrouvée peuvent à nouveau enrichir la société.

Après avoir exposé la problématique et les deux hypothèses autour desquelles s'articulera notre étude, nous présenterons d'abord une approche théorique puis nous développerons notre approche clinique.

- La partie théorique présentera d'une part le cancer sur son versant médical et psychosomatique, d'autre part, sur le versant des neurosciences, discipline incontournable aujourd'hui dans une telle approche. La complexité des liens de notre étude nous amènera à présenter, brièvement, les systèmes complexes non linéaires. Enfin, cette partie abordera la famille et la construction en faux-self en lien avec la communication humaine et les conséquences de son dysfonctionnement sur la construction du sujet dans les perspectives systémique, humaniste et psychanalytique.
- La partie clinique exposera d'abord notre méthodologie et nos outils : grille simplifiée d'évaluation psychosomatique du Pr Stora, entretiens semi directifs de recherche et test projectif de Rorschach. Viendront ensuite nos résultats généraux puis l'illustration par un cas clinique.

Enfin le retour aux hypothèses, la discussion et la conclusion générale nous permettront de conclure sur la validité de nos hypothèses et les perspectives d'ouverture.

PROBLEMATIQUE

& HYPOTHESES

I PROBLEMATIQUE

Notre étude s'intéresse à la part complexe du psychisme dans la survenue d'une pathologie cancéreuse et, plus spécifiquement, dans la survenue d'un cancer du sein.

Maurice Tubiana (1991) avance que

« Le cancer est la maladie qui cause le plus grand nombre d'années de vie perdues... »¹.

Le cancer du sein, le plus fréquent chez la femme, se présente comme un problème majeur de santé publique. En 2010, 52 500 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués en France². On estime ainsi qu'une femme sur neuf développera un cancer du sein au cours de sa vie³. Le Nombre de décès par cancer du sein, est estimé, en 2010, à 11 500.

Malgré les traitements, on note l'accroissement du nombre de personnes atteintes d'un cancer du sein.

Les facteurs évoqués comme responsables de ce phénomène sont l'allongement de la durée de vie, le développement du dépistage mammographique, ainsi que l'évolution des facteurs de risques environnementaux ou comportementaux : âge des femmes à la naissance du premier enfant, utilisation de certains traitements hormonaux de la ménopause⁴.

La plupart des facteurs reconnus par la médecine classique sont certainement des réalités mais ils laissent très peu de place, dans la survenue d'un cancer, aux facteurs psycho-affectifs d'une personne en relation.

¹ Maurice Tubiana, « La lumière dans l'ombre : le cancer hier et demain, 1991, p.79.

² <http://www.e-cancer.fr/les-cancers/cancer-du-sein/quelques-chiffres>

³ <http://www.cancersdusein.curie.fr/fr/infos-cancers-du-sein/les-cancers-du-sein-une-maladie-frequence-qui-concerne-les-femmes-00217>

⁴ <http://www.cancersdusein.curie.fr/fr/infos-cancers-du-sein/les-cancers-du-sein-une-maladie-frequence-qui-concerne-les-femmes-00217>

Les facteurs psychiques en lien avec la survenue d'un cancer sont, sans doute, les moins bien connus. Dans ce vaste champ de recherche, notre but est de tenter de saisir l'articulation de certains processus complexes, non linéaires, en jeu entre appareil psychique et appareil somatique dans la survenue d'un cancer du sein. Ceci pourrait aider à une meilleure compréhension du phénomène et, peut-être, à une prise en charge spécifique des patientes, plus particulièrement celles présentant une récurrence de cancer ou bien une pathologie chronique grave après leur cancer du sein.

Notre attention se centre, plus particulièrement sur la communication intra familiale. Nous avons choisi de rechercher les traces de dysfonctionnements potentiellement pathogènes au plus tôt, dans les relations familiales et leur impact sur la construction identificatoire de l'enfant et sa reconnaissance en tant qu'être humain, être de relation par essence. Nous avons été attentifs à l'incidence de cette construction sur la capacité, à l'âge adulte, à créer des liens harmonieux ou non. Chez certains sujets, nous pouvons même penser que, si à l'âge adulte, cette communication pathogène persiste, alors le sujet n'aura toujours pas la possibilité d'exister et d'être reconnu, donc toujours des difficultés à être soi.

Nous nous sommes dès lors demandé dans quelle mesure une telle construction en faux self pouvait favoriser, à travers un chemin complexe loin de la linéarité, une pathologie de type cancéreux à l'âge adulte.

En effet, nous supposons qu'il peut exister, chez un certain nombre de personnes atteintes d'un cancer, un défaut central de la communication. Le sujet n'est alors pas reconnu, par son entourage comme personne avec ses propres désirs. Cette communication inadéquate, créant une souffrance psychique, serait à l'origine d'une construction en faux self et pourrait être « *le catalyseur* » d'un processus somatique, le niveau psychique n'ayant pas atteint la maturité structurale suffisante à l'élaboration de cette souffrance.

II HYPOTHESES

A partir de cette approche, nous nous proposons de tenter de vérifier les hypothèses suivantes :

H1 : Par son cancer, l'individu exprime, à travers son corps, un défaut de reconnaissance de sa personne en tant que sujet avec ses propres désirs. Cette problématique passe par une communication intra familiale inappropriée.

H2 : Bien avant l'apparition de la maladie, à travers des relations familiales spécifiques, nous devons retrouver, dès l'enfance, les premières marques de cette faille dans la reconnaissance de SOI et l'amorce d'une construction en faux-self.

Notre problématique et nos hypothèses étant ainsi énoncées, nous allons accéder à notre première partie qui est la partie théorique.

PREMIERE PARTIE

APPROCHE THEORIQUE

I LE CANCER

A) Approche médicale classique

1. Définition du cancer

Le cancer est une maladie décrite depuis l'Antiquité. C'est Hippocrate, père de la médecine grecque qui, au V^e siècle avant JC, comparant les tumeurs à un crabe, leur a donné le nom de « *krakinos (écrevisse)* ». En effet, les prolongements des tumeurs pouvaient être assimilés à des pattes de crabe et Hippocrate écrit qu'ils ressemblent « *à des veines étendues de tous côtés, de même que le crabe a des pieds* ». Par ailleurs, les médecins grecs comparaient la douleur ressentie par les femmes au stade terminal à celle que « *Provoque le pincement d'un crabe* »¹.

C'est une maladie chronique qui va altérer la santé, santé qui, pour l'OMS, se caractérise par

« Un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Sur le plan biologique, un dysfonctionnement se produit au niveau de certaines cellules de l'organisme : le cancer est « *une maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et, prolifèrent de façon excessive* »². Les cellules se multiplient de façon anarchique, d'abord localement, puis, dans les tissus avoisinant, pouvant provoquer ainsi, des métastases.

Dans le sens médical, le cancer est une « *tumeur ayant tendance à croître, à détruire les tissus voisins et à donner d'autres tumeurs à distance de son lieu d'origine (métastases)* »³. « *Tumeur* » vient du latin « *tumor* » qui signifie « *enflure, gonflement* » ; c'est une « *production pathologique constituée par un tissu de formation nouvelle (néoplasme) et distincte d'un processus inflammatoire* »⁴

¹ Maurice Tubiana, 1991, p.63.

² <https://www.e-cancer.fr/les-cancers/generalites>

³ Le Robert, 2001.

⁴ Le Robert, 2001.

Grâce aux progrès de la médecine, de nombreux cancers peuvent, aujourd'hui, être guéris. Cependant, le mot cancer garde, encore de nos jours, une symbolique associée à des perspectives plutôt sombres.

2. Généralités

Il nous a semblé nécessaire, avant d'envisager toute réflexion sur la dimension psychosomatique du cancer, d'en approcher, à travers les différentes recherches, la réalité biologique. Nous prendrons comme références principales Lucien Israël et Maurice Tubiana, deux oncologues français de réputation internationale.

Du fait de l'allongement de la durée de vie dans les pays occidentaux, le nombre de décès dû au cancer a constamment augmenté. **Entre 35 et 65 ans, le cancer est ainsi, de loin, la première cause de décès** et, chez les femmes, il est cause de près de la moitié des décès dans cette tranche d'âge¹. « *Il reste la deuxième cause de mortalité, derrière les maladies cardiovasculaires* »².

Le nombre de cas a augmenté de 138 % en 25 ans (entre 1980 et 2005).

Un arrêt récent de cette progression est constaté, comme dans d'autres pays développés : on constate, en France une stabilité du nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 2008.

Entre 1980 et 2005, une **baisse de la mortalité est notée** : - **1,3 %** (selon le rapport de l'Institut national de veille sanitaire de 2005)³

La réduction de la mortalité s'explique pour une première moitié, par le développement du dépistage et, pour une seconde moitié, par la participation d'un nombre toujours croissant des femmes à ce dispositif.

Les chiffres clés du cancer du sein, enjeux de santé publique :

- 1 femme sur 9 développera un cancer du sein
- 52 000 nouveaux cas de cancers du sein en France en 2008
- 11 300 décès par cancer du sein en France en 2008
- 5 à 10 % de formes héréditaires de cancers du sein

¹ Maurice Tubiana, « *La lumière dans l'ombre : le cancer hier et demain, 1991* » p.67.

² Lucien Israël, 1997, « *Destin du cancer : nature, traitement, prévention, 1997* » p.71-72.

³<http://www.cancersdusein.curie.fr/fr/infos-cancers-du-sein/les-cancers-du-sein-une-maladie-frequence-qui-concerne-les-femmes-00217>

- 15 % de cancers du sein dépistés à un stade très précoce
- 7 % de cancers du sein dépistés par une mammographie
- 61 ans, âge moyen de dépistage du cancer du sein¹

Notons que le cancer du sein peut survenir aussi chez l'homme, mais il est très rare (200 fois moins fréquent que chez la femme).

Précisons qu'il existe différents cancers du sein, ceux qui restent localisés et, les plus graves, qui diffusent dans tout l'organisme et provoquent des métastases.

2.1 Causalités reconnues des cancers et causalités suspectées

Les observations épidémiologiques ont permis d'identifier des facteurs cancérogènes et, par ailleurs, les recherches dans cette même discipline ont aidé à faire le lien entre certains types de cancers et certains types de virus. Au final, environ 20% des cancers humains sont associés à des virus

«Le virus n'étant qu'un des facteurs de la cancérogenèse, et ne déterminant que l'une des étapes de la cancérisation². »

De nombreux autres facteurs cancérogènes ont été découverts : ultraviolets solaires (cancer de la peau), rayons X utilisés en imagerie médicale, explosions nucléaires (cancer de la thyroïde), émanations radioactives³ carcinogènes, chimiques génotoxiques, alcool. On suppose que des facteurs d'origine alimentaire jouent également un rôle dans la genèse des cancers du sein⁴ et le risque se trouve augmenté par les œstrogènes, hormones secrétées par l'ovaire pendant le cycle menstruel.⁵ Des médicaments sont incriminés également, dans les cancers du col de l'utérus et du sein.

En conclusion, si 80% des cancers sont dus aux conditions de vie, 5% seulement reviennent aux facteurs extrinsèques (cancers professionnels et pollution atmosphérique). Pour les autres, environ 40% sont dus au tabac et à l'alcool,

¹ *Chiffres 2008 - Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France pour l'année 2008. Hospices Civils de Lyon/InVS/INCa/Francim/Inserm*

<http://www.cancersdusein.curie.fr/fr/infos-cancers-du-sein/chiffres-cles/les-chiffres-cles-00727>

² *Maurice Tubiana, 1991, p.151.*

³ *Lucien Israël, 1997, p.49.*

⁴ *Maurice Tubiana, 1991, p.77-78.*

⁵ *Ibid, p.84.*

(âges et sexes confondus), 10% reviennent à l'exposition au soleil, (cancers de la peau). Enfin, les prescriptions médicales participent pour 0,5% aux cancers (œstrogènes), les irradiations pour 1% et les facteurs sexuels (grossesses, virus, avortement), pour environ 5%.

«les trois quarts des cancers sont liés à nos habitudes individuelles de vie»¹.

Que doit-on entendre par les « *habitudes individuelles de vie* » ? Ne constatons-nous pas que ce genre d'études statistiques ne laisse aucune place aux facteurs psycho-affectifs d'une personne, être humain en relation ?

Tous ces facteurs reconnus par la médecine classique sont certainement des réalités, mais ils ne nous apparaissent pas suffisants pour expliquer la genèse d'un cancer. C'est ce que nous essayerons d'explorer dans cette recherche, dans le cas particulier du cancer du sein.

2.2 Initiation et promotion, les étapes de la cancérogenèse

Le phénomène cancéreux se développe en plusieurs temps et I. Berenblum (1941) décrit deux étapes : l'initiation (modification du génome) et la promotion (prolifération cellulaire).

Malgré la simplicité de ce modèle, il reste d'actualité², bien que l'on pense aujourd'hui qu'il existe plus d'étapes dans ce processus.

2.3 Développement d'un cancer : de sa naissance à sa découverte clinique

Selon M. Tubiana³, il peut se passer une cinquantaine d'année entre le premier mouvement de constitution d'un cancer et sa manifestation clinique. Cet auteur précise que c'est la transformation d'une des cellules précancéreuses en cellule foncièrement cancéreuse qui signe la pathologie, toutefois, une seule sur six se modifiera, révélant ainsi les capacités de défenses naturelles de l'organisme face à ce phénomène.

¹ Lucien Israël, 1997, p.20.

² Maurice Tubiana, 1991, p. 113-114.

³ Maurice Tubiana, 1991, p. 241-243.

2.4 Raison du cancer : théorie de la modification du génome versus un programme de survie

Dans la théorie médicale officielle, rapportée par M. Tubiana, certains produits, certains agents physiques provoquent des mutations géniques qui dérèglent les mécanismes de contrôle de la prolifération cellulaire.

Selon cet auteur, il faut, pour provoquer un cancer, outre un dérèglement, que la cellule transformée puisse se multiplier sans fin, sans différenciation, sans loi, en résumé, qu'elle soit devenue indépendante et capable d'assumer seule sa survie. Il précise que cette spécificité a pour origine une aberration génétique.¹

Cette théorie officielle est battue en brèche par L. Israël². En effet, pour lui, rien ne se fait au hasard et, à chaque fois que la cellule gagne une propriété supplémentaire, c'est dans un but bien précis. Les cellules cancéreuses réactivent des gènes dormant dans une cellule normale et la progression de la malignité les rend totalement insensibles aux agents toxiques utilisés dans les traitements. Contrairement à la cellule normale qui va se « *suicider* » à la fin de son existence (apoptose), la cellule cancéreuse va choisir de transmettre un dommage, c'est « *L'erreur prone* » d'Einert Rupert.³

Les systèmes anti-oncogènes sont réduits au silence et la prolifération se fera en dehors des besoins de l'organisme. Ajoutons que la cellule acquiert de nouvelles propriétés et envoie, dès lors, des métastases dans tout l'organisme.

En même temps, la cellule cancéreuse ne maîtrise pas bien son avenir et finira par tuer son hôte et mourir avec lui. « *Voilà ce qu'est un cancer et c'est assez impressionnant* » dit Lucien Israël⁴.

¹ Maurice Tubiana, 1991, p. 167-168

² Un programme de survie, extrait de la revue « Médecines Nouvelles » N° 98, 3^{ième} trimestre 2000.

³ Professeur Lucien Israël
Extrait de la revue « Médecines nouvelles » N°98, 3^e trimestre 2000, p.5

⁴ Ibid.

Pour lui, les cellules cancéreuses sont dotées d'un programme de survie. Par ailleurs, il découvre qu'un tel programme existe chez les bactéries, c'est le « système SOS ».

Il nous rappelle que les bactéries sont apparues à la surface de la terre il y a trois milliards et demi d'années et qu'elles ont résisté à tout, montrant ainsi leur grand pouvoir d'adaptation. Israël établit qu'il existe une analogie entre les gènes du système SOS et les gènes activés dans les cellules cancéreuses et nous livre sa réflexion :

« Au fond, nous ne pouvons qu'hériter des gènes des bactéries. La vie n'a été inventée qu'une fois sur cette planète. Par conséquent, nous sommes les enfants des bactéries et nous avons hérité le système SOS »¹.

Et, pour conclure, il nous assène ce cruel constat :

« Le cancer accompagnera l'humanité dans sa marche vers le futur. Ce n'est pas une maladie qui sera éradiquée, mais nous serons probablement capable de la domestiquer »².

Un autre chercheur en biologie, D. Woehrling, professeur d'Etiopathie aux universités de Paris et Rennes, dans son livre : « *Les cancers, anarchie ou causalités ?* » (1996) où il aborde le cancer comme pathologie de la différenciation et de l'intégrité tissulaire, semble bien se raccorder aux idées de Lucien Israël.

Woehrling envisage la pathologie cancéreuse comme

« Un état lésionnel réactionnel induit par un dépassement des capacités normales de régulation de l'organisme [...] dont l'origine ne saurait être, in fine, qu'exogène »³.

Cette maladie illustre la solution trouvée, sur le plan physico-chimique, par l'organisme, c'est la recherche d'un nouveau point d'équilibre pas forcément compatible avec l'intégrité de ce même organisme.

Pour C. Kousmine⁴, médecin chercheur, le cancer est un besoin de l'organisme pour résister à une agression métabolique toxique, il correspond à une finalité biologique et se présente comme nécessaire à l'organisme pour continuer à vivre.

¹ *Ibid.*

² *Ibid.*, p.5.

³ *Daniel Woehrling, 1996, p.8.*

⁴ *Catherine Kousmine, L'approche de la maladie cancéreuse,*
<http://www.kousmine.com/lecancer.htm>

Enfin, pour Caroline Besson

«La tumeur n'est pas un phénomène aberrant, isolé et gratuit, mais elle s'inscrit dans **une réaction cohérente qui est un état d'alarme** »¹

2.5 Cancer et immunité : défenses contre le cancer

Un immunologiste, F.M. Burnet², avait introduit en 1965 la théorie de l'immunosurveillance qui postulait que l'un des rôles du système immunologique, dans un organisme sain, est de détecter et de détruire les cellules devenues cancéreuses, mais pour cela, l'organisme doit d'abord les reconnaître, ce qui serait possible grâce à des antigènes présents uniquement sur les cellules malignes.

Récemment, cette théorie de la surveillance immunitaire a refait surface en mettant en évidence le rôle d'une population particulière de cellules, à immunité fruste, dotée d'une cytotoxicité primitive, non spécifique. En effet, en 1976 H. Peter et ses collaborateurs montrent que certains lymphocytes de sujets sains sont capables, en culture, de détruire spontanément les cellules tumorales.

Cette cytotoxicité spectaculaire est l'œuvre d'une classe particulière de lymphocytes, les lymphocytes NK (« *Natural Killers* », tueurs naturels), elle s'exprime également envers les virus. Le système NK représente ainsi probablement un mécanisme très primitif de «*surveillance* »³ très efficace.

Pour L. Israël, le rôle du système immunitaire dépasse sa simple vocation de défense, il pense qu'il est vraisemblablement inclus très intimement dans un système général d'homéostasie et, selon lui,

« C'est par ce biais qu'il se trouve dans une relation réelle, mais non spécifique, avec la pathologie cancéreuse »⁴

¹ Caroline Besson, 1993, p.44, in *Nouvelles approches sur le cancer*.

² Maurice Tubiana, 1991, p.440 - 441.

³ Daniel Woehrling, 1996, p 158 -159

⁴ Lucien Israël, 1997, p. 162

2.6 Cancer et vieillissement

Le Professeur M. Tubiana note :

« Il y a des défenses contre le cancer. Mais elles s'usent, et cette usure est l'une des manifestations du vieillissement. »¹

Par ailleurs :

«On sait que la fréquence des cancers augmente rapidement avec l'âge.»²

2.7 Cancer : Rémission ou Guérison ?

Pour Maurice Tubiana, un cancer guéri est un cancer qui n'a pas récidivé après une période de 5 ans à dater de la fin des traitements³.

Lucien Israël⁴, quant à lui, préfère parler de possibilité de contrôler le cancer, de le stabiliser, de freiner son développement mais pas de l'éradiquer.

« Qu'il s'agisse d'un espoir, d'une probabilité ou d'une certitude, les malades ont besoin que la guérison fasse partie du champ de leurs possibles.»⁵

Les traitements actuels du cancer se déclinent en termes de chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie.

3. Travaux récents

Les facteurs de risque dans l'ensemble de la population sont liés à :

- L'âge au diagnostic du cancer, le risque augmentant avec l'âge. L'incidence décrit une courbe ascendante et atteint un plateau à partir de 50-60 ans. (Amsalhem, Etessami, & Morere, 2007).
- La prédisposition génétique : certaines mutations génétiques peuvent augmenter le risque de cancer du sein. *BRCA1* (Antoniou, Pharoah, Narod, & al, 2005) et *BCRA2* (Eisinger, Bressac, & Castaigne, 2004),

¹ Maurice Tubiana, 1991, p. 73-74

² Maurice Tubiana, 1991, p.63

³ Maurice Tubiana, 1991, p.18

⁴ Lucien Israël, 1997, p.153

⁵ Didier Vander Steichel, Fondation contre le cancer, Directeur scientifique, in *Vivre après un cancer*, p.35-36

sont les deux gènes les plus impliqués. (35000 femmes porteuses de 30 à 69 ans).

- L'âge à la ménopause, le risque augmentant avec l'âge de survenue de la ménopause (Cancer, 1997).
- L'âge des premières règles (Hunter & Adamih, 1997) : le risque augmente avec leur précocité (Nkondjock & Parviz, 2005).
- L'âge à la première grossesse : le risque augmente (Bruzzi, Negri, & La Vecchia, 1988) avec l'âge de cette première grossesse (Liu, Wu, & Lambe).
- La parité et l'allaitement (Cancer, 2002a) tendent à diminuer ce risque.
- La contraception orale augmente les risques de façon minime et sur une courte durée (Cancer, 1996).
- Le traitement hormonal substitutif de la ménopause montre une augmentation du risque.
- Facteurs alimentaires et mode de vie : l'alcool (Cancer, 2002b), le tabac (Reynolds, Hurley, & Goldberg, 2004) augmentent le risque, le tabac. L'activité physique diminuerait ce risque.
- Le café ne montre actuellement aucune augmentation du risque.
- Pour les autres déterminants nutritionnels, d'une manière générale, les résultats restent discordants.
- Le surpoids augmente le risque de cancer du sein. « *Une corpulence élevée, signe de surpoids ou d'obésité est associé à un pronostic aggravé en cas de cancer du sein* » (Gerber, 2009). Il est probable que cet effet s'exerce quel que soit l'âge.

Certains de ces facteurs, tels que le tabac, l'alcool, le surpoids pourraient être vus comme des addictions, addictions en lien vraisemblablement avec un vécu insuffisamment épanouissant qui interroge alors le type de relations familiales, professionnelles et sociales, plus globalement.

Ce discours médical étant posé, nous allons nous pencher maintenant vers ce qui nous a poussé vers cette étude, à savoir, l'approche psychosomatique de la maladie cancéreuse.

B) Approche psychosomatique

1. Terminologie

Pour P. Marty (2004, pp.11-12) « *L'homme est psychosomatique par définition* ».

Nous partageons totalement cette approche et ne pensons pas que la Psychosomatique doive être une spécialité mais bien la discipline avec laquelle tout patient doit être traité, **c'est le psychisme dans son rapport au biologique.**

Nous pouvons définir la psychosomatique dans un sens strict comme l'étude des processus psychiques entrant en jeu dans les « *désorganisations somatiques* »

Cette science est apparue grâce à Freud qui a su isoler et décrire un « *appareil psychique* » ancré dans le biologique mais aussi « *une sphère autonome irréductible aux phénomènes physio-biologiques.* » (G.Pirlot, 2007, p.2.)

Ainsi, la psychanalyse a trouvé sa place et, a permis de montrer que les dysfonctionnements, les tensions, les traumatismes et les conflits, pouvaient parfois se traduire dans le corps (par exemple la conversion hystérique).

La causalité psychosomatique fait, aujourd'hui encore problème et, il semble que les causalités sont loin d'être linéaires mais, bien au contraire, font appel aux systèmes complexes non linéaires.

En effet, si nous nous référons à la définition d'une maladie psychosomatique, nous constatons que :

« C'est une maladie caractérisée par des symptômes physiques dont les causes sont multiples, mais où des facteurs émotionnels jouent un rôle important. Elle affecte habituellement un organe ou un système physiologique. Les manifestations physiologiques sont celles qui accompagnent normalement certaines émotions, mais elles sont plus intenses et plus prolongées. Des émotions réprimées ont une action physiologique qui, si elle est durable et suffisamment intense, peut amener des perturbations de la fonction, voire une lésion de l'organe. Le malade n'est pas conscient de la relation qui existe entre sa maladie et ses émotions (Bérubé, 1991, p 130).

Il semble qu'il existe un continuum dans la causalité multifactorielle du trouble psychosomatique, continuum que nous avons abordé dans la réflexion théorique.

2. Histoire de la psychosomatique

Les prémisses de l'approche psychosomatique dans la période contemporaine peuvent se trouver dans les travaux d'auteurs comme :

- I. Pavlov (1849-1936), physiologiste russe qui étudie les réflexes conditionnés et aboutit au fait que les émotions sont conditionnables.
- W B. Cannon (1871-1945), également physiologiste, pour qui les effets physiologiques des émotions retentissent à tous les niveaux de l'organisme par les voies cortico thalamiques et nerveuses et interviennent dans la régulation de l'homéostasie du milieu interne.
- H. Selye (1907-1982) complétera cette théorie par sa théorie du stress.

Toutes ces découvertes ouvrent de nouvelles voies étiopathogéniques sans toutefois permettre de comprendre

« L'articulation de tous ces éléments dans la survenue d'une maladie à un moment particulier de son existence, chez un individu particulier » (Marty, 1990, p.7)

L'emploi de « *psychosomatique* » comme substantif est récent (1946), alors que son emploi comme adjectif revient à JCA. Heinroth, psychiatre allemand de l'école vitaliste, au début du XIX^{ème}. Ce terme, à la fin du XIX^{ème} inclura les facteurs psychiques dans le déterminisme des affections organiques ouvrant ainsi une brèche dans le réductionnisme spécifique de la médecine classique. C'est à partir de ce moment qu'un nouveau courant médical commencera à prendre en compte, pour expliquer des pathologies somatiques, des facteurs psychiques. Trop longtemps, la médecine avait pensé pouvoir expliquer toute la pathologie en termes physico-chimiques, physiologiques, biochimiques et neuro-endocrinologiques.

Mais, C. Bernard, en 1850, découvre

« En même temps que la constance du milieu intérieur, la capacité du vivant de la maintenir et la rétablir en cas de déséquilibre. »

Il en déduit que

« la maladie [...] pourrait bien être la déviation d'un processus physiologique normal. » (Marty, 1990, p.7)

Il rejoint en cela G. Canguilhem, mais celui-ci va plus loin lorsqu'il écrit que la maladie

« Est en tout l'homme et elle est toute entière de lui. **Les circonstances extérieures sont des occasions, non des causes** [...] La maladie n'est pas seulement déséquilibre ou dysharmonie, elle est **aussi et peut être surtout, effort de la nature en l'homme pour obtenir un nouvel équilibre. La maladie est réaction généralisée à intention de guérison**¹. L'organisme fait une maladie pour se guérir. La thérapeutique doit d'abord tolérer et, au besoin renforcer ces réactions hédoniques et thérapeutiques spontanées » (Canguilhem, 1966, p.121)

3. Approche scientifique de la psychosomatique. Tour d'horizon des recherches actuelles liant cancer et psychisme

V. Jadouille, D. Ogez , L. Rokbani (2004, pp.249-256) ont publié récemment une revue de la littérature scientifique, afin de vérifier si l'état actuel des connaissances permettait d'étayer les intuitions psychosomatiques.

Ils présentent notamment :

- Concernant le lien entre personnalité et cancer :
 - L. Temoshok (2004, In Revue de la littérature scientifique, V. Jadouille, D. Ogez , L. Rokbani), dans ses recherches de corrélation entre certains types de personnalité et cancer a montré qu'il existait un lien entre personnalité de type C (coopératif, conciliant, patient, réprimant ses émotions négatives, essentiellement la colère, éprouvant des difficultés à s'affirmer, se soumettant volontiers aux autorités et sacrifiant ses besoins au profit de ceux d'autrui) et apparition d'un cancer.
 - Mc Kenna et al, dans leurs analyses statistiques rapportent également une association significative entre personnalités évitant le conflit et réprimant leurs émotions (inclus dans type C) et les cancers du sein.

¹ Nous soulignons.

- V W. Persky et al, dans le même style de démarches ne parvient qu'à des résultats non significatifs.
- R. Grossarth-Maticek, J.Bastiaans, DT. Kanazir, dans leur recherche de Crevenka, établissent, quant à eux un lien entre apparition d'un type de cancer et une attitude de rationalisation et de répression émotionnelle.

Les auteurs de la revue remarquent, qu'hormis la recherche de Crevenka plaidant pour un lien entre personnalité et cancer, la plupart des études souffrent de limitations méthodologiques.

- Par ailleurs, O. Todarello et al ont montré un lien entre alexithymie et survenue d'un cancer, rejoignant en cela C. Jasmin et al qui parviennent à la même corrélation.

F. Anagnostopoulos et al, de même que RP. Greenberg et PJ. Dattore, quant à eux, n'obtiennent pas de résultats significatifs.

➤ Concernant le lien entre dépression et cancer :

Pour BH. Fox, les études antérieures à 1995 investiguant ce lien ne sont pas valides, elles souffrent de biais méthodologiques.

- MC. Mc Kenna et al ne trouvent pas non plus de résultats significatifs dans cette corrélation.
- La recherche de Crevenka montre que des états initiaux désespoir-dépression peuvent entraîner un risque de cancer trois à quatre fois plus élevé.
- La Washington County Study présente également des résultats positifs à cette question alors que l'étude de PN. Butow et al ne va pas dans ce sens..

En conclusion, vu l'absence de congruence des données de la littérature, il n'apparaît pas possible de conclure à un rôle étiologique scientifiquement établi de la dépression en matière de cancer.

➤ Concernant le lien entre événements de vie et cancer :

De nombreuses études ont essayé de montrer le lien entre stress important et apparition d'un cancer. Là encore les chiffres sont tantôt en faveur d'une corrélation, tantôt, non.

- Pour PN. Butow et BH. Fox, ce lien n'existerait pas, seuls I. Levav et al montrent une possible corrélation. Enfin, pour P. Gerits, cette corrélation n'étant faite qu'avec des méthodologies non fiables, ce lien ne serait pas valide.

➤ Enfin, concernant le coping face au cancer :

Les stratégies d'ajustement désignent les réponses développées par une personne pour s'adapter à des événements stressants de la vie. Suivant le coping utilisé, il y aurait un impact sur le cancer en termes de survie et de récidives.

- S.Greer et T. Morris, répliquant leur étude, montrent que les sujets réagissant par un esprit combatif et du déni s'en sortent mieux que ceux qui présentent une réaction d'acceptation ou des sentiments d'impuissance et de désespoir, ce résultat est retrouvé par Watson et al. Cependant, ce constat est absent dans les études de C. Deen et PG. Surtees, et C. Buddeberg.

La méthodologie d'évaluation du coping n'appelant pas au consensus, limite ces recherches, ces dernières se montrant dans la littérature tantôt sur leur versant positif, tantôt sur le négatif.

Les auteurs de la revue en restent, au vu de ces résultats souvent contradictoires où les méthodologies sont souvent pointées, à l'idée qu'il est très difficile de conclure à une influence scientifiquement démontrée des facteurs psychosociaux dans la survenue d'un cancer.

L'absence de démonstration scientifique ne doit pas nous interdire de penser cependant, que des facteurs actuellement inaccessibles (peut-être parce que relevant d'un autre ordre que celui de l'objectivation, mais néanmoins en articulation avec d'autres plus classiquement biologiques), en interaction selon un modèle circulaire, pourraient nous permettre d'éclairer, tout en respectant la complexité du processus, la survenue de cette énigmatique maladie.

4. Le vécu psychique du cancer et sa cohorte de difficultés :

« L'annonce d'un diagnostic de maladie du sein est toujours génératrice d'inquiétude pour l'esthétique, pour l'image de soi, pour la féminité et pour la

maternité. Ceci vaut pour la femme mais également pour le partenaire sexuel ; le retentissement sur la vie de couple est immédiat » (Espié, 2003/2)

Selon Vickberg la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein est altérée à plusieurs niveaux (psychosocial, physique et émotionnel). Parmi les problèmes les plus souvent cités se trouvent : les difficultés émotionnelles, les problèmes liés aux relations intimes et à la sexualité, l'image corporelle, la perception de soi, les problèmes en lien avec la féminité, les problèmes financiers, les douleurs et la souffrance physique, les difficultés au plan des activités professionnelles et personnelles, les obstacles dans la réalisation des objectifs ainsi que les problèmes dans les relations sociales. (Vickberg, 2001)

Le vécu psychique comporte notamment :

- L'annonce du cancer tout d'abord qui doit être aussi humaine que possible, même si, comme le dit une patiente :

« Quelle que ce soit la façon de l'annoncer, à partir du moment où on sait que la maladie, elle est là, c'est un problème. La vie, elle a changé. On peut le dire directement. Pourquoi le dire différemment ? Ça revient toujours au même ».

D'ailleurs, S. Rannou & al. ne trouvent pas de corrélation évidente entre les strictes conditions d'annonce et la façon dont les patients ont pu se l'approprier psychiquement par la suite. (Rannou, et al., 2011)

L'annonce d'une maladie grave répond, au sens de l'éthique à deux principes :

- « *Ne plus mentir* », Bernard Hoerni (historique du mensonge en médecine) in (Bacqué M.-F. , 2011) La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades confirmera que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* ».
- « *Ne pas enlever l'espoir* » est le deuxième principe. (Bacqué M.-F. , 2011).
- Une peur de la rechute (PRC) ou « *la peur ou l'inquiétude que le cancer reviendra ou progressera dans le même organe ou dans une autre partie du corps* » (Vickberg, 2003).
- Des troubles anxio-dépressifs , très discutés, certains auteurs en retrouvent (Harter & Aschenbrenner, 2001), d'autres pas (Lansky, List, & Hermann, 1985). Quand ils sont présents, les patients présentent une difficulté à vivre avec tous les signes de la dépression.

- Des troubles de la sexualité impactés par le cancer du sein révèlent que « *entre un tiers et la moitié de ces patientes se plaignent d'une altération de leur vie sexuelle* ». Schag (1993). Northouse en 1994 évalue entre un quart et un tiers des couples présentant dans leur vie sexuelle des difficultés principalement liées à :
 - des facteurs somatiques (Ghizzani, Pirtoli, & Bellezza, 1995),
 - des facteurs psychologiques (MAC PHAIL G, 1999),
 - l'existence de difficultés sexuelles ou conjugales antérieures au cancer. » (Taquet, 2005).

« *Le cancer du sein va induire une perte de tous les repères antérieurement établis.* » (Vickberg, 2001) in (Espié, 2003/2). Tout s'écroule et les patientes mettront du temps à reconstruire leur vie.

- Du point de vue de l'esthétique, ce cancer vient bousculer par la chirurgie, leur féminité mais aussi : « *Les cheveux tombent, le teint change, le visage devient lunaire, les membres gonflés par de l'œdème...* » (Espié, 2003/2)
- Du point de vue sensoriel, certaines sensations peuvent être altérées, comme l'odorat, le toucher ou encore le goût. « *À cela s'ajoute parfois une sensation d'épuisement rendant tous les gestes de la vie antérieure éprouvants.* » (Espié, 2003/2).
- Le temps de ce cancer sera pour beaucoup, souvent « *un retour sur soi retour à l'histoire personnelle et familiale, une tendance à l'isolement. Elles renvoient également aux deuils non faits et aux pertes traumatiques* » (Espié, 2003/2).
- Une modification des relations familiales par l'implication des proches dans la prise en charge du malade risque aussi de perturber l'équilibre relationnel de la famille. (Gironde & al, 2010)
- Une souffrance psychique des proches :

« En cancérologie, dès 1984, de nombreuses études montrent la souffrance des proches sur le plan psychique et somatique: angoisse de mort plus forte chez le conjoint; sentiment d'isolement; niveau de dépression et d'anxiété aussi élevé

chez les proches que chez les malades; fréquence élevée de troubles du sommeil, diminution de l'appétit.» (Gironde & al, 2010)

5. La psychosomatique dans le courant psychanalytique : les différentes théories

P. Marty (1990, p.7) écrit :

« Distincte de la médecine, distincte aussi de la psychanalyse dont elle procède et dont elle élargit le champ d'intérêt, la psychosomatique constitue aujourd'hui une discipline en soi »

Cette spécialité appréhende le sujet dans sa totalité psychique, biologique, historique et sociale, dans les rapports qu'il entretient avec lui-même comme avec les autres et essaie d'apporter des réponses à l'antique débat sur l'unité de l'être humain.

Deux courants cheminant côte à côte ont permis d'aboutir à cette définition : la médecine psychosomatique qui part de la maladie et en recherche les causes à la fois biologiques et psychologiques et la psychosomatique d'origine psychanalytique qui, elle, part de l'être humain malade et de son fonctionnement psychique pour essayer de comprendre comment a pu se développer la maladie somatique.

Afin d'éviter une confusion entre symptôme psychosomatique et conversion hystérique, rappelons que dans l'hystérie, il n'y a pas de lésion organique, mais par sa « *mise en scène* », la conversion hystérique semble interpeller l'autre dans une demande de reconnaissance. Dans ce contexte, la fonction touchée est choisie de manière précise et a une signification symbolique, ce qui n'est pas le cas -ou pas de façon aussi explicite- dans la somatisation. Le phénomène conversionnel, en effet, peut répondre à une interprétation, pas le symptôme somatique. Dans les deux cas toutefois, nous sommes devant l'existence d'une **conflictualité psychique**.

Pour nous, le sens actuel le plus noble du terme « *psychosomatique* » devrait être la reconnaissance, sans retenue, de l'impact sur le corps biologique de certaines souffrances existentielles.

Nous avons choisi de présenter les différentes théories psychosomatiques à l'aide d'un tableau chronologique.

1890	Freud	Corps : origine des expériences mentales Conflit psychique Névroses de conversion
1917	Grodeck	Désordre corporel : symbolisation d'un conflit psychique
1950	Alexander	Toute maladie est psychosomatique Perspective multifactorielle
1947	Dunbar	Théorie des types de personnalités
1970	Marty, Sifneos	Pensée opératoire, alexithymie: pronostic défavorable sur évolution maladie
1975	Selye	Théorie du stress
2004	Sami Ali	L'impasse relationnelle
2011	Stora	Théorie des cinq systèmes

Tableau 1 : Différentes théories psychosomatiques

5.1 S. Freud (1856-1939) et la conversion hystérique.

Dans ses travaux sur l'hystérie de conversion (1895), Freud montre que les manifestations de la conversion hystérique, ont une signification inconsciente et résulteraient d'une transposition de conflits psychiques inconciliables et donc, refoulés dans le corps. C'est ce qu'il désigne par « *le saut mystérieux du psychisme au soma.* »

La psychosomatique s'inscrit donc dans un mouvement qui trouve son origine dans la psychanalyse où les théories de Freud ont posé les premiers jalons de la

question de la relation du corps et de l'esprit et montré que **les symptômes psychiques peuvent se manifester au niveau du corps.**

5.2 Groddeck (1866-1934) et le Ça

Bien que n'ayant jamais utilisé le terme « *psychosomatique* », Groddeck est considéré comme le père de la psychosomatique. Pour lui, toutes les maladies peuvent être appréhendées sur le modèle de la conversion hystérique définie par S. Freud. Il va exposer, à sa façon, l'explication freudienne du symptôme comme symbolisation d'un désir inconscient. C'est lui qui, pour la première fois, identifie et fait connaître cette instance de la nature humaine qu'on appelle le Ça, « *ce par quoi on est vécu* » (Groddeck, 1963), l'instinct, l'énergie vitale, qui s'oppose au surmoi. Le Ça, il occupe à la naissance tout le champ de l'inconscient, il devra céder du terrain au surmoi au cours de l'éducation. Le Ça exprime l'énergie vitale, la tendance libérale de la personnalité commandée par la recherche du plaisir. Le Moi serait le point de rencontre du Ça et du Surmoi, lieu inéluctable de conflit et de la maladie. S. Freud, dans un courrier à G. Groddeck écrit :

« Dans votre Ça, je ne reconnais naturellement pas mon Ça, civilisé, bourgeois, dépossédé de la mystique, cependant, vous le savez, le mien se déduit du votre. »

Pour G. Groddeck, la maladie est un retour à l'enfance, retour sauvage au corps qui montre des symptômes, expressions des problèmes occultés par l'ordre social. Et l'adulte recourt à la maladie car il ne supporte plus la socialisation, distance artificiellement maintenue par rapport à son corps éternel d'enfant.

Pour lui, la maladie est la voie royale dans l'appréhension de l'humain et, plus encore que la sexualité, elle met en jeu toutes les possibilités d'être de l'humain. Elle est le seul domaine où peut s'exercer « *sauvagement* » sa créativité, car pour cet auteur, la maladie est une création, une œuvre d'art et il nie toute distinction entre sain et pathologique.

Le but de Groddeck est de donner à chaque fois de l'aide au malade pour trouver du **sens** à la maladie. La maladie est un langage et toute sa théorie repose sur les **messages** adressés par le Ça. Le Ça peut décider de produire un syndrome névrotique, un trait de caractère, une maladie somatique, organique ou fonctionnelle ou une pathologie psychique. Toutes les maladies organiques ont un sens symbolique et le symptôme exprime, par celles-ci, un conflit. La

psychosomatique devrait restituer à l'être la liberté qui consiste dans la pleine mise en jeu de ses potentialités, c'est-à-dire réconcilier l'adulte avec l'enfant, revenir à la présence d'Eros représenté comme enfant, source libre de jeu, création constante et mouvante de soi.

Cette vision nous paraît intéressante, même si certains ont pu lui reprocher son aspect non scientifique voire mystique.

5.3 F. Alexander (1891-1964) et la névrose d'organe

Il crée, dans les années 1930, l'École de Chicago et va faire des liens entre conflit psychique et certains organes de décharge. En 1950, il développe un nouveau concept différent de celui de conversion. F. Alexander (1950) va distinguer la névrose hystérique et la névrose d'organe. Dans le premier cas, seules la coordination et l'intensité des fonctions de l'organe sont perturbées, les troubles sont fonctionnels, la structure anatomique de l'organe reste inchangée, et cet état est réversible. C'est une expression symbolique d'un contenu à charge émotionnelle qui a pour but la décharge de cette tension. Dans le second cas, **ce serait une réponse physiologique du système neurovégétatif aux stimuli dus à des états émotionnels répétés au cours d'un conflit affectif dans la durée** et l'absence de contrôle de ces décharges émotionnelles pourrait provoquer une lésion organique pathologique irréversible.

Ainsi, peut être déterminée la différence entre un symptôme de conversion et un type de névrose d'organe.

Alexander évoque le concept de « *troubles psychogènes des fonctions organiques* ». Ces troubles se dérouleraient en deux temps : d'abord, il se produirait un désordre fonctionnel de l'organe, causé par un trouble émotionnel persistant (lié donc aux relations interhumaines) ; ensuite, les troubles fonctionnels chroniques amèneraient progressivement une altération irréversible des tissus.

On sait aujourd'hui qu'une étude complète et minutieuse de la vie du malade nous révèle l'origine fonctionnelle du trouble. Cette origine est antérieure aux altérations histologiques produites dans l'organe. Alexander écrivait également

« Les facteurs émotionnels influencent tous les processus physiologiques par l'intermédiaire des voies nerveuses et humorales » (Alexander, 1950, p.40).

Il était un précurseur des découvertes actuelles des neurosciences.

Cette théorie fonctionnelle des maladies organiques souligne l'importance des causes chroniques internes, notamment l'hyperactivité continue des fonctions au quotidien, dans **la lutte pour l'existence**.

La théorie de F. Alexander est intéressante parce qu'intuitive et il faut lui reconnaître le mérite d'avoir ouvert la voie aux travaux ultérieurs de certains psychosomaticiens, notamment ceux de l'École de Paris.

5.4 Dunbar et les profils de personnalité

Cet auteur vise à établir des correspondances entre certaines pathologies organiques et certains profils de personnalité déterminés par le style d'existence du sujet et ses conduites. Cette théorie est reprise actuellement par M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (1994).

5.5 P. Marty et l'école psychosomatique de Paris.

Pour P. Marty,

« L'homme est psychosomatique par définition. [...] L'adjectif psychosomatique appliqué aux malades et aux maladies nous paraît ainsi redondant, celer une certaine ambivalence vis-à-vis de l'entreprise psychosomatique. »¹

Nous partageons cette position qu'il qualifie de moniste par opposition à la dichotomie classique psyché/soma.

L'intérêt de la théorie de P. Marty, dont nous allons dégager les grandes lignes est qu'elle repose sur une expérience clinique auprès d'adultes, elle est riche d'enseignement et de concepts.

5.5.1 La théorie de P. Marty s'articule selon trois axes :

- Le modèle de la somatisation régressive :

La maladie résulte d'une désorganisation contre-évolutive. Les patients psychosomatiques ont une organisation particulière caractérisée par une défaillance de la mentalisation (du préconscient).

- Le concept de fixation-régression :

¹ Pierre Marty, 2004, La psychosomatique de l'adulte, p.11-12.

Lors d'évènements désorganisateur, il n'existe pas de palier de fixation aux niveaux œdipien et précœdipien ; le processus de régression ne peut alors être arrêté par ces paliers et aboutit à une désorganisation psychosomatique.

- L'importance du registre économique :

Equilibre qui commande les mouvements individuels de vie et de mort. Lorsqu'il y a défaut de mentalisation, le traumatisme engendre des excitations pulsionnelles et instinctuelles à l'origine d'une régression provoquant une affection somatique mettant fin à la désorganisation psychique.

Partant des travaux de M. Ziwar (1948) sur la constitution de l'appareil mental et ses dysfonctionnements qualitatifs, P. Marty et M. Fain (1953)¹ mirent à jour deux pistes qui devaient occuper les recherches en psychosomatique. Il s'agit, d'une part, de la notion d'une structure spécifique et, d'autre part, de l'existence de mécanismes de défense différents des mécanismes intrapsychiques, ces deux entités ouvrant sur le **concept d'insuffisance fondamentale ou passagère du fonctionnement mental en psychosomatique**.

Marty présente les rachialgies de ses patients comme le résultat d'un débordement passager de l'appareil mental. Ces patients présenteraient une difficulté à penser, une difficulté à mettre en mots aussi, un blocage de la conscience, au sens large du terme. Des recherches à partir de l'hypertonie musculaire montrent que ce serait le résultat

« Des impossibilités de décharger par les voies directement musculaires et d'élaboration mentale, une angoisse issue de la confrontation des sujets à leurs conflits internes ou relationnels. » (Marty, 2004, p.22).

5.5.2 L'insuffisance du fonctionnement mental est marquée par :

- La pensée opératoire (PO)

Par ce concept, Marty nous montre que **les activités fantasmatiques et oniriques**, en permettant de gérer les tensions pulsionnelles, **protègent la santé physique**, mais dans le cas de la pensée opératoire ces activités perturbées provoquent des troubles somatiques. Dans ces cas, l'extériorisation de

¹ [ChapitreIII.pdf.pdf](#)

http://dial.academielouvain.be/vital/access/services/Download/boreal:5289/PDF_06

l'agressivité a peu de place et la connexion avec les mots est médiocre. (Marty et M'Uzan, 1962, Barcelone, 2004, pp.26-27). Le sujet adhère à une pensée excessivement concrète et hyper adaptée qui masque son impossibilité à exprimer des affects. Cette pensée opératoire, chronique ou non, se présente, dans tous les cas, comme menace de désorganisation somatique du fait des faibles capacités de mentalisation du sujet.

La vie opératoire, qui tient compte de la faiblesse de la pensée face aux comportements (réduits à des automatismes), a pris le pas sur la seule pensée opératoire ; les désirs ont disparu et tout le fonctionnement se montre rationalisé.

Cependant, Mc Dougall propose une approche psychanalytique des somatisations qui s'appuie sur le concept d'*hystérie archaïque* (1989). Il y aurait possibilité, pour tous sujets d'une potentialité de décompensation psychosomatique à certaines périodes de la vie sans qu'ils soient hystériques ou, soumis à la pensée opératoire.

« Il existerait une forclusion de l'affect et donc, impossibilité de représentations nommables. Le corps serait alors le lieu d'une réponse face à l'impossible réception d'une douleur psychique. » (Cuynet, Mariage, 2000).

La vie opératoire apparaît reliée à la dépression essentielle.

➤ La dépression essentielle

P. Marty rebaptise la « *dépression psychosomatique* », en **dépression essentielle**, puisque, dit-il

« Elle constitue l'essence même de la dépression à savoir l'abaissement du tonus libidinal sans contrepartie économique positive quelconque. »¹ (Marty, 2004, p.29)

Elle se caractérise donc par un **abaissement général du tonus des instincts de vie, mais sans contrepartie positive**, c'est-à-dire sans que le sujet exprime sa tristesse ou sa douleur. Elle émerge lorsque des événements traumatiques désorganisent les fonctions psychiques, ne permettant plus à ces dernières d'assurer leur travail d'élaboration. Des angoisses traduisent la détresse de l'individu incapable de gérer l'afflux des mouvements instinctuels, le moi est submergé. Cette dépression est dite essentielle car non perçue par le sujet, elle se traduit par sa négativité symptomatique.

¹ Pierre Marty, La dépression essentielle, Séminaire sur « la dépression », Revue Française de Psychanalyse, cité in Marty P., 2004, p.29.

Cette symptomatologie dépressive se définit par le manque, marqué par une annulation globale de la dynamique mentale (déplacements, condensations, introjections, projections, identifications, vie fantasmatique et onirique). L'énergie vitale s'éteint comme dans la mort, sans compensation, l'instinct de mort plane au-dessus du sujet. P. Marty précise que :

« L'absence de communication avec l'Inconscient constitue une véritable rupture avec sa propre histoire.»¹

Cette dépression essentielle évolue vers **la désorganisation progressive**.

➤ La mentalisation

C'est la capacité à mobiliser des représentations et à les relier à des affects. Leur qualité et leur quantité peuvent varier et leur rôle est de permettre les pensées, ainsi que la relation à soi-même et aux autres. Les représentations consistent en une évocation des perceptions, celles-ci laissent des traces mnésiques et sont la plupart du temps accompagnées d'affects à tonalités agréables ou désagréables.

La psychanalyse distingue **les représentations de « choses »** (réalités vécues au niveau perceptif, sensoriel et peu propices aux associations d'idées), qui sont du domaine de l'inconscient et **les représentations de « mots »** (produites à partir du langage, elles sont la base des associations d'idées et employées dans la communication interhumaine), qui sont facilement mobilisables par les affects.

En théorie, les représentations de mots se lient aux représentations de choses pour former **le préconscient**. Ce dernier est considéré par P. Marty comme la plaque tournante de l'économie psychosomatique. Dans « *l'espace* », il est proche de l'inconscient, du soma, des instincts et des pulsions par sa couche profonde, et ses couches supérieures peuvent accéder à la conscience. Dans le temps, au cours du développement, il se constitue des acquisitions mentales successives. Les deux systèmes interfèrent sans cesse et le préconscient est vu comme un réservoir de représentations de différentes époques plus ou moins liées entre elles.

Deux types de lacunes, selon P. Marty, signent des difficultés d'organisation du préconscient :

- D'une part, les lacunes fondamentales (avec insuffisance des représentations tant en quantité qu'en qualité augmentée d'une

¹ Pierre Marty ., 1980, L'ordre psychosomatique cité in Pierre Marty., 2004, p.30.

insuffisance de connotation affective) dues à une défaillance sensorielle – motrice de l'enfant et/ou de la mère ou d'excès ou carences affectives ; les fixations-régressions dans les mouvements psychiques y sont impossibles.

- D'autre part, des lacunes secondaires (avec incertitude à se souvenir de représentations évitées, non refoulées, en lien avec des tonalités désagréables de période de vie), qui peuvent provoquer des dysfonctionnements mentaux graves, risques reconnus en psychosomatique.

5.5.3 Les Principes de somatisation

Deux processus président à la somatisation : **la régression et la désorganisation.**

- **La régression** résulte d'un débordement d'excitations psychiques associé à une légère désorganisation mentale. La survenue, alors, d'une affection somatique bénigne et réversible met un terme à la désorganisation et permet, de ce fait, une réorganisation validant ainsi une suprématie de l'instinct de vie.
- **La désorganisation progressive** quant à elle, découle d'un excès d'excitations qui, ne pouvant être élaborées psychiquement, vont provoquer un dérèglement de l'organisation mentale, une vie opératoire et une dépression essentielle. Nous sommes alors en présence d'un tableau de maladie somatique évolutive où prédomine l'instinct de mort.

Il nous semble intéressant, ici, de préciser la notion de traumatisme :

« **Le dépassement des possibilités d'adaptation**, correspond, en psychosomatique, à la notion de traumatisme et l'effet désorganisant final du traumatisme sur les appareils mental et somatique définit le traumatisme. »
(Marty, 2004, p.49).

Le maintien de la somatisation sera en lien avec la durée de la dépression essentielle et donc avec la persistance des facteurs traumatisants. La fin de la dépression essentielle signera soit la disparition des facteurs traumatisants, soit un changement radical de l'état psycho-affectif des malades vis-à-vis de ceux-ci.

Pour P. Marty, les processus de somatisation peuvent surgir sur n'importe quelle structure mentale. **Cependant, la plupart des maladies somatiques sont en**

rapport avec un moi déficitaire faible ou désorganisé. La somatisation apparaît donc comme un moyen dont le sujet dispose pour réguler son homéostasie.

5.6 Le concept d'alexithymie

Ce concept est souvent mis en lien avec la pensée opératoire de P. Marty.

Il est décrit par P.E. Sifnéos (1973) et M.D. Nemiah (1978) et renvoie à

« L'incapacité d'un individu de pouvoir nommer ses états affectifs ou de décrire sa vie émotionnelle » (Mc Dougall, 1982, p.73).

Notons bien que ces sujets ne sont pas exempts de sentiments, ils ne peuvent simplement pas les nommer.

Ainsi, tout sentiment de détresse, de désespoir, de rage ou encore d'angoisse semble écarté totalement de la psyché, le discours est d'une pauvreté rare.

Le concept d'alexithymie est un concept athéorique à multiples interprétations.

Il concerne des personnes à pathologies somatiques, mais non névrosées, bien insérées dans la société et qui recourent à l'action pour résoudre leurs conflits.

L'alexithymie se caractérise, selon les auteurs par quatre ou cinq facteurs :

- Difficultés à identifier et distinguer les états émotionnels.
- Difficultés à verbaliser les états émotionnels à autrui.
- Vie imaginaire très réduite avec rêves et fantasmes quasi inexistantes.
- Mode de pensée de type pragmatique tournée vers les aspects factuels de l'existence au détriment de ses aspects affectifs, le recours à l'action permettant d'éviter les conflits ou l'expression des émotions.
- Pour certains auteurs, il existerait aussi une faible réactivité émotionnelle qui semblerait en lien avec une difficulté à réguler ses émotions.

Remarquons également que ces sujets ont une faible capacité d'empathie et semblent incapables de comprendre le désir de l'autre et de reconnaître ses sentiments. Par ailleurs, ce sont des personnes qui présentent une absence de sensibilité à l'art et n'ont aucune créativité. L'alexithymie varierait en fonction de l'âge et de la culture, ainsi que de la structure de la famille dans lequel le sujet aurait grandi.

L'alexithymie se présente sous deux formes :

- La forme primaire à base biologique qui prédisposerait le sujet à la pathologie psychosomatique.
- La forme secondaire, celle qui nous intéresse, qui est une forme réactionnelle à une situation de stress et qui est perçue comme un mécanisme de défense pour protéger la personne.

L'explication de l'alexithymie se retrouve dans plusieurs théories, notamment les théories neurocognitives, les théories du stress et les théories psychanalytiques.

Il a été remarqué également une inaccessibilité analytique chez les personnes alexithymiques.

Des outils de mesure psychométriques, sous forme d'échelles ont été élaborés afin de mesurer l'alexithymie. Il en existe deux grands types, celles auto-évaluées par le patient lui-même et les hétéro-évaluées auxquelles nous ajouterons les échelles mixtes.

Il s'agit du Toronto Alexithymia Scale (TAS), du Beth Israël Questionnaire (BIQ), du Schelling- Sifneos Personality (SSPS) et du MMPI Alexithymia Scale.

Ces échelles ne sont pas toujours très fiables et parfois critiquées engageant à une certaine prudence lors de l'interprétation de leurs résultats.

On retrouve l'alexithymie dans différentes pathologies et notamment :

- Pathologies psychosomatiques
- Toxicomanie
- Troubles alimentaires
- Etat de stress post traumatique
- Troubles anxieux et troubles paniques
- Troubles dépressifs
- Autres pathologies, respiratoires (asthme), dermatologique(eczéma), diabète, douleurs chroniques, cancers entre autres.

5.7 H. Selye (1907-1982) et la théorie du stress.

H. Selye était endocrinologue et Directeur de l'Institut de Médecine et de Chirurgie Expérimentale à Montréal.

Il nous a semblé intéressant de voir le lien possible entre l'impasse relationnelle au sens de M. Sami Ali et le stress tel qu'il est défini par H. Selye.

« Le stress décrit les modifications physiologiques et biologiques qui surviennent dans l'organisme, en réponse à une situation où il se trouve soumis à une pression continue, sans qu'il puisse la quitter, ni la modifier »¹.

La fuite et l'attaque étant neutralisées, au point que le conflit dure indéfiniment, le stress paraît déjà comme une forme d'impasse où les deux issues possibles sont, par définition, bloquées.

Toutefois, « *le concept d'impasse dépasse celui de stress plus restrictif* » précise Sami Ali. Dans les entretiens, il constate qu'il est difficile de rencontrer un évènement déclenchant, alors que, dès l'enfance, tout semble avoir été mis en place pour créer **une impasse coïncidant avec la vie même**, l'impasse relationnelle est le plus souvent précoce et traverse toute la vie.

Selye explique, non sans poésie, qu'il y a nécessité pour les organismes vivants de s'adapter au milieu dans lequel ils vivent et pour cela de pouvoir communiquer. Il nous précise que ce sont les différents systèmes, endocriniens, nerveux et immunitaires qui interviennent dans les réponses au stress, ceux-ci s'influencent mutuellement et agissent sur toutes les fonctions de l'organisme. Par leurs fonctions, ils permettent au sujet de percevoir son environnement et de produire les réponses physiologiques nécessaires à son adaptation. Cet auteur attire notre attention sur le fait que :

« Chacun de ces trois systèmes est constitué de cellules **douées d'une habileté exquise de communiquer** les unes avec les autres aussi bien qu'avec les cellules d'autres systèmes » (Selye, 2004, pp.15-16)

Comme si « *l'habileté exquise à communiquer* » était, à tous les niveaux, vitale.

5.8 M. Sami Ali et la théorie relationnelle

Pour Mahmoud Sami Ali, psychanalyste et disciple de Pierre Marty, mais qui développe sa propre conception, la pathologie organique porte d'emblée sur le corps réel par opposition à la psychopathologie freudienne qui ne porte que sur le corps imaginaire. Il dépasse l'aspect symbolique de la pathologie et parle de somatisation hystérique et non hystérique. Dans la première, il y aurait un excès

¹ Hans Selye, *Le Stress de la vie*, Paris, Gallimard, 1975 cité in Sami Ali, 2000, p.8.

d'imaginaire et dans la seconde, celle qui nous intéresse ici, au contraire, il y aurait défaut d'imaginaire, résultat pour M. Sami Ali d'un refoulement réussi. La somatisation serait donc une pathologie de l'adaptation avec rupture plus ou moins durable de l'inconscient ; le sujet semble fonctionner sans rêve, ni fantasmes, ni activité imaginaire. Ce refoulement, défense désespérée contre une réalité traumatique touchant au corporel qui l'a déterminée, ne signifie pas carence réelle de l'imaginaire. Seulement, ce refoulement ne peut s'opérer sans la transformation de l'ensemble du fonctionnement psychosomatique, il y a refoulement sans retour du refoulé.

Son point de départ est fourni par « *la théorie relationnelle* » qui postule

« Le primat absolu de la relation, à la naissance, et même avant, ce qui interdit de postuler des "processus internes" sans relation. De ce point de vue, " le psychisme" est relationnel au même titre que le " somatique"». (Sami Ali, 2004, p.4)

Nous ramenant ainsi au fait psychosomatique le plus élémentaire :

« Il n'y a pas de fonctionnement sans situation, ni de situation sans fonctionnement ». (Sami Ali, 2004, p.4)

Pour l'auteur, le fonctionnement psychosomatique résulte de l'activité onirique (rêves nocturnes, rêveries, hallucinations, jeux, transfert, affects...) selon qu'elle est présente ou non ou qu'existe une alternance entre conscience vigile et conscience onirique. Ainsi émerge la notion de « *Continuité et de discontinuité au niveau de l'ensemble du fonctionnement.* » (Sami Ali, 2004, p.4)

Pour Sami Ali, toute pathologie doit être envisagée comme émanant d'un **problème de relation entre le sujet et le monde extérieur** qui, sans issue, évolue vers quelque chose d'impossible à vivre qu'il nomme « **Impasse relationnelle** ». Celle-ci peut se présenter soit sous forme de contradiction, soit sous forme de cercles vicieux, interdisant que le conflit dans lequel l'autre est aussi impliqué ne puisse s'ouvrir sur quelque sens que ce soit. M. Sami Ali insiste sur le fait qu'il faut envisager la pathologie organique sous l'angle de l'impasse, **comme si la même difficulté, sans issue, se projetait, en même temps, au niveau biologique et relationnel**, ainsi l'approche thérapeutique consistera à trouver les conditions d'apparition de cette impasse et à tenter d'essayer de la dissoudre (en libérant du rêve et de l'affect). Cette impasse, sur la durée, finit par modifier le caractère du sujet.

Ce qui est intéressant chez cet auteur, c'est que, en établissant un lien entre la pathologie organique et l'impasse, il redonne à la clinique, liée intimement à la subjectivité, une **intrication** biologique et relationnelle à la charnière du corps réel et du corps imaginaire.

Prenant la temporalité comme point central, l'auteur déplore une adaptation conforme aux normes socio-culturelles qui peut s'effectuer au détriment de la subjectivité même du sujet, le refoulement de sa vie onirique (pauvre ou inexistante) annulant aussi des traumatismes non dépassés, des conflits précoces encore corrosifs et des deuils non faits.

Il propose d'explorer le temps sur son axe affectif, spécifiant que représentations et affects

« Sont l'envers et l'avvers du même phénomène original au fond de l'être. » (Sami Ali, 2000, p.3)

Un des intérêts de M. Sami Ali est de proposer, non seulement une théorie, mais aussi des perspectives thérapeutiques. Il suggère, une fois l'impasse repérée, d'orienter le travail vers sa dissolution (Sami Ali, 2000, pp.5-7) Le sujet est totalement dans l'adaptation au réel afin d'être conforme aux attentes de son entourage.

M. Sami Ali évoque encore d'autres affects pouvant révéler l'impasse relationnelle, notamment l'ennui qu'il décrit comme un sentiment de vide incommensurable linéaire au sein duquel tout a la même valeur. C'est en ce sens qu'il reste fortement lié à la dépression qui, en plus de sa dimension interne, représente un véritable barrage à la relation.

C'est dans ce contexte de la temporalité que l'auteur aborde la pathologie psychosomatique, notamment cancéreuse. Il décrit quatre types d'impasse pouvant aller du conflit le plus simple au plus complexe pouvant parfois exister chez la même personne. Il s'agit de :

- **Une temporalité circulaire** ramenant toujours au point de départ ou une oscillation sans fin entre deux extrêmes.
- **Une temporalité linéaire**, marquée par la nécessité de s'adapter toujours plus au détriment de la subjectivité, avec le risque, en l'absence de toute autre alternative d'aller droit à l'épuisement.

- **Une temporalité répétitive** qui consiste à toujours refaire la même chose, à nier le changement et qui, finalement se confond avec l'immobilité. On est hors du temps qui pourtant s'enfuit sans retour.
- **Une temporalité discordante** faite de deux systèmes subjectif et objectif, qui s'annulent mutuellement, sans parvenir à s'harmoniser alors qu'on est lancé dans un effort adaptatif qui se poursuit interminablement.

Sami Ali pose l'hypothèse que déjà, le modèle de vie choisi porte en lui la possibilité d'évoluer vers l'Impasse et que, finalement, **cette impasse serait la vie même**. Il souligne que ce n'est pas une simple coïncidence car :

« Le processus cancéreux lui-même implique le temps [...], parce que la vie qui va vers le vieillissement et le cancer constituent « l'avertissement et l'envers d'une même médaille » (Israël, 1997, p.85) Destin du cancer, Paris, Fayard, 1997). Tout se passe comme si il était possible de saisir le même processus, tant au niveau relationnel que biologique [...]» (Sami Ali, 2000, pp.9-10).

En résumé, pour M. Sami Ali, la somatisation est donc une **pathologie de l'adaptation** qui s'inscrit dans le temps et résulterait d'un refoulement réussi de l'imaginaire, le sujet semblant fonctionner sans faire appel ni aux rêves, ni aux fantasmes. Ce refoulement au long cours va entraîner des modifications de l'ensemble du fonctionnement psychosomatique.

Pour lui, toute pathologie doit être considérée concrètement **liée à un problème de relation entre le sujet malade et son environnement** qui, sans issue, débouche sur une impasse. Une « **dépression essentielle** » semble marquer le refoulement réussi de l'imaginaire. Cette dépression est donc **relationnelle** et renvoie à une problématique de la relation précoce, mais aussi au long cours, avec les proches.

La somatisation est aussi une pathologie des rythmes en ce sens qu'elle pourrait refléter un désaccordage ou un non accordage profond du dialogue du sujet avec son environnement.

5.9 Jean Benjamin Stora et la théorie des cinq systèmes

JB.Stora part du principe que les humains sont inscrits dans un triple tableau, somatique, psychique et socio culturel (Stora, 1999, p.18). Il avance l'hypothèse que les différents niveaux d'organisation du vivant sont alimentés par une

ressource commune : l'énergie composée d'énergie somatique (métabolique) et d'énergie libidinale (psychique) et

« Au cours des processus de somatisation, l'énergie libidinale perd sa qualité psychique, elle redevient de l'énergie somatique qui suit alors les lois bien connues des processus physico-chimiques » (Stora, 1999, p.19).

JB.Stora a créé, en 1994, une consultation de psychosomatique à la Pitié-Salpêtrière à Paris et a suivi l'observation clinique de plus de 2500 patients. Pour lui, le problème épistémologique est le suivant :

« Peut-on isoler le système psychique de l'ensemble de l'organisme vivant. Une telle approche est possible quand les symptômes des patients relèvent quasi exclusivement de la sphère psychique, (névroses dites classiques au sens de S. Freud). Mais qu'en est-il dans le cas des somatisations ? »

L'auteur va reprendre la psychosomatique de Marty en y incorporant la dimension médicale et neuroscientifique.

De cette idée va naître, pour la première fois, une théorie globale de l'individu. En effet Stora avance l'hypothèse que l'être humain, unité psychosomatique est

« Un système de systèmes, complètement intégré au terme d'un long processus de maturation psychosexuelle, biologique et neuronale. »¹

L'auteur tient à souligner que l'intégration est la coordination, la communication et la gestion même des différents systèmes au niveau global.

Pour Stora

« Les organisations psychiques ne sont pas établies une fois pour toutes ; elles sont en évolution constante avec des remaniements des représentations mentales, lorsque celles-ci existent. Il en est de même pour le système nerveux central dont la plasticité et les connexions synaptiques évoluent jusqu'à la fin de la vie de l'individu. »

L'appareil psychique, responsable de l'élaboration du quantum d'excitations, décrit par Freud, est l'appareil le plus évolué, et le premier à agir en cas de dysfonctionnement. En situation de stress, c'est l'appareil psychique qui va, en premier, mettre en place des mécanismes d'adaptation et de défense. Cependant, les autres systèmes ne restent pas inactifs et vont, eux aussi réagir face à une agression.

Les 4 autres systèmes sont

¹ Stora, Annales médico-psychologiques 2011

- Le système nerveux central
- Le système nerveux autonome
- Le système immunitaire
- Le système génétique ou génome

Ces 5 systèmes sont en interrelations et traitent, chacun selon sa spécificité, les données issues de l'environnement interne et externe. Ce sont des systèmes complexes ouverts dissipatifs d'énergie (Stora,1999) en opposition à ceux de Freud, systèmes fermés, répondant aux lois de Carnot mais non aux lois du vivant. Stora précise que dans les somatisations, la part du système psychique varie grandement en fonction de l'histoire du sujet, de son patrimoine génétique et de ses évènements de vie notamment. Stora avance alors une nouvelle manière de voir la somatisation via la « *Psychosomatique Intégrative* » et va alors décrire un nouveau modèle : **Modèle global pluri systèmes des somatisations** recourant à la théorie générale des systèmes (Von Bertalanffy) (Stora, 2010).

« Le modèle global de psychosomatique intégrative prend en considération les réponses apportées par les 5 systèmes afin de rétablir l'homéostasie. **Nous sommes en présence d'une infinité de positions d'équilibre à l'intérieur de chacun des systèmes plus les différents équilibres globaux possibles.** »

Cette nouvelle théorie prend en compte les variables psychiques et les variables biologiques de l'unité psychosomatique des êtres humains. En se référant à la théorie des systèmes, la Psychosomatique Intégrative a pour objectif de rechercher les interrelations entre médecine, psychanalyse et neurosciences. Nous sommes dans un contexte de modèle dynamique d'interrelations entre les cinq systèmes du vivant : psychique, nerveux central, nerveux autonome, immunitaire et génique. Stora avance l'hypothèse que **l'unité psychosomatique humaine est un « système de systèmes »**, (Von Bertalanffy, 1968). Et, ces systèmes sont

« Complètement intégré au terme d'un long processus de maturation psychosexuelle, biologique et neuronale. » (Stora, 2010).

(Intégration signifie ici, coordination, communication et gestion des systèmes au niveau global.)

Ces processus aboutissent, selon cet auteur à l'édification « *d'organisations somatopsychiques* » (Stora, 2006). Pour Stora, le système psychique n'est pas construit une fois pour toute, pas plus que le système nerveux, chacun, selon sa

structure, étant en évolution constante selon les aléas de la vie. Dans ce modèle global dynamique, le quantum d'excitations est pris en charge simultanément par les cinq systèmes du vivant en interrelations. Chaque système, en fonction de son mode de fonctionnement, traite les informations venant de l'environnement tant externe qu'interne.

Il s'agit « *de systèmes complexes ouverts dissipatifs d'énergie* » (Prigogine, I., Stengers, 1984 & Prigogine, I.1993).

➤ **Modèle de la double commande**

Quand le système psychique, face à trop d'excitations, ne peut plus répondre, le système nerveux central, programmé génétiquement pour la survie, entre en jeu. Par ailleurs, lorsque le système psychique reçoit une charge émotionnelle trop forte, il met du temps à réagir, de 24 à 48h. Pendant ce temps, les excitations vont être dirigées vers le SNC¹ et plus particulièrement vers l'axe HHS² qui, génétiquement est programmé pour la lutte ou la fuite. Tous les systèmes somatiques, aux côtés du système psychique œuvrent pour rétablir l'homéostasie psychosomatique. Et Stora note que

« **Les désorganisations progressives** sont l'indice de l'érosion ou de la disparition des défenses psychiques parallèlement à l'abrasion des défenses du système de défense immunitaire. »

Il nous rappelle aussi qu'un appareil psychique profondément structuré et intégré peut aider à ralentir ce processus et insistera sur la notion « *d'insuffisance de fonctionnement du Moi* » en référence à la 2e topique de Freud mais aussi aux différents niveaux de structuration du Moi.

➤ **L'hypothèse neuronale à l'origine des somatisations**

Stora propose, dans le cas où l'appareil psychique est débordé, des sous-systèmes neuronaux qui vont, de manière spécifique à chacun, activer les différents circuits biologiques de défense de l'organisme.

Les trois sous-systèmes fondamentaux sont :

- Le système de réaction de rage et de colère : activé par des états de frustration qui le déclenchent, la réponse est le combat.

¹ Système Nerveux Central

² Axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien

- Le système de réaction de peur : génère des sentiments d'anxiété , la réponse est la fuite.
- Le système de séparation-détresse (système panique) : non seulement avec de l'angoisse générée par la panique mais aussi avec les sentiments de tristesse et de perte accompagnant souvent les affects dépressifs.

➤ Le Moi, les mécanismes de réponse pour rétablir l'homéostasie, les 5 stades de somatisations :

L'auteur distingue cinq stades de somatisations allant des réponses psychiques les plus adaptées aux réponses psychiques les moins adaptées, ces stades sont accompagnés de mécanismes biologiques neuronaux et neuro-hormonaux.

- **STADE 1** Les mécanismes psychiques et somatiques de réponse et de gestion des excitations quotidiennes sont relatifs à un quantum d'excitations faible à moyen.(Perturbation mineure de l'homéostasie)
- **STADE 2** : Mise en échec du pouvoir de contrôle sur soi (état d' hyper vigilance, état hyper émotionnel, hyper activité)
- **STADE 3** : Désorganisation du Moi (asthme, eczéma, maladies inflammatoires de la peau et des yeux, ulcères, infarctus ou arrêt cardiaque par hypertonie du parasymphatique, hypertension, néphrosclérose, rhumatisme, polyarthrite).
- **STADE 4** : Rupture du Moi ou, plus spécifiquement, désorganisation psychosomatique du Moi ".(Maladies graves, cancers, atteintes cardiaques...)
- **STADE 5** : La désorganisation peut atteindre des niveaux de plus en plus profonds de l'appareil psychique jusqu'à parvenir à des états délirants, hallucinatoires, psychotiques, etc.

Stora ajoute que

«La désorganisation du Moi est la voie empruntée par les processus de somatisations mais le quantum d'excitations peut poursuivre sa poussée en déclenchant simultanément des mécanismes neuronaux et neuro-hormonaux. »

➤ Les mécanismes neuro-hormonaux

Stora complète son modèle par les mécanismes biologiques et neuro-hormonaux déclenchés par les situations de tensions dues à l'environnement. Il note l'intervention de sécrétions endocriniennes telles que l'ACTH¹ ou le cortisol notamment, ce dernier agissant sur les systèmes cardio-vasculaire, respiratoire et cognitif.

Dans le cadre d'un stress permanent (situations stressantes : Holmes et Rahe)², les réactions adaptatives montrent des sécrétions endocriniennes continues, (catécholamines – adrénaline, noradrénaline – par la médullo-surrénale, corticostéroïdes par le cortex surrénalien) qui ont des conséquences physiologiques importantes sur l'organisme.

« Toute forme de stress impliquant un changement significatif du cours de vie (décès d'un proche, perte de travail, traumatismes, etc.) peut activer l'axe HHS et produire des corticostéroïdes qui court-circuiteraient le système immunitaire de surveillance. »³

Par ailleurs, les gènes des cellules reçoivent, par l'intermédiaire des systèmes autonome et endocrinien, des molécules messagères en provenance des processus centraux de contrôle, modulés par le système psychique et situé dans le système hypothalamo-limbique. L'endommagement de ces gènes normaux provoquerait leur transformation en oncogènes qui, en modifiant la structure des protéines seraient alors responsables de cancers.

Alors qu'il existe de nombreux types de cancers, il apparaît maintenant qu'il n'y a que deux processus fondamentaux à l'origine de ceux-ci :

- 1. La création d'oncogènes
- 2. Le dysfonctionnement des gènes suppresseur de tumeurs : qui empêche de commander la limitation de la division des cellules.

6. En résumé

Nous retiendrons qu'actuellement, même si l'avancée reste encore timorée, la prise en compte des facteurs psychiques, dans les pathologies somatiques, est de

¹ ACTH : Hormone Adrénocorticotrope

² Annexe du livre « Quand le corps prend la relève » J.B.Stora

³ Ibid.

plus en plus présente. La prise en charge globale des patients, dans leur dimension psychosomatique devient de plus en plus prégnante grâce, notamment aux récentes découvertes des neurosciences qui mettent en lien les systèmes nerveux autonome (SNA) et central (SNC) avec le système immunitaire (Ader, 1981). Ces recherches ont renouvelé les conditions d'un dialogue, complexe, entre différentes disciplines médicales¹, biologiques², psychiatriques (Consoli, 1988, p.11 et Kandel, 2002, pp.42-80) et psychanalytiques (Green, 1994, pp.85-167).

¹ Pert CB, Ruff MR, Weber RJ, Herkenham M. Neuropeptides and their receptors: a psychosomatic network. J Immunol 1985; 135(suppl2): 820s-826s.

² Besedowski HO. What do the immune system and the brain know about each other? Immunol Today 1983;34:564-6.

II APPORT DES NEUROSCIENCES

A) Introduction

Freud, bien avant nous, avait déjà envie de résoudre l'énigme des liens entre corps et psyché.

Il publie, en 1891, son célèbre article sur « *l'aphasie* » et apporte ainsi une contribution fondamentale à l'étude neurologique de cette maladie. Il reçoit alors de nombreux éloges des spécialistes des neurosciences.

En 1895, dans « *L'esquisse* » et notamment, la première partie, Freud traite des principes de base de l'explication, en termes neurologiques, de la douleur, de la conscience, de l'expérience de satisfaction, des affects et des souhaits, du fonctionnement de l'« *appareil* » psychique, du moi, des souvenirs et des jugements, de la pensée et de son rapport à la réalité, des processus primaires, du rêve, etc. Le qualificatif « *scientifique* » dans la traduction française correspond en effet au but que Freud exprime dès le premier alinéa de son Esquisse :

« C'est l'intention de fournir une psychologie scientifique [naturwissenschaftliche], c'est-à-dire de présenter [darstellen] des processus psychiques comme états quantitativement déterminés de parties matérielles pouvant être montrées [aufzeigbar] et de les en rendre intuitifs et de leur ôter toute contradiction. Deux idées principales : Ce qui distingue activité et repos est à concevoir comme éléments, qui sont soumis à la loi générale du mouvement, comme parties matérielles, il faut admettre les neurones. »¹

L'idée de base de Freud semble claire : Représenter les phénomènes psychiques sous forme de phénomènes neurologiques.

Il écrit également, en 1917

« La psychanalyse espère découvrir le terrain commun qui rendra intelligible la rencontre d'un trouble somatique et d'un trouble psychique. Pour parvenir à ce but, elle doit se tenir à distance de toute présupposition d'ordre anatomique, chimique ou physiologique et ne travailler qu'en s'appuyant sur des notions purement psychologiques » (Freud, 1950, 31- 32).

¹ Sigmund Freud, *Gesammelte Werke, Nachtragsband*, Francfort, Fischer Verlag, 1987. [=GW, Nachtragsband] p., 387

B) Définition des neurosciences :

Les neurosciences regroupent toutes les sciences nécessaires à l'étude de l'anatomie et du fonctionnement du système nerveux. Ce dernier associe différents organes dont le cerveau, la moelle épinière, les nerfs, les organes des sens et le système nerveux autonome qui contrôle l'homéostasie¹.

1. Différents modèles

Le cerveau traiterait l'information pour donner naissance à nos émotions, à nos comportements et à nos pensées.

Nous savons que notre cerveau traite et filtre l'information. Cependant, nous ne savons pas comment l'influx nerveux permet la production de nos comportements, de nos émotions, de nos pensées :

« Comment neurosciences et psychanalyse, qui proposent toutes deux des modèles de fonctionnement de la pensée peuvent-elles collaborer ? » (Stora, 2006).

Pour poser le problème des relations entre le corps et la psyché, les neuroscientifiques parlent de « conscience ». Ils posent l'hypothèse que la vie mentale revient à une vaste assemblée de neurones et, ils essaient d'appréhender ce qui, dans cette assemblée, génère la conscience. (Stora, 2006, p.27).

Nous retiendrons deux modèles, celui de Antonio R. Damasio et, celui de Gerald. Edelman.

1.1 Modèle de Damasio

Damasio, neurobiologiste, a une approche biologique et neuronale de la conscience. Il distingue deux sortes de conscience :

- Une conscience-noyau qui doterait l'organisme d'un sentiment de Soi dans le présent. A cette conscience, correspondrait le Soi central.
- Une conscience-étendue ou intelligence, qui serait un phénomène complexe biologique et qui évoluerait tout au long de la vie de l'organisme et, correspondrait avec le Soi autobiographique. Elle devient possible lorsque l'on peut se représenter ses expériences conscientes dans le passé

¹ <http://www.techno-science.net/?onglet=glossaire&definition=943>

ou le futur par l'entremise de la mémoire et de nos fonctions supérieures permettant la conceptualisation abstraite.

Il nomme proto-Soi, la première forme du Soi, il serait constitué par l'état du milieu interne (viscères, système vestibulaire, appareil musculo-squelettique). Dans ce proto-Soi, les informations sont inconscientes.

Pour Damasio, l'organisme est cartographié dans le cerveau et l'objet est cartographié dans les structures sensorielles et motrices de celui-ci. Il défend l'idée que ce qui se passe dans le cortex visuel, à l'origine d'une image, par exemple, à la suite d'une perception est différent que ce qui se passe dans l'organisme. Ce modèle du « *corps dans le cerveau* » se rapproche de celui de Freud des représentations psychiques du corps. Au niveau neuro-anatomique, Damasio situe le « *système conscience* » dans le tronc cérébral, l'hypothalamus et, certaines parties du télencéphale basal :

« Cet auteur insiste sur la relation entre les états internes de l'organisme, contrôlés par le cerveau, qui constituent la toile de fond de l'esprit et, l'entité du Soi. »(Stora, 2006, p.31).

L'auteur décrit des marqueurs somatiques :

« Les marqueurs somatiques sont l'association d'une perception, d'une sensation déplaisante ou agréable corporelle lors d'une prise de décision à une image particulière (que la perception soit d'origine viscérale ou non) ».

Dans ce contexte, le cortex orbito-frontal va associer les sensations émotionnelles, qui sont implicites et automatiques, à un stimulus. **En encodant les expériences sensorielles, motrices et émotionnelles du corps, ces marqueurs faciliteraient une organisation de l'appareil psychique.**

1.2 Modèle de Gerald Edelman

Ayant pour but de construire un modèle neuroscientifique de la conscience, cet auteur va tenter de créer une théorie fondée sur l'évolution en faisant des liens entre embryologie, morphologie, physiologie et psychologie. Il s'appuie sur l'inconscient de Freud décrit dans « *Esquisse de psychologie scientifique* » où Freud explique que l'inconscient fait référence autant aux éléments qui peuvent être transformés en états conscients qu'à ceux qui ne peuvent l'être qu'au prix de grands efforts.

L'essentiel de la théorie d'Edelman est fondée sur 3 principes :

- La sélection ontogénétique
- Les renforcements ou affaiblissements synaptiques secondaires
- Les interactions de cartes cérébrales avec réentrance

Pour modéliser la conscience, Edelman se voit contraint de distinguer deux grandes formes de conscience, la conscience primaire et la conscience d'ordre supérieur.

- **La conscience primaire** : Elle permet de prendre conscience de la situation présente. Elle fait appel à une mémoire à court terme qui rend possible, comme le dit Edelman, le « *présent remémoré* ». Lorsqu'un stimulus est reçu par l'organisme, il y a formation de cartes perceptuelles constituées d'assemblées de neurones dont les connexions réciproques sont renforcées. Il en résulte un système de « *cartes neuronales* », chacune responsable de nos différentes possibilités perceptuelles, qui sont issues d'un processus sélectif appelé « *Darwinisme neuronal* » par Edelman. Quand le cerveau reçoit une nouvelle stimulation, plusieurs de ces cartes vont être activées et vont s'envoyer des signaux mutuels. La conscience primaire naît de l'interaction de différentes assemblées neuronales codant pour différentes propriétés d'un objet. Cela formerait des boucles qui pourraient unir des groupes de neurones même très éloignés dans le cerveau et, Edelman reconnaît l'importance des boucles thalamo-corticales dans l'émergence de la conscience.
- **La conscience d'ordre supérieur** : Emerge durant l'hominisation, elle dépendrait elle aussi de ces « *boucles réentrantes* » entre des assemblées de neurones. Mais des boucles qui se situeraient à plus grande échelle dans le cerveau, en particulier entre les aires corticales associées au langage et celles associées aux concepts abstraits. L'importance des capacités sémantiques qui s'ensuit permettrait alors l'émergence du concept de Soi, et donc la considération de la conscience primaire à la lumière du passé et du futur : **autrement dit, l'émergence d'une conscience d'avoir conscience, ce qui est la définition de la conscience d'ordre supérieur.**

Concrètement, cela serait rendu possible par la constitution d'un «*noyau dynamique*», c'est-à-dire un vaste groupement de neurones en perpétuel réarrangement, mais qui maintiendrait une continuité et, serait aussi capable d'intégration à travers la complexité (les deux caractéristiques principales de la conscience dont ce modèle veut rendre compte). En d'autres termes, le noyau dynamique permettrait de rendre compte du fait qu'à tout moment, il n'y a qu'un seul objet conscient, mais que la conscience peut passer très rapidement d'un objet à l'autre.

Edelman insiste sur l'aspect dynamique du noyau qui n'est pas une structure anatomique stable mais bien un pattern d'activités éphémères impliquant les neurones de différentes régions du cortex à un moment donné.

Et comme à tout moment, le noyau dynamique peut impliquer des régions du cerveau complètement différentes, cette hypothèse évite donc de devoir désigner une région cérébrale particulière, ou un type de neurone particulier, ou encore une fréquence d'activité neuronale particulière qui serait associée à nos états de conscience. À la place, ce modèle propose qu'une activité neuronale participe à un état conscient si elle se trouve incluse, au moment où cet état est conscient, dans le noyau dynamique.

Bien que les neurones de ce système dynamique interagissent principalement entre eux, ils influencent et sont influencés par d'autres structures cérébrales. Dans le modèle de la conscience d'Edelman, plusieurs structures cérébrales sont mentionnées comme jouant un rôle important.

C'est le cas du thalamus et du cortex qui participent à la formation des boucles réentrantes. Mais c'est aussi le cas des noyaux du tronc cérébral dont les axones remontent dans de vastes régions du cerveau, et qui propagent de manière diffuse des neurotransmetteurs (noradrénaline, sérotonine, acétylcholine, dopamine).

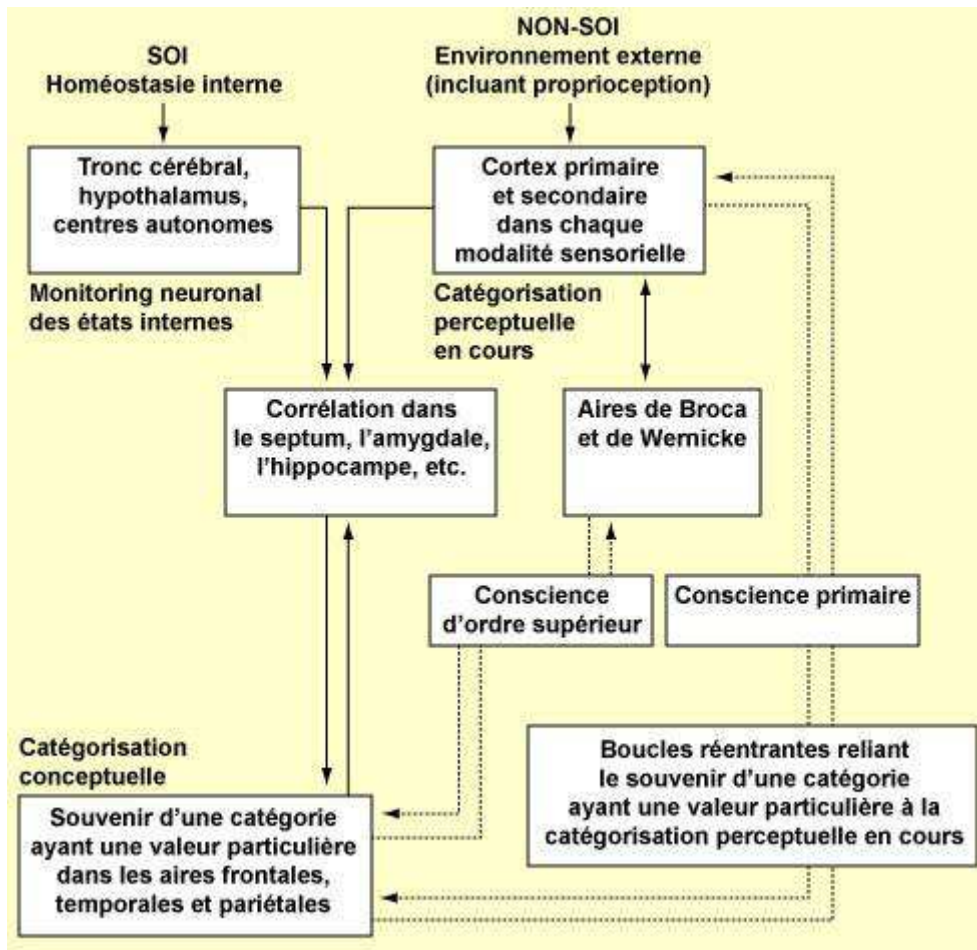


Figure 1 : Tableau d'Edelman

Le seuil d'activation des différentes assemblées de neurones du cortex sera alors déterminé par ces systèmes de neuromodulation diffus (Edelman parle en anglais de *"diffuse ascending value systems"*). Les neuromodulateurs peuvent modifier l'activité des populations de neurones. Ils peuvent également changer la probabilité que des synapses se renforcent ou s'affaiblissent en réponse à une activité neuronale donnée.

Enfin, la capacité de choisir entre de nombreux items, ceux qui ont une certaine importance relativement à l'histoire individuelle d'une personne constitue un avantage adaptatif certain. L'hippocampe, qui a co-évolué avec le cortex et interagit avec lui pour produire ce que l'on appelle une mémoire épisodique, joue probablement un rôle clé dans ce processus.²

Cette théorie qui relie psychologie et physiologie, Edelman la nomme **« la théorie de la sélection des groupes neuronaux »** ou TSGN.³

¹ (Susan Blackmore, 2010, Consciousness: An Introduction)

² http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_12/a_12_cr/a_12_cr_con/a_12_cr_con.html

³ Ibid

2. D'autres théories des neurosciences

2.1 Claude BERNARD (1813-1878)

Physiologiste, il étudie le milieu qui entoure les tissus, les cellules et les organes, et avance que c'est ce milieu qui permet leur interaction. Il présente alors, la notion de « *constance du milieu intérieur* »¹ ou stabilité du milieu intérieur, facteur fondamental à la survie des êtres vivants face aux changements extérieurs.

2.2 Walter B. CANNON (1871-1945)

Physiologiste, il analyse les mécanismes qui règlent le milieu intérieur et suggère le terme d'homéostasie (du grec homeo, similaire et stasis, condition, c'est-à-dire, conditions d'équilibre), il sera **le premier à employer le mot stress**, surtout en s'adressant au stress émotionnel. Il emploie ce mot à la mécanique où il signifie « *force exercée sur un corps capable de se déformer et, mesurée en mètres ou en kilos* »². Aujourd'hui, dans la plupart des dictionnaires, la connotation biologique est évidente par exemple, dans le Petit Larousse :

« Stress : ensemble de perturbations biologiques ou psychologiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme ».³

2.3 Hans SELYE (1907-1982)

Endocrinologue, il décrit le rôle important de l'axe hypothalamo - hypophysaire-surrénalien (HHS) dans l'intervention et l'harmonisation des réponses de l'organisme face au stress, dans le but d'assurer l'homéostasie. Pour lui, le stress « *stimule les mécanismes de défense pour la sauvegarde de l'homéostasie contre les conditions changeantes de l'environnement* ». Le stress est d'origine physique (Hypoglycémie, traumatisme, exposition à des températures extrêmes, infections, activité physique excessive) ou psychologique (Anxiété aiguë, chronique, anticipation du stress, situations nouvelles, maladies)⁴

¹ TIMIRAS, P., (2004). Stress, adaptation et longévité, Paris, Economica Polytechnica, Biologie, Collection Communication cellulaire.p.4.

² Ibid, p.4.

³ Petit Larousse Illustré

⁴ TIMIRAS, P., (2004). Stress, adaptation et longévité, Paris, Economica Polytechnica, Biologie, Collection Communication cellulaire.p.7.

2.4 Bruce S. Mc EWEN

Neuroendocrinologue, il avance, en 2002, un substitut du terme homéostasie, celui d'homéodynamie¹, pour bien souligner la nature dynamique des accommodations physiologiques.

2.5 Teresa E. Seeman²

Epidémiologiste, elle montrera, en collaboration avec McEwen, les résultats négatifs de l'adaptation. En effet, **les stress répétés dus aux évènements extérieurs, à l'environnement, finiraient par diminuer la résistance au stress, donc, l'adaptation et seraient responsables de pathologies somatiques.** Il y aurait également une incapacité à bloquer l'action des réponses au stress et donc de revenir au niveau normal des hormones surrénales élevées par le stress.

¹ TIMIRAS, P., (2004). Stress, adaptation et longévité, Paris, Economica Polytechnica, Biologie, Collection Communication cellulaire.p.10

² <http://www.macses.ucsf.edu/research/allostatic/allostatic.php>

III L'HUMAIN, UN SYSTEME COMPLEXE NON LINEAIRE

A) Définition

Certains phénomènes ne peuvent pas être décrits par des modèles et méthodes linéaires, ce sont les systèmes complexes non linéaires.

Étymologiquement, compliqué (du latin cum pliare, empiler avec) signifie qu'il faut du temps et du talent pour comprendre l'objet d'étude et complexe (du latin cum plexus, attaché avec) signifie qu'il y a beaucoup d'intrications, que « *tout est lié* » et que l'on ne peut étudier une petite partie du système de façon isolée.

Un système non linéaire est un système qui, au sens physique, ne peut pas être décrit par des équations différentielles linéaires à coefficients constants. Cette définition, ou plutôt cette non-définition explique la complexité et la diversité des systèmes non linéaires et des méthodes qui s'y appliquent. Il n'y a pas une théorie générale pour ces systèmes, mais plusieurs méthodes adaptées à certaines classes de systèmes non linéaires. (Jutten, 2006, p.4). Pour résumer, nous pouvons écrire que l'humain se présente comme un système ouvert (qui agit en permanence avec son environnement), complexe non linéaire.

B) Propriétés d'un système complexe

Un consensus existe sur des propriétés communes à la plupart des systèmes complexes :

- Le système est composé d'un grand nombre d'éléments.
- Souvent les éléments sont de plusieurs types et possèdent une structure interne qui ne peut être négligée.
- Les éléments sont reliés par des interactions non linéaires, souvent de différents types.
- Le système est soumis à des influences extérieures à différentes échelles
- La principale caractéristique d'un système complexe est sa causalité circulaire, plus explicitement, l'existence de rétroactions des

comportements collectifs et des propriétés émergentes (macroscopiques) sur le comportement des éléments (microscopiques).¹

C) Fonctionnement

Dans un système non linéaire, les éléments vont, collectivement, modifier leur environnement qui, en retour, va les contraindre et modifier leurs états ou leurs comportements possibles. Dans un système complexe, connaître les propriétés et le comportement des éléments isolés n'est pas suffisant pour prédire le comportement global du système. **Le système est dynamique.**

Le graphe d'interaction n'est pas trivial : Ce n'est pas simplement tout le monde qui interagit avec tout le monde mais, il existe des liens privilégiés entre certains éléments. Les interactions sont locales, de même que la plupart des informations ; il y a peu d'organisation centrale. Il existe des boucles de rétroaction (feedback) ; l'état d'une entité a une influence sur son état futur via l'état d'autres entités.

Le plus souvent, ce sont les caractéristiques suivantes qui se manifestent :

Les interactions des composants entre eux forment des "groupes" de composants fortement liés. Chaque "groupe" étant en interaction avec les autres, ce qui permet de modéliser le système complexe par niveaux : chaque composant interagit "localement" avec un nombre limité de composants. Ces interactions font appel à la cybernétique :

« Terme qui vient de " κυβερνητική" (kubernêtikê) qui désignait le pilotage d'un navire. C'est une modélisation de la relation entre les éléments d'un système. La première cybernétique étudie comment les systèmes maintiennent l'homéostasie (morphostase) par des mécanismes d'autorégulation, la « deuxième cybernétique » du psychiatre William Ross Ashby et des biologistes Humberto Maturana et Francisco Varela étudie comment les systèmes évoluent et créent des nouvelles structures (morphogénèse). »²

Les boucles de rétroaction, aussi appelées interactions réflexives, (c'est-à-dire le fait qu'un composant interagisse avec lui-même, soit directement, soit indirectement à travers la chaîne d'interactions avec les autres composants) sont une des raisons de la non-linéarité du comportement du système : "emballement",

¹ * A. Lesne. Complexité du vivant, sélection naturelle et évolution, Natures, Sciences, Sociétés 16, 150-153 (2008); 17, 55-56 (2009).

² fr.wikipedia.org/wiki/Cybernétique

"relaxation" ou "oscillation autour du point fixe" dans le cas "simple" de l'interaction réflexive d'un composant ; comportement difficilement prédictible dans les cas réels d'interactions entre de nombreuses entités.

Les composants peuvent être eux-mêmes des systèmes complexes ("niveaux") : une société peut être vue comme un système composé d'individus en interaction, chaque individu peut être vu comme un système composé d'organes en interaction, chaque organe etc...

Le système agit sur son environnement; on dit que le système est ouvert. Dans le système "entrent" de la matière, de l'énergie ou des informations ; du système "sortent" de la matière, de l'énergie ou des informations. La frontière du système est définie par rapport à l'environnement, la forme, c'est-à-dire ce qui permet de distinguer le système du "fond" est variable (dans le temps et dans l'espace) car le système se transforme en agissant. Cette frontière peut être floue : par exemple, en considérant le système complexe "un humain".¹

Ce qui va nous intéresser ici, c'est l'humain en communication et nous allons examiner l'homme en interrelations dans sa famille et, plus largement, dans son environnement.

¹ http://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_complexe

IV FAMILLE ET COMMUNICATION

A) Définitions

« La communication est l'action, le fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui »¹

Dans le verbe communiquer, existent l'idée et la façon de transmettre l'idée et, ce qui fonde la communication, c'est la notion d'entrée en relation. On peut dire que la communication est le véhicule des relations.

D'un point de vue historique, Y. Winkin (1981, p.13-14) nous apprend que les termes *Communiquer* et *Communication* apparaissent dans la langue française dans la seconde moitié du XIV^{ème} siècle. Leur sens est encore très proche du latin *communicare*, mettre en commun, être en relation et de communier et communion, et ce, jusqu'au XVI^{ème} siècle. Ces termes s'entendent ensuite au sens de « *propriétaire en commun* », d'où découlera au XVI^{ème} siècle le sens de « *faire part(age)* ». Puis, à la fin du siècle, « *communiquer* » commence à signifier aussi « *transmettre* ». C'est ce sens qui prédomine encore actuellement dans la langue française.

Cette évolution historique du sens des mots communiquer et communication, fort bien mise en lumière par Y. Winkin, nous paraît assez révélatrice d'une certaine évolution de notre société allant de la communauté vers l'individualisme contemporain.

Nous articulerons la notion de communication avec celle de mutualité : nous entendrons par **communication avec mutualité**, une communication qui s'accompagne d'une reconnaissance de l'autre comme être respectable dans son autonomie, dans son statut de personne.

Dans le cas où la communication se fera avec suffisamment de mutualité, nous pouvons nous attendre à ce que la relation soit de nature saine et nourricière.

A l'inverse, une communication avec attaque de la mutualité risque fort de voir se développer une relation pathologique, aliénante, destructrice.

¹EncyclopédieWikipédia
http://fr.wikipedia.org/wiki/Communication#Sciences_connexes_.C3.A0_la_Communication

Ceci étant posé, nous allons envisager la dynamique familiale selon l'approche systémique, puis psychanalytique, avant de préciser notre propre perspective avec l'éclairage de diverses approches humanistes.

B) La dynamique familiale selon l'approche systémique de la famille

1. Généralités

En systémique, les sujets sont des acteurs et l'action d'un sujet a des effets sur les autres ; l'outil qui caractérise la relation, c'est l'interaction et c'est à travers l'interaction qu'évolue, se renforce ou s'arrête une relation. L'important, c'est ce que nous faisons à l'autre et ce qu'il peut nous faire, il existe une véritable co-action. Dans cette « *pragmatique de la communication* », nous pouvons observer des schémas du type : « *Votre problème, c'est ma solution* » générateurs de symptômes par excellence.

Les deux grands principes qui président à la systémique sont :

- La boucle rétro active ou feed-back : processus permettant le contrôle d'un système en l'informant des résultats de son action.
- L'ordre et le désordre : l'idée est que tout système tend à un équilibre, et, lorsqu'apparaissent des variations du système, celui-ci utilise son feed-back informationnel qui va permettre sa régulation ou homéostasie.

2. L'approche systémique de la famille

La famille est considérée comme un système ouvert, c'est-à-dire, comme un ensemble d'éléments reliés entre eux par un certain nombre de relations à finalités autodéterminées, (le système est capable d'échanger informations, matière, énergie avec le milieu.). Remarquons que chaque élément est lui-même un système :

« La famille est à penser comme une structure de liens [...] la famille, c'est encore le partage d'une histoire commune, d'un lieu de vie, de projets [...] c'est un espace psychique groupal où la rencontre et la relation aux autres sont possibles »¹

¹P. Cuynet, A.Mariage, 2000, Le corps en famille, p.175,176.

