

Évaluation psychosomatique d'une patiente transplantée cardiaque

Thierry Villac

► **To cite this version:**

Thierry Villac. Évaluation psychosomatique d'une patiente transplantée cardiaque. Psychologie et comportements. 2010. dumas-00806268

HAL Id: dumas-00806268

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00806268>

Submitted on 29 Mar 2013

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 PARIS 6 PIERRE ET MARIE CURIE
SERVICE FORMATION CONTINUE

DIPLOME D'UNIVERSITE

« **PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE: MEDECINE, PSYCHANALYSE ET NEUROSCIENCES** »

Pr. Jean-François ALLILAIRE

Pr. Marc Olivier BITKER

Pr. Jean Benjamin STORA

Evaluation psychosomatique d'une patiente
transplantée cardiaque

Thierry Villac

Jury du vendredi 1er octobre 2010
Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière

REMERCIEMENTS :

Je tiens à remercier ici le Professeur Jean-Benjamin Stora, pour l'empathie et la rigueur qu'il fait passer dans son enseignement, et pour l'accent qu'il met sur la qualité de la relation avec les patients.

J'associe également à ce travail l'équipe pluridisciplinaire de la Clinique de la Porte de Paris, qui m'apporte la possibilité d'un dialogue stimulant, et l'élargissement du cadre de notre réflexion.

SOMMAIRE :

RESUME	p. 1
INTRODUCTION	p. 3
I - RAPPELS THEORIQUES : PROCESSUS DE SOMATISATIONS	p. 4
II – FOCUS SUR LA CLINIQUE DES PATIENTS GREFFES	p. 9
III – OBSERVATION CLINIQUE : LE CAS ARIANE	p. 12
IV – DISCUSSION CLINIQUE	
1 – Relation patient – thérapeute	p. 23
2 – Evaluation psychosomatique	p. 25
CONCLUSION	p. 34
BIBLIOGRAPHIE	p. 36

RESUME :

Ce mémoire retrace le cas d'Ariane, une patiente de 54 ans qui a reçu une greffe du cœur, quatre semaines avant d'être adressée au Centre Cardiologique du Nord pour un séjour de réadaptation. Ses principaux antécédents sont : une maladie de Crohn apparue avant l'âge de 25 ans, et une cardiopathie ischémique secondaire à une nécrose myocardique à l'âge de 48 ans.

Ariane manifeste un déni de la maladie, et plus globalement des mécanismes de défense archaïques (clivage du moi, clivage de la réalité..), une attitude quasi phobique à l'égard des soins et de l'environnement médical, et enfin une angoisse de séparation corrélative d'une relation d'objet faite de dépendance aux objets externes, ce qui rend problématique une hospitalisation prolongée (l'équipe médicale laissera d'ailleurs Ariane rentrer plus tôt que prévu à domicile) ; en effet son environnement familial actuel lui apporte une stabilité et plus profondément une homéostasie précaire qui est mise à mal dès qu'Ariane n'est plus entourée et étayée par ses objets d'attachement.

En investiguant l'histoire d'Ariane, on découvre des événements traumatisants placés sous le signe de la séparation (placement de toute la fratrie alors qu'elle a 11 ans, elle-même se retrouvant isolée de tous ses frères et sœurs en même temps qu'elle est éloignée de ses parents) ; on peut également en déduire une carence maternelle précoce avec un défaut de la fonction pare-excitation, et un manque d'intériorisation de l'objet premier qui explique la nature de sa relation objectale.

Les fluctuations importantes de l'activité mentale constatées chez Ariane peuvent ainsi trouver leur première cause dans les événements de vie de son enfance.

L'approche psychosomatique, et plus précisément la grille d'évaluation proposée par J. B. Stora permet de repérer dans le cas de cette patiente un risque psychosomatique important, particulièrement perceptible sur l'axe 1 du fonctionnement psychique (relation d'objet / états psychiques et événements de vie personnels / points de fixation régressions et mécanismes de défense du moi).

On se trouve face à la problématique d'un défaut de développement du Soi – premier noyau constitutif de l'appareil psychique - , d'un objet qui n'est pas en place, d'une absence de

mentalisation, ainsi que d'une absence de noyau masochique primaire qui peut expliquer la faible tolérance d'Ariane aux frustrations et aux contraintes induites par sa prise en charge médicale. Le fonctionnement psychique d'Ariane offre peu de possibilités de régression, et l'expose à des risques de désorganisation somatique.

INTRODUCTION

Cette réflexion se base sur une observation clinique qui a été réalisée dans le service de Réadaptation Cardiaque du Centre Cardiologique du Nord, Porte de Paris.

Ce service prend en charge des patients ambulatoires, qui suivent un programme de réadaptation pluridisciplinaire, ainsi que des patients hospitalisés pour la plupart en phase post-opératoire.

Dans cette deuxième catégorie de patients figurent des patients greffés, qui arrivent dans le service quatre semaines environ après la transplantation. Ils bénéficient alors d'un réentraînement à l'effort, et du soutien de diététiciens et de psychologues.

Il arrive que ces patients, s'ils habitent la région parisienne, aient passé de longues semaines, voire de longs mois dans le service de réadaptation dans l'attente de la greffe, au cours desquels ils ont créé des liens avec les intervenants qui les ont accompagnés dans cette attente ; nous connaissons alors leur histoire, leur rapport à la maladie, et avons une idée de leur fonctionnement psychique.

Dans la majorité des cas toutefois, il s'agit de patients que nous ne connaissons pas.

C'est le cas d'Ariane, dont l'observation clinique est ici rapportée.

Ariane est restée peu de temps hospitalisée, car elle ne supportait pas l'éloignement de son foyer, qui semblait être le seul environnement susceptible d'apaiser ses angoisses ; il y a eu donc peu de rencontres avec elle.

J'ai toutefois choisi le cas d'Ariane en raison du caractère massif de ses mécanismes de défense, de la précarité de son fonctionnement psychique, et de l'angoisse voire de la défiance qu'elle éprouvait dans ce contexte de soin, autant d'éléments qui sont susceptibles de placer les soignants en situation d'impuissance dans leur travail d'accompagnement.

I - RAPPELS THEORIQUES : PROCESSUS DE SOMATISATIONS

Il s'agit ici de faire un bref rappel de l'approche psychosomatique de P. Marty, développée dans la continuité du modèle freudien (notamment en référence aux deux topiques freudiennes), puis complétée et enrichie par J.B. Stora, grâce notamment à une mise en perspectives avec les découvertes des neurosciences :

Nous sommes soumis, tout au long de notre vie, à des excitations d'origine externe (événements stressants), mais également à des excitations d'origine interne (somatique et endopsychique).

Se pose alors la question du mode de décharge et d'écoulement, propre à chacun de nous, de ces quantités d'excitations, car faute de trouver une voie d'écoulement, ces excitations finiront par atteindre les appareils somatiques.

L'approche psychosomatique distingue deux modes de décharge de ces tensions :

1 - Une première voie est constituée par le **travail mental d'élaboration**:

Le travail mental consiste à lier « l'énergie libre des processus primaires aux représentations mentales de mots des processus secondaires »¹. Freud distinguait en effet d'un côté les représentations de chose, fondées sur des images mnésiques sensorielles, impliquées dans le processus primaire et situées au niveau de l'inconscient, et d'un autre côté les représentations de mot, qui se mettent en place chez le petit enfant à partir de la communication avec la mère, jusqu'à alimenter une réflexion intérieure, et constituer la base des associations d'idées : « la représentation consciente englobe la représentation de chose plus la représentation de mot correspondante, tandis que la représentation inconsciente est la représentation de chose seule »².

En d'autres termes, le travail mental d'élaboration permet de « mettre des mots sur les choses » en liant les représentations de choses aux représentations de mots, et cette liaison permet aux motions pulsionnelles d'évoluer vers des représentants symbolisés.

¹ STORA, J.B. (1999). Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques. Paris, Odile Jacob, p.55

² FREUD, S. (1952). L'inconscient, in : Métapsychologie. Paris, Gallimard, p. 117

C'est le système Préconscient qui est le lieu de liaison des représentations de chose et des représentations de mot, et lorsqu'il y a désorganisation du préconscient, les représentations de mots peuvent se trouver réduites à des représentations de choses. Si l'approche psychosomatique accorde une telle importance au travail mental d'élaboration, c'est parce qu'un bon fonctionnement mental protège contre les effets désorganisateur du traumatisme.