Les caractéristiques de ce système sont :

- La totalité : les éléments sont si liés que la modification de l'un entraîne celle des autres.
- La non sommativité : le tout est supérieur à la somme de ses éléments.
- La rétroaction : des informations introduites dans le système agissent sur le système et sont modifiées par lui.
- L'équifinalité : Nous pouvons avoir différentes causes pour un même résultat.

La théorie systémique s'appuie sur quatre principes :

- Le modèle est circulaire et complexe (idée d'imprévisibilité) et la notion de contact domine celle de transmission.
- Le modèle est interactif, l'interactivité étant l'action réciproque modifiant la nature ou le comportement des éléments.
- Le modèle englobe la totalité et les liens unissant les éléments d'un système sont si étroits « *que la modification d'un élément entraînera une modification de tous les autres et du système entier.* »¹ En systémique, le sujet fait partie de l'environnement et l'environnement, du sujet.
- Le modèle est relationnel : chaque partenaire cherche à déterminer la nature de la relation qui les unit.

L'analyse systémique ne voit pas la personne malade comme un sujet, mais comme un acteur. Elle s'intéresse à la façon, d'agir, d'inter-agir, des éléments d'un système entre eux, vis-à-vis du tout et, à l'influence de celui-ci sur les parties.

Pour Paul Watzlawick, un symptôme peut avoir des causes différentes et la conjonction dans le milieu, de certaines conditions initiales, sera vue plutôt comme facteurs déclencheurs de symptôme que comme cause.

Le symptôme est le produit de l'action collective (tous les membres de la famille y participent), il est l'extériorisation, par un membre du système, du dysfonctionnement de la totalité du système. Il peut se manifester par un comportement violent, un échec scolaire, une dépression ou toute autre pathologie somatique.

¹ Watzlawick, 1972, p.123

Don Jackson¹, dans les années 50, introduit, dans son modèle d'interaction familial, le concept d'homéostasie familiale. Jay Haley et Jackson ont observé que la diminution des symptômes chez un membre de la famille pouvait être suivie par l'apparition de symptômes chez un autre membre de la famille (dépression, épisodes psychosomatiques, etc...). Ils ont alors supposé que ces comportements et, peut-être aussi la maladie du patient, étaient des « **mécanismes homéostatiques** », qui avaient pour fonction de ramener le système perturbé à son fragile équilibre. **Ceci est le noyau d'une approche de la famille par le biais de la communication, ce qui est le point central de notre travail.**

Le patient désigné de la famille n'est pas malade de sa seule personne, mais aussi d'un dysfonctionnement de sa famille. Porteur des symptômes de la famille, il la protège par sa souffrance afin de maintenir sa cohésion, en assurer son homéostasie.

3. Les cinq axiomes de la communication

3.1 Premier axiome

« On ne peut pas ne pas communiquer. »²

Il est impossible de ne pas avoir de comportement. Ainsi plongés dans notre environnement culturel, social, naturel, nous sommes contraints de réagir biologiquement, affectivement, socialement.

3.2 Deuxième axiome

« Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et, est par suite une métacommunication. »³

Le contenu, c'est l'information, ce que nous voulons transmettre à l'autre et la relation, c'est la façon dont nous avons envie que soit perçu ce message. Ce deuxième aspect est l'aspect moteur de la communication, il englobe le premier.

¹ <http://www.psychologue.levillage.org/sme1020/10.html>

² Watzlawick & coll, 1972, p.48.

³ Watzlawick & coll, 1972, p.52.

3.3 Troisième axiome

« La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires. »¹

La communication entre sujets peut être vue comme une séquence ininterrompue d'échanges, mais chacun ponctue les faits comme ça l'arrange introduisant une notion de ponctuation de la séquence des faits.

3.4 Quatrième axiome

« Les êtres humains usent simultanément de deux modes de communication : digitale et analogique. »

Watzlawick expose ces deux modes de communication :

- La **communication digitale** : elle utilise des symboles ou mots, ceux-ci correspondent à des choses selon un code propre à chaque langue et sont articulés selon une grammaire logique. Cette communication offre la possibilité d'abstraction.² Elle définit le **contenu** du message.
- La **communication analogique** : c'est la communication non verbale, instinctuelle et primitive ; elle est riche de sens et montre nos émotions et nos sentiments. La communication analogique définit la **relation**. Intuitive, elle peut aussi s'avérer ambiguë, en effet on peut pleurer de tristesse ou de joie et seul, le contexte peut nous renseigner, enfin, elle n'a pas les moyens de dire NON. Pour traduire l'ambiguïté communicationnelle, il faut passer de l'analogique au digital, cela revient à parler de la relation, à métacommuniquer.³ Notons encore qu'il est difficile de mentir dans le domaine analogique.

Nous pensons comme Paul. Watzlawick que, dans la communication non verbale, il faut englober non seulement la kinesthésie mais aussi tout ce qui est posture, gestuelle, mimique, mélodie et rythme de la voix, ainsi que toute autre manifestation non verbale exprimé par le corps (Watzlawick, 1972, p.60). Par ailleurs, l'auteur précise que seul l'humain est capable d'utiliser ces deux modes de communication, et nous laisse entrevoir la possibilité, non seulement de leur coexistence, mais aussi de leur complémentarité. (Watzlawick, 1972, pp.60-61).

¹ Watzlawick & coll, 1972, p.57.

² François Terrin, <http://www.cvconseils.com/communication.html>

³ Ibid.

En résumé et en règle générale, le contenu du message sera transmis de façon digitale, tandis que la manière de le transmettre, ou relation, sera du registre de l'analogique. (Watzlawick, 1972, p.61).

3.5 Cinquième axiome

« Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence. »¹

Une relation symétrique est une relation d'égalité qui minimise la différence. Une relation complémentaire, au contraire, maximise la différence, avec deux positions, l'une est dite haute, l'autre basse.

3.6 A ces cinq axiomes, nous proposons d'en ajouter un sixième, ainsi formulé :

« Tout message adressé par un humain, sujet de langage, à un autre peut et doit être entendu comme porteur d'une demande de reconnaissance du sujet en tant qu'être humain avec ses propres désirs »²

Ce 6^e axiome s'articule avec nos hypothèses et vient rappeler, la dimension essentielle pour nous du besoin de reconnaissance existentiel trop souvent ignoré dans les approches scientifiques.

4. La communication : du normal au pathologique

La communication est dite pathologique lorsque, au lieu de remplir sa fonction de lien positif entre les individus, elle contribue, au contraire à créer des liens négatifs. Cette communication est surtout pathogène lorsque le récepteur a des liens avec l'émetteur qui ne lui permettent pas de refuser ce message (ex : enfants / parents). Dans cette situation, le sujet est atteint dans son psychisme, déstabilisé et peut montrer des symptômes.

Nous allons reprendre les différents styles de communication.

¹ Watzlawick, 1972, p.68.

² Pascale Hamelin, mémoire Master2 Recherche, 2008

4.1 Confirmation de la communication

Dans une communication saine, le sujet est confirmé dans son identité, facteur fondamental de stabilité psychique. En effet,

« L'homme a besoin de communiquer avec ses semblables pour parvenir à la conscience de lui-même, et, la plupart de nos relations n'ont d'autre but que d'éprouver toute la richesse de nos sentiments et de nos capacités relationnelles [...]Les recherches menées sur la privation sensorielle ont montré l'incapacité qu'a l'être humain de préserver sa stabilité affective et mentale lors d'isolement total prolongé où il n'a comme seul recours et interlocuteur que lui-même. »¹

4.2 Annulation de la communication

« 'Y' peut vouloir éviter l'engagement avec 'X' et se montrer confus, incohérent, ou donner le change en parlant pour ne rien dire. C'est ce qu'on appelle la langue de bois (utilisée par les hommes politiques pour éviter les questions indésirables). »

4.3 Le Symptôme comme moyen de communication

La théorie de la communication voit dans le symptôme un message non verbal : Ce n'est pas la personne qui ne veut pas faire ça (ou qui le veut), c'est quelque chose qui échappe à sa volonté, (nerfs, maladie, angoisse, mauvaise vue, ma femme...).

« 'Y' peut vouloir éviter l'engagement en prétextant une incapacité physique, réelle ou simulée ».

Ce symptôme dénote une volonté plus ou moins consciente de masquer la vérité, une difficulté réelle ou une impossibilité à exprimer une saine et véritable communication. Ce mode de communication, s'il perdure, peut devenir réellement pathologique.

4.4 Rejet

« 'Y' peut réagir à la définition que 'X' donne de lui-même par un rejet. Cela suppose au moins qu'Y connaisse et donc reconnaisse au moins partiellement ce qu'il rejette ».

¹ François Terrin, op. cit.

4.5 Dénî

Le déni tel qu'on le rencontre dans la communication pathologique, ne porte plus sur la vérité ou la fausseté de la définition que X donne de lui-même, il nie la réalité de X en tant que source de cette définition. En d'autres termes, si le rejet équivaut au message : "Vous avez tort", le déni, lui dit : "Vous n'existez pas" », ce qui est beaucoup plus lourd de conséquence.

4.6 La ponctuation de la séquence des faits

Les discordances dans la ponctuation des séquences de faits ont lieu lorsque l'un des partenaires ne possède pas la même information que l'autre, mais ne s'en doute pas.

Watzlawick attire tout particulièrement notre attention sur le fait que cette ponctuation est source de tous les conflits humains.

4.7 Erreur de traduction entre l'analogique et le digital

Cette communication pathologique est retrouvée lors d'erreurs de « *traduction* » entre l'analogique et le digital . Dans ce cas, il y a désaccord non sur le contenu digital du message mais sur le niveau analogique.

Comme l'explique F. Terrin¹, il existe une réelle difficulté à traduire l'analogique en digital, la notion de vérité et de négation n'existant pas dans ce dernier mode et transmettre une information uniquement avec son corps n'est pas chose facile (erreurs, incertitudes, ambiguïté). Il fait remarquer que les messages analogiques définissant essentiellement la relation, ne sont pas les meilleurs vecteurs de l'information.

Dans le cas du digital vers l'analogique, hypothèse peut être faite que les symptômes hystériques sont une tentative de traduction du digital en analogique et ce, lorsque la personne n'arrive pas à métacommuniquer sur certains faits. Ces erreurs de traduction sont la source d'innombrables conflits humains.

4.8 Escalade symétrique

Chacun des deux partenaires campe sur ses positions (ex : scène de ménage).

¹ François Terrin, op. cit.

4.9 Complémentarité rigide

Il est dans la nature des relations complémentaires qu'une définition de soi ne peut se maintenir que si le partenaire joue le rôle complémentaire qu'on attend de lui. A un niveau psychopathologique, les troubles complémentaires aboutissent plutôt à un déni (folie à deux, sadomasochisme).

4.10 Communication paradoxale ou double bind

Le paradoxe est une contradiction qui vient au terme d'une déduction correcte à partir de prémisses consistantes.

La communication paradoxale ou *double bind* décrite par G. Bateson, délivre un message avec deux contenus incompatibles (ex : « Sois spontané ! »)

Le double bind nécessite une relation intense de complémentarité entre les deux protagonistes et un double message à des niveaux différents, verbalement pour le contenu, par les attitudes pour la relation, les deux messages s'excluant. De plus, il existe une ambivalence inextricable, une impossibilité de donner du sens.

Cette communication est surtout pathogène lorsque le récepteur a des liens avec l'émetteur qui ne lui permettent pas de refuser ce message (ex : enfants / parents). Dans cette situation, c'est la structure psychique même qui est atteinte, le sujet peut montrer des symptômes.

5. La dynamique familiale selon l'approche psychanalytique

5.1 Définitions

5.1.1 La famille est un groupe.

« Le groupe, c'est la dimension psychique du couple et de la famille. Un groupe commence à exister quand des individus se retrouvent ensemble physiquement et qu'ils font quelque chose, partagent quelque chose à partir d'un fantasme commun. L'individu est fortement influencé par le groupe car, en groupe, nous régressons, nos réactions sont plus primitives, plus instinctives et nous faisons remonter des fantasmes. »¹

En famille :

¹ P.Cuynet, Cours Master1

- Nous sommes comme dans un rêve éveillé.
- Nous partageons des émotions et des affects.
- Nous nous raccrochons les uns aux autres en tissant des liens faits pour durer.
- Nous nous sentons fort à l'intérieur d'un groupe.
- Nous renforçons notre identité.
- Enfin, le groupe constitue une enveloppe qui nous protège du dehors.

Le groupe famille est régi par les lois des différences entre générations et de l'interdit de l'inceste.

Pourquoi les individus font-ils des groupes ?

L'individu ne peut devenir un individu que s'il se détache d'un fond groupal et le JE serait un NOUS intériorisé. Il n'y aurait pas d'un côté l'individu et de l'autre, le groupe. Le sujet est considéré comme un être en relation, une structure de liens, il ne peut vivre seul et il oscille sans arrêt entre deux pôles : rester englouti dans le cocon familial ou revendiquer sa liberté.

Dans le psychisme de tout individu existent des formations groupales qui sont les fantasmes originaires.

5.1.2 Les fantasmes originaires

Scène de séduction, fantasme de castration, scène originaire, vie intra utérine comme paradis perdu. Ce sont des scénarios à plusieurs que tous les hommes partagent. En partageant les mêmes fantasmes, les individus tirent un certain plaisir et une certaine sécurité. Les fantasmes originaires tissent un fond commun qui les soude et les rassure et duquel chacun peut se voir comme un individu différent des autres, avec sa propre singularité.

Ces fantasmes dirigent la façon de vivre de la famille, s'ils circulent bien, les échanges et la créativité sont possibles dans la famille, dans le cas contraire, une souffrance exprimée par des symptômes risque d'apparaître chez un ou plusieurs membres de la famille.

5.1.3 L'appareil psychique familial

C'est une création interrelationnelle, c'est la création de la famille. La relation entre les membres de la famille agit comme une espèce d'alchimie entre leurs différents

psychismes. C'est un espace transitionnel où chaque membre de la famille a le sentiment d'être en complicité avec les autres, d'être rassuré par rapport à la solitude et au sentiment d'abandon, d'être contenu par les autres et de ne jamais se sentir seul. Cet appareil psychique familial est fait de la partie la plus instinctive des individus et il va tellement de soi qu'on ne le voit pas, sauf quand la famille est en crise. Il ne se réfléchit pas, c'est l'ensemble des liens, des relations qui vont de soi et il traverse les générations.

C'est un grand contenant, une grande bulle où on se sent bien. Dans une famille existe une ambiance, une atmosphère, des sensations, un sentiment de familiarité qui font que nous ressentons du bien-être. Ce sentiment, nous l'avons déjà dans notre première relation avec notre mère, quand tout se passe bien.

Cet appareil psychique familial a une fonction maternante, il contient les psychismes individuels et a un rôle de pare excitation (R. Kaës, 1976). C'est une grande peau qui nous protège de l'extérieur et où nous avons des façons de penser et d'interpréter le monde qui nous donnent des valeurs et des principes ainsi qu'un sentiment de familier, de sécurité.¹

5.2 La première communication dans la dyade Mère-Bébé

De nombreux auteurs ont observé les liens qui se nouent entre le Bébé et son environnement premier. Son entrée dans le monde social ainsi que la construction de ses représentations reposent sur cette première communication ; communication intersubjective qui crée le Bébé comme sujet. Diverses théories se sont développées autour des interactions Mère-Bébé.

Pour Winnicott

« Un bébé ne peut exister seul, il fait essentiellement partie d'une relation. » D. Winnicott (1980)

Stern a particulièrement bien montré comment les affects, les sentiments, les émotions, qui se mettent en place dès les premières heures de la vie, participent du processus d'accordage entre l'enfant et son entourage maternant

« Le bébé a des capacités innées pour la communication. Il est acteur à part entière dans l'interaction et participe pleinement à la relation. Il est capable

¹ P.Cuynet, Cours Master1.

d'échanges d'affects dans une compréhension partagée avec sa mère. »(Stern, 1997, p.67)

Confirmé en cela par Lebovici

« Le nourrisson est un spécialiste de la communication. Il sait très tôt communiquer les émotions et les états affectifs et manifester, à travers ses compétences précoces, ses capacités interactives. » (Lebovici, 2003, p.247)

Pour M. Thirion (2002), créer des liens est une des premières compétences du nouveau-né, celle qui conditionne sa survie. Il sollicite lui-même les échanges et la communication avec sa mère, attirant ainsi son attention et sa tendresse autant que faire se peut.

Janine Abécassis, dans le courant psychanalytique contemporain, nous apporte son éclairage

« L'interaction désigne un jeu de relations réciproques et variables où le changement s'introduit et où à chaque instant se constitue le fonctionnement psychique de l'individu et se fonde le lien social ». (1988, J. Abécassis, L. Bulle & C. Elbaz p.715)

Quant à l'intersubjectivité, elle traduit

« Une relation dynamique entre deux sujets bien distincts, en l'occurrence la mère et l'enfant. » ¹

Et, comme l'écrit Roselyne Debray

« Le développement psychique du bébé se fait en étayage sur l'organisation psychique de sa mère. » (Debray, 1996, p.35).

Dès sa naissance, bébé est dans le langage et perçoit et comprend la parole autour de lui. Ses troubles fonctionnels parlent de ses expériences vécues. Bébé communique ainsi au moyen de son corps.

D'après F. Dolto (2005) le bébé est langage

« Tout est langage »

Alberto Eiguer nous donne, lui aussi, sa définition du lien intersubjectif

« C'est une relation de réciprocité entre deux sujets, chez qui les inconscients s'influencent mutuellement. » (Eiguer, 2008, p.28)

¹ Janine Abécassis, <http://urp-scls.u-strasbg.fr/Janine%20ABECASSIS-actes1.pdf>, p.9.

Rappelant que la reconnaissance de soi passe par celle des autres, il attire tout particulièrement notre attention sur la place du corps et des caresses dans la construction du sujet et en donne cette jolie définition :

« La caresse est un acte d'amour, elle s'adresse à l'unité du Moi-Peau [...] elle nourrit la fierté d'exister [...], c'est un geste physique qui a valeur de langage, d'un autre langage aussi symboligène que celui de la langue. A la différence des symboles habituels, par la caresse, le signe est introduit avant le symbole, celui-ci s'installe après-coup. [...] On devrait prendre désormais en considération le toucher et le mouvement qui l'accompagne, comme des aires de plaisir authentiques et comme des organisateurs de liens. » (Eiguer, 2008, p.144)

Il est intéressant d'observer que dans son dernier et tout récent ouvrage, un psychanalyste comme A. Eiguer revient à ces notions « *basiques* », mais non moins fondamentales ; il nous rappelle que :

« L'humain en effet se définit en fonction du fait que l'existence de l'enfant aura été validée par la reconnaissance de l'existence de l'autre. Cela n'est pas affaire seulement d'interactions mais de communication et de reconnaissance. L'intersubjectivité implique le passage de l'impuissance originelle à la capacité d'avoir soi-même une existence. » (Eiguer, 2008, p.58)

Pour J. Mc Dougall enfin,

Le psychisme de chacun est un véritable théâtre où, avec les moyens qui lui sont fournis, il va créer ou au moins tenter de créer sa propre subjectivité. Et le JE de l'adulte reviendra toujours à ce JE de l'enfant qui, au milieu des adultes, parfois dans des conditions très inconfortables, a dû s'adapter pour survivre quand même :

« Le JE en souffrance va pouvoir se manifester sous forme de névroses, de troubles du caractère, de psychose etc. mais aussi sous forme de psychosomatose » (J. Mc Dougall, 1982)

Par la métaphore du théâtre, J. Mc Dougall veut attirer notre attention sur deux processus : l'économie psychique du sujet et sa signification. En effet, il revient au JE de canaliser ses différents investissements, mais aussi de se saisir des paramètres de la situation vécue, d'en trouver et maintenir le sens.

C'est cette dimension, la plus humaine, du **sens** du vécu sur laquelle nous insistons, alors qu'elle est bien souvent négligée derrière les théorisations en termes purement dynamiques, « *économiques* ».

5.3 L'amour et la construction du sujet chez J. Lacan

J. Lacan propose une conceptualisation profonde du sujet et de l'amour nécessaire à son existence. Pour lui, le sujet est un parlêtre pour qui le moyen d'être reconnu passe par la parole. Mais si « *tout est langage* » (F. Dolto), la parole ne devient parole que dans la mesure exacte où quelqu'un y croit.

Maniant le paradoxe avec dextérité, J. Lacan articule la construction du sujet et de la rencontre interhumaine autour de la question du manque.

« Comment comprendre que la vraie rencontre avec l'autre est dans la visée de ce qui est son vide ? demande G. Hoornert¹. Il n'y a qu'une façon de rendre ceci cohérent, et c'est en postulant que le réel, le vrai de l'être d'un sujet, est dans un objet manquant, dans un vide au cœur de l'être. C'est exactement ce que Lacan n'a pas cessé d'enseigner. L'amour, au fond, ne peut se comprendre, se concevoir qu'à partir de la présence d'un manque. C'est avec son manque qu'un sujet aime – on ne voit pas pourquoi une 'plénitude' sortirait d'elle-même. C'est dans ce sens qu'aimer, c'est toujours donner ce qu'on n'a pas. Donner ce qu'on a, ce n'est pas l'amour, dit Lacan, c'est la fête. Mais ce qu'un sujet aime avec son manque dans l'autre, c'est aussi de l'ordre du manque, c'est un "je ne sais quoi" que l'autre semble détenir dans la mesure même où cet autre ne peut en faire un avoir, c'est-à-dire dans la mesure même où ce "je ne sais quoi" dépasse le sujet même qui est supposé le détenir. Le miracle de l'amour se produit quand ces deux manques se rencontrent sans pourtant se recouvrir. C'est en cela que Lacan peut dire que l'amour est toujours réciproque (XX, 11). **On peut repérer toutes les maladies de l'amour, tous ses ratages, autour de ce critère-là.** »²

C'est en effet à ces ratages que nous serons attentifs dans notre partie clinique car, si pour J. Lacan, la réciprocité de l'amour est structurale, la relation, pour nous, ne peut être structurante que pour autant qu'elle est authentiquement et suffisamment réciproque, capable ainsi de valider la reconnaissance de l'autre comme sujet de désir.

Ceci appelle **un engagement réciproque, un pacte** qui transcende la simple dimension interactive de l'échange, dimension la plus profondément humaine et incontournable pour nous, mais que les théories vues précédemment négligent ou

¹ Geert Hoornert, sur le blog du *Centre de recherche et d'intervention en psychanalyse appliquée (CRIPsa)*, <http://cripsa.over-blog.com/article-2483471.html>, 13/06/11

² (Nous soulignons)

« *oublie* » bien souvent. Ce n'est pas le moindre mérite de J. Lacan que d'atteindre à cette dimension.

« Il faut à une créature, quelque référence à l'au-delà du langage, à un pacte, à un engagement qui le constitue, à proprement parler, comme un autre, incluse dans le système général, ou plus exactement universel, des symboles inter humains. **Il n'y a pas d'amour fonctionnellement réalisable dans la communauté humaine, si ce n'est par l'intermédiaire d'un certain pacte, qui, quelque que soit la forme qu'il prenne, tend toujours à s'isoler dans une certaine fonction, à la fois à l'intérieur du langage et à l'extérieur.**» (Lacan, 1975, p.197)

Cette notion d'un pacte nous apparaît intéressante et « *belle* », d'une tonalité humaniste agréable et profonde.

Précisons encore trois notions telles que les articule la théorie lacanienne : le corps, la jouissance et le symptôme :

- Le **corps** est « *le lieu de la jouissance* » et celle-ci est « *l'énergie de l'inconscient* » (JD. Nasio).
- La **jouissance** ne peut pas être pleine satisfaction du sujet pour qui le manque est constitutif ; c'est pourquoi J. Lacan a pu écrire, avec son goût pour les formules provocatrices, « *il n'y a pas de rapport sexuel* », à entendre qu'il n'y a pas de complétude réelle possible au manque.
- Le **symptôme** est une manifestation de l'inconscient chez Lacan pour qui « *l'inconscient est structuré comme un langage* ».

5.4 Pour J.D. Nasio

« En psychanalyse, le symptôme [...] est surtout un malaise qui s'impose à nous, au-delà de nous, et nous interpelle. [...] C'est avant tout un acte involontaire produit au-delà de toute intentionnalité et de tout savoir conscient. Un symptôme revêt trois caractéristiques : [...] la façon dont le patient dit sa souffrance, La théorie formulée par l'analysant pour comprendre son malaise, Plus j'explique la cause de ma souffrance, plus celui qui m'écoute devient l'Autre de mon symptôme. [...] le symptôme appelle et inclut la présence du psychanalyste [: de l'autre dirons-nous plus largement]. [...] C'est ce que Lacan nomme « le sujet-

supposé-savoir. [...] L'analyste prend d'abord la place du **destinataire** du symptôme puis, au-delà, celle d'en être la **cause**.»¹

« C'est ce troisième trait du symptôme qui ouvre la porte de ce que nous appelons le transfert analytique et démarque la psychanalyse de toute psychothérapie. »²

Ces précisions ont le mérite de la clarté, mais il nous faut préciser ici deux points de divergence :

- Nous nous démarquerons tout d'abord de l'idée de JD. Nasio pour qui le transfert serait spécifique à la seule psychanalyse. Si le concept est bien une notion de la théorie psychanalytique, la réalité du phénomène est pour nous bien plus universelle et nullement réservée aux seuls psychanalystes pour autant que le sujet trouve une écoute de qualité propice à une reconnaissance de son **être comme sujet avec ses propres désirs**.
- En second lieu, l'affirmation selon laquelle le symptôme serait « *avant tout un acte involontaire produit au-delà de toute intentionnalité et de tout savoir conscient* » reflète une conception de l'inconscient encore trop freudienne, nous voulons dire trop mécaniciste et matérialiste.

6. La dynamique familiale vue par diverses approches humanistes

Depuis JJ. Rousseau, d'innombrables manuels sur l'éducation des enfants ont vu le jour.

Ainsi un auteur comme J. Montbourquette (2004), prêtre et psychologue, dans son ouvrage « *Pour des enfants autonomes* » définit les critères d'une famille dite fonctionnelle : une ambiance, une atmosphère où tous les membres se sentent bien, des relations qui s'articulent sur :

« La capacité des parents à aimer et encourager leurs enfants à grandir en soutenant leur désir de progresser, à les écouter, à les aider à s'affirmer, et à influencer leurs valeurs morales. »³

L'auteur ajoute aux cinq messages contraignants repérés par l'analyse transactionnelle (« *Sois parfait, Fais plaisir, Essaie de toutes tes forces, Sois fort*

¹ Nasio, 1992, pp.19-20

² Ibid p.20

³ Montbourquette, 2004, p.7

et ne manifeste rien, Dépêche-toi») qui freinent le développement et l'épanouissement personnels, deux autres messages qui perturbent plus gravement le développement de l'enfant ; le premier se réfère à la consigne de ne pas exister, le deuxième appelle à ne pas être soi-même. Si les premiers messages ont trait plutôt à l'action et aux comportements, les deux derniers visent l'être même de la personne et s'avère plus délétères.

« Les messages parentaux qui se veulent adéquats devraient encourager le déploiement de l'être propre à chaque enfant et lui permettre de devenir qui il est fondamentalement.» écrit J. Montbourquette¹.

Il est difficile de ne pas souscrire aux préceptes de cet auteur pour l'essentiel. Toutefois, nous nous en séparons sur un point ponctuel, mais néanmoins important à nos yeux pour tenter d'accéder à un positionnement éthique et non seulement moral que nous semble trahir son conseil aux parents « *d'influencer les valeurs morales* » de l'enfant.

Pour nous, en effet l'éthique consiste à croire en l'autre, libre et inaliénable plus qu'en des principes aussi généreux paraissent-ils.

Et comme être vivant et autonome, autrui nous oblige à un repositionnement permanent dans la relation.

Plus encore, comme l'écrit K. Yaron, dans un commentaire sur M. Buber,

« Au cœur du dialogue figure la rencontre entre deux êtres souverains dont aucun ne cherche à impressionner l'autre ni à l'utiliser. Selon Buber, l'homme peut vivre sans dialogue mais qui n'a jamais rencontré un Tu n'es pas véritablement un être humain. Cependant, celui qui pénètre dans l'univers du dialogue prend un risque considérable puisque la relation Je-Tu exige une ouverture totale du Je, qui s'expose ainsi à un refus et à un rejet total. »²

Pour Martin. Buber, une personne ne peut vivre, au sens plein du terme, que dans la sphère interhumaine, il nous parle de zone intermédiaire, crête étroite où le Je et le Tu se rencontrent. L'accès à cette zone, précise-t'il, doit dépasser la communication banale et la simple occurrence subjective, et doit être

¹ Ibid, p.17

² Kalman Yaron, Martin Buber (1878-1965), *Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée*, (Paris, UNESCO : Bureau international d'éducation), vol. XXIII, n° 1-2, 1993, p. 135-147, extrait de <http://www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/buberf.pdf> le 13/06/11.

appréhendée selon une véritable réalité existentielle (événement ontique qui se produit réellement entre deux êtres humains).¹

C'est cette réalité existentielle que nous pensons être aux fondements de la constitution et du développement du sujet humain.

C'est dans le personalisme d'E. Mounier que nous retrouvons, exposée de la façon la plus claire et la plus profonde, cette **intrication ontologique des êtres et le besoin fondamental de relation.**

Pour E. Mounier, le premier mouvement d'un être humain dans la petite enfance est un mouvement vers autrui. La personne, notion autour de laquelle il a construit sa philosophie apparaît :

«Comme une présence dirigée vers le monde et les autres personnes, sans bornes, mêlée à eux, en perspective d'universalité. Les autres personnes ne la limitent pas, elles la font être et croître. Elle n'existe que vers autrui, elle ne se connaît que par autrui, elle ne se trouve qu'en autrui. L'expérience primitive de la personne est l'expérience de la seconde personne. Le Tu, et en lui le Nous, précède le Je, ou au moins l'accompagne.»

Cette analyse n'est-elle pas d'ailleurs illustrée par le petit enfant qui utilise le Tu avant d'accéder au Je ou par ces enfants autistes qui même âgés, n'ont pu accéder à l'assomption du Je et chez qui l'inversion pronomiale persiste... ?

L'auteur évoque aussi en note la distinction que fait la langue allemande entre le Mitsein (être 'simplement' avec, dirons-nous) et le Zusein (être tourné vers l'autre). Subtilité de la langue allemande qui semble échapper à la nôtre, mais aussi à bien des théories sur la communication ou les « transactions » inter-humaines.

¹ Kalman Yaron, *ibid.*, p.2.

V LA CONSTRUCTION EN FAUX SELF

A) Introduction

L'organisation en faux self appartient au groupe des troubles de l'identité et de la personnalité limite. **Le patient « faux self » vit une souffrance qui se traduit par un mal être et un vide intense.** Afin de combler ce vide affectif, le « faux self » se façonne intérieurement selon les besoins et désirs de son entourage. En effet, la spécificité la plus marquante du faux self est la soumission. C'est le moteur de la vie du sujet, **il ne sait que faire plaisir sans s'occuper de ses propres désirs.** Par peur de déplaire et de perdre l'amour de l'autre, il se plie à toutes ses attentes.

L'idée de travailler sur le faux self a pour origine une réflexion sur les différences potentielles entre les sujets « vrais selfs » et les sujets « faux selfs ». Nous nous sommes interrogés sur les conséquences engendrées par ces différences, notamment en termes de somatisations et, plus particulièrement de somatisations graves.

B) Terminologie des termes : moi ou ego et self ou soi

Nous explorons cette terminologie du fait l'intérêt que nous portons à la construction en faux self et à sa répercussion sur le "moi".

Une certaine difficulté conceptuelle concernant les termes comme le "moi", "l'ego", le "soi", le "self", régnant dans la littérature analytique, selon les auteurs et leur propre compréhension, il nous a paru, dès lors, nécessaire de redéfinir ces termes.

1. Le Moi

1.1 Selon Sigmund Freud

Rappelons que Freud a utilisé la notion de topique, terme qui désigne un lieu.

En 1900, Freud propose une première topique avec la notion de trois systèmes composant l'appareil psychique : l'inconscient, le préconscient et le conscient.

Il écrit :

« Le Moi est une partie du Ça ayant subi des modifications sous l'influence directe du monde extérieur, et par l'intermédiaire de la conscience-perception [...] Le Moi représente ce qu'on appelle la raison et la sagesse, le Ça, au contraire, est dominé par les passions. » (Freud, 1923, p.19).

A partir de 1920, Freud présente la deuxième topique qui comprend le ça, le moi et le surmoi, c'est une approche plus globale du fonctionnement de la personnalité et le moi est alors en grande partie inconscient.

Le lien du moi au corps est manifeste, Freud écrira :

« Le corps propre et, avant tout la surface de celui-ci, est un lieu d'où peuvent partir en même temps des perceptions internes et externes. Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface. » (Freud, 1921-1923, p.269, 270)

1.2 Paul Federn, psychanalyste autrichien, étudie, après Freud, le "moi"

En 1927 il écrit dans « *Narcissism in the structure of the ego* », une définition descriptive du moi. Pour cet auteur :

« Le moi est la continuité psychique durable ou récurrente du corps et de l'esprit d'un individu du point de vue de l'espace, du temps et de la causalité. » (Federn, 1927, p.44)

Sa définition métapsychologique du moi est la suivante :

« La base du moi est un état d'investissement psychique de certains contenus et fonctions corporels et mentaux interdépendants, les investissements en question étant simultanés et interconnectés, et aussi continus. » (Federn, 1933, p.101)

En 1943 Federn mentionne la relation au corps du moi :

« Normalement notre moi corporel demeure plus ou moins le même, il contient tout notre corps avec ses organes sensoriels et moteurs, mais notre moi mental change continûment, suivant les fonctions, les pensées et les perceptions qui sont simultanément conscientes. Le moi mental se sent lui-même comme à l'intérieur du moi corporel. » (Federn, 1933, p.112)

1.3 Autres auteurs

Ajuriaguerra, neuropsychiatre et psychanalyste français d'origine espagnole, en 1973, écrit :

« Le Moi peut être identifié au conscient ou au potentiellement conscient, c'est-à-dire au préconscient [...] » (Ajuriaguerra, 1973, p.233).

Les idées d'Ajuriaguerra se rapprochent de celles de certains auteurs anglo-saxons, notamment

E. Erikson, qui s'intéresse aux mécanismes de la construction identitaire :

« ...la tâche essentielle du moi consiste à changer le passif en actif, c'est-à-dire à filtrer les injonctions de ses antagonistes de façon à les transformer en volitions » (Erikson, 1972, p.232-233).

H. Searles, psychanalyste américain

« Au départ, je ne tenais pas à explorer des sujets tels que la structure du moi, la pensée et la perception,..., et je peux maintenant m'intéresser à des questions comme l'émergence de la structure du moi au cours du traitement. » (Searles 1977, pp.41-42).

Il existe aussi d'autres auteurs, proches par leurs descriptions, comme Bergeret, médecin psychanalyste français, qui écrit :

« Le Moi se présente en médiateur chargé, en quelque sorte, des intérêts de la totalité du sujet » (Bergeret, 1995, p.52).

Ou Norbert Sillamy, psychologue et psychanalyste pour qui :

« ...la fonction essentielle (du moi) est de régulariser les relations du sujet avec le monde extérieur tout en satisfaisant ses besoins les plus profonds et en tenant compte des exigences morales du "sur-moi" ». (Sillamy, 1980, p.760).

Des auteurs comme Laplanche et Pontalis, Marcelli et même Bergeret situent le moi au centre des mécanismes de défenses, d'autres comme Ajuriaguerra l'impliquent plutôt partiellement dans ces mêmes mécanismes.

Bernard Golse, pédopsychiatre et psychanalyste propose de comprendre que :

« Soit le Moi se différencie progressivement du ça à partir d'un noyau originel immature qui peu à peu étend son contrôle sur le reste de l'appareil psychique, soit d'imaginer que le moi se modèle grâce au jeu des identifications et contre identifications successives à des objets extérieurs incorporés et intériorisés ». (Golse, 1992, p.28)

Daniel Marcelli, pédopsychiatre, avance que :

« Le Moi n'apparaît que progressivement, d'abord sous la forme d'un pré-moi au stade du narcissisme primaire; il s'organise et se dégage du narcissisme en même temps que l'objet libidinal. Son rôle initial est d'établir un système défensif et adaptatif entre la réalité externe et les exigences pulsionnelles. » (Marcelli, 1983, p.57).

Heinz Hartmann, psychiatre et psychanalyste autrichien, en 1939, écrivait :

« Nous nous sommes retenus d'indiquer à quel moment de la première enfance prennent place les divers stades qui mènent à la différenciation structurale et à partir de quand les systèmes psychiques du ça et du Moi s'opposent et se suppléent l'un l'autre [...] La première étape, qui est aussi la plus importante, est celle qui concerne l'aptitude de l'enfant à distinguer entre son Soi et le monde qui l'entoure. » (Hartmann, 1968, pp. 49-50).

Pour Mélanie Klein (2009),

« le moi constitue un monde intérieur d'images intériorisées qui, par les processus de projection et d'introjection, sont en interaction constante avec les êtres de la réalité extérieure »

Et

« Il existe un moi primitif dès la naissance, à la différence de Freud pour qui le " moi" est une instance psychique qui se construit plus tard et qui a pour fonction d'intégrer ce qui vient du ça avec les exigences du surmoi et de la réalité extérieure. »

D'autres auteurs décrivent des instances qui se différencient progressivement et, se mettent en place avec le développement. Que ces instances soient mobiles, changeantes et, qu'elles puissent s'intégrer, ou se désintégrer au cours de la vie semble pouvoir être envisagé comme possible.

Donald Winnicott, pédopsychiatre et psychanalyste britannique, écrit que l'on peut utiliser

« Le terme "moi" pour décrire la partie de la personnalité humaine en cours de développement qui, dans des conditions favorables, tend à s'intégrer pour devenir une unité. » (Winnicott, 1978, p.9).

Nous pouvons constater que les différentes approches varient selon les auteurs, qu'en est-il du self ?

2. Le self

Au départ, la notion de self est une notion anglo-saxonne et, en conséquence, plus étudiée et plus claire dans la littérature du même nom. Pour notre part, nous considérerons que le self est la traduction anglaise de soi.

Le self est une notion liée au sentiment d'exister, que l'individu éprouve pendant son développement et à travers toutes les étapes de la vie. Ce sentiment d'exister s'origine à la naissance, et, selon l'environnement, va, à chaque période de la vie soit se renforcer, soit végéter ou encore, s'affaiblir.

C'est avec ce sentiment d'exister que l'individu construit son identité, généralement vers la fin de l'adolescence et la plupart des troubles psychiques sont liés à une défaillance de ce sentiment. L'origine du self est un noyau unique imbriqué, corps et psyché. Le self comprend la personne propre, son identité, et le sentiment de continuité d'être.

A travers différents auteurs, nous allons découvrir cette notion de 'soi'.

2.1 Le self de Freud

Freud dans son travail sur le concept de narcissisme, est amené à élaborer sa recherche autour du sentiment de soi-même (Selbstgefühl), de la conscience de soi-même (Selbstbewusstsein), de l'amour de soi (Selbstliebe) ou de l'estime de soi (Selbstachtung).

Dans « *Malaise dans la civilisation* », l'auteur écrit :

« Rien n'est plus stable en nous que le sentiment de nous-mêmes, de notre propre Moi. Ce Moi nous apparaît indépendant, et bien différencié de tout le reste. Mais que cette apparence soit trompeuse, que le Moi au contraire rompe toute limite précise, et se prolonge dans une autre entité inconsciente que nous appelons le Soi et auquel il ne sert proprement que de façade, c'est ce que, la première, l'investigation psychanalytique nous a appris » (Freud, 1991, p.23).

2.2 Le self selon d'autres auteurs

Winnicott, en 1960, écrivait :

« En lui-même ce concept n'est pas nouveau. Il apparaît sous différentes formes dans la psychiatrie descriptive et surtout dans certaines religions et certains systèmes philosophiques » (Winnicott, 1960, p.115).

Et aussi pour expliquer à Jeannine Kalmanovitch qui avait des difficultés à traduire le self en français :

« Le self serait une unité qui est à la fois physiquement contenue à l'intérieur de la peau corporelle et psychologiquement intégrée. » (Winnicott, 1974, p.31).

Marion Milner nous rappelle que Winnicott, après Freud, se réfère au moi corporel comme étant le premier self. (Milner, 1987, p23).

Selon Grinberg :

« Le self a une dimension temporelle que comprennent les phases changeantes de l'enfance, l'adolescence et la vie adulte. » (Grinberg, 1985, p.237).

Pour Bernard Golse le "soi" est

« La manière dont le sujet s'appréhende. » (Golse, 1992, p.213).

Quant à Pontalis, il trouve des différences entre le self anglophone et le soi francophone

« Nous dirons que le premier évoque un espace personnel, ou mieux l'expérience de cet espace psychique propre (comme on dit le corps propre), le second, celui d'un arrimage à un repère fixe, marqué de "quant à soi" de for(t) intérieur. » (Pontalis, 1992, pp.159-161).

Pour certains auteurs, il n'y a pas de doute que la traduction de self est le soi. Pour d'autres, la traduction a posé des problèmes et finalement une grande partie des psychanalystes ont opté pour garder le mot self, pour ne pas s'éloigner de la notion anglo-saxonne.

Pour Heinz Hartmann, le self est :

«La première étape, qui est aussi la plus importante, est celle qui concerne l'aptitude de l'enfant à distinguer entre son Soi et le monde qui l'entoure. » (Hartmann, 1939, pp.49-50).

H. Kohut, quant à lui écrit :

« Le soi est un contenu de l'appareil mental proche du vécu. Et, bien qu'il ne soit pas une instance de l'appareil mental, il est une structure psychique puisqu'il est investi d'énergie instinctive. Il est doué de continuité dans le temps et possède un caractère de permanence. De plus, étant une structure psychique, le soi a également une localisation psychique. » (Kohut, 1974, p67).

Pour Mélanie Klein (1992, p68), le 'soi' représente :

« L'unité fondamentale du sujet, il recouvre la personnalité toute entière, en comprenant non seulement le Moi, mais toute la vie pulsionnelle que Freud appelle le ça. Le Soi n'est donc pas seulement la représentation de la personne dans le psychisme mais l'ensemble de la personnalité dans la réalité. »

Daniel Stern avance :

« Le soi et ses limites sont au cœur de la spéculation philosophique sur la nature humaine. Le sens de l'autre est un phénomène universel qui influence profondément toutes nos expériences sociales. Bien que personne ne puisse se mettre d'accord sur ce qu'est précisément le soi, nous avons néanmoins, en tant qu'adulte, un sens de soi très réel qui infiltre notre expérience quotidienne de la vie sociale. Il se révèle sous différentes formes. Il y a le sens d'un soi qui est un corps unique, distinct et intégré. Il y a celui qui est l'auteur des actions, qui éprouve des sentiments, conçoit des intentions, fait des projets, communique par le langage et partage son savoir personnel. Le plus souvent, ces différents sens de soi existent en dehors de la conscience, comme la respiration, mais ils peuvent être amenés à la conscience, y être conservés. » (1989, pp16-17).

Un philosophe comme Leibnitz avait déjà écrit, au XVIIème :

«Je ne voudrais point dire non plus que l'identité personnelle et même le soi ne demeurent point en nous et que je ne suis point ce moi qui ai été dans le berceau, sous prétexte que je ne me souviens plus de rien de tout ce que j'ai fait alors» (LEIBNIZ, Nouveaux Essais, II, 27, S 3, § 9).

Partant de ces différentes définitions du self, nous allons essayer de comprendre ce que sont le vrai et le faux-self.

3. Le faux-self et le vrai self

3.1 John Bowlby, précurseur du faux self

John Bowlby, psychiatre, psychanalyste, qui travaille à la Tavistock Clinick de Londres, va être un précurseur de la notion de faux self, il inaugurerà « *la théorie de l'attachement* ».

Dans un article intitulé « *La Psychanalyse comme art et science* », J.Bowlby parle du travail de Mme Ainsworth réalisé auprès de mères et d'enfants en Ouganda. Elle observe qu'une mère dévouée fournit à l'enfant une base de sécurité à partir de laquelle il peut explorer le monde et à laquelle il peut retourner s'il est inquiet ou s'il a peur. Il apparaît que, lorsque les enfants sont sujets à des mauvais

soins maternels, les effets sont déplorables. L'auteur veut illustrer cela par certains types de patients décrits comme ayant un faux "self". (5). (Bowlby, 1979, pp.3-14).

A partir de la théorie de l'attachement, de nombreux chercheurs canadiens et américains travailleront sur la compréhension de l'origine de la vie psychique et relationnelle du très jeune enfant. Fonagy, notamment, a étudié la relation de mères à fortes carences affectives avec leurs enfants. Il décrit le concept de «*Réflexive Self* » ou capacité chez les mères de considérer leur enfant comme un être unique, un être à part entière, capacité à ne pas projeter sur l'enfant sa propre enfance traumatique. **Cela joue un rôle de protection par rapport à la transmission ou à la non transmission de la sécurité** chez l'enfant. Fonagy dit que le facteur principal dans le mécanisme de la transmission est la sensibilité maternelle. (Gauthier Yvon, Conf.. du 26.03.1998, Hôpital de Cery, Lausanne).

3.2 Donald Winnicott, initiateur du faux-self et du vrai-self

Winnicott (1896-1971), pédiatre et psychanalyste anglais, fut le principal initiateur de la notion de self en psychologie.

En 1942, Winnicott, en plein milieu d'une réunion scientifique, prend soudain conscience « *qu'un bébé, ça n'existait pas* » ; et, en 1958, dans « *Angoisse associée à l'insécurité* », il a appelé la relation mère-enfant la « *situation individu-environnement* », la plus précoce, disant que :

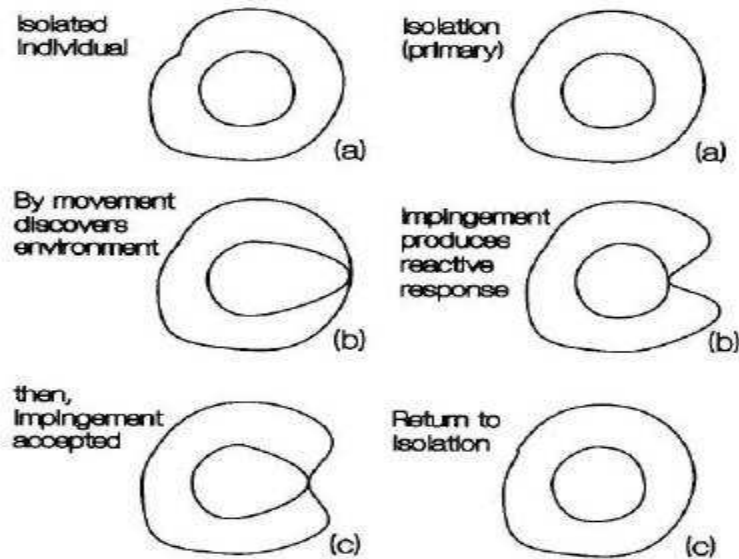
«Le centre de gravité de l'individu ne naît pas à partir de l'individu. Il se trouve dans l'ensemble environnement-individu ».

Winnicott distinguait le vrai et le faux self.

Nous avons choisi de reprendre deux de ses schémas (1952)¹ illustrant la construction du soi figurant dans « *Psychose et soins maternels.* »

¹ Abram, J, Squiggles, clowns et soleils : réflexions sur le concept winnicottien de « violation du self ». Le Coq-héron, 2003/ 2 no 173, p. 50. DOI

ENVIRONMENT-INDIVIDUAL SET-UP



D.W.W. 1952

Figure 2 : Schéma de construction du Self de Winnicott

A gauche, nous voyons le modèle d'une relation saine avec, pour résultat, une construction en vrai self, situation où l'individu dispose de ses mouvements psychiques, c'est la « *réalisation de soi* ».

A droite, au contraire, nous avons un modèle de relation inadéquate qui favorise alors la construction en faux self et, dans ce contexte, l'individu s'adapte à l'environnement, il agit « *pour plaire* », sous la contrainte. Le faux self provient des rapports établis avec le monde extérieur, il permet d'exister aux yeux des autres, **le sujet voit sa propre identité lui échapper**, il se soumet, il va souffrir.

Avec ces schémas, apparaît clairement l'idée principale de Winnicott, à savoir que le modèle de relation est établi très tôt et dépend du mode d'adaptation mutuelle de l'environnement et du bébé. Le schéma de gauche montre que l'adaptation à l'environnement est réussie, c'est le bébé qui est tenu, il est prêt à vivre quelque chose, tandis que dans le modèle de droite, l'enfant doit réagir à un environnement défaillant et, n'est donc pas prêt à se réaliser. C'est cette réaction à l'empiètement qui va briser la continuité d'existence chez l'enfant et qui va altérer son développement.

Dans le début du sentiment de soi, l'environnement, la mère est la coquille et le bébé, le noyau.

Winnicott (1958, p193-194), qui a appelé la relation mère-enfant la «*situation individu-environnement* », à propos du clivage de la personnalité, écrit :

« J'ai essayé de montrer comment une tendance au clivage fondamental dans la structure individu-environnement peut avoir son origine dans un défaut d'adaptation active de la part de l'environnement au début de la vie. Dans le cas d'un clivage extrême, la vie secrète intérieure ne tire que très peu de chose de la réalité extérieure. Elle est vraiment incommunicable. »

3.3 Notion de faux-self

3.3.1 Définition

Rappelons que Winnicott parlait déjà du faux-self en 1954 dans une lettre dirigé à Clifford Scott (p.100-104). Puis, il va décrire le faux self en 1960, dans un article intitulé « *Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self* » (p.115).

Pour cet auteur, le faux-self, serait une défense spécifique du noyau du self institué dans l'individu pour protéger le vrai self. **Ce faux-self montrerait un agencement de la personnalité qui est faux, faux dans la mesure où l'origine de ce self viendrait, non de l'individu, mais de la contrainte de l'environnement.** Chez les enfants, un faux-self bien établi leur permet de montrer une façade rassurante mais, qui, lors d'une crise, peut s'effondrer, laissant apparaître alors, l'absence d'un vrai self.

Winnicott écrira que le faux-self est :

« Une organisation défensive du Moi établie précocement par cette instance pour se protéger des traumatismes. Le faux-self sert donc à protéger le vrai-self, mais il arrive que le vrai-self soit totalement étouffé par le faux-self défensif au point de devenir inaccessible. »¹

Dans le faux self, qui permet d'exister aux yeux des autres, il se peut qu'une vie personnelle existe au travers de l'imitation, que l'enfant joue un rôle, celui du vrai self, comme il le ferait s'il avait existé. Ainsi, ce faux self est une défense, défense à un défaut d'identification de la mère avec son nourrisson.

¹ « À propos de Cliniques »

Le Coq-héron, 2010/1 n° 200, p. 129-132. DOI : 10.3917/cohe.200.0129

Toujours dans « *Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self* », Winnicott décrit cinq niveaux de faux-self allant du pathologique au normal, sain :

- 1^{er} degré : Le plus extrême. Le vrai self totalement est complètement étouffé, dissimulé. A l'extrême, c'est le faux self que l'on prend pour la personne. Zucker (2001, p.44) écrit :
« La défense est si massive qu'elle colore l'entièreté de la personnalité au point de lui conférer une valeur structurelle »
- 2^e degré : Le faux self défend le self authentique. C'est l'exemple d'une maladie clinique, organisée dans un but positif qui est de préserver l'individu en dépit des conditions anormales de l'environnement.
- 3^e degré : Le faux self a pour but principal la quête des conditions qui donneront au vrai self la possibilité de recouvrer son bien.
- 4^e degré : Plus proche de la santé, le faux self s'établit sur la base d'identifications.
- 5^e degré : Dans l'état de santé, le faux self est représenté par toute l'organisation qui constitue une attitude sociale polie, de bonnes manières et une certaine réserve (Winnicott, 1978, p.118).

Remarquons que l'individu « *borderline* » est souvent dans le « *faux self* », il est à la limite entre névrose et psychose. Le désir forcé d'être avec les autres reflète un manque de « *vrai self* ».

3.3.2 Développement du faux -self

Dans « *Processus de maturation* » Winnicott (1974, p 5) écrit :

Le faux self se développe dès la naissance chez un petit être très fragile en effet

« C'est au stade de la double dépendance, lorsque l'adaptation de la mère n'est pas

« suffisamment bonne », que se situe dans les cas-limites, l'origine du faux self ; en se montrant soumis aux exigences de l'environnement, il dissimule, protège, sauvegarde, le « vrai self », le noyau authentique qui, seul, peut devenir une réalité vivante. L'évolution du moi s'en trouve perturbée, bien que l'individu puisse faire illusion en présentant une façade de succès. »

Le développement d'un faux self est étroitement lié aux capacités maternelles, notamment, d'un soutien du moi. En effet, Winnicott évoque :

« La "mère suffisamment bonne" [...] capable de satisfaire les besoins de son nourrisson [...] est capable de faire cela parce qu'elle s'est temporairement vouée à une seule activité, qui est de soigner son Bébé. Sa tâche est rendue possible par le fait que celui-ci a la capacité, lorsque cette fonction maternelle de soutien du moi est à l'œuvre, d'entrer en relation avec des objets subjectifs » (Winnicott, 1974, p.31).

Cette mère suffisamment bonne :

«Pendant une période limitée est capable de protéger la continuité d'existence de son nourrisson. Tout défaut d'adaptation de la mère, à ce moment-là, va rompre ce continuum, ce qui aura une influence grave sur la capacité de l'enfant à devenir une unité intégrée, capable de continuer à avoir un self, avec un passé, un présent et un avenir. » (Winnicott, 1974, p.48).

Si l'accordage mère-Bébé n'est pas possible, les fonctions psychocorporelles de l'enfant ne constitueront pas un fondement satisfaisant pour l'édification d'un moi cohérent. C'est ainsi que s'établiront des fondements fragiles de sa future santé mentale.

Pour apprécier les soins maternels, Winnicott introduit les notions de Holding et de Handling.

- Le Holding signifie le maintien, la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Ce sont tous les moyens qui donnent un support au Moi naissant, immature, c'est-à-dire, les soins maternels. Cette notion est centrale car elle aboutit à la construction du Self de l'enfant à condition que la mère lui assure et lui offre de façon satisfaisante et continue une sécurité affective et une chaleur protectrice tant physiologique que psychique. Le holding met en place chez l'enfant le sentiment d'exister, il est à la base de l'intégration du Moi en un tout unifié.
- Le Handling signifie la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé par sa mère. Le Handling permet l'installation de la psyché dans le soma ainsi que le développement du fonctionnement mental.

3.3.3 Liens entre carence des soins maternels et faux-self

Pour Winnicott, c'est la carence de l'entourage aux premiers stades de la vie et l'accumulation ultérieure d'expériences douloureuses, traumatiques, qui conduisent à la nécessité pour l'individu d'organiser des défenses primitives pour

protéger le « *noyau isolé* ». Et pour souligner ce point, à savoir que la violation est psychologique plutôt que physique, il écrit (Winnicott, 1965, p.162) :

« Être violé et mangé par des cannibales, tout ceci n'est qu'une bagatelle comparé à la violation du noyau du self... »

Winnicott insiste :

«Lorsque les soins maternels ne sont pas suffisamment bons, la maturation du moi de l'enfant ne peut s'effectuer, ou bien, le développement du moi est nécessairement déformé dans certains aspects d'une importance vitale [...] Dans tous les cas , les soins favorisent la tendance innée de l'enfant à habiter son corps et à prendre plaisir aux fonctions corporelles, à accepter la limitation fournie par la peau, cette membrane frontière qui sépare le moi du non moi» (Winnicott, 1965, pp.10-26).

Le rôle de la mère est fondamental

«La mère transforme le moi faible du nourrisson en un moi fort parce qu'elle est là, affermissant chaque chose, comme une direction assistée sur un autobus » (Winnicott, 1965, p27).

Nous avons envie d'écrire que la Mère représente un «*catalyseur de maturation*».

En résumé, si l'accordage maternel est défectueux, l'identification et le sentiment d'exister seront défaillants. Cette défaillance entraînera une rupture dans la construction narcissique du sujet, l'enfant abordera alors une attitude de soumission en s'adaptant aux exigences du milieu environnant. Cette attitude de soumission constituera des conditions favorables à l'émergence d'un faux Self et provoquera, chez l'enfant, une angoisse déstabilisante. **Selon Winnicott, des soins maternels escamotés créent un véritable traumatisme**, qu'il considère comme le premier traumatisme désorganisateur de l'évolution psychique du sujet. Il en résulte une insécurité narcissique et une fragilité identitaire formatant ainsi une faible estime de soi chez le sujet.

3.4 Notion de vrai self

3.4.1 Définition

Le vrai self, quant à lui, Winnicott l'a dépeint le comme « *le geste spontané de l'enfant* »:

« Le vrai self provient de la vie des tissus corporels et du libre jeu des fonctions du corps. Il est étroitement lié à l'idée du processus primaire et, au début, par essence il n'a pas à réagir à des stimuli extérieurs; il est simplement primaire [...] Le vrai self apparaît dès qu'il existe une quelconque organisation mentale de l'individu et il n'est pas beaucoup plus que la somme de la vie sensorimotrice. Ce serait un précurseur du moi. » (Winnicott, 1974, p.126).

Selon Winnicott, il doit donc y avoir de l'espace entre l'enfant et la mère pour que se crée un « *espace de créativité* ».

En effet, si tout se passe bien, l'enfant arrive à l'intégration et atteint un état où il est une unité, avec un intérieur et un extérieur, plus ou moins délimitée par la peau et :

« Une fois que l'extérieur signifie 'non moi' (non je), l'intérieur signifie moi et, il existe, dorénavant un endroit où l'on peut emmagasiner des choses [...] Puis, la croissance du nourrisson prend la forme d'un échange entre réalité intérieure et réalité extérieure, chacune d'elle enrichissant l'autre » (Winnicott, 1974, p.53).

Winnicott (1974, p.30) écrit

« Sentir les besoins de l'enfant se rapproche du mot AMOUR et, sans quitter cette notion, nous voyons qu'un enfant a besoin d'être dirigé avec fermeté et d'être traité comme un enfant et non, comme un adulte. »

Pour cet auteur, l'enfant aurait des tendances innées au développement. Pour qu'elles se développent, il faut qu'il trouve autour de lui l'environnement nécessaire et suffisamment bon (good enough).

« Il semble, d'après cette thèse, qu'un environnement suffisamment bon dès le stade primaire, permet au petit enfant de commencer à exister, d'édifier un moi personnel, ... de faire face à toutes les difficultés inhérentes à la vie ». (Winnicott, 1969, p. 290)

En résumé, si la mère est « *suffisamment bonne* », à l'écoute de son bébé, le vrai self pourra s'ébaucher.

Winnicott, dans un article et dans toute son œuvre, écrit :

« Qu'il ne peut y avoir de véritable vie de self, pas de vie créative, pas de sentiment d'être réel, sans que le sujet fasse l'expérience de la destruction de l'objet » (Winnicott, 1968, pp.120-131)

Le sujet né dans un environnement suffisamment bon peut, par le fait de la survie de l'objet, se sentir réel, découvrir le sentiment du self en rapport avec le corps et

le monde extérieur et (c'est également essentiel), jouir de la vie, car c'est seulement par le fait de jouir de la vie et des relations que l'individu peut se trouver enrichi et continuer son développement et sa croissance.¹

Enfin, pour Sanglade (1983), la représentation de soi peut être vue comme une représentation mentale du corps en relation, de soi pour soi et de soi pour l'autre. , Il y aurait d'abord une mémoire corporelle qui deviendrait ensuite, représentationnelle.

4. Le Soi, le Non Soi

4.1 Que signifie 'le soi' ?

Rappelons-nous que le Soi est avant tout corporel, ce serait

« Une unité qui est à la fois physiquement contenue à l'intérieur de la peau corporelle et psychologiquement intégrée ». » (Winnicott, 1974, p.31)

Comment s'organise, à partir des groupes tissulaires HLA (Human Leucocyte Antigen), la distinction entre le soi et le non Soi ?

« Rien ne ressemble davantage, écrit Jean Hamburger, à une souris qu'une autre souris. Et pourtant, un fragment de peau de l'une d'elle greffé à une autre se gangrène en quelques heures. Chaque individu souris est capable de reconnaître le fragment provenant d'un autre individu de la même espèce comme de nature différente de la sienne et, l'ayant reconnu comme étranger, de l'attaquer et de le détruire » (Bernard, Bessis, Debru, 1990, p.10).

Rappelons que le soi ne peut pas se définir sans le non soi :

« A chaque instant, c'est l'étranger, c'est l'autre, **c'est la différence qui fait la singularité de l'un** » (Dausset, dirigé par Bernard, Bessis, Debru, 1990, p.31).

Burnet² (1960) a décrit la genèse du soi et du non soi comme venant d'une même molécule. Cette dernière évolue et, c'est par une infime modification de la molécule que nous passons du soi au non soi.

De par son système immunitaire :

¹ Abram Jan , « Squiggles, clowns et soleils : réflexions sur le concept winnicottien de « violation du self » », Le Coq-héron, 2003/2 no 173, p. 49-63. DOI : 10.3917/cohe.173.0049

² Franck Macfarlane Burnet, Immunological recognition of self
http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1960/burnet-lecture.pdf

« L'individu semble avoir une connaissance complète de ce qui le constitue [...] cette connaissance est non seulement acquise par le système immunitaire au cours de son développement, mais nécessite en plus, un entretien quotidien, une remise à jour tout au long de la vie de l'individu » (Claverie, dirigé par Bernard, Bessis, Debru, 1990, p.35)

Et

« Le soi peptidique consiste à attribuer un rôle immunologique, dans la discrimination du soi et du non soi, à des peptides dérivés de protéines somatiques » (Debru in Bernard, Bessis, Debru, 1990, p.269)

Pour Tzanck (in Bernard, Bessis, Debru, 1990, p.293) :

« Le soi n'est pas le génome, mais l'actualisation du génome, les gènes au présent [...], **le soi est cet émergent perpétuel né de l'indissoluble union des consignes génétiques et des pressions de l'environnement** »

Mais aussi

«Le soi apparaît petit à petit [...] L'embryon ne sait pas encore faire d'anticorps, il vit avec les anticorps de sa mère [...] et il y a une phase cruciale pour le nouveau-né, aux environs du deuxième ou troisième mois, où il doit commencer à synthétiser ses propres immunoglobulines [...] ce serait un processus d'apprentissage » (Salomon, 1990, in Bernard, Bessis, Debru, 1990, p.98)

Peut-être pourrions-nous faire un lien avec une mère suffisamment bonne qui permettrait au nouveau-né de construire son soi et donc ses défenses, ce qui semble confirmer par Cyrille Koupernik (in Bernard, Bessis, Debru, 1990, p.213) qui écrit :

« La prise de conscience de soi se déroule au sein de l'évolution d'une relation »

4.2 Soi /non soi et Immunologie : évolution des théories

L'immunologie est une discipline qui a une place fondamentale dans la distinction entre le 'soi' et le 'non soi'. D'ailleurs, en 1949 Burnet et Fenner suggéraient que :

« **La différenciation entre soi et non soi était le problème crucial de l'immunologie** » (Burnet, 1968, p 56).

Cette science qui étudie le système de défense des organismes ou système immunitaire, nous conduit à considérer l'organisme comme une entité luttant contre tout élément extérieur pour préserver son intégrité, son homéostasie dirait-on. Le corps humain doit être capable de reconnaître ce qui lui est étranger et,

cela est possible grâce au système immunitaire. Selon Jerne (1974), les anticorps seraient organisés en réseau et, le système aurait sa dynamique propre.

Les auteurs avancent que Le 'soi' et le 'non soi' sont faits de molécules :

« Chimiquement proches mais structurellement dissemblables ». (Burnet et Fenner, 1949, p69)

En fait, la distinction du 'soi' et du 'non soi' se dessinerait sur un fond d'identité.

Dans *The Production of antibodies*, Burnet propose d'interpréter l'immunité à la lumière de cette distinction entre le 'soi' et le 'non-soi'. Selon cette hypothèse, tout élément propre à l'organisme (soi) est toléré, c'est-à-dire ne déclenche pas de réaction immunitaire, tandis que tout élément étranger à l'organisme (non-soi) est rejeté, c'est-à-dire déclenche une réaction immunitaire.

Cette hypothèse va s'imposer à l'immunologie, sous le nom de « *Modèle du soi et du non-soi* ». Ce modèle adopté dans les années 60 reste aujourd'hui, une base pour d'autres théories. C'est un modèle internaliste (avec barrières et sauvegardes) dans le sens où, selon Burnet (1960) and Co, dans le temps de la vie fœtale et, tout au début de la vie :

« L'organisme se ferme à son environnement extérieur en rejetant tout élément génétiquement étranger qui serait introduit en lui. Seuls les changements endogènes, c'est-à-dire issus du génome de l'organisme, sont tolérés, tandis que toute introduction d'un élément issu de l'environnement est vue comme une menace pour son intégrité. »

Dans ce modèle, l'organisme cherche toujours à préserver son identité, tant génétique qu'histologique contre toute modification apportée par l'environnement.

Cependant, le modèle internaliste est aujourd'hui battu en brèche par le modèle interactionniste biologique (qui tend vers l'externalisme) :

« Qui définit une influence réciproque dans laquelle l'organisme produit son environnement en même temps que l'environnement produit l'organisme »¹

Une autre théorie apparaît dans les années 70, « *l'auto-organisation* ». Dans cette théorie, l'immunité ne doit pas être comprise comme une réponse au non-soi, puisque le système immunitaire n'a affaire qu'à du soi (qu'à lui-même), et que l'enjeu est de comprendre comment, à partir d'une perturbation, le système s'autorégule pour revenir à son équilibre initial ou pour atteindre un nouvel

¹ Burnet 1960

équilibre. La dynamique de l'organisme est donc une dynamique d'auto-reconnaissance et d'auto-régulation.

Les théories sus décrites sont aujourd'hui chavirées par la notion de « *tolérance immunitaire et d'immunologie interactionniste* ». La tolérance la plus connue est la tolérance foeto-maternelle :

« La mère ne déclenche pas de réponse immunitaire contre le fœtus qu'elle porte, bien que celui-ci soit génétiquement pour moitié différent d'elle » [Carosella 2003].¹

Beaucoup d'entités étrangères, en fait, peuvent être intégrées à l'organisme, voir même, intégrées à son fonctionnement. Actuellement, on parle d'immunité à partir des interactions « *hôtes-pathogènes* » qui permettent de révéler les phénomènes de tolérance et d'intégration immunitaires (Combes 2001)². L'organisme ne déclenche pas de réponses contre les micro-organismes qui sont des entités étrangères, bien au contraire, de par leur intégration, l'organisme compte, en fait, 10 fois plus de micro-organismes que ses propres cellules ! Plus exogène qu'endogène, l'organisme remet en question le modèle du 'soi'.³ De fait, les micro-organismes tolérés apparaissent comme « *les meilleurs acteurs de l'immunité* »⁴. Odling-Smee et collaborateurs parlent de co-constructionnisme [2003] ; en biologie du développement, Oyama parle d'interactionnisme constructiviste [1985] et S. Gilbert de soi perméable [2002].⁵

➤ Exemples de cette immunologie interactionniste :

- Stimulation de la prolifération de certaines bactéries pour lutter contre des bactéries pathogènes [Noverr 2004]
- Dans la transplantation, on injecte au receveur de faible quantité d'antigènes du donneur, ce qui permet tolérance au 'non soi' [Adams, 2003]⁶

Nous pouvons constater que, suite à ces progrès scientifiques l'opposition soi/non soi est à nouveau questionnée. Ne retrouverions pas, au niveau biologique une adaptation de chaque instant avec repérage de ce qui est bon pour notre 'soi'

¹ L'immunité et l'interactionnisme biologique, p.5

<http://thomas.pradeu.free.fr/Immunit%C3%A9%20et%20interactionnisme%20biologique.pdf>

² Ibid p.6

³ Ibid, p.6.

⁴ Ibid, p.6.

⁵ Ibid p.7

⁶ Ibid p.8.

(tolérance de micro-organismes utiles à l'homéostasie), ne prenant pas ce qui peut lui être nocif, biologiquement parlant. Une certaine « *plasticité immunologique* » semble être à l'œuvre dans le maintien de l'intégrité de l'organisme, comme si les cellules avaient « *une intelligence soïque* ».

4.3 Dans le cas du cancer

Au cours du développement des cancers, le rôle du système immunitaire se fait dans le cadre de la théorie de la « *surveillance immunitaire* » (Burnet, 1957). Cette théorie postule qu'une cellule cancéreuse porte à sa surface des structures particulières, différentes de celles trouvées sur des cellules normales provenant du même tissu, pouvant être reconnues comme « antigènes » par le système immunitaire. Dans la majorité des cas, une réaction immunitaire se déclencherait et détruirait les cellules malignes. Dans des circonstances particulières (tumeurs peu antigéniques, déficits immunitaires) les cellules transformées échapperaient à l'attaque immune et un cancer se développerait. Cette théorie requiert trois propriétés principales correspondant aux trois étapes d'une réaction immunitaire :

- L'existence de structures associées aux tumeurs pouvant être reconnues comme antigéniques.
- L'existence d'un système immunitaire fonctionnel chez les malades.
- La sensibilité des cellules tumorales à la destruction immunologique

Dans le sens de notre étude, il nous a semblé important d'avoir quelques repères en immunologie.

4.4 Repères immunologiques

4.4.1 Réactions immunitaires

C'est l'ensemble des réactions déclenchées dans un organisme par la présence de certaines substances reconnues comme étrangères : les antigènes (substance reconnue comme étrangère parce qu'elle n'appartient pas à l'identité immunologique de l'individu).

Le système immunitaire est capable de reconnaître et de discriminer le Soi : ensemble de molécules propres à l'individu constituant son identité immunologique, du non soi, molécules étrangères à l'individu.

Les réponses immunitaires permettent le plus souvent, l'élimination de ces molécules étrangères et contribuent ainsi à maintenir l'intégrité de l'organisme. Ces réponses se déroulent en trois étapes :

- Il y a reconnaissance d'une structure étrangère (antigène) à l'aide de récepteurs lymphocytaires spécifiques.
- Puis il y a développement contrôlé de réactions vis-à-vis de cet antigène (production d'anticorps, ou génération de cellules cytotoxiques ou phagocytaires).
- Enfin, destruction de la molécule étrangère.

Notons que, si le soi est stable, le non soi, lui, est très mouvant et la défense doit s'y adapter sans cesse.

Le système immunitaire est constitué de cellules spécifiques.

4.4.2 Cellules du système immunitaire

- Les lymphocytes T (élaborés dans le thymus) et B (nommés ainsi car beaucoup étudiés dans la Bourse de Fabricius, organe des oiseaux)
- Les récepteurs pour l'antigène, situés à la surface des lymphocytes
- Les cellules accessoires, qui présentent l'antigène aux lymphocytes

4.4.3 Les 3 étapes des réactions immunitaires

- La reconnaissance de l'antigène : La première étape d'une réaction immunitaire est la transformation d'une structure complexe antigénique en un peptide reconnaissable par le système immunitaire.
- Présentation de l'antigène aux lymphocytes.
- Développement des réactions immunitaires : La première partie d'une réaction immunitaire est spécifique d'un antigène, les étapes ultérieures ne le sont pas et sont contrôlées par des peptides régulateurs appelés "cytokines", "lymphokine" ou "interleukines".

Dans cette partie théorique d'une recherche en psychopathologie clinique, il nous a semblé intéressant d'avoir une vision transversale, pluridisciplinaire et de rapprocher des thèmes appartenant non seulement aux sciences humaines telles la construction psychique ou la communication mais aussi aux sciences dites

dures telles que la médecine, les neurosciences et la physique des systèmes. En premier lieu, nous avons choisi de présenter le cancer tout d'abord sur son versant médical puis, à travers différentes théories, sur son versant psychosomatique. De cette présentation émergeront le contexte et l'axe de notre problématique. Ensuite nous avons choisi d'aborder l'aspect neuroscientifique de la problématique en rappelant la définition des neurosciences et comment Freud qui rêvait déjà de résoudre l'énigme des liens corps – psyché, avait, en 1891, avec son article sur « *l'aphasie* » apporté une contribution essentielle à l'étude neurologique de cette maladie. A travers des modèles distincts et des théories spécifiques, nous avons essayé de montrer comment des pistes d'hypothèses de liens corps-psyché pouvaient être examinées. Il nous a semblé également pertinent d'aborder non seulement l'humain comme système de systèmes, mais aussi la famille d'un point de vue systémique attestant ainsi la complexité de la problématique. Nous avons terminé par un rappel du concept de « *faux self* », concept winnicottien qui enseigne que, dans ce contexte, la soumission est le seul moteur de la construction identitaire du sujet.

Nous allons articulé cette première partie, partie théorique à notre deuxième partie qui est l'approche clinique de notre problématique.

DEUXIEME PARTIE

APPROCHE CLINIQUE

I METHODOLOGIE

Notre méthodologie décrira dans un premier temps, notre population et, dans un second temps, notre méthode de recherche.

A) Population

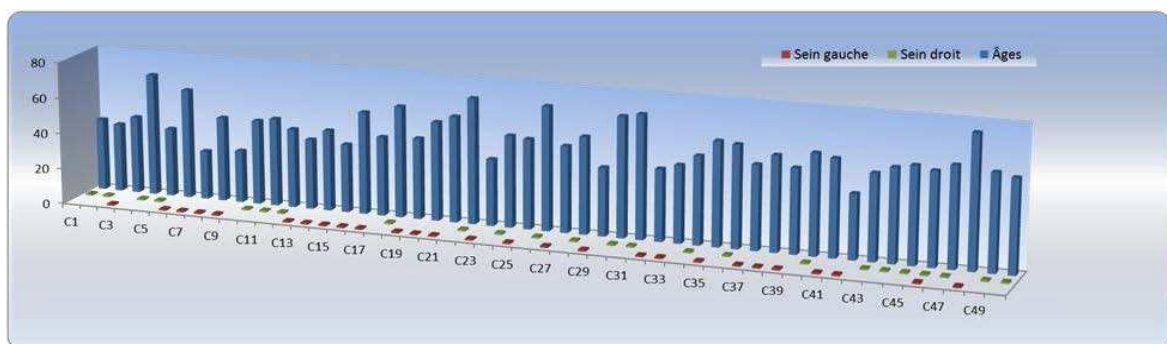
Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons recherché une population de 50 femmes atteintes d'un cancer du sein.

1. Critères de choix

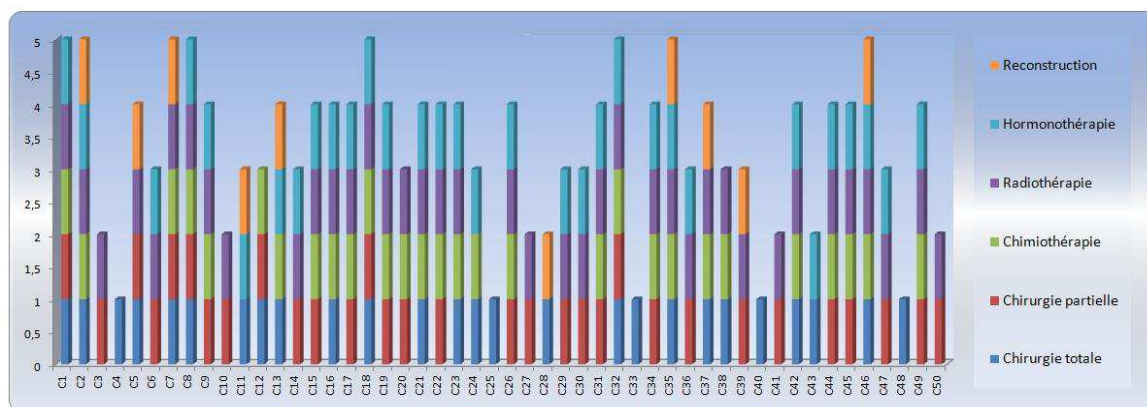
Nos seuls critères d'inclusion étaient d'avoir eu un cancer d'une part et d'avoir un recul de plus de 5 ans d'autre part car les patientes sont alors en rémission. Nous avons recruté des femmes (le cancer du sein étant très rare chez les hommes, moins de 1%) ayant eu un cancer du sein sans faire de différences quant au type de cancer, ni à la façon dont ce cancer avait été traité.

En effet, ce qui nous intéressait était non pas de faire des différences entre les différents cancers et leurs traitements, mais seulement d'essayer de comprendre certains liens entre communication familiale, construction en faux self et cancer du sein. Nous n'avons également pas déterminé de critères d'inclusion en ce qui concerne les âges. Rappelons que notre population a été recrutée par le biais d'association et au bon vouloir des patientes.

- ✓ Les âges à la survenue du cancer



✓ Les traitements



Les différentes couleurs pour chaque patiente correspondent aux différents traitements reçus.

2. Recrutement :

Lors d'une recherche préliminaire¹ ayant porté sur l'étude d'un seul cas de ce type de cancer, nous avons déjà un contact avec l'association « *Vivre comme avant* ». Nous avons, pour cette étude, contacté trois autres associations : « *Vivre avec* », « *Les portes Bleues* » et « *AKTL* ». Rapidement et chaleureusement reçue par les responsables de ces associations, nous formulons notre demande : « Pouvoir rencontrer cinquante femmes ayant vécu un cancer du sein mais, avec un minimum de cinq ans de recul, afin de ne pas réveiller de souffrance particulière ». Notons d'ailleurs qu'au niveau médical, après 5 ans, nous pouvons parler, dans le cas de ce cancer, de rémission. En effet ces 5 ans sont une étape dans l'achèvement du processus de la maladie, les patientes sont alors en période de stabilisation.

Une partie des adhérentes présentées par les responsables d'associations et intéressées par notre démarche, donneront spontanément leur accord, ensuite, c'est avec l'aide de chacune d'elles que nous trouverons les autres participantes. Un premier contact téléphonique permet de nous présenter, puis de fixer, d'un commun accord, les dates et heures des trois rendez-vous. Au cours de notre dernière rencontre, les patientes passeront également un test de Rorschach.

¹ Pascale Hamelin, 2008, Mémoire de Master 2, *Cancer, Famille et Communication*.

Les rendez-vous se dérouleront au domicile des participantes. Les trois entretiens sont planifiés comme suit : le premier et le deuxième espacés de quinze jours, le deuxième et le troisième de trois semaines afin de laisser du temps à l'élaboration.

B) Méthode de recherche

Les données utilisées dans cette étude sont recueillies d'une part, à l'aide d'entretiens semi directifs, d'autre part, à l'aide du test de Rorschach. Grâce aux entretiens, nous avons pu repérer ce qui, tout au long de la vie, avait fait symptôme depuis le plus jeune âge et noté, comment s'organisaient le temps en famille, les relations, les attitudes, les comportements tolérés et la façon dont les affects et les émotions se disaient en famille, dans la mesure où ils pouvaient se dire. Par ailleurs, le Rorschach, test projectif sollicitant l'image du corps vécu du sujet dans sa dimension affective, voire existentielle, nous permettra une approche de la construction de ces femmes et, plus particulièrement, leurs limites corporelles et identitaires. Enfin, nous avons utilisé la grille simplifiée des risques psychosomatiques du Pr Stora, grille qui nous a permis de classer les patientes en trois groupes : léger, modéré, sévère.

1. Les entretiens

1.1 Le choix de l'entretien semi-directif

En préambule à ces entretiens, nous avons informé les sujets sur le caractère anonyme de leurs dires, et recueilli leur consentement écrit¹ et signé. Par-là, les femmes interrogées acceptent également que leur histoire soit enregistrée au moyen d'un dictaphone. C'est la manière qui nous a paru la plus efficace pour une complète retranscription, elle seule permet d'approcher une analyse la plus juste et la plus approfondie possible. Le fait d'enregistrer nous laisse également plus disponible pour la personne et donne des conditions d'entretien optimales.

Nous avons préféré utiliser l'entretien semi directif afin de rassembler un maximum d'informations en lien avec notre thème de recherche sans pour autant négliger d'autres éventuels propos amenés par le sujet. Ce guide souple qu'est

¹ Modèle en Annexes.

l'entretien semi directif répertorie les différents axes que nous souhaitons aborder et permet au sujet de répondre à sa guise sans toutefois perdre le fil.

L'entretien clinique, ici, à visée de recherche, nous a semblé un outil incontournable pour approcher, sur le versant psychosomatique, la pathologie cancéreuse. Il nous faut ici rappeler que l'entretien clinique de recherche « *ne se distingue pas des entretiens d'évaluation et thérapeutiques au niveau de la conduite de l'entretien, des aspects techniques et de l'attitude clinique à adopter* » (Hervé Bénony, Khadija Chahraoui, 1999, p.65)

Il nous a paru précieux, de recueillir, par le langage, des informations non seulement sur la maladie, mais aussi sur le vécu général de la personne, tant au niveau physique que psychique. En outre, pendant ces entretiens, nous livrant conjointement, contenu manifeste et contenu latent, nous avons eu la possibilité d'observer et de saisir l'état émotionnel du locuteur, notamment, le non verbal (attitudes, toux, rires...), ainsi que de relever le style d'énonciation se manifestant essentiellement par des hésitations, des silences, des mimiques, des répétitions et des craquées verbales, indicateurs potentiels de mécanismes de défense ou d'anxiété.

En effet, l'écoute du clinicien chercheur : « *N'est jamais neutre ; elle ne peut être assimilée à un simple enregistrement de données. Le clinicien fait appel à ses théories pour essayer de comprendre, il peut être amené à sélectionner certains éléments qui lui paraissent pertinents pour son étude.* » (Hervé Bénony, Khadija Chahraoui, 1999, p.69).

1.2 Le questionnaire ou grille d'entretien

Nous avons élaboré un questionnaire que nous n'avons pas utilisé comme tel. Il nous a semblé plus agréable pour nos patientes de ne pas devoir cocher des petites cases. Ce questionnaire nous a donc servi de grille d'entretien.

A partir des informations issues des 83 items de cette grille d'entretien, nous avons regroupé, par thèmes, selon le schéma ci-dessous, ces différents items en 23 thématiques.

24. Antécédents 1 : de cancer du sein 25. Antécédents 2 : d'autres cancers 26. Antécédents 3 d'autres pathologies graves 27. Autres maladies notables avant le cancer	1. Antécédents familiaux :
5. Place dans la fratrie 6. Maladies notables dans l'enfance et 7. Événements traumatiques marquants dans l'enfance et l'adolescence 16. Dialogue avec les parents dans l'enfance 19. Qualificatif pour l'enfance	2. Milieu de naissance
8. A été allaitée ? 9. Relation à la mère dans l'enfance 10. Relation au substitut de la mère	3. Relations à la mère
11. Relation au père	4. Relations au père
12. Relation à la fratrie	5. Relations à la fratrie
13. Possibilité d'exprimer les émotions dans l'enfance et l'adolescence	6. Les émotions
14. Climat familial global dans l'enfance 15. Sentiment d'avoir eu sa place d'enfant 17. Temps de jeux avec les parents 18. Sentiment global de l'enfance	7. Sa place d'enfant et jeux et échanges avec les parents
20. Crise d'adolescence 21. Sentiment global de l'adolescence 22. Dialogue avec les parents à l'adolescence	8. L'adolescence
36. Entrée dans la profession 37. Métier 38. Conditions de travail 49. Événements difficiles à vivre au plan professionnel 50. Répercussions du cancer sur la vie professionnelle in situ 51. Situation relationnelle professionnelle au moment du cancer 68. Répercussions du cancer sur la vie professionnelle aujourd'hui 77. Modifications des relations professionnelles (après le cancer)	9. Le point de vue professionnel
23. Événements marquants avant le cancer 29. Entrée dans la vie adulte 30. Rencontre avec le conjoint 31. Rencontre avec la conjointe 32. A des enfants? 33. Arrivée des enfants 34. Madame a allaité? 35. Partage en famille élargie	10. Entrée dans la vie d'adulte et déroulement de la vie avant le cancer
61. Y avait-il eu auparavant d'autres occasions d'une telle réflexion existentielle?	11. Prise de conscience de tout cela avant le cancer
39. Événements marquant à vivre pendant le cancer 42. Situation relationnelle familiale au moment du cancer 43. Soutien par le conjoint 44. Soutien par les enfants 45. Soutien par la famille élargie 46. Soutien par les amis 47. Impact du cancer sur la vie familiale in situ 48. Répercussions positives du cancer sur la famille in situ 52. Événements marquants à vivre après le cancer 54. Impact du cancer sur la vie familiale aujourd'hui 55. Répercussions positives du cancer sur la famille aujourd'hui	12. Modifications de vie et des relations après le cancer (Modifications opérées à partir de la maladie)

58. Capacité à se projeter dans l'avenir	
59. Dialogue avec les parents aujourd'hui 64. Relation au conjoint aujourd'hui 65. Relation aux enfants aujourd'hui 67. Climat familial aujourd'hui 76. Modifications dans les relations familiales et amicales 80. Partage aujourd'hui en famille élargie	13. Aujourd'hui, relation au conjoint et aux enfants, à ses parents et fratrie
62. Possibilités de partage des émotions 63. Difficultés par rapport aux émotions	14. Les émotions aujourd'hui
66. Connaissance de l'histoire de ses parents	15. Ce qu'elle sait de l'histoire de ses parents
69. Investissements culturels et activités sublimatoire	16. Investissements socioculturels
72. Facilité à se souvenir des rêves nocturnes 73. Fréquence des cauchemars 74. Imagination	17. Les rêves et l'imagination
70. Dépendances	18. Les dépendances
71. Auto description	19. Comment Madame se décrit
41. Vécu du cancer 56. Qualifieriez-vous votre cancer de traumatique physiquement? 57. Qualifieriez-vous votre cancer de traumatique psychiquement? 60. Le cancer a-t-il été facteur d'une réflexion existentielle forte? 75. Nouvelle philosophie de vie depuis le cancer 81. Image globale actuelle du cancer	20. La représentation du cancer et ressenti
79. Les désirs	21. Existe-t-il un besoin de reconnaissance ?
78. Se sent reconnue ?	22. Est-elle reconnue en tant qu'être humain avec des désirs ?
82. Le cancer est-il un message? 83. Si oui, quel est ce message?	23. Le cancer est-il perçu comme un message ?

Nous avons saisi les réponses des questionnaires des 50 patientes avec le logiciel Sphinx qui a ainsi donné les résultats pour chaque patiente et chaque groupe ce qui a permis l'étude des différences significatives entre les réponses des groupes léger et sévère.

Ces entretiens, nous ont permis de créer une relation de confiance avec nos patientes et de leur offrir un espace de liberté et de spontanéité plus sécurisant, à

priori, qu'un entretien non directif, mais aussi, moins contraignant qu'un entretien directif.

1.3 Méthode d'analyse des entretiens

Nous n'avons pas analysé tous les entretiens car il n'est pas possible de faire des statistiques sur les éléments qualitatifs, chaque personne ayant sa propre spécificité. L'illustration par un cas clinique synthétise notre analyse à la fois sur la forme afin de repérer la communication analogique, et sur le fond, en abordant les différents thèmes en lien avec les relations du sujet à son environnement.

Nous avons organisé ce contenu suivant les 4 périodes :

- Enfance-adolescence ;
- Avant le cancer ;
- Pendant le cancer ;
- Après le cancer.

Nous utilisons à la fois les méthodes d'analyse de contenu de Laurence Bardin (2007) et les techniques d'André Guittet (2005).

Nous avons utilisé, comme référence de travail, « *L'entretien clinique* » de Colette Chiland (2002). Quant à l'interprétation, nous nous référerons aux méthodes d'André Guittet (2005) et de Laurence Bardin (1977).

Trois entretiens seront nécessaires à cette étude :

- Le premier permet la prise de contact et l'instauration d'une relation de confiance. Les données recueillies concernent l'histoire de la maladie.
- Le second est essentiellement orienté vers l'anamnèse et, notamment, la possibilité de faire des liens avec nos hypothèses. Nous tentons de repérer le type de relations existant dans la famille, le vécu de la patiente, dans l'enfance et l'adolescence dans ce contexte familial, les traumatismes éventuels s'y rattachant, le type de communication à l'âge adulte et enfin l'impact de ce vécu sur le développement psychosomatique.

- Le dernier entretien, nous apporte les ultimes renseignements et, après la passation du test de Rorschach, nous conduira, de façon prudente à conclure sur l'ensemble de cette démarche.

Nous avons inséré tous les enregistrements des entretiens (50x3 =150 entretiens) sur un CD joint à l'ouvrage de thèse, enregistrements desquels nous avons extrait les 23 points nécessaires à notre travail.

Pour le cas clinique d'illustration de notre étude, étant donné la longueur des entretiens, nous renvoyons le lecteur en Annexes et, pour le détail de l'analyse, à la colonne « *Commentaires des entretiens* ».

2. Le test de Rorschach

2.1 Présentation

Le test de Rorschach est un test projectif.

Le mot projection a trois sens (Dictionnaire Robert)¹ :

- Physique, le jet, dans le sens où, le sujet va décharger dans ces tests, tout ce qu'il se refuse d'être, son côté négatif et fragile.
- Mathématique, car il y aura corrélation structurale entre les résultats du test et la personnalité du sujet.
- Enfin Optique en ce sens que le test est vu comme un rayon X qui traverse la profondeur du sujet, fixe son image secrète sur un révélateur (test) et, grâce à un agrandissement (résultats), permet une lecture plus facile.

Ce test mobilise, à la fois, des conduites perceptives et des conduites projectives. Il permet de révéler la problématique affective du sujet et de

« Favoriser l'expression de ce qui ne peut être dit en langage clair »².

2.2 Principe

La spécificité des méthodes projectives est de présenter au sujet un matériel équivoque et de lui laisser la liberté de réponses, avec un minimum de consignes.

¹ <http://www.lerobert.com/>

² Nina Rausch de Traubenberg

Le sujet va élaborer ce qu'il perçoit, en fonction de ses préoccupations dominantes, de ses fantasmes, de ses affects, régissant ses mots et la lecture qu'il fait du matériel.

D. Anzieu et C. Chabert¹, dans « *les méthodes projectives* » reprennent les trois acceptions du mot projection.

- Le premier sens, décharge pulsionnelle et émotionnelle, précise le niveau du test, épreuve de vérité pour le sujet.
- Le second sens détermine une connexité structurale entre la personnalité (système de conduites propres à un individu) et les productions de celui-ci au test.
- Quant au troisième sens, il a à voir avec les représentations archaïques de l'image du corps fondamentales dans l'organisation précoce de la personnalité ; il va nous éclairer sur les craintes très profondes du sujet.

Le terme projection

« Fait également référence au mécanisme décrit par Freud (1911) dans l'analyse du cas Schreber, mécanisme de défense dans la paranoïa qui consiste à expulser hors de soi et attribuer à l'autre des désirs intolérables pour le moi. »²

2.3 Méthode de passation

La consigne que nous avons employée est celle de Catherine Chabert :

« Je vais vous montrer dix planches et vous me direz tout ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches »³

En effet, nous considérons que cette consigne reprend bien l'idée de cette sollicitation perceptive et projective « *Imaginer à partir du voir* », tout en limitant l'espace de liberté à dix planches.

Nous précisons au sujet que c'est un test d'imagination, qu'il n'existe ni bonnes, ni mauvaises réponses et que, de ce fait, il n'hésite pas à dire vraiment tout ce qui lui passe par la tête, sans trier.

Nous signalons également, dans la consigne, que la durée de passation des planches n'est pas limitée.

¹ Didier Anzieu et Catherine Chabert, *Les méthodes projectives*, pp.16-18, (2004).

² Ibid.

³ Catherine Chabert, *Le Rorschach en clinique adulte*, (1983), p.29.

Nous prenons note des réponses, des commentaires, des temps de latence et, des durées affectés à chaque planche, mais aussi du changement de position des planches. Conjointement, nous observons et relevons le comportement du sujet.

Une fois la première passation terminée, chaque réponse sera reconsidérée afin de mener l'enquête avec la consigne suivante :

« Nous allons maintenant reprendre les planches ensemble ; vous essaierez de me dire ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué. Bien entendu, s'il vous vient d'autres idées, vous pourrez m'en faire part »¹

Cette investigation oblige la patiente à un effort d'introspection et d'analyse sur ce qui s'est passé en elle au moment de sa réponse.

¹ C. Chabert, *Le Rorschach en clinique adulte*, (1983), p.35.

2.4 Normes de référence

Nous avons choisi de travailler avec les normes de J. Richelle (2009, p.53)

Valeurs attendues dans la population adulte normale			
R = 20-35			
<i>Modes d'appréhension</i>			
G : 21 à 30%	D : 61 à 68%	Dd : 6 à 10%	Dbl : 3%
<i>Déterminants</i>		<i>Contenus</i>	
F% = 60-70		H% = 12-15	
F+% = 80-95		H > Hd	
K = 2-3		A% = 35-55	
kan = 3-5		A > Ad	
kob = 1		IA% < 12	
kp = 0		Ban = 5-6	
FC > CF+ C		RC% = 30-40	
FC = 4			
CF = 2			
C = 1			
FE > EF + E			
FE = 2-3			
EF = 1-2			
E = 1			
Réponses Clob = 0 ou FClob = 1			

Tableau 2 : Normes Rorschach utilisées (Richelle, 2009).

2.5 Aide utilisée

Nous avons cherché un logiciel qui permette de créer, d'une façon fiable et rapide, le psychogramme du test de Rorschach mais aussi, qui permette d'en faciliter l'analyse. N'ayant pas trouvé ce qui convenait pour notre étude dans les différents logiciels existants, (Arreadorschach¹, Coroweb², eroschach¹, MAXPsy²,

¹ www.arreadorschach.arread.fr

² <http://pagespro-orange.fr/coroweb/psychogr.html>

Epsychogramme³, Feuille excel du Department of Psychological Sciences and Education of the Université Libre de Bruxelles⁴, Rorschachonline⁵), nous avons décidé de construire, de toute part, un logiciel.

Nous avons alors créé, avec un collègue psychologue, un logiciel nommé EasyRorschach⁶ (disponible en téléchargement sur le site). Ce logiciel présente des menus déroulants pour chaque paramètre de Rorschach, chaque menu incluant toutes les possibilités offertes quant aux réponses des sujets. A partir de ces données, le logiciel va se charger de tous les calculs, éliminant ainsi le risque d'erreurs. Il construit instantanément le psychogramme et assiste l'utilisateur lors de la cotation et de l'interprétation.

Lorsque nous utilisons EasyRorschach, voici la 1^{ière} page que nous rencontrons⁷

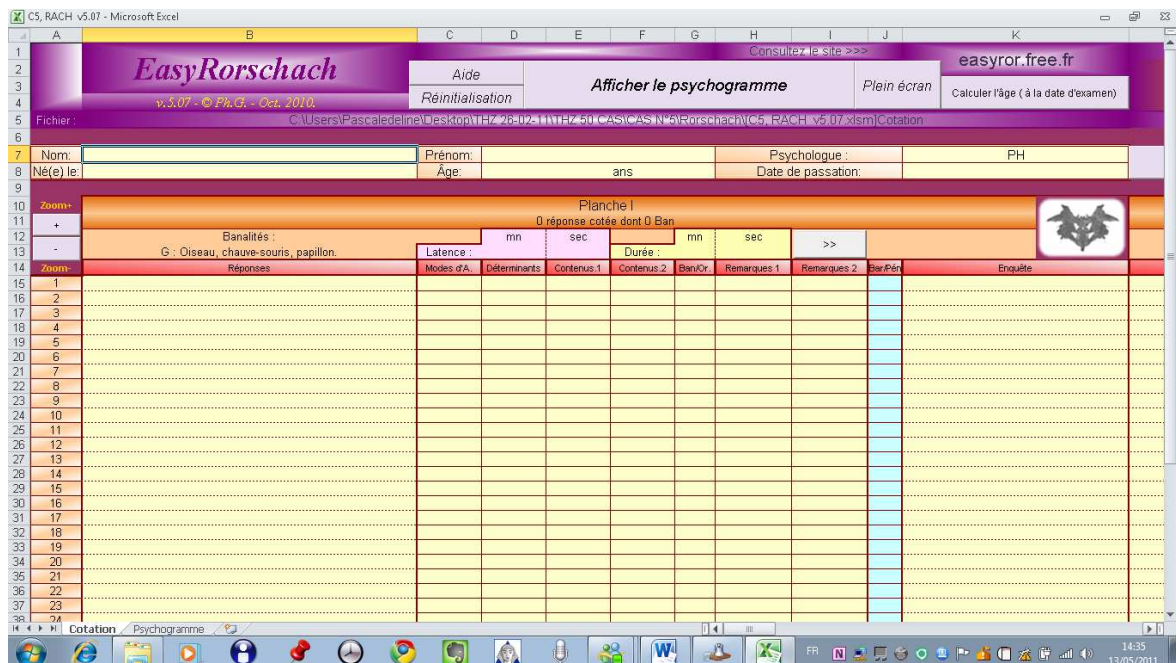


Figure 3 : Logiciel Easyrorschach, 1^{ière} page.

Dans le bandeau supérieur apparaissent le nom, le prénom, le nom du psychologue et, immédiatement en dessous, sont affichés l'âge de la patiente et la date de passation. La saisie des cotations se fait sur cette première feuille. La ligne supérieure indiquera les temps de latence et la durée de la passation. A gauche, dans la 1^{ière} colonne, sont retranscrites les réponses. Dans les colonnes

¹ <http://erorschach.free.fr/>

² <http://www.medical-sphere.com/pages/maxpsypag.html>

³ <http://epsychogramme.alwaysdata.net/>

⁴ <http://www.ulb.ac.be/psycho/fr/docs/contrib/roorschach/roorschach.htm>

⁵ <http://www.rorschachonline.com/roorschach/software.aspx>

⁶ <http://easyror.free.fr>

⁷ Voir Annexes

suivantes, nous noterons, grâce aux menus déroulants et, dans l'ordre, les modes d'appréhension, les déterminants, les contenus 1 et 2, (si besoin), les Banalités et les originalités et, pour finir, les remarques 1 et 2 également. Le dessin de la planche de Rorschach apparaît sur la feuille de cotation de chaque planche.

A partir de ces données, le logiciel construit le psychogramme qui se présente ainsi :

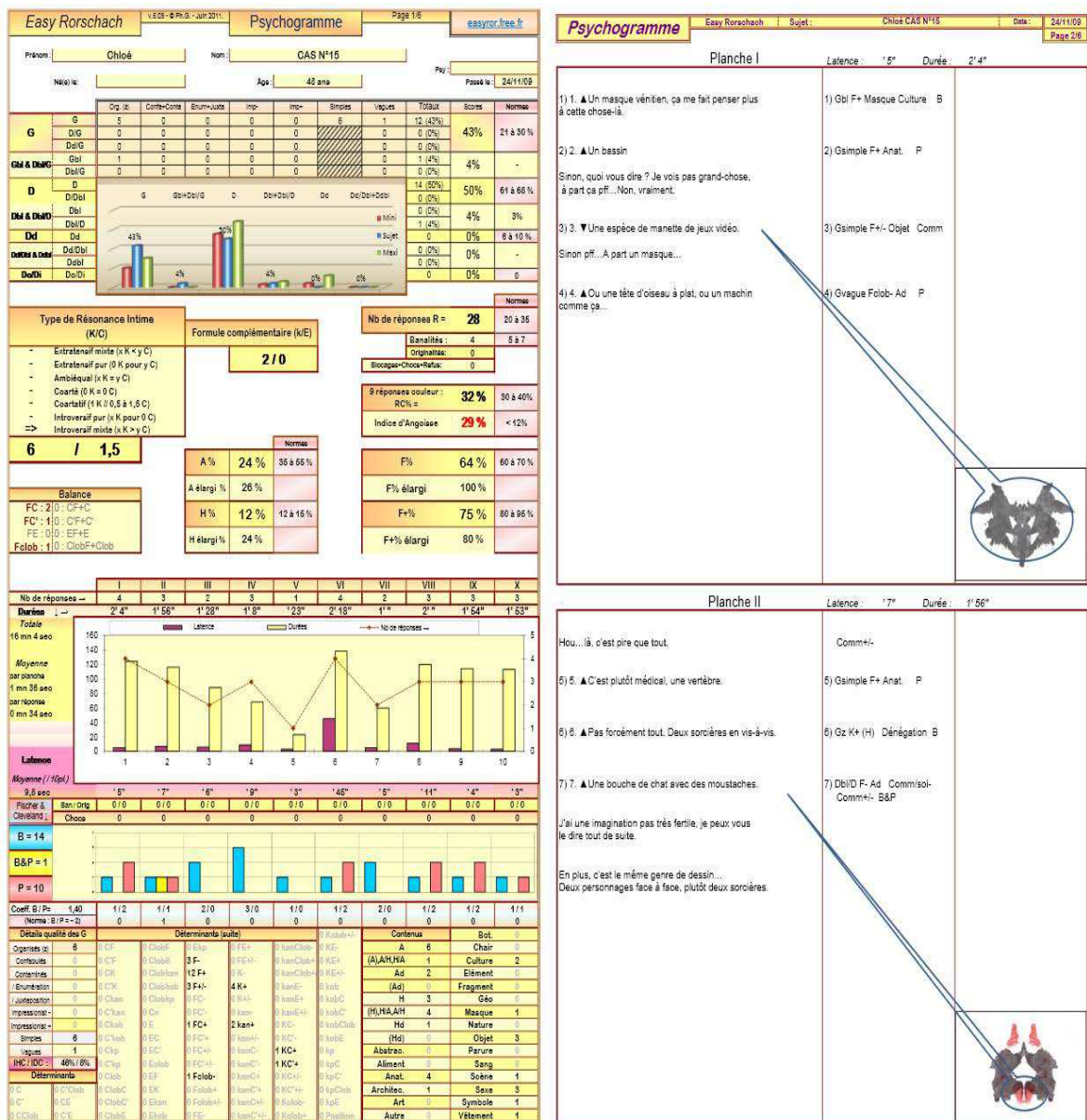


Figure 4 : Logiciel EasyRorschach, 2^{ème} page.

L'affichage des résultats sur une seule page¹ a pour but de faciliter le travail d'analyse. L'intégration de graphiques rend également la lecture plus aisée.

Ce psychogramme se veut très complet avec quelques innovations sous forme de graphiques qui facilitent une vision du protocole dans son ensemble, comme dans ses moindres détails.

Pour une plus grande clarté de présentation, nous diviserons ce psychogramme en 4 parties.

Partie 1

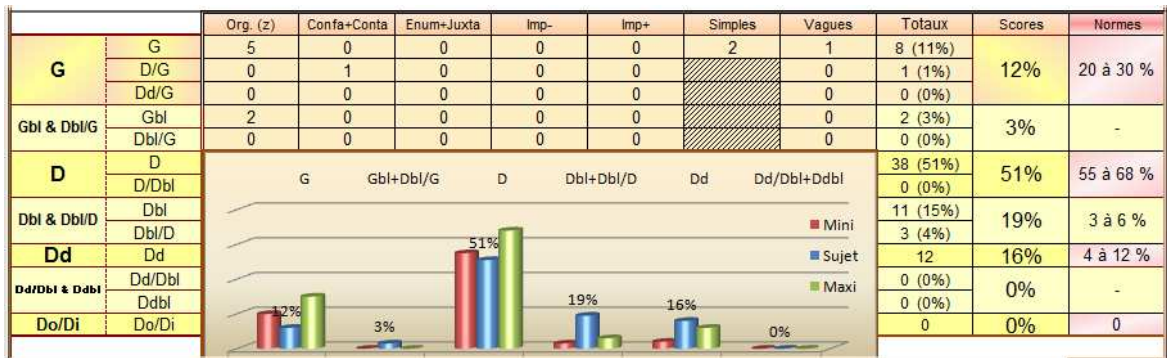


Figure 5 : partie 1 du psychogramme.

A gauche du tableau, se trouvent les paramètres de Rorschach, à droite, les résultats affichés en %. Pour chaque mode d'appréhension (G%, D% etc...), le patient est situé sur le graphique entre les normes minimale et maximale. Au-dessus du graphique, sont notées les différentes modalités des G.

Partie 2

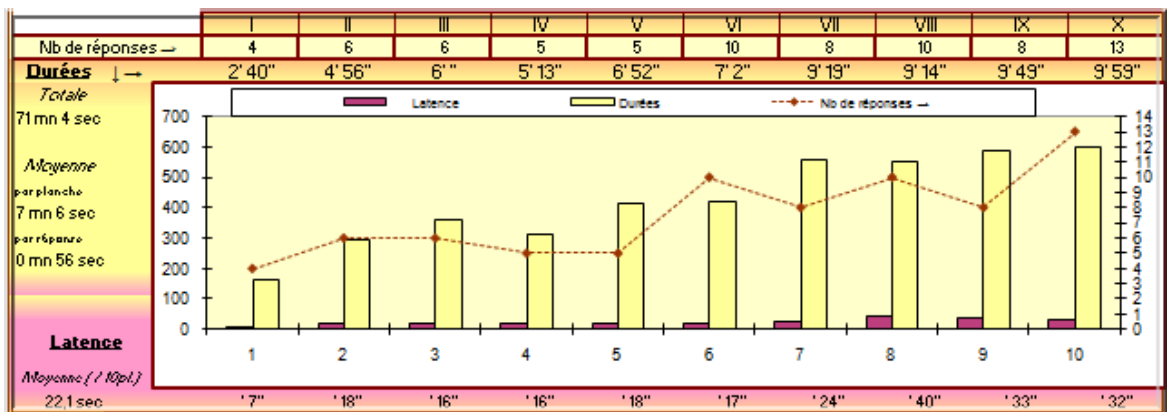


Figure 6 : partie 2 du psychogramme.

Ce 2ème graphique nous montre une vue d'ensemble du protocole avec les temps de latence, les durées et le nombre de réponses par planche, ainsi que les moyennes générales. Coordonnant un grand nombre d'informations, il se prête à

¹ Voir Annexes

une lecture tant synchronique que diachronique et facilite la réflexion visuelle sur ces données.

Partie 3



Figure 7 : partie 3 du psychogramme.

Ce 3ème tableau représente, pour les 10 planches, sous forme d'histogramme, les indices Barrières & Pénétrations de Fischer & Cleveland avec un ajout de notre part : la rubrique mixte Barrière ET Pénétration qui recouvre une dimension flottante des limites. (Ex : « *Un grand manteau déchiré...* »)

Partie 4

Détails qualité des G		Déterminants (suite)						Contenus		Bot.	1
Organisés (z)	7	1 CF	0 ClobF	0 Ekp	3 FE+	0 kanClob-	0 KE-	A	26	Chair	0
Confabulés	1	0 CF	0 ClobK	15 F-	2 FE+/-	1 kanClob+	0 KE+	(A),A/H,H/A	3	Culture	5
Contaminés	0	0 CK	0 Clobkan	22 F+	0 K-	0 kanClob+/-	0 KE+/-	Ad	8	Élément	1
/ Énumération	0	0 C'K	0 Clobkpb	5 F+/-	0 K+	0 kanE-	0 kob	(Ad)	0	Fragment	0
/ Juxtaposition	0	0 Ckan	0 Clobkp	2 FC-	0 K+/-	0 kanE+	1 kobC	H	3	Géo	3
Impressionist -	0	0 C'kan	0 Cn	2 FC-	2 kan-	0 kanE+/-	1 kobC'	(H),H/A,A/H	3	Masque	1
Impressionist +	0	0 Ckob	0 E	0 FC+	4 kan+	1 KC-	0 kobClob	Hd	3	Nature	0
Simple	2	0 C'kob	0 EC	4 FC+	0 kan+/-	1 KC-	0 kobE	(Hd)	2	Objet	16
Vagues	1	0 Ckp	0 EC'	0 FC+/-	0 kanC-	0 KC+	2 kp	Abstrac.	0	Parure	0
IHC / IDC	64% / 18%	0 C'kp	0 Eclob	1 FC+/-	0 kanC-	1 KC+	0 kpC	Aliment	1	Sang	0
Déterminants		0 Clob	0 EF	1 Fclob-	1 kanC+	1 KC+/-	0 kpC'	Anat.	10	Scène	2
0 C	0 C'Clob	0 ClobC	0 EK	0 Fclob+	0 kanC+	0 KC+/-	0 kpClob	Architec.	2	Sexe	1
0 C'	0 CE	0 ClobC'	0 Ekan	0 Fclob+/-	0 kanC+/-	0 Kclob-	0 kpE	Art	0	Symbole	0
0 CClob	0 C'E	0 ClobE	0 Ekob	1 FE-	0 kanC+/-	0 Kclob+	0 Position	Autre	0	Vêtement	2

Figure 8 : partie 4 du psychogramme.

Enfin, les tableaux en bas de page permettent une mise en évidence contrastée des déterminants utilisés et facilitent grandement leur repérage.

2.6 Cotation

Nous avons coté nos planches de Rorschach grâce à la classification des travaux de Beizmann. (Cécile Beizmann, 1966).

2.7 Pourquoi ce test ?

Nous avons choisi ce test afin d'appréhender plus en profondeur le fonctionnement psychique du sujet. Le Rorschach est une épreuve de limites.

Les réponses que suscite ce test révèlent la représentation que les patientes ont d'elles-mêmes, image de Soi, sollicitée par la consigne d'une part, et le manque de structuration du matériel, d'autre part.

Comme l'écrivent Chabert et Anzieu :

« Ce qui est caché est mis en lumière, le latent devient manifeste, l'intérieur est amené à la surface ; ce qu'il y a de noué en nous se trouve dévoilé »¹

Par sa facture non figurative, la présentation d'une tache sur un fond pose d'emblée la remise en cause des frontières entre dedans et dehors, entre sujet et objet.

Les axes que nous avons privilégiés dans l'analyse de Rorschach sont :

- Les limites corporelles avec l'image du corps
- La représentation de Soi
- Et l'identité en lien avec la construction en faux self.

L'image du corps se reflète d'abord dans la capacité à établir des limites entre soi et l'autre, à distinguer le dehors du dedans. Lorsque le soi n'est pas solide car existe une construction en faux self, qu'en est-il de cette identité ?

L'intégration d'une construction corporelle délimitée et bien définie se manifestera au travers des critères suivants :

La délimitation formelle (F% et F+% et leur rapport) (absence de délimitation nette, confusion des contours ou, au contraire, précision des limites, séparation des formes sans équivoques)

La maîtrise de la qualité formelle se repère aussi par la capacité à fournir un D% suffisant, indice d'autonomie psychique.

Afin d'affiner les cotations, nous avons utilisé, en lien avec les limites de l'image du corps, la variable Barrière / Pénétration de S.FISCHER & S.E. CLEVELAND (1958).

L'indice « *Barrière* » est obtenu en comptant le nombre de réponses se rapportant aux qualités de dureté, de structures bien définies, ainsi qu'à leurs frontières protectrices, recouvrantes.

L'indice « *Pénétration* » est calculé à partir des réponses mettant l'accent sur la fragilité des frontières, le fait qu'elles soient mal définies ou transparentes ou encore, détruites.

Les deux indices sont, en général, en rapport inverse. Un individu aux frontières corporelles suffisamment souples et protectrices a, en moyenne, 2B pour 1P.

¹ D.Anzieu, 1970, p.10.in Manuel du test du Rorschach, sous la direction de J.Richelle, p.8

L'accès à l'identité suppose, en effet, que les processus de différenciation - individuation aient été relativement opérants, permettant la séparation, impliquant, d'une part, la différence entre sujet et objet et, d'autre part, son appartenance au monde humain.

La construction d'une image corporelle intègre sert de support aux processus d'individuation et à la constitution du MOI, corps, limite et peau du psychisme.

Ainsi, le « *Corps de la réponse* » sera l'image de ce que le sujet a de plus corporel dans le psychisme : Le MOI.

3. La grille simplifiée du Pr J.B. Stora

Dans cette étude, nous avons fait le choix d'utiliser une grille de visibilité psychosomatique, grille que nous avons élaborée en reprenant et en simplifiant celle du Pr JB. STORA¹. En effet, n'étant pas de formation psychanalytique, d'une part, n'ayant pas eu accès aux dossiers médicaux, d'autre part, nous n'avons retenu qu'une partie de cette grille et l'avons adaptée à notre méthodologie.

Nous avons choisi de retenir l'étude des moyennes de l'ensemble des cas appartenant aux classes statistiques recatégorisées du risque somatique selon la grille modifiée du Professeur Jean Benjamin Stora. Nous passerons, en fonction de la note, de 6 groupes, très faible, faible, moyen, élevé, très élevé, maximal à 3 groupes, léger, modéré, sévère.

Notre grille, élaborée sous forme d'un logiciel, créé avec un collègue, aborde l'individu selon 5 axes faisant chacun l'objet d'une évaluation chiffrée :

- 1) Risque lié aux processus psychiques
- 2) Risque lié aux comportements
- 3) Risque lié à l'expression des affects
- 4) Risque lié à l'environnement
- 5) Risque somatique

La somme des notes des cinq axes aboutit à la note d'évaluation globale du risque psychosomatique.

Après avoir listé les événements de vie, une exploration des fonctionnements et dysfonctionnements psychiques nous renseignera sur les processus psychiques

¹ PrJean-Benjamin Stora, Psychanalyste, Psychosomaticien Paris6

du sujet (axe 1), sur ses comportements (axe 2) ainsi que sur sa façon d'exprimer ses affects (axe 3). Cela nous permettra également d'avoir une idée de l'environnement du sujet et des risques (axe 4) potentiels existants. Ensuite, l'axe 5 liste les pathologies, tant à l'enfance et adolescence qu'à l'âge adulte, donnant un aperçu de l'état somatique du patient. Finalement un récapitulatif de l'ensemble attribuera une note qui correspondra à l'évaluation du risque psychosomatique, c'est-à-dire de l'individu dans son ensemble. Les notes s'étagent de 17, pour le risque faible à 35, pour le risque très élevé. Afin d'avoir, visuellement, une idée de la construction de nos patientes, nous avons choisi d'associer, aux notes de la grille, un graphique représentatif.

(Voir illustrations page suivantes de l'utilisation de cet outil)

En haut de la grille, sont notés le numéro du cas, le nom et l'âge.

Dans la partie gauche, apparaissent successivement les axes de 1 à 4.

Dans la partie droite de la grille, se dévoilent à nous, successivement, le diagnostic structural et l'axe 5 avec le risque somatique illustré par les pathologies déclarées dans l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte.

Enfin, tout à fait en bas, la note de l'évaluation psychosomatique globale reprend toutes les notes. En lien avec ces résultats, nous avons le graphique.

FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENT PSYCHIQUE			
AXE 1. Les processus psychiques			
CAS N° 5			
Amandine			
Âge à l'apparition du cancer : 38 ans			
Axe 1.A			
1. Relation à l'Objet			
2. Dimension narcissique			
3. Dimension			
4. Qualité du préconscient	Rêves Imaginaire Préconscient	Présence de rêves Assez bonne qualité	
Axe 1.B			
Traumatismes ou Carences	Impact		
	Enfance/Adolescence	Age adulte	
Carence affective paternelle	2 Modéré	1 Non perceptible	Note N°1 : 3
Autre traumatisme	3 Notable		ENFANCE (0-16 ans)
Divorce		4 Fort	1
Cancer personnel		5 Majeur	
Deuil de sa mère		5 Majeur	
Deuil d'un proche		5 Majeur	
I.V.G.		5 Majeur	
			+
			2
Angoisses diffuses			
Angoisses objectales			
Dépression(s)			
Difficultés entre culture d'origine et milieu de vie			
Axe 1.C			
Points de fixations somatiques à relier au développement d'un appareil psychique.			
Fixations associées aux stades freudiens			
Fixations orales	Patho. Digestives		
Fixations anales	Patho. musculo-sq.		
Fixations phalliques	Troubles uro-génitaux		
Fixations oedipiennes			
Fixations non spécifiques			
Système immunitaire	Troubles viscéraux	Troubles neuro-endocriniens	
Axe 1D : Activités sublimatoires et oniriques			
	Associatives, sociales	Sportives	Culturelles
AXE 2. Prévalence des comportements			
Enfance/Adolescence	2	Age adulte	2
Hyperactivité	2. Irrégularités ponctuelles du fonctionnement mental	Hyperactivité	2. Irrégularités ponctuelles du fonctionnement mental
			Note N°2 : 4
AXE 3. Expression des affects			
Appréciation d'ensemble			Note N°3 :
Enfance/Adolescence	4	Age adulte	4
4. Alexithymie		4. Alexithymie	8
AXE 4. Risques liés à l'environnement			
Enfance/Adolescence	1	Age adulte	2
Familial	1-Stable	Familial	3-Perturbation sévère ponctuelle
Scolaire	2-Perturbation modérée ponctuelle	Professionnel	1-Stable
Social	1-Stable	Social	1-Stable
			Note N°4 : 3

*Grille d'évaluation du risque psychosomatique
simplifiée à partir
de celle du Pr. Jean-Benjamin Stora
© Pascale Hamelin - Mai 2011 v.3.01*

ORGANISATION PSYCHIQUE OU STRUCTURE FONCTIONNELLE

Diagnostic structural

Névrose actuelle à mentalisation incertaine

AXE 5. Evaluation du risque somatique

Liste des pathologies déclarées

ENFANCE (0-16 ans)

AGE ADULTE

Maladies du système digestif
Maladies du système ostéo-musculo-squelettique
Maladies des organes génito-urinaires
Troubles du système immunitaire
Cancer du sein

Notes 1+2+3+4 =

18

Note N°5 :

Enfance/Adolescence	Age adulte
2. Risque faible	4. Risque fort
2	4

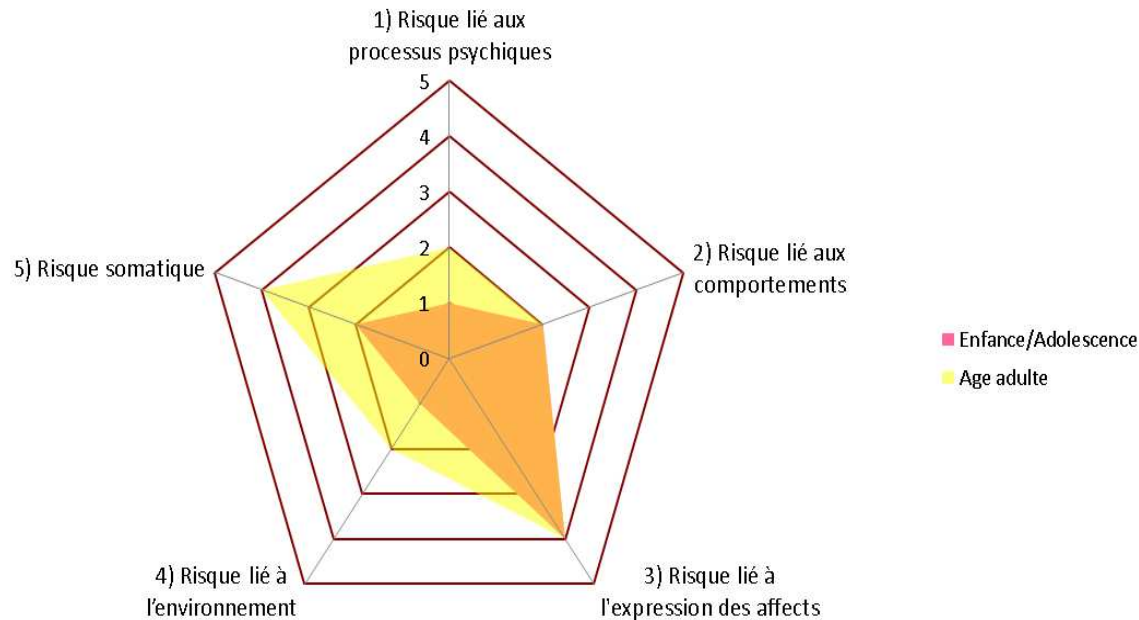
IV. EVALUATION PSYCHOSOMATIQUE GLOBALE

Tableau récapitulatif des évaluations de risque

Diagnostic de structure fonctionnelle :	Névrose actuelle à mentalisation incertaine	
	Enfance/Adolescence	Age adulte
1) Risque lié aux processus psychiques	1	2
2) Risque lié aux comportements	2	2
3) Risque lié à l'expression des affects	4	4
4) Risque lié à l'environnement	1	2
5) Risque somatique	2	4
Sous-totaux :	10	14

Risque moyen 24

Figure 9 : Grille simplifiée de J.B. Stora.



Evolution du risque psychosomatique

- *Axe 1 : Légère aggravation à l'âge adulte*
- *Axe 2 et 3 : Stabilité sur les 2 périodes*
- *Axe 4 : Légère aggravation à l'âge adulte*
- *Axe 5 : Nette aggravation à l'âge adulte*

Lecture globale

l'évolution du risque psychosomatique s'aggrave de manière générale à l'âge adulte sauf pour les risques liés aux comportements et à l'expression des affects.

Figure 10 : Graphique de la grille simplifiée de J.B. Stora.

II PRESENTATION DES RESULTATS

Pour plus de simplicité dans cette étude, nous avons déterminé trois groupes : LEGER, MODERE, SEVERE, à partir des notes d'évaluation globales du Risque Psychosomatique de la grille simplifiée du Pr STORA.

Comme ces trois groupes sont déterminés par le score de la grille, en fonction des données des entretiens, nous commencerons par présenter les résultats de la grille des risques psychosomatiques, puis ceux des entretiens, enfin nous terminerons par la présentation des résultats des tests de Rorschach.

Nous tenons à préciser que l'analyse des résultats du test de Rorschach se fait en fonction de la population générale car il existe des normes alors que celle des items des entretiens se fait à l'intérieur même de notre population.

Nous analyserons les résultats des Rorschach spécifiques aux groupes léger et sévère. Nous tenterons de dégager les profils typiques correspondants.

Au préalable, nous procéderons à l'analyse des données du test de Rorschach global, moyennes des résultats du test des 50 patientes afin de dégager un profil général d'une population de femmes ayant vécu un cancer du sein.

A) Grille simplifiée de JB Stora

Nous allons commencer par les résultats¹ de la grille simplifiée du Pr Stora car c'est ce qui va nous donner la répartition des groupes de notre population.

C'est au moyen de nos entretiens que nous avons rempli cette grille.

1. L'étalonnage en est le suivant

10-15 : Risque très faible

16-20 : Risque Faible

21-25 : Risque Moyen

26-30 : Risque Elevé

31-35 : Risque Très élevé

36-44 : Risque Maximal

¹ Annexes

2. Les groupes

Pour plus de commodité pour les statistiques, nous avons regroupé ces notes en trois groupes

➤ Groupe léger : Notes de 10 à 22 inclus.

16 Cas : C26, C44, C21, C33, C36, C28, C32, C34, C19, C38, C39, C46, C18, C31, C37, C50.

➤ Groupe modéré : Notes de 23 à 27 inclus.

19 Cas : C11, C25, C48, C5, C16, C43, C8, C17, C24, C27, C30, C41, C22, C45, C10, C20, C40, C42, C47.

➤ Groupe sévère : Notes supérieures à 27.

15 Cas : C6, C13, C23, C1, C4, C12, C35, C2, C29, C9, C3, C7, C14, C15, C49.

Les scores obtenus par nos patientes sont respectivement

Groupe Léger	Notes	Groupe Modéré	Notes	Groupe Sévère	Notes
C26	17	C11	23	C6	28
C44	17	C25	23	C13	28
C21	18	C48	23	C23	28
C33	18	C5	24	C1	29
C36	18	C16	24	C4	29
C28	19	C43	24	C12	29
C32	20	C8	25	C35	30
C34	20	C17	25	C2	31
C19	21	C24	25	C29	31
C38	21	C27	25	C9	32
C39	21	C30	25	C3	33
C46	21	C41	25	C7	33
C18	22	C22	26	C14	33
C31	22	C45	26	C15	34
C37	22	C10	27	C49	35
C50	22	C20	27		
		C40	27		
		C42	27		
		C47	27		

Tableau 3 : Groupes selon la grille simplifiée de J.B. Stora.

Notons que nous mettrons dans les Annexes, l'étude complète d'un cas selon la méthodologie de JB Stora (cas de Martine).

Nous allons faire les moyennes des différents axes des différents groupes afin de proposer une grille moyenne pour chaque division de notre population.

3. Moyennes des groupes et graphiques associés

- Moyenne du Groupe Global (50 cas) : 25,18

IV. EVALUATION PSYCHOSOMATIQUE GLOBALE		
Tableau récapitulatif des évaluations de risque		
Diagnostic de structure fonctionnelle :	Névrose actuelle à mentalisation incertaine	
	Enfance/Adolescence	Age adulte
1) Risque lié aux processus psychiques	2,46	2,84
2) Risque lié aux comportements	2,56	2,86
3) Risque lié à l'expression des affects	2,02	1,48
4) Risque lié à l'environnement	1,9	1,84
5) Risque somatique	2,78	4,44
Sous-totaux :	11,72	13,46
Risque Modéré		25,18

Tableau 4 : Moyenne du groupe global.

- Moyenne du Groupe Léger (16 cas) : 19,93

IV. EVALUATION PSYCHOSOMATIQUE GLOBALE		
Tableau récapitulatif des évaluations de risque		
Diagnostic de structure fonctionnelle :	Névrose actuelle à mentalisation incertaine	
	Enfance/Adolescence	Age adulte
1) Risque lié aux processus psychiques	1,56	2,38
2) Risque lié aux comportements	1,94	2,56
3) Risque lié à l'expression des affects	1,12	1
4) Risque lié à l'environnement	1,25	1,56
5) Risque somatique	2,31	4,25
Sous-totaux :	8,18	11,75
Risque Léger		19,93

Tableau 5 : Moyenne du groupe léger.

➤ Moyenne du Groupe sévère (15 cas) : 30,77

IV. EVALUATION PSYCHOSOMATIQUE GLOBALE		
Tableau récapitulatif des évaluations de risque		
Diagnostic de structure fonctionnelle :	Névrose actuelle à mentalisation incertaine	
	Enfance/Adolescence	Age adulte
1) Risque lié aux processus psychiques	3,33	3,2
2) Risque lié aux comportements	3,27	3,27
3) Risque lié à l'expression des affects	2,33	2,07
4) Risque lié à l'environnement	2,73	2,27
5) Risque somatique	3,4	4,9
Sous-totaux :	15,06	15,71
Risque Sévère	30,77	

Tableau 6 : Moyenne du groupe sévère.

Nous avons choisi de présenter les graphiques inhérents à ces moyennes.

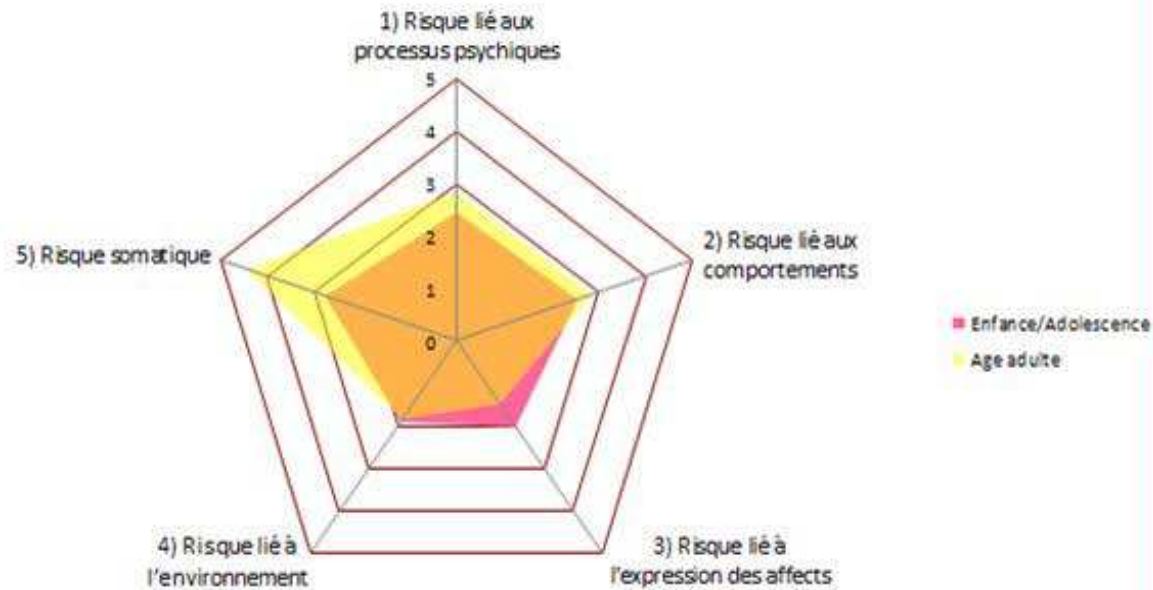
4. Les graphiques

Les graphiques obtenus sont les suivants :

Cas global moyen

Grille d'évaluation du risque psychosomatique

Commentaires



Zone de graphique

Evolution du risque psychosomatique

- *Axes 1 et 2 : Légère aggravation à l'âge adulte*
- *Axe 3 : Légère diminution à l'âge adulte*
- *Axe 4 : Stabilité dans les deux périodes*
- *Axe 5 : Nette aggravation à l'âge adulte*

Lecture globale

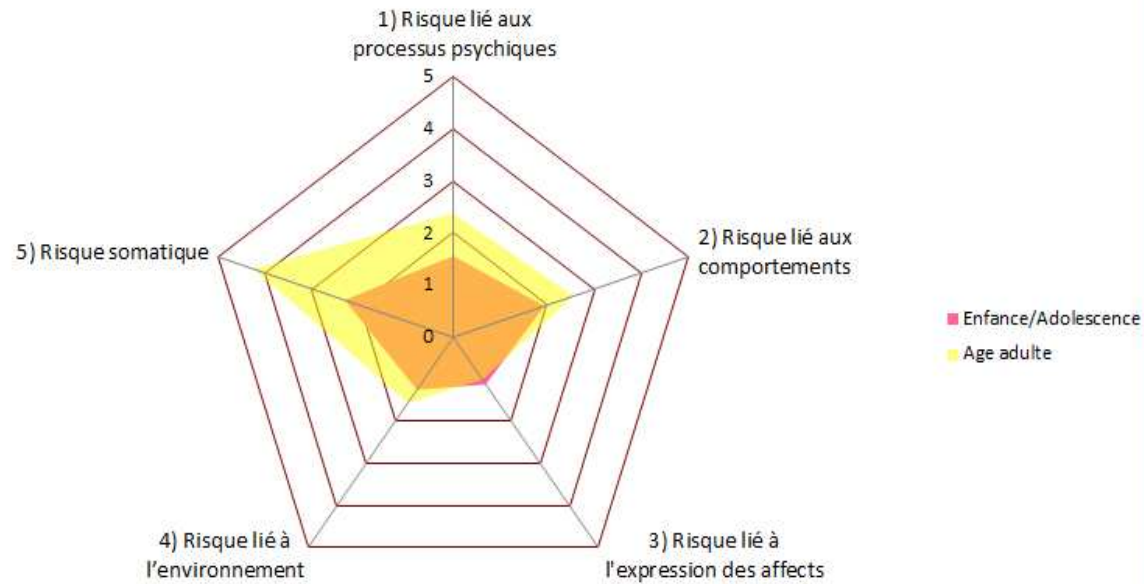
L'évolution du risque psychosomatique s'aggrave de manière générale à l'âge adulte sauf pour le risque lié à l'expression des affects qui diminue.

Figure 11 : Graphique du cas global moyen.

Cas léger moyen

Grille d'évaluation du risque psychosomatique

Commentaires



Evolution du risque psychosomatique

Axe 1 : Aggravation moyenne
Axe 2 et 4 : Aggravation légère à l'âge adulte
Axe 3 : Stabilité
Axe 5 : Forte aggravation à l'âge adulte

Lecture globale

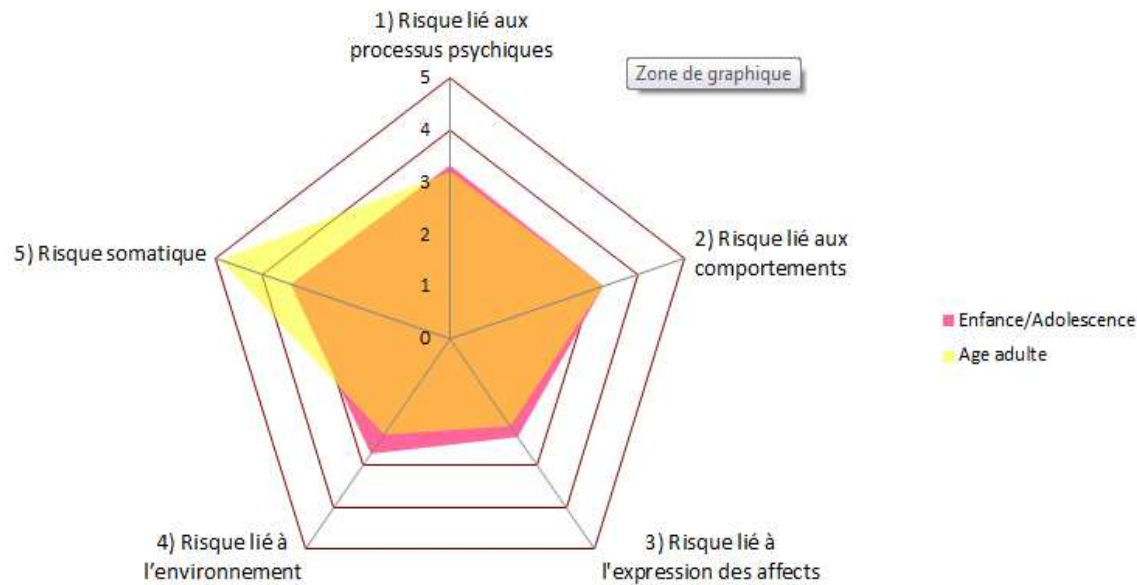
L'évolution des risques Psychosomatiques est moyenne pour le risque lié aux processus psychiques, au comportement et à l'environnement et importante pour les risques somatiques. Quant au risque lié à l'expression des affects, il est le même pour les deux périodes.

Figure 12 : Graphique du cas léger moyen.

Cas sévère moyen

Grille d'évaluation du risque psychosomatique

Commentaires



Evolution du risque psychosomatique

Axe 1 et 2 : Risque élevé mais stabilité pour les deux périodes

Axe 3 et 4 : Légère diminution à l'âge adulte

Axe 5 : Aggravation à l'âge adulte

Lecture globale

Nous n'observons aucun changement, entre les deux périodes, pour les risques liés aux processus psychiques et aux comportements. Quant aux risques liés à l'expression des affects et à l'environnement, ils opèrent un léger recul. Le risque somatique déjà élevé dans le jeune âge s'aggrave encore à l'âge adulte.

Figure 13 : Graphique du cas sévère moyen.

5. Comparaison des graphiques des groupes léger et sévère

D'emblée, nous pouvons observer une différence de surface des 2 graphiques, le groupe léger ayant une surface beaucoup plus restreinte que le sévère, ce qui montre que les risques représentés par les 5 axes de ce dernier sont beaucoup plus importants et cela dès l'enfance.

Cela tend à indiquer que le groupe léger aurait eu, dans son enfance un environnement plus satisfaisant permettant de montrer et de partager les émotions d'une part et, d'avoir des comportements et des processus psychiques permettant la construction d'un vrai self d'autre part. Quant au groupe sévère, il semble que ce soit l'inverse qui se soit produit.

Si nous reprenons les axes un à un, nous constatons :

- Axe 1 : Dans le groupe léger, le risque lié aux processus psychiques passe de 1,5 dans l'enfance et l'adolescence à 2,5 à l'âge adulte montrant une progression du risque alors que dans le groupe sévère, ce risque reste stable à 3 dans les deux périodes.
- Axe 2 : Pour le groupe léger, le risque lié aux comportements passe de 2 dans l'enfance et l'adolescence à 2,5 à l'âge adulte montrant une progression du risque alors que pour le groupe sévère, nous retrouvons une stabilité à 3 de ce risque pour les deux périodes.
- Axe 3 : Le risque lié à l'expression des affects est stable à 1 pour les deux périodes dans le groupe léger alors que ce risque présente une légère diminution pour l'âge adulte dans le groupe sévère, passant de 3 à 2,4 environ.
- Axe 4 : Le risque lié à l'environnement passe de 1 dans l'enfance et l'adolescence à 1,5 à l'âge adulte alors que dans le groupe sévère, ce risque recule légèrement d'environ 0,5 à l'âge adulte, se situant à 2,8 approximativement.
- Axe 5 : Le risque somatique est le seul qui augmente dans les deux groupes simultanément entre l'enfance et l'adolescence et l'âge adulte. Cette progression est de 2,2 à 4 pour le groupe léger et de 2,8 à 4,2 pour le groupe sévère.

B) Entretiens

Nous avons divisé l'entretien en quatre périodes :

- Enfance et adolescence
- Avant le cancer
- Pendant le cancer
- Après le cancer jusqu'au moment de l'entretien

Pour les différents items, nous vous renvoyons au questionnaire placé en annexes.

Nous avons choisi de comparer les entretiens des groupes léger et sévère. Rappelons que les chiffres sont des moyennes de groupe. Nous utiliserons le test de Student¹, test d'hypothèse, qui sert à évaluer une hypothèse statistique en fonction d'un jeu de données. Il sert à comparer des moyennes. Il est utilisé pour comparer des données quantitatives de 2 échantillons indépendants et/ou appariés. Nous utiliserons également le test d'indépendance du khi-carré (l'écriture anglaise est « *chi-square* »). Ce test sert à apprécier l'existence ou non d'une relation entre deux caractères au sein d'une population et, dans notre cas, entre deux caractères qualitatifs. À noter que ce test, qui permet de contrôler l'existence d'une dépendance, ne peut, en aucun cas, en donner le sens, sauf dans certains cas particuliers.

1. Age et mode de découverte du cancer

1.1 Variables statistiquement dépendantes

1.1.1 Age au cancer

Afin d'examiner si l'hypothèse que les femmes du groupe sévère ont leur cancer à un âge plus précoce que le groupe léger, nous avons utilisé un test de Student qui, ici, compare 2 moyennes d'âge.

¹ Bibmath (lien internet)

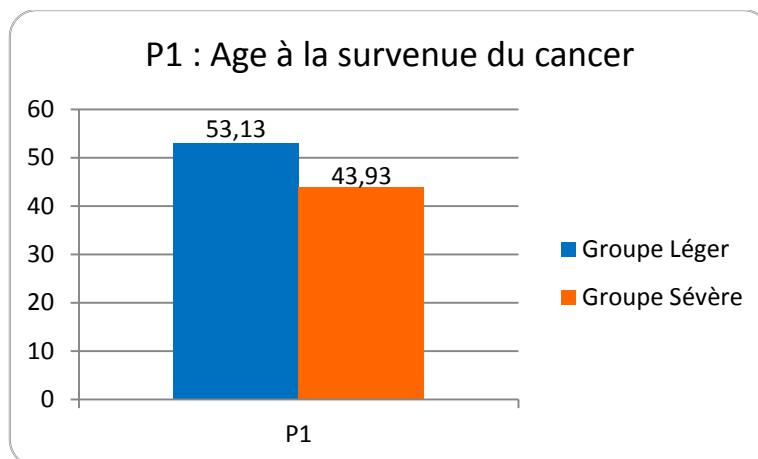


Figure 14 : Age à la survenue du cancer.

En accord avec notre hypothèse, nous constatons que l'âge au cancer est plus bas pour le groupe sévère (43,93 ans) et la différence entre les moyennes des deux groupes est significative : $t(29) = 2,60 ; p = 0,014$.

Il existe un écart d'environ 10 ans entre l'apparition du cancer chez le groupe léger et le groupe sévère, ce dernier contractant la maladie bien plus tôt.

1.1.2 Mode de découverte

Nous formulons l'hypothèse que le groupe sévère découvre plus son cancer de façon personnelle que le groupe léger. Nous utilisons ici, un test de χ^2 .

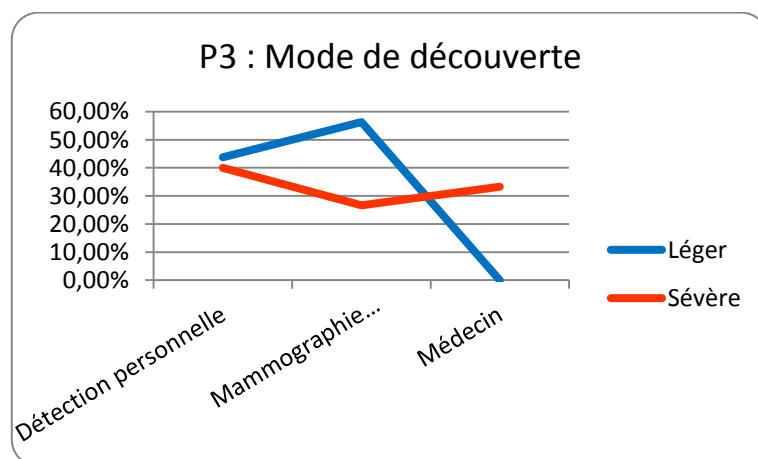


Figure 15 : Mode de découverte du cancer.

En ce qui concerne la détection par un médecin, la dépendance est significative, ($\chi^2(2, N = 31) = 6,98 ; p = 0,031$). Les femmes du groupe sévère détectent plus leur cancer avec l'aide de leur médecin que celles du groupe léger. Nous pouvons poser l'hypothèse d'un besoin relationnel pour les femmes du groupe sévère,

besoin peu ou pas présent du tout dans la famille ou, dans l'environnement, en général.

Par contre, la différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' n'est pas significative quant à la détection personnelle. En effet, nous constatons que les groupes sévère et léger détectent, approximativement dans les mêmes proportions, leur cancer de façon personnelle.

2. Période de l'enfance et de l'adolescence

Cette période, souvent bien décrite par les patientes nous a permis de repérer certains éléments relevant du faux self. Nous avons investigué les relations et le type de communication associé. Afin de rendre plus limpide cet exposé, nous ne mentionnerons que les éléments significatifs sans cependant oublier de mentionner les non significatifs qui peuvent aussi avoir du sens dans notre recherche. Nous illustrerons certaines variables par des exemples.

2.1 Variables statistiquement significatives

2.1.1 Relation à la fratrie

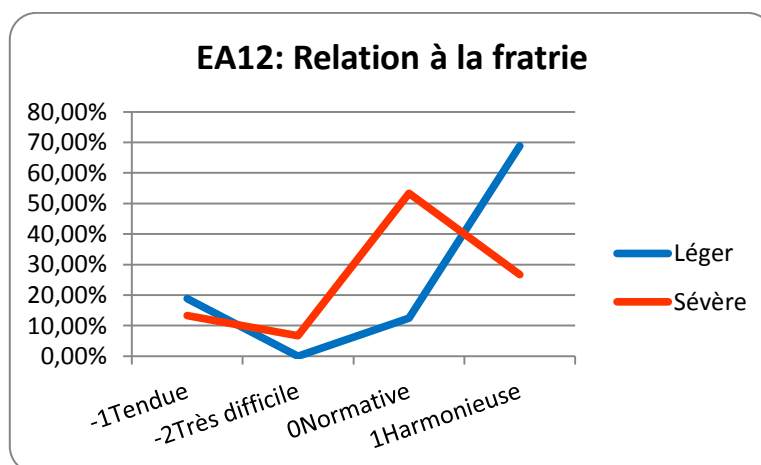


Figure 16 : Relation à la fratrie.

La différence des répartitions entre les deux groupes est significative, ($\chi^2 (3, N = 31) = 8,04 ; p = 0,045$). Le groupe léger a beaucoup plus de relations harmonieuses que le groupe sévère.

2.1.2 Possibilité d'expression des émotions

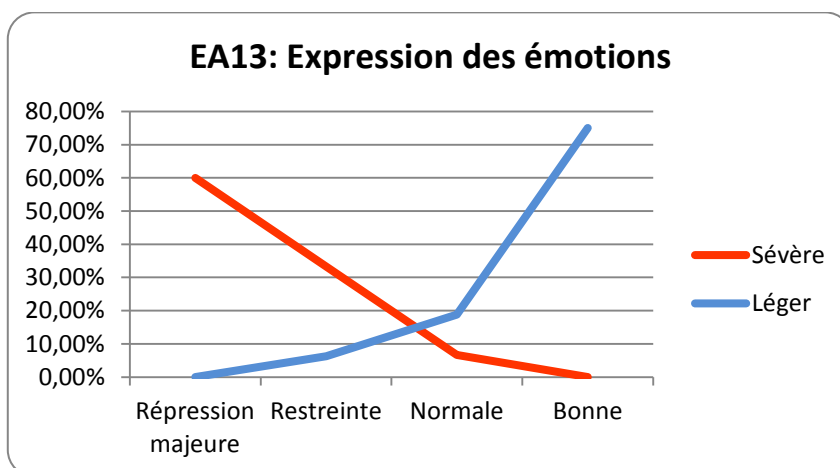


Figure 17 : Possibilité d'exprimer ses émotions.

La dépendance est significative. ($\chi^2 (3, N = 31) = 24,66 ; p = 0,001$). Les sujets du groupe sévère présentent une répression majeure des émotions significativement différente de celle du groupe léger. Cette difficulté à montrer ses affects se manifeste par une égale humeur de surface.

Elise, du groupe léger, a toujours eu la possibilité de partager ses émotions

« J'ai toujours pu dire, partager, avec mes parents, mes frères... On avait le temps de m'écouter euh... J'étais écoutée aussi dans ce que je disais et puis... Je n'étais pas compliquée... Voilà, tout le monde était assez simple dans ses relations... On ne cherchait pas derrière le mot, ce que ça voulait bien dire, ça coulait tout seul... Et, je m'estime très chanceuse... Et, je réalise très bien que j'ai eu un potentiel énorme que j'ai pu engranger »

Cependant que Ludivine, du groupe sévère, avait moins de chance

« ... Interdit de pleurer, interdit d'avoir mal, interdit de souffrir... Il y a pas euh... Il y a pas le choix (tout bas). »

« De toute façon, on n'avait pas le droit de se plaindre... Puis il fallait, il fallait aller au-dessus de ça.... Voilà je veux dire, toute mon enfance a été faite sur, interdiction de se plaindre, qu'il fallait manger son pain noir avant son pain blanc... »

2.1.3 Climat familial global dans l'enfance et l'adolescence

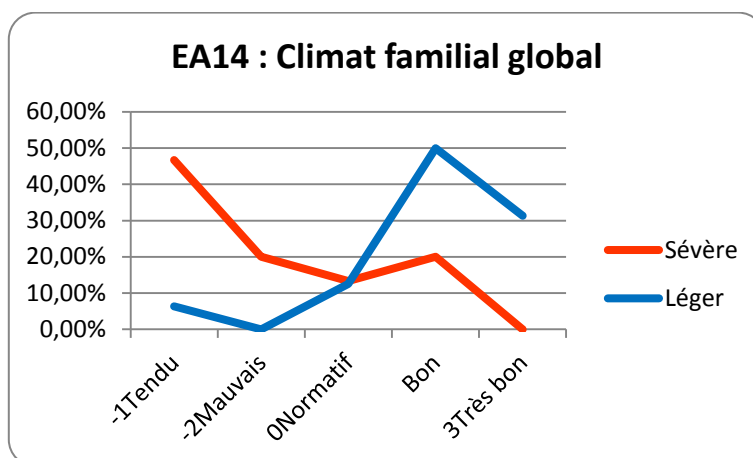


Figure 18 : Climat familial.

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative. ($\chi^2 (4, N = 31) = 14,76 ; p = 0,005$). Le groupe sévère vit dans un climat familial nettement plus tendu que le groupe léger, situation qui ne favorise pas le partage de choses agréables, de plaisir, ni l'épanouissement de la personne.

Exemple d'Elise du groupe léger qui nous dit :

« C'était un climat de tendresse, de câlineries, au top, quoi oui, au top, vraiment (rire)

Contrairement à Nadège, du groupe sévère qui nous confie, non sans difficultés

« Mon papa, c'était mon papa, tout ce qu'on a vécu, tout... Il me semble qu'il fallait que je protège mes sœurs de tout ça... Ben, c'était pas, il n'était pas méchant, ce n'était pas un alcoolique qui nous tapait, ni tout... Voilà c'est un alcoolique, il fallait lui acheter sa bouteille de vin et il allait la boire dans son coin... .. Il y avait des colères avec ma maman, peut-être, mais jamais, il n'a porté la main sur nous... »

« Le climat n'était pas très serein, mais ça dépendait des fois, j'avais une maman qui essayait toujours de bien arranger les choses... De bien... De bien gérer, de... De plus ou moins cacher... Elle avait des problèmes d'argent à un moment donné, mais elle gérait ça... Je ne sais même pas comment elle faisait, on arrivait à partir en vacances... Elle compensait énormément de choses »

2.1.4 Sentiment par rapport à sa place d'enfant

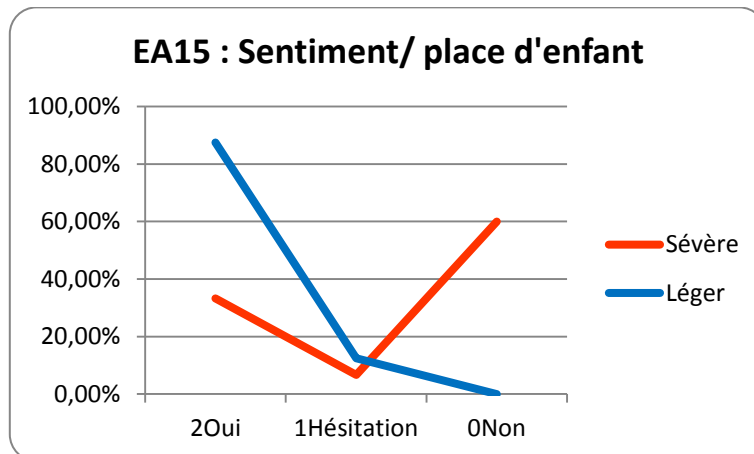


Figure 19 : Sentiment vis-à-vis de sa place d'enfant .

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (2, N = 31) = 13,58, p = 0,001$). Le groupe sévère n'a pas, significativement, le sentiment d'avoir eu sa place d'enfant comparé au groupe léger.

2.1.5 Dialogue avec les parents

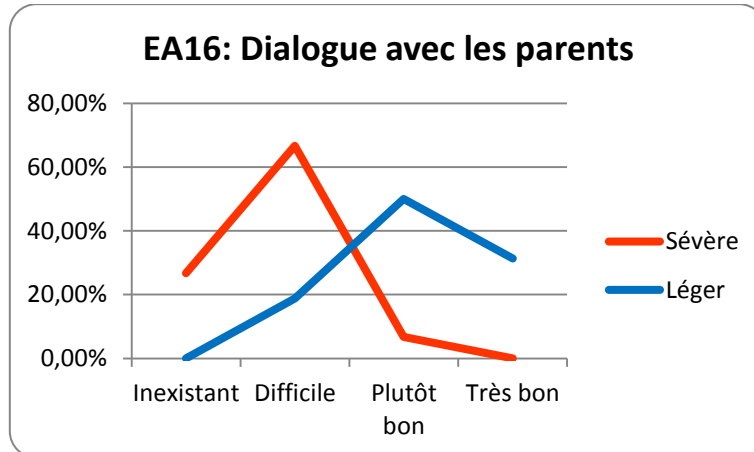


Figure 20 : Dialogue avec les parents.

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (3, N = 31) = 18,20 ; p = 0,001$). Le dialogue avec les parents est significativement plus difficile pour le groupe sévère.

2.1.6 Temps de jeu avec les parents

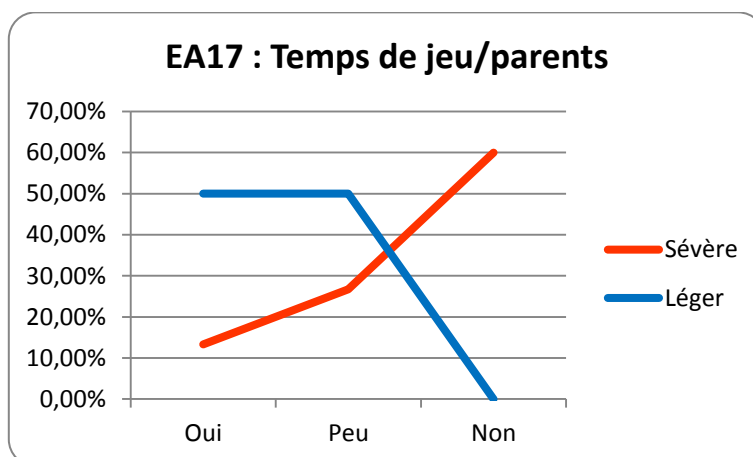


Figure 21 : Temps de jeu avec les parents.

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (2, N = 31) = 13,92 ; p = 0,001$).

Le temps de jeu suit la tendance du dialogue avec les parents et, se trouve significativement inexistant pour le groupe sévère. Jouer est « *le métier* » des enfants. Mais peut-être pas jouer seul ?

2.1.7 Sentiment global de l'enfance

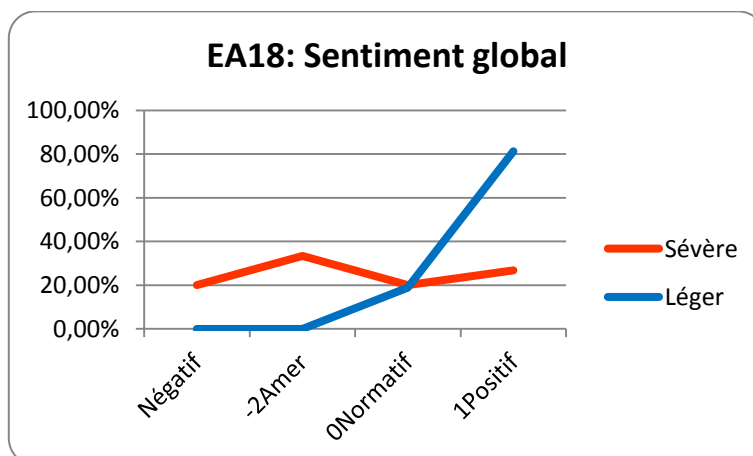


Figure 22 : Sentiment global de l'enfance.

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (3, N = 31) = 12,75 ; p = 0,005$). Le groupe sévère a, significativement, un sentiment beaucoup moins positif et beaucoup plus amer de son enfance que le groupe léger. Il y a une prise de conscience nette de cette pénibilité chez le groupe sévère.

2.1.8 Qualificatif pour cette période

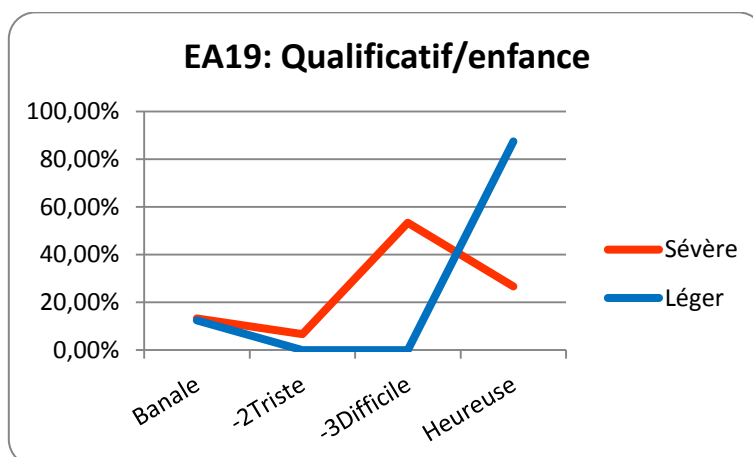


Figure 23 : Qualificatif pour l'enfance.

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (3, N = 31) = 14,54 ; p = 0,002$). L'enfance est significativement qualifiée comme plus difficile pour le groupe sévère en lien avec notamment un climat familial tendu et un dialogue difficile avec les parents.

2.1.9 Sentiment global de l'adolescence

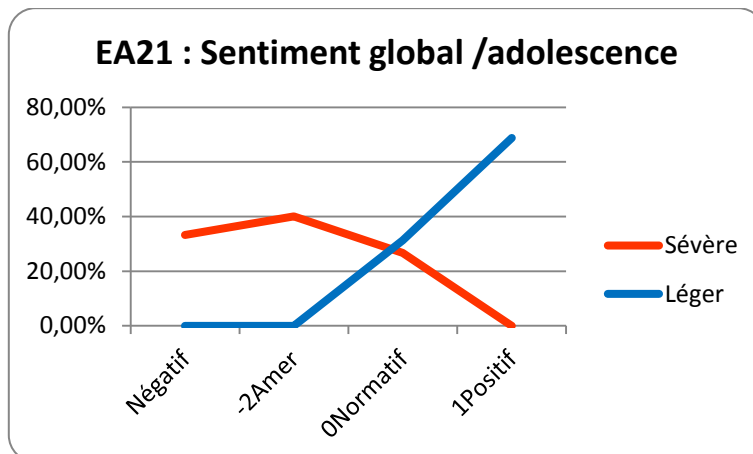


Figure 24 : Sentiment global de l'adolescence.

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (3, N = 31) = 22,10 ; p = 0,001$). Le groupe léger a nettement un sentiment positif de son adolescence par opposition au groupe sévère.

2.1.10 Dialogue avec les parents à l'adolescence

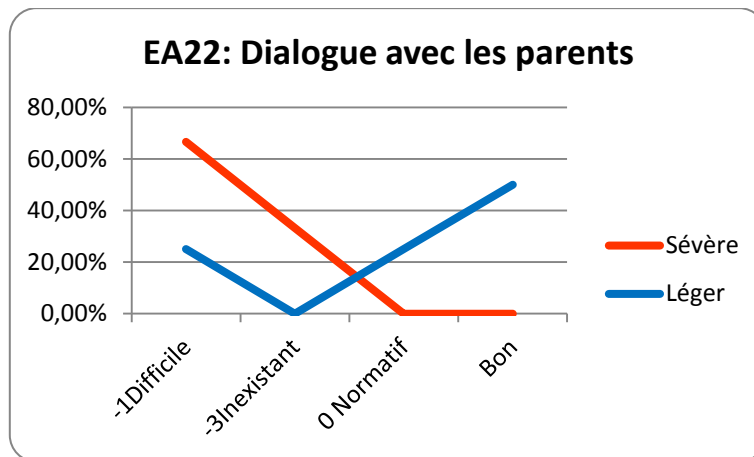


Figure 25 : Dialogue avec les parents à l'adolescence.

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (3, N = 31) = 19,56 ; p = 0,001$). Le dialogue avec les parents est plus difficile pour le groupe sévère.

Exemple d'Eglantine du groupe léger :

« Le climat familial était serein, et, de tendresse... C'est très important » [...] Les parents qui nous disaient, vous avez assez travaillé et nous emmenaient, en car, visiter par exemple, le mont Sainte-Odile ... Je me souviens d' avoir parlé souvent avec les parents... Ils essayaient toujours de nous faire plaisir... J'ai l'impression qu'on a été élevé dans le positivisme »

A opposer à Constance appartenant au groupe sévère :

« Ben non... Ben non... On parlait pas... Et, mon père n'a jamais raconté ma mère... On était trop petites, de 6 ans à 12 ans, on n'a jamais eu de conversation, jamais rien... Les sujets de rédaction, raconter les week-ends, les vacances... Oh la la ! Jamais... Donc, j'inventais, j'inventais... On ne pouvait même pas avoir de copine, parce qu'on ne devait pas bouger, d'où on était, il fallait qu'on reste parquées[...] Pas de conversation... Arrivée en troisième on m'a dit, non, ma cocotte, c'est fini, il faut travailler... Allez ! A l'usine... »

2.2 Variables statistiquement non significatives mais présentant un intérêt pour notre étude

Nous avons aussi émis l'hypothèse que le groupe sévère présentait plus de maladies notables, plus de traumatismes psychiques et moins de crise d'adolescence que le groupe léger. Tout cela est vrai mais sans significativité statistique. Pareillement, nous avons supposé que les sujets du groupe sévère avaient moins été allaités que ceux du groupe léger et que leurs relations avec leurs parents avaient été moins bonnes. Nous ne vérifions pas de différence significative pour ces trois items. L'allaitement maternel et la qualité de la relation maternelle suivent la même tendance. Seule la qualité de la relation paternelle affiche une différence entre les groupes léger et sévère, cependant sans significativité statistique.

2.3 Conclusion sur la période d'enfance et d'adolescence

Dans cette recherche, il apparaît très nettement que les sujets du groupe sévère traversent ces deux périodes de façon pénible et peu épanouissante ne permettant pas, selon nous une construction du vrai self, mais plutôt d'un faux self au sens de Winnicott.

3. Période avant le cancer

Cette période présentant très peu de significativité, nous ne mentionnerons que les items remarquables.

Les évènements similaires pour les deux groupes sont, notamment la perte d'êtres chers. Les antécédents de cancer du sein et, d'autres cancers, ainsi que d'autres maladies graves suivent à peu près la même tendance.

3.4 Variables statistiquement significatives

3.4.11 Partage en famille élargie

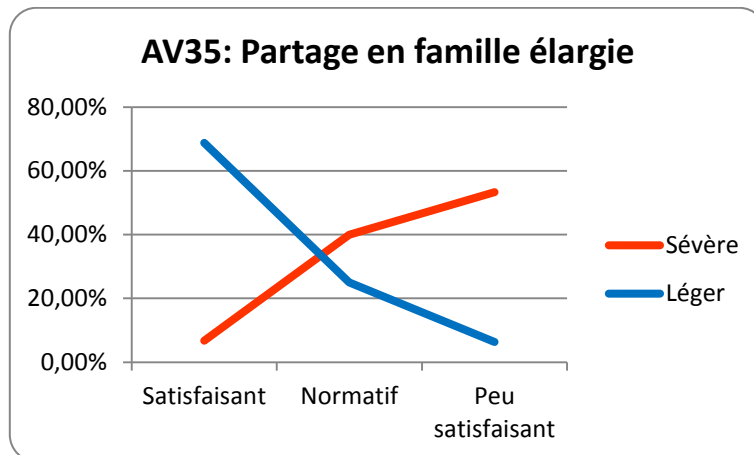


Figure 26 : Partage en famille élargie.

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (2, N = 31) = 14,16 ; p = 0,001$).

Nous constatons que les relations familiales sont, significativement moins satisfaisantes dans le groupe sévère.

4. Pendant le cancer

4.1 Variables statistiquement significatives

4.1.1 Situation relationnelle familiale

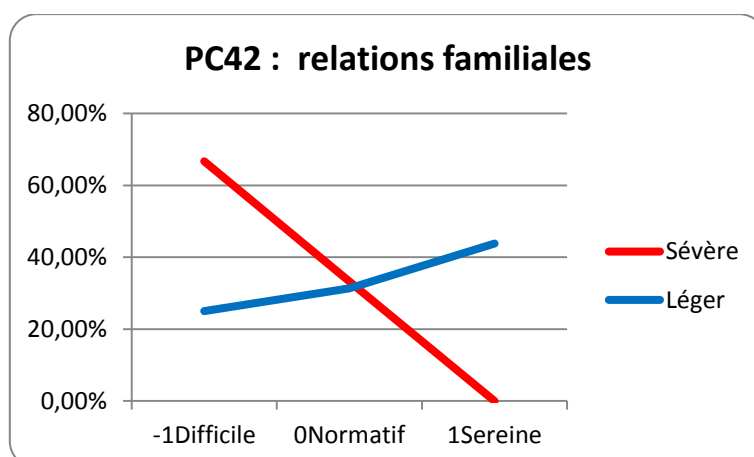


Figure 27 : Relations familiales.

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (2, N = 31) = 9,55 ; p = 0,008$).

Les relations familiales du groupe sévère, pendant le cancer, apparaissent beaucoup plus difficiles, de façon significative, que celles du groupe léger. La patiente vit sa maladie dans une ambiance familiale pénible, ce qui ne doit pas créer de la sérénité.

4.1.2 Soutien par le conjoint

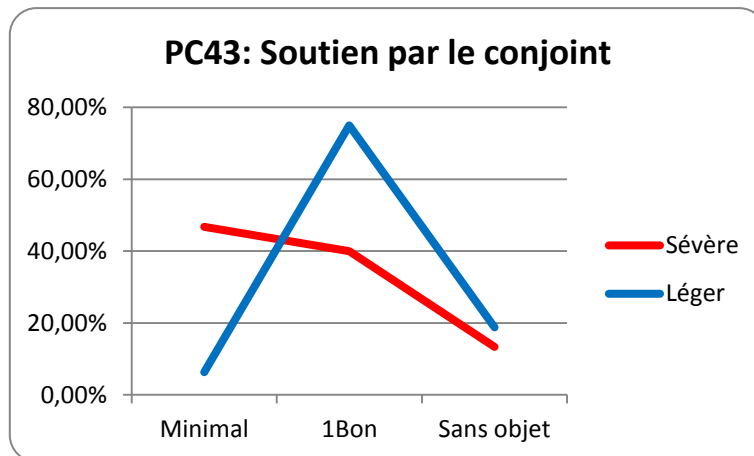


Figure 28 : Soutien par le conjoint.

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative. ($\chi^2 (2, N = 31) = 6,67 ; p = 0,035$).

Le soutien par le conjoint est significativement plus déficitaire pour le groupe sévère que pour le groupe léger. Nos sujets, traversant une épreuve difficile ont cependant du mal à obtenir un soutien de la part de leur époux les propulsant dans une situation de détresse. Le soutien par les enfants, les amis et la famille élargie est, par contre bon pour les deux groupes.

4.2 Variables non significatives statistiquement mais présentant un intérêt pour notre étude

Nous avons supposé que les groupes léger et sévère réagissaient différemment à la maladie. En réalité, les modes de réaction à la maladie se répartissent de façon équivalente dans les deux groupes. Environ 10% des sujets sont dans le déni alors qu'approximativement 30% vivent leur cancer comme un événement important et 60% comme un événement traumatique.

5. Après le cancer

5.1 Variables significatives statistiquement présentant un intérêt pour notre étude

5.1.1 Le cancer, facteur de réflexion essentielle forte ?

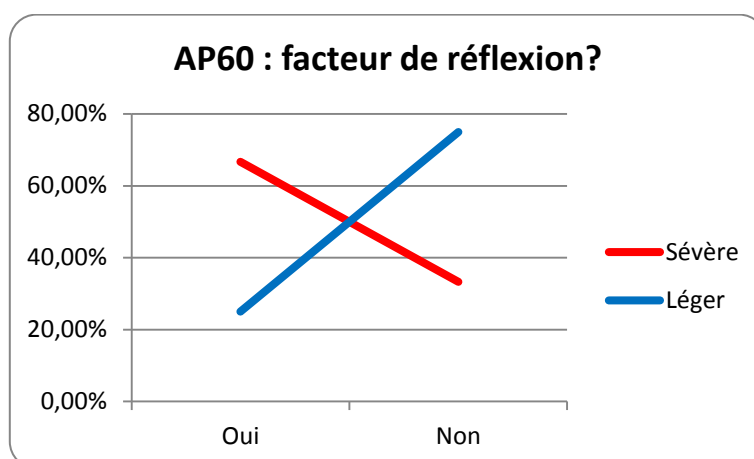


Figure 29 : Le cancer, facteur de réflexion ?.

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (1, N = 31) = 5,43 ; p = 0,02$).

Pour le groupe sévère, le cancer a été, de façon significative, plus un facteur de réflexion que pour le groupe léger. Les conditions de vie des sujets du groupe sévère ne leur permettent peut-être pas de réfléchir sur elles-mêmes au quotidien.

Nicole, appartenant au groupe léger, illustre parfaitement ce graphique lorsqu'elle nous dit

« Je n'ai pas le souvenir, par rapport à mon cancer, d'avoir regardé ma vie... Je me suis dit voilà ce qu'il faudra faire, mais... C'était plutôt une projection dans l'avenir pour... Essayer de gérer ça correctement »

Alors qu'Estelle se souvient

« J'ai pris conscience de mon vécu difficile après mon premier cancer »

5.1.2 Connaissance de l'histoire familiale

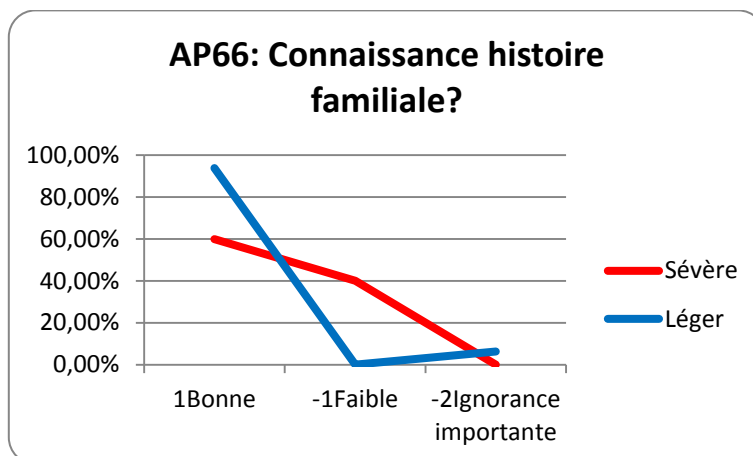


Figure 30 : Connaissance de l'histoire familiale.

La différence des répartitions entre 'Groupe Léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (2, N = 31) = 8,48 ; p = 0,014$).

Le groupe sévère a une connaissance beaucoup plus faible, voire est ignorant de son histoire familiale. La mauvaise qualité relationnelle ne permet pas un épanouissement personnel convenable et pourrait se rapprocher du plus grand nombre de dépressions dans le groupe sévère. Un manque de liens fondamentaux.

5.1.3 Climat familial aujourd'hui

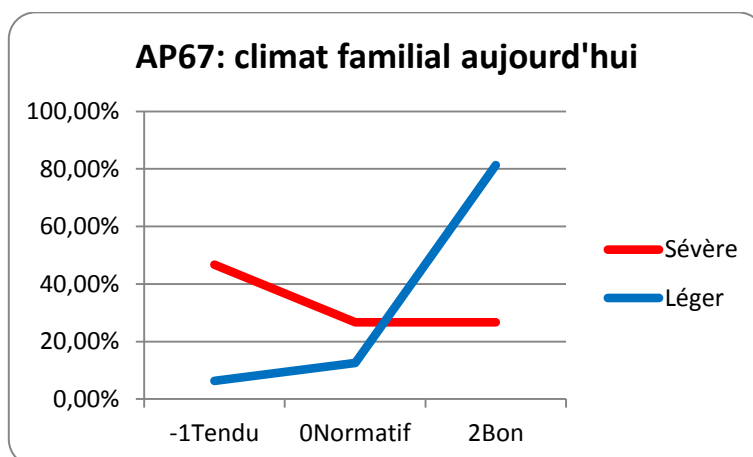


Figure 31: Climat familial aujourd'hui.

La différence des répartitions entre 'Groupe léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (2, N = 31) = 9,91 ; p = 0,007$).

Le groupe sévère vit dans un climat familial significativement plus tendu.

Clarisse nous avoue de très bonnes relations avec ses enfants et une bonne relation avec son conjoint également et, définit le climat familial comme

« Plutôt... .. Serein »

Quant à Aline, les relations avec son conjoint sont difficiles et le climat tendu

« Ben avec mon conjoint c'est... C'est vrai que c'est difficile de... j'ai... J'ai longtemps... Longtemps souffert de... Je souffre moins maintenant mais euh... Ça lui réarrive par moments d'être dans l'incommunicabilité... Je... Je... Je ne veux pas l'accuser que lui, je pense que moi-même, je ne sais pas.... Je ne sais pas [...] C'est vrai que ça me, ça me mine un peu, dans le fond quoi, au long cours, c'est pas quelque chose, évidemment ça a subi des, des hauts et des bas, avec des périodes où ça va bien et des périodes où c'est plus difficile quoi donc, c'est plus difficile à vivre au quotidien. »

Et les relations avec ses enfants semblent un peu distantes ce qui n'arrange pas le climat familial

« Ben, c'est vrai que...c'est quelque chose que je sens un peu comme un reproche dans ma façon de vivre de mon entourage, c'est d'être toujours partie, toujours un peu par monts et par vaux mais euh... D'un autre côté, c'est peut-être aussi moi qui induis ça en étant comme ça [...] Quand ils ont envie de revenir, donc, des fois, je trouve que c'est pas très souvent, mais bon c'est comme ça

(tous bas). C'est aussi la période où les enfants quittent le nid familial bon, donc il faut s'habituer, se réhabituer à vivre à deux, pis voilà. »

5.1.4 Partage aujourd'hui en famille

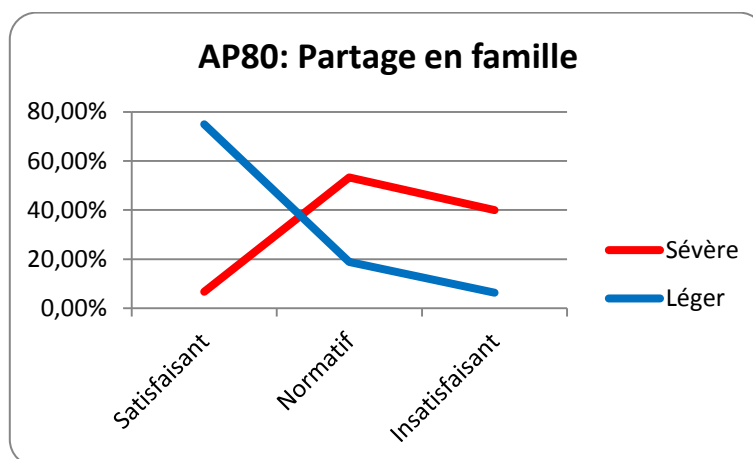


Figure 32 : Partage en famille aujourd'hui.

La différence des répartitions entre 'Groupe léger' et 'Groupe Sévère' est significative, ($\chi^2 (2, N = 31) = 15,14 ; p = 0,001$).

Le groupe sévère partage beaucoup moins, de façon satisfaisante, du temps avec sa famille et ce, significativement. Cela témoigne encore de problèmes de liens, d'un manque de relations chaleureuses.

5.2 Variables non significatives statistiquement mais présentant un intérêt pour notre étude

Nous avons constaté que l'impact du cancer sur la vie de famille que nous aurions pu penser plus fort dans le groupe sévère est, en fait le même pour les deux groupes. De même, les qualificatifs, pour le cancer, de traumatisme physique et de traumatisme psychique sont utilisés dans les mêmes proportions dans les deux groupes. En ce qui concerne les répercussions sur la vie professionnelle aujourd'hui, il n'y en a quasiment pas sauf quelques conséquences gênantes, un peu plus importantes pour le groupe sévère.

Quant à la projection dans l'avenir et l'occasion de réfléchir, le groupe sévère a plus de difficultés que le groupe léger. La relation au conjoint est également moins bonne pour le groupe sévère alors que la relation aux enfants suit la même tendance pour les deux groupes.

Pour terminer, nous remarquons que les deux groupes se souviennent rarement de leurs rêves et ne font que rarement des cauchemars. Quant à leur imagination, elle est plutôt pauvre, globalement.

Il est également intéressant de noter que, pour l'ensemble de la population, le cancer est, majoritairement vu comme quelque chose de positif et comme un message.

6. Conclusion générale des entretiens

Nous constatons que, de manière significative, le groupe sévère contracte son cancer 10 ans plus tôt que le groupe léger et que pour 1/3 des femmes du groupe sévère c'est leur médecin qui a découvert le cancer alors que ce n'est jamais le cas pour celles du groupe léger.

➤ Dans l'enfance et l'adolescence

Les sujets du groupe sévère présentent une répression majeure des émotions significativement différente de celle du groupe léger. Cette difficulté à montrer ses affects se manifeste par une humeur moins changeante, peut-être parce que moins vivante.

Le groupe sévère vit dans un climat familial nettement plus tendu que le groupe léger et, n'a pas, significativement, le sentiment d'avoir eu sa place d'enfant, le dialogue avec les parents y est plus difficile et le temps de jeu y est inexistant.

Ce même groupe a un sentiment beaucoup moins positif et beaucoup plus amer de son enfance que le groupe léger. Il y a une prise de conscience significative de cette pénibilité chez le groupe sévère et l'enfance y est qualifiée comme plus difficile.

Quant à l'adolescence, le groupe sévère en a significativement un sentiment négatif par opposition au groupe léger. Le dialogue avec les parents est plus difficile pour le groupe sévère.

En conclusion, nous constatons incontestablement que les sujets du groupe sévère traversent les deux périodes, enfance et adolescence, de façon éprouvante et peu épanouissante. Ces conditions semblent propices à une construction en faux self au sens de Winnicott.

➤ Avant le cancer

Nous observons que les relations familiales sont, significativement moins satisfaisantes dans le groupe sévère.

➤ Pendant le cancer

Les relations familiales du groupe sévère, pendant le cancer, apparaissent beaucoup plus difficiles, de façon significative, que celles du groupe léger et le soutien par le conjoint y est significativement plus déficitaire. Nos sujets, traversant une épreuve difficile ont cependant du mal à obtenir un soutien de la part de leur époux, difficulté confirmant un vécu de détresse. Le soutien par les enfants, les amis et la famille élargie est, par contre bon pour les deux groupes.

➤ Après le cancer

Pour le groupe sévère, le cancer a été, de façon significative, plus un facteur de réflexion que pour le groupe léger. Quant à la connaissance de l'histoire familiale, elle est beaucoup plus faible pour le groupe sévère. La mauvaise qualité relationnelle familiale ne permet pas un épanouissement personnel convenable et pourrait avoir une incidence sur le plus grand nombre de dépressions dans le groupe sévère. Enfin, le groupe sévère partage beaucoup moins, de façon satisfaisante, du temps avec sa famille.

Pour terminer, nous remarquons que les deux groupes se souviennent rarement de leurs rêves et ne font que rarement des cauchemars. Quant à leur imagination, elle est plutôt pauvre, globalement.

Il est également intéressant de noter que, pour l'ensemble de la population, le cancer est, au final, majoritairement vu comme quelque chose de positif, voire comme un message.

C) Test de Rorschach : résultats des psychogrammes des groupes global (des 50 cas), léger et sévère

1. Les trois psychogrammes

Nous tenons à préciser que **les chiffres inscrits dans ces psychogrammes sont des moyennes.**

2. Productivité

2.1 Temps

Groupes	Temps de latence moyen par planche	Temps moyen par réponse	Temps moyen par planche	Temps moyen total des 10 planches
TOUS	15''	47'' (69105''/1473rép)	2'18''	23'02''
Léger	12,2''	42''	1'59''	19'47''
Sévère	17,2''	50,18''	2'49''	28'6''

Tableau 10 : Temps de réponses au Rorschach.

2.2 Nombre de réponses

Le nombre total de réponse des 50 Rorschach est de 1473 pour un temps de 69105 secondes avec un temps moyen par réponse de 47 secondes soit normatif au sens des normes de J. Richelle (2009, p.53).

Le nombre moyen de réponses pour le Rorschach général est de 29,46 et de respectivement 28 et 34 pour les groupes léger et sévère. Les 3 groupes sont dans la norme.

NB : Nous noterons sur les graphiques, les normes inférieures et supérieures, en vert clair, de chaque côté du résultat considéré.

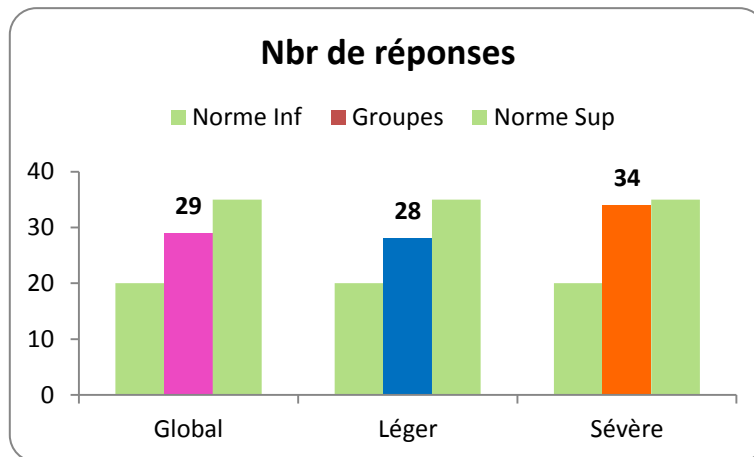


Figure 33 : Nombre de réponses au Rorschach.

Le nombre plus important de réponses du groupe sévère peut nous faire penser que les sujets ont besoin, de s'exprimer, besoin de se faire apprécier, ou encore, ont un niveau intellectuel supérieur. Cependant, la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.3 Temps moyen par réponse

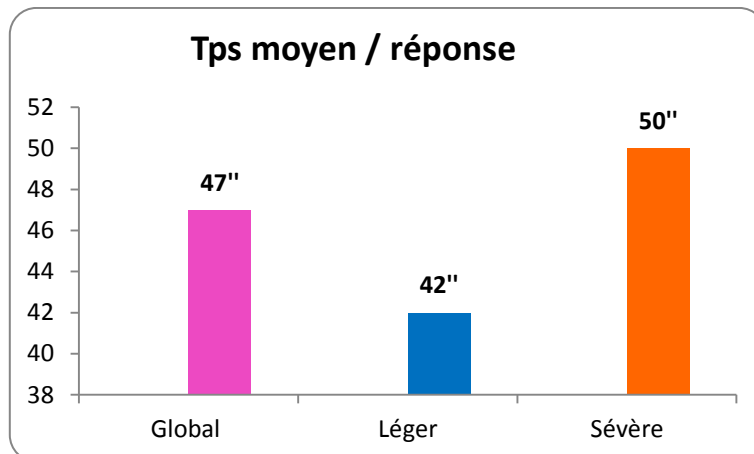


Figure 34 : Temps moyen par réponse au Rorschach.

Le temps moyen par réponse est, respectivement de 42'' et, de 50''18. Le groupe sévère a un temps moyen de réponse de 20% supérieur au temps du groupe léger sans pour autant que cette différence de 8'' soit significative.

2.4 Temps de latence moyen par planche

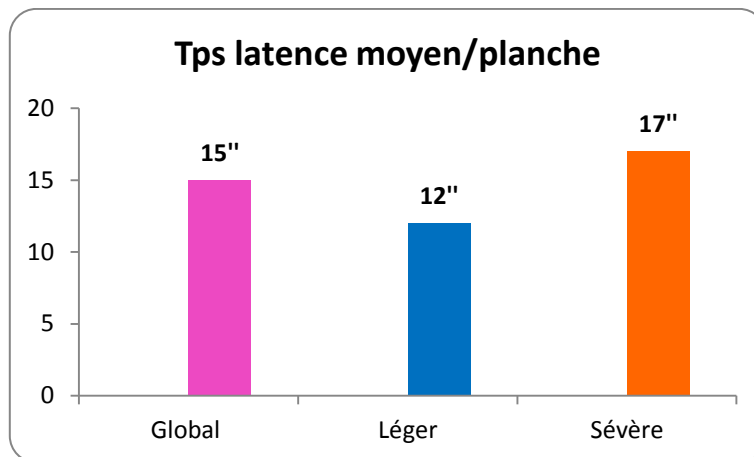


Figure 35 : Temps de latence moyen par planche au Rorschach.

Les résultats du groupe sévère sont supérieurs à ceux du groupe léger, cependant, la différence entre les deux groupes n'est pas significative :

$$t(29) = 1,74 ; p = 0,089.$$

2.5 Temps moyen d'un test

Pour les 10 planches, le temps moyen d'un test est de 23'02'' pour le groupe global avec 19'47'' pour le groupe léger et 28'6'' pour le groupe sévère. Là encore, le groupe sévère a le score le plus élevé sans pour autant que la différence entre les deux groupes soit significative.

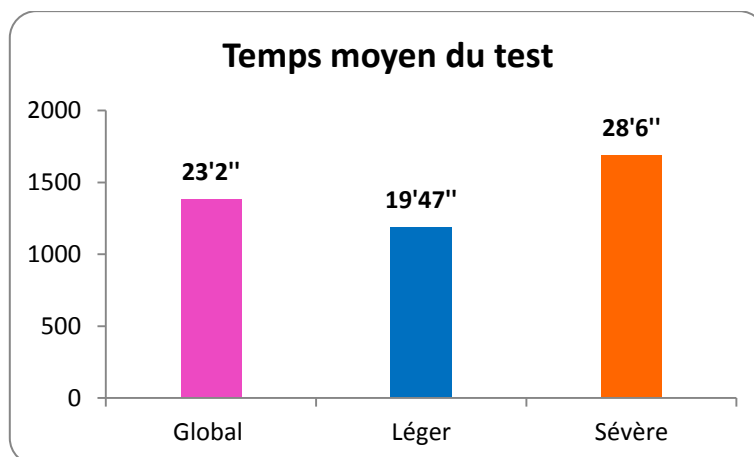


Figure 36 : Temps moyen au Rorschach

Notons que, pour les paramètres de productivité, le groupe global voit sa moyenne située entre les moyennes des deux groupes léger et sévère et, même si le temps

moyen du groupe sévère est supérieur à celui du groupe léger, ce n'est pas significatif.

2.6 Répartition des réponses par rapport aux normes

Le nombre moyen de réponses pour les groupes global, léger et sévère est respectivement de 29, de 28 et de 34. La différence entre les groupes léger et sévère n'est pas significative.

Comme on le voit sur le schéma ci-dessous, la différence avec la répartition de référence est très faible et non significative. ($\chi^2 (2, N=50) = 4,96, p < 0,083$).

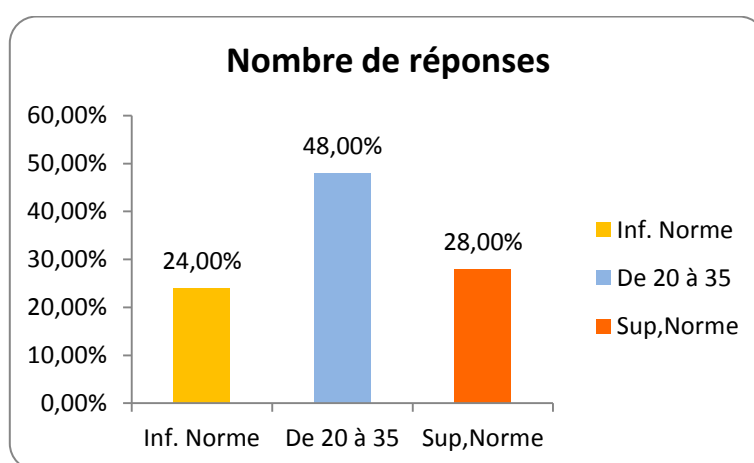


Figure 37 : Répartition des réponses par rapport aux normes au Rorschach.

Nous remarquons qu'environ moitié des protocoles sont dans la norme. 28% des sujets sont au-dessus de la norme, moyenne pouvant correspondre à des sujets de niveau supérieur ou, désirant se faire bien voir du psychologue. Pour les 24% en-dessous de la norme nous pouvons imaginer des sujets qui s'impliquent peu dans le test, qui sont inhibés ou, encore qui présentent un blocage émotionnel. Remarquons que nous avons approximativement autant de sujets au-dessus qu'au-dessous de la norme.

On note que le nombre de réponse pour notre population globale est dans la norme montrant une productivité satisfaisante et une adhésion à la passation correcte.

3. Modes d'appréhension

3.1 Le G%

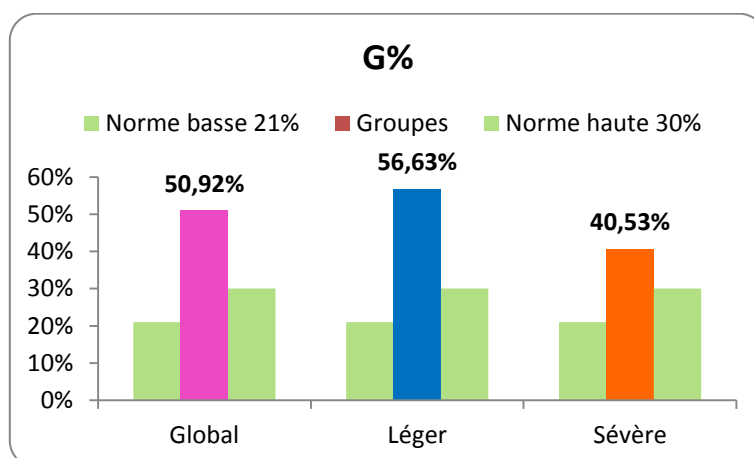


Figure 38 : G% au Rorschach.

Le **G%** de l'ensemble du groupe a une moyenne de **50,92%**, donc, très au-dessus de la norme comme nous pouvons le voir sur ce graphique.

Nous remarquons que les deux groupes léger et sévère sont largement au-dessus de la norme (21 à 30%) et suivent ainsi la tendance de l'ensemble de notre population. Cependant la différence entre le groupe sévère et le groupe léger est significative : $t(29) = 2,61$; $p = 0,014$. Cela pourrait signifier que les sujets du groupe léger s'investissent plus personnellement dans le test.

3.1.1 Les différents G%

Rappelons que les G de bonne qualité sont : Gz et G impressionnistes et les G de mauvaise qualité : G conf + G cont + G num + G juxta + 'impressionnistes-' + G vagues.

Les G% sont respectivement, pour le groupe léger, 48% de bonne qualité, 19,5% de moindre qualité et 32,5% de G simples. Quant au groupe sévère, il affiche respectivement, 44,7% de bonne qualité, 15,30% de moindre qualité et 40% de G simples. Ces résultats mènent à penser que les sujets du groupe sévère ont moins de possibilité créatrice que ceux du groupe léger, de même qu'ils montrent moins de capacités d'intériorisation et de mentalisation ou, dit autrement, un espace psychique réduit. En effet pour ce groupe, les G simples sont dominants et confirment l'absence d'élaboration et de combinaison. Ce point est spécifique et dénote « *une certaine passivité du sujet dans l'abord du monde extérieur, un*

conformisme social stéréotypé, ou encore une attitude défensive qui consiste à ne pas s'impliquer trop dans une démarche plus approfondie ou plus personnelle » (Anzieu et Chabert, 1983, p.64).

3.1.2 Répartition du G% par rapport aux normes

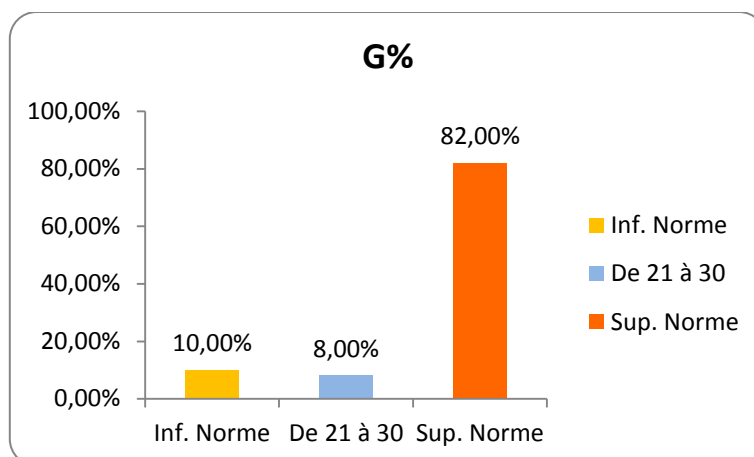


Figure 39: Répartition du G% par rapport aux normes.

La différence avec la répartition de référence est significative,

$(\chi^2 (2, N = 31) 53,32 ; p = 0,001)$.

Nous remarquons des réponses massives en G. **80% des résultats des sujets supérieurs à la norme**, nous laissent entrevoir des mécanismes adaptatifs, mécanismes défensifs puissants.

Selon la référence (C. Chabert), les réponses massives en G signent, sur le plan cognitif, une approche permettant la connaissance globale synthétique d'un objet ou d'une situation.

Un G% élevé témoigne également d'un faible investissement cognitif ainsi que d'une hyper adaptabilité à la réalité pouvant, à ce niveau, masquer une attitude défensive de mise à distance, de ne pas trop s'impliquer dans le test, et de contrôler. En ce sens, les G participent à des mécanismes de défense, soit du type adaptatif afin de lutter contre l'émergence de la réalité interne par le recours à la réalité externe, soit des mécanismes de défense de l'ordre du refoulement, les représentations impliquantes ou signifiantes sont évitées par un abord imprécis.

Les G% peuvent également montrer, un effort de maîtrise du matériel qui, par l'intellectualisation, notamment, isole les affects. Nous constatons, pour l'ensemble de notre population, 46% de G organisés pour 19% de G non

organisés et 35% de G simples. Ces résultats montrent que nos sujets ne se contentent pas de s'attacher aux données du stimulus mais, sont capables de réaliser une opération mentale dans la perception qu'ils ont de la planche. Cet indice témoigne d'une bonne capacité intellectuelle de notre population ainsi que d'une capacité créatrice.

3.2 D%

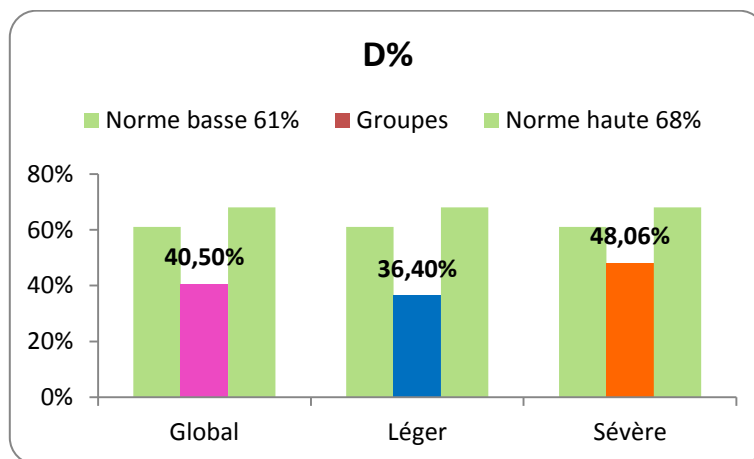


Figure 40 : D% au Rorschach.

Le D% de l'ensemble du groupe a une valeur moyenne de **40,50%**, donc, très inférieur à la norme, ce qui contre balance le G% élevé.

Entre groupe léger et sévère : 36,40 / 48,06 : La différence est significative :
 $t(29) = 2,14 ; p = 0,039$.

Les D% des deux groupes suivent la tendance du groupe global, soit très inférieurs à la norme, cependant, le groupe sévère montre un D% plus élevé semblant équilibrer le G%. La différence entre les deux groupes peut venir signer une nécessaire plus grande adaptation pour le groupe sévère et aussi, un Moi moins fort pour affronter la réalité mais aussi une intelligence pratique.

3.2.1 Répartition du D% par rapport aux normes

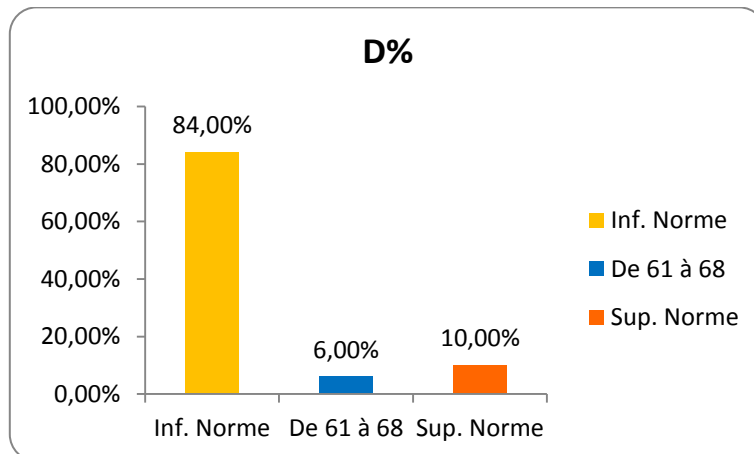


Figure 41 : Répartition du D% par rapport aux normes.

La différence avec la répartition de référence est significative.

$$(\chi^2 (2, N = 31) = 57,88 ; p = 0,001).$$

Nous constatons que 84% des sujets présentent un D% inférieur à la norme. Ce pourcentage élevé de D inférieurs à la norme pourrait témoigner d'un Moi insuffisamment fort pour affronter la réalité.

3.3 Dd%

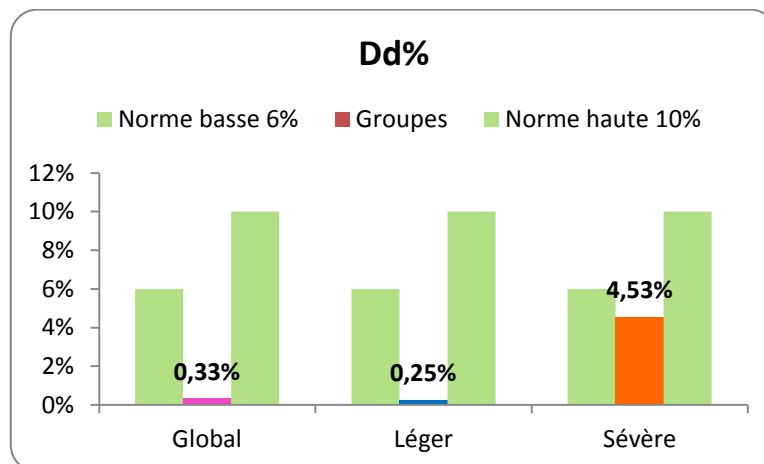


Figure 42 : Dd% au Rorschach.

Le Dd% de l'ensemble du groupe a une valeur moyenne de **0,33%**, très inférieur aux normes.

Les Dd% des groupes léger et sévère sont inférieurs à la norme surtout celui du groupe léger. L'écart avec le Dd% du groupe sévère est très important, passant de 0,25% à 4,53%. La différence entre les groupes léger et sévère est significative

$t(29) = 3,13 ; p = 0,004$. Ces Dd peuvent avoir, pour le groupe sévère, une plus grande valeur intellectuelle et/ou affective et, dont le point commun est la vigilance.

3.3.1 Répartition du Dd% par rapport aux normes

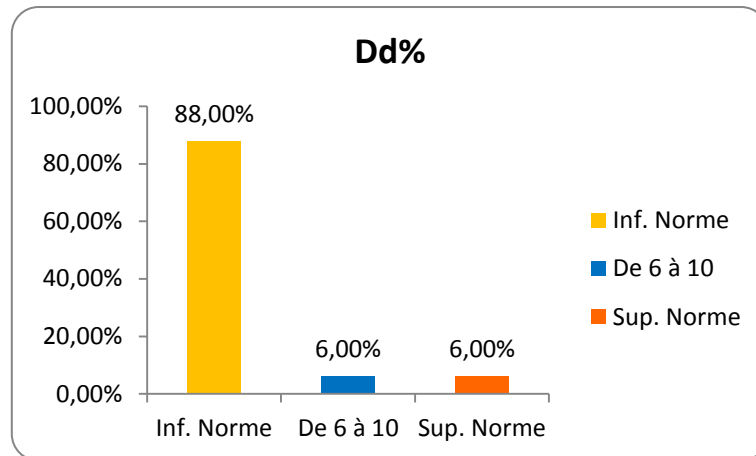


Figure 43 : Dd% par rapport aux normes.

La différence avec la répartition de référence est significative,

$(\chi^2(2, N = 31) = 67,24 ; p = 0,001)$.

Avec 88% des protocoles en dessous de 6%, le mode d'appréhension reste majoritairement global avec un Dd moyen à 0,33%.

3.4 Dbl & Dbl/D

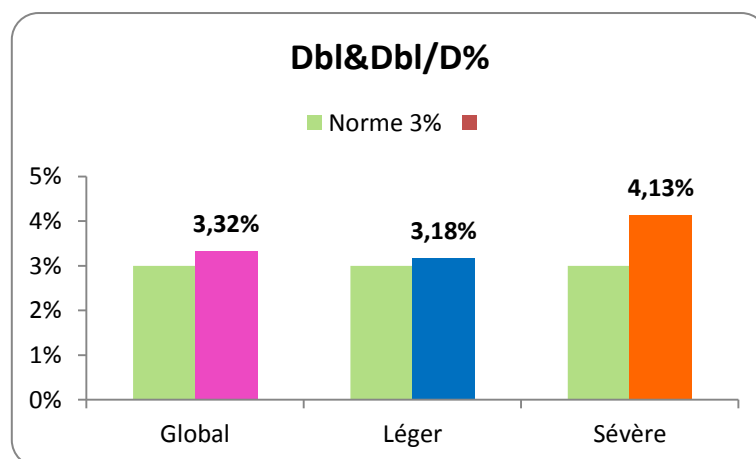


Figure 44: Dbl & Dbl/D% au Rorschach.

Nous constatons que les résultats sont tous au-dessus de la norme, même si c'est faible pour le groupe global et le groupe léger.

Les pourcentages des groupes léger et sévère ont environ un point d'écart qui semble traduire une angoisse par rapport au vide pour les sujets du groupe sévère. Généralement les Dbl s'inscrivent dans un manque fondamental de la relation précoce à la mère avec importante carence affective. Ce résultat nous rapprocherait des résultats des entretiens quant à la construction en faux self et une souffrance psychique certaine plus prégnante chez les sujets du groupe sévère.

4. Les déterminants

4.1 Le F%

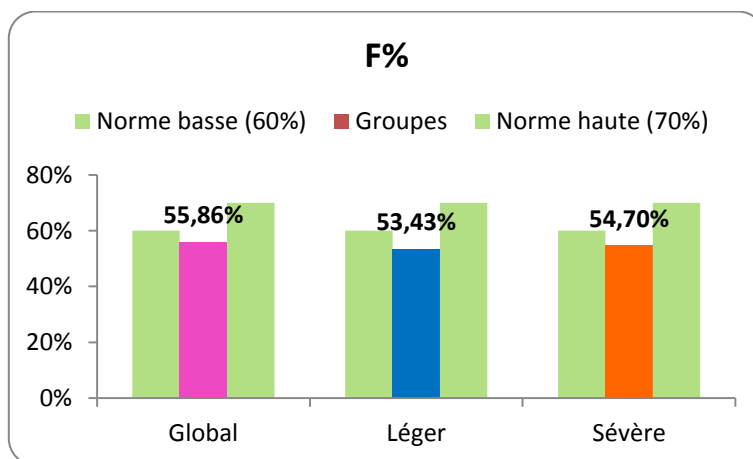


Figure 45 : F% au Rorschach.

Nous pouvons remarquer que le F% est inférieur à la norme pour les trois groupes, avec des valeurs proches ; la plus élevée, pour le groupe global avec 55,86% puis respectivement, 53,43% et 54,70% pour les groupes léger et sévère. La différence entre ces deux derniers groupes n'est pas significative.

Ce F% diminué souligne une moindre capacité à mettre en jeu des processus rationnels pour mettre en forme son vécu intérieur, sa réalité interne.

4.1.1 Répartition du F% par rapport aux normes

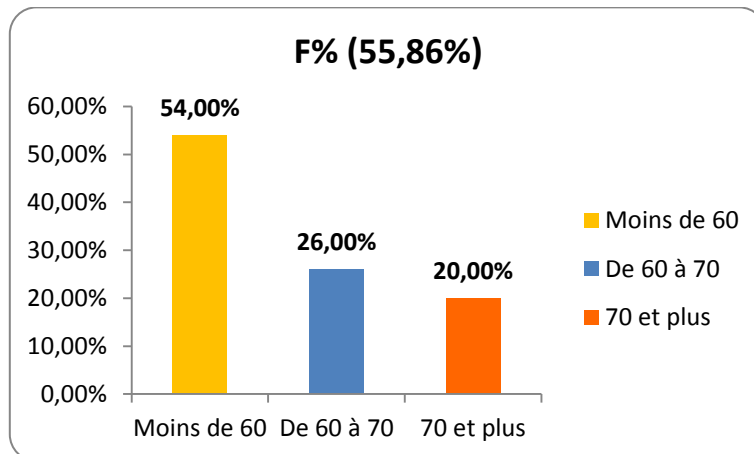


Figure 46 : Répartition du F% au Rorschach.