- C'est dans ce contexte que P. Marty s'est référé à la **première topique freudienne** qui différencie les trois systèmes inconscient, préconscient et conscient. Il a qualifié le préconscient de « plaque tournante de l'économie psychosomatique », dans le sens où les excitations traversent l'inconscient pour arriver au préconscient, qui va alors médiatiser l'impact de ces excitations. Nous retrouvons ainsi décrit dans cette première topique un fonctionnement mental organisé autour de la nécessité de maintenir une homéostasie et un niveau d'excitation constant.

Il est donc fondamental, selon l'approche psychosomatique, d'évaluer chez un patient la qualité de son préconscient (la notion d'épaisseur du préconscient exprime par exemple l'accumulation des couches de représentations).

Ainsi, dans les premiers entretiens cliniques, le psychosomaticien observera la disponibilité des représentations, la fluidité des associations avec d'autres représentations appartenant à d'autres périodes de la vie.

On constate par ailleurs qu'un mauvais fonctionnement de la première topique prélude souvent à l'apparition de désordres somatiques.

- Un fonctionnement convenable de la première topique est nécessaire à la formation progressive de la **deuxième topique freudienne**. L'approche psychosomatique utilise également cette deuxième topique, qui définit les trois instances que sont « le ça, pôle pulsionnel de la personnalité, le moi, qui se pose en représentant des intérêts de la totalité de la personne, et le surmoi, instance qui juge et critique, constituée par intériorisation des exigences et des interdits parentaux »³. Cette deuxième topique se met en place avec l'intégration du deuxième temps du stade anal.

La deuxième topique permet au psychosomaticien de s'interroger sur la solidité du moi et sur ses capacités adaptatives ; ainsi, un moi fragile ne sera pas en mesure de faire face aux forces des pulsions et à la pression du surmoi, et ne pourra mettre en œuvre des mécanismes de défense adaptés ; il aura de la difficulté à faire un travail de deuil et à tolérer la frustration. Un moi fragile

³ LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris , PUF, p.488

aura finalement du mal à jouer son rôle de stabilisateur et de médiateur, et ne pourra lutter efficacement contre la désorganisation du fonctionnement psychique.

A. Thomé-Renault rappelle qu'après un choc traumatique le moi, quelle que soit sa constitution de base, peut rester désorganisé : si « l'état de détresse se maintient, l'appareil psychique, démuné et impuissant, ne réussit ni à lier ni à décharger l'excitation qui l'inonde »⁴.

La solidité du fonctionnement psychique dépendra au final de l'organisation aboutie des deux topiques. Dans ce cas, l'effet désorganisateur des traumatismes sera atténué.

2 - Un deuxième mode d'écoulement des excitations, qui peut venir suppléer le travail de mentalisation, est **la voie des comportements moteurs et sensoriels**. Lorsque le psychosomaticien se trouve face à un patient qui investit de façon importante le comportement moteur, il sera alors attentif aux situations qui peuvent freiner cette activité (hospitalisation prolongée, perte de mobilité associées à la maladie...), car le surplus d'excitations est alors susceptible de ne plus être endigué.

J.B. Stora, dans le prolongement de cette approche, avance une hypothèse psychosomatique qui articule le niveau psychique avec le niveau du système neuronal : il postule l'existence d'organisations somatopsychiques qui seraient doublement coordonnées par l'appareil psychique et par le système nerveux central et se développeraient dès la naissance. Il y aurait donc d'un côté un processus de développement de l'appareil psychique tel qu'il a été présenté par S. Freud puis développé par P. Marty, et d'un autre côté un processus d'« intégration progressive des fonctions et des organes somatiques sous l'égide du système nerveux central », dans le but de sauvegarder l'homéostasie.

Prenons le cas d'un sujet qui ressent un sentiment de menace : dans un premier temps, lorsque le processus d'élaboration mentale est à l'œuvre, la réaction est psychique, accompagnée de souvenirs conscients ou inconscients de traumatismes passés . Lorsque l'appareil psychique est débordé par la sensation diffuse mais très intense de menace, nous avons affaire à des mécanismes de défense très complexes, comme les réactions de défense neuro-hormonales de l'hypothalamus.

⁴ THOME-RENAULT, A. (1995). Le traumatisme de la mort annoncée. Paris : Dunod, p. 58

Nous observons donc en premier lieu sur un plan psychique un processus de désintrinsication pulsionnelle marquant la défaillance de l'appareil psychique (irrégularités, désorganisation progressive) conduisant à déclencher simultanément des réactions biologiques dont le maître d'œuvre est le système nerveux central, qui prend la relève par le biais de l'hypothalamus et de son ballet hormonal.

Ayant défini que les troubles somatiques risquent de survenir lorsque l'appareil psychique est débordé par le surplus d'excitations, nous pouvons nous demander quels sont les processus qui aboutissent à une atteinte somatique, plus ou moins grave, et plus ou moins réversible.

Pour P. Marty et J.B. Stora, les phénomènes de somatisations prennent forme en suivant soit un chemin de régression aux points de fixation, soit un chemin de désorganisation progressive : il y aurait donc deux processus de somatisations.

Dans tous les cas, il y a au début une désorganisation mentale : J.B. Stora nous dit à cet égard que « les désorganisations sont le fait de mouvements contre évolutifs qui déstructurent l'individu. Ces mouvements contre-évolutifs frappent en premier lieu les structures les plus évoluées, les plus récemment acquises, c'est à dire les structures mentales. Le mouvement de désorganisation ne s'arrête que s'il parvient au niveau d'un point de fixation solide pouvant constituer un palier de régression favorisant dans un deuxième temps la réorganisation ».

Puis, selon les cas, on assisterait...

- soit dans un premier cas, à un **processus par régression**, avec un retour partiel à des fixations fonctionnelles antérieures. On observe dans cette configuration des maladies fonctionnellement localisées, non évolutives. Ce processus de somatisation survient plus particulièrement chez les sujets bien mentalisés.

- soit, dans un deuxième cas, à un **processus par désorganisation progressive**. Ce processus concerne des sujets fragiles, caractérisés par une faible mentalisation ou une absence de mentalisation. En l'absence de palier de fixation au niveau oedipien ou préoedipien, la régression ne peut être arrêtée en cas de conflit, ce qui ouvre la voie à une désorganisation.

Le déroulement du processus de désorganisation progressive, après une accumulation d'excitations sans possibilité d'élaboration, fait apparaître une désorganisation mentale, puis une dépression essentielle ou la reprise d'une dépression de l'enfance, ainsi que des angoisses diffuses, symptômes d'un état de détresse. C'est ensuite qu'apparaît une désorganisation somatique, accompagnée par une rafale de maladies diverses atypiques, puis une maladie grave.

Les désorganisations progressives commencent en général par une dépression « essentielle ».

La notion de **dépression essentielle** (DE) a été développée par P. Marty vers 1965 : « ce sont des dépressions sans objet, ni auto-accusation, ni même culpabilité consciente, où le sentiment de dévalorisation personnelle et de blessure narcissique s'oriente électivement vers la sphère somatique. Un tel tableau, pour nous, est à mettre en rapport avec la précarité du travail mental »⁵
P. Marty précise que la dépression essentielle se met en place lorsque « les événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration »⁶

Il s'agit d'une forme de dépression difficile à déceler car sa symptomatologie se définit par le manque, avec notamment un blocage de la dynamique mentale, et un abaissement de niveau du tonus libidinal.

Parmi les conséquences de la dépression essentielle, on retient un effacement fonctionnel des deux systèmes topiques, un débordement du moi qui a du mal à remplir ses rôles de liaison, de distribution et de défense ; le sujet perd tout intérêt pour le passé et le futur, et semble vivre sous le sceau du factuel et de l'actuel, ce que P. Marty appelle une « vie opératoire ».

Un des signes avant-coureurs d'une dépression essentielle est l'apparition d'angoisses diffuses, qui traduisent la détresse du sujet.

⁵ MARTY, P. (1990). La Psychosomatique de l'adulte. Paris, PUF, p. 29.

⁶ Ibid., p. 30.

II – FOCUS SUR LA CLINIQUE DES PATIENTS GREFFÉS

J.B. Stora a entrepris en 2000 un travail de recherche auprès de patients en attente de greffe ou greffés, en portant tout particulièrement son attention sur le rôle joué par le psychisme dans l'acceptation de la greffe.

Nous reprenons ci-dessous de façon très synthétique les principaux enjeux que nous avons retenus de sa recherche. Pour adapter ce bref rappel au cas d'Ariane dont il est ici question, nous limiterons nos commentaires à la situation des patients d'ores et déjà greffés.

Le patient greffé doit faire face à un surplus d'excitations, parfois à un état traumatique, en raison de l'enjeu vital associé, de l'intensité des soins médicaux, et de la situation « d'inquiétante étrangeté » induite par l'implantation d'un organe provenant d'une autre personne.

Il est donc important que ces excitations puissent être contenues ; à ce titre « l'environnement affectif et familial agit comme un contenant des excitations induites par l'opération, renforçant la capacité d'adaptation du patient et l'aidant à la reprise mentale et vitale »⁷

Une bonne relation médecin-malade revêt également une importance particulière, car elle permet au patient concerné par la greffe de régresser psychiquement dans un environnement suffisamment sécurisant et gratifiant.

Cette phase de régression est un aspect majeur de la prise en charge de tels patients, qui sont ramenés à l'état de dépendance primaire et au sentiment d'impuissance qu'ils ont connus dans les premiers temps de la vie. J.B. Stora nous prévient que la réactivation de cette dépendance peut générer une attitude d'hostilité envers les médecins.

La restriction des capacités motrices dans les premières semaines qui suivent la greffe limite l'écoulement des excitations par la voie du comportement moteur. Si le patient est capable d'investir une attitude passive, de vivre les situations d'attente, il évitera que l'excès d'excitations ne déborde momentanément les défenses mentales et somatiques. A cet égard, la présence d'un noyau masochique primaire suffisamment développé chez un patient prédispose à mieux tolérer l'attente et la dépendance.

A l'inverse, le sentiment d'invulnérabilité que l'on observe chez certains patients narcissiques constitue un signe alarmant, car il risque d'entraîner un déni de la dépendance.

⁷ STORA, J.B. (2005). *Vivre avec une greffe, accueillir l'autre*. Paris, Odile Jacob, p. 52

Les soins médicaux envahissants développent parfois chez des patients épuisés par de nombreux séjours d'hospitalisation des symptômes phobiques ; là aussi, la tolérance des patients est fortement influencée par la qualité de la relation avec les médecins, par l'empathie et la fonction maternelle que les soignants seront à même d'incarner.

Dans l'adaptation au nouvel organe se pose le problème de l'introjection d'un bon objet (introjection qui peut être compromise si cet objet est au contraire perçu comme menaçant, et alors susceptible de réactiver des angoisses de persécution). Pour certains patients en effet, J.B. Stora précise que « la maladie comme le greffon peuvent être vécus comme des objets partiels menaçant le monde interne »⁸. Dans ce cas, le risque est particulièrement important pour les patients qui utilisent le mécanisme de déni qui isole dans une partie de leur personnalité la maladie qu'ils refusent ; ils risquent alors de ne pas créer en eux « un espace d'accueil pour le greffon, ce qui aboutira à terme au rejet chronique du greffon, vécu comme une menace interne »⁹.

J.B. Stora souligne un aspect positif qui est la dimension de la complétude narcissique rétablie à la suite d'une greffe ; c'est-à-dire que « la continuité corporelle détruite par l'insuffisance chronique d'un organe »¹⁰ se trouve réparée, et le patient peut alors réinvestir son corps grâce au narcissisme de vie, il peut s'investir dans des projets qui lui paraissaient inaccessibles jusqu'alors, et une nouvelle dynamique de vie s'offre alors à lui.

Pour compléter ces réflexions empruntées au travail de J.B. Stora, nous nous interrogeons sur la pertinence d'un autre facteur susceptible d'être pris en compte dans l'évaluation des patients greffés : la notion de « Lieu de contrôle », développée par Rotter dans les années 70.

Cette notion désigne « la façon dont chaque être humain se représente sa propre implication dans ce qui lui arrive »¹¹ et se décline en deux modalités, l'une externe et l'autre interne.

- Dans le cas de la modalité externe : le sujet attribue à des facteurs externes et donc incontrôlables, les événements qui surviennent dans sa vie. Ces personnes se montrent passives,

⁸ Ibid., p. 160.

⁹ Ibid., p. 166.

¹⁰ Ibid., p. 110.

¹¹ DONATI, C. (2002). Le stress intelligent. Paris, Demos, p. 116.

et se sentent démunies face aux stress de leur vie quotidienne ; elles manifestent peu de disposition pour comprendre leur maladie, et pour ensuite développer une attitude de prise en charge active.

- Dans le cas de la modalité interne : le sujet vit les événements de sa vie comme étant reliés à son attitude, ou à certaines de ses caractéristiques personnelles ; il pense pouvoir agir sur son environnement, et il est capable d'analyser son comportement, en le mettant en lien avec ses échecs ou réussites.

Face à l'implantation d'une greffe, qui constitue une « solution externe », on peut faire l'hypothèse d'une différence d'attitude chez les patients greffés selon leur modalité de « Lieu de contrôle » :

- Une personne à modalité externe se montrerait plus passive, qu'elle perçoive la greffe comme une solution « miraculeuse », ou comme un acte traumatisant (notamment en raison de l'organe potentiellement menaçant car provenant d'une autre personne). Dans un cas comme dans l'autre, elle n'envisagera pas que le succès à terme de la transplantation puisse dépendre d'elle.

- On peut au contraire penser qu'une personne à modalité interne aura l'impression d'avoir à « jouer sa partie », qu'elle se posera toutes les questions qui lui paraîtront nécessaires pour s'approprier l'organe, aussi bien au niveau cognitif qu'au niveau de l'élaboration psychique. Par ailleurs, on sait que les personnes ayant un « Lieu de contrôle » interne se projettent plus activement dans des projets de vie.

III – OBSERVATION CLINIQUE

1^{er} entretien :

On me signale l'arrivée d'une patiente récemment transplantée à La Pitié-Salpêtrière ; la cardiologue précise que cette patiente a tout particulièrement besoin d'être vue par un psychologue, et l'infirmière, qui a déjà évoqué cette possibilité à la patiente, d'ajouter que celle-ci n'a pas « spécialement envie de voir un psychologue ».

Je suis donc tout particulièrement attentif, alors que je me dirige vers la chambre de cette patiente, à préparer mentalement un espace psychique d'accueil, qui me permette d'entrer en relation de la façon la moins intrusive possible. La lecture du dossier médical interviendra dans un deuxième temps, pour aborder sans idées préconçues cette patiente.

Ariane est allongée sur son lit, parfaitement immobile ; elle a les yeux grand ouverts, et son regard paraît tendu vers la fenêtre qui se trouve devant elle, et donc vers l'extérieur.

Elle paraît avoir une petite cinquantaine d'années.

Ses premiers mots sont pour me dire qu'elle a envie de rentrer chez elle, que quand elle n'est pas chez elle, « ça ne va pas », qu'elle a ses enfants chez elle, et son mari.

Sa voix est faible, probablement en raison des effets d'une intubation sur ses cordes vocales, je me rapproche donc pour pouvoir l'entendre, et j'ajuste sans avoir conscience le volume de ma voix à la sienne.

A ma demande, elle me précise que cela fait quatre semaines qu'elle est partie de chez elle, c'est-à-dire le jour où on l'appelée pour la transplantation (sa difficulté à tolérer son hospitalisation pouvait en effet laisser imaginer un parcours d'hospitalisation bien plus long).

Je relève le thème de la séparation qui émerge d'emblée dans son discours, je relève aussi qu'elle se plaint plus spontanément de l'éloignement d'avec ses enfants ; je m'en étonne – sans faire part des questions que je commence à me poser - du fait que les enfants de cette patiente sont probablement déjà des jeunes adultes.

Elle s'exprime de façon très concise, le silence venant rapidement reprendre le dessus ; elle parle en continuant à regarder vers la fenêtre, lorsque j'interviens pour reformuler ou lui exprimer que je comprends ce qu'elle ressent, elle tourne son regard vers moi, acquiesce avec un léger sourire

dont je ne suis pas certain qu'il me soit destiné, puis se met à nouveau en ligne de mire de la fenêtre.

Ariane ayant évoqué la date de son opération, je lui demande si elle a attendu longtemps la greffe. Je sais en effet que cette opération provoque un retentissement très différent selon que le patient a attendu plusieurs mois, avec la possibilité de se préparer, par les questions qu'il se pose, les échanges avec les soignants ou parfois des patients transplantés, ou qu'au contraire la transplantation est intervenue rapidement après l'inscription sur la liste.