La différence avec la répartition de référence est significative.

$$(\chi^2 (2, N = 31) = 9,88 ; p = 0,007).$$

Le F% nous renseigne sur la capacité du sujet à s'adapter à la réalité grâce à l'action régulatrice de la raison et de la pensée. 54% de nos sujets sont en-dessous de la norme, signe d'une difficulté à mettre en forme communicable le vécu interne.

4.2 Le F% élargi

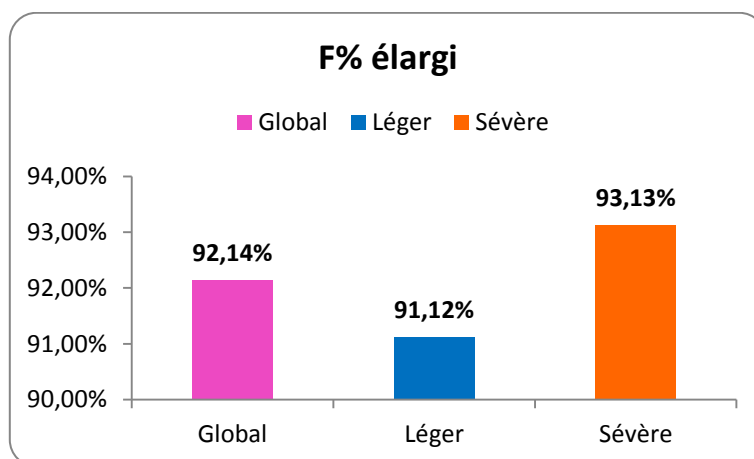


Figure 47 : F% élargi au Rorschach.

Les valeurs du F% élargi, nous portent à penser que bien que la population s'abandonne aux fantasmes et aux émotions, cela est toujours contrôlé.

Comme pour le F%, les scores du F% élargi des trois groupes sont très proches les uns des autres.

4.2.1 Répartition du F% élargi

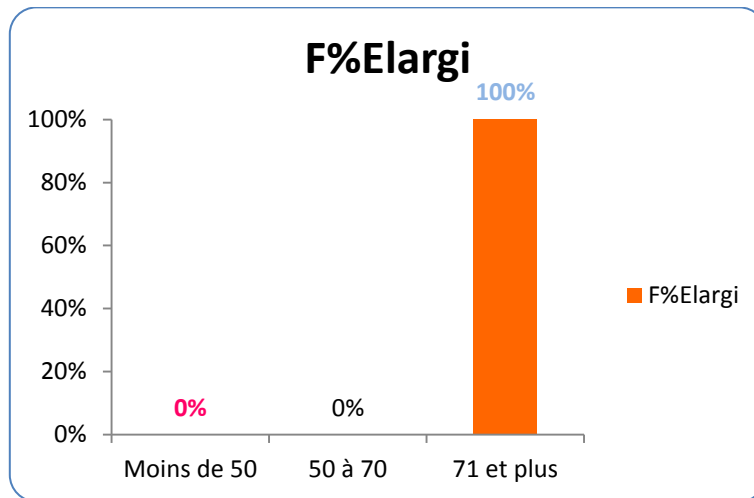


Figure 48 : Répartition du F% élargi.

La différence avec la répartition de référence est significative.

($\chi^2 (1, N = 31) = 50,00 ; p = 0,001$).

Nous remarquons que tous les protocoles sont élevés. Cela signe un contrôle du fantasmatique et de l'émotionnel dans notre population.

4.3 Le F+%

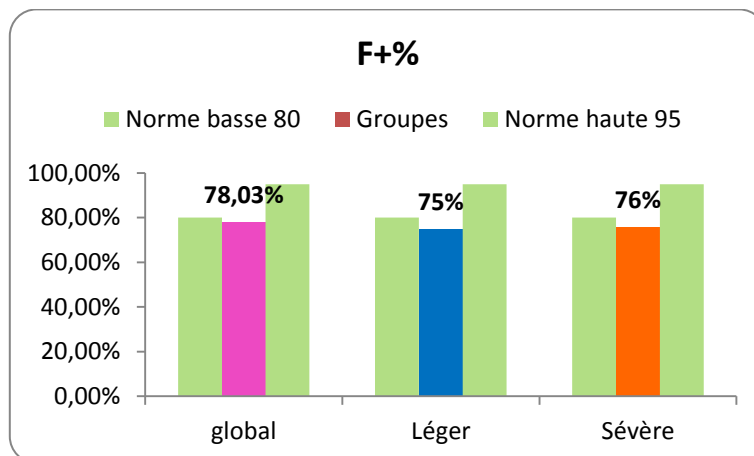


Figure 49: F+% au Rorschach.

Les valeurs du F+% pour les trois groupes sont au-dessous de la norme avec peu de différence entre elles et pas de différence significative entre les groupe léger et sévère. Cet infléchissement du F+% pourrait montrer *des failles de l'insertion socialisante* (Anzieu et Chabert, 1961, p.75) et le nécessaire effort de l'adaptation. La capacité à donner un contour limitant aux choses, en faisant des barrières stables entre dehors et dedans est diminuée dans ces protocoles.

4.3.1 Répartition du F+%

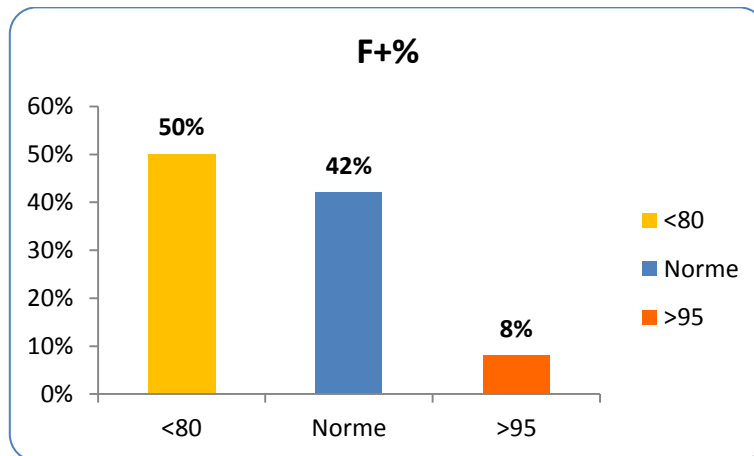


Figure 50 : Répartition du F+%.

La différence avec la répartition de référence est significative.

($\chi^2 (2, N = 31) = 14,92 ; p = 0,001$). 50% de nos sujets ont un F+% en-dessous de la norme montrant, par-là, une qualité de la relation au réel moins bonne rendant difficile la socialisation.

4.4 Le F+% élargi

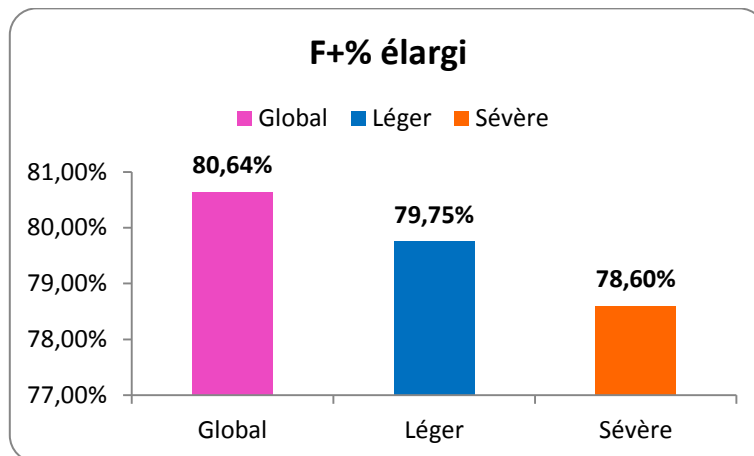


Figure 51 : F+% élargi au Rorschach.

Les valeurs pour les trois groupes sont très proches entre elles sans différence significative entre les groupes léger et sévère.

4.4.1 Commentaires des F

Les F se réfèrent uniquement à la forme, à la configuration de la tache ou d'une partie de celle-ci.

Pour Anzieu et Chabert, la qualité des réponses formelles témoigne de

« L'aptitude d'un sujet à donner aux choses un contour limitant établissant des frontières stables entre le dedans et le dehors »¹.

En effet,

« La réponse formelle rend compte de la capacité du sujet à circonscrire l'objet en le différenciant du décor dans lequel il s'inscrit »²

Le F% montre que

« La perception des formes serait le premier mécanisme de défense de l'organisme contre la tension produite par l'accumulation des stimulations »³

La valeur du F% élargi indique un mode de réponse à forte dominance formelle ; toutefois, la tension entre le F% -normatif - et le F% élargi –extrême- souligne une certaine originalité.

Lorsque la formalisation est efficace, il y a adaptation à la réalité externe mais, éventuellement au prix d'un surinvestissement de celle-ci, alors au détriment de la réalité interne. Ce pourrait être le cas ici au vu de la valeur extrême du F% élargi, bien que le caractère adaptatif de notre population reste confirmé par le F+% qui ici est normatif inférieur (78%).

Le F+% a un statut de facteur d'adaptation et de socialisation.

Il intervient comme pouvoir de régulation, reflète le niveau de maturité et mesure, chez le sujet, « *la force du Moi* » (ANZIEU&CHABERT, 1999), c'est-à-dire son aptitude à diriger sa pensée avec un jugement exact.

Il existe une discrète infiltration des processus primaires chez ces sujets du fait du F+% légèrement inférieur.

¹ Didier Anzieu, Catherine Chabert ; *Les méthodes projectives*, PUF, 1983 p75, 76.

² Ibid., p.76.

³ Anzieu & Chabert, 1999

4.5 RC%

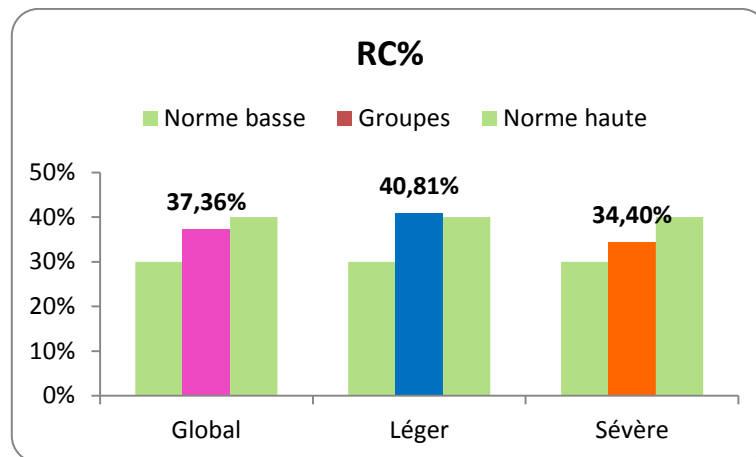


Figure 53 : RC% au Rorschach.

Le RC% est normatif pour les trois groupes et montre que nos sujets sont sensibles à la stimulation par les planches couleur. Cependant, la différence entre les groupes léger et sévère est significative : $t(29)=2,58$; $p<.0,015$. Cette réactivité à la stimulation couleur est déjà perceptible dans l'écart important entre F% et F% élargi (ce dernier étant enrichi par les FC, Fclob, FE, etc...). Nous constatons que ce sont les sujets du groupe sévère qui ont le plus de mal à exprimer leur sensibilité.

4.6 Le Type de Résonance Intime

Le TRI est « *Une formule qui établit la proportion des attitudes introversives et extraverties du sujet, c'est-à-dire qu'elle indique la façon dont le sujet ressent, et non nécessairement dont il se conduit.* » (Anzieu et Chabert, 1983, p.89)

Les TRI des trois groupes :

- Groupe global : 2,7K / 3,13C
- Groupe léger : 2,8K / 3,4C
- Groupe sévère : 3,4K / 3,8C

Les trois groupes sont extratensifs mixtes. La légère prédominance des C reflète la réactivité sensorielle de nos sujets, déjà remarquée au RC%. Nos sujets sont plus soumis à leurs affects.

4.7 Les kinesthésies

La moyenne des K pour l'ensemble de notre population est de 2,8 et, pour le groupe léger, de 2,8 également alors que le groupe sévère présente une moyenne de 3,4.

Les K+ affichent une moyenne de 1,5 pour l'ensemble de la population et les groupes léger et sévère, respectivement, 1,56 et 1,86. Quant aux K-, nous avons comme moyenne globale, 0,04, pour le groupe léger, 0 et, pour le groupe sévère, 0,13.

Les KC+ ont pour moyenne, dans l'ordre, 0,18-0,25 et 0,06. Les KC- sont moins nombreux avec 0,04-0 et 0,06.

Les kinesthésies animales ont pour moyenne, respectivement, kan+, 1,82-1,56 et 2,33 pour le groupe sévère. Quant aux kan-, nous avons 0,22-0,19 et 0,4.

- Commentaires : Globalement, le nombre moyen de K est relativement correct et proche pour les trois groupes. Nous constatons que c'est le groupe sévère qui présente le plus de K (3,4) et de K+ aussi(1,86). Ce même groupe affiche le plus grand nombre de kinesthésies animales (kan+ : 2,33).

4.8 Les déterminants sensoriels

4.8.1 Les réponses couleur : Les réponses FC, CF et C

Les FC montrent une moyenne, respectivement de 2,06 ; 1,5 et 2,66.

Quant aux CF, nous avons pour moyennes, 1,04-1,44 et 0,8.

Les C sont de 3,83 chez le groupe sévère et de 3,37 pour le groupe léger. Quant au groupe global, la moyenne est de 3,35, plus proche de celle du groupe léger. Les réponses couleur sont les plus nombreuses chez le groupe sévère.

Ces réponses expriment, pour Rorschach, les émotions. Le C exprime la résonance immédiate à la stimulation extérieure, le manque de contrôle, le « *CF représente l'affectivité égocentrique, le narcissisme, l'instabilité* » (Anzieu et Chabert, 1983, p.83), et le FC, plutôt la maturité affective. Le nombre de C, pour l'ensemble de la population est égal à 0,1, ce qui est normal chez l'adulte.

Le CF =1,04 est supérieur aux C, ce qui est normatif.

Quant aux FC=1,82, les plus nombreux des trois, ils témoigneraient d'une certaine maturité affective.

- Conclusion : Le RC% proche de la limite supérieure de la norme associé à un C bas peut signer une réactivité à la couleur mais avec une incapacité à l'assumer.

Quant FC des deux groupes avec FC=1,5 pour le groupe léger et, 2,7 pour le groupe sévère, il pourrait montrer plus de contrôle du rationnel sur l'émotionnel dans le groupe sévère.

Le CF=1,44 pour le groupe léger et 0,8 pour le groupe sévère semble montrer plus de labilité émotionnelle pour le groupe léger et, cela paraît confirmer le FC.

Le groupe sévère serait donc le groupe qui apparaîtrait socialement le plus adapté, il présenterait le plus de résonance immédiate à la stimulation extérieure mais aussi le moins d'égoïsme.

4.8.2 Les réponses estompage : FE, EF et E

Ce type de réponses est en lien avec la sensibilité mais aussi, l'anxiété.

Pour l'ensemble de la population, FE=1,26

Pour le groupe léger, FE=0,47 et FE= 1,4 pour le groupe sévère, soit plus du triple. Cela semble montrer une anxiété plus grande dans le groupe sévère.

5. Les contenus

5.1 H% et H% élargi

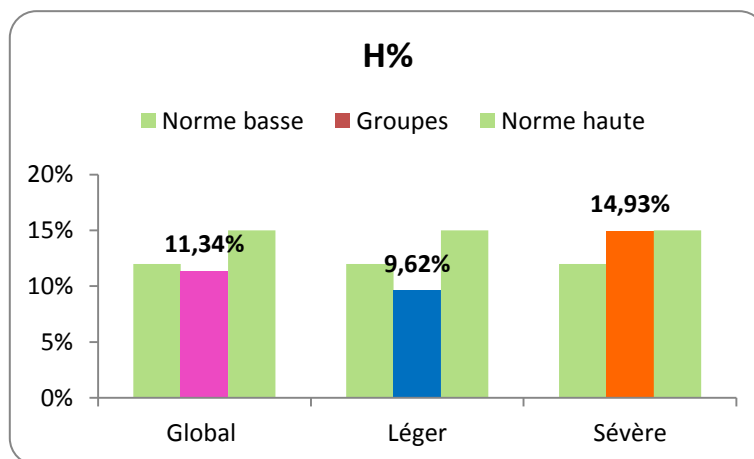


Figure 54 : H% au Rorschach.

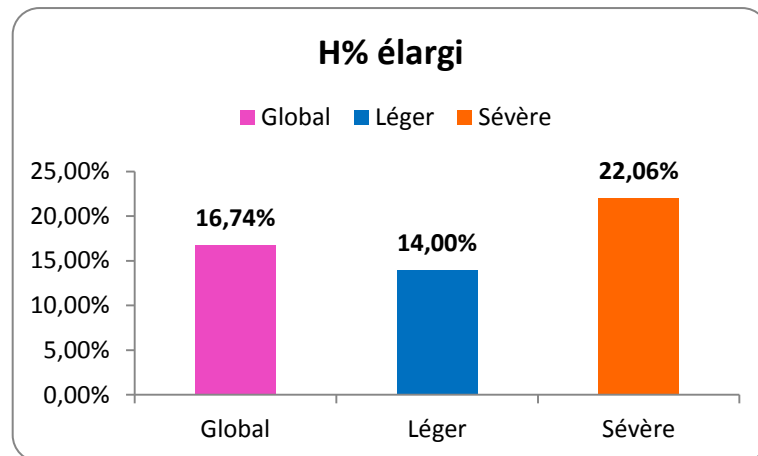


Figure 55: H% élargi au Rorschach.

Le H% du groupe global est de 11,34%, soit légèrement inférieur à la norme, quant au H% élargi, il est à 16,74%. Les groupes léger et sévère affichent respectivement un H% de 9,62% (Hd : 1,18), nettement inférieur à la norme et de 14,93% (Hd : 2,8), normatif. La différence n'est pas significative $t(29) = 1,86 ; p = 0,069$.

Quant aux H% élargis, ils sont respectivement, pour les groupes léger et sévère, de 14%, et de 22,06%. La différence est significative $t(29) = 2,19, 1-p = 96,5\%$.

Un H% situé au-dessous de la norme souligne une capacité d'identification à l'être humain restreinte, nos sujets ont du mal à s'identifier en tant qu'être humain, surtout pour les groupes global et léger. Les (H) montre la persistance d'un monde imaginaire d'origine archaïque.

5.1.1 Répartition du H% et du H% élargi

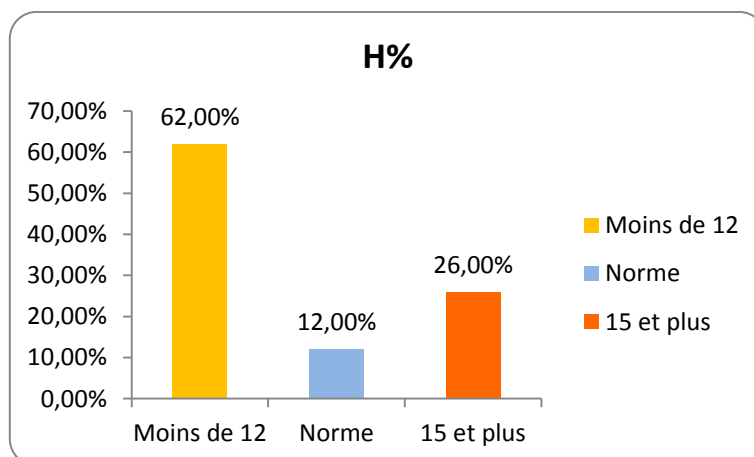


Figure 56 : Répartition du H%.

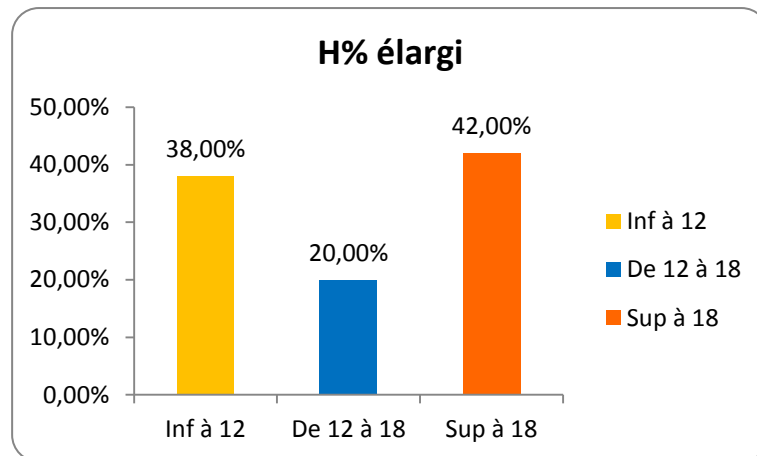


Figure 57: Répartition du H% élargi.

Pour le H%, la différence avec la répartition de référence est significative.

($\chi^2 (2, N = 31) = 19,96 ; p = 0,001$). Pour le H% élargi, la différence avec la répartition de référence est significative également. ($\chi^2 (2, N=50) = 13,72 ; p < 0,001$). Ceci signifie un nombre plus élevé de réponses para humaines.

5.2 Hd et (Hd)

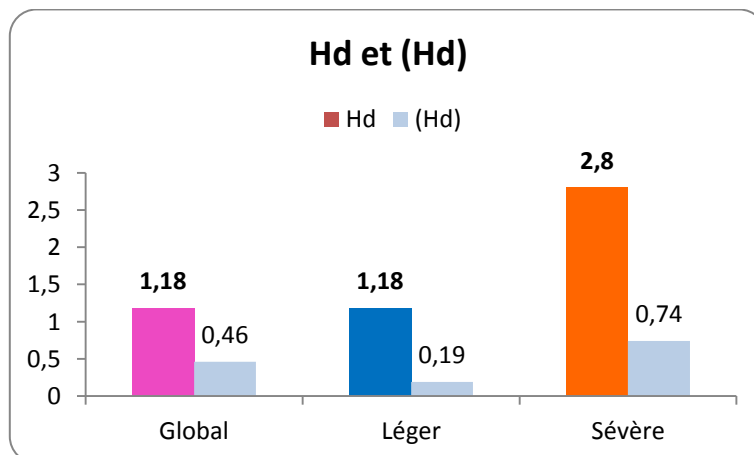


Figure 58 : Hd et (Hd) au Rorschach.

Les différences entre les groupes léger et sévère, pour ces deux contenus, n'est pas significative, pour Hd, $t(29) = 1,76 ; p = 0,086$ et (Hd), $t(29) = 2,00, p = 0,053$.

Si nous comparons le rapport des H purs sur les Hd

Groupe léger : $2,37/1,18 = 2$

Groupe sévère : $3/2,8 = 1,07$

Nous remarquons que le groupe sévère a presque autant de Hd que de H, donc un taux de fragmentation bien plus élevé que le groupe léger.

Pour les Hd : 1,19 / 2,80, la différence entre les groupes léger et sévère est peu significative $t(29) = 1,76 ; p = 0,086$.

5.3 A% et A% élargi

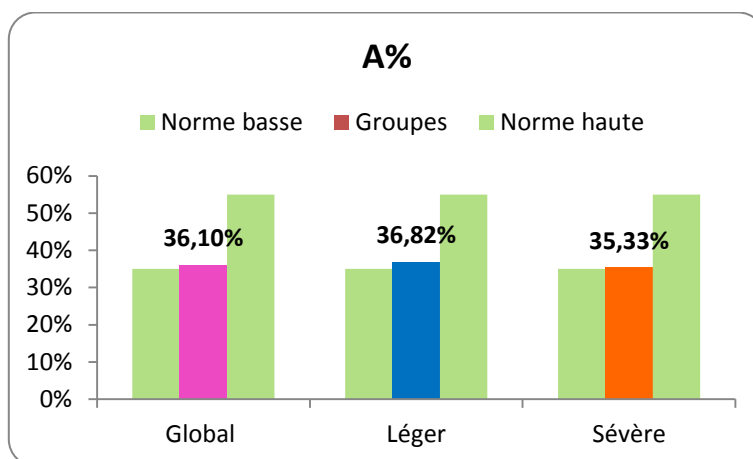


Figure 59 : A% au Rorschach.

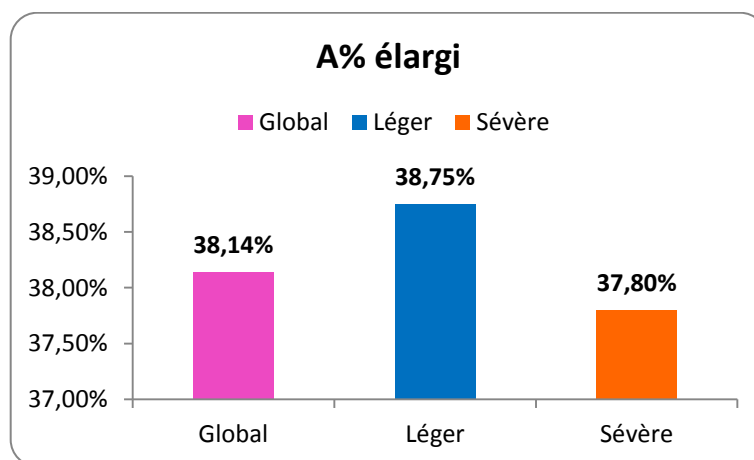


Figure 60 : A% élargi au Rorschach.

Les A% des trois groupes ont des valeurs très proches de la norme inférieure et sont proches entre elles. Ne contrebalançant pas le H%, ceci semble témoigner d'un faible investissement vital global. Notons que les A% et les A% élargi ont une valeur proche ce qui est normal.

L'hypothèse d'une culture étendue pourrait expliquer ces contenus variés.

5.3.1 Répartition du A%

Pour le A%, la différence avec la répartition de référence est significative.

$(\chi^2 (2, N = 31) = 12,28 ; p = 0,002)$.

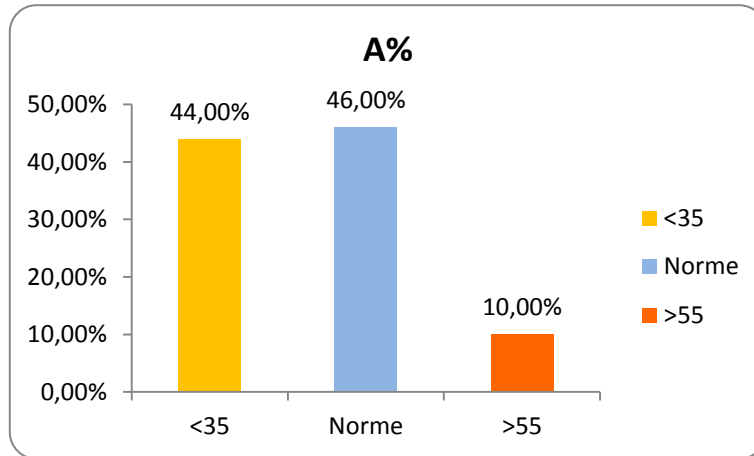


Figure 61: Répartition du A%.

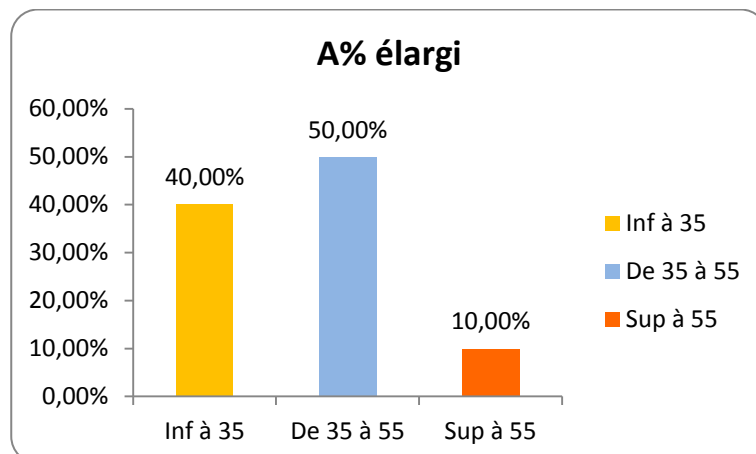


Figure 62: Répartition du A% élargi.

Pour le A% élargi, la différence avec la répartition de référence est aussi significative. $(\chi^2 (2, N = 31) = 13,00 ; p = 0,002)$.

Le A% élargi a une valeur très peu différente du A% ce qui est assez normatif. La répartition quasi identique à celle du A% par rapport aux normes (2/5 inférieurs aux normes et seulement 1/5 au-dessus) va dans le sens de cette lecture.

5.4 Ad et (Ad)

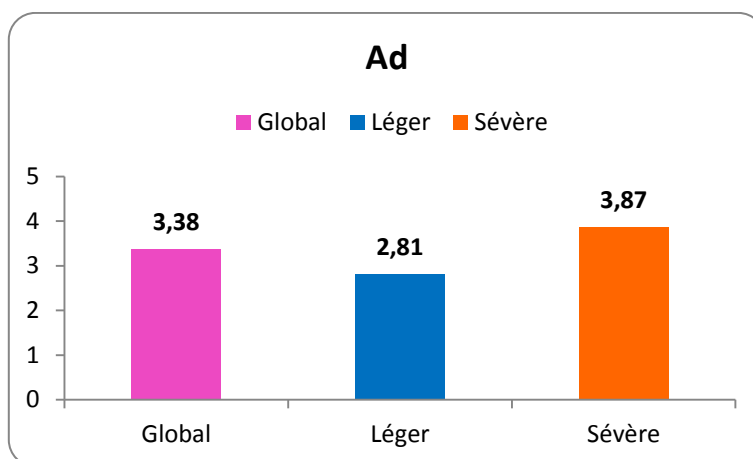


Figure 63 : Ad% au Rorschach.

Les moyennes sont de 2,81 pour le groupe léger et, 3,87 pour le groupe sévère, le Ad est, plus élevé pour le groupe sévère reflétant des contenus plus morcelés. Le groupe global affiche un Ad à 3,38. L'enveloppe corporelle des patients du groupe sévère est-elle plus fragile ? leur perception du monde, plus chaotique ?

Si nous comparons les rapports A/Ad, nous constatons que le groupe sévère est le moins unifié des deux.

Groupe léger : $9,94 / 2,81 = 3,53$ Groupe sévère : $11,73 / 3,87 = 3,03$

Quant aux (Ad), leur moyenne est de 0,06 pour le groupe global, en nombre insuffisant pour les comparer entre les deux groupes léger et sévère.

5.5 Les autres contenus

Autres contenus par ordre décroissant	Moyenne Groupe global	Moyenne Groupe léger	Moyenne Groupe sévère
Objet	3,3	3,12	3,27
Anatomie	2,72	2,63	2,9
Botanique	1,22	1,19	1,47
Vêtement	1,2	1,31	1,33
Sexe	0,74	0,56	0,93
Fragment	0,72	1,19	0,33

Tableau 11 : Valeurs moyennes des autres contenus au Rorschach.

La fréquence du contenu 'objet' est la plus élevée, en lien peut-être avec la dévitalisation.

Une autre lecture du contenu 'objet' peut être en lien avec le quotidien.

Remarquons la fréquence du contenu 'Anatomie' qui pourrait être en lien avec le vécu de la maladie. Peut-être aussi en lien avec les examens complémentaires, particulièrement l'IRM (Imagerie par résonance Magnétique) en lien aussi avec, dans la plupart des cas, une chirurgie amputatrice.

Viennent ensuite les contenus 'Botanique', réponses non humaines mais encore du domaine du vivant.

Les réponses vêtement nous renvoient à la capacité du sujet à se faire une frontière entre dehors et dedans et marque probablement le besoin pour cette population de se protéger, voire de dissimuler cette atteinte corporelle.

Les contenus à valeur sexuelle apparaissent comme relativement nombreux. Cela montre que ces personnes peuvent se laisser aller, alors que ce genre de contenu est habituellement retenu. Cela ne pourrait-il pas indiquer un manque de symbolisation de la sexualité génitale ?

Enfin les contenus 'Fragment', signes de dévitalisation et morcellement nous semblent relativement présents dans ce protocole.

Remarquons que le groupe sévère a toujours le chiffre le plus élevé pour ces contenus sauf pour le contenu fragment.

Il nous a semblé intéressant, par ailleurs, de noter les remarques :

Nous avons distingué les commentaires généraux des commentaires sur soi et à l'intérieur de chaque catégorie, le positif (Valorisation globale ou valorisation de soi), le négatif (Dévalorisation globale ou de soi) et l'aigre-doux (ceux qui nous paraissaient ambivalents notés +/-).

	Groupes	Groupe global	Groupe léger	Groupe sévère
Commentaires généraux	+	0,92	0,88	0,80
	-	1,68	2	1,47
	+/-	1,5	1,69	1,2
Commentaires / soi	+	0,08	0,19	0,06
	-	0,96	0,81	1,06
	+ /-	0,1	0	0,26

Tableau 12 : Valeurs moyennes des commentaires au Rorschach.

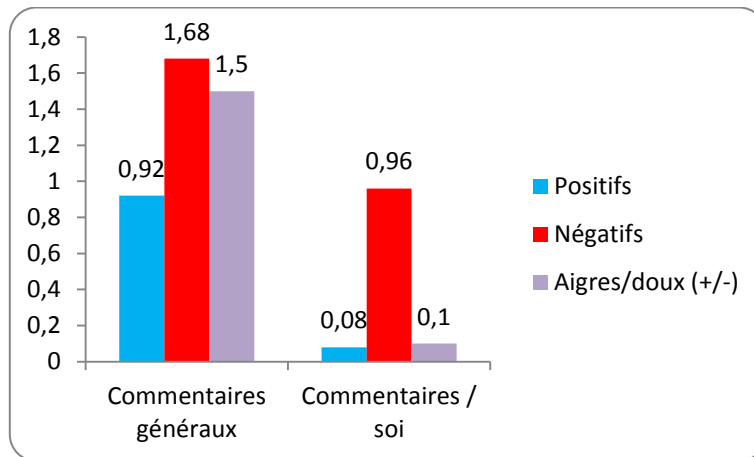


Figure 64 : Valeurs moyennes des commentaires ; graphique.

Nous remarquons une nette tendance à la négativité surtout dans les commentaires par rapport à soi.

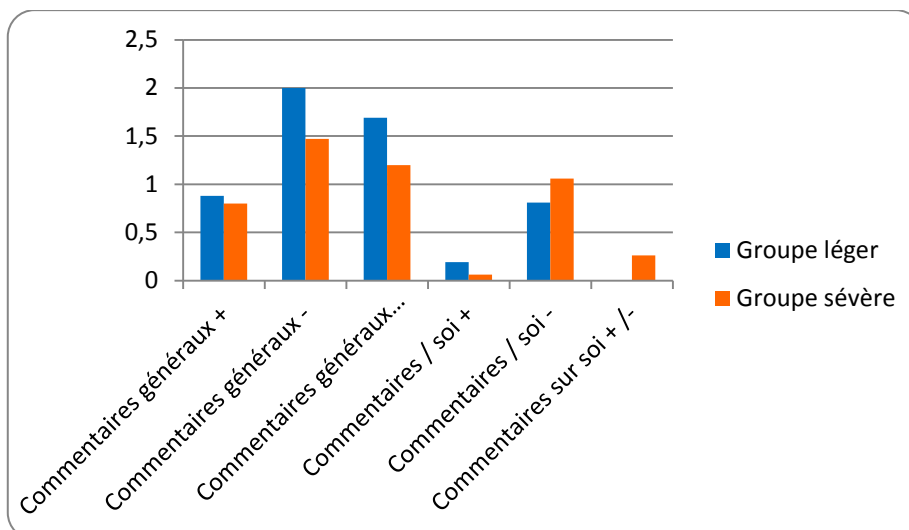


Figure 65 : Comparaison des commentaires groupes léger / sévère.

Cette tendance est globalement plus accentuée dans le groupe sévère.

Quant aux autres remarques

Groupe	Agressivité	Conflictualité	Violence
Global	0,09	0,06	0
Léger	0,06	0,125	0
Sévère	0,03	0,06	0

Tableau 13 : Valeurs moyennes des remarques au Rorschach.

Nous remarquons pour les trois groupes une très faible tendance au conflit et à l'agressivité qui pourrait être en lien avec la propension des personnalités en faux-self à internaliser le conflit.

5.6 Les barrières et pénétrations

La moyenne du nombre de barrière est de 12,12 pour l'ensemble de nos sujets et la moyenne du nombre de pénétration, de 6,76. Le rapport 2B/1P est respecté. Les réponses doubles avec barrière et pénétration ont pour moyenne 2,26. Le groupe léger affiche une moyenne de 10,63 barrières pour 7 pénétrations et une moyenne de réponses doubles à 2,25. Le rapport 2B/1P n'est pas respecté dans ces résultats et montre que les sujets du groupe léger ont une enveloppe corporelle plus fragile que les autres. Quant au groupe sévère, il a une moyenne

de 14,8 pour les barrières et de 7,2 pour les pénétrations respectant le rapport normatif 2B/1P. La moyenne des réponses doubles est de 2,8.

5.7 Les Banalités et originalités et chocs-refus

Pour le groupe global, les banalités sont égales à 300 avec une moyenne de 6, soit dans la norme et les originalités sont au nombre de 6, soit une moyenne à 0,12.

Quant aux chocs-refus, le résultat est de 0,86.

Pour les groupes léger et sévère, les moyennes des banalités sont respectivement de 6,19 et 5,67, dans la norme et les originalités de 0,13 et 0,2. C'est le groupe sévère qui montre le moins de banalités.

5.8 L'indice d'angoisse

L'indice d'angoisse, pour l'ensemble de notre population est de 18, 84% soit très supérieur à la norme qui est de 12%. Cette angoisse est une angoisse concernant le corps et son intégrité, très certainement en lien avec le cancer du sein. Quant aux groupes léger et sévère, ils affichent respectivement 15,06 et 21,4%, le groupe sévère ayant le résultat le plus important.

Le IA% est la somme de Hd+ Anat+Sex+Sang%. Nous pouvons constater que nos sujets, ont pour réponses Hd : 1,18-1,18 et 2,8, Anat : 2,72-2,63 et 2,9, Sex : 0,74 - 0,56 et 0,93 ; Sang : 0,8 – 0,25 et 0,53. Nous remarquons que c'est toujours le groupe sévère qui présente les moyennes les plus élevées dans chacun des paramètres qui constitue l'indice d'angoisse. Pour le groupe sévère, plus de morcellement d'humain ((Hd), plus d'anatomie, plus de sexe, plus de sang. Les sujets de ce groupe s'affichent, comme les plus marqués par leur structure psychique.

5.8.1 Répartition de l'Indice d'Angoisse

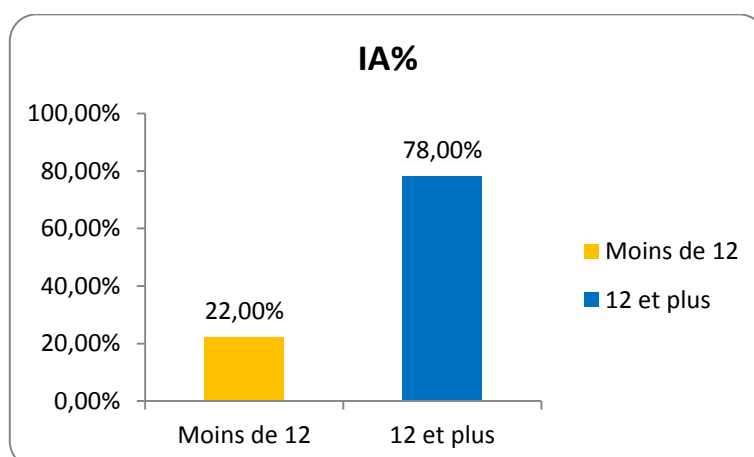


Figure 66 : Répartition de l'Indice d'Angoisse au Rorschach.

78% des sujets de notre population ont un indice d'angoisse au-dessus de la norme. Cette angoisse, ici élevée, concerne le corps et son intégrité. C'est donc en lien avec le trouble somatique sans que l'on puisse dire si l'angoisse est première.

6. Analyse du Rorschach global en lien avec la problématique identitaire de notre population

6.1 Limites corporelles

Les résultats des réponses formelles à 55,86% pour le groupe global, 53,43% et 54,70% pour les groupes léger et sévère sont au-dessous de la norme, proches les uns des autres, et **soulignent des enveloppes corporelles fragiles avec des frontières entre dehors et dedans ténues**, ainsi que le fait que nos sujets **utilisent plus le maniement de mécanismes émotionnels** ou fantasmatiques pour s'adapter à la réalité que des processus rationnels.

Nous constatons, cependant, que, la plupart du temps, ces F% sont associés à des bonnes formes, ce qui signifie que nos sujets sont tout de même capables d'établir des frontières entre dehors et dedans. En effet les groupes global, léger, sévère montrent respectivement une moyenne de 11F+, 10 F+ et 12 F+ pour, dans l'ordre, 2,3 F-, 2 F-, 3,7 F-. Quant aux F+/-, ils sont de 3,4-3,75 et 3.

Les F+%, respectivement, pour les trois groupes sont de 78,03%- 75% et 76%, sont, eux aussi, au-dessous de la norme et **confirment l'idée d'une fragilité de l'enveloppe corporelle**. Ils sont à mettre en lien également avec **une difficulté**

de socialisation, de prise en compte du réel, bien que la moyenne des banalités s'établisse à 6. Ces chiffres restent subnormaux.

Les valeurs des F% élargi, respectivement à 92,14% - 91,12% et 93,13%, proches les unes des autres, confirme que **notre population a également besoin d'établir des frontières stables entre le dehors et le dedans.**

Dans le sens de cette fragilisation de l'enveloppe, la moyenne du nombre de barrière qui, si il est de 12,12 pour l'ensemble de nos sujets est de 10,63 pour les sujets du groupe léger alors que les moyennes des pénétrations sont, respectivement de, 6,76 et 7. Le rapport 2B/1P n'est pas respecté pour le groupe léger et montre que les sujets de ce groupe ont une enveloppe corporelle encore plus fragile que les autres.

L'indice d'angoisse élevé, à 18,84% pour le groupe global et 15,06% et 21,4%, pour les groupes léger et sévère, **va, lui aussi dans le sens d'une fragilisation de l'enveloppe corporelle et de l'intégrité du corps.**

Prenant en compte que la solidité de l'enveloppe corporelle est fondatrice de l'identité, **nous pouvons avancer l'idée que notre population présente une problématique d'intégrité corporelle qui va avoir un retentissement sur son sentiment identitaire, sentiment d'être entier, intégré et structuré.**

6.2 Narcissisme et relation d'objet

Les valeurs des H% sont, pour les groupes global, léger et sévère, respectivement, de 11,34%, 9,62% et 14,93%, montrant que, si le groupe sévère se trouve normatif, l'ensemble de la population et le groupe léger sont au-dessous de la norme. Ceci nous amène à penser **que la majorité de nos sujets montre une difficulté d'identification à l'humain.** Quant aux H% élargi, respectivement de 16,74%, 14% et 22,06%, ils nous révèlent que **nos sujets ont des réponses parahumaines**, surtout le groupe sévère, qui pourraient montrer que ce groupe a une survivance du monde archaïque la plus marquée des trois. Quant aux A%, les résultats des trois groupes, proches entre eux, ont des valeurs très proches de la norme inférieure. Ne contrebalançant pas le H%, ceci semble témoigner d'un **faible investissement vital global.** Notons que les A% et les A% élargi ont une valeur proche, ce qui est normal.

Les kinesthésies humaines, en lien avec la représentation de Soi, vont nous permettre d'apprécier ce que nos sujets peuvent vivre et se représenter d'eux-mêmes.

La moyenne des K pour l'ensemble de notre population est de 2,7 et, pour le groupe léger, de 2,8 alors que le groupe sévère présente une moyenne de 3,4. Notons que les kinesthésies, pour le groupe global, associées à des bonnes formes ont une moyenne de 1,5 alors que celles associées à des formes hésitantes ou mauvaises sont respectivement de 0,18 et de 0,04 avec un moyenne de 0,18 KC+, 0,04 KC- et 0,02 KC+/- . Pour le groupe global le K+ =1,5 et K- =0,04, pour le groupe léger, les résultats sont, respectivement de K+ = 1,6, K- =0 et K+/-=0,31, quant au groupe sévère, K+=1,9, K-=0,13 et K+/-=0,2. Nous constatons globalement, un nombre plus élevé de K de bonne forme confirmant **que le rapport au réel est correct et que l'activité fantasmatique reste contenue**. Notons cependant que les K ne sont pas globalement très élevées, dénotant **des processus d'élaboration mentale limites, une insertion sociale limitée également ainsi qu'un contrôle fantasmatique**. Ces résultats renseignent sur le Moi, tant sur les mécanismes identificatoires, le potentiel narcissique et l'identification sexuée.

Les kinesthésies animales positives ont une moyenne de 1,82 pour l'ensemble du groupe, les kan-, de 0,22 et les kan+/-, de 0,1. Quant aux groupes léger et sévère, nous avons respectivement, kan+=1,6, kan-=0,19 et kan+/-=0,19 et, pour le groupe sévère, kan+=2,3, kan-=0,4 et kan+/-=0,13. Nous constatons que c'est le groupe sévère qui présente le plus de kan, montrant peut-être, par-là, plus de difficulté identificatoire au registre humain.

Notons également que les **commentaires sur Soi négatifs sont importants pour l'ensemble de nos sujets** : 0,96 et respectivement 0,81 pour le groupe léger et 1,06 pour le groupe sévère qui **témoignent de la fragilité narcissique de nos sujets et de leur dévalorisation de Soi**. (Commentaires positifs, groupe global : 0,08, léger : 0,19 et sévère : 0,06). Là encore, **c'est le groupe sévère qui apparaît comme se dévalorisant le plus, qui a une moins bonne image de Soi**. Les sujets du groupe sévère sont ceux qui donnent, proportionnellement le plus de place au monde fantasmatique archaïque.

7. Conclusion générale de ce test

Nous constatons que l'image du corps, illustrée par la capacité à établir des limites entre dehors et dedans et entre soi et les autres est en cause. Nos sujets montrent une **fragilité de l'enveloppe corporelle avec une problématique d'intégrité corporelle et un retentissement sur le sentiment identitaire.**

Le H%, inférieur à la norme et le A% très proche de la limite inférieure pourraient refléter une **restriction du flux vital et des assises identitaires humaines.**

Le D% inférieur à la norme peut nous faire penser à une **hyper adaptation forcée face aux exigences de l'environnement**, à une difficulté dans la gestion des représentations vivantes (relation avec autrui, mais aussi à soi-même), à une mise à distance du test dans sa dimension animée.

Le sujet conserve une capacité à ressentir et partager des affects. Le RC%, proche de la limite supérieure, peut même nous laisser à penser à une hypersensibilité.

Le TRI avec 2,7K / 3,13C est extratensif mixte, donc plutôt orienté vers les stimulations extérieures plutôt que vers le monde interne.

Quant à l'indice d'angoisse très supérieur à la norme, il est à mettre en rapport avec le nombre élevé de réponses Anatomie lié mécaniquement aux expériences hospitalières, mais aussi à un vécu douloureux. Il témoigne d'une **angoisse propre à l'intégrité corporelle, probablement impactée par la maladie mais qui ne nous semble pas réductible à cet impact.**

Les mécanismes de défense s'organisent autour :

- Du recours à la réalité par rapport au F% élargi avec des **mécanismes de défense de type hyper-adaptatifs** illustrés par un G% élevé avec mise à distance du test, et nécessité de contrôle (F% élargi) sur les désirs et affects considérés comme dangereux.
- Des **mécanismes de défense labiles** avec des commentaires auto dévalorisants réguliers par rapport à elles-mêmes et au matériel.
- D'**émergence de processus primaires** notamment à travers les contenus parahumains (H).

- De **mécanismes de défense narcissiques** : F% élargi, réponses barrières, réponses paires à voir (la relation duelle prime).

En résumé, nous pouvons avancer que nos sujets présentent des personnalités avec une structure psychique en faux-self. Leur enveloppe corporelle étant déficitaire, inscrit le Moi dans une configuration fragile. L'ancrage dans la réalité reste correct avec, cependant, une socialisation difficile voire limite. La problématique identitaire est bien présente en lien avec une construction probable en faux self.

III ILLUSTRATION PAR UN CAS CLINIQUE

Nous avons choisi, pour illustrer ce travail le cas de Chloé, cas qui est intégré dans le groupe sévère.

A) Présentation

Chloé, est âgée de 38 ans lorsque survient son cancer du sein, du côté gauche. C'est une femme grande, longiligne et froide, de prime abord. Nous ne pouvons pas dire que son accueil fut très chaleureux. Cependant, elle se prendra au jeu, et répondra avec beaucoup d'émotion et de profondeur, à nos entretiens. Chloé appartient à un milieu bourgeois et subira une éducation très stricte, si stricte qu'elle trouvera que le pensionnat chez les sœurs, à l'âge de 10 ans, est presque idyllique... Chloé est mariée et mère de quatre jeunes enfants. Elle nous apprendra, un an après notre rencontre, qu'elle a quitté son conjoint avec qui, les relations ont toujours été très tendues et la communication, pour le moins, difficile.

Chloé est l'aînée de quatre enfants, elle a une sœur d'un an de moins qu'elle et deux frères plus jeunes, un de 6 ans de moins et un de 8 ans de moins. Son père a une profession libérale, son épouse l'aide dans sa profession et une personne est embauchée à temps plein pour s'occuper des enfants et de la maison.

Elle sera scolarisée en internat chez les sœurs à partir de l'âge de dix ans. Elle travaille bien à l'école, et, ne semble pas avoir présenté de périodes conflictuelles avec les parents à l'adolescence, obtient un diplôme universitaire de troisième cycle rapidement.

Elle se marie une première fois, divorce trois ans plus tard.

Elle se remarie ; son nouveau conjoint est dentiste ; quatre enfants naissent de cette union.

La dernière a un an lorsque Chloé, âgée alors de 38, déclare un cancer du sein. Elle sera opérée, traitée par chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie. C'était en 1998.

Un an et demi après, elle fera une poussée de spondylarthrite ankylosante (SPA). A noter également un problème avec la nourriture à type d'anorexie depuis au moins l'adolescence. En plus de la prise en charge de son cancer, elle est encore suivie en service de médecine interne pour son anorexie, sa SPA et une dépression masquée.

B) Anamnèse de Chloé 48 ans : cancer sein gauche à 38 ans

Nous allons présenter l'anamnèse à travers la grille de lecture de notre enquête, soit en 23 points.

1. Antécédents familiaux

Aucun antécédent de cancer connu dans la famille à la connaissance de Madame.

2. Mme naît dans une famille bourgeoise,

très dirigiste et très autoritaire, pour reprendre ses termes. Elle est l'aînée de quatre enfants

« je suis l'aînée d'une famille, donc on est quatre, deux filles et bien sûr, deux garçons et des parents très euh, très gentils, mais euh... très... avec une éducation stricte, on fait pas ce qu'on veut, avec, bien évidemment, obéissance euh... enfin, éducation stricte et même encore maintenant, c'est pas, c'est un peu...»

Il semble que les enfants n'aient que le droit d'obéir et de se taire

« Mes parents n'ont pas compris, bien au contraire, mais... c'était une famille très euh... très dirigiste, très autoritaire si vous voulez, enfin si... j'ai vu pendant mon analyse et, ça a permis de oui, de justement, de lâcher un peu, cette espèce de barrière de... de jamais rien montrer, de dire toujours tout va bien, etc.,[...] Et

donc, jusque à mon cancer, c'était, c'était, pfouf... c'était étouffant, on avait, on avait rien à dire, c'était.... et je pense que ça, ça les a... un peu secoués, ça les a carrément secoués. »

Et de nous confier, qu'enfant

« Ben, c'était toujours le tour des autres quoi, TOUJOURS, toujours et je me rends compte, maintenant que...hein, mais que...hein, c'est encore comme ça quoi, je veux dire, j'ai du mal à...hein à m'imposer quelque part ou à dire « Ben NON, ce coup-ci, c'est mon tour, c'est moi ». Voilà, c'est toujours « Mais non, allez-y, et gna gna gna », tout le tralala... »

3. Relations à la mère

Sa mère est décrite comme

« Assez farfelue, un peu fofolle, un peu comme ça »

Cette mère ne supporte pas la moindre inactivité chez ses filles, elle est, par ailleurs, dépourvue de chaleur humaine avec ses enfants et peu disponible. La mère de Chloé est remplacée, mais semble-t-il non compensée, par un personnel de maison qui reste anonyme dans le discours de Mme.

Cependant

« Bien sûr qu'on disait plus de choses à ma mère qu'à mon [tout bas] père. Mais bon euh... malgré tout, on disait rien de... pas grand-chose quoi [rire]. Bon, on avait quand même une relation avec ma mère qui était plus... [...] La relation avec ma mère était plus facile, plus aisée, comme dans beaucoup de familles parce que la mère est plus abordable que le père qui est déjà jamais là, qui rentre du boulot pour vous engueuler... Ma mère, bon, on discutait plus avec elle, mais...mais voilà elle avait pas... elle avait pas ce... ce... cette chaleur avec les enfants quoi. Enfin, je sais pas dire. Avec mes gosses ça...bon, ils sont très...ils sont très... ils leur font faire des tas de choses etc. quoi MAIS euh... ... il faut pas que ça l'enquiquine voilà. »

4. Relations au père

Quant à la relation au père, ce n'est qu'obéissance. Chloé décrit son père comme quelqu'un de très autoritaire très rigide absent ou même terrifiant. Elle était bien en pension, car chez elle avait peur

«J'avais pas cette peur ou ce... parce que j'avais un père qui était sévère, on avait peur quand même, on le craignait. C'est vrai qu'il... était très autoritaire, c'était... voilà... quand il rentrait dans une pièce euh... comme il bossait beaucoup, quand il rentrait le soir, c'était tard... il nous grondait... C'était un peu le rôle du père de cette, cette époque-là quoi... le patriarche quoi, pas du tout de relation... »

Et de préciser

« Mon père n'était pas méchant, non pas du tout, mais c'était vraiment 'CRIIICK' quoi. Hyper rigide, c'est lourdingue quoi, c'est vrai. »

5. Relations à la fratrie

Chloé a une relation forte, privilégiée, avec sa sœur qui a deux ans de moins qu'elle, une relation très complice aussi pendant toute leur enfance, leur adolescence. C'est avec sa sœur que Chloé a pu parler de leur enfance, et faire des liens avec leur vie de femme, aujourd'hui. Ses relations avec ses deux petits frères sont plus distantes, car ils ont, respectivement, sept ans et huit ans de moins que sa sœur.

6. Les émotions

Enfant, avec sa sœur elle arrivait un peu à montrer ses émotions, cependant, elle était beaucoup dans le contrôle

«On était assez euh... solidaires quoi en fait, dans l'adversité, si on peut dire comme ça. Mais non, j'ai pas été malmenée, pas du tout, loin de là, mais euh... C'était... c'était très rigide quoi, d'où une certaine rigidité euh... post éducative, voilà. On essaie après de... on essaie après d'éviter quoi, de... de contrôler euh... quand on s'en rend compte. »

Chloé nous avoue qu'elle n'ose jamais rien montrer

« Cette espèce de barrière de... de jamais rien montrer, de dire toujours tout va bien, etc., »

Les sentiments n'étaient jamais ni dits, ni montrer, ni par les parents, ni par les enfants quand elle était petite. Quant à l'adolescence

«C'était pire. Pire, moi je suis partie en pension, j'avais dix ans. [Débit très rapide] Donc euh... j'étais en sixième. Donc, j'y suis allée jusqu'en terminale. »

7. Sa place d'enfant et jeux et échanges avec les parents

Chloé nous présente la rigidité de son éducation à travers un père très autoritaire et absent et une mère peu présente et peu maternelle, et ce tant dans l'enfance que l'adolescence.

L'enfance de Madame s'est passée dans un climat familial froid et rigide où il ne fallait montrer ni émotions, ni désirs, ni états d'âme. Elle est marquée par un manque affectif, une absence d'échanges, de reconnaissance

« C'était toujours le tour des autres quoi, toujours, toujours... »

Il y avait également un grand manque de contacts, « *manque de relation charnelle* » dira Mme avec son style parfois cru.

Une grande solitude associée à une forme de bouderie est aussi le lot quotidien de Chloé

« Je m'ennuyais tellement chez moi que je faisais la tête, voilà ce que je faisais. »

Seule, l'obéissance, de rigueur, bien sûr, a droit de cité

« Il fallait qu'on aille dans le sens du protocole... Mais il n'y avait pas de relation de confiance, on n'avait pas matière à extérioriser notre originalité, si originalité il y avait ... »

Placée en pension, pourtant chez les sœurs, de la sixième à la terminale, Chloé nous confie

« C'était très bien, je m'en suis rendue compte après... »

Chloé ne partageait pas de temps avec son père ou sa mère, seulement des choses où ils étaient tous ensemble, comme les vacances ou des visites organisées, par exemple.

Mme nous dit n'avoir jamais eu d'harmonie dans sa vie d'enfant :

« Hein donc, cette fluidité, je l'ai jamais eue dans mon enfance quoi. C'était toujours...euh c'était toujours euh... hein haché et euh...hein encore maintenant... je veux dire...euh »

Chloé nous dira aussi :

« Dans notre...euh notre vécu d'enfance, on ne se rappelait pas que ma mère nous prenait dans ses bras, c'est marrant ça. Pourtant on a pas l'impression

d'être non aimées euh mais on... on... euh ...Voilà, on s'est fait cette réflexion-là plusieurs fois toutes les deux... à se dire que ben non...euh... Mon père non plus...euh.. De toutes façons, j'en avais tellement peur... [...] une espèce de réticence comme ça, de répugnance et il... il y a ce truc là et, entre mes parents et nous, ça existe comme ça... puis mal à l'aise quoi...hein mal à l'aise, parce que bon, après... euh...hein il y a peut-être un tas de trucs qui rentrent en ligne de compte avec le père ou je sais pas quoi, bon...euh...»

8. L'adolescence

Quant à l'adolescence, elle apparaît aussi monotone que l'enfance et, sans crise classique repérable. Cependant, Chloé mentionne une réticence chronique par rapport à la nourriture depuis l'âge de 13 ans, ainsi qu'un état de dépression et de dire :

« La déprime,... L'anorexie... J'ai fait un peu de tout... »

Chloé nous raconte aussi que

« Crise d'adolescence, oui on peut pas dire que j'ai fait... J'en sais rien, mais je m'ennuyais tellement chez moi que je faisais la tête, voilà ce que je faisais. Je me souviens de ça, que j'étais sans arrêt en train de faire la gueule dans un coin. C'est vrai... parce que euh... j'habitais à la campagne, je pouvais pas sortir, j'avais pas de copines. »

Et que, sa mère ne supportant pas qu'elle ne fasse rien :

« Qu'on était euh... qu'on aidait à la maison... on nous disait, ben voilà, ma mère supportait pas tellement qu'on soit inactives. Donc euh... donc on faisait, quoi... On faisait ce qu'il y avait à faire et puis ce qu'il y avait pas à faire quoi et puis quand on faisait pas, on se cachait [rire] DONC euh... c'était... Et c'est vrai et là, j'ai utilisé mes défenses là. Je me souviens que ma mère était partie parce que ne sachant plus quoi faire avec moi, elle était allée acheter des pelotes de laine pour que je tricote [rire] là, j'étais dans un coin, je tricotais je me rappelle encore, voilà, on appelait ça rien faire... Voilà ce que j'ai fait en faisant rien, j'ai tricoté des kilomètres de... Voilà c'était rigolo mais voilà... c'est tout ce que j'ai rien fait [sic]. »

Cependant la conclusion sera toute paradoxale, bien dans le style de Chloé :

« On s'est rendu compte finalement qu'on a eu une enfance choyée, gâtée, mais qu'il y a jamais eu de chaleur vraiment euh... Voilà. »

À cela, nous pouvons ajouter la culpabilité et la faible estime de soi facilement perceptible dans le discours de Mme.

Aucune relation de confiance n'existait non plus :

« Je pense que euh... inconsciemment et puis euh... consciemment, je sentais, je savais que je pouvais compter sur mes parents si il...hein y avait un truc euh... hein dur. Mais il n'y avait pas de...euh comment dirais-je...euh... il n'y avait pas de relation de confiance. Je...euh.. jamais je serais allée leur dire un truc euh...

J'avais pas grand-chose à révéler parce que je faisais pas grand-chose. [rire] Si il allait m'arriver un truc, c'était clair non, non, ils étaient l'autorité, l'autorité à tout crin et puis j'étais et je suis encore très craintive quoi, très craintive de... de l'autorité, de... c'est vrai que euh... même au niveau du travail si vous voulez, si les gens arrivent et qu'il y a quelqu'un qui n'est pas content ou qui manifeste de l'impatience, ça me rend MALADE quoi, je... je... j'ai du mal à, j'ai du mal à accepter euh... accepter euh... qu'on me euh... Comment dire, c'est difficile à expliquer parce que... je suis terrorisée par le... par le... par l'excès si vous voulez... verbal, de quelqu'un quoi. Et donc, je pense que ça vient de là quoi, ben oui, ça renvoie à ça, parce que moi, moi, je disais jamais rien, de peur...de peur d'être réprimandée »

9. D'un point de vue professionnel

Après de brillantes études, sans faute, Chloé obtiendra le titre de pharmacien et ouvrira sa propre officine. C'est suite à son cancer qu'elle choisira une association afin de travailler à mi-temps.

10. Entrée dans la vie d'adulte et déroulement de la vie avant le cancer

Chloé nous explique :

« J'avais pas le droit de sortir. Donc, je suis arrivée à la fac, j'étais euh nouille, nouille au milieu de... Non mais c'est vrai, c'est vraiment in... incroyable, c'est vrai, c'est complètement euh... DELIRANT quand j'y repense. Donc, en deuxième année de fac ben, voilà, je... j'ai connu euh... voilà, celui qui est devenu mon mari cinq ans plus tard quand j'ai eu fini mes études. Et puis trois ans après, j'étais divorcée et puis voilà quoi... »

Mais a cependant le sentiment :

« Que j'ai été quand même un peu euh...bridée, je sais pas ce que j'aurais fait mais euh... »

Avec de tels manques et aussi peu de liberté dans l'enfance, nous ne serons pas étonné que le démarrage dans la vie adulte semble se faire de façon aussi monotone et automatique (études, premier mariage, divorce, paraissent s'effectuer sans que le libre arbitre de Chloé soit appliqué). Ses parents, ayant pris parti pour

son ex-mari, Chloé s'est retrouvée, après son divorce encore plus seule, fâchée avec ses parents. De cette éducation, Mme conclut qu'elle en garde :

« ...Encore une empreinte assez marquée... C'est terrible pour se sortir d'un truc pareil. Enfin, ce n'est pas une catastrophe, je ne suis pas non plus le... Je suis pas marginale quoi, des délinquants et rien du tout aurait pu finalement... ».

Elle se remariera après son divorce et aura quatre enfants.

11. Prise de conscience de tout cela avant le cancer ?

Il semblerait que Chloé ait pris conscience de certaines choses :

«... Après, on attribue ça, on attribue à la relation parents... euh... enfants, ensuite euh...à la vie qu'on mène, quoi je pense que c'était surtout le vécu, surtout le vécu hein euh...enfance, enfance et adolescence, je pense pas maintenant, parce que les jeunes sont quand même plus euh... plus ouverts, mais je pense que dans ma génération, on n'avait pas spécialement, euh... de... de discussions ouvertes avec les parents, donc, tout restait, je pense... mais est-ce que ça s'est fait, est-ce que ça s'est pas fait, bon... ça passe, voilà quoi. »

Mme exprime bien ici, la quasi-impossibilité qu'il y a à se sortir, sans violence, d'une emprise éducative aussi paralysante. Le ton détaché sur lequel est fait ce constat (alors que son contenu pourrait mériter d'être accompagné d'une sainte colère), illustre la difficulté à exprimer des affects profonds, difficulté évocatrice d'un fonctionnement que l'on peut qualifier alexithymique. Ceci pourrait être un mode adaptatif, voire de survie, dans un tel contexte familial, mais de telles impasses relationnelles engendrent aussi une souffrance chronique qui pourrait bien faire le lit tôt ou tard d'une décompensation psychosomatique...

Chloé nous précise :

« Oui, ben tout revient, tout, tout, ça englobe beaucoup de choses, pas tout, heureusement, c'est les épisodes, je pense un peu douloureux ou... un peu mal vécus en l'occurrence, dans ce genre de trucs, c'est souvent des choses de l'enfance qui refont surface, donc euh... donc, c'est vrai qu'à cette, à cette occasion là...euh... j'ai... j'ai un peu vidé euh... je pense le trop plein ou le... ou le plein tout court hein quoi... des choses qui me... j'ai, oui, j'ai dit des choses que j'aurais jamais DITES euh... peut-être dans d'autres circonstances ou euh... que j'aurais peut-être dites si j'avais fait une psychothérapie par ailleurs, mais qui

étaient quand même euh... bien euh... bien tues. Et donc, par ce biais là, ça m'a permis d'extérioriser un peu tout ça. Disons que j'ai, j'ai euh... ça peut, c'est un peu spécial quoi, mais j'ai quand même rapidement, enfin rapidement, été... euh... sur la piste de... de la relation entre cette maladie et euh... euh pis une souffrance, je pense intérieure euh... euh voilà, due euh peut être à une éducation trop stricte ou euh...un écrasement un peu trop important de la part de euh... mes aînés, voilà. Je pense que c'est ça, que ça devait resurgir... »

En effet, Chloé nous dit faire le lien :

«Ah oui, ça, il... euh... il y avait une autorité quand même qui était très importante qui faisait qu'on n'extériorisait pas nos états d'âme, non, jamais ou rarement. »

Et d'ajouter :

« Il fallait toujours faire bonne figure. Donc, c'est vrai que, à ce moment-là euh là... on peut plus trop faire bonne figure quoi, quand on est malade, c'est un peu difficile. Donc, c'est là que ça ressort finalement parce que je pouvais plus... Puis toujours dire que ça allait, que... que j'étais bien élevée, que j'étais bien dans mes baskets, que tout me convenait puis voilà quoi. Ça a été ma façon à moi je pense hein de me révolter, enfin de... de dire stop hein. »

Avec sa sœur aussi, elle fait le lien :

«On était vraiment toutes les deux dans la même... euh galère, enfin pas galère hein, mais on était toujours euh... on a été élevées ensemble quoi. Une était punie, l'autre y était, enfin, c'était un groupe. Ce qui fait que euh... ce qui fait que, trois semaines après moi, elle se faisait opérer d'un truc dans le sein, qu'était pas cancéreux, mais qui...hein voilà. Alors, ça nous a paru...hein. C'est vrai qu'à partir de là, ça nous a quand même parlé un peu. La coïncidence était un peu euh... je sais pas hein. Bon peut être qu'aussi que les médecins qui venaient de m'opérer n'ont pas voulu prendre de risque par rapport à elle, ben, je ne sais pas, il y a sûrement tout un tas de trucs, pas que ça, mais enfin bref, il est forcé de constater hein que c'est un petit peu curieux quoi. Donc après, on a fait front contre tout ça. »

Mme se souvient aussi, après son cancer, d'une période :

«Et quand j'étais en période de révolte après mon cancer, je me disais "C'est pas possible, c'est pas possible de nous avoir jamais laissé euh prendre le train ou partir tout seul quelque part !", jamais quoi... La peur de... je sais pas... oui,

j'ai peur pour mes gosses aussi, mais je me dis, il y a un moment, il faut un peu... il faut faire confiance ».

Chloé a pris conscience aussi, à temps, des modifications qu'elle devait opérer sur l'éducation de ses enfants, par rapport à la sienne.

12. Modifications de vie et des relations après le cancer

Chloé nous confie que cette maladie l'a changée et a eu aussi un impact sur sa famille :

« On en sort différente, au niveau personnel, oui, au niveau relationnel euh... dans la famille, je pense que c'est surtout, MOI, avec mes parents... ça a bien euh... fort heureusement, ça a été un espèce d'élément... déclencheur de euh... brouf... d'une prise de conscience par eux que... qu'on n'était plus euh... qu'on n'était plus des PIONS comme ça, qu'on plaçait là, mais que, finalement on existait. »

Il semble que ce cancer ait fait évoluer des choses :

« C'était une famille très euh... très dirigiste, très autoritaire si vous voulez, enfin si... j'ai vu pendant mon analyse et, ça a permis de oui, de justement, de lâcher un peu, cette espèce de barrière de... de jamais rien montrer, de dire toujours tout va bien, etc., ben voilà c'est de ce côté-là, c'était euh, c'était déjà pas mal, oui. »

Chloé précise aussi qu'au niveau professionnel, ça a changé, puisque maintenant, elle ne travaille plus qu'à temps partiel car :

« C'est une chose qui ne m'est jamais arrivée de... de rien faire, enfin de rien faire... »

Et nous confie aussi qu'elle aurait bien voulu changer de vie plus en profondeur mais :

« Il y a eu un temps, une période euh... c'est vrai euh... dans les deux ans qui ont suivi où alors là, je voulais tout abandonner, tout vendre et puis faire carrément autre chose, en fait... ce que je... ce qu'on voulait faire mon mari et moi, c'était euh, partir en Bourgogne et exploiter des vignes, mais ça n'a pas pu se faire, donc, ça s'est pas fait, donc, après j'ai, je, je... suis restée ici, je me suis remis dans ce côté-là, mais c'est vrai qu'immédiatement après, c'était la rupture totale. »

Et d'ajouter :

« Ah oui, complètement, c'est général je crois... [...], mais bon..., on avait peut être choisi un truc qu'était pas évident non plus, peut-être que... peut-être que on n'en avait pas autant envie que ça, j'en sais rien, bref, ça s'est pas fait, mais, quand même, c'était vraiment bien dans l'air, quoi. Et puis euh..., et puis après, ben... le temps passant et... puis le... le physique se rétablissant... on envisage les choses autrement, bon après, après, les enfants ont grandi, la vie évolue, il y a des tas de trucs qui entrent en ligne de compte quoi. Bon, ce qui fait que j'ai trouvé cette solution-là, c'était, d'aménager mon emploi du temps, pour pouvoir... profiter... »

Mme a imaginé changer sa vie, après avoir traversé les épisodes aigus de six maladies (cancer, spondylarthrite...), mais en fait elle n'a rien concrétisé des changements souhaités, là encore à la fois lucide mais aussi impuissante et seule :

« On avait envie, enfin moi, moi j'avais envie... »

Maintenant Chloé précise que quand elle fait quelque chose, elle prend plus de temps et que c'est par envie :

« Je SUIS plus dans cette optique là que euh... que dans le truc où j'étais avant où euh... j'ai fait des études à la vitesse grand V. Je me suis installée à grande vitesse. J'ai travaillé... Je veux dire, c'était vraiment le truc qui était emballé, prêt, donc, finalement euh... Je m'étais déjà encore mariée entre temps, bon voilà, enfin... j'ai divorcé, j'ai si... enfin bon. »

Par ailleurs, Chloé est encore marquée par son éducation :

« Même encore maintenant, j'ai du mal, j'ai du mal à m'entendre dire, m'entendre critiquer ou entendre des choses qui me... qui sont vraies, mais... Parce que j'ai pas été élevée, dans... dans... dans l'optique de... de... de... et de me défendre de... de ça et d'accepter euh... et d'accepter euh... d'être médiocre ou pas bien quoi... C'est drôle ça, ce truc là encore. »

13. Aujourd'hui, relation au conjoint et aux enfants, à ses parents et fratrie

Sa relation à son conjoint paraît difficile et semble transparaître, en partie, dans cette phrase (à partir d'une émission qu'elle a écoutée) :

« ...J'aurais bien aimé bien le lire, parce que c'est, justement, le bouquin écrit par un homme qui a accompagné... enfin qui a vécu... à côté d'une femme qui a été malade. Cet homme décrit justement, la difficulté, parce que ça aussi, c'est... la difficulté pour... pour accompagner, être vers quelqu'un de malade, c'est vrai hein, c'est peut-être pas facile... »

En effet, Chloé ne fait allusion à son mari que tardivement, rarement, et furtivement dans les entretiens et de façon qui nous semble masquée les deux fois : la première fois, derrière sa fonction de dentiste intervenant concrètement sur la mâchoire bloquée de Mme lors de sa spondylarthrite ankylosante, et la deuxième, de façon métaphorique allusive par l'intermédiaire des similitudes d'un ouvrage avec leur vécu de couple (autour du rôle ingrat du conjoint malade), où l'on peut suspecter une formation réactionnelle de Chloé qui semble dénier ici une envie très forte de revendication d'écoute vis-à-vis de son mari. Ce n'est qu'au troisième entretien que Mme commentera, mais à l'abri d'une délégation, cette absence de communication avec son conjoint :

« Ça m'a pas blessée, ça m'a... Ça m'a contrariée, ou... »

Chloé aurait aimé parler avec son mari, mais le défend, tout de même :

«Le conjoint non malade a un rôle un peu ingrat quoi, c'est... Alors, c'est très compliqué. Je... je...Hein je l'ai ressenti euh... ... En plus alors, c'est quelqu'un qui s'exprime pas du tout, alors c'est... ...Hein c'est... c'est TRES compliqué... alors du coup euh... mon euh... moi j'ai... j'en ai... j'ai essayé d'en parler...[...] c'était moi qu'en parlait mais... par exemple, lui, il a jamais...RARES, rares sont les fois, ou même on va dire qu'elles sont inexistantes [tout bas], où vraiment euh... pffffff... il m'a...je sais pas... il m'a parlé de ça quoi de façon...naturelle et normale. Parce que je pense qu'il en avait tellement peur, beaucoup plus peur que moi comme souvent d'ailleurs, et du fait euh... »

Et aussi :

« Finalement, comme il en avait jamais parlé et puis qu'il considérait que... que... que... je me dis "bon, il pense que c'est rentré dans l'ordre, zut, il pourrait quand même faire un peu plus !" [rire] et quand il en faisait trop, alors [RIRE], je disais « Tu nous casses les pieds » . Alors... je trouve que c'est assez difficile... C'est assez difficile euh... pfff... ... mais bon euh... je... non je veux dire que ça... Il a été quand même assez euh... assez présent tout en étant pas présent (sic).

[tout bas] Il a fait ce qu'il a pu... puisque... hein...sans s'apitoyer sur mon sort, ce qui n'est pas mal non plus euh... et puis c'est vrai que, des fois, on a besoin d'être un peu boostée, bousculée même, donc euh... ».

Quant à ses enfants, elle a de bonnes relations avec eux, son discours vis-à-vis d'eux, est comme souvent, à la fois lucide et paradoxale, nous l'avons vu, Chloé tente de « *formater ses enfants à ne pas l'être...* » Espérant ainsi les mettre à l'abri de revivre ce qu'elle a elle-même connu, cependant par rapport au catéchisme par exemple et à l'église...(Quand les grands parents envoient les enfants à la messe) :

« Ça me fait mourir de rire parce que je dis "allez foutez leur la paix", et si c'est pas le dimanche matin, c'est le samedi soir, enfin bon, ben voilà. C'est bien, il faut bien qu'ils sachent ce que c'est, voilà, mais... Donc euh... ça continue quoi, la roue infernale... C'est rigolo ».

Mais elle leur permet aussi de choisir ;

« Le choix largement plus que...hein plus le choix et une liberté beaucoup plus grande, ce qui n'est pas difficile. [rire] J'ose espérer qu'elles le ressentent comme ça ».

Chloé ne veut pas reproduire avec ses enfants, ce qu'elle a connu :

« Ben j'espère, j'espère, j'espère. Moi, le mal est fait, donc, c'est trop tard, encore que je peux essayer d'améliorer mon cas et surtout, surtout, surtout pour mes enfants, parce que c'est trop important, vraiment, je veux qu'ils s'épanouissent et qu'ils aient...Hein qu'ils osent s'affronter aux gens, qu'ils osent, qu'ils osent, dans la...Hein dans la joie et dans la bonne humeur, dans la limite de...Hein ».

Suite à son cancer, Chloé précise que :

« Je pense que...hein à part L. qui avait sept ans, que j'ai emmenée chez une psychologue... les autres ils l'ont pris comme ça, quoi. Donc...Hein donc c'est peut-être que...Hein Bon, je pense que du coup, c'est moi, par rapport à eux qui ai pris conscience de certaines choses qui fallait pas que je fasse dans leur éducation. Parce qu'ils étaient petits, je me suis dit, bon voilà, on a pris les choses dès le départ ».

Chloé est proche de ses enfants et distribue des câlins qui semblent fort appréciés :

« Mais moi, c'est le contraire quoi, je...hein et mes grands et mes petits n'importe, ils me disent « c'est quand qu'on fait des câlins ? »... Il y a ce côté charnel quoi... c'est ce qui existe ».

Les relations à ses parents se sont améliorées, avec elle mais aussi avec ses enfants notamment et, plus particulièrement son père :

« On va dire que dans ce sens-là, ça a été positif ».

Et

«Par rapport à mes parents, bon alors, je pense que ça a quand même, je vous ai déjà dit, ça a ouvert un peu le euh... le relationnel euh... en rapport avec la... la mise en danger finalement de... de ma vie quoi. Donc là, ils ont quand même compris. Donc ça a quand même... ça a permis quand même des rapports plus chaleureux, maintenant. [...] ce sont de BONS grands-parents. Ils ont... ils ont compris que... il fallait prendre euh... prendre l'individu euh... en considération...[...] Je CROIS que ça les a...ça les a vraiment... ça leur a vraiment ouvert les yeux et que c'est sur ce plan là, finalement que... ça a le mieux marché».

Cependant, il existe toujours une crainte lorsqu'ils sont ensemble :

« Il y avait tout le temps quelque chose pour COUPER le truc complètement quoi, et MOI, je... j'ai toujours peur de ça, quand on est ensemble, en famille, pour faire des trucs qui sont sympas quoi où on est tous en train de rigoler, machin, je, j'ai... j... je suis toujours en train de surveiller pour voir qu'il n'y ait pas un truc qui cloche, parce que je sais qui va... que ça fera euh... couper...C'est dur hein ! C'est angoissant... Ça me fait angoisser quoi et..... et je trouve que c'est délirant quoi... c'est dur à vivre ! [...] je pense qu'ils ont quand même un peu capté que... ... que finalement euh... l'apparence, c'était pas tout quoi. Il fallait quand même euh... creuser un peu déjà. Bon...qu'on avait le droit de montrer qu'on était AFFECTE, qu'on était en SOUCI, qu'on était ANGOISSE, qu'on avait MAL quelque part. Bon, je pense que ça, ça a quand même été une donnée euh... donc ce qui fait que ça a un peu euh... adouci euh... adouci les relations entre tout le monde... autant euh... euh... entre mes parents et moi qu'entre mes parents et mes frères et sœurs quoi. Ça a recadré un peu les priorités, je veux dire euh... euh...».

Mais :

« Mais, MALGRE TOUT, il y a quand même toujours ce... .. cette épée de Damoclès qui fait QUE... tout le monde reste quand même assez soft euh... pour ne pas agresser trop les autres ».

Mme dira cependant :

« Je sais que nos parents nous aiment et nous adorent quoi... et je pense qu'ils ont pffff... est-ce que c'est par euh... par excès d'amour... je vais peut-être exagérer, mais qui nous ont comme ça euh... gardés euh... sous leur coupe [...] je sais que mes parents, ils m'aiment, mais c'est vrai que ils m'ont jamais serrée dans les bras, qu'ils m'embrassaient pas que... qu'ils pouvaient pas discuter, que... on en avait peur, que... C'est VRAI, ce... ce... c'est une drôle de façon d'aimer les gens hein... ?».

Chloé constate que son père a plus avancé que sa mère :

«Je dois dire que mon père, il a fait beaucoup plus de progrès qu'elle parce qu'elle... Mon père quand il est avec eux, il... il s'en occupe. Il leur fait faire tout plein de trucs, il euh... il est là... il partage avec eux..., mon père oui, il s'intéresse à ce que font les gamins... Ma mère est quelqu'un qui n'a jamais su faire ça, elle l'a jamais fait avec nous ».

Comme si sa mère les prenait toujours pour des pions...

« Mon père, il s'adapte, mais elle, c'est un monstre d'égoïsme quoi, donc en fait euh... [...] je culpabilise quand je dis ça [très rapide], mais, j'ai toujours trouvé qu'elle était inconsistante. [Tout bas]... ils s'engueulent du matin au soir, mais ils s'entendent comme deux doigts de la main quoi. Elle, elle lui apporte une fantaisie qu'il n'a pas du tout, par contre pfff...».

Quant à la relation avec sa sœur, elle est toujours de qualité, et bonne, avec ses frères aussi.

14. Les émotions aujourd'hui

Chloé avoue que, même si elle a fait des progrès, elle a encore du mal à montrer ce qu'elle ressent.

15. Ce qu'elle sait de l'histoire de ses parents

Son père a connu aussi rigueur et rigidité, ses parents étaient paysans et c'était pour eux, un honneur que leur fils fasse des études, ce dernier finira vétérinaire :

« Mon père a connu la même chose que nous, à peu près et lui, en plus, c'était la guerre alors euh... Il était en pension à l'âge de huit ans. Il voyait ses parents tous les trimestres... Il avait un père très gentil, mais, il paraît, très rigide quoi. C'était vraiment euh... Ma grand-mère paternelle, par contre, était quelqu'un de... de... euh... très charnelle quoi... MAIS, mais avec une éducation, évidemment du siècle dernier... ».

Quant à sa mère, elle a eu une éducation stricte aussi, mais le milieu paraissait plus détendu cependant :

« Elle avait des parents un peu plus farfelus on va dire, donc... mon grand-père, il était marchand de biens. Il était un peu plus rigolo, mon grand-père ; il allait au casino. Il... il...voilà il...picolait un peu, il était... c'était un bon vivant quoi... Donc euh... Il était rigolo, donc, il avait pas beaucoup d'autorité. Par contre [rire], ma grand-mère, elle en avait pour deux. Ça résume... ça résume bien les choses. Alors voilà... Et ma mère... ma mère est beaucoup moins rigide que mon père au niveau éducation, elle l'a suivi quoi, je dirais... ».

16. Investissements socioculturels

Chloé va, maintenant, par le biais d'une association, visiter les femmes qui viennent d'être opérées d'un cancer du sein, à l'hôpital :

« Quand j'étais à l'hôpital, vous savez, quand même un certain temps, je m'étais toujours dit que... j'essaierais, si je pouvais, d'aider les gens, parce que il y a des gens qui sont peiné et pis, c'est important. Je suis malade de voir des gens comme ça et puis issus de la même chose. Voilà. Donc, j'avais dit ça, comme ça, puis, ça fait... ça fait bientôt dix ans hein, que j'ai été opérée et voilà [...] c'est vrai qu'il y a des gens qui, qui acceptent pas, ou moins bien, d'autres qui discutent pas ou qui sont hyper contents de nous voir, parce qu'au moins euh... c'est du concret aussi, elles sont tellement angoissées que... ».

Mais elle se dit frustrée :

« Après, c'est ce qui me frustre, ce que je dis, ça me frustre parce que ça manque de spontanéité, on peut quand même pas aller voir les gens pour qu'ils soient contents, c'est pas la peine d'y aller sinon. Il faut leur dire franchement, concrètement, ce qui s'est passé, comment ça se passera, ce qui les attend et puis, voilà, ça me semble cohérent. Sinon, c'est pervers je trouve, ces manières de faire. C'est ça qui me dérangeait un peu, dans l'approche... ».

17. Les rêves

Chloé dit ne pas rêver :

« Pas du tout... ».

18. Ses dépendances

Chloé ne semble pas avoir de dépendance, mis à part quelques médicaments qui lui sont donnés en médecine interne.

19. Comment elle se décrit

Plutôt matérialiste avec un caractère droit. Avant son cancer, elle se dit d'un caractère assez difficile :

« J'étais euh... d'un caractère assez difficile quoi, enfin assez... trempé, oui, mais... je me rendais pas trop compte. Non, non, c'est vraiment juste avant quand même, l'année qui a précédé... l'apparition de cette maladie, vraiment, c'était... j'étais stressée, je travaillais pas mal et j'étais vraiment complètement surexcitée quoi, c'était infernal... et pour les autres quoi ».

Chloé nous dit aussi qu'elle n'est pas artiste du tout :

« J'ai un mari qui est plus... plus artiste. Moi je le suis pas du tout, c'est pas difficile de l'être plus que moi ».

Encore aujourd'hui, Chloé a du mal à s'imposer :

« Il y a plein de trucs qui me passent sous le nez ou euh...Voilà, je me dis, c'est pas possible quoi, parce que je suis comme ça quoi, des fois je me dis "Laisse tomber", parce que ça va me donner plus de... de soucis de me forcer à y aller que de... d'ASSUMER l'échec. J'en suis là, c'est DUR, je m'énerve toute seule ».

Chloé se dit froide également :

« Je dois être un peu cette image, d'être quelqu'un d'un peu...Hein assez euh...Hein assez froid, assez je sais pas comment, enfin assez, enfin, c'est ce qu'on me disait, assez réservée. Ça c'est pas une impression, c'est une vérité, mais du coup euh...Hein, du coup hautain et timide parce que je euh...hein je peux pas autrement mais... du coup, c'est interprété...hein de façon euh... hein mauvaise oui...Hein et ça, ça me dérange quoi, ça, j'avoue que ça me, ça me BLESSE ».

20. La représentation du cancer et ressenti

Il semble que pour Chloé, le cancer ait eu un côté positif :

« Pfouf oui...oui, oui, j'ai toujours pensé oui, oui parce qu'au bout du compte, il faut bien, bien prendre une option oui [rire]. Oui, parce que je pense au niveau euh... c'est très personnel en plus... on en sort différente, au niveau personnel, oui, au niveau relationnel euh... dans la famille, je pense que c'est surtout, MOI, avec mes parents... ça a bien euh... fort heureusement, ça a été un espèce d'élément... déclencheur de euh... brouf... d'une prise de conscience par eux que... qu'on n'était plus euh...qu'on n'était plus des pions comme ça, qu'on plaçait là, mais que, finalement on existait ».

Ce cancer a tout de même chamboulé toute la famille :

« À partir de là euh..., tout a été CHAMBOULE outre le chamboulement traditionnel et c'est vrai que la perception de l'autre et la perception à l'autre étaient complètement changées quoi... Heureusement, c'est pour ça que je trouve que ça a été un BIEN... FAIT... puisque ça a quand même un peu euh..., un peu euh... dérouillé les... les systèmes quoi. Ça a quand même montré que... qu'on n'était pas infailibles...[...] Oui, je pense que c'est ça, j'en suis sûre même... Ben, les autres, ils se sont rendus compte que... ... que, que... que euh... le, le... comme ça, l'espèce de... de... de rigidité, de chemin tracé tout droit là où personne ne va ni à droite, ni à gauche, un moment donné, même quand on n'a pas... ça dépend pas forcément que de nous quoi... ça permet d'adoucir un peu la... la... l'importance ».

21. Besoin de reconnaissance

Chloé semblera embarrassée et nous répondra :

« Euh...oui... si... il a quand même bien... il a bien progressé [tout bas], je pense que je suis euh...Mais... ... je pense que je serai... je serai jamais... ...Hein [voix triste] [tout bas] On va dire que je serai toujours insatisfaite ».

Et :

« ... Je pense que j'ai été trop... trop pressée quoi et du coup, je pourrais plus reprendre ma forme initiale... ».

Mais aussi :

« Je m'en veux ou j'en veux à mon éducation, à je sais pas qui, je sais pas quoi. A côté de ça aussi parce que il y a... il y a peut-être des gens aussi que j'aurais voulu euh... connaître... que je voudrais qu'ils me connaissent MOI et puis qui... qui font pas le chemin parce que il y a ce... cet espèce de... enfin, c'est peut-être aussi à moi de faire euh quelque chose...on va dire ça comme ça ».

22. Reconnue en tant qu'être humain avec des désirs

Chloé sera assez évasive et ce, en lien avec le type de relation qu'elle entretient avec son conjoint, et ses parents, semble-t-il.

23. Le cancer comme un message ?

Chloé l'entend bien ainsi :

«C'est un message de... euh... euh... pff... oui d'espoir de... de communication. En fait, c'était surtout ça, c'était la façon, c'était ma façon à moi de dire que j'en avais marre de... de... ».

Et d'ajouter :

« Ça m'a permis de m'exprimer tout simplement, ça a été le... ça a été l'élément déclencheur... un début de... un début de communication avec cette compréhension de... d'une situation qui est pas... qui n'était pas... qui n'était pas franchement euh...qui n'était pas franchement euh...ouverte ou tournée vers les autres ou euh...qu'était pas claire ni honnête quoi, mais quelque chose de complètement caché euh... [...] dans ce sens-là, c'est plutôt positif... je pense que ÇA n'est que positif d'ailleurs, mais c'est un peu difficile de dire ça, mais c'est quand même vrai, quoi...».

Et aussi :

« C'est un peu difficile de dire ça quoi, MAIS, je pense que, oui, vraiment, je pense que c'était euh...Hein que c'était indispensable quoi, c'était ça ou autre chose, mais c'était une manifestation d'un...Hein de...Hein de d'un mal-être euh...Hein certain et voilà , quoi ».

C) Tableau des évènements de vie de Chloé selon la méthode de Jean Benjamin Stora

A travers ce tableau, nous constatons que Chloé est déjà en difficulté quant à son environnement relationnel depuis le plus jeune âge. Sa construction psychique en faux self, validée par le Rorschach, est accompagnée de problèmes de santé physique, notamment d'anorexie. L'enfance et l'adolescence ont pour toile de fond la dépression. L'équilibre des différents systèmes est mis à mal dès le début de la vie. Nous pouvons poser l'hypothèse que l'augmentation du quantum d'excitations responsable du déséquilibre du système, et qui a précédé le cancer du sein se situe au moment du premier divorce, lorsque ses parents l'ont, en quelque sorte, abandonnée. Dans une structure psychique où l'objet n'est pas en place, comme c'est le cas de Chloé, les défenses immunitaires sont sollicitées mais largement débordées et ne peuvent plus assurer une défense efficace de l'organisme. La désorganisation n'est pas seulement mentale mais somatique aussi.

Relation- Communication	Evènements de vie	Dates- Ages	Troubles somatiques	Commentaires
Relation peu chaleureuse avec la mère, voir même distante Relation d'autorité du père		Enfance	Problèmes avec la nourriture Anorexie Dépression	S'ennuie beaucoup dans son enfance et adolescence
Aucune relation de confiance Pas la possibilité de montrer ses émotions. 'On était des pions' Pas le droit de sortir		Adolescence	Anorexie Dépression	
A ce 1 ^{er} divorce, ses parents « l'abandonnent » soutenant son ex-mari	1 ^{er} divorce	28 ans	Toujours problèmes d'anorexie	Difficile pour Chloé d'être ainsi repoussée par sa propre famille à cause de son divorce
Amélioration des relations à ses parents, surtout à son père Bonne relation à ses enfants		38 ans	Cancer du sein Toujours problèmes d'anorexie	Révolte / se »s parents et l'éducation qu'ils lui ont donnée. Prise de conscience Changement rythme de vie Ce cancer chamboule tout de même sa famille
		40 ans	Spondylarthrite ankylosante	Chloé avoue que le peu de communication avec son conjoint la blesse

Relation difficile avec son conjoint. Peu ou pas de dialogue	2 ^e divorce	49 ans		Communication très faible
--	------------------------	--------	--	---------------------------

Tableau 14 : Tableau des évènements de vie de Chloé.

D) Analyse des trois entretiens

Nous avons fait une analyse approfondie des trois entretiens pour mettre en évidence de façon détaillée les thèmes et les procédés défensifs de Chloé.

Vu la longueur des discours, nous renvoyons le lecteur pour le détail de cette analyse à la colonne Commentaires des entretiens placés en Annexes C.

Nous avons choisi de synthétiser notre analyse en quatre parties :

- Sur la forme
- Sur le contenu suivant quatre périodes : L'enfance, Avant le cancer, Pendant le cancer, L'après-cancer, aujourd'hui
- Dynamique associative
- Conclusion magistrale de Chloé

1. Sur la forme

Si, au cours du premier entretien, Chloé se montre sur la défensive, nous nous apercevrons vite que la réticence ne se situe pas tant vis-à-vis de nous, que des contenus propres de l'entretien.

En effet, dès le deuxième entretien, l'investissement de Chloé sera important et sincère ce qui n'empêchera pas la persistance, jusqu'au dernier entretien de troubles récurrents de mise en forme de son discours.

En effet, celui-ci globalement, comme toute la personne de Chloé, plutôt tonique, au débit rapide, montre pourtant :

- Un manque de fluidité :

Avec présence massive de phrases hachées, parfois (assez souvent) non terminées, des répétitions, de très nombreux « *euh...* » accompagnés de longs silences et quelquefois un quasi-bégaiement, tous signes dont nous repérons l'aggravation en fonction de la charge émotionnelle du contenu.

- Des rires :

Révélateurs et créateurs d'une complicité certaine de Chloé avec l'interlocutrice, permettant aussi une décharge de la tension liée aux contenus, mais parfois aux limites du « *nerveux* », voire du grinçant, du fait

d'une ambivalence souvent inextricable (cf. ci-dessous : paradoxalité des liens) et de charges affectives que l'on devine encore très lourdes dépassant souvent les capacités de mise en mots et d'élaboration de Mme.

- Des oscillations constantes entre affirmation et infirmation¹

Chloé met ensemble, sans cesse, deux choses opposées en réalité inconciliables illustrant la définition de l'ambivalence de PC. Racamier ou pré-clivage.

- Des barrages², des craquées verbales, des mots et des phrases brisées, à l'occasion une création néologique.
- Des dénégations directes³ ou trahies par l'emploi excessif d'adverbes d'insistance dénotant le forçage souvent surmoïque de la parole.⁴
- Des formules souvent paradoxales⁵, un ton, des rires et des termes parfois dissonants⁶.
- Enfin, une étonnante suite de répétitions triadiques⁷ : Qui paraissant illustrer la lutte acharnée que doit mener Chloé pour contenir et résister à la pente dépressive.

Globalement, nous constatons une paradoxalité de son discours, à la fois intelligent et souvent très lucide, et pourtant affligé d'une fréquente déstructuration syntaxique et sémantique destinée certainement à repousser la charge émotionnelle sous-jacente encore non assumable et qui laisse souvent l'auditeur comme en suspens, dans l'attente d'une signification plus explicite et plus univoque qui se dérobe constamment.

¹ Ex (2^{ème} entretien) : « **Je pense pas** que ce soient les sentiments qui manquent, c'est **seulement** la façon de... de le montrer ou de... de le dire. Le dire, c'est même pas de le dire, puisque ça n'était jamais dit. Cette espèce de pudeur **complètement euh...euh... très forte quoi** »

² Ex (2^{ème} entretien) : « Je m'étais déjà encore mariée entre temps, bon voilà, enfin... j'ai divorcé, **j'ai si... enfin bon.** »

³ Ex (2^{ème} entretien) : « C'est une idée qui me... que j'avais pas, c'est pas, c'est pas que je..., **c'était pas du déni** »

⁴ Ex (2^{ème} entretien) : « J'avais **quand même encore** la pharmacie... [...] c'était **quand même** un truc qu'on avait bien envie de faire »

⁵ Ex (2^{ème} entretien) : « C'est **assez... complètement paradoxal** » : formule superbement paradoxale elle-même illustrant comment l'apparente lucidité que montre parfois Chloé. est une clarté de surface laissant dans l'ombre beaucoup de choses non réellement encore élaborées.

⁶ Ex (2^{ème} entretien) : « ... accepter euh... d'être médiocre ou pas bien quoi... C'est **drôle** ça, ce truc là encore. » ou : « On ne se rappelait pas que ma mère nous prenait dans ses bras, **c'est marrant ça.** »

⁷ Ex (2^{ème} entretien) : « -j'espère, j'espère, j'espère / -surtout, surtout, surtout /- qu'ils osent, qu'ils osent, qu'ils osent / - il faut... il faut... il faut / - toujours, toujours, toujours / - gna gna gna / - tout le tralala. »

Serions-nous en présence d'un exemple de ce que Marty appelle la désorganisation mentale ?

Quand la forme y est, le fond émotionnel normalement correspondant s'est souvent absenté et inversement, Chloé n'est jamais aussi éloquente que dans ses failles discursives.

Pour résumer, outre les signes de « *nervosité* » générale évoqués et malgré un contact sympathique, nous observons de nombreuses incohérences formelles dans le discours de Chloé, notamment :

- Des phrases constamment hachées et souvent même inachevées tout au long des trois entretiens avec parfois des arrêts tellement surprenants qu'ils font penser à de véritables barrages.
- Des oscillations entre affirmation et annulation d'une même idée dans la même phrase ou à peu d'intervalle.
- De nombreuses dénégations.
- Des dissonances, tout aussi nombreuses (par exemple l'expression « *c'est rigolo* » revenant dans des contextes qui ne le sont guère...).
- Des rationalisations permettant une réassurance lors de l'évocation de contenus émotionnellement sensibles.
- Une paradoxalité globale de son discours soit par des formulations associant des adjectifs contradictoires et pourtant non opposés, soit de façon plus diluée, par sa façon de dire parfois très explicitement ce qu'elle dit ne pas pouvoir dire ou penser clairement.

Jusqu'au terme de nos entretiens, nous avons observé les mêmes entraves à la libre expression de ses sentiments ; Chloé semble lutter pour simultanément dire et ne pas dire, penser et ne pas penser, partager et ne pas partager ses opinions et ressentis.

Le discours en est fortement marqué jusqu'à la déstructuration syntaxique (phrases non terminées) et sémantique (sujets indiscernables, idées allusives, renvoyant à des phrases antérieures elles-mêmes non abouties et dont l'achèvement est abandonné aux bons soins de l'auditeur).

Chloé nous ramène sans détour à la citation de Lacan :

« La fonction de la parole est de dire ce qu'elle ne dit pas »...

Ces différentes modalités défensives repérées dans l'énonciation de Chloé tendent à faire penser que cette désorganisation du discours pourrait être une image assez révélatrice de la conflictualité psychique de son auteur.

2. Sur le contenu

Nous avons abordé le contenu par périodes :

- L'enfance,
- Avant le cancer,
- Pendant le cancer
- L'après-cancer jusqu'à aujourd'hui

2.1 L'enfance et l'adolescence

Les personnages de son enfance évoqués sont :

« *Un père très autoritaire, rigide, absent ou terrifiant* ».

Une mère « *assez farfelue [...] un peu fofolle, un peu comme ça* » qui ne supportait pas la moindre inactivité chez ses filles, dépourvue de chaleur avec ses enfants, peu disponible et remplacée, mais semble-t-il non compensée, par un personnel de maison qui reste anonyme dans le discours de Chloé.

Les relations de Chloé avec ses parents apparaissent comme le thème dominant. Nous pouvons supposer sans risque que la présence massive de cette thématique est à l'image de l'importance de la problématique relationnelle de Chloé avec les intéressés. Le poids, presque équivalent, pour la période adulte pourrait bien être révélateur de la persistance de cette problématique, d'une emprise parentale encore encombrante, voire harassante. Ceci d'autant que les 4/5ièmes des propos sur ce thème sont à connotation négative.

Une grand-mère (paternelle) « *assez farfelue* » elle aussi.

L'enfance de Chloé s'est passée dans un climat familial froid et rigide où il ne fallait montrer ni émotions, ni désirs, ni états d'âme. Elle est marquée par un manque affectif, une absence d'échange et de reconnaissance (« *c'était toujours le tour des autres quoi, TOUJOURS, toujours* »), de contacts (de « *relations charnelles* » dira Mme avec son style parfois cru), une grande solitude associée à une forme de bouderie (« *je m'ennuyais tellement chez moi que je faisais la tête,*

voilà ce que je faisais. »). L'obéissance était de rigueur (« *il fallait qu'on aille dans le sens du protocole* »), mais il n'y avait « *pas de relation de confiance* » (« *on n'avait pas matière à extérioriser notre originalité, si originalité il y avait. »...*).

Placée en pension de la sixième à la terminale, Chloé confie : « *j'étais très bien, je m'en suis rendu compte après* ».

L'adolescence apparaît aussi monotone que l'enfance avec une crise repérable grâce à la mention d'une réticence chronique par rapport à la nourriture depuis l'âge de treize ans, « *La déprime, ... l'anorexie... J'ai fait un peu de tout* » conclut Chloé.

Conclusion, toute paradoxale, bien dans le style de Chloé : « *On s'est rendu compte finalement qu'on a eu une enfance choyée, gâtée, mais qu'il n'y a jamais eu de chaleur vraiment euh...voilà.* »

A cela nous pouvons ajouter la culpabilité et la faible estime de soi facilement perceptibles dans son discours. Dans un tel contexte familial, nous pouvons avancer l'hypothèse d'une construction en faux self de Chloé.

2.2 Avant le cancer

Avec de tels manques et aussi peu de liberté dans l'enfance, nous ne serons pas étonné que le démarrage dans la vie adulte se fasse de façon aussi monotone et automatique ; études, premier mariage, puis divorce paraissent s'effectuer sans que le libre-arbitre de Chloé n'y soit impliqué¹.

Ses parents ayant pris parti pour son ex-mari, Chloé s'est retrouvée après son divorce encore plus seule, fâchée avec ses parents².