Dans ce dernier cas, le patient peut estimer avoir fait l'économie d'une attente souvent angoissante, en raison de l'incertitude quant à l'issue de l'opération elle-même, mais aussi quant à la durée de l'attente ; mais quand l'opération succède très rapidement à l'annonce de la décision de transplanter, le patient peut se trouver dans un état de sidération. J'ai aussi constaté que les patients destinés à être transplantés connaissent, à la suite de cette annonce, une étape de « négociation » avec la maladie, et que c'est une façon de commencer à faire le deuil de l'organe malade : ils savent consciemment que cette issue est la seule viable, mais d'une certaine façon, une partie d'eux a besoin de croire à la possibilité d'éviter la transplantation.

Cette réaction fait bien sûr penser aux étapes du deuil telles qu'elle sont présentées par Elisabeth Kübler-Ross. Qu'en est-il alors si l'opération intervient avant que le patient n'ait traversé cette étape, autrement dit avant qu'il n'en soit arrivé à un point où il peut adhérer à cette proposition thérapeutique ?

Ariane me répond qu'elle attend depuis le mois de juin dernier, donc un peu moins d'un an. Elle ajoute qu'elle ne s'y attendait pas, qu'elle n'a pas réalisé et heureusement, car sinon « elle ne l'aurait pas fait » ; elle n'exprime pas d'affects particuliers, mais le débit de parole s'accélère nettement, ce qui laisse penser à un état de tension accru.

Elle a évité tout au long de cette période d'être confrontée avec la réalité de l'intervention et des soins à venir : quand elle allait à La Pitié pour une prise de sang, me dit-elle, elle était toujours pressée de partir, on lui parlait mais elle n'écoutait pas.. « on pouvait me dire n'importe quoi.. »

Elle s'exprime de façon ambivalente : « on n'y croyait pas...oui et non ».

Quand je lui demande, avec le recul qu'elle a aujourd'hui, comment elle voit cette période, elle répond qu'elle « ne dirait pas oui, si c'était à refaire ». Ariane se dit « froussarde ».

Le plus difficile me dit-elle à nouveau, c'est d'être éloignée, et puis, comme si elle se rendait compte que cet argument ne suffisait peut-être pas, elle complète avec en vrac « les prises de sang », « le sport » (la réadaptation qui lui est proposée dans cet établissement intègre un

programme d'exercices physiques pour le réentraînement à l'effort) ; elle conclut en disant qu'elle est une « mémère tranquille ».

Tout cela semble trop pour elle. Ariane semble avoir vécu cette période d'attente dans un déni massif de la maladie.

Désireux d'orienter l'échange vers le soutien qu'a pu avoir Ariane dans cette période difficile, j'évoque l'aide qu'elle a dû avoir de la part de son mari. Elle me répond « on n'a pas réalisé tous les deux », et qu'il ne valait mieux pas. J'avais déjà relevé ce « on » précédemment dans son discours, suivi par l'expression d'une communauté de point de vue ; Ariane semble parler de son mari comme s'il ne s'agissait pas d'une personne complètement différenciée d'elle.

Peut-être parce qu'elle se sent maintenant étayée par ce « on », Ariane se montre plus positive : elle se dit « tant mieux », et elle fera des choses qu'elle ne pouvait pas faire, comme prendre ses enfants dans ses bras.

Cette remarque ne m'étonne qu'à moitié, j'ai souvent entendu, chez des parents ou plus souvent des grands-parents affectés d'insuffisance cardiaque, à quel point il leur est difficile de devoir réprimer les élans d'affection de jeunes enfants ; mais je m'interroge sur ces enfants (peut-être s'agit-il de petits-enfants ?).

Elle revient sur son attitude qui a consisté à « ne pas chercher à aller plus loin ». Ariane me dit que pour elle c'était une histoire de 15 jours (la transplantation), et qu'elle pensait ensuite rentrer chez elle. Ne constatant pas d'amélioration immédiate dans sa capacité physique, elle a l'impression que c'est comme si on ne lui avait rien fait, et conclut en se traitant de « mollassonne » ; visiblement elle a une faible estime d'elle-même. Je ne peux m'empêcher de me demander, en l'entendant se (mal)traiter ainsi, qui parle à travers elle.

Puis Ariane me dit que la réanimation s'est très mal passée, à cause des médicaments qu'on lui a fait prendre, qu'elle était devenue « méchante », qu'elle faisait « voltiger » les médicaments ; elle s'était mis des idées dans la tête au sujet de certains médecins ; comme évoqué dans la première partie (cf. supra), le sentiment d'impuissance de la petite enfance, lorsqu'il resurgit, peut produire une attitude d'agressivité à l'égard des médecins.

il y en a un me dit-elle, « si je le revois, c'est pas la peine... », et pourtant ajoute-t-elle, il ne devait pas m'en « vouloir à mort ». Le témoignage de patients sur les visions délirantes qui les ont envahis durant la réanimation est fréquent ; l'association dans ces visions de personnes bien réelles, parfois familières, et de scénarios effrayants provoque une impression d'inquiétante étrangeté. Mais chez Ariane, c'est l'absence d'auto-critique qui m'étonne, comme si une partie d'elle accordait encore foi à ses visions.

Quand je la questionne sur ce qu'elle en pense aujourd'hui, elle me répond que quand elle se plaignait, il (le médecin) « se fichait d'elle par-derrière », qu'il disait : « elle se plaint tout le temps, elle va mourir ». Il lui reste une appréhension qu'il ne se venge ; d'ailleurs ajoute-elle, elle espère que quand elle retournera à La Pitié, elle n'ira pas au 3ème (étage sans doute), car c'est là que « le médecin la droguait », même si après elle se dit « c'est pas vrai.. ». Elle n'en a jamais parlé à personne lorsqu'elle était à La Pitié, mais pendant une semaine, elle se répandait en pleurs chaque fois qu'on voulait la conduire au 3ème.

N'ayant pas encore investigué les autres événements somatiques qu'elle a pu connaître, je la questionne sur d'éventuels problèmes de santé qu'elle aurait pu avoir, elle répond qu'elle « n'a jamais rien eu », et pourtant « elle en a eu des choses », notamment la maladie de Crohn, et la « vésicule biliaire » ; elle ajoute que la maladie de Crohn s'est arrêtée depuis qu'elle a eu un infarctus, qui a eu lieu en février 2004.

Je demande à Ariane dans quelles circonstances est intervenu son infarctus, dont elle parle pour la première fois, et si elle en connaît les raisons. Elle parle du tabac, du stress, en reprenant semble-t-il le discours de ses médecins. Elle ne semble pas accorder un sens et une importance particulière à cet événement : « ça m'a pris un matin, je suis tombée, c'est tout, pas plus.. ».

Associant sur le stress qu'elle a évoqué, je demande à Ariane si elle exerce ou exerçait à cette époque un travail, qui aurait pu être source de stress. Elle me répond qu'elle devenait nourrice agréée au moment de l'accident ; elle semble alors s'animer davantage.

Elle m'apprend qu'elle avait auparavant exercé cette activité de façon non officielle, qu'elle s'était occupé de ses petits enfants et d'autres bébés, et que c'est « son dada » ; elle ajoute que, plus jeune, elle aurait souhaité faire des études de puéricultrice.

Elle précise que le fait de ne plus pouvoir porter et s'occuper d'enfants après son infarctus lui a donné un coup, alors que l'infarctus en soi n'avait eu semble-t-il pas d'impact sur son moral.

Je la félicite pour avoir réussi à obtenir ce statut de nourrice, et lui dis que je perçois à quel point il semble s'agir d'une vocation, ce qu'elle confirme ; je lui demande si elle sait d'où lui vient cet intérêt, ce qui est une façon d'appréhender la qualité de son fonctionnement mental, notamment en observant la capacité d'Ariane à faire des aller-retour entre le présent et le passé, et à mobiliser des représentations en lien avec cette activité qu'elle investit autant ; mais elle me répond qu'elle n'en a aucune idée.

Je pense à nouveau au thème de la séparation qui était apparu en début d'entretien, et lui demande si lorsqu'elle était petite, elle a eu l'occasion de s'occuper de petits frères ou de petites sœurs.

Ariane me dit alors qu'elle a passé son enfance à « l'assistance sociale », qu'elle a été placée, parce que ses parents ne pouvaient s'occuper d'eux, et que « c'est comme si elle n'avait pas de parents ». Elle dit n'avoir aucun souvenir de son enfance avec ses parents ; il me semble qu'elle dit « je ne veux pas » plutôt que « je ne peux pas avoir de souvenirs »...car sa voix devient plus sourde et moins audible ; l'expression de son visage se durcit ... je n'insiste pas.

Ariane parle sans exprimer plus d'affects ; je lui demande si elle a été placée en restant avec ses frères et sœurs, et j'apprends alors que sur les sept enfants, sa grande sœur a été placée à part en raison de la différence d'âge, que tous les autres enfants se sont retrouvés ensemble dans une institution, et qu'elle, la deuxième dans la fratrie, « s'est retrouvée chez les curés ».

Quand je lui dis que j'imagine à quel point cela a dû être douloureux d'être séparée, et que je lui demande comment elle a vécu cette période chez les curés, Ariane me répond que cela ne lui a rien fait d'être séparée de ses parents, mais de son petit frère et de sa petite sœur, oui. Quant à son passage chez « les curés », elle le commente en disant qu'elle n'était pas malheureuse, qu'elle était « la chouchoute » (sans doute de façon relative à ce qu'elle avait vécu précédemment, bien que je n'ai pas plus de détail sur cette première période de vie, et que je ne sente pas opportun de l'explorer plus avant).

A ce stade de l'entretien, je suis frappée par le fait qu'Ariane répond facilement à mes questions, je sens d'ailleurs qu'elle n'a pas de retenue ni de défiance particulière (hormis son évocation très elliptique sur la relation avec ses parents), mais qu'elle ne fait aucune association d'elle même, comme s'il fallait que je la précède dans l'évocation de certains thèmes. Il est donc particulièrement difficile, dans ce cas, de suivre le « fil du patient », comme il est souhaitable de le faire dans les entretiens en psychosomatique.

Je pense alors à la fonction maternelle que le psychosomaticien a tout intérêt à incarner dans son attitude avec des patients mal organisés selon J.B. Stora. L'investigation psychosomatique développée par Pierre MARTY recommande de son côté un « accompagnement surtout mais non exclusivement verbal qui côtoie, suit ou précède à peine les états et les mouvements du sujet » et une « aptitude à une identification renouvelée au patient »¹² ; j'essaie donc de commenter les paroles d'Ariane, mais il est difficile de ne pas la questionner, car les liens associatifs qu'elle montre sont rares.

Je félicite alors Ariane pour avoir réussi à fonder une famille avec son mari, alors qu'elle n'a pas elle-même fait l'expérience d'une famille soudée.

¹² MARTY, P. (1990). La Psychosomatique de l'adulte. Paris, PUF, p. 96

Je lui dis que je comprends mieux sa motivation pour s'occuper d'enfants, et combien il a dû être difficile pour elle de limiter ses contacts physiques au cours des derniers mois. Elle me répond, avec un brin de malice, que comme ça lui manquait de ne pouvoir soulever des petits-enfants, elle « s'est vengée sur un chat » : elle a testé sa capacité à porter en se disant que si elle tombait c'était moins grave pour le chat ! elle conclut en m'informant - comme en ménageant un certain suspense - qu'elle n'est finalement pas tombée !

Quand j'entends Ariane parler de ces petits enfants, j'ai également l'impression d'enfants indifférenciés, comme s'il était chaque fois difficile de savoir s'il s'agissait de ses petits-enfants, ou de ceux qui lui sont confiés.

Il a peu été question du mari d'Ariane pour l'instant, et je cherche maintenant à savoir quelle place tient celui-ci dans l'économie psychique de cette patiente.

Son mari est un « faux calme » me dit-elle ; quand je suggère qu'il a dû se faire du souci pour elle, elle me répond « dès qu'il ne m'a pas, il est perdu.. ».

« un peu comme un gamin .. ? » lui dis-je (j'ai l'impression, en me fiant à sa mimique, que je ne fais que mettre en mots sa réaction non verbale) ; Ariane me répond : « il est un gamin ».

Je m'intéresse ensuite à ce qu'Ariane a investi dans sa vie, en dehors de cette relation avec de jeunes enfants, et donc à la façon dont elle occupe ses journées, son temps libre...

Elle se définit à nouveau comme une « mémère tranquille », me disant apprécier le tricot, le canévas...

Je pense alors que cette représentation d'elle-même, insistante, qui s'oppose probablement aux modèles parentaux qui furent les siens, loin de la stabilité que l'on peut associer à une famille idéale.

Il s'agit là d'activités auto-calmanantes auxquelles Ariane a recours, aussi je lui suggère que ces activités doivent lui procurer un certain apaisement... elle acquiesce et précise alors que « tout le monde » dit d'elle qu'elle est une grande nerveuse.

Quand je lui demande si c'est ce qu'elle pense elle aussi, elle me répond « oh , moi non ! », ajoutant toutefois qu'elle ne reste jamais à la même place, qu'il faut qu'elle bouge, qu'elle aille, qu'elle revienne.... « il paraît que je suis un asticot » conclut-elle.

Avant de la quitter, je m'informe de sa relation actuelle à la cigarette, puisqu'elle a évoqué ce facteur de risque dans les causes possibles de son infarctus. Elle me répond qu'elle fumait une quinzaine de cigarettes par jour, et qu'elle a arrêté le jour de la transplantation ; ce sevrage ne lui

pose pas de difficulté « tant qu'elle est ici », elle dit tout faire pour ne pas reprendre ensuite, mais je la sens peu confiante.

Enfin, Ariane prend des cachets pour dormir, mais ce n'est pas induit par la période post opératoire ; elle dit devoir en prendre habituellement, car sinon elle est réveillée au bout de deux heures.

Je prends congé d'elle en ayant soin d'adopter une mesure « pare-excitante » en cette fin d'entretien : je souligne à nouveau la satisfaction et la fierté qu'elle peut ressentir d'avoir construit cette famille.

« je n'ai pas eu d'enfance heureuse, mais mes enfants sont heureux » est sa réponse.

Enfin, je lui précise qu'une huitaine de jours va s'écouler d'ici notre prochain entretien (je serai en congés), pressentant qu'avec la sensibilité à la séparation dont témoigne Ariane, il est important de lui permettre de maîtriser, ne serait-ce que par la possibilité d'anticiper, le rythme de nos rencontres.

A l'issue du premier entretien, je vais consulter le dossier médical d'Ariane, qui renseigne les antécédents somatiques de la façon suivante :

- **Cardiopathie ischémique avec dysfonction ventriculaire gauche sévère secondaire à une nécrose myocardique antérieure en 2004, revascularisée avec stent.**
- **Mise en place DAI en septembre 2006 (50 ans), FV choquée en 2008**
- **Maladie de Crohn**
- **Cholécystectomie**
- **Transplantation (une semaine après, Ariane retourne une semaine en réanimation, en raison de troubles neurologiques d'installation brutale, avec mouvements oculaires anormaux).**

2eme entretien (7 jours après) :

Cet entretien sera de très courte durée, car Ariane part ce matin à La Pitié pour sa biopsie hebdomadaire.

Je trouve Ariane toujours allongée, mais hors des draps, elle paraît plus animée, m'adresse un léger sourire. En fait cette animation cache une certaine agitation qu'elle exprime d'emblée : elle m'annonce qu'elle doit partir à La Pitié pour une biopsie, et cela la met dans tous les états ; elle n'a pas d'appréhension concernant le résultat, mais de savoir qu'on va la piquer, qu'elle va voir des médecins, «ça me travaille, ça me rend folle, j'ai eu ma dose » me dit-elle.

Je dis à Ariane que je lui trouve toutefois un visage plus détendu qu'il y a 10 jours : en effet, elle dit avoir depuis peu l'espoir qu'on l'autorise à rentrer chez elle (hypothèse qui me paraît improbable à court terme).

Elle surenchérit en disant qu'elle va « péter les plombs » à force d'être enfermée, de ne pas voir les enfants, ni le mari ; en disant ces mots, elle tortille nerveusement un bout de tissu entre ses doigts, ce qui montre une recrudescence des excitations.

Face à ce ras le bol concernant le milieu médical et hospitalier, je l'interroge sur ses expériences passées en la matière.

Ariane m'apprend que depuis l'âge de 20 ans elle a des problèmes de santé : paralysie, faciale, maladie de Crohn qui apparaît en 1983, et avant des ulcères ; elle précise encore la chronologie en disant que « les histoires ont commencé » quand elle s'est mariée (un léger sourire, si c'était besoin, m'informe qu'elle n'y voit que le fruit du hasard) : elle a commencé par perdre toutes ses dents, puis le reste des événements déjà cités à suivi.