De cette éducation, Chloé, conclut qu'elle en garde :

*«Encore une empreinte assez marquée [...] C'est **TERRIBLE**, poursuit-elle, pour se sortir d'un truc pareil. Enfin, c'est pas une catastrophe, je ne suis pas non plus euh... je suis pas marginale quoi, ni délinquante, ni rien du tout, j'aurais pu, finalement... ».*

¹ « *C'est vrai, quand je me suis mariée, ma mère m'a dit : « Mais dis donc, on te fait un grand mariage, ce n'est pas pour que tu divorces dans deux ou trois ans hein !. [...] Mais effectivement, finalement, elle l'avait peut-être senti venir parce que... [rire], c'est arrivé ! Alors, ça a été encore un épisode douloureux pour moi ça, parce que... c'était quand même bien avant euh... le problème. Bon, le divorce, c'était un truc euh... pas incroyable, mais quasi. »*

² « *Moi je me suis retrouvée... ça a été aussi un peu euh... difficile parce que, parce que j'étais... ... j'étais pas bannie de la maison, c'est pas ça, j'exagère, mais les relations étaient très difficiles pendant les six, huit mois qui ont suivi quoi. C'était déjà pas facile, mais là ! »*

Chloé exprime bien ici la quasi-impossibilité qu'il y a à se sortir sans violence d'une emprise éducative aussi massive et aussi paralysante. Le ton détaché sur lequel est fait ce constat (alors que son contenu pourrait mériter d'être accompagné d'une 'sainte colère') illustre la difficulté à exprimer des affects profonds, difficulté évocatrice d'un fonctionnement flirtant avec l'alexithymie. Ceci pourrait être un mode adaptatif, voire de survie, dans un tel contexte familial, mais de telles impasses relationnelles engendrent aussi une souffrance chronique qui pourrait bien faire le lit tôt ou tard d'une décompensation psychosomatique...

Dans cette période, nous allons examiner son univers relationnel

Relations à ses parents : Chloé nous présente la rigidité de son éducation à travers un père très autoritaire et absent, et une mère peu présente et peu maternelle. Le discours renvoie à la fois aux relations dans l'enfance et aux relations aujourd'hui qui sont encore difficiles, notamment avec sa mère.

Relation à son conjoint : Nous avons choisi de différencier les façons qu'a Chloé d'aborder cette relation, soit de façon directement négative, soit en évacuant la question, soit encore en dédouanant son mari de sa conduite. Nous avons noté dans les entretiens en Annexes un (é) pour évacuer et un (d) pour dédouaner. Puis nous avons décidé de les regrouper toutes dans le registre négatif.

Relation à ses enfants : Chloé nous expose ce qu'elle souhaite pour eux et ce qu'elle ne veut surtout pas.

Relation à sa sœur relation mentionnée une seule fois mais qui est très forte et très complice. C'est avec sa sœur que Chloé a pu parler de leur enfance et faire des liens avec leurs vies de femme.

2.3 Période du cancer

C'est d'abord sous la forme d'un cancer qu'une décompensation va se faire vers l'âge de 38 ans, suivie dix-huit mois plus tard d'une spondylarthrite ankylosante.

Sur le contexte de vie à l'époque d'apparition de ce cancer, Chloé concède, prudente :

« C'est vrai que les circonstances montraient du stress, de l'énerverment des... et le travail, j'étais toute seule avec une personne, je bossais pas mal à l'époque».

Elle avait quatre enfants en bas âge¹.

Elle dira à plusieurs reprises n'avoir jamais même pensé avoir un cancer².

Malgré cela, elle confie avoir été rapidement sur :

« La piste de la relation entre cette maladie et euh... une souffrance, je pense intérieure euh... voilà, due euh... peut être à une éducation trop stricte ou euh...un écrasement un peu trop important de la part de euh... mes aînés, voilà. Je pense que c'est ça, que ça devait resurgir ».

En évoquant ainsi les sources possibles de sa maladie, Chloé lutte pour faire taire ses émotions et contre une prise de conscience trop brutale.

Elle affirme pourtant paradoxalement son besoin de vérité³, quête ardente de sincérité, fondamentale au point de préférer le cancer au mensonge, au non-dit... (Autre forme de cancer... !)⁴.

En contraste avec un « *assourdissant silence* » autour du rôle du conjoint dans ces périodes difficiles, elle évoque positivement sa prise en charge par le même praticien hospitalier de médecine interne qui la suivra pour sa spondylarthrite ankylosante, sa dépression et son anorexie :

« Il m'a pris en mains et bon, c'est vrai qu'il est très branché psy et, je dois dire que, sur moi, ça a marché, donc, puisque c'était... c'était ça, quoi finalement. Donc, une fois qu'il a eu soigné ma spondylarthrite ankylosante, bien évidemment, il m'a soigné euh... il m'a soigné mes tics, mes tocs, mes trucs. [Rire] [*dont son anorexie qu'elle mentionne ailleurs*] Voilà, c'était pas plus difficile que ça quoi, ma dépression ou ma déprime quoi, je pense que c'était ça. »

Où l'on voit la vicariance des symptomatologies utilisées pour exprimer un mal-être fondamental central dont elle affirme ici, sur le ton de l'évidence, la nature psychologique, existentielle dirions-nous.

¹ « C'est pas compliqué, mais BON, d'autant plus que je ne m'y attendais pas du tout -je sais pas qui peut s'y attendre- mais, pour le coup, je ne m'y attendais pas du tout.»

² « Honnêtement, c'est une chose à laquelle je ne pensais pas [...] jamais, jamais, je n'avais que pensé que ça pouvait... voilà. Et avant j'y pensais pas, mais comme ce truc est arrivé...»

³ « Ma terreur, c'était qu'on me dise pas... la vérité, pour moi, c'était pas possible, il y avait des trucs. »

⁴ « Ça a été un BIEN... FAIT... »

Cette lucidité apparente ne doit toutefois pas faire croire à une pleine résolution de la problématique de Chloé, manifestement encore très entravée dans de pesants conflits paradoxaux et ce, bien qu'elle sache les formuler avec une étonnante clarté :

« Je me sentirais coupable d'aller trop bien » ; « j'ai l'angoisse de... de trop bien aller » ; « je suis contente de bien aller, mais je... je veux pas trop... aller » ; « est-ce que c'est extraordinairement bizarre ou est-ce que c'est euh... normal ? »

2.4 L'après cancer jusqu'à aujourd'hui

Chloé a imaginé changer sa vie, après avoir traversé les épisodes aigus de ses maladies (cancer, spondylarthrite...), mais en fait n'a rien concrétisé des changements souhaités¹, là encore à la fois lucide mais aussi impuissante² et seule (« *on avait envie enfin MOI, moi j'avais envie...* »).

A tout de même réussi par son bénévolat auprès des patientes opérées, à s'engager dans une activité propre où elle est motivée et autonome, voire capable d'une énergie, d'une résilience qu'elle ne s'autorise pas directement pour elle-même.

Cette pointe de dynamisme transférentiel exprimée pour et à travers les personnes qu'elle visite (et peut-être à travers aussi le soutien de notre écoute) n'est toutefois probablement que la pointe émergeant de l'iceberg de sa vitalité « congelée », d'une paralysie existentielle dont elle s'accuse facilement lorsqu'elle en cherche l'origine, retournant contre elle-même un reproche fondamental qu'elle a beaucoup de mal à adresser³.

Aujourd'hui encore, Chloé témoigne et souffre d'un traumatisme éducatif, avouant :

« S'il y a quelqu'un qui n'est pas content ou qui manifeste de l'impatience, ça me rend MALADE... j'ai du mal à accepter... je suis terrorisée par l'excès... verbal ».

¹ « Ce que je... ce qu'on voulait faire mon mari et moi, c'était euh, partir en Bourgogne... mais ça n'a pas pu se faire, donc, ça s'est pas fait. je... suis restée ici, je me suis remis dans ce côté-là. »

² « Peut-être que on n'en avait pas autant envie que ça, j'en sais rien, bref, ça s'est pas fait, mais, quand même, c'était vraiment bien dans l'air, quoi. Et puis euh..., et puis après, ben... le temps passant et... puis le... le physique se rétablissant... on envisage les choses autrement. »

³ « Je m'en veux ou j'en veux à mon éducation, à je sais pas qui, je sais pas quoi » ; « J'en demande peut-être trop... »

Même vis-à-vis du spécialiste de médecine interne qui la suit pour « ses *maladies* » et avec qui elle a globalement une relation forte et positive, elle peut confier :

« *Ma hantise, c'était d'aller le voir parce que il fallait monter sur la balance* ».

Enfin, en ce qui concerne le domaine professionnel, il aura 'simplement' permis à Mme de continuer à : « *avoir un pied dans le travail quand même* » (sic).

➤ Son couple

Chloé ne fait allusion à son mari que tardivement, rarement (à deux reprises seulement) et furtivement dans les entretiens et de façon qui nous semble masquée les deux fois : la première fois derrière sa fonction de dentiste intervenant concrètement sur la mâchoire bloquée de Mme¹ et la deuxième de façon métaphorique, allusive, par l'intermédiaire des similitudes d'un ouvrage avec leur vécu de couple (autour du rôle ingrat du conjoint du malade), où l'on peut suspecter une formation réactionnelle de Chloé qui semble dénier ici une envie très forte de revendication d'écoute vis-à-vis de son mari²....

Ce n'est qu'au 3^{ème} entretien que Chloé commentera, mais à l'abri d'une dénégation, cette absence de communication avec son conjoint :

« *Ça m'a pas blessée, ça m'a... .. ça m'a contrariée, ou...* »

➤ Ses enfants

Son discours vis-à-vis d'eux, est comme souvent à la fois lucide et paradoxal : nous l'avons vu, Chloé tente de « *formater ses enfants à ne pas l'être...* », espérant ainsi les mettre à l'abri de revivre ce qu'elle a elle-même connu...

➤ Ses parents

Son père a fait des progrès, notamment vis-à-vis de ses petits-enfants, alors que sa mère est restée « *un monstre d'égoïsme* »³.

¹ « *...pour lui faire « des gouttières, des tas de trucs pour me soulager.* » Mais « *rien n'y faisait, bien évidemment...* »

² « *Ce qui m'a plus gênée, c'est la difficulté de discuter de ça avec mon conjoint, alors c'est assez... c'est assez difficile de communiquer là-dessus avec les... avec le conjoint, tout du moins avec le mien...* »

³ « *Il y a plus de problèmes d'objection avec ma mère qu'avec mon père. Lui, il a des tocs, il s'adapte, mais elle, c'est un monstre d'égoïsme quoi, donc en fait euh...* »

Chloé confie, laborieusement et d'une façon parcellaire (mais dont les lacunes elles-mêmes sont assez évocatrices pour susciter des questionnements à l'audition ou à la relecture...), l'idée qu'elle et sa sœur ressentent :

« Toujours... [...] ...une espèce de réticence comme ça, de répugnance et il... il y a ce truc là et, entre mes parents et nous, ça existe comme ça... puis mal à l'aise quoi... mal à l'aise, parce que bon, après... euh... Il y a peut-être un tas de trucs qui rentrent en ligne de compte avec le père ou je sais pas quoi, bon... et ainsi... j'aime pas... quoi du coup... peut être que... bon... Mais moi, c'est le contraire quoi, je... et mes grands et mes petits n'importe, ils me disent « c'est quand qu'on fait des câlins ? »... Il y a ce côté charnel quoi... ».

Passage particulièrement embarrassé et embarrassant, suscitant même un certain malaise chez nous et une interrogation sur la nature d'un possible trauma sous-jacent à cette évocation. Nous sommes tentés de penser ici à un secret familial dont le dévoilement pourrait être à la fois terriblement redouté et toujours recherché tel qu'il est puissamment mis en scène dans le film *Festen*¹. N'est-ce pas un tel cataclysme familial qu'elle redoute lorsqu'elle confie :

« Avec mes parents, quand ils viennent, c'est sympa, il n'y a pas de problème, tout ça, mais... j'ai TOUJOURS, toujours, toujours, la HANTISE qu'il y ait un clash quoi. [...] Il y avait tout le temps quelque chose pour COUPER le truc complètement quoi, et MOI, je... j'ai toujours peur de ça, quand on est ensemble, en famille, pour faire des trucs qui sont sympas quoi où on est tous en train de rigoler, machin, je, j'ai... j... je suis toujours en train de surveiller pour voir qu'il n'y ait pas un truc qui cloche... » ?

Malgré la pesanteur familiale, Chloé veut croire que sa maladie aura au moins permis de faire entendre :

« Qu'on avait le droit de montrer qu'on était AFFECTÉ, qu'on était en SOUCI, qu'on était ANGOISSÉ, qu'on avait MAL quelque part... [...] qu'on n'était plus des pions [...] Bon, je pense que ça, ça a quand même été une donnée »

Notons pourtant l'emploi du « on » et non du « je »...

➤ Son travail

Est évoqué comme un soutien grâce à un passage à temps partiel, cependant n'apparaît pas particulièrement investi.

¹ « *Festen* », comédie dramatique de Thomas Vinterberg, 1998, prix du Jury, Festival de Cannes 1998.

3. Dynamique associative de Chloé

Nous avons tenté de repérer à travers les thèmes évoqués, la dynamique associative de Chloé

Le lien entre sa pathologie cancéreuse et son enfance fut fait rapidement, selon sa propre appréciation, par Chloé.

Toutefois, nous avons déjà noté par l'analyse formelle, la paradoxalité de ses propos ; ceux-ci sont certainement l'image du système défensif de leur auteur.

Pour éclairer la dynamique en jeu, nous allons reprendre ici l'essentiel des réflexions que nous ont inspirées les propos de Chloé lors du premier entretien (nous renvoyons pour l'intégralité des commentaires de cet entretien et pour ceux des entretiens suivants aux Annexes).

Concernant la découverte de son cancer, Chloé réaffirme à plusieurs reprises (quatre fois) l'idée que « *c'était une chose à laquelle [elle] ne pensait pas* ». Cette thématique insistante (« *honnêtement* » ne pas s'y attendre, ne pas pouvoir y penser...) sonne souvent comme une dénégation. Nous pouvons même suspecter un lapsus (« *jamais, jamais, je n'avais que pensé que ça pouvait...* »). La formule « *les circonstances montraient du stress, de l'énervement...* » (sic) apparaît assez euphémique et dénotant une mise à distance, voire une désubjectivation de la charge émotionnelle.

Certaines phrases ne sont pas terminées ; l'élan émotionnel est cassé par une rationalisation défensive. Chloé lutte pour faire taire ses émotions, contre une prise de conscience trop violente.

Le stress est présenté comme « *un état de dégradation supplémentaire* » à un facteur initial qui reste énigmatique puisque non nommé (innommable ?).

Autre séquence intéressante (Entretien 1-8) : Chloé a du mal à relier les deux termes « *parents* » & « *enfants* » ; ensuite elle évoque « *la vie qu'on mène* », ce qui pourrait l'amener à parler de son vécu présent (et donc notamment de sa relation de couple, quasiment jamais abordée au cours des trois entretiens...) ; nous pouvons faire l'hypothèse que le vécu d'enfance (« *surtout, surtout* »)

mentionné, s'il est lui-même en effet problématique, semble servir aussi ici de paravent pour ne pas évoquer l'actuel. La (dé-)structuration de ses phrases semble trahir des tentatives de retour de ce refoulé lorsqu'elle évoque « *l'enfance* », puis « *l'enfance et l'adolescence* » et s'arrête sur « *je pense pas maintenant* » que l'on peut entendre « *je ne veux pas penser à maintenant* »... Interrogée sur sa philosophie de vie depuis ce moment-là, Chloé évoque ici ses désirs de « *tout abandonner, tout vendre et puis faire carrément autre chose* » à l'occasion du bouleversement existentiel induit par la maladie, mais ce n'est qu'en se reprenant qu'elle arrive à rattacher son conjoint à ce projet d'une façon peu convaincante. D'ailleurs avoue-t-elle, « *je me suis remis dans ce côté-là* ». Nous entendons ici le poids de la dépressivité qui tire vers le bas, vers le renoncement au changement.

Poursuivant (E1-16) sur ce thème des projets abandonnés, Chloé surfe entre prise de conscience et dénégations. Elle rationalise son immobilité, montre qu'elle a peur de perdre pied, en n'invoquant que le versant professionnel comme support « *pour sa santé mentale* ». Ces questions sont évoquées de façon « *technique* », avec une mise à distance des émotions qui pourraient y être associées. Ce ton très pragmatique, technique, sera récurrent et semble témoigner d'une modalité défensive assez constante.

(E1-20) Chloé apparaît enfermée dans un cadre qui, comme celui de son enfance, n'est pas susceptible d'évoluer, ni d'accueillir ses désirs ou projets propres. Sa seule bouée de sauvetage semble être de s'identifier à son statut professionnel bon gré, mal gré (« *on s'est remis petit à petit dans le bain* ») qui ne satisfait qu'une part de son désir fondamental.

(E1-22) Derrière les rationalisations, nous percevons une anxiété, voire une forme d'oscillation maniaco-dépressive minime par étayage sur notre écoute qui l'aide quelque peu à retrouver et formuler ses « *envies de faire plein de trucs* », envies qui toutefois retombent sous le poids du quotidien. Chloé avoue avoir « *du mal à se projeter* » avec peut-être une culpabilité à viser l'autonomie.

(E1-24) Elle évoque « *une espèce de culpabilité* » qu'elle rattache à l'idée de « *porter malheur* » qui nous semble refléter plutôt une angoisse chronique derrière la dite culpabilité associée à l'émergence et l'assomption d'un désir propre,

autonome. Désir suscitant des craintes d'ordre phobiques (« *toucher du bois* », « *j'ose pas... porter malheur* »...)

L'équation de sa problématique serait-elle : Vivre = mourir ?! (Éventuellement retournable à travers la maladie, en un « *mourir pour vivre* »... ?)

Dans la séquence suivante (E1-28), Chloé explicite son « *angoisse par rapport à l'avenir* » non sans quelques barrages émotionnels qui ne lui permettent pas de terminer toutes ses phrases. L'angoisse de s'affirmer prend le cancer comme « *pare feu* ». Le risque de rechute l'empêche de prendre des initiatives de vie. Ne prend-elle pas la conséquence pour la cause ? Le cancer ne serait-il pas d'abord, selon nos hypothèses, une conséquence des interdits à vivre que porte Chloé avant d'en devenir une cause secondaire ?

Evoquant ensuite (E1-32, 34) son activité d'aide bénévole aux patientes hospitalisées avec l'association « *Vivre comme avant* », et malgré qu'elle semble là, réaliser un choix, un investissement personnel, il persiste un barrage et elle ne veut pas reconnaître qu'elle s'autorise à assumer un désir (qu'elle ne peut revendiquer que « *pour nous, pour les malades* », mais pas pour elle), interdit qui renvoie à l'interdit de vivre parental à travers l'autorité du père.

Cette extrême difficulté à assumer une demande, un désir personnel vivant est une des grandes constantes de Chloé.

Concernant ce bénévolat, « *C'est au moins, une compensation* » lâche Chloé (E1-36), mais compensation n'est pas satisfaction, et c'est une façon encore de ne pas assumer sa demande, son désir. En outre, l'ambivalence et le ton sarcastique de certaines formules (« *voir une bonne femme débarquer* ») montre qu'elle est embarrassée par sa propre demande ainsi qu'une difficulté à accepter l'ouverture proposée par l'écoute de l'autre.

De l'ambivalence ci-dessus à l'égard de ses propres affects, Chloé passe ensuite (E1-46, 48) à une agressivité plus directe, tout aussi grinçante, mais plus constructive, vis-à-vis des formatrices de l'association « *Vivre comme avant* » (« *vous êtes marrantes, on peut pas leur dire...* »). Chloé semble ici animée par un combat très personnel réclamant la liberté d'aller au bout de l'expression des choses, de la vérité, combat qu'elle revendique pour les malades qu'elle visite, mais on le devine, c'est aussi la petite fille que l'on a trop fait taire qui s'exprime ici.

Emportée par sa fougue revendicative, Chloé continue ensuite (E1-50, 52, 54, 56) son plaidoyer pour la sincérité, plus entière lorsqu'il s'agit des autres que d'elle-même. Comme si militer pour les autres lui permettait de sublimer ses propres revendications, ce qui autorise un discours plus fluide que lorsqu'elle parle plus directement d'elle-même.

Son expérience de visiteuse permet à Chloé de distinguer, comme nous le faisons dans ce travail, une véritable entrée en relation entre deux personnes (ce qui implique un certain respect : « *quand on est avec les gens dans la chambre, personne ne vient...* » et qu'il y ait « *un contact* », d'un simple bavardage superficiel et défensif, servant plus souvent à masquer les enjeux, plutôt qu'à réellement communiquer.

La difficulté et le caractère anxiogène de son combat contre la pesanteur du système familial se révèlent à travers les nouvelles fractures du discours qui réapparaissent (E1-60) alors que Chloé reparle d'elle et de sa relation avec ses parents (« *dans la famille, je pense que c'est surtout, MOI, avec mes parents* »... qui fait l'effort et paie le prix d'un changement du système... ?). » L'enjeu étant de faire reconnaître « *qu'on n'était plus des pions, que finalement, on existait* », laissant supposer un appel sans écho jusque-là.

Enfin, comme en écho, précisément, entre ce premier entretien dont nous venons de balayer la dynamique et les derniers échanges que nous avons eu avec Chloé, nous lui laissons très volontiers ici la conclusion provisoire :

4. Conclusion magistrale de Chloé

En fin de notre troisième entretien, à la question : « *Est-ce que vous pensez que votre cancer est un message ?* », nous recevons cette émouvante réponse :

« C'est un **MESSAGE** de... euh... pff... oui, **D'ESPOIR** de... **DE COMMUNICATION**¹ ».

« En fait, c'était surtout ça, c'était la façon, c'était ma façon à moi de dire que j'en avais marre de... de... des non-dits, des interdits et des... voilà ».

¹ C'est nous qui soulignons pour mettre en évidence l'émergence, à travers la (de)structuration essouffée du discours, l'apparition de ce que nous repérons comme étant l'essentiel

E) Résultats de la grille simplifiée du Pr Stora

Chloé obtient la note de 34, score qui correspond à un risque psychosomatique très élevé.

I. FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENT PSYCHIQUE				CAS N° 15	
A. les processus et mécanismes psychiques				Chloé	
Axe 1.A				Âge à l'apparition du cancer : 38 ans	
1. Relation à l'Objet					
2. Dimension narcissique					
3. Dimension					
4. Qualité du préconscient	Rêves Imaginaire Préconscient	Absence de rêve Mauvaise qualité (pauvre ou exhubérant)			
Axe 1.B					
Traumatismes ou Carences		Impact			
		Enfance/Adolescenc	Age adulte		
Carence affective maternelle		4 Fort	3 Notable		Note N°1 : 7
Carence affective paternelle		4 Fort	2 Modéré		ENFANCE (0-16 ans)
Divorce			5 Majeur		
Relation conjugale insatisfaisante			5 Majeur	4	4. Insuffisance fondamentale de l'appareil psychique avec facilités de désorganisation.
Cancer personnel			5 Majeur		AGE ADULTE
				+	
				3	3. Irrégularités récurrentes du fonctionnement mental
Angoisses diffuses		1 Modérées	2 Notables		
Angoisses objectales		1 Modérées	2 Notables		
Dépression(s)		Latente	Aigüe		
Difficultés entre culture d'origine et milieu de vie		0 Sans objet	0 Sans objet		
Axe 1.C					
Points de fixations somatiques à relier au développement d'un appareil psychique.					
Fixations associées aux stades freudiens					
Fixations orales	Fonction alimentaire				
Fixations anales	Patho. musculo-sq.				
Fixations phalliques					
Fixations oedipiennes					
Fixations non spécifiques					
Patho. H.H.S.	Système immunitaire	SNC	SN Parasymphatique	SN Sympathique	
Axe 2B : Activités sublimatoires et oniriques					
Associatives, sociales					
B. Prévalence des comportements					
Axe 2C. Comportements et manifestations corporelles non symbolisés					
Enfance/Adolescence	4	Age adulte	4		
Anorexie	4. Insuffisance fondamentale de l'appareil psychique avec facilités de désorganisation	Anorexie	4. Insuffisance fondamentale de l'appareil psychique avec facilités de désorganisation	Note N°2 :	
Hyperactivité		Hyperactivité		8	
		Psychothérapies			
		Répétitions somatiques			
C. Expression des affects					
Axe 3. Capacité d'expression des affects					
Appréciation d'ensemble					Note N°3 :
Enfance/Adolescence		Age adulte			
3. Répression des affects	3	2. Pauvreté ou mauvaise organisation des affects	2		5
D. Risques liés à l'environnement					
Axe 4. Risques liés à l'environnement					
Enfance/Adolescence	2	Age adulte	2		
Familial	4-Perturbation sévère chronique ou répétitive	Familial	4-Perturbation sévère chronique ou répétitive	Note N°4 :	
Scolaire	1-Stable	Professionnel	1-Stable		
Social	1-Stable	Social	1-Stable		4

Grille d'évaluation du risque psychosomatique
simplifiée à partir
de celle du Pr. Jean-Benjamin Stora
© Pascale Hamelin - Janv. 2011 v.2.06

II. ORGANISATION PSYCHIQUE OU STRUCTURE FONCTIONNELLE

Diagnostic structural

Névrose actuelle à mentalisation incertaine

III. EVALUATION DU RISQUE SOMATIQUE
Liste des pathologies déclarées

ENFANCE (0-16 ans)

Maladies du Système Nerveux Central
Maladies endocriniennes

AGE ADULTE

Troubles du système immunitaire
Cancer du sein
Maladies du système ostéo-musculo-squelettique

Notes 1+2+3+4 = 24

Note N°5 :

Enfance/Adolescence	Age adulte
5. Risque très fort 5	5. Risque très fort 5

IV. EVALUATION PSYCHOSOMATIQUE GLOBALE

Tableau récapitulatif des évaluations de risque

Diagnostic de structure	Névrose actuelle à mentalisation incertaine	
	Enfance/Adolescence	Age adulte
1) Risque lié aux processus psychiques	4	3
2) Risque lié aux comportements	4	4
3) Risque lié à l'expression des affects	3	2
4) Risque lié à l'environnement	2	2
5) Risque somatique	5	5
Sous-totaux :	18	16

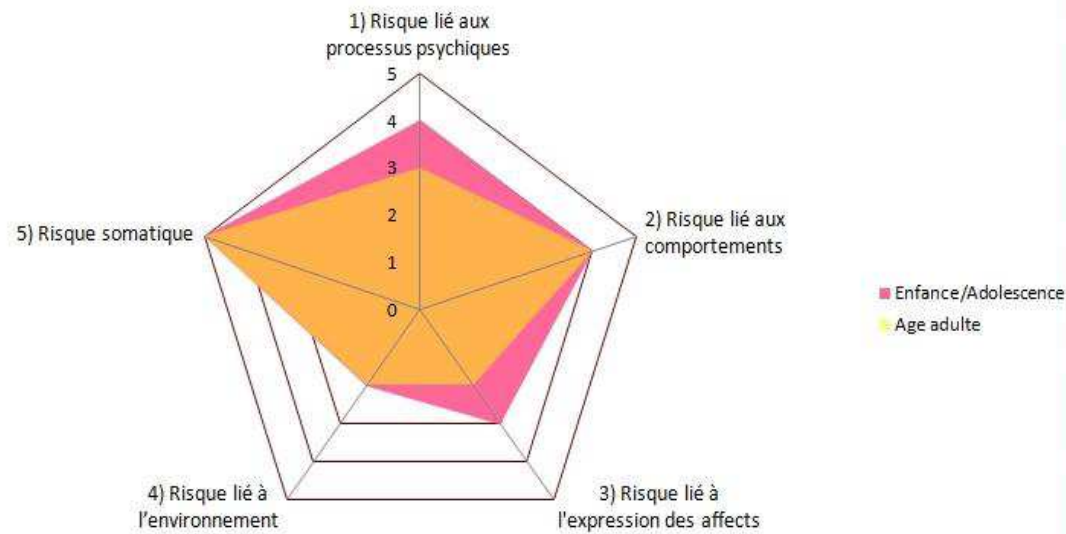
Risque très élevé 34

Tableau 15 : Grille simplifiée de Chloé.

CAS N° 15

Grille d'évaluation du risque psychosomatique

Commentaires



Evolution du risque psychosomatique

Axes 1 et 2 : Risques très élevés

Axes 3 : Risque liés à l'expression des affects élevé dès l'enfance

Axe 4 : Risque lié à l'environnement modéré




Axe 5 : Risque somatique majeur depuis l'enfance




Lecture globale : Enfance insatisfaisante avec peu de possibilités d'expression des affects, difficulté moins prégnante mais persistante à l'âge adulte. Le risque somatique est majeur aux deux périodes.

Figure 67 : Grille simplifiée de Chloé ; graphique.

F) Résultats du test de Rorschach de Chloé

1. Les planches de Rorschach et leurs cotations

Passation	Planche N° I	Enquête	Cotation
Latence : 5'' Temps total : 2'04''			1. Gbl F+ Masque Culture
<p>1. ▲ Un masque vénitien, ça me fait penser plus à cette chose-là.</p> <p>2. ▲ Un bassin</p> <p>Sinon, quoi vous dire ? Je vois pas grand-chose, à part ça pff... Non, vraiment.</p> <p>3. ▼ Une espèce de manette de jeux vidéo.</p> <p>Sinon pff... A part un masque...</p>			2. Gsimple F+ Anat Commentaire 3. Gsimple F+ Obj Commentaire
<p>4. ▲ Ou une tête d'oiseau à plat, ou un machin comme ça...</p> <p>B : 1 P : 2 Légende B : Barrière P : Pénétration B&P : Barrière ET Pénétration</p> <p>Tableau 16 : Planches du Rorschach de Chloé</p>			4. G FClob- Ad

Passation	Planche N° II	Enquête	Cotation
Latence : 7" Temps total : 1'56"			Commentaire+/- 1. Gsimple F+ Anat
Hou...là, c'est pire que tout. 5. ▲ C'est plutôt médical, une vertèbre . 6. ▲ Pas forcément tout. Deux sorcières en vis-à-vis. 7. ▲ Une bouche de chat avec des moustaches .	7 		2. Gz K+ (H) Dénégation 3. DbID F- Ad
J'ai une imagination pas très fertile, je peux vous le dire tout de suite. En plus, c'est le même genre de dessin... Deux personnages face à face, plutôt deux sorcières. B : 2 P : 1			Commentaire/Soi- Commentaire+/-






B&P : 1 Tableau 16 : Planches du Rorschach de Chloé			
Passation	Planche N° III	Enquête	Cotation
Latence : 6'' total : 1'28''	 III		1. Gz KC'+ H Ban Commentaire-
Hou la ! 8. ▲ Je vois deux danseuses africaines, face à face, devant leur potiche . C'est pas de la tarte hein... 9. ▼ Je vois un hibou avec deux gros yeux noirs. Vous m'en posez de ces questions ! (Retourne la planche), Comme ça, je ne vois pas grand-chose.	 III		2. Gsimple F- A Commentaire+/-
B : 2			

Tableau 16 : Planches du Rorschach de Chloé



III

Passation	Planche N° IV	Enquête	Cotation
Latence : 9'' Temps total : 1'08''			Commentaire+/- 1. G simple K+ (H) Culture 2. Gsimple F- A 3. D F+ Hd
Oh, c'est encore les mêmes trucs. 10. ▲ Un espèce de personnage de bande dessinée avec ses grosses bottes , un peu extraterrestre , comme dans les BD des gosses maintenant.			
11. ▼ Un oiseau avec deux ailes 12. ▼ Une tête couronnée . B : 3 Tableau 16 : Planches du Rorschach de Chloé			

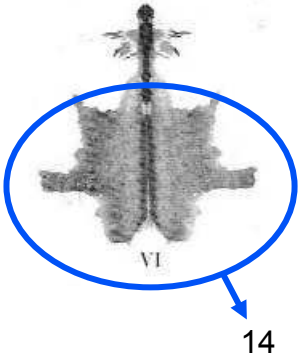
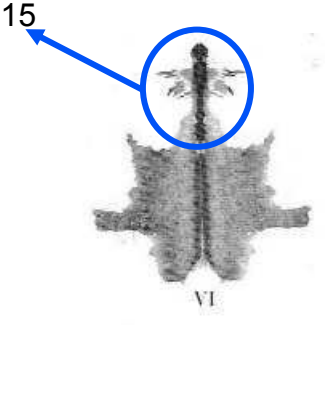
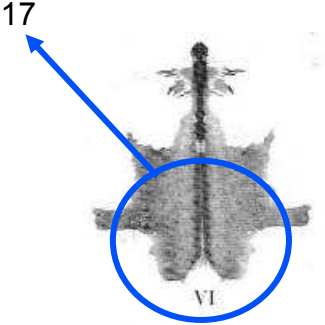
Passation	Planche N° VI	Enquête	Cotation
Latence : 45'' Temps total : 2'18''			Commentaire+/- 1. D F+ Obj
<p>Mme siffote. Vous m'en posez des colles...Mais il faut que je me creuse les méninges. Alors là, je vois quoi ?</p> <p>14. ▲Deux portraits dos à dos. Sinon, autrement pff...</p> <p>15. ▲Un insecte, une libellule avec un grand corps, et des petites ailes, et voilà.</p> <p>16. ▲C'est un peu phallique, un peu comme un sexe masculin.</p>			2. D F+ A 3. D F+ Sex
<p>17. ▲Un sexe de femme, vu d'en haut.</p> <p>B : 1 P : 2</p>			4. D F- Sex



Tableau 16 : Planches du Rorschach de Chloé			
Passation	Planche N° VII	Enquête	Cotation
Latence : 5'' total : 1'	 <p>VII</p>		<p>1. Gz K+ H Hd</p> <p>2. D kan+ A</p> <p>Commentaire+/-</p>
Hou la ! 18. ▲ Pareil, deux petites vieilles avec un chignon , face à face.			
19. ◀ Un petit chien avec son museau contre un gros chien , si ça peut vous amuser.... B : 2	 <p>VII</p> <p>19</p>		

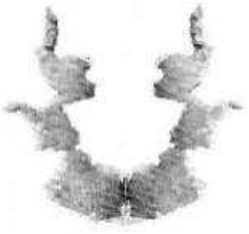
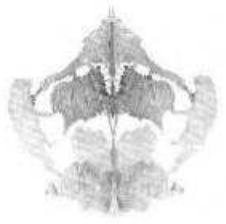
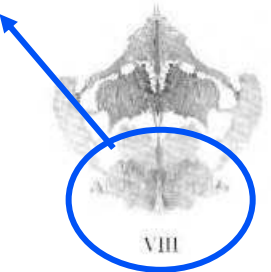



Tableau 16 : Planches du Rorschach de Chloé	 <p>VII</p>		
Passation	Planche N° VIII	Enquête	Cotation
Latence : 11'' Temps total : 2'	 <p>VIII</p>		Commentaire couleur 1. D kan+ A Ban 2. D FC+ Anat 3. D F+ Vêtement
Ah, de la couleur...Oh, mon Dieu, pff.... (tourne la planche dans tous les sens), pff... 20. ◀Deux bestioles qui montent sur un truc là.	21  <p>VIII</p>		
21. ▲Un scanner cérébral avec des zones colorées.	3		
22. ▼De la lingerie, un blouson en haut, la culotte en bas, dépareillés. B : 1 P : 2			

Tableau 16 : Planches du Rorschach de Chloé



Passation	Planche N° IX	Enquête	Cotation
Latence : 7" total : 1'54"			
<p>Temps</p> <p>Oh la, bon, ça continue, pff...Franchement, je vois pas grand-chose...il y une raison à ces dessins ?</p> <p>23. ◀A l'extrême, on pourrait voir deux foetus, un en haut, un en bas.</p> <p>24. ◀Trois personnages les uns derrière les autres, des sorcières, qui se suivent quoi, après...</p> <p>25. ▲Ça fait assez connotation appareil génital féminin avec l'utérus et les deux ovaires.</p> <p>B : 1 P : 2</p> <p>Tableau 16 : Planches du Rorschach de Chloé</p>	 <p>23</p>		<p>Commentaire+/-</p> <p>1. D F+ H</p>
 <p>24</p>		<p>2. D K+ (H) Scène</p>	
 <p>25</p>		<p>3. D F- Sex</p>	

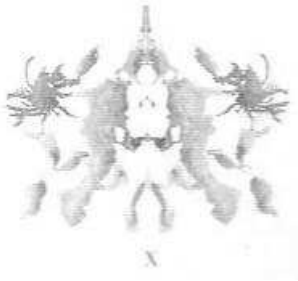

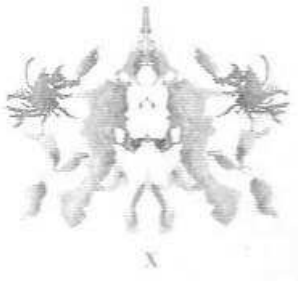
Passation	Planche N° X	Enquête	Cotation
Latence : 4'' total : 1'53'' <p style="text-align: right;">Temps</p>			Commentaire couleur+ 1.Gz F+ H Obj 2. D KC+ H 3. D F+ Arch
Qu'elle est belle, toute colorée, c'est beau. 26. ▲ Un bonhomme avec des lunettes , sous les trucs bleus. 27. ◀ Ensuite, qu'est-ce que... Un plongeur dans un récif de corail. 28. ▲ La tour Eiffel. Pis euh.... B : 1 P : 1	27 		
			

Tableau 16 : Planches du Rorschach de Chloé.

--	--	--	--

2.1 Analyse formelle du test de Rorschach

2.1.1 Verbalisation

Chloé est une personne distante et qui va peu investir le test. Le langage employé est plutôt direct. Les réponses sont rapides, assez détaillées et l'ensemble peut être qualifié de fluide, cependant, nous pouvons noter la présence de doutes illustrés par des « espèces de » et des appels au psychologue, par des commentaires sur le test¹.

2.1.2 Productivité et temps

2.1.2.1 Productivité :

Avec 28 réponses, Chloé se situe dans la moyenne du groupe. Les planches I, qui confronte le sujet à une situation inconnue et VI, planche porteuse du symbolisme sexuel, sont les plus productives avec 4 réponses. Les planches couleurs ne semblent pas susciter beaucoup d'émotion ni d'affect.

Les temps de latence sont assez brefs (3 à 7'') sauf pour la planche VI (45''), planche sexuelle. Ceci pourrait être interprété comme un choc sexuel avec retour du refoulé du fait des deux contenus sexuels évoqués en fin de réponse².

2.1.2.2 Temps total

Le temps de passation total moyen des planches est relativement court : 16'4'' pour l'ensemble du test et 1'36'' par planche. Les temps de passation les plus longs reviennent aux planches I (2'4'') et VI (2'18''), cette dernière planche, comme nous pouvons le remarquer a déjà fait l'objet d'un temps de latence relativement long (choc). Le temps moyen par réponse est de 33,24'' soit beaucoup moins que la moyenne de l'ensemble du groupe qui est de 47'' (50,18'' pour le groupe sévère).

¹ 3. Une espèce de manette de jeux vidéo ; 11. Un espèce de personnage de bande dessinée ; 24. A l'extrême, on pourrait voir deux fœtus ; PI II : Hou...là, c'est pire que tout. ; PI III : C'est pas de la tarte hein...; PI IX : Oh là, bon, ça continue, pff...Franchement, je vois pas grand-chose...il y a une raison à ces dessins ?

² PI VI, R17.C'est un peu phallique, un peu comme un sexe masculin.
PI VI R18.Un sexe de femme, vu d'en haut.

2.1.3 Les modes d'appréhension

2.1.3.1 Le G%

Avec 43%, le G% est bien supérieur à la norme. Pour la majorité, ce sont des G simples associés essentiellement à des F+, les autres, sont des G organisés.

Les G se retrouvent dans les planches les favorisant (I, IV, V) cependant, nous n'en retrouvons aucun à la planche VI. Nous avons 8 G simples, qui abordent la planche de façon directe, associés en majorité à des F+ qui montrent que Chloé est capable de voir un objet total. L'adaptation de base à la réalité est réussie cependant, ces G simples, prédominants, peuvent aussi montrer une attitude défensive de mise à distance qui consiste à ne pas trop s'impliquer dans une démarche personnelle approfondie. Les G organisés, au nombre de 4 sont moitié moins nombreux que les G simples et témoignent d'un nombre restreint d'opérations mentales et de moindres potentialités créatrices de Chloé. En effet, le G organisé dénote que le sujet est adapté à la réalité extérieure et, en même temps, est capable de la restructurer grâce à ses images internes, ce qui ne semble pas être le cas ici. Nous avons également, un Gbl peut-être en lien avec du vide, une insuffisance de contenant. Par ailleurs, beaucoup de commentaires dévalorisants par rapport à soi et au matériel laissent voir et tentent de noyer, simultanément, une fragilité des capacités de contenance et d'élaboration.

2.1.3.2 Le D%

Le D% à 50% est inférieur à la norme et contrebalance le G%. Il signe, au niveau cognitif, une démarche perceptive peu analytique. Ce D% faible témoigne d'un Moi insuffisamment fort pour jouer librement avec le percept. Les Dd% absents de ce protocole viennent illustrer la même idée.

Un Dbl/D est présent à la planche II et vraisemblablement à mettre en lien avec le fait que Chloé vit cette lacune comme un manque fondamental, « *carence vraie dans les relations précoces avec la mère, l'insatisfaction laissant alors son empreinte* » (Anzieu et Chabert, 1983, p.69).

2.1.4 Les déterminants

2.1.4.1 Les réponses formelles

Le F% à 64% apparaît dans les normes avec essentiellement des bonnes formes (12 F+ pour 5 F- et 1 F+/-). Chloé est capable d'établir des frontières entre dehors et dedans. Quant au F% élargi, maximal à 100%, il signe le besoin d'établir des frontières stables et, par-là, la recherche d'un moi aux contours bien délimités. Toutefois, le F+%, à 69% se trouve au-dessous de la norme inférieure et vient mettre en cause la solidité du Moi. Le F+% élargi à 77% n'est pas beaucoup plus élevé.

2.1.4.2 Les kinesthésies :

Le protocole montre 6 K+ en lien avec la représentation de soi et les capacités d'intériorisation (planches II, IV, VII, IX)

Planche II (6. *deux sorcières en vis-à-vis*) associée à un Gz. Les sujets sont dans une kinesthésie de posture. C'est un K de posture, immature. (Réponse spéculaire). Les sorcières représentent le mauvais objet persécuteur.

Planche III, KC+, (8. *Je vois deux danseuses africaines, face à face, devant leur potiche.*) Nous avons une K mature de posture spéculaire, cependant le face à face contient une potentialité agressive.

Planche IV (10. *Une espèce de personnage de bande dessinée avec ses grosses bottes, un peu extra-terrestre, comme dans les BD de les gosses maintenant.*) associée également à un G simple. Le sujet n'est pas sexué, il semble qu'il existe un mouvement. Le K est immature. Thème phallique.

Planche VII (18. *Pareil, deux petites vieilles avec un chignon, face à face.*) associé aussi à un Gz montre des sujets sexués et un mouvement possible. C'est un K de posture, mature cette fois. En parlant de « *petites vieilles* », Chloé dévalorise l'image féminine, la féminité.

Planche IX, (24. *Trois personnages les uns derrière les autres, des sorcières, qui se suivent quoi, après...*) associée cette fois à un D. les sujets sont non sexués, ils sont en mouvement. C'est une K immature.

Planche X, KC+, (27. *Ensuite, qu'est-ce que...Un plongeur dans un récif de corail.*) associée à un D. K, sexué, mature. Nous pouvons évoquer un monde maternel aquatique.

Le nombre de K important exprime un dynamisme intérieur et mental, une sthénie certaine.

Notons que les Gz montrent une capacité à décrire une scène un peu construite, mais sans élaboration créative. Chloé nous prévient elle-même : « *J'ai une imagination pas très fertile, je peux vous le dire tout de suite.* »

Ces kinesthésies restent peu élaborées.

Le protocole montre 2 kan+ :

1^{ère} kan+, à la planche VII (19. *Un petit chien avec son museau contre un gros chien, si ça peut vous amuser....*). C'est une kinesthésie de contact, kinesthésie de contact, peut-être infantile, entre un enfant et un adulte. Autant il n'y a pas de contact dans les kinesthésies humaines, autant il y en a chez les animaux.

2^{ème} kan+, à la planche VIII (20. *Deux bestioles qui montent sur un truc là.*) Cette réponse peut être à connotation sexuelle.

2.1.4.3 Le TRI

TRI = 6K / 1,5C va dans le sens introversif mixte. Chloé est plus occupée par son univers interne que par la réalité externe.

2.1.4.4 Les CF, les FC, les FE et les FClob

1 FC+, 1 KC+, 1 KC'+, La sensibilité à la couleur n'émerge qu'à l'abri d'un certain formalisme (aucun CF ni C pur).

2.1.4.5 Le RC%

A 31%, il est normatif bien que proche de la norme inférieure.

2.1.5 Les contenus

2.1.5.1 Les banalités

Leur nombre est de 3, soit inférieur à la norme. Chloé se présente comme une femme avec une socialisation peu conformiste.

2.1.5.2 H% et H% élargi

Avec 21%, le H% est au-dessus de la norme et semble montrer la capacité pour Chloé à s'identifier à une image humaine bien que celle-ci soit plutôt dévalorisée (PI III, *deux danseuses africaines* ; PI VII, *deux petites vieilles* ; PI IX, *deux foetus* ;

PI X, *un bonhomme*). Quant au H% élargi à 30%, il révèle un pourcentage élevé de réponses parahumaines.

Ces (H) traduisent vraisemblablement par leur dimension inquiétante (sorcières), un vécu persécutif (rendu compréhensible par l'anamnèse) et une image de soi incertaine.

2.1.5.3 A% & A% élargi

Le A% à 24% est nettement inférieur à la norme, pouvant révéler une variété d'images utilisables et stimulables. Ne contrebalançant pas le H%, qui lui aussi, est au-dessous de la norme, l'ensemble témoigne d'un faible investissement vital global.

A 24%, le A% élargi a la même valeur que le A% ce qui apparaît comme normatif (peu de A/H, (A)... donc peu d'originalité fantasmatique).

2.1.5.4 Hd et Ad

Nous avons 5 H pour 2 Hd et 6A pour 2 Ad, ce qui nous fait écrire que Chloé a plus une vision globale que parcellaire.

2.1.5.5 Les autres contenus

Autres contenus par nombres décroissants	Cas de Chloé
Anatomie	3
Objet	3
Sexe	3
Culture	2
Masque	1
Scène	1
Vêtement	1

Tableau 17 : Autres contenus du Rorschach de Chloé.

La fréquence du contenu '*anatomie*' est élevée, ce contenu laisse entrevoir des organes (un bassin, une vertèbre, un cerveau) lié à des limites défailantes. L'enveloppe peu consistante ayant du mal à contenir un tout unifié, les parties du

corps. Avec le même score, le contenu 'objet' en lien peut-être avec de la dévitalisation. Les contenus 'sexe' sont également assez nombreux dans le protocole alors qu'ils ne le devraient pas. Viennent les réponses 'cultures' qui peuvent être vues comme des réponses refuges. Enfin, les réponses 'vêtement' et 'masque' nous renvoient à la capacité du sujet à se faire une frontière entre dehors et dedans et sont peu nombreux, en lien avec une certaine fragilité des limites.

2.1.6 Barrières et pénétrations

14 barrières pour 11 pénétrations (14/11<2) dénotent aussi une fragilité de l'enveloppe.

2.1.7 L'indice d'angoisse

Le IA% est à 29% soit très élevé plus du double de la norme. C'est une angoisse qui concerne le corps et son intégrité.

3. Analyse du test de Rorschach en lien avec la problématique identitaire du sujet

3.2 Limites corporelles :

L'image du corps projetée dans les planches du test du Rorschach demeure intègre ; les humains ou les animaux y sont le plus souvent vus entiers, les corps ne sont ni difformes, ni amputés.

Le F% associé à des bonnes formes montre que Chloé est capable d'établir des frontières entre dehors et dedans et le F% élargi à 100% illustre bien un besoin d'établir des frontières stables. Toutefois, le F+%, à 69% se trouve au-dessous de la norme inférieure et vient mettre en cause la solidité du Moi. Ceci est confirmé par les contenus anatomie, par le rapport barrières / pénétrations qui dénote une fragilité de l'enveloppe, ainsi que l'indice d'angoisse important.

La solidité de l'enveloppe corporelle est fondatrice de l'identité. Nous constatons que Chloé présente une **problématique d'intégrité corporelle** qui va retentir sur son sentiment d'identité.

3.3 Narcissisme et relation d'objet

Le H% (21%) est supérieur à la norme et montre que Chloé est capable de s'identifier à l'humain, cependant, lorsque Chloé s'identifie à l'humain, c'est toujours de façon plutôt dévalorisante. Quant au H% élargi (30%), il révèle de nombreuses réponses parahumaines inquiétantes avec des sorcières, qui pourraient être en lien avec **une image de Soi floue**.

Le A% est au-dessous de la norme et nous interroge quant à une défaillance de l'investissement du vital. Appuyé par le fait que le narcissisme féminin est mis à mal (sorcières, petites vieilles) et que son image de Soi est dévalorisée. **L'identité quant à elle reste incertaine**.

Si les personnages sont vus dans leur intégralité, il n'en demeure pas moins que souvent, leur identité est incertaine :

- PI VI : 14. 'Deux portraits dos à dos.'
- PI VIII : 20. 'Deux bestioles qui montent sur un truc là.'
- PI IX : 24. 'Trois personnages les uns derrière les autres, des sorcières, qui se suivent quoi, après...'

La vie relationnelle est peu actée dans ce protocole. Les personnages, face à face ou vis-à-vis ne semblent pas avoir de contacts directs entre eux. Nous sommes dans le cadre d'une relation spéculaire.

Ces projections expriment une **difficulté de Chloé à se représenter en relations claires et saines**.

La représentation de Soi est déficitaire, la PI V qui en est la plus révélatrice est peu prolifique et ne montre qu'une réponse (13. *Une chauve-souris*). Elle ne s'appesantit pas sur la planche de la représentation de Soi.

Les kinesthésies humaines sont en lien avec la représentation de Soi et permettent d'apprécier ce que le sujet peut vivre et se représenter lui-même. Le protocole est riche de 6 K :

- Planche II : 6. '*deux sorcières en vis-à-vis*': relation spéculaire
- Planche III : 8. '*Je vois deux danseuses africaines, face à face, devant leur potiche*'

- Planche IV : 10. *'Une espèce de personnage de bande dessinée avec ses grosses bottes, un peu extra-terrestre, comme dans les BD des gosses maintenant.'*
- Planche VII : 18. *'Pareil, deux petites vieilles avec un chignon, face à face'*
- Planche IX : 24. *'Trois personnages les uns derrière les autres, des sorcières, qui se suivent quoi, après...'*
- Planche X : 27. *'Ensuite, qu'est-ce que...Un plongeur dans un récif de corail.'*

Ces K montrent des personnages plutôt lugubres et pas du tout en relation. Ceci évoque la présence d'affects dépressifs. La difficulté à s'identifier à des humains standards est illustrée notamment par les sorcières et un personnage avec des grosses bottes, extraterrestre.

Remarquons que les planches couleurs ne suscitent aucun affect en lien avec le narcissisme très actif de notre sujet.

Par ailleurs, de nombreuses critiques émises contre sa propre personne témoignent de sa **fragilité narcissique et la dévalorisation de Soi**.

- Pl. I : *'Sinon, quoi vous dire ? Je vois pas grand-chose à part ça pff...Non, vraiment.'*
- Pl.II : *'J'ai une imagination pas très fertile, je peux vous le dire tout de suite.'*
- Pl. III : *'Vous m'en posez de ces questions ! (Retourne la planche), Comme ça, je ne vois pas grand-chose.'*
- Pl. IX : *'Oh là, bon, ça continue, pff...Franchement, je vois pas grand-chose...il y a une raison à ces dessins ?'*

Nous avons ce genre de critiques environ à toutes les planches dénotant comme une crainte à s'engager dans ses propres projections.

3.4 Identité sexuée

Dans ce protocole des organes sexuels, non intégrés à une image humaine vivante, sont évoqués sous forme d'images crues, d'objets partiels :

- PI VI : 16. 'C'est un peu phallique, un peu comme un sexe masculin.'
18. 'Un sexe de femme, vu d'en haut.'
- PI IX : 25. 'Ça fait assez connotation appareil génital féminin avec l'utérus et les deux ovaires'.

Ces descriptions avec résonances médicales font penser à un cours d'anatomie coupées de toute affectivité et de toute symbolisation. Chloé n'a pas intégré son identité sexuelle.

4. Conclusion du test de Rorschach de Chloé

De par les résultats du test du Rorschach, nous pouvons avancer que :

Chloé montre une fragilité de l'enveloppe corporelle avec une problématique d'intégrité corporelle et un retentissement sur le sentiment d'identité.

La représentation de Soi est illustrée ici par des difficultés d'identification sexuée, Chloé ne faisant apparaître le plus souvent que des personnages asexués tels que les extraterrestres ou les sorcières. L'identité sexuelle est évitée, Chloé ne s'identifie pas à une image féminine malgré le nombre important de K de son protocole. Cette représentation de Soi est mise à mal également par de nombreuses critiques émises contre sa propre personne qui signent une dévalorisation de Soi et qui témoignent de sa fragilité narcissique.

Le mode relationnel est de nature spéculaire, en effet les personnages, en face à face ou en vis-à-vis ne semblent pas avoir de contacts directs entre eux.

Nous remarquons un modèle de relation anaclitique illustré par les K ou les kan de proximité (14. *'Deux portraits dos à dos'* ; 18. *'Pareil, deux petites vieilles avec un chignon, face à face'* ; 19. *'Un petit chien avec son museau contre un gros chien, si ça peut vous amuser....'*

Le maintien de ce type relationnel anaclitique permet aux affects dépressifs de ne pas se dévoiler.

L'indice d'angoisse très élevé est une angoisse en lien avec l'intégrité corporelle.

Le A% est plutôt bas (Timsit, p.37) et les grandes kinesthésies sont nombreuses (Timsit, p.36)

Les mécanismes de défense montrent :

- Des mécanismes par recours à la réalité.

Ils sont illustrés par un G% élevé avec mise à distance du test, et nécessité de contrôle sur les désirs et affects considérés comme dangereux. L'expression d'affect à minima avec un TRI introversif et la négation des liens avec absence de relations humaines vont dans ce sens également.

- Des mécanismes de défense labiles avec
- Des commentaires réguliers par rapport à elle-même et au matériel
- Des inhibitions avec

- Un manque de déploiement de l'activité fantasmatique
- Des émergences de processus primaires

Elles sont retrouvées dans une diminution significative des banalités, une apparition fréquente de (H) et thèmes de naissance.

Nous pouvons conclure, selon toute probabilité, que **Chloé présente une personnalité illustrant une structure psychique en faux-self**. La solidité de son Moi est mise en cause par une enveloppe déficitaire en lien avec une première relation à la mère peu contenante. Son ancrage dans la réalité reste suffisant mais sa socialisation se présente comme limite. Son identité féminine est mise à mal et la problématique identitaire de Chloé reste un élément majeur de son protocole. Sa difficulté à entrer en relation semble liée avec son identité douteuse et aussi, avec le peu de représentations élogieuses qu'elle a d'elle-même. La problématique renvoie à la perte d'objet avec impossibilité d'élaborer la position dépressive, ceci constitue les conflits essentiels. L'imaginaire est illustré par une pauvreté des représentations.

G) Synthèse Clinique Globale de Chloé

1. Son discours et son test de Rorschach

Manifestement, Chloé se trouve dans le banal, au sens que donne à ce terme M. Sami-Ali, dans la mesure où il n'y a aucune trace d'activité onirique, tellement le refoulement qui porte sur les affects et le rêve a transformé tout le caractère en vue de l'adaptation. M. Sami-Ali parle d'une pathologie de l'adaptation, adaptation qui note-t-il « *peut parfois s'effectuer au détriment de la subjectivité.* »¹ Nous avons en effet repéré ces moments de désobjectivation chez Chloé, notamment par sa tendance à l'emploi de formules anonymes (le « on » plutôt que le « je »). L'ensemble évoque fortement une dépression essentielle telle que décrite par Marty, dépression polymorphe, masquée derrière divers symptômes plus ou moins psychosomatiques et relationnels, mais présente sous ces diverses formes depuis l'enfance.

¹ Mahmoud Sami Ali, L'impasse relationnelle, Temporalité et cancer, 2000, p. 3.

Le discours dans sa désorganisation évoque les problèmes de mentalisation, la pensée opératoire décrits par P. Marty et reliés par lui à la régression somatique et, étiologiquement, à une carence dans le dialogue sensori-moteur du premier âge (cf. la mère de Mme décrite comme « *inconsistante* » et avec qui « *il n'y avait jamais de relation euh... charnelle.* » (E2-20)

L'ennui évoqué dans l'enfance est un affect qui témoigne d'un espace vide et fermé, d'une carence des liens avec l'autre, aboutissant à des impasses relationnelles et à une temporalité circulaire ramenant toujours au point de départ (M. Sami-Ali qui place la question du temps vécu au cœur de la pathologie psychosomatique et notamment cancéreuse).

Marquée par une demande d'amour inassouvie, l'enfance de Chloé a disparu derrière la nécessité de se conformer à la norme sous une autorité paternelle sans faille et sans compensation. Une construction en faux self semblait la seule issue pour survivre.

Rien d'étonnant alors que Chloé semble dans une quête interminable d'objet d'amour, dans l'impossibilité d'arrimer son besoin d'être et de se sentir aimée, tout en ressentant une forte culpabilité. Ce sentiment d'auto-insuffisance pourrait se sublimer pour une part à travers certaines de ses démarches altruistes (bénévolat, enfants...), mais l'impasse relationnelle reste fondamentale. Avec les parents de Mme, il semble que la tragédie de la (des) maladie(s) ai(en)t quelque peu ébranlé la muraille de la non-communication familiale. Pourtant, il semble que l'essentiel s'en perpétue avec ses parents qui dans son enfance semblent lui avoir adressé plutôt les messages mortifères évoqués par J. Montbourquette (« *ne pas être soi-même* », voire « *ne pas exister* ») et dont elle peut dire encore aujourd'hui « *ils n'ont pas compris, bien au contraire* », comme avec son conjoint étonnamment et chroniquement absent et qu'elle dédouane beaucoup...

Nous sommes dans un contexte chronique de communication pathologique marquée par de lourds dénis de reconnaissance.

Une vie sans amour, sans joie, sans fantaisie, réduite à la seule dimension normative, adaptative, où la subjectivité et l'affect sont tenus à distance.

Malgré la défaillance de l'imaginaire, révélatrice de celle du préconscient, une forme de conscience sous-jacente (la conscience onirique de M. Sami-Ali) est là, en bordure de la conscience vigile, qui fait apparaître dans le discours des

moments de suspens et d'indétermination, très fréquents chez Chloé. Ces moments de silences qui peuvent être assez longs, ne trahissent pas simplement le couperet d'une censure aveugle, mais sont peut-être aussi des moyens de suspendre la fuite en avant, propre à la temporalité adaptative (M. Sami-Ali), pour laisser émerger le vrai rythme personnel. L'entretien peut ainsi devenir créateur de subjectivité dévoilée dans la relation à l'autre, avec sa propre temporalité, grâce à la mise en récit partagée.

Le test de Rorschach nous l'avons vu, rejoint bien le portrait de Chloé émergeant de nos entretiens.

Dans la forme comme dans le fond, Chloé manifeste donc une souffrance profonde et une difficulté majeure à exprimer de façon univoque ses ressentis, tout particulièrement concernant ses relations avec ses parents, (ambivalentes et nouées jusqu'à la paradoxalité) et avec son conjoint, zone maintenue dans l'ombre de façon étrange.

Face à l'ampleur de la souffrance et aux nombreuses modalités défensives relevées : dénégations, ambivalence, fragmentation et désorganisation du discours, rationalisations, tonalité opératoire, barrages, paradoxalité et dépressivité, nous pouvons faire l'hypothèse chez Chloé d'une personnalité non-stabilisée de type état-limite.

2. Retour à la problématique

Ce diagnostic toutefois nous importe moins que de tenter ici d'articuler avec nos hypothèses, ce qui dans la dynamique de vie de Chloé vient illustrer et confirmer celles-ci.

Nous avons vérifié qu'au moment de l'apparition du cancer, les relations de Chloé avec ses parents et son conjoint étaient marquées par une carence massive de communication véritable, nourricière, ce que nous avons appelé communication avec mutualité, étayant ainsi notre première hypothèse, hypothèse d'une non reconnaissance de Soi.

Notre deuxième hypothèse, quant à elle, suppose une constance aux divers âges de la vie des mêmes appels de reconnaissance insatisfaits qui tel le refrain d'une chanson vient de façon récurrente se rappeler à notre mémoire.

Ce sont ces traces insistantes, ce '*refrain*', que nous avons pisté et retrouvé dans le récit de vie de Chloé, refrain validant notre seconde hypothèse.

3. Discussion du cas de Chloé

Nos hypothèses étant ainsi validées par le drame de la non reconnaissance de Soi de Chloé, nous sommes en état d'avoir une vision d'ensemble de son parcours de vie.

Nous avons synthétisé et illustré dans le schéma suivant son univers relationnel :
Comme l'illustre ce schéma, les premières relations d'enfance de Chloé se passent sous le joug d'une autorité paternelle rigide et terrifiante. L'interdit y règne en maître, tant au niveau de la pensée, aucune originalité n'étant autorisée, ni aucune opinion, que des affects, voire des besoins fondamentaux avec une mère peu présente et dépourvue de tendresse. Aucune émotion, aucun sentiment n'ont droit de chapitre.

La « *mère suffisamment bonne* » de D. Winnicott est introuvable, celle qui permet que s'établisse le sentiment de continuité d'être et d'identité à son enfant.

Comment le JE peut-il se débrouiller pour émerger dans ce scénario en tant que sujet désirant et existant pour lui-même ?

Chloé formule très explicitement comment le moi soumis à de telles contraintes peut en être déformé durablement :

« Je pense que j'ai été trop... trop pressée quoi et du coup, je pourrais plus reprendre ma forme initiale... » (E2-70)

Nous pouvons comprendre dès lors, la souffrance de Chloé enfant et la parade mise en place pour se construire quand même et s'adapter sans rien dire, sans mots, sans émotions, sans sentiments, sans rien montrer. Seule, la mise en place d'une organisation mentale spécifique à la situation relationnelle lui permettra de survivre. Nous retrouvons bien, chez Chloé, la perturbation de la mentalisation liée à la difficulté à construire des représentations de choses par l'interdit de manifester et partager tout ressenti.

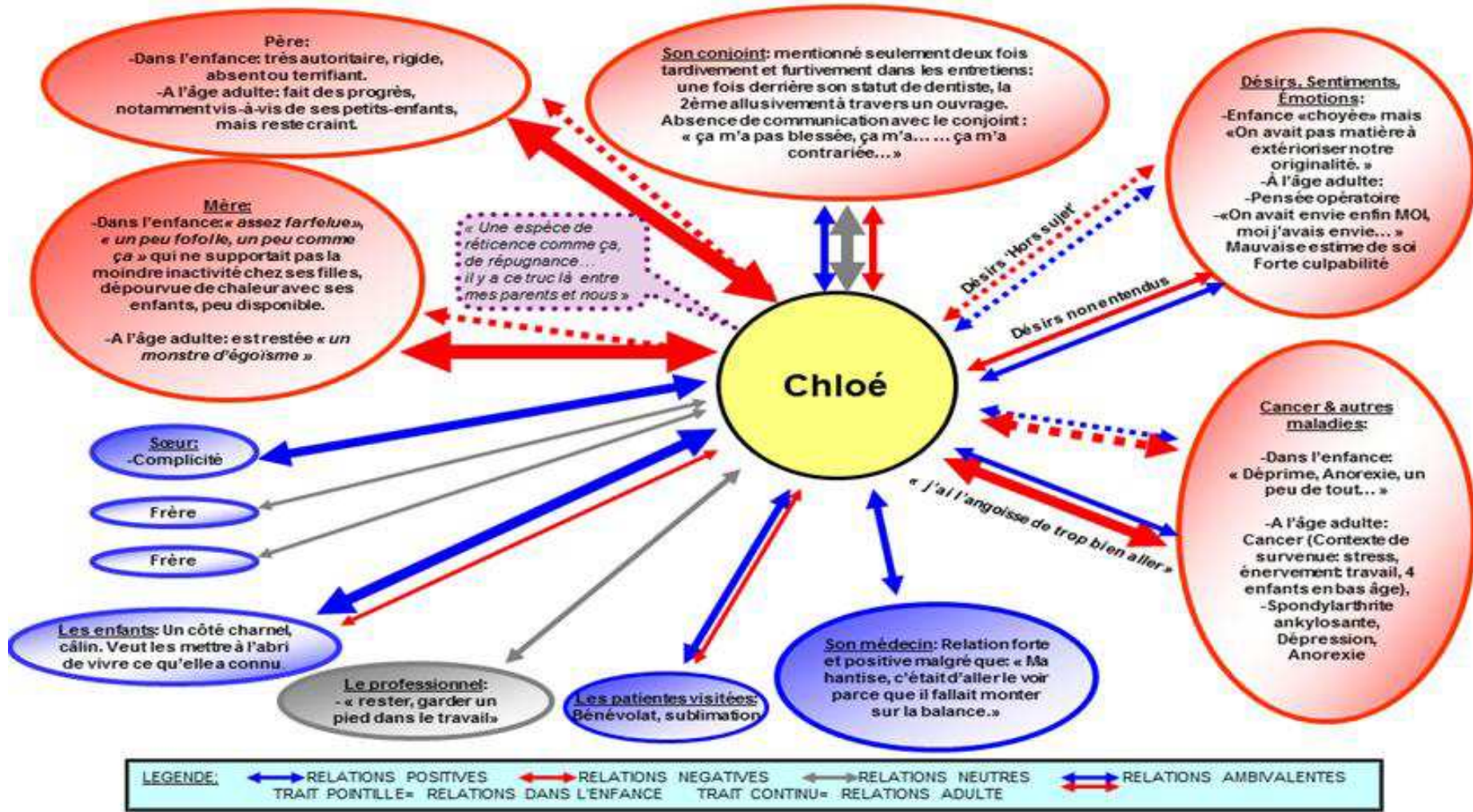


Figure 69 : Le monde relationnel de Chloé

De même pour les représentations de mots, fruits de la communication langagière interhumaine carencée par des parents absents. Le préconscient, dans ces conditions, ne pouvant être que défaillant, il va s'ensuivre des lacunes secondaires qui vont entraîner un dysfonctionnement mental singulier, corrélé à la survenue de pathologies psychosomatiques. Ce fonctionnement mental chronique né d'un dépassement des possibilités adaptatives de Chloé est considéré en lui-même comme un traumatisme par l'école de psychosomatique de Paris. Nous lui préférons d'ailleurs le terme de « *traumatose* » en référence à sa durée. Ce fonctionnement adaptatif, illustré par une pensée opératoire et une rationalisation à outrance retrouvée tout au long de l'entretien est accompagné d'un écrasement des désirs qui, s'ils essaient d'émerger sont vite repris par Chloé dans un mouvement très dénégatif, voire '*automutilateur*' (censures brutales du discours). Ces transitions abruptes du discours montrent que nous sommes devant une angoisse fondamentale de reconnaissance existentielle défaillante dès la relation précoce mère-bébé et condamnée alors à retomber incessamment et violemment sur le somatique à défaut d'être accueillie par L'Autre.

A la pensée opératoire s'ajoute une dépression dite essentielle par P. Marty, à laquelle nous ajoutons l'adjectif relationnelle, tant ces deux termes nous semblent inséparables. Dépression qui semble bien oblitérer la vie de Chloé depuis la tendre enfance, et qui s'accompagne d'une anorexie qui, si nous voulons bien l'entendre en termes psychosomatiques, pourrait déjà être une conséquence du dysfonctionnement mental dans une dimension éminemment relationnelle.

Concernant son enfance, Chloé évoque son tempérament pas facile, un peu caractériel et ses bouderies fréquentes. Les conflits sont non parlés, impensables même, « *on n'avait rien à dire* » relate Chloé, exposant une situation sans issue possible car elle ne peut ni la modifier, ni la fuir, traduisant là, déjà, une véritable situation de stress telle que H. Selye l'a décrite, induisant des modifications physiologiques et biologiques qui pourraient peut-être préparer avec d'autres éléments les conditions somatiques « *d'accueil d'un cancer* ».

Mais, comme le dit si bien M. Sami Ali, pour définir la notion d'impasse relationnelle, « *il n'y pas de fonctionnement sans situation, ni de situation sans*

fonctionnement ». Il précise que le somatique est relationnel au même titre que le psychique. Pour lui, l'absence ou le peu de place de l'activité onirique, prise dans son sens large¹, va se révéler dans un refoulement réussi de l'imaginaire, rompant ainsi l'équilibre entre conscience vigile et conscience onirique et déclenchant des pathologies psychosomatiques. La vie est dominée par une hyper adaptation « *marquée par le banal* » (Z. Stamatopoulou²) que décrit d'ailleurs Chloé. Une telle adaptation a globalement effacé l'enfant qu'était ou plutôt qu'aurait dû être au fond, Chloé, qui finalement n'a eu que le choix de se construire en faux self. Elle n'a pas permis l'émergence d'une subjectivité propre avec ses désirs, ses propres mots et ses propres ressentis afin de devenir l'enfant autonome que décrit par J. Montbourquette, grandi dans une famille où les relations parents enfants existent, articulées sur la capacité à aimer et encourager les enfants en signifiant leur reconnaissance en tant qu'êtres humains singuliers dotés de leurs propres richesses, ce qui fut loin d'être le cas de notre patiente...

L'ennui sera aussi nommé par Chloé, autre affect révélant l'impasse relationnelle. Notons que c'est, en conséquence, affligée d'une piètre estime d'elle-même et d'un sentiment de culpabilité que Chloé va faire son entrée dans le monde adulte.

Une anorexie subsiste ainsi qu'une dépression relationnelle essentielle dans sa vie d'adulte, et c'est sur ce tableau que la pathologie cancéreuse fait son apparition. Notre étude constate que Chloé semble, aujourd'hui encore, lutter contre des impasses relationnelles toujours agissantes (18 mois après son cancer, elle déclarait une spondylarthrite dont elle faisait encore une poussée trois mois avant notre rencontre.)

Après qu'en 1942, Winnicott ait pris conscience « *qu'un bébé, ça n'existait pas* » ; il écrit que « *le centre de gravité de l'individu ne naît pas à partir de l'individu. Il se trouve dans l'ensemble environnement-individu* » (1952, Angoisse associée à

¹ Ce qui semble bien être le cas de Mme C. puisque même si nous n'avons pas abordé la question des rêves nocturnes, elle a évoqué en contrepoint de son mari et de ses enfants, son absence d'imaginaire et de sens artistique.

² Zoé Stamatopoulou, *Comprendre les relations entre rêve et pathologie organique selon la pensée de Sami-Ali*, Le Coq-héron 2007/4, N°191, p.101-105.

l'insécurité) et il appelle, la relation mère-enfant, la plus précoce, la « situation individu-environnement »

Sami Ali (2004, p.4) pose, dans sa théorie relationnelle

« le primat absolu de la relation, à la naissance et même avant la naissance, ce qui interdit de postuler des 'processus internes' sans relation».

Il ajoute

« De ce point de vue, le 'psychique' est relationnel au même titre que le somatique. On est ainsi renvoyé au fait psychosomatique le plus simple, à savoir qu'il n'y a pas de fonctionnement sans situation, ni de situation sans fonctionnement »

Rejoignant ainsi le philosophe humaniste E. Mounier pour qui la communication est « *le fait primitif* » par lequel

« Je n'existe que dans la mesure où j'existe pour autrui »

Et où

«J'existe subjectivement, j'existe corporellement sont une seule et même expérience »¹

Les impasses relationnelles n'ont pas permis à Chloé d'être entendue ni reconnue. Pourtant, ce n'est qu'à ce prix que le sujet trouvera le désir et la force de vivre, car il existera pour lui-même et pour autrui comme sujet de désir.

C'est pourquoi nous avons eu envie de proposer un sixième axiome de la communication posant que

« Tout message adressé par un humain, sujet de langage, à un autre, peut et doit être entendu comme porteur d'une demande de validation de son être de désir »

¹ *Le Personnalisme*. (7^{ième} ed ; 1^{ière} ed : 1949) Paris : PUF. Collection : Que sais-je ? N° 395, 136pp. p5.

RETOUR AUX

HYPOTHESES &

DISCUSSION

I Discussion théorico-clinique

A) Obstacles rencontrés

Nous avons rencontré quelques difficultés, notamment, initialement, pour trouver notre population de 50 sujets. En effet, il nous a semblé essentiel d'avoir un nombre suffisant de personnes afin de pouvoir réaliser des statistiques. Cependant, nous avons bien conscience que ce nombre est encore trop faible pour avoir une validité statistique suffisamment confortable.

Quant au Rorschach, n'ayant pour ainsi dire aucune pratique, nous avons dû nous investir beaucoup pour apprendre à effectuer les cotations et les analyses les plus justes possibles. Le nombre de résultats étant assez impressionnant, pour les cinquante patientes, nous avons réfléchi, avec l'aide d'un collègue psychologue ayant des connaissances en programmation de l'outil Excel, à la création d'un logiciel dont le but serait de limiter les erreurs de calcul des données de base du Rorschach. Ceci nous a conduit à la co-réalisation de l'utilitaire « *EasyRorschach*¹ » qui a connu un grand nombre de versions successives jusqu'à l'obtention actuelle d'un outil agréable d'utilisation et riche en possibilités.

D'autres obstacles ont dû être surmontés, notamment pour réussir à évaluer, le plus justement possible, les risques psychosomatiques, à travers les nombreux et différents critères de la grille modifiée du Pr Stora. Là encore, nous avons choisi, face à la complexité de cette grille, de construire un outil logiciel, outil qui va nous donner un score permettant le classement du sujet dans les groupes léger, modéré ou sévère, même si certaines appréciations sont parfois un peu délicates à coter. A partir de ces regroupements, nous avons choisi d'étudier les caractéristiques de la population globale et de comparer les spécificités des groupes léger et sévère tant dans les entretiens que dans les tests de Rorschach.

¹ Logiciel accessible librement sur le site easyror.free.fr.

Les difficultés majeures rencontrées dans notre recherche sont l'absence d'un échantillon témoin, la non prise en compte des différentes formes de cancer et la disparité des âges. Une méthodologie plus stricte permettrait d'affiner la population sur le critère de la classe d'âge, de différencier les différentes formes de cancer ; quant à l'absence d'une population témoin qui serait un modèle de santé physique et psychique, elle reste du domaine de l'utopie.

Nous avons aussi conscience que du fait de la comparaison effectuée à l'intérieur même de notre population le lecteur pourrait imaginer que seul le groupe sévère est construit en faux-self. Pourtant les résultats du test de Rorschach montrent une certaine homogénéité des structures dans l'ensemble de notre population qui, rappelons-le, a pour caractéristique commune d'avoir développé un cancer du sein.

B) Analyse des résultats

L'étude des déterminants de la communication du sujet avec son environnement a été réalisée sur 50 patientes entre Février 2009 et Mai 2010.

1. Les résultats de la grille simplifiée de JBS Stora

Cette grille non publiée et simplifiée par nous ne permet pas de comparaisons statistiques à des normes, n'ayant jamais été étalonnée. Ce fait est une faiblesse de notre recherche, cependant cela n'empêche pas une analyse qualitative de ces résultats.

Rappelons que les patientes ont été interrogées sur leur modèle de relations familiales dans l'enfance et l'adolescence puis, à l'âge adulte, avant, pendant et après leur cancer du sein. A l'âge adulte, les relations professionnelles ont été ajoutées.

Nous avons distingué 3 groupes en fonction de la gravité des risques psychosomatiques, les notes s'échelonnant de 17 à 35 dans une grille où, par construction, le minimum est à 10 et le maximum à 44 :

- Léger (16 sujets), note < 23

- Modéré (19 sujets), note de 23 à 27 inclus.
- Sévère (15 sujets), note > 27

Nous avons vu (graphiques 12 et 13, pp.124-125) que le groupe sévère présente des indices de risques psychosomatiques nettement supérieurs à ceux du groupe léger. Quant à l'ensemble de nos patientes, les résultats (cf. thèse, graphique 11, p.123) se situent de façon équilibrée entre les groupes léger et sévère.

Les facteurs des risques psychosomatiques retrouvés dans notre étude montrent un déficit des processus psychiques, des comportements inappropriés, une difficulté à ressentir et à exprimer ses émotions, un environnement insatisfaisant et enfin un nombre important de pathologies somatiques pour le groupe sévère.

Ne pouvant nous appuyer sur un référentiel, nous ne savons pas si les écarts entre les groupes sont statistiquement significatifs et le seraient d'une population normative.

Pour le groupe sévère, l'augmentation du risque psychosomatique est modérée de l'enfance à l'âge adulte ; l'aggravation est peu importante contrairement au groupe léger qui lui, présente une aggravation qui paraît non seulement en lien avec le cancer, mais aussi avec l'environnement, ce qui irait dans le sens d'une corrélation entre perturbation relationnelle et apparition d'une maladie. Ce constat va dans le sens de nos hypothèses postulant un lien entre maladie et manque de reconnaissance à travers des difficultés relationnelles. Ceci illustre aussi l'intérêt de construire, à partir de la grille de JB. Stora un outil comme celui que nous avons élaboré facilitant la mise en évidence de telles corrélations.

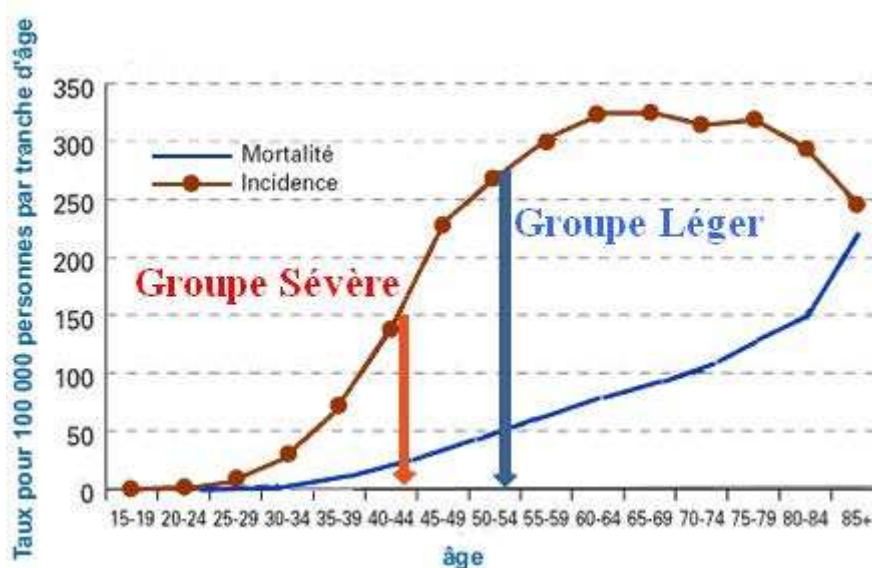
L'importance des risques psychosomatiques pour le groupe sévère pourrait justifier de dépister ces risques rapidement après un premier cancer afin de proposer une prise en charge spécifique. Le risque psychosomatique moindre pour le groupe léger posera la question de cette prise en charge.

2. Les résultats des entretiens

Le corpus des entretiens a été saisi dans le logiciel Sphinx et a fait l'objet d'une étude de contenu thématique quantitative et qualitative. Nous avons comparé les réponses de nos patientes aux 83 items pour les deux groupes les plus opposés, léger et sévère, pour chacune des périodes que nous avons définies.

2.5 Age au cancer (variable P1 de la grille d'entretien)

Les sujets du groupe sévère contractent leur cancer à un âge moyen de 44 ans soit 10 ans plus tôt que le groupe léger (53 ans). Selon l'INCA (site internet, 2011), cependant, le cancer du sein se développe le plus souvent vers 60 ans. Bien que le risque d'avoir un cancer du sein augmente avec l'âge, nous observons que même nos patientes du groupe léger ont leur maladie bien plus tôt : en moyenne à 53 ans. Nos deux groupes ont donc leur cancer bien avant l'âge moyen national comme l'illustre ce graphique.



Incidence et mortalité du cancer du sein estimées par âge pour l'année 2000 chez les femmes en France. Graphique extrait de, modifié par nos soins. D'après (Trétarre, Guizard, Fontaine, & al., 2000)

Nombre de nouveaux cas de cancer du sein estimés en 2011 = 53 000.

- Âge moyen au diagnostic en 2005 = 61 ans.
- Taux d'incidence (standardisé monde) en 2011 = 99,7 pour 100 000 femmes.
- Nombre de décès par cancer du sein estimés en 2011 = 11 500.
- Taux de mortalité (standardisé monde) en 2011 = 16,0 pour 100 000 femmes.
- Âge médian au décès pour la période 2004-2008 = 71 ans.
- Survie relative (diagnostics portés entre 1989 et 1997) à 1 an = 97 %, à 5 ans = 85 % (INCA, 2001).

2.6 Les émotions : notion d'alexithymie et de pensée opératoire

La **possibilité de montrer ses émotions dans l'enfance et l'adolescence (variable EA 13 de la grille d'entretien)** est significativement moins bonne dans le groupe sévère que dans le groupe léger. Les sujets du groupe sévère sont dans une situation de répression majeure de leurs émotions (cf. thèse : Figure 17, p 130).

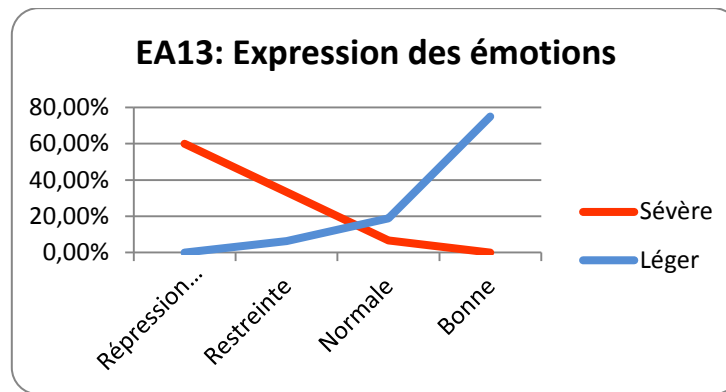
Globalement, l'ensemble de nos entretiens se sont déroulés de manière plutôt conviviale et nous avons pu ressentir un certain plaisir de ces femmes à ces entretiens. Cependant, nous avons parfois perçu comme une froideur. Etant habituellement plutôt quelqu'un qui met assez facilement les gens en confiance, nous n'avons pourtant pas toujours réussi à entrer en véritable contact. Cette retenue qui nous a mis quelquefois mal à l'aise, nous l'avons interprétée comme une difficulté à reconnaître ses affects.

Ne serions-nous pas en présence de sujets **alexithymiques** au sens de (Sifneos, 1973) c'est-à-dire ayant des difficultés avec l'expression des émotions ?

L'alexithymie comme déficit de l'affect (Nemiah.J.C., Freyberger, & Sifneos, 1976) va conduire le sujet à « *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* » (Jouanne, 2006).

Effectivement, dans les premières années de sa vie y compris la période d'adolescence, notre groupe sévère n'a guère la possibilité d'exprimer ses sentiments, le climat familial et la communication familiale ne le permettant pas (Variables EA14 à EA22 de la grille d'entretien).

Comme le montre le graphique ci-dessous, 60% des sujets du groupe sévère évoquent même une **répression majeure** de ceux-ci.



Dans un tel contexte, comment peut s'organiser psychologiquement l'enfant ? Comment peut se mettre en place un moi suffisamment fort, structuré, fonctionnel ? Où vont se décharger toutes les excitations auxquelles l'enfant est confronté quotidiennement ? En effet, rappelons que les émotions sont là *«essentielle pour nous aider à nous adapter à chaque situation de notre vie. Elles servent à nous permettre de tirer le plus de satisfaction possible de chaque moment et d'éviter les obstacles et les dangers qui se trouvent sur notre chemin. C'est un peu comme un système de guidage très sophistiqué qui nous amène à notre principale destination: la satisfaction de nos besoins »* (Gameau, 1997).

Et, moins les émotions seront exprimées, moins l'identité sera soutenue et plus l'enfant devra se sur-adapter à son environnement se soumettant aux désirs des autres au détriment des siens propres. Jusqu'à se développer, parfois, en **faux-self**. (Vézina) Cette hypothèse d'un manque de reconnaissance de l'enfant est vérifiée pour le groupe sévère.

Cette alexithymie se prolonge à l'âge adulte (Variables AP62 et AP63 de la grille d'entretien) pour les sujets du groupe sévère avec la même significativité.

Nous pouvons penser que les conditions existentielles, la carence d'expression des émotions et l'hyper adaptation vont fragiliser l'appareil psychique et que suivant la théorie de Marty, par débordement des excitations, un processus de désorganisation progressive s'instaurera, pouvant aboutir à une somatisation. JB.Stora va élargir la théorie de Marty et apporter les composantes médicales et neuroscientifiques nécessaires à la compréhension de l'humain avec la *«Psychosomatique Intégrative»* et son Modèle global pluri-systèmes des somatisations (Stora, 2010) dont l'intérêt est de regrouper les éléments des différents systèmes dans une même grille. Grille que toutefois, du fait de sa complexité, nous avons dû simplifier afin de pouvoir l'utiliser dans notre étude.

Pour le groupe léger, l'expression des émotions est permise dès l'enfance et les sujets ne nous paraissent pas devoir souffrir d'alexithymie primaire, ni être nécessairement conduits à une construction en faux-self. Cependant ces patientes vivent, elles aussi, à l'âge adulte, un cancer du sein et, à travers un test de Rorschach post cancer, nous remarquons que leurs structures psychiques telles qu'elles apparaissent à ce test présentent aujourd'hui les signes d'un flux vital diminué, d'une tendance au conformisme et à l'hyper-adaptabilité.

Nous pouvons nous interroger sur les déterminants de ces résultats.

Il nous faut bien distinguer entre ce que les personnes annoncent à l'entretien et ce qu'elles laissent voir au test de Rorschach. Si les deux sources de données sont en phase pour le groupe sévère, les résultats au Rorschach sont moins rassurants que leur discours sur eux-mêmes pour les sujets du groupe léger.

Les sujets du groupe léger pourraient-ils être dans un mécanisme de distorsion psychique ? En effet, le cancer est représenté, pour nos patientes, comme un traumatisme physique (Groupe Léger : 83,30% ; Sévère : 76,90%), mais, tout autant, comme un traumatisme psychique (Groupe Léger : 81% ; Sévère : 80%), le mot cancer ayant une connotation délétère. Nous aurions envie de rattacher le traumatisme du cancer à la notion d'après-coup qui selon Jacques André (André, 2008) serait une « *notion sous tension* », tension qui « *condense deux dimensions qui ne demandent qu'à s'écarter l'une de l'autre : la violence traumatique de l'événement psychique, d'un côté ; la subtilité d'une réécriture, la complexité d'une signification remaniée, de l'autre.* »

Mais tout événement, qu'il soit traumatique ou non donne lieu à « *une 'réalité' multiple, 'réalité' à l'épreuve des différentes évaluations possibles que peuvent en faire les personnes. qui l'expérimentent.* » (op.cit.)

En effet, il nous est impossible d'appréhender la réalité la réalité de manière objective.

« Sitôt perçu, un événement est simultanément apprécié en fonction de la culture de celui qui le vit, de sa personnalité, de ses expériences passées, de son développement cognitif, de ses besoins, de ses désirs, de ses valeurs, de ses croyances, etc. » (op.cit.)

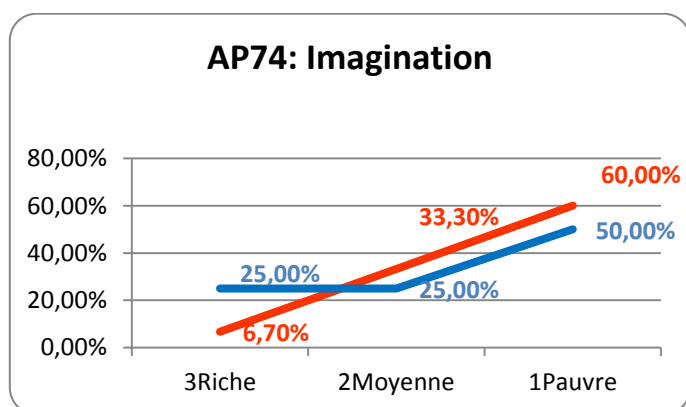
Finalement, nous ne voyons la réalité qu'à travers un filtre, le nôtre ; « *la réalité n'est jamais qu'un trompe l'œil* » (Josse, p. 7). Nous cherchons sans cesse à donner

un sens à notre vie et, lorsque les choses changent avec par exemple, la maladie grave, nous essayons de rétablir du sens dans notre vie. Dans les entretiens, les sujets ont vraisemblablement fait des choix de ce qu'ils nous ont confié. Peut-être que le traumatisme psychique que représente le cancer du sein, a 'brouillé le filtre' à travers lequel, tout un chacun regarde la réalité. Cela pourrait donner des récits éloignés de la réalité, mais de laquelle au final ? Réalité brouillée qui serait rattrapée par les résultats au test de Rorschach ?

Une explication autre et peut-être suffisante, à cet écart entre résultats des entretiens et des tests du Rorschach pour le groupe léger, serait l'idée d'une **alexithymie secondaire** telle que l'évoque M.-F. Bacqué (Bacqué & Razavi, 2005) faisant « *que le sujet perdrait sa capacité à exprimer ses émotions* » du fait de l'impact traumatique du cancer et des ressources défensives qu'il mobilise.

Quoi qu'il en soit, la construction psychique est dynamique tout au long de la vie et nos outils n'en donnent toujours qu'une image trop statique.

Par ailleurs, Sifneos remarquait souvent, chez les patients souffrant de maladies psychosomatiques, outre une alexithymie, une pauvreté de l'imaginaire et des rêves (Nemiah.J.C., Freyberger, & Sifneos, 1976) in (Jouanne, 2006), ce que nous-même remarquons pour nos deux groupes avec les résultats ci-dessous : une imagination reconnue pauvre à 60% pour le groupe sévère et 50% pour le léger. Moins de 10% des patientes du groupe sévère déclarent une imagination riche contre un quart de celles du groupe léger.



A la question (variable AP72 de la grille d'entretien): « *Vous souvenez-vous facilement de vos rêves nocturnes ?* » nos sujets répondent : « *Rarement* » pour 67% dans le groupe sévère et 50% dans le groupe léger. Bien que l'ensemble suive la

même tendance, le groupe sévère rêve moins et se souvient moins que le groupe léger. Ces données vont dans le sens de la pauvreté de l'imagination vue plus haut.

Sifneos et coll. remarquaient aussi, chez ces mêmes sujets, **une pensée opératoire**, très pragmatique (Nemiah.J.C., Freyberger, & Sifneos, 1976), qui peut être vue comme une défense, un évitement à regarder au fond de Soi si tant est que ce Soi ait pu se construire. Marty et ses collaborateurs nous amènent aussi à la notion de « *concept d'insuffisance fondamentale ou passagère du fonctionnement mental en psychosomatique* » (Marty, 1980) marqué notamment par cette pensée opératoire. La difficulté à exprimer ses affects et un fort contrôle émotionnel conduisent le sujet à une pensée dévitalisée.

Cette pensée opératoire, chronique ou passagère, peut faciliter la désorganisation somatique du fait des faibles capacités de mentalisation du sujet si comme l'écrivent (Cuynet & Mariage, 2000), le corps devient alors : « *le lieu d'une réponse face à l'impossible réception d'une douleur psychique.* »

Ces éléments des entretiens paraissent contradictoires avec les résultats du test projectif pour les patientes du groupe léger. En effet, à travers le test de Rorschach, des personnes classées dans le groupe léger de par les entretiens ne semblent, au final, pas si éloignées structurellement de celles du groupe sévère. En fait, notre groupe sévère présente toutes les caractéristiques de l'alexithymie (Jouanne, 2006, p. 195), alors que le groupe léger n'en a que certaines, notamment pauvreté imaginaire et pensée opératoire, et à l'âge adulte seulement, donc possiblement consécutive au cancer, une difficulté à exprimer ses émotions (alexithymie secondaire non au sens de Sifnéos qui l'oppose à une alexithymie primaire « biologique », mais au sens où l'emploie MF. Bacqué (Bacqué M.-F. , 2005) comme consécutive à l'impact sidérant du cancer.

(Grynberg, Luminet, Corneille, Grèzes, & Berthoz, 2010) décrivent le concept d'intelligence émotionnelle qui « *représente la capacité de percevoir, d'exprimer, de comprendre et de gérer ses propres émotions, mais aussi les émotions des autres* ». Il nous a semblé que les patientes du groupe léger partageaient et connaissaient mieux les émotions de leurs conjoints et enfants que celles du groupe sévère paraissant plus à distance... de leurs 'proches' (!)

3. Le test de Rorschach

Nous avons choisi de comparer les résultats au test de Rorschach de l'ensemble de notre population avec ceux de Chloé puis, nous regarderons les éléments particuliers du groupes léger. Nous avons repris les groupes constitués selon l'indice de la grille simplifiée du Pr Stora et calculé les moyennes des différents éléments du Rorschach :

- pour les 50 cas
- pour le groupe léger (16 cas)
- et pour le groupe sévère (15 cas).

Les inconvénients de cette approche statistique sont les risques de contre-sens du fait de la perte du contexte et des détails qualitatifs notamment. Toutefois, il nous a paru intéressant d'établir et de pouvoir comparer des psychogrammes moyens (virtuels) selon les trois groupes mentionnés ci-dessus.

Nous avons fait un tableau qui réunit les résultats de Chloé et du groupe total et allons reprendre chaque idée.

3.7 Tableau comparatif de Chloé avec le groupe global

Chloé	Groupe global
<p>Diminution flux vital et assises identitaires : A% bas, H% > normes mais identification dévalorisante à l'humain : Image de Soi floue et incertaine. Les K assez nombreuses (4) montrent des personnages plutôt lugubres (sorcières, extra-terrestres) soulignant la difficulté à s'identifier à des humains standards. Ces personnages ne sont pas du tout en relation. Ceci évoque la présence d'affects dépressifs, la difficulté à se trouver en relations saines L'ensemble évoque une dévitalisation</p>	<p>Une restriction du flux vital et des assises identitaires, avec H% <normes à 11% ; A% bas à 36%; K rares à 1,5. Cette dévitalisation pouvant être interprétée comme un moyen d'échapper à la réalité externe ou montrer une angoisse.</p>
<p>Hyper adaptation montré par un G% élevé, un F% élargi à 100% qui souligne le conformisme et le très fort contrôle émotionnel qui interdit la régression (A%< norme)</p>	<p>➤ Une hyper adaptabilité à la réalité externe évoquée par un G% élevé, à 51% et un F% élargi important à 92% signant un lourd contrôle émotionnel.</p>
<p>Un moi insuffisamment fort pour affronter le monde observé dans le D% bas à 50%.</p>	<p>Un moi insuffisamment fort pour affronter le monde observé dans le D% bas à 41%.</p>
<p>F% subnormal, F+% < norme et IA (29%) > norme : Fragilité de l'enveloppe corporelle, problématique d'intégrité corporelle</p>	<p>Une fragilité de l'enveloppe, fragilité corporelle notée par un F% à 56% et F+% à 78% inférieurs aux normes mais aussi par un indice d'angoisse très supérieur à la norme, à 19%.</p>
<p>Par ailleurs, de nombreuses critiques émises contre sa propre personne témoignent de sa fragilité narcissique et la dévalorisation de Soi. Des critiques environ à toutes les planches dénotant comme une crainte à s'engager dans ses propres projections</p>	<p>Enfin des mécanismes de défenses hyper adaptatifs Des commentaires sur Soi négatifs sont importants pour l'ensemble de nos sujets : 0,96 et respectivement 0,81 pour le groupe léger et 1,06 pour le groupe sévère qui témoignent de la fragilité narcissique de nos sujets et de leur dévalorisation de Soi.</p>
<p>Des descriptions avec résonances médicales font penser à un cours d'anatomie coupées de toute affectivité et de toute symbolisation. Chloé n'a pas intégré son identité sexuelle</p>	

3.8 Commentaires du tableau :

3.8.8 Une diminution du flux vital et des assises identitaires.

Si Chloé montre un A% (24%) plus bas que l'ensemble du groupe (36%), c'est qu'elle est dans un tel contrôle émotionnel (F% élargi : 100%), qu'elle n'a pas la possibilité de régresser. Son H% à 21%, supérieur aux normes montre sa capacité à s'identifier à l'humain mais lorsqu'elle le fait, c'est toujours de façon plutôt

dévalorisante, incertaine, ses K assez élevées (4) ne montrent que des personnages plutôt lugubres (sorcières, extra-terrestres) qui soulignent sa difficulté à s'identifier à des humains standards. Ces personnages ne sont pas du tout en relation et évoque la présence d'affects dépressifs, la difficulté à se trouver en relations saines. Quant au groupe total, il affiche des résultats subnormaux bas avec un H% <normes à 11% , un A% bas à 36% et des K rares à 1,5 mais, dont nous n'avons pas la possibilité de savoir comment ils les utilisent pour s'identifier, bonne ? Mauvaise ? Nous atteignons par-là, une des limites de notre recherche avec des moyennes au Rorschach. Le nombre peu élevé des K+ pourrait être en lien avec la dévitalisation notée ci-dessus. « *Ne pas vivre pour réussir à vivre* » serait-il le credo de nos patientes ? Qui, pourtant, après leur cancer, qu'elles considèrent comme quelque chose de positif, nous disent changer des habitudes de vie et penser plus à elle...Enfin le A% du groupe global ne contrebalançant pas le H% pourrait témoigner d'un faible investissement vital global. Les H% élargi de Chloé à 30% révèle de nombreuses réponses parahumaines inquiétantes, avec des sorcières, qui pourraient être en lien avec une **image de Soi floue**. Le H% élargi du groupe global, à 17% montre aussi des réponses parahumaines mais, moins que Chloé avec une image de Soi peut-être un peu plus précise. Ces contenus parahumains montrent que nos sujets ne semblent pas avoir une image de l'humain correspondant à la réalité. Ce sont des contenus dans la toute-puissance ; ne combleraient-ils pas un sentiment d'impuissance face à la vie, au monde?

Au final, les résultats de Chloé et du groupe total montrent une **dévitalisation**, dévitalisation qui pourrait être interprétée comme un moyen d'échapper à la réalité externe ou encore, montrer une angoisse. Quelles possibilités a eu Chloé dans son enfance d'être dans une relation saine avec « mutualité », reconnue en tant qu'être humain avec ses propres désirs ? Quelle identification a été possible?

Même idée pour l'ensemble du groupe sévère. Que l'ensemble de nos patientes montrent une dévitalisation serait-il lié au cancer ? En effet, si nous regardons le groupe léger, nous voyons un A% à 37%, un H% à 10%, un H% élargi à 14% et des K à 1,6, résultats très proche du groupe global, donc témoignant d'une dévitalisation aussi.

3.8.9 Une hyper adaptabilité à la réalité externe

Les résultats de Chloé donnent un G% élevé à 43% et un F% élargi à 100% qui souligne le conformisme et le très fort contrôle émotionnel qui interdit la régression (A% < norme). Le groupe total, lui, affiche un G% élevé à 51% et un F% élargi important à 92%. Chloé semble s'approcher plus du test et avoir un contrôle émotionnel maximum, surtout ne rien montrer, pas d'émotion surtout ! L'ensemble des sujets montrent une soumission aux stimuli immédiats que l'on pourrait interpréter comme une hyper adaptabilité à la réalité externe, **soumission** qui est une des principales caractéristique du faux-self. Cela montre une difficulté dans la gestion des représentations vivantes (relation avec autrui, mais aussi à soi-même), à une mise à distance du test dans sa dimension animée.

Du côté du groupe léger, le conformisme est environ comme celui du groupe total alors que le G% à 57% est le plus élevé de tous. Peut-être pourrions-nous faire un lien entre cette mise à distance du test et la difficulté à montrer ses émotions, caractéristique de l'alexithymie ? Si ces résultats paraissent en phase avec la typologie du groupe sévère, nous pouvons nous demander pourquoi ce sont les patientes du groupe léger qui montrent le taux le plus élevé de G%.

Ce conformisme pourrait-il se refléter dans leurs récits de vie apparemment plus sereins et en masquer une partie derrière une façade banalisée ? Peut-être que, devant le chamboulement des repères habituels de la vie, la seule façon de vivre avec son cancer est l'adaptation, l'hyper adaptation ?

3.8.10 Un moi insuffisamment fort pour affronter le monde

Cette faiblesse du moi est retrouvée à travers un D% bien au-dessous des normes 50% pour Chloé et 41% pour le groupe total. Ces D% contrebalancent le G% et confirment que, si nos sujets veulent bien approcher globalement la planche, ils ne souhaitent pas aller dans le détail. Est-ce dû à un faible investissement cognitif ? La peur de dire des choses trop personnelles ? Un manque d'énergie pouvant être le reflet de la dévitalisation, d'un fond dépressif ? Un moi insuffisamment fort pour affronter la réalité externe ? Le groupe léger (D% : 36%) montrerait alors le moi le moins solide.

A l'inverse le D% plus élevé du groupe sévère (48%) n'indiquerait-il pas une plus grande facilité à se morceler ?

Le taux de Dbl est à 4% pour Chloé et 3,32% pour le groupe total. Ces éléments sont généralement associées par les auteurs à l'angoisse par rapport au vide. Nous savons qu'une présence importante de Dbl peut signer un manque fondamental de la relation précoce à la mère. Ce résultat nous rapproche des résultats des entretiens quant à la construction en faux self et une souffrance psychique plus prégnante chez Chloé. Pour le groupe léger le taux de Dbl est à 3,18% et peut nous interroger sur sa significativité.