Ariane revient sur sa situation présente, en se plaignant du fait que son mari et ses enfants ne peuvent venir la voir tous les jours.

Je lui demande de me parler de ses enfants, de leur âge...

Le sourire revient sur ses lèvres, elle s'applique comme une petite fille qui récite un compliment, pour me dire leurs prénoms et leur âge : Shirley a 34 ans, Cédric 33, Damien 25 (c'est son « chiot », dit-elle), et la dernière Camille 22 ; puis elle enchaîne avec les 4 petits-enfants (des 2 aînés) qui ont entre 7 et 10 ans.

Son intonation change pour chaque enfant évoqué, comme s'ils étaient dans la pièce et qu'elle me les présentait.

Elle commente cet inventaire en disant que « c'est bien que ça reste comme ça pour l'instant ».

Elle revient sur l'incapacité à porter des enfants qui l'affecte depuis 2006, et qui l'a empêchée de porter les deux derniers, car les deux premiers, c'est elle qui les a élevés... ; elle conclut sur ce qui ressemble fort à une injonction qu'elle a adressé à ses enfants : « tant que je peux pas les prendre, vous n'en ferez plus ».

L'arrivée des ambulanciers qui la conduisent à La Pitié interrompt notre entretien.

3eme entretien (2 jours après) :

Lors du staff hebdomadaire, j'apprends avec surprise qu'Ariane rentre chez elle aujourd'hui, et continuera à aller une fois par semaine à La Pitié pour ses biopsies (dans un cas pareil, la durée du séjour en réadaptation est plus longue) : les équipes font le constat que le retour à domicile est la meilleure solution pour elle.

Ariane est debout, en train de ranger ses affaires dans son sac, quand je rentre dans la chambre ; elle a un sourire alors que je lui dis que j'ai appris son départ ; d'elle-même, elle interrompt son rangement, va s'allonger sur son lit et reprend la position qui était la sienne lors de nos précédents entretiens ; elle donne une étonnante impression de docilité, comme si elle se comportait de façon automatique.

Elle exprime sa satisfaction de partir, le fait qu'elle se sentait « coincée » ici ; elle ajoute que de toutes façons elle ne serait pas allée dans un groupe (une infirmière a dû lui proposer de participer à un groupe de parole de patients ambulatoires ; cette possibilité est parfois proposée aux patients hospitalisés, de façon à ce qu'ils puissent s'identifier à des patients déjà inscrits dans une dynamique de reprise de la vie autonome), car elle « n'est pas à l'aise avec les autres » ; elle bégaye, dit-elle, elle n'est pas douée pour s'expliquer, parce que « ça sort comme ça... »

Je lui demande si ses paroles sont parfois mal reçues ou interprétées par les autres ; Ariane confirme que ses paroles expriment parfois des choses différentes de ce qu'elle voudrait dire, et qu'après « c'est trop tard.. », cela se produit d'ailleurs avec ses proches, ses enfants ou son mari (elle donne l'exemple d'une demande anodine selon elle, qu'elle a faite à son mari de ne pas trop utiliser le téléphone pour qu'il lui reste du temps de consommation, alors que celui-ci y a vu une certaine agressivité).

Je profite de l'évocation par Ariane de cette difficulté de communication pour la questionner sur les relations, les échanges qu'elle peut avoir en dehors du cercle familial ; elle me répond qu'elle ne rencontre plus trop de gens maintenant car « on s'est fait avoir... on est de bonnes cloches, on faisait tout ça de bon cœur.. » ; Ariane explique que des voisins venaient souvent à la maison, qu'elle servait café et gâteaux, et qu'il y a eu des conflits... ses explications manquent de clarté : il y avait de la jalousie entre voisins, avec ceux qui venaient et ceux qui ne venaient pas, et ils ne comprenaient pas que lorsqu'elle gardait des enfants, elle n'étaient pas disponible pour boire du

café... je note la facilité avec laquelle on peut passer, avec Ariane, du statut de bon objet à celui de mauvais objet.

J'élargis mon questionnement en lui demandant que sont devenues ses relations avec ses frères et sœurs : a-t-elle gardé des liens avec certains d'entre eux ?

Ariane répond d'une voix sourde : « non et c'est aussi bien » ; quand je l'encourage, elle m'explique qu'elle était la « rejetée » de la famille : « on était sept filles et un gars...ils étaient tous ensemble sauf moi » (elle a été la seule à être placée « chez les curés »). Plus tard, elle a essayé de reprendre des contacts, mais « ça n'a jamais marché ».

Je lui demande si cela la touche (quelques larmes remplissent ses yeux, alors que par ailleurs l'expression de son visage n'exprime aucune variation) ; elle me dit que pour son petit frère, oui, mais qu'elle a été déçu : quand il était venu chez elle, il avait donné une gifle à son fils, ce qui l'avait choquée, et qu'elle a vu des « trucs qui ne lui ont pas plu » (elle parle de présence d'alcool dans la voiture...). Ariane conclut en disant qu'elle aurait mieux fait de ne pas le revoir, pour rester avec le souvenir de son petit frère qui « était si mignon ».

J'oriente alors Ariane vers un thème plus léger : comme elle a évoqué précédemment les enfants qu'elle gardait, je lui propose de me parler de ses petits-enfants, ce qu'elle avait commencé à faire lors du précédent entretien avant que nous soyons interrompus. Elle précise que c'est elle qui a élevé ses deux premiers petits enfants ; elle dit d'elle qu'elle est très possessive, qu'elle a en quelque sorte « négocié » avec sa fille la garde des enfants, car elle était en compétition avec la belle-mère, « très gentille » par ailleurs : « c'est moi qui les garde », a-t-elle dit à sa fille. Puis elle évoque le jour du premier infarctus, avec trois enfants à la maison ce jour-là, et l'impossibilité par la suite de s'occuper d'enfants ; elle ajoute que les deux petits enfants qui ont suivi, « ce n'est plus vraiment ça ...», et s'en suit une généralité sur les enfants qui ne sont plus comme avant.

Elle m'informe que les câlins et le portage n'est pas réservés aux seuls petits-enfants : sa fille de 20 ans (« son bébé »), vient encore sur ses genoux, et son « gamin » de 25 ans aussi d'ailleurs...elle évite maintenant de l'appeler aussi son bébé, car ce dernier a une petite amie (« sa poupée » dit-elle), qui pourrait s'en émouvoir, tout comme elle s'est ému du fait que cette mère affectueuse continuait à laver le dos de son grand fils.....

Ariane ayant à plusieurs reprises évoqué une communauté de points de vue avec son mari, je le lui fais remarquer, avançant qu'elle a l'air très proche de lui. « on est comme des jumeaux » me dit-elle « jamais l'un sans l'autre, on fait tout ensemble... » ; elle cite les consultations médicales

comme une des rares exceptions qui voient le couple se séparer. Ils sont inséparables depuis qu'ils se sont rencontrés et mariés, à 19 ans. On voit ici resurgir un choix d'objet particulièrement archaïque, et une relation objectale non différenciée.

Je souhaite maintenant investiguer la dimension transférentielle dans ce dernier entretien (pour autant que ce terme puisse être appliquée à un patient psychosomatique) ; je m'interroge en effet sur la place qu'Ariane me donne sur un axe qui relierait le bon objet à l'objet persécuteur, et sur la capacité qu'elle a de « placer le curseur » de façon modérée entre ces deux extrêmes.

J'adopte une approche indirecte, et lui demande si elle a eu l'occasion de voir un psychologue lorsqu'elle était à La Pitié, en ayant une petite idée sur sa réponse.

En effet, Ariane se raidit, prend un air buté, comme une petite fille qui refuserait soudainement de coopérer avec l'adulte qui est en face d'elle ; alors que je la relance, elle me dit qu'elle n'a pas voulu en voir ; elle se justifie ensuite, disant qu'on lui avait proposé il y a plusieurs années, d'envoyer sa fille en consulter un, ce qui revenait à traiter sa fille de folle ; de plus une personne qu'elle connaît en a consulté un, et ça n'a servi à rien ; je lui fais remarquer que moi, je suis justement un psychologue. Elle me répond « je sais bien, ne vous en faites pas », de l'air de celle qui a son monde à l'œil...