3.8.11 Une fragilité de l'enveloppe corporelle

Chloé F% subnormal (64%), F+% (69%) < norme et IA (29%) > norme : fragilité de l'enveloppe corporelle, problématique d'intégrité corporelle et notée par un F% à 56% et F+% à 78% inférieurs aux normes mais aussi par un indice d'angoisse très supérieur à la norme, à 19%.

Les F% (64%) subnormaux sont associés à de bonnes formes et pour Chloé et pour l'ensemble de notre population (56%), ce qui signifie que nos sujets sont tout de même capables d'établir des frontières entre dehors et dedans. Les F+% de Chloé à 69% , et de l'ensemble du groupe à 78% sont au-dessous des normes et viennent mettre en cause la solidité du Moi. Notons que le Moi de Chloé paraît plus fragile que celui des sujets du groupe total. Cela tient au fait que Chloé, avec un indice de risque psychosomatique à 35, appartient au groupe sévère.

Cette fragilité se trouve confirmée par des contenus anatomie relativement élevés, à 3 pour Chloé et 2,7 pour le groupe total, ainsi que par des indices d'angoisse excessifs à 29% pour Chloé et 18,84% pour le groupe total. Tous ces éléments nous oriente vers l'idée d'une **fragilité de l'enveloppe corporelle**. Cette fragilité peut être en lien direct avec les traitements chirurgicaux, cependant Chloé qui a eu aussi de la chirurgie montre un IA nettement plus élevé (IA moyen du groupe sévère : 21,40%). Un autre processus semble en cause, qui pourrait être repérable dans ses entretiens, à type de communication difficile depuis son enfance, à type de non reconnaissance (« on était des pions »).

Les F+% bas, à mettre en lien aussi avec **une difficulté de socialisation, de prise en compte du réel** pourraient être expliqués en partie par la tendance à l'alexithymie soit depuis l'enfance, soit secondaire au cancer comme l'écrit MF Bacqué. Nous pouvons avancer l'idée que notre population présente une

problématique d'intégrité corporelle, problématique qui va retentir sur son sentiment identitaire, sentiment d'être entier, intégré et structuré, comme nous l'avons vu plus haut. Le traumatisme psychique que représente le cancer du sein semble, non seulement 'brouiller le filtre' d'accès à la réalité, mais aussi par le traumatisme physique perturber les mécanismes de l'homéodynamie vitale. Le groupe léger suit la même tendance avec, cependant, un indice d'angoisse plus bas à 15% mais toujours supérieur à la norme.

3.8.12 Narcissisme et relation d'objet

Enfin pour Chloé comme pour le groupe total, des mécanismes de défenses hyper adaptatifs avec, notamment, de nombreux commentaires sur Soi négatifs qui témoignent de la fragilité narcissique de nos sujets et de leur dévalorisation de Soi. Chloé fera, tout au long de la passation du test, de nombreuses critiques contre sa propre personne, critiques dénotant comme une crainte à s'engager dans ses propres projections. Cette dévalorisation de Soi pour Chloé peut être ramenée au style de communication et de relation dans l'enfance, relation distante de la mère, autoritaire du père, climat familial peu propice à l'épanouissement de l'enfant en devenir.

Enfin, nos sujets avec peu de symbolisation de la sexualité ne semblent pas avoir véritablement accès à une sexualité génitale intégrée. Ils présentent des difficultés d'identification sexuée, ayant du mal à s'identifier à des images féminines, ceci étant appuyé par un nombre très moyen de K. Chloé fait des descriptions plutôt médicales qui font penser à un cours d'anatomie, coupées de toute affectivité et de toute symbolisation. Chloé n'a pas intégré son identité sexuelle. Nous pouvons avancer, pour Chloé, l'hypothèse d'une problématique d'identification à la mère.

Enfin un TRI de 6K / 1,5C, fortement introversif pour Chloé dont l'énergie psychique paraît donc très 'compactée' en elle-même, alors que le TRI à 2,7K / 3,13C pour le groupe global, donc extratensif mixte, est plus équilibré. La légère prédominance des C reflète la réactivité sensorielle de nos sujets, déjà remarquée au RC%. Bien qu'ayant recours à une hyper adaptation formelle (F% élargi) nos sujets apparaissent parfois, cependant débordés par leurs affects, ce qui n'est pas le cas de Chloé tellement son contrôle émotionnel est fort.

Selon toute probabilité, nous pouvons conclure que Chloé présente une personnalité illustrant une structure psychique en faux-self. La solidité de son Moi est mise en cause par une enveloppe déficitaire en lien avec une première relation à la mère peu contenant. Son ancrage dans la réalité reste suffisant mais sa socialisation se présente comme limite. Son identité féminine est mise à mal et la problématique identitaire de Chloé reste un élément majeur de son protocole. Sa difficulté à entrer en relation semble liée avec son identité douteuse et aussi, avec le peu de représentations élogieuses qu'elle a d'elle-même. La problématique renvoie à la perte d'objet avec impossibilité d'élaborer la position dépressive, ceci constitue les conflits essentiels. L'imaginaire est illustré par une pauvreté des représentations.

L'ensemble de notre population présente également des personnalités avec **structure psychique en faux-self**. Il faut l'avouer, nous ne nous attendions pas à ce résultat. Nous serions dès lors tentés d'avancer qu'il existerait plusieurs niveaux de faux-self qui pourraient être classés de 1 à 5 avec limites de variation des éléments du Rorschach pour chaque classe. Nous avons aussi envie d'avancer l'idée qu'il y aurait des faux-self d'étiologies différentes, les faux-self primaires, d'origine en lien avec l'histoire, mais aussi des faux-self secondaires ou « faux-self de distorsion » déclenchés par des traumatismes psycho-physiques.

Le faux self « *semble rejoindre "la catégorie de états limites"* » (idée notamment défendue par JB. Pontalis (Pontalis, 1974). Bergeret, quant à lui, l'a décrit comme « une maladie du narcissisme » inaugurée par « *un traumatisme précoce* » mais qui a « *dépassé le danger du morcellement* » (Bergeret, 1972). Et dont la relation d'objet serait « *centrée sur la dépendance anaclitique à l'autre.* ». le traumatisme, dans le cas de nos patientes, serait représenté par leur cancer du sein.

Pour Winnicott :

« par les termes de "cas limite", j'entends ce type de cas où le noyau du trouble est de nature psychotique mais où le patient a une organisation psychonévrotique suffisante pour pouvoir toujours présenter une perturbation psychonévrotique ou psychosomatique quand l'angoisse psychotique centrale menace d'éclater sous forme brutale ». (Winnicott, 1975, p. 164)

Ce faux self pourrait être expliqué, au moins chez le groupe sévère par le fait que, n'ayant pas eu la capacité, enfant, à changer son environnement défaillant, il va « *devoir se transformer lui-même de façon "alloplastique"* ». Une nouvelle personnalité adaptée à son environnement va alors émerger qui correspond « *à la somme de réactions innombrables à une succession de défauts d'adaptation* » (Ferenczi, 1958).

Pour les patientes du groupe léger et modéré-léger, ce faux self nous interroge à moins que ces dernières aient acquis, suite à leur cancer une alexithymie secondaire (Bacqué M.-F. , 2011) qui pourrait alors les rapprocher des profils psychiques du groupe sévère. Cependant, il nous semble que les structures faux-self de ces patientes (groupe léger et modéré-léger) soient moins assurées, moins infrangibles, que ceux du groupe sévère et modéré-sévère, car enracinées moins profondément dans leur histoire.

N'y aurait-il pas aussi, quelque chose du côté de la dynamique familiale ? Même si certaines patientes ont pu vivre dans des familles pathologiques, ce n'est vraisemblablement pas le cas pour toute.

4. Pour aller plus loin dans la discussion

« Le cancer commence par un rendez-vous avec la mort. La mort fantasmatique, certes mais la mort rapprochée [...], une mort lente intériorisée. C'est une mort dont les prémisses sont rapidement dévoilés, paradoxalement, par des traitements qui devraient orienter vers la vie » (Bacqué M.-F. , 2011, p. XIII)

Dès le premier entretien, un grand nombre de nos patientes nous ont confié sentir « une épée de Damoclès » au-dessus de la tête (référence mythologique souvent retrouvée dans la littérature sur le cancer) ; elles présentaient donc, pour une majorité, une angoisse de récurrence. Une étude portant sur 1721 patients atteints de différents types de cancers, notamment celui du sein, et à différents stades, montre que la peur de la récurrence (« PRC ») est « un des éléments les plus fréquents de la détresse psychologique » (Suchocka-Capitano & Bungener, 2010, p. 237). La PRC a été définie par Johnson Vickberg comme « la peur ou l'inquiétude que le cancer reviendra ou progressera dans le même organe ou dans une autre partie du corps » (Vickberg, 2003) ; elle concerne 69 % d'une population de 200 patientes âgées de 45 ans au moins. « 11 ans après le traitement, elle reste présente chez plus d'un tiers des patients » soulignent les auteurs. Ce

concept de PRC « s'apparente à la détresse et aux troubles anxieux tout en gardant les caractéristiques spécifiques d'un trouble psychologique à part entière » (Suchocka-Capuanò & Bungener, 2010, p. 238). Dans quelle mesure cette peur de la récurrence entre-t-elle dans la valeur élevée de l'indice d'anxiété au Rorschach de nos différents sujets?

L'évolution de cette PRC est bien sûr dépendante du contexte relationnel.

Il semble que l'on retrouve souvent chez les femmes atteintes d'un cancer du sein des troubles anxio-dépressifs, mais ceux-ci sont actuellement très discutés dans la littérature, les auteurs

« ne s'accordent ni sur la prévalence et l'importance des désordres psychiques — ceux-ci pouvant s'entendre en termes de symptômes, de détresse affective, de processus cognitifs ou conatifs » (Gerat-Muller, . Andronikof, Cousson-Gélie, Grondin, & Doron, 2011)

Alors que Harter et Aschenbrenner postulent que la prévalence des désordres anxieux et dépressifs est de 25 à 33 % supérieure à la population générale (Harter & Aschenbrenner, 2001), certains comme Lansky et al. ne trouvent pas de lien particuliers entre dépression et cancer :

« Our findings indicate that the prevalence of major depression in cancer patients is lower than many previous studies have indicated and falls within the range seen in the general population. » (Lansky, List, & Hermann, 1985).

Ces études sur la peur de la récurrence et les troubles dépressifs s'intéressent principalement, voir exclusivement aux impacts secondaires de la maladie, mais ne disent rien de son étiologie première. Nous avons, quant à nous, choisi de tenter de repérer les facteurs qui nous paraissent fondamentaux et donc premiers dans le processus psychosomatique.

Dans ce registre, les travaux contemporains en neurosciences et en psychosomatique intégrative (Stora, 2010), laissent entrevoir des perspectives nouvelles sur l'articulation psyché-soma. Ainsi, Marie-Claire Célérier, dans son article : « Où en est la psychosomatique en 2005 ? » (Célérier, 2006, pp. 99-116), présente de façon très intéressante l'articulation dynamique des processus biologiques et psychiques *in statu nascendi*.

« Qui s'intéresse au fait psychosomatique, souligne-t-elle, ne peut négliger ce pont établi entre la non-conscience des organismes vivants qui ont pourtant

besoin d'un certain sens de soi pour préserver leur unité malgré les variations du milieu, et la spécificité humaine qui est d'avoir une connaissance de son propre désir de se maintenir en vie... ou de s'autodétruire » (Célérier, 2006, pp. 103-104).

Evoquant les travaux de Damasio, Marie–Claire Célérier note :

« Dans cette conceptualisation, ce seraient donc les informations destinées à réguler de façon non-consciente la vie organique qui engendreraient en même temps les réactions qui seront intégrées comme émotions. Selon l'auteur, nous ne savons pas que nous éprouvons une émotion avant de ressentir les modifications des viscères et des muscles qui la sous-tendent. » (Célérier, 2006, p. 104)

Remarquons ici comme cette formulation très parlante d'un neuroscientifique contemporain retrouve les intuitions de Freud avec sa description de l'activité pulsionnelle par étayage du désir sur le besoin, ou comme le note Marie–Claire Célérier, celui de « la construction de l'image du Moi sur l'image du corps. » (Célérier, 2006)

Elle poursuit :

« Secondairement, les structures supérieures en dégagent des représentations, des images mentales parmi lesquelles figurent les sentiments. Elles le font en établissant des liaisons entre ces informations émanant d'un proto-sens de Soi archaïque et celles émanant d'autres structures cérébrales, structures sensorielles et voies associatives qui signalent les objets et les événements présents, gardent trace de l'expérience et manipulent les archives ainsi constituées dans le raisonnement et la pensée créatrice. » (Célérier, 2006, p. 104)

:Ce « proto-sens de Soi » va constituer une individualité, émergeant de la rencontre du biologique et du relationnel :

« Par les échanges de sensations, de représentations et de mots, l'autre va les canaliser, leur donner sens et surtout leur permettre de décoller du pur somatique au profit d'un autre monde, celui des représentations et des fantasmes. » (Célérier, 2006, p. 105)

Ce sens de Soi émergeant aura donc un besoin fondamental, pour se constituer, du renvoi humanisant de l'Autre et des autres, d'où l'importance du climat familial, point nodal de nos hypothèses.

Poursuivons la lecture de ce remarquable article de Marie–Claire Célérier :

« L'état du corps, le plaisir qu'il trouve dans la rencontre de l'objet de ses désirs et la souffrance du manque sont ainsi inscrits en permanence dans les voies nerveuses, d'une façon non consciente qui n'a rien à voir avec l'Inconscient freudien, puisqu'il ne s'agit pas d'un refoulement hors conscience de ce qui ne doit pas y rester, mais d'un en deçà de la conscience. Ce qui intéresse l'analyste est que, malgré tout, l'identité du sujet et ses choix d'objets s'enracinent d'abord dans ce somatique-là. » (Célérier, 2006, p. 105)

Cette distinction d'avec l'inconscient freudien, en effet, est certainement à rappeler pour nous éviter de tomber dans une lecture trop facilement symbolique, psychologisante, des maux somatiques ; pour autant, l'auteur elle-même montre fort bien tout au long de son article à quel point le psychisme naît et s'ancre profondément dans le soma.

Concernant la dynamique familiale, Marie–Claire Célérier a pu constater :

« un fonctionnement prescrit dans les familles où survient une maladie sévère chez un sujet jeune : on lui a appris à ne pas se laisser déborder par son imagination ; on lui a refusé l'expression d'affects incongrus. Plus globalement, on lui a demandé comme aux autres enfants de la famille d'effacer toute sa différence pour être conforme au projet familial : mêmes désirs, mêmes sentiments, mêmes représentations de soi et des autres. » (Célérier, 2006, p. 109)

A travers l'analyse de nos entretiens, nous avons repéré chez une majorité de nos sujets ce type de fonctionnement familial incitant à l'effacement et au conformisme, conformisme que nous retrouvons au Rorschach et qui est une caractéristique des personnalités en faux-self.

Ne pourrions-nous voir ce conformisme comme substitut à la pensée propre, se présentant comme un véritable « pense-ment » (si l'on nous autorise ce jeu de mots)... ?

Difficulté à l'élaboration d'une pensée personnelle, associée peut-être à un contexte relationnel insuffisamment soutenant, et qui impose alors une stagnation des « proto-pensées » (dirons-nous en référence au « proto-Soi » de Marie–Claire Célérier) dans le champ somatique.

C'est ce que le même auteur décrit comme une « dérivation sur le corps de l'irreprésentable » (Célérier, 2006, p. 110).

« Au niveau narcissique, poursuit-elle, l'irreprésentable est l'altérité. Les maladies les plus psychosomatiques, c'est-à-dire anormalement graves, survenant chez des sujets anormalement jeunes, se développent particulièrement chez ceux qui ne peuvent vivre leur différence au sein de la famille. La trop grande dépendance des uns, la trop grande volonté de se soustraire à toute emprise des autres les exposent à cliver leur fonctionnement psychique, lorsque cet impératif est incompatible avec leurs autres désirs. Ils maintiennent forclosé la part irreprésentable d'eux-mêmes, celle où leurs désirs risquent de rompre un lien vital à l'autre, du fait de la séparation incomplète des espaces psychiques de l'un et de l'autre. » (Célérier, 2006, p. 111)

Outre ces cas les plus extrêmes, les plus patents, l'auteur attire notre attention sur l'idée que :

« quelque chose du versant traumatique de la séparation est resté inscrit dans la structuration psychique de tous. Et chez ceux qui passent la majorité de leur vie bien portants et ne tombent malades qu'au moment où il devient « normal » que les défenses immunitaires soient débordées par la prolifération de cellules cancéreuses ou que des troubles métaboliques entraînent une affection cardiovasculaire, le facteur déclenchant peut encore être un facteur psychique réveillant le traumatisme ancien, le deuil de l'être cher qui soutient le narcissisme ou un conflit avec lui qui oblige à admettre l'altérité, la séparation. »

Avec ces deux cas de figure, ne retrouvons-nous pas nos deux groupes léger et sévère et, ce qui les différencie ?

CONCLUSION GENERALE

I Conclusion et perspectives

A) Conclusion

La finalité de ce travail était d'apporter un éclairage sur la dimension psychosomatique du cancer du sein en tentant de mieux comprendre les liens possibles entre vie du corps et vie psychique lorsque le sujet, à travers une communication familiale inappropriée, n'a pu être suffisamment reconnu comme être humain avec ses propres désirs.

Sur une population de 50 sujets, nous avons tenté, à travers l'approfondissement des monographies d'une part, de tests de Rorschach (cotés à l'aide du logiciel EasyRorschach créé à cette fin avec l'aide d'un collègue) d'autre part, d'aborder un versant encore peu exploré de la pathologie cancéreuse : la communication au long cours au sein de la famille du patient ainsi que les problématiques relationnelles qui la sous-tendent, non comme effet secondaire de la maladie cancéreuse, mais à l'inverse comme terrain premier propice à l'éclosion de telles somatisations.

Les études sur la communication et les relations familiales des patients atteints d'un cancer du sein comme facteurs étiologiques possibles ne sont pas, aujourd'hui encore, un domaine d'investigation très développé. Il existe aujourd'hui beaucoup d'études concernant la qualité de vie du patient. Cependant, les ambitions actuelles en cancérologie restent orientées quasi exclusivement sur une vision univoque de l'impact déstabilisant de la maladie et ne se risquent à interroger que beaucoup plus rarement une possible causalité en sens inverse : la souffrance existentielle comme facteur étiologique concret. Dans ce contexte, il nous a semblé que les relations du patient avec sa famille ou tout autre proche étaient fondamentales pour la construction et l'équilibre psychosomatique du sujet et pas seulement pour cette « qualité de vie » tellement en vogue aujourd'hui dans les milieux de la santé.

Comme le souligne Pierre Marty

« Quel que soit l'intérêt intrinsèque des données biographiques concernant le passé du patient, sa vie habituelle, ses divers investissements aussi bien que ses troubles somatiques, elles ne peuvent prendre leur pleine signification **que replacées dans le contexte relationnel où elles apparaissent** ». (Marty, de M'uzan, & David, 1963, p. 5).

Afin d'étudier, chez ces sujets présentant la même pathologie somatique, le type de communication familiale, d'une part, le type de construction psychique, d'autre part, nous avons utilisé trois outils. D'abord, un questionnaire qui approfondit les relations familiales avant, pendant et après la maladie, doublé d'une étude statistique rigoureuse. Ensuite, à partir de ces questionnaires, une grille qui évalue les risques psychosomatiques afin de classer par groupe de gravité notre population. Enfin, un test de Rorschach, passé selon les consignes de Catherine Chabert, qui nous renseigne sur la construction psychique de nos sujets.

Face à un symptôme prenant la forme d'une atteinte organique telle que le cancer, nous avons ainsi essayé de pratiquer un véritable '*scanner*' des premières années de vie de nos patientes afin de nous faire une idée de la qualité de leurs relations affectives, de leur construction identitaire et de leur fonctionnement psychique à travers notamment l'analyse de leurs discours, mais aussi à travers une épreuve projective. Nous avons également examiné de près les relations à l'âge adulte.

L'élaboration du questionnaire a dû répondre à des exigences particulières :

- Sur le plan technique, afin que les questions posées soient en lien assez serré avec notre thématique : problématique relationnelle et cancer.
- Sur le plan éthique, afin de pouvoir investiguer suffisamment en profondeur sans blesser les participantes.

Nous avons travaillé à partir de la grille des risques psychosomatiques du Pr Stora, grille que nous avons simplifiée et informatisée afin d'en faire un outil à la fois concis et pratique, tout en gardant sa pertinence théorique et en l'allégeant d'éléments trop complexes abordables par le seul psychanalyste.

Le choix de notre méthodologie a été guidé par la complexité du thème de recherche. Nous avons consacré beaucoup de temps à l'écoute des patientes car

il nous a semblé que, pour nous imprégner, pour essayer de comprendre ces parcours de vie (les liens corps-psyché à travers les relations familiales), cela était fondamental. Fondamental aussi pour créer des liens de confiance, liens qui vont aider le sujet à trouver l'envie de raconter, de partager, de dévoiler son parcours existentiel. En effet, sans l'installation d'une telle relation, le discours risque de rester superficiel. Pour se tisser, les liens ont besoin de temps et l'investissement du chercheur doit être la pierre angulaire de ce travail. Dans le même ordre d'idée, pour le recueil des informations, nous ne souhaitons pas que nos patientes aient à cocher, de manière trop mécanique et solitaire, les cases d'un questionnaire. Nous avons donc, nous-mêmes, rempli après coup le questionnaire que nous avons élaboré. Nous nous sommes appliquée à transcrire le plus justement possible le discours recueilli.

Nous avons souvent été surprise par l'envie, disons même le besoin, de raconter exprimé par nos patientes. Evidemment nous n'avons vu que des patientes qui avaient accepté le principe de ces entretiens, mais tout de même nous avons eu le plaisir de nous sentir attendue à chacun de ces rendez-vous, même si les discours ont pu prendre des profondeurs différentes. Nous avons eu le sentiment que cette approche, par les entretiens, la qualité de la relation, était la bonne, la seule à pouvoir nous permettre de pénétrer la complexité de chaque vie. A travers ces rencontres, les récits de leurs histoires, toutes nous ont apporté de quoi comprendre mieux comment s'étaient enchevêtrées, au cours du temps, leurs souffrances psychiques et somatiques. C'est au prix de ce temps, qu'approchant l'humain sur la pointe des pieds, dans sa dimension existentielle, nous avons eu la possibilité d'entrer dans la complexité de la vie de chacune. Le lien entre les histoires de vie, à travers la communication familiale, et le cancer se dévoilait peu à peu.

Ces entretiens nous ont livré des résultats qualitatifs et quantitatifs en termes de communication familiale, résultats qui nous ont permis de distinguer des souffrances psychiques de gravités différentes. Nous avons, à partir des entretiens et, à travers la grille simplifiée du Pr Stora, classé ces souffrances psychiques en trois groupes : léger, modéré, sévère en fonction de leurs indices de risques psychosomatiques.

Nous avons choisi de comparer les résultats des groupes léger et sévère. Nous avons constaté que, si les sujets du groupe léger avaient vécu jusque-là, dans un climat familial qui nous a paru suffisamment « reconnaissant », ce n'était pas le cas du groupe sévère dont les sujets avaient, quant à eux, que ce soit dans l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte, un vécu beaucoup plus douloureux, aride voire traumatique. A ce moment de notre recherche, nous pouvions faire l'hypothèse que les sujets du groupe léger avaient pu construire une personnalité globalement saine, alors que ceux du groupe sévère avaient dû probablement avoir à « bricoler » leur propre construction, « bricolage » qui vraisemblablement devait se laisser voir au Rorschach.

Ce test, toutefois à notre étonnement n'a pas confirmé cette hypothèse, faisant apparaître une typologie commune pour l'ensemble de nos 50 patientes s'apparentant à une structure en faux-self. Ce qui nous amène à considérer de nouveaux liens psychosomatiques complexes et à envisager plusieurs types de faux-self différents à la fois qualitativement et quantitativement. Nous pouvons avancer qu'il existerait un premier type de faux-self correspondant à une construction initiale « bancale » (groupe sévère), un second type qui serait, sur une personnalité normative, plus une conséquence de l'impact traumatique de la maladie.

La systémique de la famille nous a appris qu'un membre du groupe, « *le patient désigné* » est capable, au prix de lourds efforts de maintenir l'homéostasie du système, tout en produisant un symptôme.

Ainsi en sommes-nous arrivée à l'idée que si la notion de « *burnout professionnel* », très 'en vogue' actuellement et, définie par trois critères : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction de l'accomplissement personnel, semble aujourd'hui admise, il pourrait être intéressant de lui adjoindre celle, parallèle, d'un « *burnout familial* ».

Nos hypothèses d'un manque de reconnaissance précoce et majeur du sujet humain avec ses propres désirs et d'une persistance au long cours de cette privation, semblent bien faire partie des multiples facteurs générateurs d'une souffrance chronique aux effets délétères orientant la personnalité vers une structuration en faux-self même si, comme nous l'avons vu, l'impact propre d'une maladie grave peut avoir son propre effet de sidération psychique.

Nous avons également remarqué chez une moitié environ de nos sujets, dès leur plus tendre enfance, une ou des impasse(s) relationnelle(s) au sens de Sami Ali, impasse(s) semblant bien, d'ailleurs, se prolonger dans leur vie adulte, le plus souvent.

Si c'est bien la relation qui valide la communication, alors une mise à distance relationnelle induite par une éducation rigide et distante semble bien invalider toute communication de l'enfant avec sa famille et avec lui-même. L'enfant ainsi nié dans sa dignité d'être humain doté de sa subjectivité et de ses propres désirs se trouve dès lors dans une impasse relationnelle qu'il ne peut ni modifier, ni fuir, et dans laquelle il ne peut qu'essayer de survivre en se suradaptant au détriment de ses aspirations et de ses besoins primaires. La somatisation serait donc une pathologie de l'adaptation avec rupture plus ou moins durable de l'inconscient ; « *le sujet semble fonctionner sans rêve* » comme le souligne Sami Ali et l'illustrent nos patientes.

La structure psychique issue d'un tel vécu viendrait, de plus, pénaliser le sujet dans ses futures relations adultes. C'est ce nous appellerons « *le piège relationnel* », le sujet étant piégé dans ses relations par sa propre structure mentale générée justement par un contexte d'impasse et génératrice elle-même de remise en scène des mêmes situations dont elle n'a pas appris à sortir. Cet enfermement dans une temporalité circulaire (Sami Ali) ferait de ce « *sujet sans subjectivité* », soumis à la désorganisation mentale, un candidat à la désorganisation biologique et donc au cancer, symptôme alors de cette dégradation interne aveugle et muet en lui-même, mais à entendre pourtant comme appel ultime du désir de vie.

Dans ces situations, faute d'écho suffisant à la demande de reconnaissance, devant le déni répété de la demande fondamentale du parlêtre (J. Lacan), l'impasse retombe inévitablement sur le corps et, dans les cas les plus graves, ne peut aboutir qu'à la destruction du sujet si cette dimension de la maladie reste ignorée et si les ressources restant au sujet en lui et par son entourage ne lui permettent pas un soubresaut existentiel, une crise maturative salutaire.

Sami Ali insiste sur le fait qu'il faut envisager la pathologie organique sous l'angle de l'impasse, **comme si la même difficulté, sans issue, se projetait, en même temps, au niveau biologique et relationnel**, ainsi l'approche thérapeutique

consistera à trouver les conditions d'apparition de cette impasse et à tenter d'essayer de la dissoudre (en libérant du rêve et de l'affect).

B) Perspectives

- Rendre plus systématique et plus approfondi le travail d'investigation psychosomatique dans l'accompagnement psychologique.
- Pour cela, former bien sûr à la psychosomatique les psychologues et les psychiatres comme l'écrit Marie-Frédérique Bacqué (Bacqué & Razavi, 2005), mais aussi idéalement le personnel médical et paramédical et sensibiliser aussi les personnes ayant eu un cancer à cette dimension méconnue.
- Proposer systématiquement une prise en charge psychologique offrant la possibilité d'une (re)découverte et (re)connaissance de Soi dans la relation à autrui.
- Favoriser également toutes les modalités d'expression créatrice susceptibles d'aider les patients à poursuivre leur vie avec la maladie, considérant, avec J. Taal que : « L'expression créative et l'imagination offrent des soutiens importants pour augmenter la capacité à assumer ses émotions » (Taal, 2004)
- Poursuivre la recherche sur cette dimension profonde de la psychosomatique tout en la conciliant autant que possible avec les investigations quantitatives que permettent les outils modernes.

Il nous semblerait intéressant par exemple d'aller plus loin dans l'analyse des structures en faux-self qui semblent se profiler au Rorschach, test dont l'interprétation est toujours délicate et complexe et soulève de nombreuses questions bien au-delà de sa technique propre, mais jusqu'au plan sociétal, notamment sur les questions très actuelles des valeurs et du conformisme.

Nous laisserons sur cette ouverture, le soin à la finesse de Marie-Claire Célérier de conclure pour nous :

« Mais n'est-ce pas aussi ce que demande notre société, l'efficacité, la performance, au prix de l'effacement des différences, des rêves et des débordements affectifs ? Tout le monde n'en tombe pas malade pour autant. Beaucoup se jettent sur d'autres pathologies à la limite du somatique et du psychique, comme les addictions. Faute de reconnaître quel manque affectif est à combler, quelle contrainte insupportable est à oublier, c'est par le corps que le

problème tente de se résoudre : addiction majeure à la cocaïne plus qu'à l'héroïne actuellement, qui permet au moins dans un premier temps d'améliorer ses performances sociales ; addictions mineures, alcool, tabac, cannabis, et surtout gâteaux ou frites au Ketchup qui, dès l'enfance, remplacent les plaisirs que ni la famille ni la société ne savent plus donner. » (Célérier, 2006, pp. 109-110)

■ *La maladie n'est jamais une cause. La maladie est une*

réponse, une pauvre réponse que l'on invente à une

souffrance.»

Christian Bobin, *La plus que vive*

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ABECASSIS, J., BULLE, L., & ELBAZ, C. (1988). *Modes d'interactions et de communications par le toucher entre les jeunes enfants à risque et leurs parents ou substitués* in Neuropsychiatrie de l'Enfance et Adolescence.
- ADER, R. (1981) *Psychoneuro-immunology*. New York: Academic Press.
- AMSALHEM, E., ETESSAMI, R., & MORERE, J.-F. (2007) *Epidémiologie, facteurs de risque et dépistage* in Jean-François Morère, Matti S. Aapro, Frédérique Penault-Llorca, Rémy Salmon, Le cancer du sein, Oncologie pratique. Springer.
- AJURIAGUERRA, J., (1973). *Le système du moi* in Manuel de Psychiatrie de l'Enfant, Paris, Masson.
- ALEXANDER, F. (1950). *La médecine psychosomatique*. Paris, Payot, 2002
- ANZIEU, D., CHABERT, C. (2004). *Les méthodes projectives*, Paris, PUF, 1^{ière} éd.1961,1983.
- BACQUE, M.-F. (2011) *Les principes de l'annonce d'une maladie grave. Dans Springer-Verlag (Éd.), Annoncer un cancer (pp. 1-20). Paris*
- BACQUE, M.-F. (2011). *Une annonce pluridisciplinaire. Dans M.-F. Bacqué, Annoncer un cancer (pp. I-XIII). Paris: Springer.*
- BARDIN, L. (2007). *L'analyse de contenu*. (1^{ière} éd. : 1977), Paris, PUF.
- BENONY, H., CHAHRAOUI, K (1999). *L'entretien Clinique* (1^{ière} éd. : 1999), Paris, Dunod.
- BEIZMANN, C. (1966). *Livret de cotation des formes dans le Rorschach : D'après une compilation des cotations de H. Rorschach, S. Beck, C. Beizmann et M. Loosli-Usteri*, Éditions du Centre de psychologie appliquée.
- BERENBLUM, I. (1941). *Classics in oncology: Isaac berenblum, M.D.*
Serena Stockwell
Article first published online: 31 DEC 2008
Sur le site :
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.31.4.239/pdf> (Page consultée le 17/05/11)
CA: A Cancer Journal for Clinicians
Volume 31, Issue 4, pages 239–240, July/August 1981.
- BERGERET, J. (1972). *Les états limites et leurs aménagements*. Paris: Masson.
- BERGERET, J. (1995) *Psychologie pathologique*, Paris, Masson.
- BERNARD, J., BESSIS, M., *Soi et non Soi*, Paris, Seuil.

- DEBRU, C. (dir.) (1990).
- BERUBE, L. (1991). Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement, Montréal, Éditions de la Chenelière.
- BESSON, C. (1993). *Nouvelles approches sur le cancer*. Paris, Albin Michel.
- BLACKMORE, S. (2010). *Consciousness: An Introduction*, Second Edition UK Edition: Hodder and Stoughton, London.
- BOLLAS, C. (1996). *Une théorie du vrai self* in Les Forces de la destinée. France, Calman Lévy.
- BRUCHON-SCHWEITZER M & DANTZER R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*, PUF.
- BURNET, F.M. (1968). *Changing Patterns. An Atypical Autobiography*, Heinemann, Melbourne.
- BURNET, F.M., FENNER, F. (1949). *The production of antibodies*, Melbourne, Mc Millan.
- CANGUILHEM, G. (1966). *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- CHABERT, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte*, Paris, Dunod.
- CHABERT, C. (1987). *La psychopathologie à l'épreuve de Rorschach*, Paris, Dunod.
- CHILAND, C. (2002). *L'entretien clinique*. (8ième éd. 1ière éd; 1983).
- COMBES C. (2001). *Interactions durables – Ecologie et évolution du parasitisme*, Paris, Masson.
- CUYNET, P., MARIAGE, A. (2000). *Corps en famille*. Paris : In press, impr. (58-Clamecy : Impr. Nouvelle Imprimerie Laballery).
- DEBRAY, R (1996). *Clinique de l'expression somatique*
Psychanalyse des liens psyché-soma, Laus Chloé, Delchaux et Niestlé, coll. «champs psychanalytiques».
- DOLTO, F., (2005). *La cause des enfants*, Paris. Robert Laffont.
- EIGUER, A., (2008). *Jamais moi sans toi*, Paris, Dunod, 2008.
- ELIACHEFF, C., (2000). *A corps et à cris*, Paris. Odile Jacob.
- ERIKSON, H. (1972). *Je, soi, moi in La quête de l'identité*, France, Flammarion.
- FEDERN, P. (1927). *Le narcissisme dans la structure du moi* in La psychologie du moi et les psychoses PUF 1979.
- FEDERN, P. (1928). *Le moi comme sujet et objet dans le narcissisme de l'enfant* in La psychologie du moi et les psychoses, Paris, PUF 1979, p296-297.
- FEDERN, P. (1933). *L'éveil du moi dans les rêves* in La psychologie du moi et

- les psychoses Paris, PUF 1979.
- FERENCZI, S. (1958). *Notes et fragments* in Winnicott D.-W., De la pédiatrie à le psychanalyse (1958). Paris: Payot.
- FREUD, S.(1895). *Esquisse pour une psychologie scientifique*, in La naissance de la psychanalyse, in Lettres à Wilhelm Fliess 1887-1904, PUF, 2006.
- FREUD, S (1921-1923).(1991) Œuvres complètes. XVI, PUF.
- FREUD, S. (1923). *Le moi et le ça*, Paris : Éditions Payot, 1968, 280 pages Essais de psychanalyse. Traduction de l'Allemand par le Dr. S. Jankélévitch en 1920, revue par l'auteur. Réimpression : Collection : Petite bibliothèque Payot, n° 4.Traduction précédemment publiée dans la Bibliothèque scientifique des Éditions Payot. Édition numérique complétée le 6 octobre 2002.
- FREUD, S.(1929). *Malaise dans la civilisation* Paris, Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2010.
- GERBER, M. (2009). *Impact de l'alimentation sur le pronostic du cancer du sein*. Springer.
- GOLSE, B. (1992). *Ontogenèse des instances intrapsychiques de la 2^e topique* in Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, MASSON.
- GOLSE, B. (1992). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, MASSON.
- GREEN, A. (1994). *in Psychique, somatique, psychosomatique*. In: Somatisation, Psychanalyse et Science du vivant. Paris: édition Eshel.
- GRINBERG, L. (1985). *Teoria Identification*, Tecnipublicaciones, Madrid.
- GRODDECK, G. (1963). *Le livre du ça*, Paris, Gallimard.
- GUITTET, A. (2005). *L'entretien, Techniques et pratiques*. (6ième éd. ; 1ière éd :1983) Paris, Armand Colin.
- HAMELIN, P. (2008). *Mémoire de Master2 Recherche, Université de Franche Comté, SLHS*.
- HARTMANN, H. (1968). *La psychologie du moi et le problème d'adaptation* (1939). Paris, PUF.
- HARTMANN, H., KRIS, E., LOEWENSTEIN, R.M. (1938). *Le Soi et l'environnement* in Eléments de psychologie psychanalytique, Paris, PUF1975.
- ISRAEL, L. (1997). *Destin du cancer : nature, traitement, prévention*, Paris, Fayard.
- JERNE, NK. (1974). "Towards a network theory of the immune System", *Ann*.

- Immunol. (Paris) 125C : 373–389.*
- JUTTEN, C. (2006). *Systèmes asservis non linéaires*, Université Joseph Fourier - Polytech' Grenoble, Cours de troisième année du département 3 i Options Automatique.
- KAES, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod.
- KALMANOVITCH, J. (1984). *Le paradoxe de Winnicott*. Paris, Payot.
- KANDEL, ER. (2002). *La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée*. Evolution Psychiatrique (Paris).
- KLEIN, M. (2009). *La psychanalyse des enfants*, Paris, PUF.
- KOHUT, H. (1974). *Le Soi*, Le fil rouge PUF, Paris, 1^e éd, 1974, novembre ; 2^e éd 1991.
- KOHUT, H. (1995). *Préface à Le SOI*, Paris, PUF.
- LACAN, J. (1975). *Le Séminaire, Livre I : Les écrits techniques de Freud*, Paris, Seuil.
- LAPLANCHE, J et PONTALIS, JB. (1992). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris, PUF, p.241.
- LEBOVICI, S., (2003). *Le nourrisson, sa mère et la psychanalyse*. Paris, Bayard
- MARCELLI, D. (1983). *Les états limites en psychiatrie*. Paris, PUF.
- MARCELLI, D. (1996). *Enfance et psychopathologie*. Paris, MASSON.
- MARTY, P., de M'UZAN, M., DAVID, C. (1963a). *L'investigation psychosomatique, sept observations cliniques*, Paris : PUF. (Réédition, 2003).
- MARTY, P. (1980). *L'Ordre psychosomatique: les mouvements individuels de vie et de mort : t. 2 : désorganisations et régressions*. Paris: Payot.
- MARTY, P. (2004). *La Psychosomatique de l'adulte*. (6^{ième} éd ; 1^{ière} éd : 1990). Paris, PUF.
- MC.DOUGAL, J. (1982). *Théâtre du Je*. Paris, Gallimard.
- MC.DOUGALL, J. (1989). *Théâtre du corps*, Paris, Gallimard.
- MILNER, M. (1987). *The suppressed madness of sane men*. London, Routledge.
- MONTBOURQUETTE, J. (1992). *Pour des enfants autonomes*. Guide pratique à l'usage des parents, 2004. Publié antérieurement sous le titre : L'ABC de la communication familiale. Paris, Rivages.
- MOUNIER, E. (1961). *Le Personnalisme*. (7^{ième} ed ; 1^{ière} ed : 1949) Paris : PUF. Collection : Que sais-je ? N° 395, 136pp. p5.
- NASIO, JD. (1992). *Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan*. Paris, Rivages.

- NEMIAH, J.C. (1978). *Alexythymia and psychosomatic illness*, J.C.E. Psychiatry.
- ODLING-SMEE J. et al. (2003). *Niche Construction*. Princeton University Press.
- ONNIS, L. (1989). *Corps et contexte*, ESF, Paris.
- PIRLOT, G., (2007). *La biologie de S. Freud aide-t-elle au dialogue entre psychanalyse et neurosciences ?* Revue française de Psychanalyse, 2, 479-500.
- PONTALIS, J.B. (1992). *Naissance et reconnaissance du « soi » in Entre le rêve et la douleur*. France, Gallimard.
- RICHELLE, J., Debroux, P., De Noose, L., Malempré, M., Dejonghe, M., Migeal, C. (2009). *Manuel du test de Rorschach*, De Boeck, 1^{ière} éd.
- RORSCHACH, H.(1962). *Psychodiagnostic*. Paris, PUF, 1947, 3^e éd.
- RORSCHACH, H. (1967). *Psychodiagnostik*. Berne : Hans Huber, 4^e édition, Traduction André Ombredane et Augustine Landau. Paris: P.U.F.
- SAMI ALI, M. (2000). *L'impasse relationnelle, temporalité et cancer*. Paris, Dunod.
- SAMI ALI, M. (2004). *Psychosomatique : Nouvelles perspectives*. EDK.
- SANGLADE, A. (1983). *Image du corps et image de soi au Rorschach*, Psychologie Française, Techniques projectives II. Tome 28-2, pp. 104-112. Ed. A. Colin.
- SEARLES, H. (1977). *Introduction à L'effort pour rendre l'autre fou*, Editions Gallimard.
- SELYE, H. (2004). *Introduction et synopsis historique in* TIMIRAS, P. (2004) *Stress, Adaptation et Longévité*, Polytechnica, Economica, Collection communication cellulaire.
- SIFNEOS, P. E. (1973). *The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients*, Psychother. Psychosom.
- SILLAMY, N. (1980). *Dictionnaire Encyclopédique de Psychologie*, Bordas, Paris.
- STERN, D. (1989). *Le Monde interpersonnel du nourrisson*. Paris , PUF.
- STERN, D. (1997). *Mère- enfant, les premières relations*, Bruxelles, Mardaga.
- STORA, JB. (1999). *Quand le corps prend la relève*, Editions Odile Jacob.
- STORA, JB. (2006). *La Neuropsychanalyse*. « Que sais-je ? », n°3775. Paris, PUF.
- STORA, JB. (2010). *Le stress*. « Que sais-je ? », n°2575 Paris, PUF.
- THIRION, M., (2002). *Les compétences du nouveau-né*, Paris. Albin Michel.

- TIMIRAS, P. (2004). *Stress, adaptation et longévité*, Paris, Economica Polytechnica, Collection Communication cellulaire.
- TROMBINI & BALDONI (2005). *Psychosomatique*, In Press, Paris.
- TUBIANA, M. (1991). *La lumière dans l'ombre : le cancer hier et demain*. Paris, Odile Jacob.
- VON BERTALANFY, L. (1968). *General Systems Theory, Foundation, Development, Application*, G. Braziller, New York.
- WATZLAWICK, P; HELMICK BEAVIN, J ; JACKSON, DON D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris, Le Seuil, 1979.
- WINKIN, Y. (1981). *La nouvelle communication*. Paris: Le Seuil.
- WINNICOTT, D., (1980). *L'enfant et le monde extérieur*, Paris. Payot.
- WINNICOTT, D.W. (1952). *Psychose et soins maternels* dans : De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT, D.W. (1958). *L'angoisse liée à l'insécurité*, De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT, D.W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970. trad. Kalmanovitch.
- WINNICOTT, D.W. (1968). *L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers d'identifications* , dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- WINNICOTT, D.W. (1974). *Processus de maturation chez l'enfant*, Développement affectif et environnement Petite bibliothèque PAYOT, PARIS, 4e trimestre.
- WINNICOTT, D. (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
- WINNICOTT, D.W. (1978). *Intégration du moi au cours du développement de l'enfant* (1962 in processus de maturation chez l'enfant, Payot, Paris, 1978.
- WINNICOTT, D.W. (1989). *Lettre dirigée à Clifford Scott* in *Lettre vives*. Paris, Gallimard.
- WOEHLING, D. (1996). *Les cancers, anarchie ou causalités ?*
- ZUCKER, D. (2001). *Penser la crise : l'émergence du moi dans un service psychiatrique*, De Boeck.

ARTICLES

- ABRAM, J. (2003). *Squiggles, clowns et soleils : réflexions sur le concept winnicottien de «violation du self»*. Le Coq-héron, 2003/ 2 no 173, p. 49-63. DOI 10.3917/cohe.173.0049.
- ADAMS A.B. et al. (2003). *Heterologous immunity: an overlooked barrier to tolerance* , Immunological Reviews, 196, 147-160.
- ANDRE, J. (2008, novembre-décembre). *L'événement et la temporalité. L'après-coup dans la cure, Rapport du 69e Congrès des psychanalystes de langue française*. Bulletin de la SPP, no 90.
- ANTONIOU, E., PHAROAH, A., & NARODS, P. e. (2005). *Average risks of breast cancer and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case*. Am JHum Genet ; 72 : 1117 - 3 0.
- BACQUE, M.-F. (2005). *Pertes, renoncements et intégrations : les processus de deuil dans les cancers*. Rev Francoph Psycho-Oncologie(2), pp. 117-123..
- BACQUE, M.-F., & RAZAVI, D. (2005). *Formation des psychologues et des psychiatres à la psycho-oncologie*. Oncologie, 7(3), pp. 173-178.
- BESEDOWSKI, HO. (1983). *What do the immune system and the brain know about each other?* Immunol Today 1983 ; 34:564-6.
« À propos de Cliniques », Le Coq-héron, 2010/1 n° 200, p. 129-132. DOI : 10.3917/cohe.200.0129.
- BOWLBY, J. (1979) *Psychoanalysis as art and science*. International Review of Psycho Analysis.
- BURNET, FM. (1971) *Cancer : a biological approach*. Br. Med. J. 1957;1 : 779. Immunological surveillance in neoplasia. Transpl. Rev. 1971; 7: 3.
- BRUZZI, P., NEGRI, E., & LA VECCIA, C. (1988). *Short term increase in risk of breast cancer after full term pregnancy*. Brit Med. J.; 297 : 1096-8.
- CANCER, C. G. (1996). *Breast Cancer and hormonal contraceptives. Collaborative analysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies*. Lancet.
- CANCER, C. G. (1997). *Breast Cancer and hormone repla Breast Cancer and hormone replaement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52705 women* . Lancet ; 350:1047.
- CANCER, C. G. (2002a). *Breast cancer and breast feeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease*. Lancet ; 360: 187-95.

- CANCER, C. G. (2002b). *Alcohol, tobacco and breast cancer :collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58515 women with breast cancer and 95067 women without the disease. Cancer; 87:1.*
- CELERIER, M.-C. (2006). *Où en est la psychosomatique en 2005 ? Champ psychosomatique (n° 42), 70 pages.*
- CONSOLI, SM. (1988). *Psycho-immunologie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-402-E-10.*
- CUYNET, P. (2007). *Cours psychologie clinique Master1, Université de Besançon.*
- EISINGER, F., BRESSAC, B., & CASTAIGNE, D. e. (2004). *Identification et prise en charge des prédispositions aux cancers du sein et de l'ovaire (mise ~ jour 2004). Bulletin du cancer, 91:219-37.*
- ESPIE, M. (2003/2). *À propos de la crainte de l'effondrement et autres situations cliniques de D.W. Winnicott. Le Coq-héron, no 173,, pp. 84-92.*
- GERAT-MULLER, V., . ANDRONIKOF, A., COUSSON-GELIE, F., GRONDIN, O., & DORON, J. (2011). *Vécu du cancer du sein entre discours et éprouvé. Psycho- Oncol. 5.*
- GHIZZANI, A., PIRTOLI, L., & BELLEZZA, A. a. (1995). *The evaluation of some factors influencing the sexual life of women affected by breast cancer. J Sex Marital Ther 21 (1): 57-63.*
- GILBERT SF. (2002). *« The Genome in Its Ecological Context », Annals of the New York Academy of Sciences, 981, 202-218.*
- GIRONDE, & al. (2010). *Étude intégrant les proches aux soins en cancérologie : résultats qualitatifs, perspectives et limites. Psycho-Oncol., pp. 267-275.*
- GRYNBERG, D., LUMINET, O., CORNEILLE, O., GREZES, J., & BERTHOZ, S. (2010). *Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? Personality and Individual Differences 49, pp. 845–850.*
- HALL, A., & FALLOWFIELD, L. (1989). *Psychological outcome of treatment for early breast cancer: a review. Stress Med 5, pp. 167–75.*
- HARTER, M., & ASCHENBRENNER, A. (2001). *Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. Eur J Cancer 11:1385–93.*
- HUNTER, D. S., & ADAMIH, O. e. (1997). *Non-dietary factors as risk factors for breast cancer, and as effect modifiers of the association of fat intake and risk of. Cancer Causes Contre; 8: 49-56.*
- JOUANNE, C. (2006, 3). *L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. Psychotropes, Vol. 12, pp. p. 193-209.*

- ISRAEL, L. (1996). *The Journal of Theoretical Biology*.
- ISRAEL, L. (2000). Revue « Médecines nouvelles » N°98, 3è trimestre 2000.
- JADOULLE, V., OGEZ, D., ROKBANI, L. (2004). *Le cancer, défaite du psychisme*, Bull Cancer 2004 ; 91(3).
- LANSKY, S., LIST, M., & HERMANN, C. (1985). *Absence of major depressive disorder in female cancer patients*. J Clin Oncol 3(11):1553–60.
- LESNE, A. (2008, 2009). *Complexité du vivant, sélection naturelle et évolution*, Natures, Sciences, Sociétés 16, 150-153 (2008); 17, 55-56 (2009). (CNRS UMR 7600 & IHÉS).
- LIU, Q., WUU, J., & LAMBE, M. e. (s.d.)(2002). *Transient increase in breast cancer risk after*. Cancer Causes Control 2002 ; 13:299-305.
- Mac PHAIL, G. (s.d.) & ROGERS M, KRISTJANSON L (2002) *Mac Phail, G. (s.d.). Menopause as an issue for women with breast cancer. Cancer Nurs 22 (2): 164-71 The impact on sexual functioning of chemotherapy induced menopause in women with breast cancer. CancerNurs 25 (1): 57-65.*
- MARTY, P., et DE M'UZAN, M. (2002). (1962), Congrès de Barcelone in Marty, 2004, p.26.
- NEMIAH.J.C., FREYBERGER, H., & SIFNEOS, P. (1976). *Alexithymia: A view of the psychosomatic process*. In O.Hill, ed., Modern Trends in Psychosomatic Medicine, London & Boston: Butterworth., pp. 430-439.
- NKONDJOCK, A., & PARVIZ, G. (2005). *Facteurs de risque du cancer du sein*. 21(2), pp. 175-80.
- NOVERR M.C., HUFFNAGLE G.B. (2004). *Does the microbiota regulate immune responses outside the gut?* Trends in Microbiology, 12, 562-568.
- OYAMA S. (2000). *The Ontogeny of information*, Duke University Press (1st ed. 1985).
- PERT, CB., RUFF, MR., WEBER, RJ., HERKENHAM, M. (1985). *Neuropeptides and their receptors: a psychosomatic network*. Immunol (1985);135(suppl2):820s-826s.
- PIRLOT, G. (2007). *Modèles actuels en psychosomatique* (2007) EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie,37-400-C-10.
- PONTALIS, J. (1974). *Bornes ou confins ?* In Nouvelle Revue de Psychanalyse > n° 10, pp. op.cit.,p.14-15.
- RANNOU, S., GUIRIMAND, N., CARTRON, L., TRESVAUX DU Fravall, F., SAHBATOU, J.-L. L., *Le vécu de l'annonce d'un cancer à l'ère du dispositif d'annonce*. Psycho-Oncol., pp. 227-234.

- BENOIT, A., . . . BESSON, C. (2011).
- REYNOLDS, P., HURLEY, S., & GOLDBERG, D. e. (2004). *Active smoking, household passive smoking, and breast cancer: evidence from the California Teachers Study*. *Cancer Inst*, 96:29-37.
- SALIMPOUR, A. (1995). « *Cancer et créativité* », in *Psychologie, cancers et société, L'Esprit du temps*.
- SIFNEOS, P. (1973). *The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients*. *Psychother Psychosom* 22(2):255–62.
- STORA, JB. (2010). *Le rôle de l'appareil psychique, des mécanismes neuronaux et neuro-hormonaux dans les somatisations : l'approche de la psychosomatique intégrative*. Annales médico-psychologiques 2010.
- SUCHOCKA-CAPUANO, A., & BUNGENER, C. (2010). *Peur de la récurrence et/ou progression du cancer et prévention en santé mentale. (Springerlink, Éd.)* *Psycho-Oncologie*.
- TAAL, J. (2004). *Assumer le cancer par l'expression créative et l'imagination*. *Rev Francoph Psycho-Oncologie*(1), pp. 25-32.
- TAQUET, A. (2005). *Cancer du sein et sexualité*. *Rev Francoph Psycho-Oncologie*, Numéro 3, pp. 170-174.
- TIMSIT, M. (1974). *Le test de Rorschach dans les états limites*. *Bulletin de psychologie*. Tome 28 (1–6), N°314, 1974, p. 19-37.
- VICKBERG, S. (2001). *Fears about cancer recurrence: interviews with diverse sample*. *Cancer Practice*, pp. 237–43.
- VICKBERG, S. (2003). *The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence*. *Ann Behav Med* Winter 25(1), pp. 16–24.
- WINNICOTT, D. (2010) *À propos de Cliniques*
Le Coq-héron, 2010/1 n° 200, p. 129-132. DOI : 10.3917/cohe.200.0129.
- WINNICOTT, D.W. (1970). 1960a. *Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self*, in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970.
- YAZNG L, P. D. (2005). *Estimates of cancer incidence in China for 2005 and projections for 2005*. *Cancer Epidemiol. Biomarkers*.
- ZIWAR, M (1948). *Psychanalyse des principaux syndromes psychosomatiques*, *Revue Française de psychanalyse*.

DOCUMENTS ACCESSIBLES SUR INTERNET

	Adresses	Consulté le
ABÉCASSIS J : Le Bébé comme sujet : De l'interaction à l'intersubjectivité.	http://urp-scls.u-strasbg.fr/Janine%20ABECASSIS-actes1.pdf .	12/05/09
BACQUE, MF : Psycho-Oncol (2010) 4: S1-S2 Développement des publications en Psycho-Oncologie en France	http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=f538076823247447&size=largest	19/09/11
BLACKMORE, S. (2010).	http://www.susanblackmore.co.uk/Books/Consciousness/2Ed/index.htm	12/05/11
BURNET, FM. (1960) : Immunological recognition of self	http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1960/burnet-lecture.pdf	17/06/09
<i>CANCER du SEIN épidémiologie.</i> (s.d.).	Récupéré sur http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/cancer_sein/8310-cancer-sein-chiffres-epidemie.htm	22/04/12
<i>CANCER du SEIN facteurs de risque.</i> (s.d.).	Récupéré sur http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancer-du-sein/les-facteurs-de-risque/lage	22/04/12
EDELMAN, GM : Modèle.	http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_1_2/a_12_cr/a_12_cr_con/a_12_cr_con.html	23/05/11
FREUD, S : Introduction à la psychanalyse	http://fr.wikisource.org/wiki/Page:Freud_-_Introduction_%C3%A0_la_psychanalyse,_1923,_trad._Jank%C3%A9l%20C3%A9kman.djvu/35	23/05/11
FRIDMAN WH : Immunothérapie.	http://www.anamacap.fr/telechargement/strategies-de-traitement/immunotherapie.pdf	12/06/11
GAMEAU, J. (1997, Octobre).	A quoi servent nos émotions ? Récupéré sur magazine électronique: La lettre du psy Volume 1, No 2.:	23/04/12

	http://www.redpsy.com/infopsy/emotions.html	
HOORNERT G : « L'amour » Centre de recherche et d'intervention en psychanalyse appliquée (CRIPSA)	http://cripsa.over-blog.com/article-2483471.html	03/05/08
INCA. (2001).	<i>Épidémiologie du cancer du sein - Données essentielles en France métropolitaine.</i> Récupéré sur INCA: http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-indicateurs/1-types-cancer/9-cancer-sein/5-epidemiologie-du-cancer-du-sein-en-france-metropolitaine-donnees-essentielles/17-epidemiologie-cancer-sein-donnees-essentielles-france-metropolitaine.html	24/04/12
INCA. (2011).	Récupéré sur Cancer Info: http://www.e-cancer.fr/en/cancerinfo/les-cancers/cancer-du-sein/les-facteurs-de-risque	24/04/12
JERNE Niels Kaj : Immunologie	http://idiotypicnet.sourceforge.net/jerne.html	12/06/11
JOSSE, E. (s.d.).	<i>Métaphore et traumatisme psychique.</i> Récupéré sur http://www.victimology.be/fr/articles/metaphores_et_trauma.pdf	
KALMAN YARON.	http://www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/buberf.pdf	13/06/11
KOUSMINE .C : L'approche de la maladie cancéreuse.	http://www.kousmine.com/lecancer.htm	07/ 08/11
LEIBNITZ (1765). Nouveaux Essais sur l'entendement Humain, II, 27, S 3, § 9.	http://philosophe.fr/index.php?id=24	07/ 08/11
LEVRIE, K. (s.d.).	<i>Alexithymie et appauvrissement onirique chez des populations cliniques souffrant de troubles du sommeil.</i> Récupéré sur https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/3883/3/Levrier_Katia_2010_Memoire.pdf	25/04/12
L'IMMUNITE ET L'INTERACTIONNISME	http://thomas.pradeu.free.fr/Immunit%C3%A9%20et%20interactionnisme%20biol	07/ 04/11

BIOLOGIQUE	ogique.pdf	
Mc EWEN. B and SEEMAN. T.	http://www.macses.ucsf.edu/research/allostatic/allostatic.php	17/10/11
MARTY P. et FAIN M., (1953) : Notes sur certains aspects de la tuberculose pulmonaire. Neurosciences.	http://www.techno-science.net/?onglet=glossaire&definition=943	27/09/10
MARTY P : L'insuffisance profonde ou passagère du fonctionnement mental face au traumatisme	ChapitreIII.pdf.pdf http://dial.academielouvain.be/vital/access/services/Download/boreal:5289/PDF_06	07/09/10
MARTY, P. (1957). <i>Concept d'insuffisance fondamentale ou passagère du fonctionnement mental en psychosomatique ChapitreIII.pdf.</i> (PUF, Éd.)	Récupéré sur http://dial.academielouvain.be/vital/access/services/Download/boreal:5289/PDF_06	10/04/12
MOUNIER.E : Le Manifeste au service du personnalisme. Édition numérique complétée à Chicoutimi Le 15 novembre 2003.	http://classiques.uqac.ca/classiques/Mounier_Emanuel/manifeste_service_pers/manifeste.html	10 /07/10
TE.SEEMAN et B S MC EWEN : Le stress	http://www.macses.ucsf.edu/research/allostatic/allostatic.php	20/05/11
D.JACKSON et J.HALEY. La Systémique	http://www.psychologue.levillage.org/sme1020/10.html	17/08/10
TERRIN, F.	http://www.cvconseils.com/communication.html	13/06/11
TEST Du χ^2 .	http://fr.wikipedia.org/wiki/Test_du_%CF%87%C2%B2 et http://www.bibmath.net/dico/index.php3?action=affiche&quoi=./c/chideuxtest.html	17/02/11
TEST DE STUDENT.	http://www.bibmath.net/dico/index.php3?action=affiche&quoi=./s/studenttest.html	17 /02/11
TRETARRE, B., GUIZARD.A-V, D, F., & al. (2004). Cancer du sein chez la femme : incidence et mortalité , France 2000.	<i>BEH 2004;44:209-10.</i>	04/04/12
VANDER STEICHEL, D : La qualité de vie dans l'après cancer	http://www.educationdupatient.be/ce/p/pages/epes/EPES_2010_4.htm	16 /08/11
VÉZINA, J.-F. (s.d.). <i>La Ficelle</i>	Récupéré sur	

*virtuelle, Dossier spécial : Le virtuel,
les nouvelles technologies de
l'information et de la communication
(NTIC) et la santé mentale.*

<http://www.rap5.org/DossierVirtuel/p4.htm>

SITES INTERNET

Association française des masseurs kinesiherapeutes pour la recherche et le traitement des atteintes lympho-veineuses	http://www.aktl.org/	27/09/11
CANCER : Généralités	https://www.e-cancer.fr/les-cancers/generalites	12/05/11
CYBERNETIQUE	fr.wikipedia.org/wiki/Cybernétique	12/05/11
DICTIONNAIRE 'LE ROBERT'.	http://www.lerobert.com/	15/03/10
DICTIONNAIRE DE TERMINOLOGIE.	http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index800_1.asp http://www.larousse.fr/encyclopedie/nom-commun-nom/topologie/97725	10 /02/11
EASYRORSCHACH : Logiciel pour le calcul du psychogramme	easyror.free.fr	23/05/11
INSTITUT CURIE : infos cancers du sein.	http://www.cancersdusein.curie.fr/fr/infos-cancers-du-sein/les-cancers-du-sein-une-maladie-frequence-qui-concerne-les-femmes-00217	12/05/11
inVS : Etablissement public dont la mission générale est de surveiller l'état de santé de la population et son évolution.	http://www.cancersdusein.curie.fr/fr/infos-cancers-du-sein/chiffres-cles/les-chiffres-cles-00727	
INSTITUT NATIONAL DU CANCER & LA LIGUE.	http://www.e-cancer.fr/les-cancers/cancer-du-sein/quelques-chiffres	12/05/11
JUTTEN ,C., : Systèmes asservis non linéaires, Cours de troisième année	http://www.gipsa-lab.inpg.fr/~christian.jutten/mescours/Asservissement_non_lineaire.pdf	23/05/11
LES NEUROSCIENCES	http://www.techno-science.net/?onglet=glossaire&definition=943	23/05/11
PLAN CANCER 2009-2013.	http://www.plan-cancer.gouv.fr/le-plan-cancer.html	03/07/11
Systèmes complexes non lineaires.	http://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_complexe	23/05/11
Sculpture « L'ORIENTALE » Couverture et pochette CD Annexes	http://www.atelierh.fr/news/nouvel-le-sculpture-erotique-en-preparation/	24/12/11

LISTE DES LOGICIELS RORSCHACH

ArreadRorschach	www.arreadrorschach.arread.fr
EasyRorschach	http://easyror.free.fr
Epsychogramme	http://epsychogramme.alwaysdata.net/
Erorschach	http://erorschach.free.fr/
Max	http://www.medical-sphere.com/pages/maxpsypag.html
Coroweb	http://pagespro-orange.fr/coroweb/psychogr.html
Rorschach online	http://www.rorschachonline.com/rorschach/software.aspx
Feuille Excel	http://www.ulb.ac.be/psycho/fr/docs/contrib/rorschach/rorschach.htm

DIVERS

FILM	FESTEN, Comédie dramatique de Thomas Vinterberg, 1998, prix du Jury, Festival de CChloés 1998.
CONFERENCE	GAUTHIER YVON, FONAGY, Conférence du 26.03.1998, (Hôpital de Cery, Laus Chloé).

INDEX

A) Index des figures

Figure 1 : Tableau d'Edelman	63
Figure 2 : Schéma de construction du Self de Winnicott	95
Les différentes couleurs pour chaque patiente correspondent aux différents traitements reçus.	110
Figure 3 : Logiciel EasyRorschach, 1 ^{ière} page.	120
Figure 4 : Logiciel EasyRorschach, 2 ^{ième} page.	121
Figure 5 : partie 1 du psychogramme.	122
Figure 6 : partie 2 du psychogramme.	122
Figure 7 : partie 3 du psychogramme.	123
Figure 8 : partie 4 du psychogramme.	123
Figure 9 : Grille simplifiée de J.B. Stora.....	127
Figure 10 : Graphique de la grille simplifiée de J.B. Stora.....	128
Figure 11 : Graphique du cas global moyen.	133
Figure 12 : Graphique du cas léger moyen.	134
Figure 13 : Graphique du cas sévère moyen.	135
Figure 14 : Age à la survenue du cancer.	138
Figure 15 : Mode de découverte du cancer.	138
Figure 16 : Relation à la fratrie.	139
Figure 17 : Possibilité d'exprimer ses émotions.	140
Figure 18 : Climat familial.....	141
Figure 19 : Sentiment vis-à-vis de sa place d'enfant	142
Figure 20 : Dialogue avec les parents.	142
Figure 21 : Temps de jeu avec les parents.	143
Figure 22 : Sentiment global de l'enfance.	143
Figure 23 : Qualificatif pour l'enfance.	144
Figure 24 : Sentiment global de l'adolescence.	144
Figure 25 : Dialogue avec les parents à l'adolescence.....	145
Figure 26 : Partage en famille élargie.	147
Figure 27 : Relations familiales.....	147
Figure 28 : Soutien par le conjoint.	148
Figure 29 : Le cancer, facteur de réflexion ?.....	149
Figure 30 : Connaissance de l'histoire familiale.....	150
Figure 31: Climat familial aujourd'hui.	151
Figure 32 : Partage en famille aujourd'hui.	152
Figure 33 : Nombre de réponses au Rorschach.	160
Figure 34 : Temps moyen par réponse au Rorschach.	160
Figure 35 : Temps de latence moyen par planche au Rorschach.....	161
Figure 36 : Temps moyen au Rorschach	161
Figure 37 : Répartition des réponses par rapport aux normes au Rorschach.....	162
Figure 38 : G% au Rorschach.	163
Figure 39: Répartition du G% par rapport aux normes.....	164
Figure 40 : D% au Rorschach.	165
Figure 41 : Répartition du D% par rapport aux normes.....	166
Figure 42 : Dd% au Rorschach.	166
Figure 43 : Dd% par rapport aux normes.....	167
Figure 44: Dbl & Dbl/D% au Rorschach.	167
Figure 45 : F% au Rorschach.	168
Figure 46 : Répartition du F% au Rorschach.	169
Figure 47 : F% élargi au Rorschach.....	169
Figure 48 : Répartition du F% élargi.	170
Figure 49: F+% au Rorschach.....	170
Figure 50 : Répartition du F+%.	171
Figure 51 : F+% élargi au Rorschach.....	171
Figure 53 : RC% au Rorschach.	173
Figure 54 : H% au Rorschach.	176

Figure 55: H% élargi au Rorschach.....	176
Figure 56 : Répartition du H%.....	177
Figure 57: Répartition du H% élargi.....	177
Figure 58 : Hd et (Hd) au Rorschach.....	177
Figure 59 : A% au Rorschach.....	178
Figure 60 : A% élargi au Rorschach.....	178
Figure 61: Répartition du A%.....	179
Figure 62: Répartition du A% élargi.....	179
Figure 63 : Ad% au Rorschach.....	180
Figure 64 : Valeurs moyennes des commentaires ; graphique.....	182
Figure 65 : Comparaison des commentaires groupes léger / sévère.....	183
Figure 66 : Répartition de l'Indice d'Angoisse au Rorschach.....	185
Figure 67 : Grille simplifiée de Chloé ; graphique.....	230
Figure 68 : Psychogramme de Chloé.....	247
Figure 69 : Le monde relationnel de Chloé.....	262

B) Index des tableaux

Tableau 1 : Différentes théories psychosomatiques.....	38
Tableau 2 : Normes Rorschach utilisées (Richelle, 2009).....	119
Tableau 3 : Groupes selon la grille simplifiée de J.B. Stora.....	130
Tableau 4 : Moyenne du groupe global.....	131
Tableau 5 : Moyenne du groupe léger.....	131
Tableau 6 : Moyenne du groupe sévère.....	132
Tableau 7 : Psychogramme global.....	156
Tableau 8 : Psychogramme du groupe léger.....	157
Tableau 9 : Psychogramme du groupe sévère.....	158
Tableau 10 : Temps de réponses au Rorschach.....	159
Tableau 11 : Valeurs moyennes des autres contenus au Rorschach.....	180
Tableau 12 : Valeurs moyennes des commentaires au Rorschach.....	182
Tableau 13 : Valeurs moyennes des remarques au Rorschach.....	183
Tableau 14 : Tableau des évènements de vie de Chloé.....	212
Tableau 15 : Grille simplifiée de Chloé.....	229
Tableau 16 : Planches du Rorschach de Chloé.....	246
Tableau 17 : Autres contenus du Rorschach de Chloé.....	252

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
RESUMÉ	4
ABSTRACT	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	9
PROBLEMATIQUE & HYPOTHESES	15
I PROBLEMATIQUE.....	16
II HYPOTHESES.....	18
PREMIERE PARTIE APPROCHE THEORIQUE.....	19
I LE CANCER	20
A) Approche médicale classique	20
1. Définition du cancer	20
2. Généralités	21
2.1 Causalités reconnues des cancers et causalités suspectées.....	22
2.2 Initiation et promotion, les étapes de la cancérogenèse	23
2.3 Développement d'un cancer : de sa naissance à sa découverte clinique.....	23
2.4 Raison du cancer : théorie de la modification du génome versus un programme de survie ..	24
2.5 Cancer et immunité : défenses contre le cancer	26
2.6 Cancer et vieillissement.....	27
2.7 Cancer : Rémission ou Guérison ?	27
3. Travaux récents	27
B) Approche psychosomatique.....	29
1. Terminologie	29
2. Histoire de la psychosomatique	30
3. Approche scientifique de la psychosomatique. Tour d'horizon des recherches actuelles liant cancer et psychisme.....	31
4. Le vécu psychique du cancer et sa cohorte de difficultés :	33
5. La psychosomatique dans le courant psychanalytique : les différentes théories	37
5.1 S. Freud (1856-1939) et la conversion hystérique.....	38
5.2 Groddeck (1866-1934) et le Ça	39
5.3 F. Alexander (1891-1964) et la névrose d'organe	40
5.4 Dunbar et les profils de personnalité	41
5.5 P. Marty et l'école psychosomatique de Paris.....	41
5.5.1 La théorie de P. Marty s'articule selon trois axes :	41
5.5.2 L'insuffisance du fonctionnement mental est marquée par :.....	42
5.5.3 Les Principes de somatisation	45
5.6 Le concept d'alexithymie	46
5.7 H. Selye (1907-1982) et la théorie du stress.....	47
5.8 M. Sami Ali et la théorie relationnelle	48
5.9 Jean Benjamin Stora et la théorie des cinq systèmes.....	51
6. En résumé.....	56
II APPORT DES NEUROSCIENCES	58
A) Introduction	58
B) Définition des neurosciences :.....	59
1. Différents modèles	59
1.1 Modèle de Damasio.....	59
1.2 Modèle de Gerald Edelman	60

2.	D'autres théories des neurosciences	64
2.1	Claude BERNARD (1813-1878).....	64
2.2	Walter B. CANNON (1871-1945).....	64
2.3	Hans SELYE (1907-1982).....	64
2.4	Bruce S. Mc EWEN	65
2.5	Teresa E. Seeman.....	65
III	L'HUMAIN, UN SYSTEME COMPLEXE NON LINEAIRE.....	66
A)	Définition	66
B)	Propriétés d'un système complexe.....	66
C)	Fonctionnement	67
IV	FAMILLE ET COMMUNICATION.....	69
A)	Définitions	69
B)	La dynamique familiale selon l'approche systémique de la famille	70
1.	Généralités	70
2.	L'approche systémique de la famille	70
3.	Les cinq axiomes de la communication.....	72
3.1	Premier axiome	72
3.2	Deuxième axiome	72
3.3	Troisième axiome	73
3.4	Quatrième axiome	73
3.5	Cinquième axiome	74
3.6	A ces cinq axiomes, nous proposons d'en ajouter un sixième, ainsi formulé :	74
4.	La communication : du normal au pathologique	74
4.1	Confirmation de la communication	75
4.2	Annulation de la communication	75
4.3	Le Symptôme comme moyen de communication	75
4.4	Rejet.....	75
4.5	Déni.....	76
4.6	La ponctuation de la séquence des faits.....	76
4.7	Erreur de traduction entre l'analogique et le digital	76
4.8	Escalade symétrique.....	76
4.9	Complémentarité rigide.....	77
4.10	Communication paradoxale ou double bind	77
5.	La dynamique familiale selon l'approche psychanalytique.....	77
5.1	Définitions	77
5.1.1	La famille est un groupe.....	77
5.1.2	Les fantasmes originaires.....	78
5.1.3	L'appareil psychique familial.....	78
5.2	La première communication dans la dyade Mère-Bébé.....	79
5.3	L'amour et la construction du sujet chez J. Lacan	82
5.4	Pour J.D. Nasio.....	83
6.	La dynamique familiale vue par diverses approches humanistes	84
V	LA CONSTRUCTION EN FAUX SELF.....	87
A)	Introduction	87
B)	Terminologie des termes : moi ou ego et self ou soi.....	87
1.	Le Moi.....	87
1.1	Selon Sigmund Freud.....	87
1.2	Paul Federn, psychanalyste autrichien, étudie, après Freud, le "moi"	88
1.3	Autres auteurs	89
2.	Le self.....	91

2.1	Le self de Freud.....	91
2.2	Le self selon d'autres auteurs.....	91
3.	Le faux-self et le vrai self.....	93
3.1	John Bowlby, précurseur du faux self.....	93
3.2	Donald Winnicott, initiateur du faux-self et du vrai-self.....	94
3.3	Notion de faux-self.....	96
3.3.1	Définition.....	96
3.3.2	Développement du faux -self.....	97
3.3.3	Liens entre carence des soins maternels et faux-self.....	98
3.4	Notion de vrai self.....	99
3.4.1	Définition.....	99
4.	Le Soi, le Non Soi.....	101
4.1	Que signifie 'le soi' ?.....	101
4.2	Soi /non soi et Immunologie : évolution des théories.....	102
4.3	Dans le cas du cancer.....	105
4.4	Repères immunologiques.....	105
4.4.1	Réactions immunitaires.....	105
4.4.2	Cellules du système immunitaire.....	106
4.4.3	Les 3 étapes des réactions immunitaires.....	106
	DEUXIEME PARTIE APPROCHE CLINIQUE.....	108
I	METHODOLOGIE.....	109
A)	Population.....	109
1.	Critères de choix.....	109
2.	Recrutement :.....	110
B)	Méthode de recherche.....	111
1.	Les entretiens.....	111
1.1	Le choix de l'entretien semi-directif.....	111
1.2	Le questionnaire ou grille d'entretien.....	112
1.3	Méthode d'analyse des entretiens.....	115
2.	Le test de Rorschach.....	116
2.1	Présentation.....	116
2.2	Principe.....	116
2.3	Méthode de passation.....	117
2.4	Normes de référence.....	119
2.5	Aide utilisée.....	119
2.6	Cotation.....	123
2.7	Pourquoi ce test ?.....	123
3.	La grille simplifiée du Pr J.B. Stora.....	125
II	PRESENTATION DES RESULTATS.....	129
A)	Grille simplifiée de JB Stora.....	129
1.	L'étalonnage en est le suivant.....	129
2.	Les groupes.....	130
3.	Moyennes des groupes et graphiques associés.....	131
4.	Les graphiques.....	132
5.	Comparaison des graphiques des groupes léger et sévère.....	136
B)	Entretiens.....	137
1.	Age et mode de découverte du cancer.....	137
1.1	Variables statistiquement dépendantes.....	137
1.1.1	Age au cancer.....	137
1.1.2	Mode de découverte.....	138
2.	Période de l'enfance et de l'adolescence.....	139
2.1	Variables statistiquement significatives.....	139

2.1.1	Relation à la fratrie.....	139
2.1.2	Possibilité d'expression des émotions	140
2.1.3	Climat familial global dans l'enfance et l'adolescence.....	141
2.1.4	Sentiment par rapport à sa place d'enfant	142
2.1.5	Dialogue avec les parents	142
2.1.6	Temps de jeu avec les parents	143
2.1.7	Sentiment global de l'enfance	143
2.1.8	Qualificatif pour cette période.....	144
2.1.9	Sentiment global de l'adolescence	144
2.1.10	Dialogue avec les parents à l'adolescence	144
2.2	Variables statistiquement non significatives mais présentant un intérêt pour notre étude	146
2.3	Conclusion sur la période d'enfance et d'adolescence	146
3.	Période avant le cancer	146
3.4	Variables statistiquement significatives	147
3.4.11	Partage en famille élargie.....	147
4.	Pendant le cancer.....	147
4.1	Variables statistiquement significatives	147
4.1.1	Situation relationnelle familiale.....	147
4.1.2	Soutien par le conjoint.....	148
4.2	Variables non significatives statistiquement mais présentant un intérêt pour notre étude	149
5.	Après le cancer	149
5.1	Variables significatives statistiquement présentant un intérêt pour notre étude	149
5.1.1	Le cancer, facteur de réflexion essentielle forte ?	149
5.1.2	Connaissance de l'histoire familiale.....	150
5.1.3	Climat familial aujourd'hui.....	151
5.1.4	Partage aujourd'hui en famille.....	152
5.2	Variables non significatives statistiquement mais présentant un intérêt pour notre étude	152
6.	Conclusion générale des entretiens	153

C) Test de Rorschach : résultats des psychogrammes des groupes global (des 50 cas), léger et sévère155

1.	Les trois psychogrammes	155
2.	Productivité	159
2.1	Temps	159
2.2	Nombre de réponses	159
2.3	Temps moyen par réponse.....	160
2.4	Temps de latence moyen par planche.....	161
2.5	Temps moyen d'un test.....	161
2.6	Répartition des réponses par rapport aux normes.....	162
3.	Modes d'appréhension	163
3.1	Le G%.....	163
3.1.1	Les différents G%	163
3.1.2	Répartition du G% par rapport aux normes.....	164
3.2	D%.....	165
3.2.1	Répartition du D% par rapport aux normes.....	166
3.3	Dd%.....	166
3.3.1	Répartition du Dd% par rapport aux normes.....	167
3.4	Dbl & Dbl/D.....	167
4.	Les déterminants.....	168
4.1	Le F%.....	168
4.1.1	Répartition du F% par rapport aux normes	169
4.2	Le F% élargi.....	169
4.2.1	Répartition du F% élargi.....	170
4.3	Le F+%.....	170
4.3.1	Répartition du F+%.....	171
4.4	Le F+% élargi	171
4.4.1	Commentaires des F.....	172

4.5	RC%.....	173
4.6	Le Type de Résonance Intime	173
4.7	Les kinesthésies	174
4.8	Les déterminants sensoriels	174
4.8.1	Les réponses couleur : Les réponses FC, CF et C	174
4.8.2	Les réponses estompage : FE, EF et E	175
5.	Les contenus.....	175
5.1	H% et H% élargi	175
5.1.1	Répartition du H% et du H% élargi.....	176
5.2	Hd et (Hd)	177
5.3	A% et A% élargi.....	178
5.3.1	Répartition du A%	179
5.4	Ad et (Ad).....	180
5.5	Les autres contenus.....	180
5.6	Les barrières et pénétrations.....	183
5.7	Les Banalités et originalités et chocs-refus.....	184
5.8	L'indice d'angoisse	184
5.8.1	Répartition de l'Indice d'Angoisse	185
6.	Analyse du Rorschach global en lien avec la problématique identitaire de notre population ..	185
6.1	Limites corporelles.....	185
6.2	Narcissisme et relation d'objet.....	186
7.	Conclusion générale de ce test.....	188
III	ILLUSTRATION PAR UN CAS CLINIQUE.....	190
A)	Présentation.....	190
B)	Anamnèse de Chloé 48 ans : cancer sein gauche à 38 ans	191
1.	Antécédents familiaux	191
2.	Mme naît dans une famille bourgeoise,	191
3.	Relations à la mère.....	192
4.	Relations au père	192
5.	Relations à la fratrie	193
6.	Les émotions	193
7.	Sa place d'enfant et jeux et échanges avec les parents.....	194
8.	L'adolescence	196
9.	D'un point de vue professionnel.....	197
10.	Entrée dans la vie d'adulte et déroulement de la vie avant le cancer	197
11.	Prise de conscience de tout cela avant le cancer ?	198
12.	Modifications de vie et des relations après le cancer	200
13.	Aujourd'hui, relation au conjoint et aux enfants, à ses parents et fratrie	201
14.	Les émotions aujourd'hui	205
15.	Ce qu'elle sait de l'histoire de ses parents	205
16.	Investissements socioculturels	206
17.	Les rêves.....	207
18.	Ses dépendances.....	207
19.	Comment elle se décrit	207
20.	La représentation du cancer et ressenti	208
21.	Besoin de reconnaissance	208
22.	Reconnue en tant qu'être humain avec des désirs.....	209
23.	Le cancer comme un message ?	209
C)	Tableau des évènements de vie de Chloé selon la méthode de Jean Benjamin Stora...209	
D)	Analyse des trois entretiens	213
1.	Sur la forme	213
2.	Sur le contenu	216
2.1	L'enfance et l'adolescence	216
2.2	Avant le cancer	217

2.3	Période du cancer	218
2.4	L'après cancer jusqu'à aujourd'hui.....	220
3.	Dynamique associative de Chloé.....	223
4.	Conclusion magistrale de Chloé	226
E)	Résultats de la grille simplifiée du Pr Stora	227
F)	Résultats du test de Rorschach de Chloé	231
1.	Les planches de Rorschach et leurs cotations	231
2.	Psychogramme obtenu avec EasyRorschach.....	247
2.1	Analyse formelle du test de Rorschach	248
2.1.1	Verbalisation	248
2.1.2	Productivité et temps.....	248
2.1.2.1	Productivité :	248
2.1.2.2	Temps total.....	248
2.1.3	Les modes d'appréhension	249
2.1.3.1	Le G%	249
2.1.3.2	Le D%.....	249
2.1.4	Les déterminants.....	250
2.1.4.1	Les réponses formelles	250
2.1.4.2	Les kinesthésies :	250
2.1.4.3	Le TRI	251
2.1.4.4	Les CF, les FC, les FE et les FClob	251
2.1.4.5	Le RC%.....	251
2.1.5	Les contenus	251
2.1.5.1	Les banalités	251
2.1.5.2	H% et H% élargi	251
2.1.5.3	A% & A% élargi	252
2.1.5.4	Hd et Ad	252
2.1.5.5	Les autres contenus.....	252
2.1.6	Barrières et pénétrations	253
2.1.7	L'indice d'angoisse	253
3.	Analyse du test de Rorschach en lien avec la problématique identitaire du sujet	253
3.2	Limites corporelles :	253
3.3	Narcissisme et relation d'objet.....	254
3.4	Identité sexuée	255
4.	Conclusion du test de Rorschach de Chloé	257
G)	Synthèse Clinique Globale de Chloé	258
1.	Son discours et son test de Rorschach	258
2.	Retour à la problématique	260
3.	Discussion du cas de Chloé.....	261
RETOUR AUX HYPOTHESES & DISCUSSION		266
I	Discussion théorico-clinique	267
A)	Obstacles rencontrés	267
B)	Analyse des résultats	268
1.	Les résultats de la grille simplifiée de JBS Stora	268
2.	Les résultats des entretiens	269
2.5	Age au cancer (variable P1 de la grille d'entretien)	270
2.6	Les émotions : notion d'alexithymie et de pensée opératoire	271
3.	Le test de Rorschach	276
3.7	Tableau comparatif de Chloé avec le groupe global	276
3.8	Commentaires du tableau :	277
3.8.8	Une diminution du flux vital et des assises identitaires	277
3.8.9	Une hyper adaptabilité à la réalité externe	279

3.8.10	Un moi insuffisamment fort pour affronter le monde	279
3.8.11	Une fragilité de l'enveloppe corporelle	280
3.8.12	Narcissisme et relation d'objet	281
4.	Pour aller plus loin dans la discussion	283
CONCLUSION GENERALE		288
<i>I</i>	Conclusion et perspectives.....	289
A)	Conclusion.....	289
B)	Perspectives	294
BIBLIOGRAPHIE		296
OUVRAGES		297
ARTICLES		303
DOCUMENTS ACCESSIBLES SUR INTERNET		308
SITES INTERNET		312
LISTE DES LOGICIELS RORSCHACH.....		313
DIVERS		313
INDEX.....		314
A)	Index des figures	315
B)	Index des tableaux.....	316
TABLE DES MATIERES		317
ANNEXES.....		1
A)	Modèle du questionnaire pour entretiens	3
B)	CD des dossiers avec entretiens (en dernière page)	10
C)	Les 23 points extraits du questionnaire	10
D)	Les trois entretiens de Chloé	11
1.	1er entretien Le mercredi 14 novembre 2007 à 14h30 (28')	11
2.	2ème entretien Le mercredi 29 novembre 2007 à 14h30 (1h16')	34
3.	3ème entretien Le 19 décembre 2007 à 16h (5'34'')	81
E)	Modèle de fiche de consentement	85
F)	Exemple d'étude psychosomatique selon Jean Benjamin Stora	86
1.	Observation somatique	86
1.1	Dans l'enfance et l'adolescence :	86
1.2	Adulte	86
2.	Observation psychosomatique.....	86
2.1	Dans l'enfance et l'adolescence :	86
2.2	Adulte	87
3.	Elaboration psychosomatique.....	88
3.1	Sur la forme	88
3.1.1	Tableau des événements de vie de Martine	89
3.2	Sur le fond : Evaluation du fonctionnement psychosomatique au moyen de la grille du Pr JB. Stora 92	
3.2.1	Fonctionnement et dysfonctionnement psychiques	92
3.2.1.1	Processus et mécanismes psychiques	92
3.2.1.1.1	Axe 1-A :	92

3.2.1.1.1.1	La relation d'objet :	92
3.2.1.1.1.2	La dimension narcissique :	92
3.2.1.1.1.3	Dimension masochique : Fragilité du noyau masochique	92
3.2.1.1.1.4	Evaluation de l'épaisseur du préconscient	93
3.2.1.1.2	Axe 1-B :	93
3.2.1.1.2.1	Angoisses	93
3.2.1.1.2.2	Deuils	93
3.2.1.1.2.3	Dépression	94
3.2.1.1.2.4	Traumatismes	94
3.2.1.1.2.5	Influence de la culture sur le psychisme	94
3.2.1.1.3	Axe 1-C :	94
3.2.1.1.3.6	Fixations somatiques	94
3.2.1.1.3.7	Fixations psychiques	95
3.2.1.1.3.8	Mécanismes de défense	95
3.2.1.1.4	Axe 2-A	95
3.2.1.1.4.1	Traits de caractère	95
3.2.1.1.5	Axe 2-B	95
3.2.1.1.5.1	Activités sublimatoires	95
3.2.1.1.1	Prévalence des comportements.....	96
3.2.1.1.2	Capacité d'expression des affects	96
3.2.1.1.3	Risque lié à l'environnement.....	96
3.2.1.1.4	Organisation psychique : structure fonctionnelle.....	96
3.2.1.1.5	Risque somatique.....	97
3.2.1.1.6	Evaluation globale du risque psychosomatique.....	97
3.2.1.1.7	Essai d'élaboration psychosomatique :	97
4.	Résumé.....	99
G)	Schéma de Selye : Axe HHS	100

ANNEXES

PLAN DES ANNEXES

A) MODELE DU QUESTIONNAIRE POUR ENTRETIENS

B) LES TROIS ENTRETIENS DE CHLOE

- **1^{ER} ENTRETIEN**
- **2^{IEME} ENTRETIEN**
- **3^{IEME} ENTRETIEN**

C) MODELE DE FICHE DE CONSENTEMENT

D) EXEMPLE D'ETUDE PSYCHOSOMATIQUE SELON JEAN BENJAMIN STORA



A) Modèle du questionnaire pour entretiens

Présentation	
<p>1. Age à la survenue du cancer <input type="text"/> La réponse doit être comprise entre 25 et 80.</p> <p>2. Côté du cancer <input type="checkbox"/> 1. Droit <input type="checkbox"/> 2. Gauche Vous pouvez cocher plusieurs cases.</p> <p>3. Mode de découverte <input type="checkbox"/> 1. Mammographie systématique <input type="checkbox"/> 2. Médecin <input type="checkbox"/> 3. Détection personnelle Vous pouvez cocher plusieurs cases.</p>	<p>4. Traitement <input type="checkbox"/> 1. Chirurgie partielle <input type="checkbox"/> 2. Mammectomie <input type="checkbox"/> 3. Chimiothérapie <input type="checkbox"/> 4. Radiothérapie <input type="checkbox"/> 5. Hormonothérapie <input type="checkbox"/> 6. Reconstruction Vous pouvez cocher plusieurs cases.</p>
Enfance et Adolescence	
<p>5. Place dans la fratrie <input type="text"/> La réponse doit être comprise entre 1 et 12.</p> <p>6. Maladies notables dans l'enfance et l'adolescence <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non</p> <p>7. Événements traumatiques marquants dans l'enfance et l'adolescence <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non</p> <p>8. A été allaitée ? <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. Sa mère n'a pas réussi <input type="checkbox"/> 4. Ne sait pas</p> <p>9. Relation à la mère dans l'enfance <input type="checkbox"/> 1. -3Violente <input type="checkbox"/> 2. -2Insécurisante : <input type="checkbox"/> 3. -1Distante ou autoritaire <input type="checkbox"/> 4. 0Assez bonne : Mère assez disponible <input type="checkbox"/> 5. 1Bonne <input type="checkbox"/> 6. 2Très bonne</p> <p>10. Relation au substitut de la mère <input type="checkbox"/> 1. -3Violente <input type="checkbox"/> 2. -2Insécurisante <input type="checkbox"/> 3. -1Distante ou autoritaire <input type="checkbox"/> 4. 0Normative : Substitut plutôt disponible <input type="checkbox"/> 5. 1Plutôt bonne <input type="checkbox"/> 3. 0Normatif</p> <p>11. Relation au père <input type="checkbox"/> 1. -3Violente <input type="checkbox"/> 2. -2Insécurisante <input type="checkbox"/> 3. -1Distante ou autoritaire <input type="checkbox"/> 4. 0Normative : Père assez disponible <input type="checkbox"/> 5. 1Plutôt bonne</p>	<p><input type="checkbox"/> 6. 2Chaleureuse <input type="checkbox"/> 7. Sans objet</p> <p>12. Relation à la fratrie <input type="checkbox"/> 1. 1Harmonieuse <input type="checkbox"/> 2. 0Normative : Possibilité de partage dans la fratrie <input type="checkbox"/> 3. -1Tendue <input type="checkbox"/> 4. -2Très difficile <input type="checkbox"/> 5. -3Violente <input type="checkbox"/> 6. Sans objet</p> <p>13. Possibilité d'exprimer les émotions dans l'enfance et l'adolescence <input type="checkbox"/> 1. 2Très bonne <input type="checkbox"/> 2. 1Bonne <input type="checkbox"/> 3. 0Normale : Possibilité d'exprimer modérément les émotions <input type="checkbox"/> 4. -1Restreinte <input type="checkbox"/> 5. -2Très restreinte <input type="checkbox"/> 6. -3Répression majeure</p> <p>14. Climat familial global dans l'enfance <input type="checkbox"/> 1. -3Toxique <input type="checkbox"/> 2. -2Mauvais <input type="checkbox"/> 3. -1Tendu <input type="checkbox"/> 4. 0Normatif <input type="checkbox"/> 5. 1Plutôt bon <input type="checkbox"/> 6. 2Bon <input type="checkbox"/> 7. 3Très bon : Épanouissement</p> <p>15. Sentiment d'avoir eu sa place d'enfant <input type="checkbox"/> 1. 2Oui <input type="checkbox"/> 2. 1Hésitation : Difficultés à se prononcer <input type="checkbox"/> 3. 0Non</p> <p>16. Dialogue avec les parents dans l'enfance <input type="checkbox"/> 1. 3Très bon <input type="checkbox"/> 2. 2Bon <input type="checkbox"/> 3. 1Plutôt bon <input type="checkbox"/> 4. 0 Normatif : Échanges possibles mais limités</p>

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 5. -1Difficile <input type="checkbox"/> 6. -2Très difficile <input type="checkbox"/> 7. -3Inexistant <p>17. Temps de jeux avec les parents</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Un peu <input type="checkbox"/> 3. Très peu <input type="checkbox"/> 4. Non <p>18. Sentiment global de l'enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 2Très positif <input type="checkbox"/> 2. 1Positif <input type="checkbox"/> 5. -2Amer : Pas heureux <p>19. Qualificatif pour l'enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 2Très heureuse <input type="checkbox"/> 2. 1Plutôt heureuse <input type="checkbox"/> 3. 0Banale : Sans trop de problèmes <input type="checkbox"/> 4. -1On était pas malheureux <input type="checkbox"/> 5. -2Triste <input type="checkbox"/> 6. -3Difficile <input type="checkbox"/> 7. -4Très difficile <p>20. Crise d'adolescence</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 0Inexistante <input type="checkbox"/> 2. 1Discrète 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 3. 2Normative : Quelques oppositions, sans plus <input type="checkbox"/> 4. 3Forte <input type="checkbox"/> 5. 4Violente : Conflits forts et constants et diverses manifestations autres (drogue, anorexie ...) <p>21. Sentiment global de l'adolescence</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 2Très positif <input type="checkbox"/> 2. 1Positif <input type="checkbox"/> 3. 0Normatif : Sans grands heurts ou manifestations autres <input type="checkbox"/> 4. -1Plutôt négatif <input type="checkbox"/> 5. -2Amer <p>22. Dialogue avec les parents à l'adolescence</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 3Très bon <input type="checkbox"/> 2. 2Bon <input type="checkbox"/> 3. 1Plutôt bon <input type="checkbox"/> 4. 0 Normatif : Échanges possibles mais limités <input type="checkbox"/> 5. -1Difficile <input type="checkbox"/> 6. -2Très difficile <input type="checkbox"/> 7. -3Inexistant
--	---

Avant le cancer

<p>23. Événements marquants avant le cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Perte d'êtres chers <input type="checkbox"/> 2. Divorce <input type="checkbox"/> 3. Rupture ou séparation <input type="checkbox"/> 4. Tension relationnelle / conjoint <input type="checkbox"/> 5. Maladie grave d'être cher <input type="checkbox"/> 6. Souci fort par rapport à un/des enfant(s) <input type="checkbox"/> 7. Addiction d'un membre de la famille <input type="checkbox"/> 8. Licenciement <input type="checkbox"/> 9. Perte d'un animal de compagnie <input type="checkbox"/> 10. Autres <input type="checkbox"/> 11. Néant : Pas d'événements marquants <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).</p> <p>24. Antécédents 1 : de cancer du sein</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Mère <input type="checkbox"/> 2. Grand-mère maternelle <input type="checkbox"/> 3. Grand-mère paternelle <input type="checkbox"/> 4. Sœur <input type="checkbox"/> 5. Tante <input type="checkbox"/> 6. Cousine <input type="checkbox"/> 7. Ne sait pas <input type="checkbox"/> 8. Néant : Pas d'antécédents de cancer du sein <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).</p> <p>25. Antécédents 2 : d'autres cancers</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Mère <input type="checkbox"/> 2. Père <input type="checkbox"/> 3. Grand-mère maternelle <input type="checkbox"/> 4. Grand-père maternel <input type="checkbox"/> 5. Grand-mère paternelle <input type="checkbox"/> 6. Grand-père paternel <input type="checkbox"/> 7. Frère 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 8. Sœur <input type="checkbox"/> 9. Tante <input type="checkbox"/> 10. Oncle <input type="checkbox"/> 11. Cousin <input type="checkbox"/> 12. Cousine <input type="checkbox"/> 13. Ne sait pas <input type="checkbox"/> 14. Néant : Pas d'antécédents d'autres cancers <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (8 au maximum).</p> <p>26. Antécédents 3 d'autres pathologies graves</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Mère <input type="checkbox"/> 2. Père <input type="checkbox"/> 3. Grand-mère maternelle <input type="checkbox"/> 4. Grand-père maternel <input type="checkbox"/> 5. Grand-mère paternelle <input type="checkbox"/> 6. Grand-père paternel <input type="checkbox"/> 7. Frère <input type="checkbox"/> 8. Sœur <input type="checkbox"/> 9. Ne sait pas <input type="checkbox"/> 10. Néant <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (8 au maximum).</p> <p>27. Autres maladies notables avant le cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <p>28. Facteurs étiologiques potentiels</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. RAS <input type="checkbox"/> 2. Stress <input type="checkbox"/> 3. Fatigue <input type="checkbox"/> 4. Autres maladies <input type="checkbox"/> 5. Ennuis notables <input type="checkbox"/> 6. Licenciement
---	--

<p><input type="checkbox"/> 7. Autres Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).</p> <p>29. Entrée dans la vie adulte <input type="checkbox"/> 1. 1Facile <input type="checkbox"/> 2. 0Normatif : Sans problèmes notables <input type="checkbox"/> 3. -1Un peu difficile <input type="checkbox"/> 4. -2Difficile : Avec ennuis de santé par exemple Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).</p> <p>30. Rencontre avec le conjoint <input type="checkbox"/> 1. 1Facile <input type="checkbox"/> 2. 0Normatif <input type="checkbox"/> 3. -1Un peu difficile <input type="checkbox"/> 4. -2Difficile <input type="checkbox"/> 5. Sans objet : Célibataire</p> <p>31. Rencontre avec la conjointe (Lesbienne) <input type="checkbox"/> 1. 1Facile <input type="checkbox"/> 2. 0Normatif <input type="checkbox"/> 3. -1Un peu difficile <input type="checkbox"/> 4. -2Difficile <input type="checkbox"/> 5. Sans objet</p> <p>32. A des enfants? <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non</p> <p>33. Arrivée des enfants <input type="checkbox"/> 1. 1Facile <input type="checkbox"/> 2. 0Normatif : Sans problèmes notables <input type="checkbox"/> 3. -1Un peu difficile <input type="checkbox"/> 4. -2Difficile <input type="checkbox"/> 5. Sans objet</p> <p>34. Madame a allaité? <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <input type="checkbox"/> 3. N'a pas réussi <input type="checkbox"/> 4. Sans enfant</p>	<p>35. Partage en famille élargie <input type="checkbox"/> 1. Très satisfaisant <input type="checkbox"/> 2. Satisfaisant <input type="checkbox"/> 3. Normatif : Échanges possibles mais limités <input type="checkbox"/> 4. Peu satisfaisant <input type="checkbox"/> 5. Très insatisfaisant <input type="checkbox"/> 6. Sans objet : Rupture de liens familiaux</p> <p>36. Entrée dans la profession <input type="checkbox"/> 1. 1Facile <input type="checkbox"/> 2. 0Normatif : Études, emplois en continuité <input type="checkbox"/> 3. -1Un peu difficile <input type="checkbox"/> 4. -2Difficile <input type="checkbox"/> 5. Sans objet</p> <p>37. Métier <input type="checkbox"/> 1. 2Très valorisant <input type="checkbox"/> 2. 1Valorisant <input type="checkbox"/> 3. 0Banal <input type="checkbox"/> 4. -1Peu valorisant <input type="checkbox"/> 5. -2Très peu valorisant <input type="checkbox"/> 6. Sans objet : Ne travaille pas</p> <p>38. Conditions de travail <input type="checkbox"/> 1. 1Sereines <input type="checkbox"/> 2. 0Normatives : Sans problèmes majeurs <input type="checkbox"/> 3. -1Pression hiérarchique <input type="checkbox"/> 4. -2Forte pression hiérarchique <input type="checkbox"/> 5. -3Harcèlement hiérarchique <input type="checkbox"/> 6. -1Pression des collègues <input type="checkbox"/> 7. -2Forte pression des collègues <input type="checkbox"/> 8. -3Harcèlement des collègues <input type="checkbox"/> 9. Sans objet : Ne travaille pas Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).</p>
Pendant le cancer	
<p>39. Événements marquants à vivre pendant le cancer <input type="checkbox"/> 1. Perte d'êtres chers <input type="checkbox"/> 2. Divorce <input type="checkbox"/> 3. Tension relationnelle/conjoint <input type="checkbox"/> 4. Souci fort par rapport à un/des enfant(s) <input type="checkbox"/> 5. Addiction d'un membre de la famille <input type="checkbox"/> 6. Autres <input type="checkbox"/> 7. Néant : Pas d'événements marquants Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).</p> <p>40. Autres maladies notables pendant le cancer <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non</p> <p>41. Vécu du cancer <input type="checkbox"/> 1. Dénigré <input type="checkbox"/> 2. Sans importance <input type="checkbox"/> 3. Peu important : Une maladie comme une autre</p>	<p><input type="checkbox"/> 4. Important <input type="checkbox"/> 5. Très important <input type="checkbox"/> 6. Traumatique : Au sens physique et psychique</p> <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).</p> <p>42. Situation relationnelle familiale au moment du cancer <input type="checkbox"/> 1. 1Sereine <input type="checkbox"/> 2. 0Normatif <input type="checkbox"/> 3. -1Difficile <input type="checkbox"/> 4. -2Très difficile <input type="checkbox"/> 5. -3Dramatique</p> <p>43. Soutien par le conjoint <input type="checkbox"/> 1. 2Très bon <input type="checkbox"/> 2. 1Bon <input type="checkbox"/> 3. 0Minimal</p>