Face à cette contradiction apparente, elle reconnaît que le courant est passé avec moi, sans doute parce que j'avais « une tête qui lui revenait », et aussi parce que je suis allé la voir à un moment où ça n'allait pas ; Ariane conclut cet aveu par une pirouette qui souligne le caractère quasi fortuit de cette bonne entente, laissant entendre en souriant que ça aurait très bien pu ne pas se passer aussi bien.

Je pense alors à Winnicott qui soutenait que le psychothérapeute doit parfois se laisser « utiliser » par le patient (pour autant qu'il en ait conscience).

IV – DISCUSSION CLINIQUE : LE CAS ARIANE

1 – Relation patient – thérapeute

L'analyse des attitudes et contre-attitudes dans la relation avec le patient est un des outils de travail du psychosomaticien ; entre chaque entretien, il est utile de se demander quelle place occupe la dimension transférentielle pour réajuster les interventions, la distance avec le patient, mais aussi pour observer comment les modalités spécifiques de relation d'objet du patient s'actualisent dans la relation avec le psychothérapeute, et finalement pour aider au diagnostic. Il peut être utile d'étendre cette analyse aux relations du patient avec le reste de l'équipe soignante, lorsque des éléments de cet ordre nous interpellent.

Plusieurs remarques me viennent à l'esprit :

- La facilité et la relative spontanéité avec lesquelles Ariane s'est exprimée dès le premier entretien contrastent avec une posture quasi phobique qu'elle adopte avec certains médecins, et avec la figure du psychologue en général : j'avais relevé à quel point Ariane présentait même une attitude de docilité à mon égard, au point que j'étais vigilant, dans les relances, à induire le moins possible le contenu des réponses qu'elle pouvait me faire. J'ai aussi été frappé par la dimension « tout ou rien », sans nuance, dans la relation avec Ariane : tel médecin de La Pitié, devenu objet phobogène, mais aussi « une femme » de notre équipe, qui a eu le malheur d'émettre une date de sortie qui s'est avérée erronée : avec elle non plus, « *ce n'est plus la peine..* ». Ariane n'avait-elle pas, sur le mode de la plaisanterie, laissé entendre que cela aurait pu tout aussi bien mal se passer avec moi, dans d'autres circonstances...

Evidemment, cela me conduit à faire le lien avec des retournements relationnels qui sont intervenus dans les relations avec ses proches (petit frère, voisins..). Ces relations interpersonnelles instables et excessives, avec un risque de sanction par la dévalorisation et la déception font penser aux fonctionnements des états-limites ; la survenue d'idéations persécutoires (cf. le médecin qui « la droguait, et avait prédit sa mort ») abonde dans ce sens.

Dans ce contexte, et nous nous référons alors au travail de Bion concernant les interventions sur les mauvais objets psychiques des patients, il est important que le thérapeute puisse contenir les objets « bizarres » que le patient projette sur lui, qu'il puisse accueillir les motions agressives du patient, sans en être « détruit » (je pense par exemple qu'il était utile que je laisse Ariane s'approprier la relation transférentielle et « jouer » avec, lorsqu'elle a pu exprimer la fait que selon elle, les psychologues ne servent à rien.

Mes rencontres avec Ariane me font aussi m'interroger sur les notions de contrôle et d'emprise : d'un côté, j'avais noté cette attitude de passivité et de docilité à mon égard, et en même temps je mesure dans l'après coup le pouvoir qu'Ariane peut prendre sur son entourage (il suffit de penser à son ultimatum donné à ses enfants : « *pas d'autres petits-enfants tant que je ne peux pas les porter !* ») jusque sur l'équipe soignante ; j'en veux pour preuve la décision (partagée d'ailleurs par l'équipe de la clinique et celle de La Pitié) d'autoriser Ariane à rentrer rapidement chez elle, en se rendant à la volonté de celle-ci.

Toujours en lien avec le registre du contrôle sur l'autre, je pense à la distinction qu'Ariane a faite entre les petits-enfants qu'elle a élevés (et donc contrôlés), qui sont présentés comme des petits-enfants idéaux, et ceux qui ne lui ont pas été confiés (elle n'était plus capable de les soulever), et qui ne répondent plus aux mêmes critères de satisfaction.

Si j'observe les contre-attitudes qu'Ariane peut susciter, je retiendrai l'impression de fragilité qu'elle m'a donnée, comme si j'étais face à un enfant qu'il s'agit d'appivoiser ; il m'a d'ailleurs semblé que les médecins intervenant dans cet établissement ont adopté des précautions particulières dans l'approche de cette patiente.

2 – Evaluation psychosomatique

Axe 1A: relation à l'objet

Nous disposons de peu d'informations sur l'enfance d'Ariane. Nous avons toutefois appris que toute la fratrie a été retirée de la garde des parents et placée, alors qu'Ariane avait 11 ans ; nous pouvons donc imaginer qu'Ariane a souffert d'une carence maternelle bien avant avoir atteint cet âge : elle n'a pu installer la présence sécurisante de l'objet maternel, comme en témoigne son mode de relation d'objet.

Nous savons que vers l'âge de 8 mois, l'enfant qui accède à la position dépressive va pouvoir supporter l'absence de sa mère, la mentaliser, et finalement intérioriser l'imgo maternelle ; la séparation peut alors être vécue sans risque de détresse ou d'effondrement.

La position dépressive se caractérise, pour M. Klein, par la souffrance née de la peur de voir l'objet total intériorisé détruit par les mauvais objets et par le ça, et de perdre alors cet objet.

Ayant eu accès à cette position dépressive, le petit enfant évolue ensuite vers le stade objectal.

Ariane est probablement restée fixée à un stade pré-objectal (**151**) ; pour cette raison, elle s'est construite sur une relation d'objet externe, comme en témoigne la façon dont elle s'est par exemple « accrochée » aux petits-enfants dont elle s'est occupée.

Son objectif de devenir puéricultrice traduit cette recherche d'objets externes, en lien avec le manque d'intériorisation de l'objet premier.

Selon Pierre Marty, cette absence d'intériorisation de l'objet signe une inorganisation première.

Dans l'analyse de la relation d'objet chez Ariane, nous relevons également la position occupée par son mari, sur un mode spéculaire (« *on est comme des jumeaux ...jamais l'un sans l'autre* »). Nous pouvons nous référer ici à la notion de « double » évoquée par Michel de M'Uzan¹³ : ce double constitue un « sujet transitionnel », créé sous l'autorité des pulsions d'autoconservation. Selon cet auteur, si le pare-excitation du tout petit enfant est débordé, celui-ci peut se retrouver face à un état primordial de l'être, saturé d'énergies sans qualité et en recherche de décharge, avec la nécessité d'un « dégagement d'avec soi-même », car pour de M'Uzan, avant de se distinguer de l'objet, il faut se distinguer de soi-même. La création de ce double se traduit par un clivage primordial qui s'inscrit dans le registre de l'auto-conservation.

Il s'agit donc dans le cas d'Ariane d'un choix d'objet très archaïque, en lien avec le narcissisme primaire (**153a**).

¹³ DE M'UZAN, M. (2006). Aux confins de l'identité. Paris, Gallimard.

Nous pouvons également associer le mode de relation d'objet d'Ariane à l'angoisse de séparation massive qui nous a frappé dès les premières minutes d'entretien :

Dans son essai sur l'angoisse de séparation, Jean-Michel Quinodoz écrit : « lorsqu'un individu ressent que « se séparer » d'une personne signifie inconsciemment une menace pour l'intégrité de son propre moi, c'est que persiste entre le moi et l'objet un lien d'attachement bien particulier, caractérisé entre autres à mon avis par la persistance de parties du moi insuffisamment différenciées de parties de l'objet (...) l'absence de l'autre déclenche la perception douloureuse de la présence de l'autre comme non-moi », autrement dit : « l'angoisse apparaît parce que la séparation est vécue non seulement comme une perte de l'objet, mais aussi comme une perte d'une partie du moi lui-même qui, pour ainsi dire, s'en va avec l'objet, afin de continuer à faire un avec lui »¹⁴. On peut alors penser que l'on se trouve face à un moi particulièrement fragile.

Pour conforter si besoin était le lien que nous pouvons établir entre une angoisse de séparation massive et une défaillance de l'intériorisation de l'objet premier, nous pouvons également nous référer à A. Freud, qui pensait qu'une « angoisse de séparation anormalement intense » peut être attribuée à une fixation durable au stade symbiotique.¹⁵

Si l'on en croit Winnicott, les origines d'une angoisse de séparation excessive sont très précoces, et seraient associés à des troubles situés au niveau du « développement émotionnel primitif »¹⁶, ce qui signifierait un échec dans la relation mère-enfant au cours des six premiers mois de la vie. Ainsi se trouverait confortée l'hypothèse d'une carence maternelle dans la toute petite enfance d'Ariane.