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 4. -1Pas de soutien <input type="checkbox"/> 5. -2Influence négative <input type="checkbox"/> 6. Sans objet <p>44. Soutien par les enfants</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 2Très bon <input type="checkbox"/> 2. 1Bon <input type="checkbox"/> 3. 0Minimal <input type="checkbox"/> 4. -1Pas de soutien <input type="checkbox"/> 5. -2Influence négative <input type="checkbox"/> 6. Sans objet <p>45. Soutien par la famille élargie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 2Très bon <input type="checkbox"/> 2. 1Bon <input type="checkbox"/> 3. 0Minimal <input type="checkbox"/> 4. -1Pas de soutien <input type="checkbox"/> 5. -2Influence négative <p>46. Soutien par les amis</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 2Très bon <input type="checkbox"/> 2. 1Bon <input type="checkbox"/> 3. 0Minimal <input type="checkbox"/> 4. -1Pas de soutien <input type="checkbox"/> 5. -2Influence négative <p>47. Impact du cancer sur la vie familiale in situ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 0Minime <input type="checkbox"/> 2. 1Moyenne <input type="checkbox"/> 3. 2Forte <input type="checkbox"/> 4. 3Catastrophique <p>48. Répercussions positives du cancer sur la famille in situ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 0Néant <input type="checkbox"/> 2. 1Légères <input type="checkbox"/> 3. 2Notables <input type="checkbox"/> 4. 3Exceptionnelles 	<p>49. Événements difficiles à vivre au plan professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Licenciement <input type="checkbox"/> 2. Mauvaise ambiance <input type="checkbox"/> 3. Harcèlement <input type="checkbox"/> 4. Stress propre au travail <input type="checkbox"/> 5. Perte d'un collègue <input type="checkbox"/> 6. Néant <input type="checkbox"/> 7. Sans objet <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).</p> <p>50. Répercussions du cancer sur la vie professionnelle in situ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 1Positives <input type="checkbox"/> 2. 0Néant <input type="checkbox"/> 3. -1Minimes <input type="checkbox"/> 4. -2Gênantes <input type="checkbox"/> 5. -3Graves <input type="checkbox"/> 6. Sans objet <p>51. Situation relationnelle professionnelle au moment du cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 1Sereines <input type="checkbox"/> 2. 0Normatives : Échanges possibles sans plus <input type="checkbox"/> 3. -1Difficiles <input type="checkbox"/> 4. -2Très difficiles <input type="checkbox"/> 5. -3Harcèlement <input type="checkbox"/> 6. Sans objet
--	--

L'après cancer

<p>52. Événements marquants à vivre après le cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Perte d'êtres chers <input type="checkbox"/> 2. Divorce <input type="checkbox"/> 3. Rupture ou séparation <input type="checkbox"/> 4. Tension relationnelle / conjoint <input type="checkbox"/> 5. Maladie grave d'être chers <input type="checkbox"/> 6. Souci fort par rapport à un/des enfant(s) <input type="checkbox"/> 7. Addiction d'un membre de la famille <input type="checkbox"/> 8. Perte d'un animal de compagnie <input type="checkbox"/> 9. Autres <input type="checkbox"/> 10. Sans objet <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).</p> <p>53. Autres pathologies après le cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Néant <input type="checkbox"/> 2. Récidive du cancer <input type="checkbox"/> 3. Autre cancer différent <input type="checkbox"/> 4. Dépression <input type="checkbox"/> 5. Maladie grave aiguë <input type="checkbox"/> 6. Maladie grave chronique <input type="checkbox"/> 7. Maladie aiguë banale <input type="checkbox"/> 8. Maladie chronique banale <input type="checkbox"/> 9. Accident 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 10. Autres <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (6 au maximum).</p> <p>54. Impact du cancer sur la vie familiale aujourd'hui</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 0Minime <input type="checkbox"/> 2. 1Moyenne <input type="checkbox"/> 3. 2Forte <input type="checkbox"/> 4. 3Catastrophique : Importante dégradation familiale <p>55. Répercussions positives du cancer sur la famille aujourd'hui</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 0Néant <input type="checkbox"/> 2. 1Légères <input type="checkbox"/> 3. 2Notables : Meilleure qualité relationnelle familiale <input type="checkbox"/> 4. 3Exceptionnelles <p>56. Qualifieriez-vous votre cancer de traumatique physiquement?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Un peu <input type="checkbox"/> 3. Non
--	---

<p>57. Qualifieriez-vous votre cancer de traumatique psychiquement?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Un peu <input type="checkbox"/> 3. Non <p>58. Capacité à se projeter dans l'avenir</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 2Très bonne <input type="checkbox"/> 2. 1Bonne <input type="checkbox"/> 3. 0Fragile <input type="checkbox"/> 4. -1Très faible <input type="checkbox"/> 5. -2 Déprimée <p>59. Dialogue avec les parents aujourd'hui</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 3Très bon <input type="checkbox"/> 2. 2Bon <input type="checkbox"/> 3. 1Plutôt bon <input type="checkbox"/> 4. 0 Normatif : Échanges possibles <input type="checkbox"/> 5. -1Difficile <input type="checkbox"/> 6. -2Très difficile <input type="checkbox"/> 7. -3Inexistant <input type="checkbox"/> 8. Sans objet : Rupture de liens ou décès des parents <p>60. Le cancer a-t-il été facteur d'une réflexion existentielle forte?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <p>61. Y avait-il eu auparavant d'autres occasions d'une telle réflexion existentielle?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non <p>62. Possibilités de partage des émotions</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Avec le conjoint <input type="checkbox"/> 2. Avec les enfants <input type="checkbox"/> 3. Avec les frères et sœurs <input type="checkbox"/> 4. Avec les parents <input type="checkbox"/> 5. Avec les ami(e)s <input type="checkbox"/> 6. Avec un psy <input type="checkbox"/> 7. Peu de possibilités de les partager <input type="checkbox"/> 8. Obligation de les assumer seule <input type="checkbox"/> 9. A du mal à en parler <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).</p> <p>63. Difficultés par rapport aux émotions</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Les ressentir <input type="checkbox"/> 2. Les montrer <input type="checkbox"/> 3. Les partager <input type="checkbox"/> 4. Sans difficulté : Peut en parler sans problèmes <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).</p> <p>64. Relation au conjoint aujourd'hui</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 2Très satisfaisante <input type="checkbox"/> 2. 1Satisfaisante <input type="checkbox"/> 3. 0Normative <input type="checkbox"/> 4. -1Médiocre <input type="checkbox"/> 5. -2Difficile <input type="checkbox"/> 6. -3Très difficile (violente, malsaine...) <input type="checkbox"/> 7. Inexistantes <input type="checkbox"/> 8. Sans objet 	<p>65. Relation aux enfants aujourd'hui</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 2Très satisfaisante <input type="checkbox"/> 2. 1Satisfaisante <input type="checkbox"/> 3. 0Normative <input type="checkbox"/> 4. -1Médiocre <input type="checkbox"/> 5. -2Difficile <input type="checkbox"/> 6. -3Très difficile (violente, malsaine...) <input type="checkbox"/> 7. Sans objet <p>66. Connaissance de l'histoire de ses parents</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 1Bonne <input type="checkbox"/> 2. 0Normative <input type="checkbox"/> 3. -1Faible <input type="checkbox"/> 4. -2Ignorance importante <p>67. Climat familial aujourd'hui</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. -3Toxique <input type="checkbox"/> 2. -2Mauvais <input type="checkbox"/> 3. -1Tendu <input type="checkbox"/> 4. 0Normatif : Échanges possibles <input type="checkbox"/> 5. 1Plutôt bon <input type="checkbox"/> 6. 2Bon <input type="checkbox"/> 7. 3Très bon <p>68. Répercussions du cancer sur la vie professionnelle aujourd'hui</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 1Positives <input type="checkbox"/> 2. 0Néant <input type="checkbox"/> 3. -1Minimes <input type="checkbox"/> 4. -2Gênantes <input type="checkbox"/> 5. -3Graves <input type="checkbox"/> 6. Sans objet <p>69. Investissements culturels et activités sublimatoires</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Associatives <input type="checkbox"/> 2. Culturelles <input type="checkbox"/> 3. Sportives <input type="checkbox"/> 4. Municipales <input type="checkbox"/> 5. Artistiques <input type="checkbox"/> 6. Autres <input type="checkbox"/> 7. Aucune <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (6 au maximum).</p> <p>70. Dépendances</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Alcool <input type="checkbox"/> 2. Tabac <input type="checkbox"/> 3. Drogue <input type="checkbox"/> 4. Médicaments <input type="checkbox"/> 5. Jeux <input type="checkbox"/> 6. Autres <input type="checkbox"/> 7. Aucune <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).</p> <p>71. Auto description</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Active <input type="checkbox"/> 2. Altruiste <input type="checkbox"/> 3. Angoissée <input type="checkbox"/> 4. Anxieuse <input type="checkbox"/> 5. Authentique <input type="checkbox"/> 6. Battante <input type="checkbox"/> 7. Câline <input type="checkbox"/> 8. Calme <input type="checkbox"/> 9. Caractère droit
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 10. Colères fréquentes <input type="checkbox"/> 11. Contrôlée <input type="checkbox"/> 12. Courageuse <input type="checkbox"/> 13. Curieuse au sens large <input type="checkbox"/> 14. Déprimée <input type="checkbox"/> 15. Directe <input type="checkbox"/> 16. Dynamique <input type="checkbox"/> 17. Écologiste <input type="checkbox"/> 18. Enjouée <input type="checkbox"/> 19. En retrait <input type="checkbox"/> 20. Exigeante <input type="checkbox"/> 21. Fatigable <input type="checkbox"/> 22. Fonceuse <input type="checkbox"/> 23. Froide <input type="checkbox"/> 24. Gaie <input type="checkbox"/> 25. Généreuse <input type="checkbox"/> 26. Gentille <input type="checkbox"/> 27. Hyperactive <input type="checkbox"/> 28. Hypersensible <input type="checkbox"/> 29. Indépendante <input type="checkbox"/> 30. Inquiète <input type="checkbox"/> 31. Jusqu'au boutiste <input type="checkbox"/> 32. Maniaque <input type="checkbox"/> 33. Matérialiste <input type="checkbox"/> 34. Mélancolique <input type="checkbox"/> 35. Négative <input type="checkbox"/> 36. Nerveuse <input type="checkbox"/> 37. Ne sais pas me défendre <input type="checkbox"/> 38. Optimiste <input type="checkbox"/> 39. Organisée <input type="checkbox"/> 40. Perfectionniste <input type="checkbox"/> 41. Pessimiste <input type="checkbox"/> 42. Positive <input type="checkbox"/> 43. Raisonnable <input type="checkbox"/> 44. Rancunière <input type="checkbox"/> 45. Réservée <input type="checkbox"/> 46. Rêveuse <input type="checkbox"/> 47. Sensible <input type="checkbox"/> 48. Sereine <input type="checkbox"/> 49. Sincère <input type="checkbox"/> 50. Sociable <input type="checkbox"/> 51. Spontanée <input type="checkbox"/> 52. Soupe au lait <input type="checkbox"/> 53. Stressée <input type="checkbox"/> 54. Sympathique <input type="checkbox"/> 55. Toujours insatisfaite <input type="checkbox"/> 56. Tourmentée <input type="checkbox"/> 57. Une joie de vivre <input type="checkbox"/> 58. Violente <input type="checkbox"/> 59. Vive <input type="checkbox"/> 60. Volontaire <input type="checkbox"/> 61. Besoin souvent de changement <input type="checkbox"/> 62. N'aime pas se plaindre <input type="checkbox"/> 63. Ne se laisse pas faire <input type="checkbox"/> 64. A l'écoute des autres <input type="checkbox"/> 65. Rumine les choses <input type="checkbox"/> 66. Speed <input type="checkbox"/> 67. De bonne humeur <input type="checkbox"/> 68. Je suis maman <input type="checkbox"/> 69. Difficultés à se décrire <input type="checkbox"/> 70. Tactile <input type="checkbox"/> 71. Pas compliquée <input type="checkbox"/> 72. Solide <input type="checkbox"/> 73. Vivante <input type="checkbox"/> 74. Dure envers elle <input type="checkbox"/> 75. Honnête <input type="checkbox"/> 76. Protectrice 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 77. N'aime pas la solitude <input type="checkbox"/> 78. Autoritaire <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (10 au maximum).</p> <p>72. Facilité à se souvenir des rêves nocturnes</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 2Très bonne <input type="checkbox"/> 2. 1Bonne <input type="checkbox"/> 3. 0Normative <input type="checkbox"/> 4. -1Rare <input type="checkbox"/> 5. -2Très rare <input type="checkbox"/> 6. Sans objet <p>73. Fréquence des cauchemars</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 0Jamais <input type="checkbox"/> 2. 1Rarement <input type="checkbox"/> 3. 2Occasionnellement <input type="checkbox"/> 4. 3Assez souvent <input type="checkbox"/> 5. 4Très souvent <input type="checkbox"/> 6. Sans objet <p>74. Imagination</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. 3Riche <input type="checkbox"/> 2. 2Moyenne <input type="checkbox"/> 3. 1Pauvre <input type="checkbox"/> 4. 0Absente <p>75. Nouvelle philosophie de vie depuis le cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. S'occuper plus de soi <input type="checkbox"/> 2. Aptitude à profiter de la vie <input type="checkbox"/> 3. Aller à l'essentiel <input type="checkbox"/> 4. A plus confiance en elle <input type="checkbox"/> 5. Meilleure image de soi <input type="checkbox"/> 6. Positionnement plus clair <input type="checkbox"/> 7. Ouverture au dialogue <input type="checkbox"/> 8. Apprendre à dire non <input type="checkbox"/> 9. Sentiment de meilleure reconnaissance actuelle comme être humain avec ses désirs <input type="checkbox"/> 10. Autres <input type="checkbox"/> 11. Néant <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (8 au maximum).</p> <p>76. Modifications dans les relations familiales et amicales</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Amélioration du dialogue <input type="checkbox"/> 2. Tri dans les relations <input type="checkbox"/> 3. Capacité nouvelle à se faire respecter <input type="checkbox"/> 4. Capacité nouvelle à créer des relations <input type="checkbox"/> 5. Autres <input type="checkbox"/> 6. Néant <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).</p> <p>77. Modifications des relations professionnelles?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Amélioration du dialogue <input type="checkbox"/> 2. Tri dans les relations <input type="checkbox"/> 3. Capacité nouvelle à se faire respecter <input type="checkbox"/> 4. Capacité nouvelle à créer des relations <input type="checkbox"/> 5. Autres <input type="checkbox"/> 6. Néant <input type="checkbox"/> 7. Sans objet <p>Vous pouvez cocher plusieurs cases (5 au maximum).</p>
---	---

78. Se sent reconnue

- 1. Oui dans la famille
- 2. Oui dans le travail
- 3. Oui ailleurs
- 4. Un peu dans la famille
- 5. Un peu dans le travail
- 6. un peu ailleurs
- 7. Non dans la famille
- 8. Non dans le travail
- 9. Non ailleurs
- 10. A du mal à répondre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

79. Les désirs

- 1. S'autorise maintenant à avoir des désirs
- 2. S'autorise mieux à les exprimer
- 3. Meilleure capacité à les faire reconnaître par l'entourage
- 4. A du mal à répondre à la question
- 5. Néant

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

80. Partage aujourd'hui en famille élargie

- 1. Très satisfaisant
- 2. Satisfaisant
- 3. Normatif
- 4. Peu satisfaisant
- 5. Très insatisfaisant
- 6. Sans objet

81. Image globale actuelle du cancer

- 1. Quelque chose qui vous tombe dessus
- 2. Une injustice
- 3. Un obstacle de plus
- 4. Réaction du corps/trop plein
- 5. Ouragan destructeur
- 6. Grand virage
- 7. Maladie comme les autres
- 8. Une tuile
- 9. Une épreuve
- 10. Un obstacle
- 11. Un sauveur
- 12. Une chance
- 13. Un mal pour un bien
- 14. Merci mon cancer
- 15. Quelque chose de positif
- 16. Quelque chose contre quoi se battre
- 17. Quelque chose qui me permet de ne plus culpabiliser/ne pas travailler
- 18. Quelque chose qui m'a donné une ouverture d'Esprit
- 19. Quelque chose de grave
- 20. Quelque chose à positiver
- 21. Résurgence de blessures d'enfance
- 22. L'expression d'un vide relationnel
- 23. Le mieux dans le pire
- 24. Un assommoir
- 25. Une alarme
- 26. Une autodestruction / ma mère
- 27. Un défi à relever
- 28. Un passage
- 29. Une histoire subie avec du déni
- 30. Une chose qui m'a fait avancer terriblement
- 31. Une malchance
- 32. Une saleté

- 33. Un coup d'arrêt
- 34. Un handicap momentané
- 35. Nouveau départ
- 36. S'apercevoir qu'on est mortelle
- 37. Autres
- 38. Un ami
- 39. Une grande remise en question
- 40. Une amélioration de la communication
- 41. Un petit accident de parcours
- 42. Une punition
- 43. Un dysfonctionnement des cellules
- 44. Un truc qui m'est tombé sur la tête
- 45. Une vacherie

Vous pouvez cocher plusieurs cases (8 au maximum).

82. Le cancer est-il un message?

- 1. Oui
- 2. Un peu
- 3. Non
- 4. Je ne sais pas

83. Si oui, quel est ce message?

- 1. Affirmer ma personnalité
- 2. Être plus attentive à moi
- 3. Être plus attentive à mon corps
- 4. Me permettre d'arrêter de courir
- 5. Vivre plus selon mes désirs et non plus en fonction de ceux des autres
- 6. Découvrir ses vrais amis et ses vraies valeurs
- 7. Pouvoir se battre / Quelque chose et s'en sortir
- 8. Prendre en compte le beau et le magique de ce cancer
- 9. Profiter plus de la vie
- 10. Se remettre en question
- 11. Vivre à son rythme
- 12. Voir la vie autrement
- 13. Un espoir de communication
- 14. L'impossibilité à sauver ma mère
- 15. Autres

B) CD des dossiers avec entretiens (en dernière page)

C) Les 23 points extraits du questionnaire

1. Antécédents familiaux
2. Milieu de naissance
3. Relations à la mère
4. Relations au père
5. Relations à la fratrie
6. Les émotions
7. Sa place d'enfant et jeux et échanges avec les parents
8. L'adolescence
9. Le point de vue professionnel
10. Entrée dans la vie d'adulte et déroulement de la vie avant le cancer
11. Prise de conscience de tout cela avant le cancer ?
12. Modifications de vie et des relations après le cancer
13. Aujourd'hui, relation au conjoint et aux enfants, à ses parents et fratrie
14. Les émotions aujourd'hui
15. Ce qu'elle sait de l'histoire de ses parents
16. Investissements socioculturels
17. Les rêves et l'imagination
18. Les dépendances
19. Comment Madame se décrit
20. La représentation du cancer et ressenti
21. Existe-t-il un besoin de reconnaissance ?
22. Est-elle reconnue en tant qu'être humain avec des désirs ?
23. Le cancer est-il perçu comme un message ?

D) Les trois entretiens de Chloé

Légende : Nous indiquons les thèmes plutôt positifs par 😊

les thèmes plutôt négatifs par 😞.

1. 1er entretien

Le mercredi 14 novembre 2007 à 14h30 (28')

(Chloé a été informée de notre double statut d'étudiante-chercheuse en psychologie et de psychologue).



Entretien	Thèmes & Remarques formelles	Commentaires
1) Psy : Cet entretien c'est un peu pour faire connaissance, c'est-à-dire, savoir comment vous me présentez la maladie, votre situation relationnelle, familiale en même temps, que je vous connaisse un petit peu.		
2) Chloé : Je vous présente les circonstances d'apparition ?		
3) Psy : C'est ça.		
4) Chloé : Alors, je vais... oui, ça m'est arrivé en 98, du côté gauche, j'avais donc 38 ans eah... ¹ voilà, j'avais mon travail, la pharmacie, j'avais quatre enfants, et le dernier avait un an. Euh... ¹ suite à ça, je me suis fait opérer, et ça, c'était en fin d'année, au mois de novembre et puis ensuite, chimiothérapie, radiothérapie, donc j'ai... ¹ j'ai plus pu travailler pendant un certain temps bien sûr au moins pendant tout le temps de la thérapie et pis voilà ¹ . Donc, j'ai pris... ¹ et, heureusement, mon frère était pharmacien aussi, donc, il est	THEMES : RELATION au travail 😊 Relation au conjoint 😞 Cancer / Changer de vie 😊 -Contexte de survenue de la maladie -« rester, avoir un pied	Chloé. nomme l'idée importante pour elle de garder « un pied dans le travail » (Impératif surmoïque : il faut tenir), évoque les enfants qui « étaient petits » et réaffirme à plusieurs reprises (4x) l'idée que « c'était une chose à laquelle [elle] ne pensait pas ». Cette thématique insistante


<p>venu me remplacer, ce qui m'a permis, quand même de me faire soigner, puis de rester, d'avoir un pied dans le travail quand même, en gros, c'est comme ça que ça s'est passé, euh...¹ au niveau familial, ben on... ...¹ que dire de plus, c'était pas très facile parce que les enfants étaient petits...¹ L'aîné, il avait 7 ans, 7 ans, 6 ans, 4 ½ ans et puis un an. C'est pas compliqué, mais BON¹, d'autant plus que je ne m'y attendais pas du tout² -je sais pas qui peut s'y attendre- mais, pour le coup, je ne m'y attendais pas du tout², non, parce que un an après l'accouchement, j'étais quand même suivie de façon soutenue et puis, honnêtement, c'est une chose à laquelle je ne pensais pas² et même, quand j'ai eu ma première biopsie, c'était en fait, en août, j'ai...¹ je me suis simplement sentie une petite boule que...¹ j'ai fait radiographier, j'ai eu, pas une biopsie, un prélèvement de ce petit truc par, par la radiologue et puis en fait, ce truc, s'était...¹ avéré négatif, donc, c'est revenu négatif, donc, jamais, jamais, je n'avais que pensé² que ça pouvait...¹ voilà. Et avant j'y pensais pas², mais comme ce truc est arrivé...¹ Après, j'avais rendez-vous chez le gynéco chez qui je vais d'habitude qui lui a regardé et a dit, allez hop, on va plus loin, on va s'occuper de ça tout de suite et puis voilà, il a pris une aiguille, il m'a enlevé euh...¹ un...¹ petit truc, biopsie, c'est parti à l'analyse, et puis, c'est revenu mauvais alors je suis repassée sur le billard et puis voilà, tout ça, ça s'est fait en 2 mois 1/2 quoi, voilà, la brève histoire³. Et une vie, pas qui bascule mais qui change, quoi. C'est vrai que, comme tout le monde, je crois que...¹ là, je visite des femmes qui</p>	<p>dans le travail quand même » -« au niveau familial, ben ... », «c'est pas compliqué, mais BON... », «d'autant plus que je ne m'y attendais pas du tout » -« une chose à laquelle je ne pensais pas » (4x) -« une vie, pas qui bascule, mais qui change » - Débit rapide - Chloé est tendue, nerveuse - ¹ Fluidité verbale un peu hachée -Phrases non terminées ² Insistance) - Débit très rapide, Chloé est tendue.)))</p>	<p>(« honnêtement » ne pas s'y attendre, ne pas pouvoir y penser...) sonne souvent comme une dénégation. Nous pouvons même suspecter un lapsus (« jamais, jamais, je n'avais que pensé que ça pouvait... »). Les dénégations globalement sont fréquentes (Ex : « une vie, pas qui bascule... »).</p>
--	---	--

		<p>contre la prise de conscience. D'ailleurs, l'évocation du suivi psychologique (appelé plus bas (E1-8) « pseudo-analyse ») est brève et dépréciative (E1-6 : « dans ces trucs-là, on, on voit tout ce qui s'est passé avant... »).</p> <p>Le stress est présenté comme « un état de dégradation supplémentaire » à un facteur initial qui reste énigmatique puisque non nommé (innommable ?).</p>
<p>7) Psy : Le stress comme l'a décrit Selye semble influencer...</p>		
<p>8) Chloé : Je pense, je pense¹ Quand on fait une pseudo analyse , une analyse du phénomène, c'est vrai que très souvent, tout revient à la surface, alors après, ça m'est arrivé un peu comme ça quoi, après, on attribue ça, on attribue à la relation parents... euh... enfant, ensuite euh...^{1,2} à la vie qu'on mène quoi, je pense que c'était surtout le vécu, surtout le vécu¹ euh...¹ enfance, enfance et adolescence, je pense pas maintenant, parce que les jeunes sont quand même plus euh...¹ plus ouverts, mais je pense que dans ma génération, on n'avait pas spécialement, euh...¹ de...¹ de discussions ouvertes avec les parents, donc, tout restait, je pense...¹ mais est-ce que ça s'est fait, est ce que ça s'est pas fait, bon...¹ ça passe³, voilà quoi.</p>	<p>THEMES : Relation à ses parents 🤔 Relation au conjoint 🤔</p> <p>-« pseudo analyse » -« relation parents... euh... enfants » -«la vie qu'on mène » -« enfance, enfance et adolescence, je pense pas maintenant »</p> <p>- ¹ Fluidité verbale hachée, répétitions</p>	<p>La répétition formelle du « Je pense, je pense » traduit paradoxalement une lutte contre la prise de conscience douloureuse (« pseudo analyse »...). Mme lutte, mais est ce que le cancer a permis de briser l'abcès ?</p> <p>Autre séquence intéressante : Chloé. a du mal à relier les deux termes « parents » & « enfants » ; ensuite elle évoque « la vie qu'on mène », ce qui pourrait l'amener à parler de son</p>


	<p>'mécaniques'</p> <p>- ² Tousse deux fois</p> <p>- ³ Rire</p>	<p>vécu présent (et donc notamment de sa relation de couple, quasiment jamais abordée au cours des trois entretiens...); on peut faire l'hypothèse que le vécu d'enfance « surtout, surtout » mentionné, s'il est lui-même en effet problématique, semble servir aussi ici de paravent pour ne pas évoquer l'actuel. La (dé-)structuration de ses phrases semble trahir des tentatives de retour de ce refoulé lorsqu'elle évoque « l'enfance », puis « l'enfance et l'adolescence » et s'arrête sur « je pense pas maintenant » que l'on peut entendre « je ne veux pas penser à maintenant»...</p>
<p>9) Psy : Et vous avez eu d'autres pathologies quand vous étiez plus jeune, d'autres maladies ?</p>		
<p>10) Chloé : Non, non, non...¹ jamais, c'est pour ça que...¹ ah, vraiment pas. Après, OUI¹, après, j'ai eu...¹ j'ai eu des conséquences de cette maladie, autres que cette maladie, une spondylarthrite ankylosante derrière, pouh...¹ Donc j'ai quand même eu quatre années un peu mouvementées quoi... Mais avant, non,</p>	<p>THEMES : Cancer et SPA</p> <p>-« spondylarthrite ankylosante derrière »</p> <p>-« Mais avant, non, jamais, franchement pas»</p>	<p>La spondylarthrite ankylosante, maladie systémique grave, est présentée de façon banalisante et comme faisant (naturellement ?!) partie « des conséquences de cette</p>


<p>jamais, franchement pas donc voilà.</p>	<p>- ¹ Fluidité et intonation verbale hachées, répétitions 'mécaniques'</p> <p>-Phrases non terminées</p>	<p>maladie » (le cancer) : celui-ci ne sert-il pas ici de paravent à la cause plus essentielle de tous ces maux ? (« franchement pas »... ?)</p>
<p>11) Psy : Est-ce que vous avez changé votre philosophie de vie depuis ce moment-là ?</p>		
<p>12) Chloé : Ben oui, oui... bon... parce que... ben déjà...¹ au niveau du travail, il y a eu des modifications, puisque je ne travaille plus qu'à temps partiel, hein ? Donc, ça c'est depuis là...¹ il y a eu un temps, une période eah...¹ c'est vrai eah...¹ dans les deux ans qui ont suivi où alors là, je voulais tout abandonner, tout vendre et puis faire carrément autre chose, en fait... ce que je...¹ ce qu'on voulait faire mon mari et moi, c'était euh, partir en Bourgogne et exploiter des vignes, mais ça n'a pas pu se faire, donc, ça s'est pas fait, donc, après j'ai, je, je...¹ suis restée ici, je me suis remis dans ce côté-là, mais c'est vrai qu'immédiatement après, c'était la rupture totale.</p>	<p>THEMES : Relation au travail 😊</p> <p>Changer de vie 🌍</p> <p>-« modifications (temps partiel) »</p> <p>-« je voulais tout abandonner, tout vendre et puis faire carrément autre chose »</p> <p>-« ce qu'on voulait faire mon mari et moi »</p> <p>-« je me suis remis dans ce côté-là »</p> <p>- ¹ Fluidité verbale hachée</p> <p>-Phrases non terminées</p> <p>- S'accroche au cadre même après la rupture totale.</p> <p>Intellectualisation.</p>	<p>Chloé évoque ici ses désirs de « tout abandonner, tout vendre et puis faire carrément autre chose » à l'occasion du bouleversement existentiel induit par la maladie, mais ce n'est qu'en se reprenant qu'elle arrive à rattacher son conjoint à ce projet d'une façon peu convaincante. D'ailleurs avoue-t-elle, « je me suis remis dans ce côté-là ».</p>
<p>13) Psy : Changer de vie...</p>		
<p>14) Chloé : Ah oui, complètement, c'est général je crois...</p>		<p>Chloé rejoint très spontanément la</p>

		psychologue dans le projet idéal de « Changer de vie », mais cet engagement total est suivi d'un repli prudent derrière le sens commun, double manœuvre illustrative de l'ambivalence de Mme et/ou de la répression conformiste qu'elle continue de s'imposer.
15) Psy : En sachant que ce n'est pas toujours facile...		
<p>16) Chloé : Ben non, justement, c'est pas facile, on avait peut être choisi un truc qu'était pas évident non plus, peut être que... peut-être que on n'en avait pas autant envie que ça, j'en sais rien, bref, ça s'est pas fait, mais, quand même, c'était vraiment bien dans l'air, quoi. Et puis euh...¹, et puis après, ben... le temps passant et...¹ puis le... le physique se rétablissant... on envisage les choses autrement, bon après, après, les enfants ont grandi, la vie évolue, il y a des tas de trucs qui entrent en ligne de compte quoi. Bon, ce qui fait que j'ai trouvé cette solution-là, c'était, d'aménager mon emploi du temps, pour pouvoir... profiter...¹ du reste et puis, quand même garder un pied professionnel, ce n'est quand même pas négligeable ça pour sa santé mentale, bien sûr.</p>	<p>THEMES :</p> <p>Changer de vie </p> <p>Relation au travail </p> <p>-«pas autant envie que ça... »</p> <p>-« et puis après, ben... le temps passant... »</p> <p>-« garder un pied professionnel... pour sa santé mentale »</p> <p>- ¹ Fluidité verbale hachée</p> <p>-Phrases non terminées</p>	<p>Poursuivant sur ce thème des projets abandonnés, Chloé surfe entre prise de conscience et dénégations. Elle rationalise son immobilité, montre qu'elle a peur de perdre pied, en n'invoquant que le versant professionnel comme support « pour sa santé mentale ». Ces questions sont évoquées de façon 'technique', avec une mise à distance que l'on ressent des émotions qui pourraient y être associées. Ce ton très pragmatique, technique, sera récurrent et semble témoigner d'une modalité défensive assez constante.</p>

17) Psy : Et au niveau de l'identité quand même...		
18) Chloé : Oui, oui quand même.		
19) Psy : Vous êtes reconnue dans le métier...		
20) Chloé : Oui, oui, c'est une façon de penser c'est une chose qui ne m'est jamais arrivée de... ¹ de rien faire, enfin de rien faire... ¹ enfin d'être indépendante quoi. Donc, voilà, on s'est remis petit à petit dans le bain et puis eah.... ¹ puis voilà, puis c'est vrai que bon... ¹ et puis donc, après, je me suis associée, donc, c'est vrai que ça m'a allégée pas mal, sur le plan du travail, c'est quand même pas négligeable, hein, oui.	<p>THEMES : Changer de vie </p> <p>-« être indépendante... »</p> <p>-« on s'est remis petit à petit dans le bain... puis voilà »</p> <p>- ¹ Fluidité verbale hachée</p>	<p>Face à la question/suggestion « Vous êtes reconnue dans le métier ? », qui attendrait à priori des banalités sur l'indépendance permise par sa profession libérale, Chloé donne une réponse confuse (« Oui, oui, c'est une façon de penser, c'est une chose qui ne m'est jamais arrivée de... de rien faire, enfin de rien faire... enfin d'être indépendante quoi. ») où l'on peut entendre toutefois littéralement « il ne m'est jamais arrivé d'être indépendante », avoué alors plein de signification, mais qui peut-être ne peut échapper que de façon quasi-automatique et plus ou moins inconsciente au prix d'une désorganisation du discours, fréquente, mais certainement pas innocente.</p>

		<p>Chloé apparaît enfermée dans un cadre qui, comme celui de son enfance, n'est pas susceptible d'évoluer, ni d'accueillir ses désirs ou projets propres. Sa seule bouée de sauvetage semble être de s'identifier à son statut professionnel bon gré, mal gré (« on s'est remis petit à petit dans le bain ») qui ne satisfait qu'une part de son désir fondamental. Le message princeps doit semble-t-il se contenter de cette modeste, mais « quand même pas négligeable » contribution...</p>
<p>21) Psy : Oui...</p>		
<p>22) Chloé : Et puis du coup, et ben maintenant...¹ je touche du bois, mais...¹ ça va mieux, donc, maintenant, c'est un peu le, le...¹ c'est un peu l'effet inverse quoi, j'ai envie de faire plein de trucs...¹ des projets, enfin, au niveau professionnel, au niveau personnel, bon, ben, c'est pareil, on est pas mal actif parce qu'on a les enfants qui tirent et puis...¹ ça va, pour l'instant². Il faut dire que...¹ enfin, je sais pas si c'est...¹ si c'est pareil pour vous mais on a, on a...¹ j'ai du mal à me projeter dans la, dans la...¹</p>	<p>THEMES : Relation au travail 😊 Relation au conjoint 🤔 -« je touche du bois » -« j'ai envie de faire plein de trucs... » -« des projets, enfin, au niveau professionnel... » -« au niveau</p>	<p>Derrière les rationalisations, nous percevons une anxiété, voire une forme d'oscillation manico-dépressive minime par étayage sur notre écoute qui l'aide quelque peu à retrouver et formuler ses « envies de faire plein de trucs », envies qui toutefois retombent sous le poids du quotidien.</p>

	<p>personnel... ça va, pour l'instant »</p> <p>-« j'ai du mal à me projeter dans la, dans la... »</p> <p>- ¹ Fluidité hachée, répétitions 'mécaniques', phrases non terminées</p> <p>- ² Rire</p>	<p>Chloé avoue avoir « du mal à se projeter » avec peut être une culpabilité à viser l'autonomie.</p>
23) Psy : Dans l'avenir ?		
24) Chloé : C'est pas du tout ma constitution et j'ose pas et je fais, mais c'est vrai que j'ai toujours un espèce, comme une espèce de culpabilité... porter malheur, me dire tiens on va...	<p>THEMES : La culpabilité </p> <p>-« une espèce de culpabilité... porter malheur »</p> <p>-Phrases non terminées</p>	<p>Chloé évoque « une espèce de culpabilité » qui nous semble refléter plutôt une angoisse chronique derrière la dite culpabilité associée à l'émergence et l'assomption d'un désir propre, autonome. Désir suscitant des craintes d'ordre phobiques (« toucher du bois », « j'ose pas... porter malheur »...)</p> <p>L'équation de sa problématique serait-elle : Vivre = mourir ?! (Éventuellement retournable à travers la maladie, en un « mourir pour vivre »... ?)</p>
25) Psy : Comme des espèces de croyances ?		
26) Chloé : C'est pas une vraie croyance, c'est un espèce de truc... enfin, vous	-Phrases non terminées	

<p>envisagez des choses qui se réaliseront ou qui... voilà...</p>		
<p>27) Psy : Oui, vous ne voulez pas être déçue... ?</p>		
<p>28) Chloé : Oui, je pense, je sais pas, je pense que c'est une certaine angoisse par rapport à l'avenir, c'est aussi un euh... une des conséquences de... ce truc-là, logique, d'ailleurs, puisque maintenant, ben... bon, c'est vrai que... c'est vrai que dire qu'on est guérie euh... mais voilà... n'empêche que... MAIS, voilà, il y a quand même le... mais, c'est concret quoi.</p>	<p>THEMES : Cancer</p>  <p>-« angoisse par rapport à l'avenir »</p> <p>-Phrases non terminées</p>	<p>Ici, Chloé explicite son « angoisse par rapport à l'avenir » non sans quelques barrages émotionnels qui ne lui permettent pas de terminer toutes ses phrases. L'angoisse de s'affirmer prend le cancer comme « pare feu ». Le risque de rechute l'empêche de prendre des initiatives de vie. Ne prend-elle pas la conséquence pour la cause ? Le cancer ne serait-il pas d'abord, selon nos hypothèses, une conséquence des interdits à vivre que porte Chloé avant d'en devenir une cause secondaire ?</p>
<p>29) Psy : Oui.</p>		
<p>30) Chloé : Tout le reste, c'est de l'abstrait, c'est une éventualité, mais là, c'est plus une éventualité... pourtant, je, je suis d'un caractère assez euh... matérialiste...droit..., mais euh...ça c'est un truc euh...voilà, donc euh...on avance doucement et voilà...</p>	<p>THEME :</p> <p>-« Tout le reste, c'est de l'abstrait »</p> <p>-Phrases non terminées</p>	<p>Idem. Lutte contre l'émergence trop rapide d'angoisses existentielles qui semblent menacer son moi, risquer de déborder son système conceptuel rationnel, « matérialiste ».</p>

<p>31) Psy : Et donc, maintenant, vous participez à l'association et vous allez voir les personnes à l'hôpital ?</p>		
<p>32) Chloé : VOILA. Donc, vous savez, dans ce genre de truc euh,...il faut euh passer... pas passer un examen euh...il faut euh ...quelques jours de formation, je suis allée visiter des gens avec d'autres, bon, etc. ...et là, bon, voilà, ça va être fait, je vais euh... c'est le hasard, parce que, c'est vrai que quand j'étais... quand j'étais à l'hôpital, vous savez, quand même un certain temps, je m'étais toujours dit que... j'essaierais, si je pouvais, d'aider les gens, parce que il y a des gens qui sont peiné et pis, c'est important. Je suis malade de voir des gens comme ça et puis issus de la même chose. Voilà. Donc, j'avais dit ça, comme ça, puis, ça fait... ça fait bientôt dix ans hein, que j'ai été opérée et voilà. Ça a été une occasion de rencontrer quelqu'un, quelqu'un qui m'a orienté vers Madame G. J'ai dit oui, pourquoi pas, c'est peut-être pas ça que je voulais faire forcément au départ, mais, voilà, c'est comme ça.</p>	<p>THEMES :</p> <p>Cancer 😊</p> <p>Relation d'aide 😊</p> <p>-« d'aider les gens »</p> <p>-« Ça a été une occasion »</p> <p>-Phrases non terminées, Fluidité hachée</p>	<p>Evoquant son activité d'aide bénévole aux patientes hospitalisées et malgré qu'elle semble réaliser un choix, investissement personnel, il persiste un barrage et elle ne veut pas reconnaître qu'elle s'autorise à assumer un désir, interdit qui renvoie à l'interdit de vivre parental à travers l'autorité du père.</p>
<p>33) Psy : Et ça vous convient ?</p>		
<p>34) Chloé : Oui, oui, je trouve que c'est bien, pour nous oui pour les malades ... c'est pour moi une activité qui me fait du bien. Sinon, je fais un peu de marche et c'est tout.</p>	<p>THEME : Relation d'aide 😊</p> <p>-« c'est bien, pour nous pour les malades »</p>	<p>Ainsi, Chloé peut trouver cela bien « pour nous, pour les malades », mais pas pour elle : elle s'identifie très directement à la « tribu » des malades, ce qui lui permet de ne pas avouer son désir propre.</p>
<p>35) Psy : Oui, on tend la main mais en</p>		



même temps...		
<p>36) Chloé : C'est au moins, une compensation, voilà. Oui donc, quand ça se passe bien, ça va, il y en a qui réagissent différemment quoi. Moi-même, j'ai jamais été visitée parce que ça n'existait pas, dans ce temps-là. Je ne sais pas comment j'aurais réagi, j'en sais rien hein, voir une bonne femme débarquer dans ma chambre en me disant euh... J'aurais réagi, je sais pas... euh... j'en sais rien. Parce que nous, on arrive dans les chambres des gens, et on dit voilà, on est d'anciennes opérées, on vient, on vient vous aider euh, on vient vous voir, voilà... montrer qu'on est là, que ça peut bien se passer, que voilà, on est vivantes, que... on dit pas ça comme ça, mais... alors donc euh... on fait des espèces de... témoignages, c'est clair quoi. Je sais pas si ouais... Si, j'aurais accepté, mais je sais pas comment Alors, c'est vrai qu'il y a des gens qui, qui acceptent pas, ou moins bien, d'autres qui discutent pas ou qui sont hyper contents de nous voir, parce qu'au moins euh... c'est du concret aussi, elles sont tellement angoissées que...</p>	<p>THEMES : Relation d'aide 😊 Estime de soi 😞</p> <p>-« C'est au moins, une compensation » -« voir une bonne femme débarquer... » -« Si, j'aurais accepté, mais je sais pas comment »</p>	<p>« C'est au moins, une compensation » lâche Chloé, mais compensation n'est pas satisfaction, c'est une façon encore de ne pas assumer sa demande, son désir. En outre, l'ambivalence et le ton sarcastique de certaines formules (« voir une bonne femme débarquer ») montre qu'elle est embarrassée par sa propre demande et une difficulté à accepter l'ouverture proposée par l'écoute de l'autre.</p>
37) Psy : Elles vous demandent ou vous y allez d'emblée ?		
38) Chloé : Non, normalement, toutes les semaines, on téléphone dans les services des différents établissements pour savoir les femmes qui ont été opérées d'un cancer du sein, elles sont visitées, normalement, le lendemain de leur opération.		
39) Psy : C'est récent ça ?		
40) Chloé : Ben, ça fait quatre ans que ça s'est créé à Besançon. L'association existait		


<p>depuis longtemps aux Etats-Unis et sur la France, mais là, à Besançon, il n'y a pas très longtemps. Et puis là, on est... ben, avec moi, ça fera cinq personnes, comme ça, c'est bien, mais comme il y a de plus en plus d'opérées ben euh...</p>		
<p>41) Psy : Oui, 80% des cancers des femmes sont des cancers du sein.</p>		
<p>42) Chloé : Et il y a beaucoup de jeunes femmes... de plus en plus. Mais, c'est rigolo, parce que il y a aussi des personnes plus âgées, 81 ans, 75 ans et... l'enjeu est pas le même, mais, mais... bon, elles sont autant angoissées ... forcément...</p> <p>Ce sont des questions qui ne sont pas inintéressantes. On s'aperçoit que... elles sont quand même aussi attachées euh... à leur physique, quoi, tout ça, bon.</p> <p>Il y en a qui me disent, « Oui, bon, la reconstruction à 80 ans, qu'est-ce que vous voulez que ça me fasse ? », bon évidemment, mais quand même.</p>	<p>THEME : Relation d'aide 😊</p> <p>-«c'est rigolo »</p>	<p>Le vocabulaire de Chloé est parfois un peu dissonant, grinçant coChloéette expression « c'est rigolo » qu'elle emploie à plusieurs reprises et qui sert manifestement à mettre à distance, par l'humour, l'angoisse associée à ce qui est évoqué.</p>
<p>43) Psy : Je pense que c'est important, il faut continuer à exister, malgré cette amputation, qu'on le veuille ou non.</p>		
<p>44) Chloé : Les gens réagissent... parfois c'est... c'est un peu le même problème pour tout le monde. Evidemment à 35 ans, une femme n'est pas prête à....et il y a les enfants, c'est pas comme à 80 ans, c'est sûr qu'il y a des choses qui sont un petit peu plus secondaires, comme la sexualité, l'image de soi... A 30 ans, c'est quand même plus important. Pis alors quoi répondre ? Quoi ?</p>	<p>-Phrases non terminées qui brisent le flux progressif</p>	
<p>45) Psy : Oui.</p>		
<p>46) Chloé : Parce que, quand j'ai fait ma</p>	<p>THEME : Relation</p>	<p>De l'ambivalence ci-</p>



<p>formation à Paris, là, il y a quelque temps, c'est pareil, c'est tout un... toute une approche psychologique de ce qu'il faut dire, pas dire, reformuler...C'est bien joli tout ça, mais bon, je leur ai dit, je leur disais, à la permanence, vous êtes marrantes, on peut pas leur dire « Madame, pourquoi vous trouvez vous euh... mutilée ? » On va pas lui dire le contraire, quand même. Voilà, par rapport à ça, j'ai des trucs un peu qui me dérangent, parce que, sans être directe je suis assez... à pas faire croire aux gens, des trucs euh...voilà, alors évidemment, il faut essayer d'adoucir la chose parce qu'on va pas leur dire crûment, comme ça la chose, mais, en même temps...</p>	<p>d'aide 😊</p> <p>-«C'est bien joli tout ça, mais bon... »</p>	<p>dessus à l'égard de ses propres affects, Mme passe ici à une agressivité plus directe, tout aussi grinçante, mais plus constructive, vis-à-vis de ses formatrices (« vous êtes marrantes, on peut pas leur dire...»). Chloé semble ici animée par un combat très personnel réclamant la liberté d'aller au bout de l'expression des choses, de la vérité, combat qu'elle revendique pour les malades qu'elle visite, mais on le devine, c'est aussi la petite fille que l'on a trop fait taire qui s'exprime ici.</p>
<p>47) Psy : Il faut dire la vérité quand même...</p>		
<p>48) Chloé : Ben VOILA. Parce qu'elles nous posent TOUTES les mêmes questions : est-ce que la chimio, c'est difficile ? est-ce qu'on perd ses cheveux ? Bon, ben oui, on va pas leur dire non...</p>	<p>THEME : Relation d'aide 😊</p> <p>-« on va pas leur dire non... »</p>	
<p>49) Psy : En plus, ça confirme des choses qu'elles savent...</p>		
<p>50) Chloé : ...la chimio, c'est pour le cancer, ben, tout va bien brou... Non, c'est pas si facile, non. Et moi, bon, ça les avait choqué à Paris, parce que je leur avais dit on est malade comme des chiens quoi, alors on peut quand même guère leur dire euh...</p>	<p>THEMES : Relation d'aide 😊</p> <p>-« c'est pas si facile »</p> <p>-« on peut quand même guère.. »</p>	<p>Chloé emportée par sa fougue revendicative, continue son plaidoyer pour la sincérité, plus entière lorsqu'il s'agit des autres que d'elle-même. Comme si militer pour les autres lui permettait de sublimer ses propres revendications, ce qui autorise un discours plus fluide que lorsqu'elle</p>

		parle plus directement d'elle-même.
51) Psy : Bien sûr...		
52) Chloé : Alors voilà ; elles en avaient donc déduit que... ça avait été quelque chose d'atroce parce que j'avais dit qu'on avait été malades comme des chiens. C'était pour moi un vécu, machin... y'a des... oui, je pense que pour personne, j'en connais peu qui n'ont pas été du tout été malade pendant une chimio... même si les produits se sont améliorés, ça je veux bien le croire.		
53) Psy : Oui, entre ce qu'on nous dit en formation et quand on est en face...		
54) Chloé : Oui, c'est ça. Après, c'est ce qui me frustre, ce que je dis, ça me frustre parce que ça manque de spontanéité, on peut quand même pas aller voir les gens pour qu'ils soient content, c'est pas la peine d'y aller sinon. Il faut leur dire franchement, concrètement, ce qui s'est passé, comment ça se passera, ce qui les attend et puis, voilà, ça me semble cohérent. Sinon, c'est pervers je trouve, ces manières de faire. C'est ça qui me dérangeait un peu, dans l'approche...	<p>THEMES : Relation d'aide 😊</p> <p>-« ça me frustre parce que ça manque de spontanéité »</p> <p>-« Il faut leur dire franchement »</p> <p>-Discours plus revendicatif et plus fluide...</p>	
55) Psy : Il faut surtout de l'empathie.		
56) Chloé : Oui... les formations c'est bien, mais on se dit qu'est-ce que les femmes vont nous dire... En plus, elles nous connaissent pas, elles nous voient débouler dans leur chambre, comme ça et on se présente en disant : on vient pour vous apporter un témoignage de vécu, ben donc, faut quand même bien leur apporter un	<p>THEMES :</p> <p>-idem 54</p>	



<p>témoignage, on va pas leur dire euh....Enfin bref, quand on est avec les gens dans la chambre, personne ne vient...</p>		
<p>57) Psy : Il se passe des choses...</p>		
<p>58) Chloé : Il y a un contact hein. C'est pas comme passer dix minutes, un quart d'heure avec quelqu'un en discutant un petit coup de ses angoisses et pis c'est tout hein ! Bon, ma foi, on est passée par là, on sait que c'est pas marrant, non, mais voilà, vous savez que vous avez à peu près euh...en gros... une année... ... dix-huit mois... ... pas très agréables, puis après, ben ma foi, voilà. Il suffit de se mettre ça dans la tête quoi.</p>	<p>THEME : Relation d'aide 😊 -« Il y a un contact hein. C'est pas comme... »</p>	<p>Son expérience de visiteuse permet à Chloé de distinguer, comme nous le faisons dans ce travail, une véritable entrée en relation entre deux personnes (ce qui implique un certain respect : « quand on est avec les gens dans la chambre, personne ne vient... » et qu'il y ait « un contact ») d'un simple bavardage superficiel et défensif, servant plus souvent à masquer les enjeux, plutôt qu'à réellement communiquer.</p>
<p>59) Psy : Est-ce que, finalement, votre cancer vous amené quelque chose de positif dans la vie ?</p>		
<p>60) Chloé : Euh... pfouf oui...oui, oui, j'ai toujours pensé oui, oui parce qu'au bout du compte, il faut bien, bien prendre une option oui [rire]. Oui, parce que je pense au niveau euh...¹ c'est très personnel en plus... on en sort différente, au niveau personnel, oui, au niveau relationnel euh...¹ dans la famille, je pense que c'est surtout, MOI, avec mes parents... ça a bien euh...¹ fort heureusement, ça a été un espèce d'élément... déclencheur de euh...¹</p>	<p>THEMES : Changer de vie 😞 Relation au conjoint (é) Relation à ses parents</p>	<p>« Au bout du compte, il faut bien prendre une option » dit Chloé avec un humour complice. « L'option » prise, quoi que contrainte par les événements, semble témoigner ici d'un mouvement vital assez sain, donc d'un Moi capable parfois de faire</p>

<p>brouf...¹ d'une prise de conscience par eux que...¹ qu'on n'était plus euh...¹ qu'on n'était plus des pions comme ça, qu'on plaçait là, mais que, finalement on existait.</p>	 <p>-« au bout du compte, il faut bien, bien prendre une option »</p> <p>-« on en sort différente, au niveau personnel »</p> <p>-« au niveau relationnel euh, dans la famille, je pense que c'est surtout, moi, avec mes parents... », « qu'on n'était plus des pions... qu'on existait.»</p> <p>¹ Phrases non terminées</p>	<p>face. Toutefois la difficulté et le caractère anxiogène de son combat contre la pesanteur du système familial se révèlent à travers les nouvelles fractures du discours qui réapparaissent alors que Mme reparle d'elle et de sa relation avec ses parents (« dans la famille, je pense que c'est surtout, MOI, avec mes parents »... qui fait l'effort et paie le prix d'un changement du système... ?). » L'enjeu étant de faire reconnaître « qu'on n'était plus des pions, que finalement, on existait», laissant supposer un appel sans écho jusque-là.</p>
<p>61) Psy : En tant qu'humain.</p>		
<p>62) Chloé : Oui, ils n'ont pas compris, bien au contraire, mais... c'était une famille très euh... très dirigiste, très autoritaire si vous voulez, enfin si... j'ai vu pendant mon analyse et, ça a permis de oui, de justement, de lâcher un peu, cette espèce de barrière de... de jamais rien montrer, de dire toujours tout va bien, etc., ben voilà c'est de ce côté-là, c'était euh, c'était déjà pas mal, oui.</p> <p>Parce que, parce que moi, je suis l'aînée d'une famille, donc on est quatre, deux filles</p>	<p>THEMES : Relation à ses parents </p> <p>-« ils n'ont pas compris, bien au contraire »</p> <p>-« famille très dirigiste »</p> <p>-« lâcher un peu, cette espèce de barrière »</p> <p>-« éducation stricte et même encore maintenant, c'est pas... »</p>	<p>Où l'on voit que l'enjeu, et le combat, sont toujours d'actualité dans « cette famille très dirigiste, très autoritaire » face à « cette espèce de barrière de... de jamais rien montrer, de dire toujours tout va bien... » puisque Chloé lâche ici « ils n'ont pas compris, bien au contraire »...</p>

<p>et bien sûr, deux garçons et des parents très euh, très gentils, mais euh... très... avec une éducation stricte, on fait pas ce qu'on veut, avec, bien évidemment, obéissance euh... enfin, éducation stricte et même encore maintenant, c'est pas, c'est un peu... c'est pas la famille qui existe aujourd'hui. Et donc, jusque-là, c'était, c'était, pfouf... c'était étouffant, on avait, on avait rien à dire, c'était... et je pense que ça, ça les a... un peu secoués, ça les a carrément secoués.</p>	<p>- Fluidité verbale hachée</p>	
<p>63) Psy : Vous avez déjà lu « Mars » de Zorn ?</p>		
<p>64) Chloé : Non...</p>		
<p>65) Psy : A l'occasion...</p>		
<p>66) Chloé : J'ai entendu, par rapport à ça, j'ai entendu, l'autre jour à la télé, dans l'émission du matin, là, sur la deux, ils présentent toujours des bouquins et il y en a un qui a été écrit par un homme, j'ai oublié le titre, j'aurais bien aimé bien le lire, parce que c'est, justement, le bouquin écrit par un homme qui a accompagné... enfin qui a vécu... à côté d'une femme qui a été malade. Cet homme décrit justement, la difficulté, parce que ça aussi, c'est... la difficulté pour... pour accompagner, être vers quelqu'un de malade, c'est vrai hein, c'est peut-être pas facile...</p>	<p>THEMES : Relation au conjoint (d) </p> <p>-«bouquin écrit par un homme qui a accompagné, enfin qui a vécu »</p> <p>-« c'est peut-être pas facile... »</p>	<p>Après ce portrait de ses parents, dont Chloé parle explicitement, bien que de façon ambiguë, ambivalente, l'allusion à son mari elle, est ici non nominale et furtive comme elle le sera dans les trois entretiens. Cette absence par laquelle 'brille' le conjoint pourrait être également un silence très parlant... « Accompagner, être vers quelqu'un de malade, c'est vrai hein, c'est peut-être pas facile... » se demande Chloé comme pour dédouaner son conjoint. Lorsqu'elle évoque « le bouquin écrit par un</p>

		<p>homme qui a accompagné... enfin qui a vécu ... à côté d'une femme qui a été malade», on sent que par cette reprise, ce contrôle surmoïque de son vocabulaire, Chloé effectue une répression de sa demande d'aide émergente, du transfert, du désir mimétique sur l'auteur du livre dont elle voudrait bien voir un exemple pour son propre mari, mouvement de comparaison qu'elle s'interdit simultanément.</p>
<p>67) Psy : Tout le monde n'a pas la capacité d'être soignant...</p>		
<p>68) Chloé : Et puis, c'est difficile... même les gens qui sont en bonne santé, à côté, de comprendre la psychologie d'un malade, d'en faire trop, ou pas assez, c'est très compliqué. Alors euh, moi du coup, dans ce truc-là mes parents qui étaient vachement pftt¹... !! ça les a...¹ !</p>	<p>THEMES : Relation au conjoint (d)  Relation à ses parents </p> <p>-« c'est difficile... de comprendre la psychologie d'un malade »</p> <p>-« dans ce truc-là mes parents... »</p> <p>-¹ Phrases non terminées</p>	


<p>69) Psy : Ça les a... ?</p>		
<p>70) Chloé : Oh oui oui ! On va dire que dans ce sens-là, ça a été positif.</p>	<p>THEME : Relation à ses parents 😊 -« dans ce sens-là, ça a été positif »</p>	
<p>71) Psy : Vous avez quand même eu du soutien par rapport à votre famille, vous avez été bien soutenue ?</p>		
<p>72) Chloé : Oui, oh ben oui, oui et bien d'ailleurs oui. Même bien ! C'est pour ça aussi que je voulais un peu faire des choses après parce que quand j'étais... à l'hosto...¹ bon moi, j'ai la chance (sic), j'ai une sœur qui est médecin, j'ai un copain qui est médecin, etc. donc c'est vrai que, pour avoir accès aux dossiers médicaux, à ce moment-là, ce qu'on a, ce qu'on n'a pas, ce qui va se passer, ce qui va pas se passer, bon, voilà, il n'y a qu'à décrocher son téléphone et puis, on a la réponse quoi, ou presque. Tandis que les gens qui ne connaissent personne, ben, c'est l'horreur, déjà comme ça, moi j'angoissais, on attendait déjà 4, 5, 6, 7 jours avant d'avoir une réponse et bien, quand ils connaissent personne, je me dis, ils peuvent entendre n'importe quoi, se laisser raconter n'importe quoi, en plus ils comprennent ce qu'ils veulent bien comprendre, nous, moi, il y a des fois, je comprenais ce que je voulais bien comprendre aussi. Ma terreur, c'était qu'on me dise pas...² euh la vérité, pour moi, c'était pas possible, il y avait des trucs. Voilà donc, j'avais fait un deal avec ma sœur et elle m'a dit « je te promets, je te dirai tout ». Mais même malgré ça, c'était toujours une impression de... de...¹ je sais</p>	<p>THEMES : Relation au conjoint (é) 🤔 Cancer 🤔 -« moi, j'ai la chance (sic), j'ai une sœur qui est médecin, j'ai un copain qui est médecin » -« Ma terreur, c'était qu'on me dise pas... la vérité » -¹ Phrases non terminées, craquée verbale -Toutefois la prosodie devient plus fluide en même temps que plus sthénique - ² Fluidité verbale</p>	<p>Orientée sur le soutien familial, Chloé fait une réponse très technique sur l'accès aux dossiers médicaux évitant ainsi une mise en cause trop flagrante des intéressés (parents, conjoint). Elle exprime tout de même ensuite sa « terreur » « qu'on [lui] dise pas... » : peur qu'on lui cache des choses sur les diagnostics médicaux, mais peut-être aussi plus profondément peur de sa propre peur de percevoir les racines existentielles de son mal... ?</p>


<p>pas, dès qu'il y avait une conversation et que je n'y participais pas, je me disais « ça y est, qu'est-ce qu'ils disent ? » hein... ? D'ailleurs, encore maintenant hein... oui, oui... dès qu'il y a des trucs, je me dis bon, ben, ça y est, qu'est-ce que j'ai euh, ils me disent pas tout euh...</p>	<p>encore hachée lors des passages à fort potentiel émotionnel.</p>	
<p>73) Psy : Vous n'avez pas confiance en vous ? Parce qu'après avoir passé ce cap vous pourriez avoir plus confiance dans votre corps ?</p>		
<p>74) Chloé : Oui, enfin, confiance dans son corps... moi, j'avais jamais rien senti hein... ? Alors, faire confiance en quoi, si ce n'est euh...</p>	<p>THEME : Cancer  -« moi, j'avais jamais rien senti... »</p>	
<p>75) Psy : ...l'intuition... ?</p>		
<p>76) Chloé : Oui. C'est même faussé, parce que on a quand même toujours l'angoisse que ça recommence, parce que c'est dévié quoi... C'est vrai quoi, on réagit comme ça, je sais pas moi mais dès qu'on a un petit truc euh... tout le monde me dit la même chose... on a mal quelque part, tout le monde fonce au scChloér, à l'échographie, tous les gens que je connais qui sont dans mon cas, ils font pareil quoi... Alors, c'est pas très objectif tout ça même si on essaie de se dire...¹ bon... raisonnablement...¹ mais... mais... c'est inévitable, je pense qu'après...¹ même si ça fait un moment, évidemment hein, alors on est MOINS...¹ peut être c'est moins systématique, mais quand même, je trouve que c'est quand même toujours euh...¹</p>	<p>THEMES : Cancer  -« toujours l'angoisse que ça recommence » -« pas très objectif tout ça » ¹ Phrases non terminées</p>	<p>Evoquant « l'angoisse que ça recommence », Chloé cherche des réponses du côté de « l'objectif », mais la question est-elle d'être « objectif », « raisonnable » ou d'avoir accès librement à sa subjectivité sensible?</p>
<p>77) Psy : Toujours angoissant...</p>		



<p>78) Chloé : On n’y peut rien, mais c’est quand même toujours un peu comme ça...</p>		<p>Avoue, mais déplore l’impuissance des outils rationnels, intellectuels face à une telle épreuve.</p>
<p>79) Psy : Encore une petite question, avez-vous des dépendances ?</p>		
<p>80) Chloé : Ben, j’ai des médicaments pour mes trucs, cancer et spondylarthrite et puis euh...un peu de cigarettes, c’est tout...</p>		
<p>81) Psy : Bien, je vous remercie.</p>		


2. 2ème entretien



Le mercredi 29 novembre 2007 à 14h30 (1h16')


Entretien	Thèmes & Remarques formelles	Commentaires
1) Psy : J'aimerais savoir si vous avez des idées ou des réflexions qui vous sont venues depuis notre premier entretien ?		
2) Chloé : Non, pas spécialement, pas plus, non, pas plus que ce que j'avais énoncé la dernière fois.		
3) Psy : Donc, je vais revenir un peu au premier entretien.		
4) Chloé : Oui, on y va !		
5) Psy : Dans ce que vous m'aviez dit, vous avez répété plusieurs fois que vous ne pensiez vraiment pas du tout qu'un jour vous auriez un cancer. Pour vous, ce n'était pas possible ?		
6) Chloé : Je sais pas si il y a beaucoup de gens qui y pensent VRAIMENT... Non, d'après moi, j'étais pas la candidate idéale à la... à cette chose ; surtout que... que j'étais jeune d'une part, j'avais des enfants en bas âge donc... eah... pour moi le risque, il était, il était quasiment nul et puis j'ai pas des gros seins donc... eah... donc, voilà, toutes les conditions étaient requises pour que NORMALEMENT, j'y échappe. Maintenant, ben voilà, ça permet de constater que les statistiques ne sont que des statistiques et puis qu'il y en a beaucoup qui... qui y échappent quoi, et j'en fait partie. Non, mais honnêtement , j'avais jamais pensé à ça. C'est vrai que c'est une idée... ¹ et MEME, je vous avais dit et même, au début de... de ma	<p>THEME : Cancer</p>  <p>-le pensable ou l'impensable de la maladie</p>	



<p>première intervention, j'ai... je... j'ai même pas envisagé ça, quoi. Comme quoi, c'est une idée qui me... que j'avais pas, c'est pas, c'est pas que je..., c'était pas du déni ou c'était, c'était pas ça, c'était 'poët'² [<i>sic</i>], c'était ne pas y penser, enfin oui, voilà. Maintenant... c'est différent.</p>	<p>-¹ Phrase inachevée</p> <p>-² Néologisme par lequel Chloé. exprime paradoxalement l'impensable</p>	
<p>7) Psy : Ensuite, vous m'avez parlé de suivi psychologique et vous m'avez dit « TOUT revient à la surface » ; est ce que vous pouvez me préciser un petit peu cela ?</p>		
<p>8) Chloé : : Oui, ben tout revient, tout, tout, ça englobe beaucoup de choses, pas tout, heureusement, c'est les épisodes je pense un peu douloureux ou... un peu mal vécus en l'occurrence, dans ce genre de trucs, c'est souvent des choses de l'enfance qui refont surface, donc euuh... donc, c'est vrai qu'à cette, à cette occasion là...euuh... j'ai... j'ai un peu vidé euuh... je pense le trop plein ou le... ou le plein tout court¹ quoi... des choses qui me... j'ai, oui, j'ai dit des choses que j'aurais jamais DITES euuh... peut-être dans d'autres circonstances ou euuh... que j'aurais peut-être dites si j'avais fait une psychothérapie par ailleurs, mais qui étaient quand même euuh... bien euuh... bien tues. Et donc, par ce biais là, ça m'a permis d'extérioriser un peu tout ça. Disons que j'ai, j'ai euuh... ça peut, c'est un peu spécial quoi, mais j'ai quand même rapidement, enfin rapidement, été... euuh... sur la piste de... de la relation entre cette maladie et euuh... euuh pis une souffrance, je pense intérieure</p>	<p>THEMES : Cancer</p>  <p>-suivi psychologique : tout revient à la surface, dire ou ne pas dire</p> <p>-« relation entre cette maladie et... une souffrance... intérieure »</p> <p>-¹ Répression surmoïque d'un 'excès' d'expression libre</p>	<p>Persistance d'une grande 'prudence', d'une réserve voire d'une difficulté à l'expression d'une compréhension pourtant lucide par ailleurs (relation entre sa maladie et sa souffrance intérieure)</p>

<p>euh... euh... voilà, due euh... peut être à une éducation trop stricte ou euh...un écrasement un peu trop important de la part de euh... mes aînés, voilà. Je pense que c'est ça, que ça devait resurgir.</p>		
<p>9) Psy : Vous m'aviez dit « On attribue ça à la relation à l'enfance et la vie qu'on mène. Il n'y avait pas de discussion avec les parents » ; donc, vous avez fait le lien assez vite ?</p>		
<p>10) Chloé : Ah oui, ça, il... euh... il y avait une autorité quand même qui était très importante qui faisait qu'on n'extériorisait pas nos états d'âme, non, jamais ou rarement.</p>	<p>THEME : Relation à ses parents  Autorité... qui faisait qu'on n'extériorisait pas nos états d'âme</p>	
<p>11) Psy : Jamais pouvoir dire les émotions ? Comme si ce n'était pas possible...</p>		
<p>12) Chloé : Voilà. On le faisait pas parce que c'était... ça... ça se faisait pas, parce que il fallait toujours faire bonne figure. Donc, c'est vrai que, à ce moment-là euh là... on peut plus trop faire bonne figure quoi, quand on est malade, c'est un peu difficile. Donc, c'est là que ça ressort finalement parce que je pouvais plus... Puis toujours dire que ça allait, que... que j'étais bien élevée, que j'étais bien dans mes baskets, que tout me convenait puis voilà quoi. Ça a été ma façon à moi je pense¹ de me révolter, enfin de... de dire stop¹.</p>	<p>THEME : Relation à ses parents  -Faire ou ne plus faire bonne figure ¹ Après ce moment de d'expression franche, libérée, le terme évocateur : « révolter » est modéré avant et après son expression, signe d'une restriction surmoïque encore présente</p>	<p>On voit clairement ici comment le fait de devenir explicitement malade permet d'exprimer une souffrance pré-existante, mais jusqu'alors inexprimable car injustifiable dans le système communicationnel familial.</p>
<p>13) Psy : Et vos frères et sœurs, se sont-ils révoltés aussi ? Ou supportaient-ils ça</p>		


mieux ?		
<p>14) Chloé : Oui, c'est-à-dire que quand mes... j'ai une sœur qui a juste un an d'écart avec moi, qui est plus jeune que moi et, qu'en fait, on était vraiment deux groupes, et en plus on était deux filles, alors bon, on a eu la même éducation, puis, j'avais deux frères qui étaient plus jeunes que moi, de six et neuf ans plus jeunes que moi, donc, c'était différent. Du coup, leur éducation n'a pas été la même et, avec ma sœur, c'est vrai qu'on a un peu fait bloc¹ quoi... on était vraiment toutes les deux dans la même... eh galère, enfin pas galère¹, mais on était toujours eh... on a été élevées ensemble quoi. Une était punie, l'autre y était, enfin, c'était un groupe. Ce qui fait que eh... ce qui fait que, trois semaines après moi, elle se faisait opérer d'un truc dans le sein, qu'était pas cancéreux, mais qui...¹ voilà. Alors, ça nous a paru...¹ C'est vrai qu'à partir de là, ça nous a quand même parlé un peu. La coïncidence était un peu eh... je sais pas¹. Bon peut être qu'aussi que les médecins qui venaient de m'opérer n'ont pas voulu prendre de risque par rapport à elle, ben, je ne sais pas, il y a sûrement tout un tas de trucs, pas que ça, mais enfin bref, il est forcé de constater¹ que c'est un petit peu curieux quoi. Donc après, on a fait front contre tout ça.</p>	<p>THEME : Relation à ses parents </p> <p>Faire bloc pour faire front</p> <p>¹ Phrases non terminées : oscillation constante affirmation/infirmation</p>	
<p>15) Psy : Et quand vous étiez enfant, est ce que, avec votre sœur, au niveau émotion, vous pouviez, malgré que quelque chose soit bloqué par rapport aux parents, éclater en sanglots devant votre sœur ou éclater de rire avec elle ? Vous</p>		


<p>pouviez montrer vos émotions entre vous ?</p>		
<p>16) Chloé : Oui, oui, avec ma sœur, c'était, c'était à couteaux tirés comme deux sœurs, voilà, on se chiffonnait, on se bataillait, mais eah... par rapport à ça, on était assez eah... solidaires quoi en fait, dans l'adversité, si on peut dire comme ça. Mais non, j'ai pas été malmenée, pas du tout, loin de là, mais eah... C'était... c'était très rigide quoi, d'où une certaine rigidité eah... post éducative, voilà. On essaie après de... on essaie après d'éviter quoi, de... de contrôler eah... quand on s'en rend compte.</p>	<p>THEME : Relation à ses parents  Rigidité éducative... et post éducative</p>	
<p>17) Psy : Et, avant votre cancer, vous n'en aviez pas pris conscience ?</p>		
<p>18) Chloé : Ben, je... je... je... non je, je sais que j'étais eah... d'un caractère assez difficile quoi, enfin assez... trempé, oui, mais... je me rendais pas trop compte. Non, non, c'est vraiment juste avant quand même, l'année qui a précédé... l'apparition de cette maladie, vraiment, c'était... j'étais stressée, je travaillais pas mal et j'étais vraiment complètement surexcitée quoi, c'était infernal... et pour les autres quoi. Et là, dans cette petite... dans ce laps de temps précédent là, là, vraiment, ça m'interpellaient quoi. Puis j'étais pas bien. J'en avais ras le bol. C'était... c'était un espèce d'état d'énervement permanent qu'était difficile à vivre par les autres et par moi, mais par les autres d'autant plus, parce que ça n'était pas très rigolo. Puis après tac, ça s'est... c'est arrivé. Après c'est vrai que j'ai... j'ai fait le lien¹ entre les deux assez rapidement. Enfin quoi,</p>	<p>THEMES : Cancer  -mal-être précédant l'éclosion du cancer ; lien entre l'un et l'autre</p> <p>¹ oscillation constante</p>	

<p>c'était un enchaînement qui était assez logique sans doute¹, enfin, voilà, je l'ai considéré comme ça, je sais pas¹. On analyse toujours les choses comme ça nous arrange aussi, comme ça. Mais bon¹, je me suis dit que c'était sûrement¹, qu'il y avait une relation de cause à effet. Ce qui veut pas dire¹ que c'est la seule et unique raison hein, c'est pas ça qu'il faut dire, mais il y a des facteurs intervenant quoi....</p> <p>Alors voilà.</p>	<p>affirmation/infirmité</p>	
<p>19) Psy : Par rapport au côté positif du cancer, vous m'aviez dit que, vis-à-vis de vos parents vous aviez développé une autre relation car, quand vous étiez enfants, vous étiez des pions, comme si il n'y avait pas de sentiments ?</p>		
<p>20) Chloé : On était, oui, on était... il y en avait sûrement mais ils étaient vraiment pas...¹ Ils étaient vraiment... pas montrés quoi. Vraiment, c'était pas flagrant. Non, mais je pense que, comme dans beaucoup de... de familles¹, on a eu une éducation assez stricte, je pense que c'était pas exceptionnel, je pense pas¹ que ce soient les sentiments qui manquent, c'est seulement¹ la façon de... de le montrer ou de... de le dire. Le dire, c'est même pas de le dire puisque ça n'était jamais dit. Cette espèce de pudeur complètement euh...euh... très forte quoi¹, ce qui fait qu'il n'y avait jamais de euh relation... charnelle² entre nous. Ça, c'est tous des trucs, avec ma sœur, qu'on a analysés après quoi. On s'est rendu compte finalement qu'on a eu une enfance choyée¹, etc., gâtée, mais qu'il n'y a jamais eu de chaleur vraiment</p>	<p>THEMES : Relation à ses parents </p> <p>-éducation, sentiments et relations « charnelles »</p> <p>¹ oscillation constante affirmation/infirmité frisant la dénégation quand l'évocation est trop douloureuse (« enfance choyée »... ?)</p> <p>² Craquée verbale ? (crudité du terme)</p>	

euh...voilà.		
21) Psy : Alors si les sentiments ne sont jamais ni dits, ni montrés, comment enfants, on peut...		
22) Chloé : Ben oui, alors c'est difficile, c'est-à-dire que, il... euh... c'était, c'était euh... il fallait, donc, c'était euh... l'obéissance. Enfin c'était... c'était des trucs euh... il fallait qu'on aille dans le sens du protocole... Alors, c'est ça, en fait, on a toujours été euh... je pense euh... on était bien élevées, on pouvait nous emmener n'importe où euh... voilà, on disait rien, euh on bronchait pas euh... C'était un avantage pour les parents. C'est vrai que c'est bien quoi, c'est très pratique, ce que je veux dire c'est que c'est très pratique. C'était pas le genre des enfants de maintenant, ça court de partout et dire euh... non, on s'est pas penché sur ces états d'âme là... et donc après, forcément, il y a un gros... il faut que ça sorte quoi.	THEMES : Relation à ses parents  Obéissance, protocole et frustration Toujours du mal à dire les choses jusqu'au bout et tendance à rationaliser pour contrôler son expression (verbale et émotionnelle) Oscillation de Mme tour à tour porte-parole de son Surmoi puis de son Ça.	
23) Psy : Et à l'adolescence est ce que vous avez pu vous exprimer plus ?		
24) Chloé : C'était pire. Pire, moi je suis partie en pension, j'avais dix ans. <i>[Débit très rapide]</i> Donc euh... j'étais en sixième. Donc, j'y suis allée jusqu'en terminale. Ça a été vite vu hein ! Donc, je partais le lundi, je rentrais le samedi à midi et, en fait, finalement je... j'étais très bien , je me suis rendu compte après. Ma sœur était moins bien par contre. Elle s'est moins plu en pension. Elle avait peut-être d'autres choses, mais moi, c'est un endroit où je... je... j'étais bien... J'étais... j'étais pas chez moi , je pense que... que	THEMES : Relation à ses parents  -« très bien » en pension -pas de relation à la maison -« le patriarche » ¹ Quasi-bégaiement pour exprimer l'idée « j'étais bien... pas chez moi »	

<p>ça jouait². J'avais pas ce...³ je sais pas, j'avais pas cette peur ou ce...³ parce que j'avais un père qui était sévère, on avait peur quand même, on le craignait. C'est vrai qu'il... était très autoritaire, c'était... voilà... quand il rentrait dans une pièce euh... comme il bossait beaucoup, quand il rentrait le soir, c'était tard... il nous grondait... C'était un peu le rôle du père de cette, cette époque-là quoi...⁴ le patriarche quoi, pas du tout de relation...</p>	<p>² Mi- dire, euphémisme ³ Phrases non terminées (« ce... ») ⁴ Rationalisation</p>	
<p>25) Psy : Avez-vous le souvenir d'avoir eu du temps avec lui, promenade ou autre ?</p>		
<p>26) Chloé : NON, NON [<i>très sec</i>], il nous emmenait tous. En fait, on était tous dans la même lancée, en fait il n'y avait jamais, il n'y avait jamais... comment dirais-je de... de...¹ Il nous prenait pas à part un par un pour faire un truc avec nous, non, c'était toujours allez hop... On partait en vacances, après, on partait en voyage, donc... Mais il y avait jamais...¹ Mais c'est bien, c'est cool, car du coup on est les quatre bien, bien, bien soudés, on s'entend très bien, mais, c'est assez rigolo, à y repenser, c'est marrant. Donc, je pense, moi, j'étais en pension, c'est vrai, j'étais chez les bonnes sœurs, c'était le pensionnat quoi. A N., c'était pas n'importe quoi, il n'y avait pas de garçons, il n'y avait pas de... sortie. C'était, bon, c'était toujours dans la même lignée euh... lignée éducative, mais bon, je pense que je devais quand même trouver que j'avais une certaine aisance, une certaine liberté par rapport à chez nous. Crise d'adolescence, oui on peut pas dire que j'ai fait... J'en sais rien, mais je</p>	<p>THEMES : Relation à ses parents 🤔 « il n'y avait jamais... comment dirais je de... de... », « Il nous prenait pas à part un par un » ; « aisance », « liberté » au pensionnat ; Crise d'adolescence ? ¹ Phrases non terminées</p>	<p>« Crise d'adolescence ? On peut pas dire que j'ai fait... » avoue Chloé. qui à l'évocation des manques familiaux utilise des termes étranges, révélant une certaine paradoxalité de son discours, une dissonance émotionnelle, dans un registre affectif de tonalité hypomane (rire jaune).</p>


<p>m'ennuyais tellement chez moi que je faisais la tête, voilà ce que je faisais. Je me souviens de ça, que j'étais sans arrêt en train de faire la gueule dans un coin. C'est vrai... parce que eah... j'habitais à la campagne, je pouvais pas sortir, j'avais pas de copines. Parce que, comme j'étais partie de l'école de mon village à dix ans, toutes les copines étaient parties ensemble dans un autre collège et puis moi, j'étais à B. J'avais plus personne sur place. Alors oui, j'ai fait ça, je ne l'ai pas ramenée, ni rien du tout hein, j'ai pas demandé eah...¹ Et puis, finalement, tout ça cumulé, je trouve que, au bout d'un moment ça va bien... Alors chacun réagi comme il l'entend, vous savez ça, je pense, il y en a d'autres, c'est... la déprime, d'autres, c'est... c'est l'anorexie ou bien tout cumulé, quoi, VOILA. J'ai fait un peu de tout, mais voilà...</p>		
<p>27) Psy : Vous m'avez dit « Il ne m'est jamais arrivé de ne rien faire » ; est ce que c'était supporté chez vous ? Peut-être n'avez-vous jamais appris à ne rien faire ?!</p>		
<p>28) Chloé : Ah non, ben eah... pas trop non, parce que... il faut croire que j'étais corvéable à merci, mais c'est vrai que... qu'on était eah... qu'on aidait à la maison... on nous disait, ben voilà, ma mère supportait pas tellement qu'on soit inactives. Donc eah... donc on faisait, quoi... On faisait ce qu'il y avait à faire et puis ce qu'il y avait pas à faire quoi et puis quand on faisait pas, on se cachait [<i>rire</i>] DONC eah... c'était... Et c'est vrai et là, j'ai utilisé mes défenses là. Je me souviens que ma mère était partie parce que ne sachant plus quoi faire avec moi,</p>	<p>THEMES : Relation à ses parents  « corvéable à merci » ; « tout ce que j'ai rien fait » (sic)</p>	

<p>elle était allée acheter des pelotes de laine pour que je tricote [<i>rire</i>] là, j'étais dans un coin, je tricotais je me rappelle encore, voilà, on appelait ça rien faire... Voilà ce que j'ai fait en faisant rien, j'ai tricoté des kilomètres de... Voilà c'était rigolo mais voilà... c'est tout ce que j'ai rien fait [<i>sic</i>].</p>		
<p>29) Psy : Et, immédiatement après votre cancer, vous avez ressenti comme une « rupture totale » ?</p>		
<p>30) Chloé : Ben, je peux dire que oui, ça m'a, ça m'a séchée quoi, on va dire. Ça m'a stoppée complètement dans le...¹ J'avais pas...¹ Oui, du coup, ça m'a stoppée net. Puis ça a quand même remis un peu euuh... euuh... les choses en place. C'est-à-dire que chacun s'est quand même demandé euuh... ce qui lui arrivait, moi la première et ceux qui étaient autour de moi aussi parce que, évidemment, on se pose la question pourquoi euuh...¹ comment ça euuh...¹ pourquoi c'est arrivé à nous euuh... qu'est-ce que c'est que ce truc-là ? Et, donc, oui, à partir de là euuh..., tout a été CHAMBOULE outre le chamboulement traditionnel et c'est vrai que la perception de l'autre et la perception à l'autre étaient complètement changées quoi... Heureusement, c'est pour ça que je trouve que ça a été un BIEN... FAIT...² puisque ça a quand même un peu euuh..., un peu euuh... dérouillé les... les systèmes quoi. Ça a quand même montré que... qu'on n'était pas infaillibles... Puis que..., il y avait quand même des moments où... où on pouvait pas toujours dire que tout, que ça allait bien quoi... Faire bonne mine tout le temps euuh... c'est quand même aussi un</p>	<p>THEMES : Cancer</p>  <p>« ça m'a séchée », « stoppée complètement » ; « pourquoi c'est arrivé ? » ; « tout chamboulé » ; dire « Il y en a assez »</p> <p>¹ Phrases non terminées</p> <p>² Mot brisé (par l'ambivalence du mot ? bienfait/bien fait pour eux)</p>	<p>Chloé. a été « séchée », « stoppée complètement » par la maladie. Lorsqu'elle tente de conclure que « Heureusement... ça a été un BIEN... FAIT... », le mot semble se briser (peut-être par l'ambivalence de ce qu'il a à exprimer : ne peut-on en effet entendre ce 'bienfait' comme 'bien fait pour eux'... ?)</p>


<p>peu difficile hein... Jamais dire que euh... ça va pas... pfouf!... au bout d'un moment... Donc, au moins, ça a été bon pour ça... Dire « Il y en a assez, aujourd'hui ça ne va plus » quoi... il faut s'arrêter.</p>		
<p>31) Psy : Pouvoir dire enfin...</p>		
<p>32) Chloé : Oui, je pense que c'est ça, j'en suis sûre même... Ben, les autres, ils se sont rendus compte que... que, que... que euh... le, le... comme ça, l'espèce de... de... de¹ rigidité, de chemin tracé tout droit là où personne ne va ni à droite, ni à gauche, un moment donné, même quand on n'a pas... ça dépend pas forcément que de nous quoi... ça permet d'adoucir un peu la... la...¹ l'importance.</p>	<p>THEME : Cancer 😊 Pouvoir dire ; « les autres, ils se sont rendus compte » ¹ Tendance au bégaiement</p>	<p>Pouvoir dire enfin... Mais ici, comme toujours, lorsque Mme se risque à une affirmation forte, celle-ci est suivie d'un certain retrait de son engagement personnel. « Les autres, ils se sont rendus compte... » commence-t-elle sans pouvoir finir sa phrase. Cette tendance à bégayer fortement est récurrente lorsqu'elle tente d'articuler ses revendications existentielles, ce que nous appelons son message princeps, dont la réception comme elle le dit ne « dépend pas forcément que de nous... ».</p>
<p>33) Psy : Ensuite, vous m'avez dit, par rapport au rien faire dont on a déjà parlé, « maintenant je vais mieux, j'ai envie de refaire plein de trucs », comme si vous vouliez repartir comme avant, complètement ?</p>		
<p>34) Chloé : Euh oui, mais... oui, mais, j'ai</p>	<p>THEME : Changer</p>	<p>Le style de Mme est</p>


<p>envie de refaire plein de trucs. C'est aussi euuh... je pense que c'est pas dans le même état d'esprit quoi. C'est plus... c'est plus raisonné, c'est plus euuh... à la limite euuh pfouf ! Je veux pas dire que c'était pour me prouver des choses¹ parce que bon. Mais c'était peut-être... Mais maintenant, je le ferais plus par euuh...² Là maintenant, je le ferais par envie, par euuh... plus par plaisir. Même si ça demande des sacrifices comme quand on fait un truc, mais voilà, mais maintenant, je serais plus, je SUIS plus dans cette optique là que euuh... que dans, dans le truc où j'étais avant où euuh... j'ai fait des études à la vitesse grand V. Je me suis installée à grande vitesse. J'ai travaillé... Je veux dire, c'était vraiment le truc qui était emballé, prêt, donc, finalement euuh...² Je m'étais déjà encore mariée entre temps, bon voilà, enfin... j'ai divorcé, j'ai si...² enfin bon. Alors en plus, c'est vrai que tout ça, c'est tout des choses qui sont arrivées euuh... qui, qui euuh... qui chez moi ne devaient pas arriver quoi, pour ma famille, c'était quelque chose qui était...² Donc, je me suis mariée à la sortie de la fac parce que évidemment euuh... Voilà, c'était comme ça. C'était... oui, c'est idiot quand je pense à tout ça, je suis allée à l'école de la sixième à la terminale dans une école où il n'y avait pas un garçon, j'avais pas le droit de sortir. Donc, je suis arrivée à la fac, j'étais euuh nouille, nouille au milieu de... Non mais c'est vrai, c'est vraiment in... incroyable, c'est vrai, c'est complètement euuh... DELIRANT quand j'y repense. Donc, en deuxième année de fac ben, voilà, je... j'ai connu euuh... voilà, celui qui est devenu mon mari cinq ans plus</p>	<p>de vie 😊</p> <p>« prouver des choses », « faire par envie, plaisir », « mariée entre temps, divorcée », « empreinte assez marquée » ; « je suis pas marginale, ni délinquante » ; « se faire violence » ; « enlever toutes ces idées préconçues » ; « le regard des autres » ; « me défendre » ; « accepter d'être médiocre »</p> <p>¹ Dénégations</p> <p>² Phrases non terminées (barrages ?)</p>	<p>parfois si haché que certaines de ses phrases non terminées ont l'allure de véritables barrages de la pensée (« pour ma famille, c'était quelque chose qui était... »... innommable ?).</p>
---	---	--

tard quand j'ai eu fini mes études. Et puis trois ans après, j'étais divorcée et puis voilà quoi... C'est vrai, quand je me suis mariée, ma mère m'a dit : « Mais dis donc, on te fait un grand mariage, ce n'est pas pour que tu divorces dans deux ou trois ans hein ! ». Bon, c'était **un truc pour moi euh...**² quand on se marie, on pense pas forcément tout de suite à divorcer quoi, je veux dire... *[rire]*. Mais effectivement, finalement, elle l'avait peut-être senti venir parce que... *[rire]*, c'est arrivé ! Alors, ça a été encore un épisode douloureux pour moi ça, **parce que...**² c'était quand même bien avant **euh...** le problème. Bon, le divorce, c'était un truc **euh...** pas incroyable, mais quasi. Et puis euh bon, mes parents, j'avais pas d'enfant heureusement. C'est vrai que mes parents, ils ont plutôt pris parti pour mon ex-mari. Moi je me suis retrouvée... ça a été aussi un peu **euh...** difficile parce que, parce que j'étais... .. j'étais pas bannie de la maison, c'est pas ça, j'exagère, mais les relations étaient très difficiles pendant les six, huit mois qui ont suivi quoi. C'était déjà pas facile, mais là ! *[RIRE]*. **On va dire que c'était pas...**² Bon, c'est vrai que c'est, c'est rock'n'roll quoi, comme dans beaucoup d'endroits. C'est vrai qu'après, quand on y repense des fois c'est un peu rigide, c'est ça, c'est surtout la rigidité mais que je... que je ressens encore maintenant quoi, je vois bien que... que j'ai encore une **empreinte** assez marquée quoi, c'est **TERRIBLE** hein pour se sortir d'un truc pareil. Enfin, **c'est pas une catastrophe**¹, je ne suis pas non plus **euh...** je suis pas marginale quoi, ni délinquante, ni rien du tout, j'aurais pu,

<p> finalement, mais...² C'est pour ça, l'empreinte de tout ça, c'est très, très euh marqué hein... pour s'en débarrasser pfutt ! Il faut, il faut se faire violence quoi. Il faut enlever toutes ces idées préconçues, qui sont préconçues, mais qui vous ont embêtées pendant euh...² C'est comme ça hein, j'avais dix-huit ans... Mais donc maintenant, c'est vrai que, je dis pas que je suis euh... que je suis rigolote, rigolote mais <i>[RIRE]</i>, c'est pas ça, c'est vrai que je... je... je prends les choses différemment quoi... On n'a plus, on n'a plus la même appréhension euh... de ce qui nous entoure, on n'a plus euh...² oui, c'est, c'est...² et le regard des autres alors là, c'est pareil, c'est encore un truc aussi, il fallait jamais <i>[tout bas]</i> qu'on montre quoique ce soit, alors, c'est vrai que du coup, moi je... je me suis éloignée des autres quoi finalement. Quand on veut pas euh...² Même encore maintenant, j'ai du mal, j'ai du mal à m'entendre dire, m'entendre critiquer ou entendre des choses qui me...² qui sont vraies, mais...² Parce que j'ai pas été élevée, dans... dans... dans l'optique de... de... de...² et de me défendre de... de ça et d'accepter euh... et d'accepter euh... d'être médiocre ou pas bien quoi... C'est drôle³ ça, ce truc là encore. </p>	<p>³Terme dissonant</p>	
<p>35) Psy : C'est en effet très fort et on n'est pas préparé à ce style de vie par rapport à notre enfance. Peut être préparé à être bonne sœur c'est tout !</p>		
<p>36) Chloé : Ben oui, j'aurais peut-être bien...¹ ben oui j'y ai pas pensé, j'avoue que...ma terreur, enfin ma terreur, c'est que un de mes gosses soit curé ou...</p>	<p> THEMES : Relation à ses parents  « Terreur » qu'un de ses </p>	<p> Chloé. est souvent contradictoire, voire paradoxale dans ses formulations (« un </p>

<p>bonne sœur. Je sais pas pourquoi, c'est un truc...¹ Pourtant il y a personne dans la famille, je sais pas pourquoi, c'est un truc qui me...¹ ça me fait rigoler² des fois parce que je les envoie au cathé, alors ça aussi, c'est encore un truc. Voilà, les quatre mômes vont au cathé. Bon, parce qu'il y a encore des espèces de...¹ enfin, plutôt, après ils pourront choisir. Mais je me suis dit « vous allez faire ça et après vous choisirez quoi ». Ce qui à MOI, m'a été imposé et donc... et donc je leur impose un truc tout en...¹ moi-même ehh... je vais jamais à la messe... ..tout en REJETANT ce truc quoi. C'est assez rigolo² parce que ils... ils me disent « oui, tu nous obliges à faire des trucs que toi tu... »¹ Oui, ils ont raison. Alors, donc, j'ai fait un peu une croix là-dessus... Mais je les envoie quand même parce que je me dis, des fois qu'il y en aurait un qui serait mordu [rire]. Puis, en même temps, si il y en a un qui est heureux comme ça après tout voilà. C'est idiot, c'est des réflexions que je me fais comme ça et puis même si il est bien là-dedans et qu'il s'épanouit là-dedans, tant mieux pour lui... Des fois, je me dis « Mais ma pauvre » <i>[tout bas]</i>, c'est assez... complètement paradoxal quoi, j'arrive à faire des trucs qui me...¹ que je trouve complètement crétin quoi, que moi-même j'étais obligée de faire, contre lesquels j'ai pesté pendant...¹ Voilà et bon, je remets le couvert quoi... Chez moi, c'est un peu plus souple mais ehh...¹ Je vois mes gosses, quand ils vont, comme ça, chez mes parents, mes parents les emmènent à la messe quoi... Ça me fait mourir de rire² parce que je dis « allez, foutez leur la paix », et si c'est</p>	<p>enfants « soit curé ou bonne sœur » et pourtant « je remets le couvert » (paradoxalité) : « la roue infernale »</p> <p>¹ Phrases non terminées (barrages ?)</p> <p>² Termes dissonants</p>	<p>peu/une croix, assez/complètement ») et, plus globalement, par sa façon de dire très explicitement ce qu'elle dit ne pas pouvoir dire ou penser clairement.</p> <p>On observe ici une ambivalence paradoxale constante dénotée par des termes crus, agressifs, dévalorisants tantôt auto-adressés, tantôt visant l'héritage éducatif parental, mais alors vite repris par une expression contraire rationalisant le modèle parental (ex : « foutez leur la paix / C'est bien, il faut bien... »).</p>
--	---	--

<p>pas le dimanche matin, c'est le samedi soir, enfin bon, ben voilà. C'est bien, il faut bien qu'ils sachent ce que c'est, voilà, mais...¹ Donc euh... ça continue quoi, la roue infernale... C'est rigolo².</p>		
<p>37) Psy : Encore une chose, vous m'aviez dit que vous aviez décidé de partir avec votre mari en Bourgogne, finalement pourquoi ça ne s'est pas fait ?</p>		
<p>38) Chloé : Ben, ça s'est pas fait parce que euh...¹ Ça s'est pas fait parce que on...¹ on devait racheter un truc qu'on n'a jamais pu racheter parce que en Bourgogne, c'est très difficile d'acheter des...¹ des vignes et puis euh... et puis donc, ça s'est pas fait, ça a duré, ça a traîné au moins un an et demi, deux ans ce truc. Et puis, bon ben...¹ c'est vrai qu'après, au bout de ce temps-là, bon j'ai recommencé à...¹ J'avais quand même⁴ encore² la pharmacie, donc, j'ai recommencé à m'impliquer un petit peu³ là-dedans et puis, et puis au bout de trois, quatre ans après, on a abandonné l'idée parce que c'était...¹ franchement⁴ c'était difficilement réalisable, mais c'était quand même⁴ un truc qu'on avait bien envie de faire Bon, le truc d'œnologie en Bourgogne et tout ça, c'était sympa aussi, mais parce qu'on avait envie enfin MOI, moi j'avais envie de changer de...¹ j'avais envie de changer d'air, de changer de boulot, de tout quoi, j'avais envie complètement de faire autre chose.</p>	<p>THEMES : Changer de vie </p> <p>« Ça s'est pas fait parce que, parce que, parce que... mais c'était quand même un truc qu'on avait bien envie... enfin MOI »</p> <p>¹ Phrases hachées ou non terminées</p> <p>² Rationalisations</p> <p>³ Formulation paradoxale</p> <p>⁴ Adverbes d'insistance qui trahissent une tendance à la dénégation</p>	
<p>39) Psy : C'était un désir profond ? Vous vous autorisez à avoir des désirs...</p>		
<p>40) Chloé : Oui, et puis, du coup ben pfouf ! Peut-être aussi parce que je suis</p>	<p>THEMES : Changer</p>	<p>« l'envie s'est estompée, donc, c'est</p>

<p>flemmarde, ou j'en sais rien, il y a peut-être ça aussi qui veut...¹ peut être pas... Dans les deux premières années qui ont suivi cette maladie, je...¹ Ça m'aurait, ça me faisait absolument rien du tout de couper avec tout. Ça faisait un moment qu'on était là, donc, c'est vrai qu'on a plein de copains, plein de relations et tout et donc, à ce moment-là, vraiment ça ne me faisait absolument rien et puis, petit à petit, je pense qu'en reprenant un peu du poil de la bête, on...¹ Voilà, on a recommencé à recevoir, machin, à ressortir etc. Puis après ben finalement, je me suis rendu compte que ça me, ça m'aurait peut-être coûté plus que le bénéfice du truc à se retrouver comme ça, isolés dans un coin. Les enfants grandissaient donc, après problèmes scolaires, parce que là, c'était quand même dans un bled perdu, c'est vrai avec des détails matériels qui... qui étaient un peu compliqués avec quatre enfants, c'était un peu...¹ on s'en va pas comme ça. Donc, finalement c'est ça, mais c'est vrai que...¹ ça a plus été euh... au début le côté matériel² quoi qui nous a empêché de partir euh que l'envie... Ensuite, l'envie s'est estompée donc, c'est reparti comme ça³ puis voilà, puis ça se passe bien et puis...¹</p>	<p>de vie </p> <p>Partir/rester, désirer/renoncer, « on s'en va pas comme ça » ; « l'envie s'est estompée »</p> <p>¹ Phrases non terminées</p> <p>² Rationalisation</p> <p>³ Formulation paradoxale : c'est « reparti » ...pour rester ?!</p>	<p>reparti comme ça» : c'est « reparti » ... pour rester ?!</p>
<p>41) Psy : Vous m'avez dit que vous aviez fait une spondylarthrite ankylosante après votre cancer, comment vous l'expliquez ? Vous faites des liens, quelque chose avec cette pathologie ?</p>		
<p>42) Chloé : Un lien non, je ne sais pas.</p>	<p>THEMES : Autres</p>	<p>Illustration de la</p>


<p>Non, je pense simplement¹ que c'était parce que j'étais...² j'étais faible quand j'ai eu, eah...² j'ai été...² puis voilà. Je pense que ça a été un terrain pour que ce truc-là se développe comme toutes les maladies dans ce genre hein, auto immunes ou je sais pas quoi¹. Je pense que c'est ça, il n'y a pas de raisons spéciales à ce que...¹ parce que c'est arrivé, si je ne m'abuse, c'est arrivé eah...² comme ça, sans vraiment eah...². c'était euh en 2000, un an et demi, deux ans après, oui... Non, je pense pas' je pense que c'était uniquement...² ENFIN... Non, je pense que c'était ça, je...² je vois pas, je vois pas d'autres raisons... moi j'avais des p...² non, non parce que je... je sais pas, ça peut ? D'après vous, ça peut être lié ? Non je pense pas¹. Non mais, non parce que c'est vrai que on n'avait pas cherché ce que...² C'était juste après mon machin, alors euh ça a commencé par eah... la...² la mâchoire. Après, c'est descendu. Après, je ne pouvais plus marcher. Tout le monde pensait que j'avais des métastases dans les os et tout le bazar. Alors là, au niveau angoisse ça a peut-être un peu accéléré le processus parce que là, j'étais...² Ça a duré deux mois et demi, trois mois, quelque chose comme ça alors là, pendant ce temps-là eah...² J'étais mal hein je me coltinai tous les scChloérs, les machins, tout le bazar bien sûr et...² assez bizarrement, enfin, bizarrement, tout le monde avait peur de ça mais...² Il me semblait moi que c'était plutôt eah...² Je ressentais moi l'impression que j'avais dans mon corps. Il me semblait que c'était un truc inflammatoire. J'avais vraiment</p>	<p>maladies : SPA, dépression, anorexie « si je ne m'abuse, c'est arrivé [<i>Spondylarthritis</i>] eah...² comme ça » ; « la mâchoire. Après, c'est descendu » ; « j'ai pas été anorexique étant enfant, mais ... » ; « dualité permanente... parce que j'adore bien vivre » ; « ma dépression ou ma déprime » ¹ Dénégations ² Phrases hachées, non terminées</p>	<p>paradoxalité de Mme et de sa lutte contradictoire contre la prise de conscience : Thèse : « Je pense que c'est ça » Antithèse : « Non, je pense pas » Synthèse : « Non, je pense que c'était uniquement... ENFIN... » Interrogée sur les liens possibles entre sa spondylarthrite ankylosante et le cancer, Chloé., après quelques affirmations contradictoires, renvoie vers l'interlocuteur le lien proposé, idée avec laquelle elle jongle comme avec une 'patate' trop chaude! L'anamnèse de cette deuxième maladie systémique mérite que nous nous y attardions un peu. Après avoir paradoxalement relaté qu'elle a « toujours eu un espèce de problème alimentaire, enfin pas alimentaire, mais des problèmes avec la bouffe » (sic), Chloé. rapporte que sa spondylarthrite ankylosante s'est d'abord développée au niveau de</p>
--	---	---


l'impression que c'était un truc inflammatoire, mais bon, c'était pour, évidemment, écarter l'autre hypothèse, mais je ne sais pas **pourquoi...**² C'était peut-être le type de douleur **où je...**² Je touche du bois, je n'ai jamais eu de douleurs osseuses vraiment **mais...**² Bon alors, ma foi, j'ai quand même **euh...**² j'ai quand même perdu pas mal de kilos, bon alors après, **mais...**² j'ai toujours eu des problèmes avec la bouffe [*très rapide*] Bon, alors là, ça a empiré, j'ai quand même **eu...**² je crois que j'ai presque plus(+), j'en ai presque plus (+) bavé, je peux dire carrément plus pour ce truc là **que...**² parce que, alors là j'ai été mal avec la spondylarthrite pfouf... J'ai eu ÇA, puis après, j'ai été sous cortisone pendant un an, donc, bon, alors comme j'étais déjà, **comme je...**² j'ai toujours eu **un...**² un espèce de problème alimentaire, enfin **pas alimentaire, mais des problèmes avec la bouffe**³ comme ça, j'ai toujours fait attention à ce que je mangeais patati et tout quoi depuis enfant. Mais j'ai pas été anorexique étant enfant, mais j'ai, depuis que j'ai **pfouf...**² Depuis que je suis adolescente, depuis que j'ai treize ans, je pense que, à partir de là, j'ai toujours été un peu **euh...**² un peu **obs...**² obsédée, réticente par rapport à la bouffe, par rapport à certains trucs. Pourtant en plus **j'ai... je... je...**² j'ai ce souci-là. [*avale ses mots*] Maintenant ça va mieux parce que **j'ai... j'ai...**² je me suis soignée, je souffrais beaucoup. Parce que c'était une **dualité permanente**. Parce que j'adore, j'adore **euh...**² bien vivre. Mais c'est souvent, chez les anorexiques, ils font de la bouffe pour tout le monde, ils font des

³ Paradoxalité




la mâchoire. Elle poursuit très banalement (notion que nous pouvons certainement entendre ici au sens de Sami-Ali) : «Donc, dans le truc de la spondylarthrite, au départ, ce qui m'avait bien arrangé, c'est que je, je pouvais plus ouvrir la bouche, donc, je ne pouvais plus manger, mais c'est... mais j'avais des douleurs.[...] Comme mon mari est dentiste, je me disais « C'est pas possible, j'ai un problème dentaire.» Alors il m'a fait des... alors il..., j'ai eu des gouttières, des tas de trucs pour me soulager. Rien n'y faisait, bien évidemment, c'était pas la peine. » On voit ici la tentative hystériforme de mouler sa demande, ce que nous appelons l'appel du message princeps, dans un symptôme susceptible d'être compris et pris en charge par l'autre et ici étrangement à l'adresse du statut professionnel de cet autre... qui se trouve secondairement (?!) être aussi son conjoint... !



tas de trucs. Alors moi, je faisais, je fais encore d'ailleurs des desserts, des tas de trucs, tout ça et puis, d'un autre côté, j'avais **INTERDICTION** d'y toucher quoi. Donc c'était, c'est pour ça que **je... je...**² c'est terrible, terrible. On devient dingue, je devenais folle **et...**² [RIRE] Donc... donc, dans le truc de la spondylarthrite, au départ, ce qui m'avait bien arrangé, c'est que je, je pouvais plus ouvrir la bouche, donc, je ne pouvais plus manger, mais **c'est...**² mais j'avais des douleurs. Vraiment, je ne pouvais plus ouvrir la bouche quoi. Et **comme mon mari est dentiste, je me disais « C'est pas possible, j'ai un problème dentaire.»** Alors il m'a fait **des...**² alors **il...**², j'ai eu des gouttières, des tas de trucs pour me soulager. Rien n'y faisait, bien évidemment, c'était pas la peine. Mais bon, d'un autre côté **j'étais...**² **je...**² je mangeais un yaourt, puis j'étais finalement mal parce que je perdais des kilos, des kilos, oui, **j'étais...**² Ouais donc **eah...**² alors du coup, j'ai perdu des kilos. Ils se sont dit, c'est pas possible quoi, elle a des métas osseuses parce que je voulais lutter comme ça, c'est vrai que j'étais pas chouette hein ! J'avais pas beaucoup de cheveux en plus de la chimio. Voilà, donc, **finalement... ..**² Ça m'a peut-être bien arrangé **d...**² du coup. Mais enfin, après, j'ai **carrément...**² donc, après ça mangé, par la force des choses. Donc, après j'ai plus pu l'enlever du tout, par la force de mon esprit quoi. [rire] Alors là, ça a duré un an....et c'est D qui **me...**² qui m'a suivie à l'Hôpital pour ma spondylarthrite ankylosante. Et donc, quand il m'a vue, il m'a donné un traitement et puis quand il

<p>m'a vue comme ça, il m'a dit « Ecoute, c'est pas...² tu as déjà failli passer tout près, mais là, tu y vas tout droit quoi, c'est autre euh...²» Donc, il m'a pris en mains et bon , c'est vrai qu'il est branché, il est très branché psy et, je dois dire que, sur moi, ça a marché, donc, puisque c'était... c'était ça, quoi finalement. Donc, une fois qu'il a eu soigné ma spondylarthrite ankylosante, bien évidemment, il m'a soignée euh...² il m'a soigné mes tics, mes tocs, mes trucs. <i>[rire]</i> Voilà, c'était pas plus difficile que ça quoi, ma dépression ou ma déprime quoi, je pense que c'était ça. Et puis finalement, ben, petit à petit euh...² petit à petit, petit à petit <i>[tout bas]</i>, ça est mieux allé puis là ben, ça va mieux.</p>		
<p>43) Psy : Mais vous avez toujours un suivi ?</p>		
<p>44) Chloé : Ben oui, oui c'est chronique, mais là bon, j'ai été deux ans, deux ans et demi sans rien et puis là, j'ai fait un truc il y a pas très longtemps, il y a peut-être deux ou trois mois... rebelote. Et puis donc là, je...¹ je suis vite allée le voir et ça s'est soldé euh...¹ j'ai pris des bonnes doses d'anti-inflammatoires et puis ça va. Bon, je le vois régulièrement tous les six mois, tous les euh...¹ Il me suit pour ça puis pour le reste <i>[rire]</i>. Il me PESE, il me fait rire parce que j'ai horreur² des ... quand je... ces trucs-là, je me pesais tous les matins, tous les midis, tous les soirs, dès que j'avais deux secondes, je me pesais, alors euh... quand je suis allée le voir, je me disais 45 kg... J'étais...¹ j'étais vraiment moche, j'avais les cheveux un petit peu euh...¹ et après euh...¹ ma hantise, c'était d'aller le voir parce que il</p>	<p>THEMES : SPA Anorexie «c'est chronique» ; «rebelote» ; « Il me PESE » <i>(sic)</i>  ¹ Phrases hachées, non terminées ² Dissonance (Rire/ horreur)</p>	<p>Chloé. exprime sa « Hantise » de « monter sur la balance » ; « il (le médecin) voulait absolument que je reprenne des kilos alors, c'était terrible », ambivalence à l'égard de sa propre santé corporelle qui n'est pas sans évoquer une problématique d'anorexique.</p>

<p>fallait monter sur la balance et il voulait absolument que je reprenne des kilos alors, c'était terrible quoi. Et puis donc après, il m'a donné des médicaments donc c'est vrai que moi... donc ça a bien... ça a marché eah...¹ Voilà, j'ai recommencé à manger, j'ai dormi et tout etc. quoi. Puis alors, du coup, je me pèse plus parce que j'ai tellement peur que...¹ voilà. Alors, j'ai plus la hantise d'aller chez lui, parce que lui, par contre, il continue à me peser [<i>rire</i>] et je me pèse plus que chez lui maintenant, avant je me pesais toujours chez moi et chez lui pas et maintenant, c'est l'inverse... bref, enfin voilà toute l'histoire de A à Z.</p>		
<p>45) Psy : Puis, vous m'avez dit que vous aviez du mal à vous projeter dans l'avenir, comme si vous aviez une espèce de culpabilité, que ça va vous porter malheur, ça m'a interpellée un peu...</p>		
<p>46) Chloé : C'est-à-dire, eah...¹ culpabilité par rapport à eah...¹ ... C'est-à-dire que c'est fini, je pense que c'est un peu ça, c'est que eah...¹ quelque part je me sens eah...¹ je me sentirais coupable d'aller trop bien quoi, je sais pas comment vous dire eah...¹ C'est... c'est...¹ c'est un peu ambigu eah...¹ et je...¹ oui, ça doit être ça, ça doit être ça, finalement eah...¹ comme par exemple quand j'é...¹ quand j'étais malade par exemple, j'avais HORREUR, horreur qu'on me dise « Ah ben dis donc, tu as bonne mine eah...¹ qu'est-ce que tu vas bien eah...¹ » Voilà et ça, c'est quelque chose de...¹ Ça... ça m'insupportait, je VOULAIS PAS en fait. J'ai analysé ça avec un petit peu, du fond aussi, je pense que, quelque part, je voulais pas eah...¹ je</p>	<p>THEME : Culpabilité</p>  <p>« coupable d'aller trop bien » ; « c'est un peu ambigu » ; « je voulais pas être complètement guérie » ; « j'avais pas envie de m'en sortir parce que... je voulais qu'on fasse attention à moi » ; « je me complais dans mon état d'être malade à moitié bien portante, je sais pas, c'est ambigu. » ; « j'ai l'angoisse de trop bien aller »</p>	<p>Toutes ces thématiques, quoi qu'ambiguës, comme elle le dit elle-même, sont aussi très lucides et limpides pour qui veut les entendre (« qu'on fasse attention à moi »)... et illustrent pourtant la difficulté qu'à le message princeps à se faire reconnaître et le prix qu'il est prêt à payer pour cela... !</p>



<p>voulais pas être complètement guérie, alors peut être que...¹ peut être que, dans ce sens-là, euh...¹ la venue de ma spondylarthrite ankylosante est peut-être...¹ c'est...¹ c'est peut-être ça aussi, que j'avais pas envie de m'en sortir parce que je pense que quelque part, je voulais que...¹ on fasse attention à moi. Enfin j'en sais rien, mais il... il...¹ il y a sûrement un peu de ça, alors, peut être que dans ce sens-là ma survenue de la spondylarthrite ankylosante était peut-être euh...¹ pour retarder en fait euh...¹ le jour où j'allais me retrouver euh...¹ bien dans mes baskets et puis que j'avais pas envie, finalement de...¹ de ça. Je... je...¹ ouais, je pense que c'est ça... Alors du coup euh... Alors du coup, quand même, j'étais bien, bien angoissée et hein, comme tout un chacun... Donc, j'étais bien contente, finalement, de...¹ de m'en être sortie, d'être en rémission enfin, pour l'instant mais... mais... mais... mais...¹ mais, je peux jamais...¹ je peux jamais, quand je vais chez D. qui me dit « Bon maintenant ça va, vous êtes guérie », je...¹ je HURLE, je VEUX PAS qu'on me dise ça parce que ça...¹ ça m'angoisse... ça m'angoisse en fait PARCE QUE euh je SAIS PAS pourquoi , enfin je ss...¹, oui, j'ai l'angoisse de...¹ de trop bien aller. C'est quelque chose ça, donc euh...¹ ou alors j'ai peur de retomber là-dedans ou alors j'ai...¹ ou alors euh...¹ je... je...¹ je me complais dans mon état de...¹ d'être malade à moitié bien portante, je sais pas, c'est ambigu.</p>	<p>¹ Phrases hachées, non terminées, quasi-bégaiements</p>	
<p>47) Psy : Et enfant, avez-vous été malade ?</p>		

<p>48) Chloé : Non, non, je...¹ non, même pas eu l'appendicite, non, je pense que... ...¹ A la réflexion...¹ eu...¹ je pense que c'était pour, à MON avis, c'était pour que... C'était pour...¹ qu'on fasse attention à moi, qu'on me prenne en considération hein, attention, c'est eu...¹ qu'on considère une personne à part entière. Je pense que c'est ça et c'est... ...¹ je pense que la survenue de tous ces INCIDENTS, on peut dire ça comme ça, c'est en... en gros eu...¹ ça. Enfin, POUR ÇA. Et donc, c'est sûr que eu...¹ si on voit ça comme ça, j'avais pas...¹ Euh oui, avec le recul, en en discutant comme ça, la spondylarthrite ankylosante, c'est aussi une étape eu...¹ dans le même sens quoi... Puisque c'est vrai que...¹ c'est vrai que je... je...¹ Bon, maintenant, ça va, mais j'ai...¹ j'ai détesté, alors, c'était peut-être aussi dû à mon...¹ mon HISTOIRE DE POIDS, parce que c'est vrai que c'était assez ambigu, mais moi, dès que quelqu'un me disait eu...¹ « Oh dis donc, qu'est-ce que tu as bonne mine ! », alors, je prenais ça pour euh ...eu...¹ Ça voulait dire que j'avais pris 60g et que, du coup, si j'avais bonne mine, c'était que j'avais pris du poids. Alors, il y a aussi ce truc-là qui me reste quand même toujours... je suis contente de bien aller, mais je... je...¹ je veux pas trop...aller [RIRE], MAIS...¹</p>	<p>THEMES : Cancer</p> <p> Culpabilité </p> <p>« même pas eu l'appendicite » (enfant) ; « C'était pour qu'on fasse attention à moi » ; « je pense que la survenue de tous ces INCIDENTS (sic) [cancer, SPA...] c'est en gros ça » ; « je suis contente de bien aller, mais je veux pas trop aller, MAIS...»</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées</p>	<p>On pourrait résumer la philosophie exprimée ici par Chloé. par cette formule paradoxale : « Tumeur pour pas que je meure » !</p>
<p>49) Psy : On dirait que vous avez besoin de cela mais, comme si c'était un peu un joker quelque part...</p>		
<p>50) Chloé : BEN OUI, enfin oui, ouais, ouais...¹ Est-ce que... est-ce que...¹ est-ce que c'est extraordinairement bizarre ou</p>	<p>THEMES : Estime</p> <p>de soi </p>	<p>On voit ici à quel point l'économie psychique de Chloé. fonctionne</p>



<p>est-ce que c'est eah...¹ est-ce que c'est normal ? C'est quand même eah...¹ moi je SAIS PAS. Euh... je pense, quand on passe par là, on peut quand même PAS se lancer, on n'ose pas. C'est ça, je pense qu'on a toujours quand même un petit truc qui nous tient... Il faut quand même pas se réjouir trop vite, sinon eah...¹ c'est la catastrophe. C'est vrai, c'est aussi ça, je pense que c'est aussi pour parer à toutes éventualités. C'est histoire de...¹ de se défendre, c'est un système de défense, de... En se disant, voilà, il faut quand même que je sois prête le jour où... ça peut recommencer. Il faut pas non plus que je crie victoire avant...¹ avant l'heure, et je crois que je crierai jamais victoire. Enfin, je pense pas qu'on peut un jour crier victoire, j'en sais rien... Je vois des gens autour de moi qui...¹ raisonnablement qui peuvent eah...¹ qui ont été malades il y a vingt ans, vingt-cinq ans, trente ans, donc, voilà. Mais... je sais pas dans vingt ans ou trente ans, si je suis encore là, je pourrai...¹ oui, si j'aurai un autre raisonnement, mais... pour l'instant, j'aime autant euh...¹ rester sur mes gardes [RIRE], VOILA, PRUDENCE, la prudence est de mise.</p>	<p>Culpabilité </p> <p>Cancer </p> <p>(Suis-je) « extraordinairement bizarre ou normale » ? ; Répétition insistante de la même thématique (=> trop vivre= mourir ?) : -« (Ne pas) se réjouir trop vite, sinon c'est la catastrophe » -« C'est histoire de... se défendre » -« Il faut quand même que je sois prête le jour où ça peut recommencer. » -« Il faut pas non plus que je crie victoire avant l'heure et je crois que je crierai jamais victoire » -« Pour l'instant, j'aime autant rester sur mes gardes » -« la prudence est de mise »</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées</p>	<p>vraiment sur le mode de... l'économie avec un système de défense très coercitif: -« ne pas se réjouir trop vite » -« parer à toutes éventualités » -« se défendre » (de vivre... !?) -« raisonnablement » -« je sais pas dans vingt ans ou trente ans, si je suis encore là, je pourrai... / si j'aurai un autre raisonnement (=> passage de la forme active à la forme passive révélateur de la vision dépressive des choses de Mme qui n'ose croire en elle). -« la prudence est de mise. »</p>
<p>51) Psy : Vous m'aviez dit que vous aviez un caractère matérialiste et droit ; avez-vous eu le choix d'être autrement ?</p>		
<p>52) Chloé : Je dois vous dire que non. [voix triste] Enfin, je me vois pas eah...¹ non, je n'aurais pas pu, je pense.</p>	<p>¹ Phrase non terminée</p>	<p>« Je dois vous dire que non » répond Mme dans une formulation à tonalité mélancolique, révélatrice</p>



		là encore d'un vécu de contrainte.
53) Psy : Et vos frères et sœurs, ils ont aussi le même caractère ?		
54) Chloé : Euh... pfouf... non. Ben, un petit peu, oui. Il y a quelques constantes parce que... ¹ ben aussi paradoxalement que ça est, j'ai quand même une mère qui est assez farfelue dans son... ¹ J'avais une grand-mère qui était aussi euh... ¹ farfelue... Ma mère est un peu fofolle, un peu comme ça, bon. Donc, moi, j'ai pas... ¹ j'ai pas ce côté un peu euh... ¹ un peu excentrique, on va dire ça, comme ça. Ma sœur l'a, plus ou moins, mais donc, elle, elle l'a dans sa nature, le truc c'est que, quand elle, elle a voulu, au niveau de ses études, faire architecte, c'est une fille qui est assez douée, assez douée avec ses mains, assez manuelle, donc, elle voulait faire architecte, architecture, après son bac et, en fait, elle a fait médecine parce que... ¹ alors euh... certainement que on... ¹ Parce que... ¹ parce que les... ¹ c'était difficile pour nous de faire autre chose que... ¹ voilà. Ça devait être trop original, je pense. Donc il fallait qu'elle aille à Paris ou je sais pas quoi, donc euh... ¹ pas question. Je pense qu'on... ¹ elle a... ¹ elle a aussi euh... ¹ comme moi, cette rigidité de comport... ² enfin de comportement un peu euh... ¹ voilà... de... ¹ de... ¹ de jugement ou de... ¹ Mais... ¹ mais elle a ce petit côté comme ça aussi plus original, mais qui est quand même très canalisé quoi. Et c'est sûr que euh... ¹ on avait pas matière à extérioriser notre originalité, si originalité il y avait. C'est vrai que c'est difficile pour nous d'être	<p>THEMES : Relation à sa mère 🙄</p> <p>Relation à ses parents 🙄</p> <p>Education 🙄</p> <p>Cancer 😊</p> <p>-mère et grand-mère « assez farfelues »</p> <p>-« moi, j'ai pas ce côté »</p> <p>-« Ma sœur l'a, plus ou moins »</p> <p>-« c'était difficile pour nous de faire autre chose que... »</p> <p>-« rigidité... »</p> <p>-« c'est difficile pour nous d'être autrement... »</p> <p>-« on avait pas matière à extérioriser notre originalité, si originalité il y avait »</p> <p>-« j'ai été quand même un peu... bridée. [...] C'est pour ça, je voudrais bien qu'elles fassent un truc un peu bizarre quoi, enfin, original »</p> <p>-« avec mes parents [...] je me dis que c'est de la folie »</p>	<p>Toujours paradoxale, Chloé. tente de « formater » ses enfants à ne pas l'être...</p> <p>C'est ici qu'elle fait pour la première fois mention de son mari (à plus de la moitié du 2ème entretien...).</p> <p>La révolte de Mme, très contenue, se laisse souvent entendre derrière un vocabulaire déprécié, sardonique (« médecine, machin, c'est bien, si il insiste .. »).</p>

<p>autrement... Alors je pense que j'ai deux filles qui eah...¹ j'ai un mari qui est plus...¹ plus artiste. Moi je le suis pas du tout, c'est pas difficile de l'être plus que moi. Mais lui, il a ce côté et donc, mes fils sont plus comme ça, enfin le deuxième surtout, je veux pas dire que je le harcèle, mais je voudrais bien que comme...¹ en phase de choisir un métier, une profession plus tard...¹ alors, j'essaie de...¹ de les aiguiller sur un truc un peu original quoi. Parce que, bon, c'est sûr que, médecine, machin, c'est bien, si il insiste, je dis pas non, mais, c'est pour ça, je pense, que j'ai été quand même un peu euh...¹ bridée, je sais pas ce que j'aurais fait mais eah...¹ C'est pour ça, je voudrais bien qu'elles fassent un truc un peu bizarre quoi, enfin, original, autre chose que le truc classique, béton, droit, ce qui est rassurant pour des parents. Moi je regrette rien³, c'est sûr que c'est...¹ Bon, mais pour leur vie, en général, ce serait rigolo. On verra, on verra, en tous cas, je pense que, par rapport à ça eah...¹ je... je...¹ je leur laisse eah...¹ le choix largement plus que...¹ plus le choix et une liberté beaucoup plus grande, ce qui n'est pas difficile. <i>[rire]</i> J'ose espérer qu'elles le ressentent comme ça, c'est tout. Mais après, je pense que, de ce côté-là, oui, il n'y a pas de problèmes, au contraire, l'autre jour la grande, elle me dit « Oh, je veux faire médecine », je lui dis pfouf... ! <i>[rire]</i>, « Oh ! je dis, pas encore médecine... ! Bon, après, si tu veux faire ça, c'est toi qui vois, mais bon, c'est vrai que c'est...¹ », « Oh mais pourquoi tu me dis ça ? » elle me dit. Alors je les pousse à partir un peu moi, qu'ils partent à</p>	<p>-« Moi je regrette rien » -« période de révolte après mon cancer » -« il y a un moment, il faut un peu... il faut faire confiance »</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées ² Craquée verbale</p> <p>³ Dénégation</p>	
---	--	--

<p>l'étranger, tous ces trucs là que, j'ai jamais fait, on savait pas changer de train tout seule alors. [rire] Elles en ont déjà fait vingt fois plus que moi euh...¹ C'est rigolo⁴. Ben tant mieux, après tout moi, quand je pense à tout ça, je me dis « C'est vrai, avec mes parents, tout ça... » Je me dis que c'est de la folie quoi. Et quand j'étais en période de révolte après mon cancer, je me disais « C'est pas possible, c'est pas possible de nous avoir jamais laissé euh prendre le train ou partir tout seul quelque part ! », jamais quoi... La peur de...¹ je sais pas...¹ oui, j'ai peur pour mes gosses aussi, mais je me dis, il y a un moment, il faut un peu...¹ il faut faire confiance.</p>	<p>⁴Terme un peu dissonant</p>	
<p>55) Psy : Justement par rapport à la confiance, quand vous entendez des conversations, vous avez quand même toujours peur, même si votre sœur vous a dit qu'elle vous dirait tout, vous n'avez quand même pas confiance. Est-ce que cette notion de confiance, existait avec votre père ou votre mère, ou, l'autorité était tellement forte qu'il n'y avait pas cette notion ?</p>		
<p>56) Chloé : C'est-à-dire...¹ c'est-à-dire que je pense que euh...¹ inconsciemment et puis euh...¹ consciemment, je sentais, je savais que je pouvais compter sur mes parents si il...¹ y avait un truc euh...¹ dur. Mais il n'y avait pas de...¹ comment dirais-je...¹ il n'y avait pas de relation de confiance. Je...¹ jamais je serais allée leur dire un truc euh...¹ J'avais pas grand-chose à révéler parce que je faisais pas grand-chose. [rire] Si il allait m'arriver un truc,</p>	<p>THEMES : Relation à ses parents  Education  -« pas de relation de confiance » -« pas grand-chose à révéler » -« l'autorité à tout crin et puis j'étais et je suis</p>	<p>« Inconsciemment / consciemment, je sentais / je savais » => Chaque fois qu'elle tente d'accéder à un registre profond, émotionnel, Chloé. semble renvoyée par son système défensif vers un registre plus intellectuel, opératoire, en faux-self : Le « je pouvais compter</p>

<p>c'était clair non, non, ils étaient l'autorité, l'autorité à tout crin et puis j'étais et je suis encore très craintive quoi, très craintive de... de l'autorité, de... c'est vrai que euuh...¹ même au niveau du travail si vous voulez, si les gens arrivent et qu'il y a quelqu'un qui n'est pas content ou qui manifeste de l'impatience, ça me rend MALADE quoi, je... je...¹ j'ai du mal à, j'ai du mal à accepter euuh...¹ accepter euuh...¹ qu'on me euuh...¹ Comment dire, c'est difficile à expliquer parce que...¹ je suis terrorisée par le... par le...¹ par l'excès si vous voulez...¹ verbal², de quelqu'un quoi. Et donc, je pense que ça vient de là quoi, ben oui, ça renvoie à ça, parce que moi, moi, je disais jamais rien, de peur...¹ de peur d'être réprimandée. Et, enfin, je sais pas quel message je fais passer parce que c'est, je... c'était pas euuh... comment dirais-je, c'était une autorité très importante quoi, ce n'était pas de la méchanceté ou je sais pas quoi, non², c'était... Mon père n'était pas méchant, non pas du tout³, mais c'était vraiment 'CRIIICK' [<i>sic</i>], quoi. Hyper rigide, c'est lourdingue quoi, c'est vrai. C'est vrai que je leur en veux un peu moins, mais je continue de temps en temps à me dire, mais c'est pas vrai, parce que, parce que ça se porte comme euuh...¹ hein. Je vais vous dire, il faut que je me fasse violence pour des conneries, quoi des trucs, mais c'est incroyable, des choses pour lesquelles, les gens ne prêtent même pas attention, c'est dingue quoi, alors du coup, je me dis « pfouf... ! » quoi.</p>	<p>encore très craintive, très craintive de l'autorité » -« même au niveau du travail [...] ça me rend MALADE [...] je suis terrorisée par l'excès verbal » -« je leur en veux un peu moins » -« il faut que je me fasse violence pour des conneries... »</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées</p> <p>² Formule euphémique...</p> <p>³ Dénégations</p>	<p>sur mes parents » est suivi par sa négation : « il n'y avait pas de relation de confiance. Jamais je serais allée leur dire... ».</p> <p>Affirmation suivie immédiatement de son contraire illustrative de la structure paradoxale et traumatique de la personnalité de Mme.</p> <p>La dimension traumatique apparaît manifeste ici (« terrorisée... par l'excès verbal ») ainsi que la difficulté à nommer le ressenti (« je me dis « pfou... ! » quoi »)</p>
<p>57) Psy : Mais vous semblez en chemin pour ne pas répéter ça avec vos enfants...</p>		

<p>58) Chloé : Ah ben oui, ça, c'est encore une autre paire de manches. [RIRE] Ben j'espère, j'espère, j'espère. Moi, le mal est fait, donc, c'est trop tard, encore que je peux essayer d'améliorer mon cas et surtout, surtout, surtout pour mes enfants, parce que c'est trop important, vraiment, je veux qu'ils s'épanouissent et qu'ils aient...¹ qu'ils osent s'affronter aux gens, qu'ils osent, qu'ils osent, dans la...¹ dans la joie et dans la bonne humeur, dans la limite de...¹ Bon... mais, il faut... il faut...¹ il faut y aller quoi...alors que moi, jamais. Je me suis toujours effacée parce que...¹ on nous a toujours dit, de toute façon, si il y a quelqu'un qui doit s'effacer, c'est toi. [tout bas] Alors c'était jamais pour nous donc, c'était toujours pour...¹ Ben, c'était toujours le tour des autres quoi, TOUJOURS, toujours et je me rends compte, maintenant que...¹ mais que...¹ c'est encore comme ça quoi, je veux dire, j'ai du mal à...¹ à m'imposer quelque part ou à dire « Ben NON, ce coup-ci, c'est mon tour, c'est moi ». Voilà, c'est toujours « Mais non, allez-y, et gna gna gna », tout le tralala...</p>	<p>THEMES : Relation à ses parents  Estime de soi </p> <p>-« Moi, le mal est fait, donc, c'est trop tard, encore que » -« surtout, surtout, surtout pour mes enfants... qu'ils osent s'affronter aux gens, qu'ils osent, qu'ils osent » -« toujours le tour des autres » -« je me rends compte, maintenant que... mais que... c'est encore comme ça »</p> <p>Répétitions triadiques : -« j'espère, j'espère, j'espère » -surtout, surtout, surtout -qu'ils osent, qu'ils osent, qu'ils osent -il faut... il faut... il faut -toujours, toujours, toujours -gna gna gna -tout le tralala »</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées</p>	<p>Le 'bégaiement' triadique de ce passage (« - j'espère, j'espère, j'espère ; -surtout, surtout, surtout ; -qu'ils osent, qu'ils osent, qu'ils osent », etc. apparaît ici plus comme une volonté insistante, affirmative que comme déstructuration du discours.</p>
<p>59) Psy : Donc, vous devez vous faire violence ?</p>		
<p>60) Chloé : Ah oui, c'est terrible quoi, alors</p>	<p>THEMES : Relation</p>	

<p>du coup eah...¹ du coup, il y a plein de trucs qui me passent sous le nez ou eah...¹ Voilà, je me dis, c'est pas possible quoi, parce que je suis comme ça quoi, des fois je me dis « Laisse tomber », parce que ça va me donner plus de...¹ de soucis de me forcer à y aller que de...¹ d'ASSUMER l'échec. J'en suis là, c'est DUR, je m'énerve toute seule.</p>	<p>à ses parents </p> <p>-« plein de trucs qui me passent sous le nez »</p> <p>-« des fois je me dis 'Laisse tomber' »</p> <p>-« ASSUMER l'échec. J'en suis là, c'est DUR »</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées</p>	
<p>61) Psy : Donc, vous avez envie de donner des outils à vos enfants ?</p>		
<p>62) Chloé : Ah oui, c'est tout ce qui m'importe, au moins, ça m'aura permis de...¹ pour ça, c'est énorme quoi.</p>	<p>¹ Phrase non terminée</p>	
<p>63) Psy : Ainsi vous faites chavirer le type d'éducation et de qualité de vie, de bien être du côté d'une certaine harmonie, fluidité, dans la vie personnelle et professionnelle.</p>		
<p>64) Chloé : Oui, de bien être en général quoi. J'ai jamais eah...¹ j'ai jamais...¹ Donc, cette fluidité, je l'ai jamais eue dans mon enfance quoi. C'était toujours...¹ c'était toujours eah...¹ haché et eah...¹ encore maintenant...¹ je veux dire...¹ quand eah...¹ avec mes parents, quand ils viennent, c'est sympa, il n'y a pas de problème, tout ça, mais...¹ j'ai TOUJOURS, toujours, toujours, la HANTISE qu'il y ait un clash quoi. Vous voyez ce que je veux dire ? C'est vachement difficile de vivre ça, toujours, parce que, parce que c'est... PARCE que, je sais très bien que la fluidité, j'ai connu la fluidité en...¹ Il y avait tout le temps quelque chose pour COUPER le truc complètement quoi, et MOI, je...¹ j'ai</p>	<p>THEMES : Relation à ses parents </p> <p>-« cette fluidité, je l'ai jamais eue »</p> <p>-« TOUJOURS, toujours, toujours, la HANTISE qu'il y ait un clash »</p> <p>-« Il y avait tout le temps quelque chose pour COUPER »</p> <p>-« j'ai toujours peur de ça, quand on est ensemble, en famille »</p> <p>-« c'est délirant quoi... c'est dur à vivre ! »</p>	<p>« Le bien être en général, [...] cette fluidité, je l'ai jamais eue dans mon enfance » confie Mme ; les phrases hachées, non terminées, le manque de fluidité de son discours seraient-elles l'image de ce manque ?</p> <p>Nous nous interrogeons, en outre, sur ce que recouvre cette hantise si terrible qui fait trembler, tétanise, Chloé («TOUJOURS, toujours, toujours, la HANTISE qu'il y ait un clash » ; « j'ai</p>




<p>toujours peur de ça, quand on est ensemble, en famille, pour faire des trucs qui sont sympas quoi où on est tous en train de rigoler, machin, je, j'ai... j...¹ je suis toujours en train de surveiller pour voir qu'il n'y ait pas un truc qui cloche, parce que je sais qui va...¹ que ça fera eah...¹ couper...¹ C'est dur hein ! C'est angoissant... Ça me fait angoisser quoi et...¹ et...¹ et je trouve que c'est délirant quoi... c'est dur à vivre !</p>	<p>¹ Phrases hachées, non terminées</p> <p>Répétitions triadiques :</p> <p>-TOUJOURS, toujours, toujours</p> <p>-parce que, parce que, parce que,</p>	<p>toujours peur de ça, quand on est ensemble, en famille, pour faire des trucs qui sont sympas quoi où on est tous en train de rigoler, machin, je, j'ai... j... je suis toujours en train de surveiller pour voir qu'il n'y ait pas un truc qui cloche... »)</p> <p>« Rigoler, machin... surveiller » : mot fourre-tout placé entre deux verbes exprimant des états émotionnels antinomiques, le terme machin vient chiffonner ici les deux notions pour les articuler tout en révélant la difficulté, voire la monstruosité de cette union.</p> <p>Etre « ensemble, en famille, pour faire des trucs qui sont sympas », ainsi que le formule Chloé., évoque pourtant, paradoxalement en elle des émotions très négatives, anxiogènes qui ne laissent pas d'interroger sur un possible secret familial à ne pas laisser venir au jour.</p>
--	--	--

<p>65) Psy : Maintenant, j'aimerais savoir, comment, après votre cancer, vous avez réorganisé justement vos relations familiales par rapport au fait, comme vous le disiez, d'avoir des pathologies pour attirer un peu l'attention sur vous, vous faire reconnaître. Donc, est-ce qu'en matière de place, de reconnaissance de qui vous êtes en tant qu'être humain, qu'est ce vous pensez qui a changé, qu'avez-vous pu sentir en plus, en moins aussi, en énervement des uns, en soutien des autres, je ne sais pas.</p>		
<p>66) Chloé : Euh... par rapport... euh... ben, par rapport à ma famille ou à mes antécédents ?</p>		
<p>67) Psy : Aux deux.</p>		
<p>68) Chloé : Euh...¹ par rapport... euh...¹. euh...¹ euh...¹ Par rapport à mes parents, bon alors, je pense que ça a quand même, je vous ai déjà dit, ça a ouvert un peu le euh...¹ le relationnel euh...¹ en rapport avec la...¹ la mise en danger finalement de...¹ de ma vie quoi. Donc là, ils ont quand même compris. Donc ça a quand même...¹ ça a permis quand même des rapports plus chaleureux, maintenant. Euh...¹ on est plus dans...¹ on est plus euh...¹ pas dans la futilité parce qu'on n'en n'est pas encore quand même arrivé là, mais [RIRE], ...MAIS euh...¹ ... ils ont euh...¹ je pense qu'ils ont quand même un peu capté que...¹ que finalement euh...¹ l'apparence, c'était pas tout quoi. Il fallait quand même euh...¹ creuser un peu déjà. Bon...¹ qu'on avait le droit de montrer qu'on était AFFECTE, qu'on était en</p>	<p>THEMES : Relation à ses parents 😊 Cancer 😊 Relation à ses enfants 😊 Relation au conjoint (d) 🤔</p> <p>-« Par rapport à mes parents, je pense que ça a quand même ouvert un peu le relationnel en rapport avec la mise en danger de ma vie » -« le droit de montrer qu'on était AFFECTE » -« Ça a recadré un peu</p>	<p>Les affirmations positives de Mme («relation... qui était bonne d'ailleurs » ; « ce sont de BONS grands-parents » ; etc.) sonnent vraiment parfois comme des exercices de la méthode Coué.</p> <p>Face à son mari, son attitude (« et quand il en faisait trop, alors, je disais « Tu nous casses les pieds ») montre le fonctionnement complexe et ambivalent, voire paradoxal de Chloé.</p> <p>En outre, elle tente avec insistance de se convaincre qu'elle est assez consciente pour éviter de répéter le</p>

<p>SOUCI, qu'on était ANGOISSE, qu'on avait MAL quelque part. Bon, je pense que ça, ça a quand même été une donnée euh...¹ donc ce qui fait que ça a un peu euh...¹ adouci euh...¹ adouci les relations entre tout le monde... autant euh...¹ euh...¹ entre mes parents et moi qu'entre mes parents et mes frères et sœurs quoi. Ça a recadré un peu les priorités, je veux dire euh...¹ euh...¹ de l'individu, les priorités de l'individu par rapport à...¹ par rapport à quoi ? ... par rapport à...¹ ce qu'on peut penser de nous quoi, enfin, bon. C'est vrai que chez nous, c'était quand même, C'EST, c'est toujours un peu...¹ Bon alors maintenant, ça fait quand même du TEMPS. Donc il y a quand même certaines choses qui reprennent le dessus. Mais, MALGRE TOUT, il y a quand même toujours ce...¹ cette épée de Damoclès qui fait QUE...¹ tout le monde reste quand même assez soft euh...¹ pour ne pas agresser trop les autres. Donc, je pense que ça, ça a été, c'est un BIEN. Ça a été un bien aussi, donc, je pense aussi euh...¹ dans la...¹ dans la relation qu'était...¹ qu'était bonne d'ailleurs mais...¹ entre mes parents et mes enfants euh...¹ je...¹ je pense par contre que, par rapport à ça euh...¹ que mes parents ont, pour le coup, bien compris qu'il fallait...¹ qu'il fallait le faire pendant qu'on pouvait le faire et, euh...¹ finalement, c'est...¹ je pense que, par rapport à mes enfants, ce sont de BONS grands-parents. Ils ont...¹ ils ont compris que...¹ il fallait prendre euh...¹ prendre l'individu euh...¹ en considération... par rapport à eux, beaucoup plus quoi. Alors, c'est vrai,</p>	<p>les priorités... par rapport à ce qu'on peut penser de nous » -« quand même toujours cette épée de Damoclès » -« ne pas agresser trop les autres » -« Ça [la maladie] a été un bien aussi » (=> contre-feu) -« ne pas agresser trop les autres » -« relation... qui était bonne d'ailleurs » -« ce sont de BONS grands-parents » -Mari «assez présent tout en étant pas présent» (sic) -«c'est moi, par rapport à eux qui ai pris conscience de certaines choses qui fallait pas que je fasse dans leur éducation» -« le conjoint non malade a un rôle un peu ingrat » -« il a jamais... RARES, rares sont les fois, ou même on va dire qu'elles sont inexistantes »</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées ; difficulté massive de Mme à aller jusqu'au bout de ses formulations (=>de ses</p>	<p>modèle parental dont elle a souffert et souffre encore, mais à trop rejeter un modèle, ne risque-t-on pas de s'y enfermer ?</p> <p>Que fait donc Mme de sa propre demande, de ses besoins, de ses désirs par rapport à son mari (ce mari « assez présent tout en étant pas présent (sic)» ? Elle rationalise beaucoup pour l'excuser et dénier ses sentiments d'insatisfaction : « le conjoint non malade a un rôle un peu ingrat », « c'est TRES compliqué » ; « on en a un peu parlé euh... quand c'était moi qu'en parlait... » (sic !); « je pense qu'il en avait tellement peur » ; « lui, il a jamais... RARES, rares sont les fois... ».</p>
--	---	--

<p>c'est vrai qu'avec eux, ça marche bien, ça, je dois dire que...¹ bon eah...¹ quand il y a comme ça des petites eah...¹ il y a quand même encore des petites notions de...¹ d'autorité comme ça qui...¹ qui interviennent mais on arrive à...¹ ça va. Je CROIS que ça les a...¹ ça les a vraiment...¹ ça leur a vraiment ouvert les yeux et que c'est sur ce plan-là, finalement que...¹ ça a le mieux marché. Bon, nous, il y avait déjà...¹ du mal de fait. Oui... bon... c'était eah...¹ le chemin était déjà parcouru pas mal. C'est vrai qu'en plus, entre grands parents et petits enfants, les relations sont pas les mêmes déjà, mais...¹ quand même, ça les a bien, ça les a bien aidé. Du coup, ils les...¹ ils les emmènent en voyages, ils leur font faire plein de trucs eah...¹ c'est...¹ bon. C'est TRES sympa et pour eux, et pour nous. Et puis bon, moi, par rapport à mes enfants, eah...¹ eah...¹ ils étaient petits alors eah...¹ c'est difficile à...¹ à analyser, parce que...¹ franchement, je pense que...¹ à part L. qui avait sept ans, que j'ai emmenée chez une psychologue..., les autres ils l'ont pris comme ça, quoi. Donc...¹ donc c'est peut-être que...¹ Bon, je pense que du coup, c'est moi, par rapport à eux qui ai pris conscience de certaines choses qui fallait pas que je fasse dans leur éducation. Parce qu'ils étaient petits, je me suis dit, bon voilà, on a pris les choses dès le départ. Peut-être que si ils avaient eu dix ou quinze ans..., il y aurait déjà eu du mal de fait eah...¹ parce que j'aurais peut-être pas pris conscience de ça à TEMPS. Donc, c'est...¹ c'est surtout dans ce sens-là que ça devient... ça</p>	<p>pensées, alexithymie ?)</p>	
--	--------------------------------	--

fonctionne mieux...Avec mon mari euh...
... ...¹ euh pfouf...¹ je trouve toujours
que...¹ que **les...**¹ que les **euh...**¹ il est
toujours difficile de parler des relations
euh...¹ parce que je pense le **co...**¹ **le**
conjoint non malade a un rôle un peu
ingrat quoi, c'est... Alors, c'est très
compliqué. **Je... je...**¹ je l'ai senti euh...
¹ ... En plus alors, c'est quelqu'un qui
s'exprime pas du tout, alors **c'est...** ...¹
c'est...¹ **c'est TRES compliqué...** alors
du coup **euh...**¹ mon **euh...**¹ moi **j'ai...**¹
j'en **ai...**¹ j'ai essayé d'en parler... Et puis
moi, on peut pas dire non plus que je sois
quelqu'un de **très...** ...¹ très épanoui et
très ouvert **euh...**¹ Alors on en a un peu
parlé **euh...**¹ quand c'était moi qu'en
parlait **mais...**¹ par exemple, **lui, il a**
jamais...¹ **RARES, rares sont les fois,**
ou même on va dire qu'elles sont
inexistantes [tout bas], où vraiment euh...
¹ pffffff... **il m'a...**¹ je sais **pas...**¹ il m'a
parlé de ça quoi de **façon...**¹ naturelle et
normale. Parce que **je pense qu'il en**
avait tellement peur, beaucoup plus peur
que moi comme souvent d'ailleurs, et du
fait **euh...**¹ ALORS après, après, c'est
toujours l'interprétation qu'on en **fait...**¹
après alors, ils en font soit pas assez, soit
trop quoi. Après, je trouvais que,
finalement, comme il en avait jamais parlé
et puis qu'il considérait **que...**¹ **que...**¹
que...¹ je me dis « **bon, il pense que**
c'est rentré dans l'ordre, zut, il pourrait
quand même faire un peu plus !» [rire] et
quand il en faisait trop, alors [RIRE], je
disais « Tu nous casses les pieds »
Alors...¹ je trouve que c'est assez
difficile... C'est assez difficile euh...¹ pfff...
...¹ mais bon euh...¹ je...¹ non je veux dire

<p>que ça...¹ Il a été quand même assez euh...¹ assez présent tout en étant pas présent (sic). [<i>tout bas</i>] Il a fait ce qu'il a pu...¹ puis que...¹ hein...¹ sans s'apitoyer sur mon sort, ce qui n'est pas mal non plus euh...¹ et puis c'est vrai que, des fois, on a besoin d'être un peu boostée, bousculée même, donc euh...¹</p>		
<p>69) Psy : Et donc, vous pensez, qu'après ces épreuves-là, votre besoin de reconnaissance est à peu près assouvi, si on peut dire comme ça ?</p>		
<p>70) Chloé : [<i>Tousse...</i>] Euh...¹ oui...¹ si...¹ il a quand même bien...¹ il a bien progressé [<i>tout bas</i>], je pense que je suis euh...¹ Mais...¹ je pense que je serai...¹ je serai jamais...¹ [<i>voix triste</i>] [<i>tout bas</i>] On va dire que je serai toujours insatisfaite, je pense, de ce côté-là, je sais pas... Je me vois pas...¹ euh...¹ Je...¹ je pense...¹ Enfin remarqu...¹, je...¹ c'est...¹ c'est...¹ Mais je pense que j'ai été trop...¹ j'ai été trop longtemps euh...¹ trop longtemps euh...¹¹ rabrouée. Enfin, c'est l'impression que j'en ai euh...¹ pour pouvoir accéder à...¹ à un état euh...¹ euh...¹ normal. C'est l'impression que j'ai. [<i>tout bas</i>] C'est bizarre ou pas bizarre, je sais pas ou alors je suis pas capable de le faire moi-même, j'en sais rien... Peut-être... j'ai été... Je pense que j'ai été trop... trop pressée quoi et du coup, je pourrais plus reprendre ma forme initiale... Enfin, c'est comme ça que je vois... je crois... Enfin, oui, oui, je crois que...¹ c'est l'impression que j'en ai... Mais c'est peut être qu'une impression, je sais pas... Mais, ouais, je pense que...</p>	<p>THEMES : Estime de soi  Education  Relation à ses parents  -« je serai toujours insatisfaite » -« j'ai été trop longtemps rabrouée [...]pour pouvoir accéder... à un état normal » -«C'est bizarre ou pas bizarre » -« Je pense que j'ai été trop pressée et du coup, je pourrais plus reprendre ma forme initiale... » -« On peut toujours penser qu'on aurait pu être X, Y ou Z » -« je voudrais être</p>	<p>Désimplication : pour affirmer qqchse de très personnel (1ère affirmation aussi franche et forte), Mme a besoin de s'abriter et de s'excuser derrière un anonyme « on va dire... » Interrogation sur sa 'normalité'/anormalité et l'origine de celle-ci (avec une oscillation entre l'expression, la revendication libre, spontanée et la répression de celle-ci par le surmoi, oscillation quasi-constante dans le discours de Mme avec dénégations, attaque de ses propres ressentis intimes : « c'est peut être qu'une impression, je sais pas... », « ça me BLESSE, je sais pas pourquoi », « j'en veux</p>




<p>C'est peut-être ma nature hein, j'aurais peut-être non plus jamais été ehh...¹... Je suis peut-être pas capable de... de...¹ de prendre assez sur moi pour l'être, je ne SAIS pas... Il y a ça aussi hein... On peut toujours penser qu'on aurait pu être X, Y ou Z... Ouais, je...¹ ben, ou alors ehh...¹ je sais pas. [<i>rire</i>] Ehh...¹ oui, je sais pas comment interpréter ou alors, ou alors je...¹ je voudrais être...¹ être idéalisée, hein ? Il y a peut-être ça aussi... J'en demande peut-être trop hein...? Non mais hein, il y a les deux côtés de la chose, il y a ça, on a peut-être une auréole autour de la tête [RIRE], mais ehh...¹... Ouais, je pense...¹ Je sais pas, ça me fait une impression BIZARRE... On a peut-être trop... trop...¹ trop une image, trop...¹ j'en sais rien... Mais non, c'est pas marrant d'être trop parfait... mais... mais voilà, j'ai, je crois que je dois être un peu cette image, d'être quelqu'un d'un peu...¹ assez ehh...¹ assez froid, assez je sais pas comment, enfin assez, enfin, c'est ce qu'on me disait, assez réservée. Ça c'est pas une impression, c'est une vérité, mais du coup ehh...¹ du coup hautain et timide parce que je ehh...¹ je peux pas autrement mais... du coup, c'est interprété...¹ de façon ehh...¹ mauvaise oui...¹ et ça, ça me dérange quoi, ça, j'avoue que ça me, ça me BLESSE, je sais pas pourquoi ... mais oui parce que...¹ en fait...¹ c'est pas la réalité. Et puis que je me dis...¹ que peut-être il y a des gens qui...¹ qui passent à côté puis que, je trouve que c'est dommage parce que...¹ j'aurais peut-être hein...? Je m'en veux ou j'en veux à mon éducation, à je sais pas qui, je sais pas quoi. A côté de</p>	<p>idéalisée » -« J'en demande peut-être trop » -« ça me fait une impression BIZARRE... » -« je dois être un peu cette image, quelqu'un d'assez froid, assez réservée {...} hautain et timide » -« du coup, c'est interprété de façon mauvaise et ça me dérange, j'avoue que ça me BLESSE » -« Je m'en veux ou j'en veux à mon éducation, à je sais pas qui, je sais pas quoi » -« il y a peut être des gens aussi que j'aurais voulu connaître... que je voudrais qu'ils me connaissent MOI... » -« bon, on verra... à 80 ans ! » ¹ Phrases hachées, non terminées</p>	<p>[...] à je sais pas qui, je sais pas quoi », etc.) Apparition après les formules péjoratives, auto-dévalorisantes, mélancoliques, de leur complément maniaque (autre versant de sa dépression essentielle (« les deux côtés de la chose ») comme elle le dit lucidement elle-même) : « On peut toujours penser qu'on aurait pu être X, Y ou Z » ; « je voudrais être idéalisée » ; « on a peut être une auréole autour de la tête ».</p>
--	--	--

<p>ça aussi parce que il y a...¹ il y a peut-être des gens aussi que j'aurais voulu euh...¹ connaître... que je voudrais qu'ils me connaissent MOI et puis qui...¹ qui font pas le chemin parce que il y a ce...¹ cet espèce de...¹ enfin, c'est peut-être aussi à moi de faire euh quelque chose...¹ on va dire ça comme ça...¹ Mais c'est vrai que j'ai l'impression que je...¹ que j'aurais du mal quoi...¹ mais bon, on verra...¹ à 80 ans ! [RIRE], j'y arriverai péniblement... mais bon, ouais... [rire].</p>		
<p>71) Psy : Est-ce que, en ce qui concerne les émotions en famille, il existe des rituels ; souhaitez-vous les anniversaires par exemple ? Et quand vous vous retrouvez tous en famille, est ce que vous pouvez montrer vos émotions ? Tout à l'heure vous avez évoqué le toucher, alors est-ce que, maintenant, vous ou votre mère êtes plus capables de vous prendre dans les bras et vous de prendre plus vos enfants, y a-t'il plus de contacts ?</p>		
<p>72) Chloé : Comme je disais, avec ma sœur, parce que avec elle, on a passé des heures à discuter de tout ça et on...¹ c'est vrai qu'on se disait, que aussi loin qu'on pouvait remonter dans notre...¹ notre vécu d'enfance, on ne se rappelait pas que ma mère nous prenait dans ses bras, c'est marrant ça. Pourtant on n'a pas l'impression d'être non aimées² mais on... on...¹ Voilà, on s'est fait cette réflexion-là plusieurs fois toutes les deux... à se dire que ben non...¹ Mon père non plus...¹ De toutes façons, j'en avais tellement peur... Et même maintenant, c'est vrai bon, ça, ça</p>	<p>THEMES : Relation à sa sœur ♥ / Relation à ses parents 😞 Relation à ses parents 😊 Relation à son père 😞 Relation à ses enfants 😊</p>	

<p>arrive bon enfin, ça arrive, mais je...¹ il y a toujours...¹ je sais pas si c'est ehh...¹ enfin tout le monde a connu ça, quoi...³ une espèce de réticence comme ça, de répugnance et il... il y a ce truc là et, entre mes parents et nous, ça existe comme ça... puis mal à l'aise quoi...¹ mal à l'aise, parce que bon, après... ehh...¹ Il y a peut-être un tas de trucs qui rentrent en ligne de compte avec le père ou je sais pas quoi, bon...¹ et ainsi...¹ j'aime pas...¹ quoi du coup...¹ peut être que...¹ bon...¹ Mais moi, c'est le contraire quoi, je...¹ et mes grands et mes petits n'importe, ils me disent « c'est quand qu'on fait des câlins ? »... Il y a ce côté charnel quoi...c'est ce qui existe. Autrement, pour le...¹ pour toutes les fêtes alors là, si nous, alors là, c'est...¹ c'est très marqué. Toutes les fêtes, tous les anniversaires, toute la famille en général avec les parrains, marraines. Comme, en général, c'est les frères et sœurs, on fait des trucs très...¹ Et puis ils attendent ça avec impatience... Après, ça passera peut être quand ils seront plus grands mais...¹ mais voilà, ils aiment bien...</p>	<p>-« avec ma sœur, on a passé des heures à discuter de tout ça »</p> <p>-« dans notre vécu d'enfance, on ne se rappelait pas que ma mère nous prenait dans ses bras »</p> <p>-« on a pas l'impression d'être non aimées »</p> <p>-« Mon père non plus... De toutes façons, j'en avais tellement peur... »</p> <p>-« une espèce de réticence comme ça, de répugnance »</p> <p>-« il y a ce truc là et, entre mes parents et nous »</p> <p>-« puis mal à l'aise quoi »</p> <p>-« peut être un tas de trucs qui rentrent en ligne de compte avec le père »</p> <p>-« moi, c'est le contraire : Il y a ce côté charnel [et] pour toutes les fêtes, c'est très marqué.»</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées</p> <p>² Dénégation</p> <p>³ Rationalisation</p>	
<p>73) Psy : Vous dites : « On avait l'impression d'être aimées, mais il n'y avait pas de discussions, il n'y avait pas de toucher », il n'y avait pas d'écoute alors ?</p>		





<p>74) Chloé : Oui, mais...¹ non, mais...¹ oui, mais alors...¹ oui, oui je comprends tout à fait votre question Euh...¹ non, mais parce que ehh...¹ ce ressenti-là, il était ehh...¹ CLAIR ET NET quoi. Ce sont des données intactes. Par contre, ce que je SAIS moi -mais je le sais mais je l'ai pas senti, c'est différent) je sais que nos parents nous aiment et nous adorent quoi... et je pense qu'ils ont pffff... est-ce que c'est par ehh... par excès d'amour... je vais peut-être exagérer, mais qui nous ont comme ça ehh... gardés ehh... sous leur coupe, à pas nous laisser aller à droite, à gauche ou je sais pas, c'est sûrement plus ehh... Mais je sais que c'est pas du non amour² ou du... non pas du tout, c'est du... non savoir-faire, c'est du... j'en sais rien... dans ce sens-là, c'est sûr, c'est sûr que pour l'interlocuteur, ça fait bizarre de s'entendre dire ehh... je sais que mes parents, ils m'aiment, mais c'est vrai que ils m'ont jamais serrée dans les bras, qu'ils m'embrassaient pas que... qu'ils pouvaient pas discuter, que... on en avait peur, que... C'est VRAI, ce... ce... c'est une drôle de façon d'aimer les gens hein... ? Ça c'est vrai ! [tout bas] Et je pense... je pense que j'ai un sentiment quoi... Mais alors ehh... ils se sont complètement plantés dans la façon de faire. Ça, moi, j'en sais rien... ou qu'ils ont voulu des choses...¹ des choses tellement parfaites pour nous que finalement ehh...¹ on a mal réagi à...¹ C'est surtout pour ma sœur et moi parce que mes frères, ils ont été éduqués différemment.</p>	<p>THEMES : Relation à ses parents 🤔</p> <p>Relation à ses parents 😊</p> <p>-« je le sais mais je l'ai pas senti, c'est différent »</p> <p>-« je sais que nos parents nous aiment et nous adorent »</p> <p>-« c'est vrai que ils m'ont jamais serrée dans les bras, qu'ils m'embrassaient pas, qu'ils pouvaient pas discuter, qu'on en avait peur »</p> <p>-« une drôle de façon d'aimer les gens »</p> <p>-« je pense que j'ai un sentiment »</p> <p>-« ou qu'ils ont voulu des choses tellement parfaites pour nous que finalement on a mal réagi »</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées</p> <p>² Dénégation</p>	<p>Chloé. a tendance, chaque fois que lui échappe une pointe critique envers ses parents, à annuler cette critique en rationalisant ou comme ici (« des choses tellement parfaites pour nous que finalement, on a mal réagi ») en retournant la responsabilité sur elle.</p>
--	---	--

<p>75) Psy : Et qu'est-ce que vos parents ont vécu aussi ? Vous le savez un peu?</p>		
<p>76) Chloé : Ouui enfin...¹ dans leur enfance, je ne...¹ Mon père a connu la même chose que nous, à peu près et lui, en plus, c'était la guerre alors eah...¹ Il était en pension à l'âge de huit ans. Il voyait ses parents tous les trimestres... Il avait un père très gentil, mais, il paraît, très rigide quoi. C'était vraiment eah...¹ Ma grand-mère paternelle, par contre, était quelqu'un de... de... euh...¹ très charnelle quoi... MAIS, mais avec une éducation, évidemment du siècle dernier... Donc c'est vrai qu'il y avait beaucoup de rigueur, beaucoup de rigidité. Il fallait que ça marche, il avaient un fils et deux filles. Donc le garçon, il fallait qu'il arrive, qu'il fasse des études. Bon, c'était tout à leur honneur, ils étaient paysans, donc il fallait absolument qu'il grimpe les échelons... Donc, c'est vrai que mon père, il a été élevé comme ça quoi.</p>	<p>THEMES : Relation à son père 🤔</p> <p>Relation à son père 😊</p> <p>-« Mon père a connu la même chose que nous »</p> <p>-« père [du père] très gentil, mais très rigide »</p> <p>-« Grand-mère paternelle, par contre, était quelqu'un de très charnelle »</p> <p>-« beaucoup de rigueur, beaucoup de rigidité »</p> <p>-« il fallait (3x) »</p> <p>-« c'était tout à leur honneur, ils étaient paysans »</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées</p>	<p>« c'était tout à leur honneur, ils étaient paysans » : formation réactionnelle permettant probablement de faire barrage à l'émergence d'un sentiment moins flatteur à leur égard...</p>
<p>77) Psy : Et votre père, quel métier exerçait-il ?</p>		
<p>78) Chloé : Il était vétérinaire...Voilà et...¹ donc eah...¹ il a été élevé comme ça. Ma mère...¹ AUSSI...¹ Elle avait des parents un peu plus farfelus on va dire, donc...¹ mon grand-père, il était marchand de bien. Il était un peu plus rigolo, mon grand-père ; il allait au casino. Il... il...¹ voilà il...¹ picolait un peu, il était...¹ c'était un bon vivant quoi...¹ Donc eah...¹ Il était rigolo, donc, il avait pas</p>	<p>THEMES : Relation à sa mère 😊</p> <p>Relation à sa mère 🤔</p> <p>-« Ma mère... AUSSI... »</p> <p>-« grand père [maternel] un peu plus rigolo [...] picolait un peu [...] bon</p>	<p>Chloé. arrive à faire entendre les choses tout en n'arrivant souvent pas à les formuler de façon explicite : le signifiant est haché, souvent interrompu précocement. Quand au signifié, il n'est pas vraiment assumable par Mme qui fuit les</p>

<p>beaucoup d'autorité. Par contre [rire], ma grand-mère, elle en avait pour deux. Ça résume...¹ ça résume bien les choses. Alors voilà...¹ Et ma mère...¹ ma mère est beaucoup moins rigide que mon père au niveau éducation, elle l'a suivi quoi, je dirais...¹ C'est...¹ c'est toujours eah...¹ bien entendu alors, bien sûr que on disait plus de choses à ma mère qu'à mon [tout bas] père. Mais bon eah...¹ malgré tout, on disait rien de... pas grand-chose quoi [rire]. Bon, on avait quand même une relation avec ma mère qui était plus...¹</p>	<p>vivant [...] n'avait pas beaucoup d'autorité » -« grand-mère en avait pour deux » -« ma mère est beaucoup moins rigide que mon père » -« malgré tout, on disait... pas grand-chose »</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées</p>	<p>contenus émotionnels sous-jacents avec des défenses souvent du registre hypomane (rires, rationalisations, minimisations, dénégations, etc...)</p>
<p>79) Psy : Je finissais par cette question-là : la relation à la mère ?</p>		
<p>80) Chloé : La relation avec ma mère était plus facile, plus aisée, comme dans beaucoup de familles parce que la mère est plus abordable que le père qui est déjà jamais là, qui rentre du boulot pour vous engueuler et puis voilà, on avait cette image : le père autorité et puis qui représentait ça quoi. Ma mère, bon, on discutait plus avec elle, mais...¹ mais voilà elle avait pas...¹ elle avait pas ce... ce...¹ cette chaleur avec les enfants quoi. Enfin, je sais pas dire. Avec mes gosses ça...¹ bon, ils sont très...¹ ils sont très...¹ ils leur font faire des tas de choses etc., quoi MAIS eah... ...¹ il faut pas que ça l'enquiquine voilà.</p>	<p>THEMES : Relation à sa mère  Relation à son père  Relation mère aujourd'hui  « relation avec ma mère plus aisée » -« père jamais là, qui rentre du boulot pour vous engueuler [...], on avait cette image : le père autorité » -« Mère avait pas cette chaleur avec les enfants » -« il faut pas que ça l'enquiquine »</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées</p>	<p>On observe ici une mise à distance banalisante, rationalisante de l'image paternelle négative (=> fonction de protection de l'objet paternel de l'agressivité refoulée à son égard ?)</p>

	terminées	
81) Psy : Donc, le registre n'est encore pas si approché que ça dans les relations... avec les enfants ?		
82) Chloé : Oui, oui, alors, mes parents, quand ils sont tous les deux... ¹ [tout bas], je dois dire que mon père, il a fait beaucoup plus de progrès qu'elle parce qu'elle... Mon père quand il est avec eux, il... ¹ il s'en occupe. Il leur fait faire tout plein de trucs, il euh... il est là... il partage avec eux.	THEMES : Relation père aujourd'hui 😊 -« je dois dire que mon père a fait beaucoup plus de progrès qu'elle » -« il est là... il partage avec eux » ¹ Phrases hachées, non terminées	
83) Psy : C'est la notion de partage qui est intéressante, faire faire des choses sans ça, c'est différent.		
84) Chloé : Si les gamins veulent jouer au tarot, mon père joue au tarot, voilà. Des trucs comme ça. Ça, c'est bien pour parler, dire des trucs, mon père oui, il s'intéresse à ce que font les gamins, si ils ont besoin de documents pour faire un truc, il va leur chercher des bouquins, il va s'impliquer... Ma mère est quelqu'un qui n'a jamais su faire ça, elle l'a jamais fait avec nous, parce que nous, quand on était jeune, ma mère était à la maison, elle aidait mon père et on avait une employée à demeure. En fait, c'est elle qui s'occupait de nous, elle nous donnait à manger, tout ça, donc ma mère n'a jamais eu à gérer ce genre de truc, puis alors, il se trouve que maintenant, elle est toujours aussi incapable de gérer ces circonstances, donc, elle adore être entourée de gosses, mais le problème c'est que... ¹ c'est que... ¹ c'est que c'est bien euh... ¹ Par	THEMES : Relation père aujourd'hui 😊 Relation mère aujourd'hui 😞 -« mon père il s'intéresse à ce que font les gamins [...] il va s'impliquer » -« Ma mère est quelqu'un qui n'a jamais su faire ça, elle l'a jamais fait avec nous » -« maintenant, elle est toujours aussi incapable de gérer ces circonstances » -« mon mari il faisait une de ces tête... Je vais devoir encore résoudre	On sent ici Mme très critique et ironique à l'égard de sa mère, mais toutefois écartelée entre deux loyautés inconciliables et dépositaire des impuissances respectives de sa mère et de son mari agies et non parlées.

<p>exemple, ce midi, voilà, elle est arrivée à une heure moins le quart. On passait à table. Elle emmenait...¹ elle emmenait mes deux petites nièces au resto. Donc elle dit « Oh ben ! » Mes deux petites nièces, elles ont six ans et puis quatre ans et ça la gonfle parce qu'il faut qu'elle s'en occupe. Donc elle est venue en chercher deux des miens pour les emmener avec parce que, elle est incapable de gérer et comme il y a les miens et qu'ils s'entendent bien et ben, ils sont plus grands, ils s'en occupent. Donc, elle nous a embêtés parce qu'on était en train de manger, elle n'a pas prévenu dans la matinée, mon mari il faisait une de ces tête... Je vais devoir encore résoudre le problème ou je sais pas quoi, donc, voilà, elle était toute seule aujourd'hui, donc elle a dit « Qu'est-ce que je peux faire, tiens ben, c'est rigolo, je vais aller chercher les gosses »...donc euh...¹ pour satisfaire son, son....¹</p>	<p>le problème ou je sais pas quoi »</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées</p>	
<p>85) Psy : Comme si vous retombiez comme des pions finalement.</p>		
<p>86) Chloé : C'est exactement ça.</p>		
<p>87) Psy : Est-ce qu'elle va appeler pour savoir comment ils vont, pour voir si il y a besoin de passer, la démarche n'est pas la même, même si les relations des grands parents sont différentes, il y a une différence entre passer parce que ça m'arrange et passer pour faire plaisir, ce n'est pas pareil.</p>		
<p>88) Chloé : NON, mais ça euh...¹ Je l'aurais eue au téléphone me présentant la journée... mais là, c'est pas ça du tout. Il y a plus...¹ il y a plus de problèmes</p>	<p>THEMES : Relation père aujourd'hui 😊 Relation mère</p>	<p>Nous pouvons peut-être voir comme un progrès, lié au travail de ce 2ème entretien, après le 1er, le</p>


<p>d'objection avec ma mère qu'avec mon père. Lui, il a des tocs, il s'adapte, mais elle, c'est un monstre d'égoïsme quoi, donc en fait ehh...¹ parce qu'elle bosse encore... elle a soixante et onze ans, elle bosse, mais elle est antiquaire, elle a son magasin. Puis maintenant, elle a plus de magasin, mais elle fait des salons. Donc pendant ce temps-là, il faut surtout pas la déranger bon. Mais là, comme elle est rentrée hier soir parce que mon père était pas là, elle était toute seule, alors elle s'enquiquinait à cent sous de l'heure et là...¹ c'est rigolo² parce que c'est le...¹ c'est le schéma type quoi... donc ehh...¹ donc...¹ voilà, en fait, c'est vrai que ma mère est une personne avec qui ehh...¹ avec qui...¹ il y a une certaine empathie voilà, on discute bien, mais...¹ je, je sais pas, je... je...¹ je culpabilise quand je dis ça [très rapide], mais, j'ai toujours trouvé qu'elle était inconsistante. [tout bas] Vous voyez, mon père est quelqu'un de très...¹ très rigide. C'est quelqu'un, quand il dit un truc 'tac' !</p>	<p>aujourd'hui  Culpabilité </p> <p>-« Lui, il a des tocs, il s'adapte, mais elle, c'est un monstre d'égoïsme » -« ma mère est une personne avec qui... il y a une certaine empathie, mais... » -« je culpabilise quand je dis ça, mais, j'ai toujours trouvé qu'elle était inconsistante »</p> <p>¹ Phrases hachées, non terminées ² Terme dissonant</p>	<p>fait que Chloé. arrive à formuler explicitement sa culpabilité à exprimer ses sentiments à l'égard de sa mère.</p>
<p>89) Psy : Comme si il y avait les deux extrêmes ?</p>		
<p>90) Chloé : Oui, c'est pour ça, ils s'engueulent du matin au soir, mais ils s'entendent comme deux doigts de la main quoi. Elle, elle lui apporte une fantaisie qu'il n'a pas du tout, par contre pfff... c'est n'importe quoi ! Si elle m'entendait... ! Bon, mais, ça a toujours été ça quoi, donc ehh...¹ Donc voilà, c'est compliqué, mais bon, c'est...¹ c'est...¹ on va dire que c'est du...¹ c'est très...¹ on a une relation qui est pas du</p>	<p>THEMES : Relation de ses parents  Relation de ses parents </p> <p>-« ils s'engueulent du matin au soir, mais s'entendent comme deux doigts de la main [...] »</p>	<p>On voit bien ici les efforts que Chloé. doit faire encore pour affirmer et exprimer pleinement ses sentiments critiques vis-à-vis de sa mère qu'un arrière-plan moralisateur tend toujours à minimiser voire à empêcher. Elle fait un ultime effort en cette fin d'entretien pour</p>

<p>tout approfondie quoi. C'est très superficiel enfin...¹ Moi j'estime que c'est superficiel. Je sais pas l'impression qu'elle en a mais, mais C'EST superficiel, donc bon, c'est...¹ c'est tout ça qui...¹ [<i>rire</i>] et j'espère que je serai une bonne mère, je la remercierai pour ça, au moins pour ça [<i>RIRE</i>]</p>	<p>c'est n'importe quoi !» -« Donc voilà, c'est compliqué... » ¹ Phrases hachées, non terminées</p>	<p>oser enfin assumer pleinement sa vision et sa parole (« Moi j'estime [...] mais C'EST superficiel... ») avec une pointe d'humour.</p>
<p>90) Psy : Encore une question, avez-vous de l'imagination et rêvez-vous ?</p>		
<p>91) Chloé : Oh ! Ben pas du tout ! Moins d'imagination que moi, c'est pas possible et les rêves vraiment très, très rarement et encore.....</p>		

3. 3ème entretien

Le 19 décembre 2007 à 16h (5'34'')

Entretien	Thèmes & Remarques formelles	Commentaires
<p>1) Psy : Il reste quelques questions. Qu'est-ce qui vous a fait du bien dans la réaction de votre entourage par rapport à votre maladie et qu'est-ce qui vous a blessée ?</p>		
<p>2) Chloé : Hum hum hum...¹ C'est une vaste question. Qu'est ce qui m'a blessée ? Qu'est ce qui m'a blessée dans la réaction par rapport à ça ou...¹ euh... ...¹ qui m'a blessée, qui m'a blessée euh... ...¹ il y a pas énormément de choses qui m'ont blessée quand même, si ? Il me semble pas. Non... non, non, non... peut-être euh...¹ non, on peut pas dire que ça m'a blessée non plus, c'est pas le terme quand même approprié...¹ ce qui m'a un peu gênée, c'est euh...¹ c'est plutôt gênée que blessée, parce qu'on peut pas dire que ça m'a blessée. Ce qui m'a plus gênée, c'est la difficulté de discuter de ça avec mon conjoint, alors c'est assez...¹ c'est assez difficile de communiquer là-dessus avec les...¹ avec le conjoint, tout du moins avec le mien...¹ parce que lui avait un peu peur et puis n'osait pas aborder le sujet, il savait pas trop par quel bout l'aborder, donc c'est vrai, que...¹ ça m'a pas blessée, ça m'a... ...¹ ça m'a contrariée, ou...¹ voilà, c'est tout, euh...</p> <p>Puis ce qui a été plutôt bien, c'est que, justement, ça a détendu un peu le rapport euh...¹ en apparence, peut-être en apparence, enfin bon sur le moment ça a</p>	<p>THEMES : Relation au conjoint 🙄</p> <p>Relation à ses parents 😊</p> <p>Cancer 😊</p> <p>-« Qu'est ce qui m'a blessée ? ... »</p> <p>« Ce qui m'a plus gênée, c'est la difficulté de discuter de ça avec mon conjoint »</p> <p>« c'est assez difficile de communiquer là-dessus avec les... avec le conjoint, tout du moins avec le mien... »</p> <p>« ça m'a pas blessée, ça m'a contrariée »</p> <p>« ça a détendu un peu le rapport »</p> <p>« faire prendre conscience à... »</p> <p>« qu'on faisait partie des gens normaux »</p> <p>« qu'on avait aussi le</p>	<p>Le mot « blessée » proposé par nous est répété neuf fois tel une grenade dégoupillée avec laquelle Chloé. jongle, effrayée, en tentant de lui substituer des signifiants moins chargés, mais l'insistance du premier terme à revenir laisse voir la charge de vérité encore non totalement assumable qu'il semble contenir. Les entraves sont fortes à la libre expression de ses sentiments les plus spontanés.</p> <p>Le discours est flou ; si le conjoint est nommé, les sujets des phrases deviennent souvent indiscernables (conjoint, parents, enfants... ?) : «faire prendre conscience à... à... aux gens qui m'entourent » :</p>

<p>quand même permis de... de... de... ...¹ pas de renouer le dialogue, mais de... de...¹ de nouer une certaine ouverture par rapport à...¹ par rapport à ce qu'il y avait avant parce que il y avait pas du tout d'ouverture, une discussion, puis après, ça a permis un peu de bouger, quoi, de...¹ de faire prendre conscience à... à...¹ aux gens qui m'entourent que, finalement, on n'était pas 'intouchable', quoi, entre guillemets, qu'on n'était pas...¹ que ça pouvait arriver, puis qu'on était aussi...¹ qu'on faisait partie des gens normaux euh...¹ chez qui euh...¹ des drames pouvaient arriver et qu'on avait aussi le droit de manifester euh...¹ son...¹ désaccord, ou son...¹ sa révolte contre ça quoi VOILA !, quoi, c'est plutôt ça.</p>	<p>droit de manifester son désaccord, ou sa révolte »</p> <p>¹ Fluidité verbale hachée</p>	<p>les responsables seraient-ils 'innommables'...?</p>
<p>3) Psy : Quelle est pour vous l'image de ce cancer ?</p>		
<p>4) Chloé : Euh... Quelque chose euh... qui finalement qui m'a fait prendre conscience de plein de choses...Euh...Plutôt positif....</p>		
<p>5) Psy : Est-ce que vous pensez que votre cancer est un message ? Si oui, qu'est ce qu'il transmet, son sens, que veut-il dire et en quelques mots, comment le reformuleriez-vous ?</p>		
<p>6) Chloé : Un message euh...¹ oui, comme on en avait déjà discuté avant...¹ j'ai toujours...¹ enfin, j'ai toujours...¹ non, à la réflexion, j'ai toujours...¹ non, à la réflexion, j'ai pensé que c'était plutôt euh...¹ quelque chose de positif dans ma vie quoi, euh...¹ ben, c'est un message de...¹ euh...¹ euh...¹ fff...¹ oui d'espoir de...¹ de communication. En fait, c'était surtout ça, c'était la façon, c'était ma façon à moi de dire que j'en avais marre de...¹ de...¹ des</p>	<p>THEMES : Cancer</p> <p></p> <p>-« c'est un message d'espoir, de communication en fait, c'était surtout ça, »</p> <p>-« en fait [...] ça m'a permis de m'exprimer, tout simplement »</p> <p>-« ça a été l'élément</p>	<p>Mêmes entraves à la libre expression de ses sentiments ; Chloé. semble lutter pour simultanément dire et ne pas dire, penser et ne pas penser, partager et ne pas partager ses opinions et ressentis. Le discours en est fortement marqué</p>

<p>non-dits, des interdits et des...¹ voilà. Donc, ça a été positif dans ce sens-là, surtout parce que ça a permis, ça m'a permis de...¹ d'extérioriser certaines eu...¹ certaines eu...¹ facettes ou certaines eu...¹ ou certains de mes états d'âme en fait, c'était surtout ça, je pense, ça m'a permis de m'exprimer tout simplement, ça a été le...¹ ça a été l'élément déclencheur... un début de...¹ un début de communication avec cette compréhension de...¹ d'une situation qui est pas...¹ qui n'était pas...¹ qui n'était pas franchement eu...¹ qui n'était pas franchement eu...¹ ouverte ou tournée vers les autres ou eu...¹ qu'était pas claire ni honnête quoi, mais quelque chose de complètement caché eu...¹ voilà. Fallait pas se montrer comme on était, donc en fait ça passait pas, sinon, dans ce sens-là, c'est plutôt positif... je pense que ÇA n'est que positif d'ailleurs, mais c'est un peu difficile de dire ça, mais c'est quand même vrai, quoi...¹ dans...¹ dans les conséquences hein, dans les conséquences, c'est quand même quelque chose de bien [RIRE], [RIRE] C'est un peu difficile de dire ça quoi, MAIS, je pense que, oui, vraiment, je pense que c'était eu...¹ que c'était indispensable quoi, c'était ça ou autre chose, mais c'était une manifestation d'un...¹ de...¹ de d'un mal-être eu...¹ certain et voilà, quoi.</p>	<p>déclencheur » -« dans ce sens là, c'est plutôt positif... » -« c'était indispensable, c'était ça ou autre chose » -« c'était une manifestation d'un mal-être certain »</p> <p>¹ Fluidité verbale hachée, nombreuses phrases non terminées</p>	<p>jusqu'à la déstructuration syntaxique (phrases non terminées) et sémantique (sujets indiscernables, idées allusives, renvoyant à des phrases antérieures elles-mêmes non abouties et dont l'achèvement est abandonné aux bons soins de l'auditeur). L'ensemble est très paradoxal, Chloé. étant mieux révélée par ce que laissent entrevoir les failles de son discours que par les quelques éléments qu'elle arrive tout de même à confier. Cf. Lacan « La fonction de la parole est de dire ce qu'elle ne dit pas »...</p>
<p>7) Psy : Etes-vous croyante ?</p>		
<p>8) Chloé : Oui, malgré tout...mon milieu....</p>		
<p>9) Psy : Pensez-vous que dans ces entretiens, quelque chose n'a pas été abordé, que vous n'auriez pas dit, ce que je respecte bien sûr, ou que je ne vous aurais</p>		

pas interrogée sur quelque chose que vous auriez souhaité ?		
<p>10) Chloé : Je pense pas, on a quand même bien cerné le problème quoi, tant au niveau communication que... qu'extériorisation. Non, je n'ai pas l'impression d'être frustrée par rapport à ça... <i>[RIRE]</i></p>		
<p>11) Psy : Je vous remercie</p>		

E) Modèle de fiche de consentement



Laboratoire de
psychologie



AVEC
Vivre avec le
cancer

Madame,

Je suis actuellement doctorante en 2^{ème} année de recherche en psychologie clinique.

Ma thèse s'intéresse à la part du psychisme dans la survenue d'un cancer et plus particulièrement, d'un cancer du sein.

L'augmentation du nombre des cancers en fait actuellement un problème de santé publique majeur et la recherche intègre, de plus en plus, les sciences humaines.

J'aurais besoin, pour cette recherche de 50 patientes ayant vécu un cancer du sein.

Le protocole se déroulera comme suit : 3 entretiens espacés de 15 jours avec, lors du dernier, un test de Rorschach.

Votre coopération permettra de mieux cerner les différents facteurs d'ordre psychique en jeu dans la survenue d'un cancer.

Cette étude qui respecte l'anonymat demande votre consentement.

Si vous en êtes d'accord, merci de bien vouloir me remettre le coupon ci-dessous complété et signé.

CONSENTEMENT ECLAIRE

Madame _____ tél : _____

Adresse : _____

Accepte de participer à la recherche concernant la part du psychisme dans la survenue d'un cancer.

L'ensemble de l'équipe de cette étude garantit l'anonymat de chaque participante et la possibilité de leur désistement à tout moment.

Signature

F) Exemple d'étude psychosomatique selon Jean Benjamin Stora

Cas de Martine, 41 ans, cancer du sein droit en août 2005

1. Observation somatique

1.1 Dans l'enfance et l'adolescence :

- Petites bronchites à répétition
- Hypoglycémies avec perte de connaissance
- Migraines déclenchées par un stress, un changement de rythme, la faim, la fatigue, mais la joie aussi et ce, depuis l'enfance.

1.2 Adulte

- Hypoglycémies avec perte de connaissance
- Migraines
- Cancer du sein droit à 38 ans, en 2005

2. Observation psychosomatique

2.1 Dans l'enfance et l'adolescence :

- Martine naît dans une famille bourgeoise, le père a une profession libérale reconnue, il est avocat et fait de la peinture et du piano, sa mère est antiquaire et a un côté artiste sympathique. Elle a un frère aîné qui est tout pour elle avec qui elle partage beaucoup de choses. Son enfance semble se dérouler sereinement.
- Sa mère est maternante et affectueuse, très fusionnelle aussi, cependant Martine est attristée que sa mère n'ait pas essayé de l'allaiter quand elle était bébé.
- Son père représente l'autorité mais est quelqu'un d'affectueux et les relations sont bonnes. Martine considère ses parents comme parfaits. Ce tableau idyllique est néanmoins marqué par l'alcoolisme du père qui

rend la mère, bien qu'elle ne le montre pas pour protéger ses enfants, très malheureuse, le couple est un échec. Depuis son plus jeune âge, Martine ressent cette ambiance et en souffre, ce n'est qu'à l'âge adulte que sa mère lui parlera de ce problème.

- Par ailleurs, Martine a toujours eu la possibilité de ressentir des émotions et de les montrer en famille.
- En résumé, l'enfance de Martine s'est passée dans un climat affectueux et contenant où les relations étaient bonnes. Cependant persiste une grande souffrance, l'alcoolisme de son père d'une part, de ne pas voir ses parents s'aimer, d'autre part et surtout, de ne pouvoir partager ce lourd fardeau avec personne. À l'adolescence les parents sont très stricts, Martine n'a pas le droit de sortir, la sexualité est un sujet tabou qu'il ne faut absolument pas aborder.

2.2 Adulte

- Martine fait des études de commerce à Paris et rencontre, elle a alors 23 ans, un homme qui deviendra son compagnon, malheureusement celui-ci, bien qu'ayant été présenté aux parents, avouera, à l'annonce de la grossesse de Martine, qu'il est marié et déjà père de trois enfants ! Choc, d'autant plus qu'il ne reconnaîtra pas son fils et ne versera jamais aucune pension pour aider à son éducation. Alexandre naîtra en 93, elle a alors 26 ans.
- Elle retourne alors vivre à Besançon où ses parents l'accueillent chaleureusement et l'épaulent au maximum. Néanmoins une partie de cette famille très bourgeoise et très catho la rejettera complètement ce qui blessera beaucoup Martine. Elle assume courageusement sa position de mère célibataire sans conjoint, ça n'en reste pas moins difficile pour elle, son rêve étant une famille.

En janvier 2004, alors qu'elle est la cible d'un harcèlement moral très pénible au travail, elle apprend que ses deux meilleures amies viennent de décéder dans le crash de Sharm el-Cheikh. C'est pour Martine un très gros choc dont elle ne se remettra pas. C'est alors en août 2005,

elle a 38 ans, qu'un cancer lui est diagnostiqué et c'est seulement à ce moment-là, dit-elle, qu'elle réussira à faire le deuil de ses deux amies.

Son fils a alors 12 ans est-elle est très inquiète pour lui, si elle venait à disparaître. Elle sera traitée par chimiothérapie, chirurgie à type de mastectomie, hormonothérapie, le tout suivi d'une restructuration en septembre 2007. Ses parents sont présents à ses côtés et l'aident beaucoup. C'est à cette époque-là qu'on lui annonce que son fils a également un cancer. C'est à nouveau un choc terrible pour Martine. Elle assume encore courageusement cette épreuve, le père de l'enfant se rapproche un peu et aide à passer ce cap. Pour finir ce douloureux tableau lorsqu'elle annonce à sa mère à la fois la pathologie d'Alexandre et l'efficacité du traitement le 26 mars, elle ne sait pas que c'est la dernière fois qu'elle voit sa mère, en effet celle-ci décédera d'une crise cardiaque le lendemain, 27 mars 2008. À nouveau, Martine reçoit, un très fort choc émotionnel. Toutes ces épreuves la transforment et elle prend conscience de la chance de vivre et le dit à son fils, elle dit avoir grandi et avoir du trier dans ses relations du fait de cette prise de conscience. Une brouille relationnelle avec son frère et sa belle-sœur lui pèse beaucoup actuellement. Elle est à nouveau dans un contexte relationnel très pénible au travail et cherche un autre poste. Ses relations avec Alexandre sont toujours très bonnes. Son père s'est arrêté de boire.

3. Elaboration psychosomatique

3.1 Sur la forme

- Avant d'approfondir le contenu du discours, je tiens à présenter la forme de ce même discours qui peut déjà nous aider à approcher la structure de Martine.
- Le discours, globalement, est plutôt tonique, à débit rapide et montre
 - Une fluidité certaine avec cependant des hésitations, des successions d'informations, de précisions jusqu'à en perdre le fil, le but de la réponse, comme si « ça » débordait. (C'était pourquoi que je vous disais cela ?).

- Nous pouvons noter un débit assez rapide est un discours important quantitativement parlant. (Le premier entretien durera 1 h 17'06").
- Les émotions transparaissent facilement dans le discours et, à plusieurs reprises, Mme retient ses sanglots ou même verse quelques larmes à l'occasion de l'expression d'un fait particulièrement choquant pour elle.
- Des rires révélateurs et créateurs d'une complicité certaine de Martine avec l'interlocutrice surgissent également dans cet entretien.
- Globalement le discours est intelligent, limpide et lucide avec une structure syntaxique et sémantique correctes. On notera la présence de nombreux détails et beaucoup de précisions dans le discours de Mme. La charge émotionnelle apparaît sans retenue, le fond et la forme du discours sont en harmonie. Nous pouvons relever des manifestations vago-sympathiques qui témoignent du surplus d'excitation à type de rires ou de pleurs révélant la tentative d'élaboration mentale.
- Notons également que Mme n'a jamais suivi de psychothérapie et voit en psychologue pour la première fois, d'où cette impression de débordement, de beaucoup de choses à dire.

3.1.1 Tableau des évènements de vie de Martine

Relations Communication	Evènements de vie	Dates - Ages	Troubles Somatiques	Commentaires
Relation/ Mère : Tendresse	1. Son père boit mais ce n'est pas dit.	Enfance	Petites bronchites à répétition	Echec du couple dû à l'alcoolisme du père. La mère ne montre rien pour protéger les enfants. ML sent et souffre de cela toute son enfance, et rêve de voir ses parents s'aimer.
Relation / Père : Autorité mais affection	2. Rencontre d'un compagnon	Adolescence	Hypoglycémies avec perte de connaissance	
Relation / Frère : très bonne	3. Est enceinte et à cette annonce, son ami, lui dit avoir oublié de signaler qu'il était marié et avait 3 enfants	23 ans (1990)	Migraines déclenchées par un stress, un changement de rythme, la faim, la fatigue, mais la joie aussi et ce, depuis l'enfance.	
	4. Naissance de son fils	25 ans (1992)		
	5. Décès de ses deux meilleures amies dans le crash de Sharm el-Cheikh	26 ans (1993)	Nous suspectons une dépression masquée, sous-tendue par une dépression essentielle depuis le plus jeune âge	
	6. Problèmes professionnels graves à type de harcèlement par le supérieur hiérarchique, avec un stress très important	4 janvier 2004		
		Printemps 2004	Accueil seule l'enfant, c'est difficile.	
		Août 2005	Enorme choc émotionnel.	
				Période très difficile

<p>Relations professionnelles à type de harcèlement</p> <p>En parallèle, brouille avec son unique frère et sa femme par rapport à de l'argent prêté pour l'intervention de restructuration.</p>	<p>7. Découverte d'un cancer des testicules à son fils de 13 ans et traitement, C, C, R. Le père de son fils se manifeste un peu plus / maladie de l'enfant et fait un infarctus</p> <p>8. Annonce à sa mère l'efficacité du traitement de son fils</p> <p>9. Décès de sa mère qui fait une crise cardiaque</p>	<p>Sept 2007</p> <p>Novembre 2007</p> <p>26 Mars 2008</p> <p>27 Mars 2008</p>	<p>Découverte d'un cancer du sein à droite et traitement, C, C, R.</p> <p>Reconstruction mammaire</p>	<p>Choc et forte inquiétude pour son fils si elle décédait.</p> <p>Choc très fort à l'annonce du cancer de son fils.</p> <p>Souffre de la mauvaise relation avec son frère tant aimé dans l'enfance.</p> <p>Encore un énorme choc émotionnel</p>
---	---	---	---	--

3.2 Sur le fond : Evaluation du fonctionnement psychosomatique au moyen de la grille du Pr JB. Stora

3.2.1 Fonctionnement et dysfonctionnement psychiques

3.2.1.1 *Processus et mécanismes psychiques*

3.2.1.1.1 **Axe 1-A :**

3.2.1.1.1.1 **La relation d'objet :**

L'objet peut paraître en place, la mère a été la « mère suffisamment bonne » de Winnicott, cependant Martine semble fixée au stade de la fusion avec l'objet (Anzieu, Une peau pour deux), elle dit reproduire la même relation avec son fils où une continuité mère fils évidente transparait, il y a peut-être un début de différenciation, mais j'ai vraiment le sentiment d'être le prolongement de ma patiente. Il existe un rejet des aspects de la sexualité de la mère qui, dans son couple a du mal à gérer cette dimension. Une déception de à l'imgo parentale est également présente chez Mme. L'hypothèse est que l'objet n'a pas pu être introjecté. Des débordements psycho affectifs sont présents.

3.2.1.1.1.2 **La dimension narcissique :**

Martine est plutôt du côté du narcissisme de vie, elle prend soin d'elle, elle est bien maquillée et vêtue avec goût. On sent qu'elle veut plaire et a une vraie capacité de séduction. Elle a fait, suite à sa mastectomie, une restructuration mammaire malgré le poids chirurgical important de cette intervention. Hypothèse d'un soi grandiose et 1^{ière} blessure narcissique lorsque son compagnon l'abandonne enceinte sans oublier le rejet de Mme par une partie de la famille. Cette 1^{ière} blessure sera suivie d'une 2^{ième} lors de son cancer et de sa mastectomie qui verra une atteinte corporelle o combien symbolique pour Martine qui considère sa poitrine comme ce qu'elle a de plus attirant. Elle a une bonne estime de Soi. Quant à son identité féminine, ce sera plus délicat, sa mère aura du mal à accepter la sexualité féminine de sa fille et l'empêchera de sortir et de vivre cette sexualité à l'adolescence, brimant ainsi la mise en place de l'Œdipe et, par voie de conséquence, la structuration de Martine.

3.2.1.1.1.3 **Dimension masochique : Fragilité du noyau masochique.**

Le masochisme, plaisir dans le déplaisir est notre première défense contre la pulsion de mort, cette pulsion étant l'ensemble des pulsions agressives qui contrôlent la musculature et, qui doivent s'évacuer, soit à l'extérieur par une activité physique, soit par la sexualité. Nous pouvons donc avancer que c'est un déficit du masochisme primaire, construit autour d'un objet Moi, qui provoque, par une capacité déficiente à lier les pulsions de vie et de mort, la maladie. En effet, Martine présente un noyau masochique déficient, noyau très archaïque qui précède le développement même du masochisme. de vie car elle sait, désormais, évacuer ses pulsions agressives par une hyper activité.

3.2.1.1.1.4 Evaluation de l'épaisseur du préconscient

Il n'existe pas, chez notre patiente de préconscient très ténu, les lacunes des représentations mentales, tant qualitatives que quantitatives en sont la preuve. Martine est, avant tout, une femme d'action. Elle a une capacité à rêver dans la journée, mais depuis sa plus tendre enfance n'aurait pas d'activité onirique et s'interroge même sur un éventuel dysfonctionnement de ce côté. Est capable d'élaborer des évènements de vie et ce d'autant plus, dit-elle, depuis qu'elle a failli mourir. Ne nous signalant pas de dysfonctionnement sensorimoteur, ces déficits semblent bien être en lien avec les carences d'accompagnement de la mère qui, malgré le discours de notre sujet, était une femme mal aimée, épouse d'un homme alcoolique, non contenue par lui et donc avec des difficultés à entourer suffisamment affectivement, sa fille. Cette mère a été une enfant très brimée. Elle n'accepte pas la sexualité de sa fille.

3.2.1.1.2 Axe 1-B :

3.2.1.1.2.1angoisses

Martine manifestera verbalement les différentes angoisses qu'elle a vécu, angoisse notamment de mort à l'annonce de son cancer, peur de mourir et de laisser son fils seul. Elle nous confiera le même type d'angoisse lors du cancer de son fils.

3.2.1.1.2.2 Deuils

De ses deux amies, de sa mère et de sa vie rêvée avec son compagnon et une vraie famille. Le deuil de sa mère aussi, avec qui elle entretenait une relation fusionnelle, sera très douloureux, quant à celui de ses deux amies, il lui permettra, comme elle nous dit, de « *digérer sa maladie* ».

3.2.1.1.2.3 Dépression

Même si Martine ne nous le dit pas franchement, nous devinons, en toile de fond à tous ses chocs émotionnels, des phases dépressives plus ou moins marquées notamment sous forme de dépression masquée chez cette patiente.

3.2.1.1.2.4 Traumatismes

- Le non amour de ses parents et donc, la souffrance de sa mère
- L'alcoolisme du père
- L'abandon par son compagnon alors qu'elle est enceinte
- L'abandon partiel de sa famille en lien avec sa situation, montrée du doigt dans la bourgeoisie à laquelle elle appartient
- Son cancer et celui de son fils âgé alors seulement de 12 ans
- Les décès brutaux tant de ses amies que de sa mère sont considérés comme des facteurs traumatiques qui vont augmenter le quantum d'excitations mettant en danger l'équilibre des systèmes.
- Dans le domaine professionnel, des pressions et des humiliations de la part de sa hiérarchie

3.2.1.1.2.5 Influence de la culture sur le psychisme

Sa culture a influencé son fonctionnement psychique et Martine se trouve en dissonance avec son éducation de par sa situation de mère célibataire, malgré tout, après un « contentieux » avec Dieu lors de la maladie de son fils, elle continue à prier surtout depuis le décès de sa mère.

3.2.1.1.3 Axe 1-C :

3.2.1.1.3.6 Fixations somatiques

- Fixations premières, fixations orales, avec des troubles respiratoires dès le plus jeune âge correspondant à la peau respiratoire et au conflit

précoce qui entraîne une inhibition des pulsions agressives, donc, très tôt.

- Par le biais de migraines, signes de conflit œdipien.
- Fixation métabolique avec des hypoglycémies
- Atteinte du système immunitaire avec le cancer

Toutes ces fixations témoignent de la précocité des traumatismes dans l'histoire de Martine. Une intellectualisation à outrance par un excellent travail scolaire, y compris ses années d'études supérieures, ainsi qu'une hyper activité semblent avoir permis de décharger les excès d'excitations mais insuffisamment cependant. En effet, une autre partie des excitations choisira, pour se décharger, la voie somatique avec des troubles respiratoires, des migraines et des hypoglycémies mais, ces pathologies ne suffiront pas à résorber les tensions internes. La voie somatique étant ouverte, le reste se déchargera via le système immunitaire, par un cancer du sein.

3.2.1.1.3.7 Fixations psychiques

A type de désorganisation avec fixation à un état qui pourrait sembler satisfaisant mais, en réalité, trompeur pour l'interlocuteur (Désorganisation masquée ?)

3.2.1.1.3.8 Mécanismes de défense

Hyper activité + Intellectualisation (Brillante élève et enseignante dans sa discipline) + Intérêt pour les arts.

3.2.1.1.4 Axe 2-A

3.2.1.1.4.1 Traits de caractère

Plutôt hystériques à dominante orale.

3.2.1.1.5 Axe 2-B

3.2.1.1.5.1 Activités sublimatoires

- Découverte d'autres humains
- Curiosité intellectuelle (lecture)
- Curiosité artistique (Expositions, théâtre, concerts)

Nous sommes en présence d'une insuffisance fondamentale de l'appareil psychique avec désorganisation en lien avec une dépression essentielle.

Le fonctionnement psychique est stabilisé dans un certain état que l'on peut qualifier de satisfaisant, mais, qui, en réalité, ne l'est pas

➤ NOTE 1 = 4

3.2.1.1.1 Prévalence des comportements

Axe 2-C : Prévalence des comportements : Moyenne

➤ NOTE 2 = 3

3.2.1.1.2 Capacité d'expression des affects

Axe 3 : Pauvreté, mauvaise organisation des affects

➤ NOTE 3 = 1

3.2.1.1.3 Risque lié à l'environnement

Axe 4 :

Dans l'enfance, un père alcoolique et une mère peu disponible affectivement avec altération de sa relation avec elle à l'adolescence. Adulte, altération également des relations par rapport à une partie de la famille et altération importante de la relation à son frère depuis une dizaine d'années. Altération importante aussi des relations dans le milieu professionnel avec pression de la part de la hiérarchie et stress.

➤ NOTE 4 = 4

Premier total du fonctionnement psychique= 4+3+1+4 = 12

3.2.1.1.4 Organisation psychique : structure fonctionnelle

Nous pouvons poser l'hypothèse d'une absence de surmoi œdipien avec faiblesse du Moi et fonctionnement psychique non satisfaisant. Le préconscient est inconsistant et nous avons une prévalence des comportements.

En référence à la classification de Pierre Marty de 1987, nous pouvons avancer le diagnostic de structure psychique S123, névrose mal mentalisée avec défauts avérés.

En se référant à la nosographie psychodynamique de Jean Benjamin Stora, nous pouvons risquer le diagnostic de névrose actuelle, étape orale avec dominante hystérique.

3.2.1.1.5 Risque somatique

Axe 5 : Maladie de l'appareil respiratoire + Néoplasme + Migraines (signes de conflit œdipien) + Hypoglycémie => Risque 4, élevé.

➤ Note 5 = 4

3.2.1.1.6 Evaluation globale du risque psychosomatique

TOTAL = 12 + 4 = 16 => Risque élevé

Martine présente une instabilité globale de son unité psychosomatique.

3.2.1.1.7 Essai d'élaboration psychosomatique :

Nous allons essayer d'établir un rapprochement entre événements de vie et apparition des maladies. Martine commence à souffrir de troubles somatiques dans l'enfance où elle fait des petites bronchites à répétition, des hypoglycémies avec perte de connaissance, et des migraines. On pourrait avancer l'hypothèse que ces troubles, dès l'enfance pourraient être liés à la souffrance de Martine quant à la relation de couple de ses parents, à l'alcoolisme de son père, on pourrait même peut-être avancer que l'enfant présente à cette époque une dépression larvée, qu'en conséquence, son système nerveux central va « bénéficier » d'un développement perturbé et d'un fonctionnement de moindre efficacité. La surcharge émotionnelle induite à ce moment est source d'excitations qui débordent l'appareil psychique. Nous pouvons poser un déficit de la mise en place de l'organisation œdipienne génitale. Egalement, l'hypothèse que les maladies de l'enfance et de l'adolescence ont été une tentative pour contenir les excès d'excitations peut être avancée. Ces pathologies ont réussi partiellement mais les migraines (signes d'un conflit œdipien), présentes depuis l'enfance (4-5 ans), n'ont pas cédé, installant un terrain propices aux somatisations plus graves. Nous pouvons supposer que Martine, via l'intellectualisation a réussi, pendant un temps à donner le change et, une vie sereine et classique avec mari et enfants aurait pu, pour paraphraser CANGHUILEM, autoriser « le silence des organes ».

mais il n'en n'a pas été ainsi et, c'est sur un terrain particulièrement fragilisé qu'advieront de violents traumatismes (abandon par son compagnon à l'annonce de sa grossesse, rejet par la famille, décès brutal de ses deux meilleures amies, relations tendues à son travail). Ces épreuves sont vécues comme des deuils avec toutes leurs conséquences. Nous pouvons constater que le stress fait partie de la vie de Martine depuis son plus jeune âge et qu'il n'a fait qu'empirer avec, pour conséquence, notamment l'activation de l'axe HHS et ses sécrétions hormonales importantes.

Si nous faisons le compte de ses relations à cette époque, nous trouvons une relation positive à ses parents, à son fils et, à une partie de sa famille, l'autre l'ayant rejetée suite à sa situation de mère célibataire. Quant à son frère, qui était tout pour elle, la relation s'est beaucoup dégradée. En terme de temps de latence, nous pourrions avancer qu'il est de 2 ans (18 à 38 ans, car nous avons posé l'hypothèse que les maladies de l'enfance et l'adolescence avaient rempli leur rôle). Par contre, si on considère les migraines, toujours présentes, nous pouvons compter un temps de latence de 33 ans. Lorsqu'apparaissent les différentes épreuves traumatisantes, le quantum d'excitations dépasse déjà largement les capacités du psychisme, fragilisé dans l'enfance et par les traumatismes sus-cités. Ne pouvant faire face à cette vague, la réponse ne peut être qu'une désorganisation mentale. La surcharge d'excitations du système psychique va être transmise aux marqueurs somatiques et à l'organisation cinesthésique déclenchant les perturbations des sous-systèmes de l'homéostasie biologique. Il va y avoir alors une désintringation de pulsions. C'est dans ce contexte que surviendra le cancer de Martine, elle a alors 38 ans. Nous pouvons poser l'hypothèse d'un nouvel état dépressif à cette époque mais relayé par une pulsion de vie suscitée par son fils. Il semble que Martine ait réussi, pour l'instant, à réamorcer un mouvement de reprise psychique malgré le décès de sa mère et la maladie grave de son fils. Cependant, nous ne pouvons pas nous empêcher de poser l'éventuelle hypothèse d'une rechute de son cancer ou de toute autre maladie chronique grave, le temps de débordement de l'appareil psychique ayant tout de même duré 18 ans avec, en toile de fond, des pics traumatiques très violents.

4. Résumé

- Relation d'objet : Fixation à une relation fusionnelle. Objet affaibli.
- Dimension narcissique : Noyau narcissique en place, présence d'un courant vital.
- Dimension masochique : Noyau masochique en place. Apparition d'un masochisme de mort au moment du cancer.
- Fonctionnement mental : stabilisé à un certain niveau, mais pas satisfaisant.
- Pas de préconscient ténu. Incapacité à rêver.
- Evaluation du risque somatique = 16, élevé
- Mise en place d'une organisation psychique chaotique avec développement du SNC correspondant et les connexions neuronales adéquates.
- Désorganisation psychique due à de violents traumatismes, l'appareil psychique débordé ne peut élaborer le quantum d'excitations, il y a sidération et court-circuit, sur fond dépressif masqué depuis l'enfance qui a fragilisé le moi.
- Stress permanent ayant entraîné des modifications de la vie et déclenché l'activation de l'axe hypothalamo hypophyso surrénalien, lui-même ayant court circuité le système immunitaire de surveillance.

G) Schéma de Selye : Axe HHS¹

6 | STRESS, ADAPTATION, LONGÉVITÉ

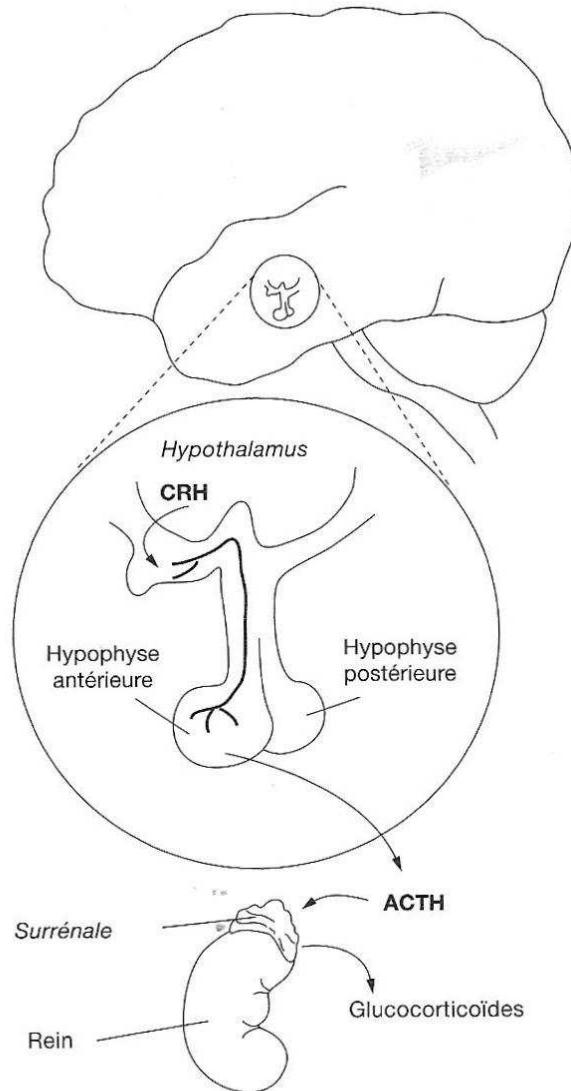


Figure 1. L'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HHS).

Les réponses au stress sont réglées par une hiérarchie de contrôles : 1) au sommet, les signaux sont produits par les cellules neurosécrétoires de l'hypothalamus en tant qu'hormone corticostimuline (ou Cortico-Releasing Hormone, CRH) ; 2) la CRH est délivrée rapidement, grâce à la circulation porte, au lobe antérieur de l'hypophyse où elle stimule la sécrétion de l'hormone adrenocorticotrope (ACTH ou corticotropine) qui passe dans la circulation générale ; 3) l'ACTH stimule le cortex surrénal à sécréter les hormones glucocorticoïdes (GCs) et sexuelles ; 4) ces hormones se lient aux récepteurs des cellules cibles où elles manifestent leurs actions métaboliques et comportementales. La régulation des interactions hormonales du HHS par rétrocontrôle et leurs relations avec le système nerveux sont présentées dans les chapitres II et III.

¹ Timiras.P. Stress, Adaptation, Longévité.p.6.