Dès le premier entretien, nous avons observé chez Ariane des lacunes de l'organisation du préconscient (**161**) : les représentations sont pauvres, les difficultés d'association sont telles qu'on a l'impression que le fonctionnement mental d'Ariane ne mobilise que des représentations de choses. Ariane ne fait jamais spontanément d'aller-retour entre le présent et le passé, et lorsqu'il m'arrive de proposer une relation entre son désir de s'occuper des enfants et ce qu'elle a vécu plus jeune, elle se contente de répondre : « *ça se pourrait bien..* ».

On peut penser que les événements de vie qui ont constitué des ruptures dans l'enfance et l'adolescence d'Ariane ont contribué à faire fluctuer son activité mentale.

¹⁴ QUINODOZ, JM. (1991). La solitude apprivoisée. Paris, PUF, p. 40.

¹⁵ QUINODOZ, JM. (1991). La solitude apprivoisée. Paris, PUF, p. 113.

¹⁶ Ibid., p. 108.

Il y a donc un mauvais fonctionnement de la première topique.

Nous sommes face à un moi faible et carencé : a fortiori la deuxième topique n'a pas été mise en place.

Axe 1B : états psychiques et événements de vie personnels

On peut imaginer que la séparation d'Ariane de sa famille d'origine a été vécue comme un traumatisme **(210)** – et ce d'autant plus que l'objet premier n'était pas installé - car le groupe des frères et sœurs n'a pu alors jouer un rôle d'amortisseur émotionnel.

Elle n'a jamais pu élaborer ce deuil pré-pubertaire **(202)** qui a exercé sa pesée traumatique de façon durable, a provoqué une rupture de l'homéostasie, en arrivant à un point où l'appareil psychique se trouve débordé par les excitations.

J.B. Stora nous rappelle que le traumatisme et le stress permanent mettent dans l'impossibilité d'élaborer psychiquement les excitations.

De son côté, Jean-Michel Quinodoz nous éclaire sur le vécu caractéristique de l'angoisse de séparation dans le cas d'un deuil qui a conduit à une situation traumatique : « ..nous pouvons établir un lien entre le deuil et l'angoisse de séparation. Dans le deuil normal, la personne qui souffre est consciente du lien qui existe entre sa tristesse, par exemple, et la séparation ou la perte de la personne chère, tandis que dans le deuil pathologique ce lien tend à échapper à la conscience , la personne qui souffre de la séparation ou de la perte ne sachant pas, sinon qui elle a perdu, du moins ce qu'elle a perdu . le sujet ne pourra entreprendre le travail de deuil susceptible de l'amener à une résolution des symptômes que lorsqu'il aura pu prendre conscience des liens inconscients qui l'attachent à l'objet »¹⁷.

Ariane manifeste aussi bien des signes d'angoisse diffuse **(200)** réactivée par l'environnement médical, que des signes d'angoisse objectale **(201)** (cf. supra).

On observe chez elle des irrégularités du fonctionnement mental **(217)**.

Ariane présente un mode de vie opératoire **(218)** : ses représentations sont pauvres, « marquées du sceau de l'actuel et du factuel »¹⁸. Elle expose ses troubles comme des faits isolés, les problèmes concrets du présent occupent l'ensemble du champ de la conscience, et excluent l'apparition de représentations affectives en relation avec des souvenirs ou des fantasmes ; il n'y

¹⁷ QUINODOZ, JM. (1991). La solitude apprivoisée. Paris, PUF, p. 19.

¹⁸ MARTY, P. (1990). La Psychosomatique de l'adulte. Paris, PUF, p. 27.

a ni association subjective, ni digression dans le discours d'Ariane. La restriction du champ de conscience au factuel est renforcée par une vie repliée sur le noyau familial.

Le fonctionnement opératoire est la conséquence de la désorganisation des 2 topiques.

Ariane subit les effets d'une désintrication pulsionnelle **(219)** : l'intrication pulsionnelle n'a vraisemblablement jamais pu se développer vraiment en raison de sa relation précaire à l'objet; Ariane a probablement connu une phase de désintrication pulsionnelle lorsqu'elle a été séparée de sa famille ; l'éloignement de l'objet externe causé par l'impossibilité pour elle de s'occuper de ses petits-enfants après son infarctus a dû également produire un effet de désintrication.

On peut imaginer qu'Ariane a connu une phase de dépression essentielle, bien qu'il soit difficile de la dater ; les angoisses diffuses, la réduction de la vie mentale à des représentations de choses vont dans ce sens. Dépression essentielle qui a ensuite ouvert la voie à une désorganisation progressive **(220)** , se soldant par une atteinte de plusieurs sphères somatiques.

Axe 1C : points de fixation régression et mécanismes de défense

Le tabagisme d'Ariane qui était resté actif après trois infarctus – ainsi que la dépendance aux médicaments pour dormir - laisse penser qu'il y a une fixation passive orale **(356)**.

Pour autant, on note le contrôle qu'Ariane exerce sur son entourage et qui renvoie à un fonctionnement anal : sur son mari (qui se plaint d'être brimé quand Ariane surveille son temps de communication au téléphone), sur ses enfants, à qui elle semble donner des directives pour différer les naissances de nouveaux petits-enfants au gré de sa capacité à s'en occuper, et sur ses petits-enfants eux-mêmes, puisque qu'elle valorise davantage ceux sur lesquels elle a laissé « sa marque » ; on peut voir là une fixation anale du premier temps **(358)**.

On observe comme points de fixation : la fonction cardiaque **(302)**, la fonction alimentaire **(303)** cf pancréas, et la fonction excréation **(304)**

Que peut-on dire au sujet des mécanismes de défense d'Ariane ?

Le déni peut se définir comme « un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante »¹⁹.

¹⁹ LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris, PUF, p. 115.

Ariane a recours au mécanisme de déni de la réalité psychique **(380)**, qui apparaît de façon massive sous la forme du déni de la maladie : Durant l'attente de la greffe, elle a évité d'être confrontée aux informations dont les patients dans une situation similaire sont habituellement demandeurs ; lorsqu'on lui annonce qu'elle va être transplantée, elle pense être de retour chez elle au bout de deux semaines, et lorsqu'elle va faire une biopsie, elle ne se soucie pas des résultats d'analyse.

Il semble que ce mécanisme de défense ne soit pas étranger au défaut de mentalisation : « le déni a une influence paralysante sur le fonctionnement mental »²⁰.

Dans « quand le corps prend la relève », J.B. Stora montre également comment le déni prend la forme d'une difficulté à investir « l'objet maladie », et là aussi, nous sommes confrontés à la difficulté de relation objectale d'Ariane, et en réalité à la défaillance de l'introjection de l'objet maternel.

A côté du déni, il n'est pas étonnant de rencontrer le clivage du moi **(381)**, qui permet d'éviter la mise en relation des pensées entre elles et de lutter contre une angoisse trop forte.

A. Thomé-Renault relève par exemple que le processus de déni s'accompagne d'un mécanisme de clivage du moi chez les patients séropositifs qui dénie les conséquences de leur séroconversion : « ce qui est dénié, la menace de mort trop excitante et donc trop insupportable, serait éjectée dans un secteur du moi clivé du reste du moi ».²¹

Elle associe déni et clivage à des solutions défensives rigides, « signant une désintrinsication pulsionnelle plus marquée que d'autres mécanismes défensifs plus souples, tels que le refoulement, la dénégation ».²²

Nous pouvons donc penser que chez Ariane, le déni et le clivage constituent des moyens d'éviter l'effondrement du moi : elle consacre une partie de son énergie à maintenir cet isolement d'un secteur du moi clivé, et ce processus contribue sans aucun doute à appauvrir le fonctionnement psychique.

Par ailleurs, A. Thomé-Renault s'inquiète de ce que le déni fige la situation traumatique chez les patients chez qui ce mécanisme domine, elle cite à cet égard Racamier qui écrit « les blessures,

²⁰ STORA, J.B. (2002). Ruptures, transformations et deuils. Journées de l'Institut Psychanalyse et Management.

²¹ THOME-RENAULT, A. (1995). Le traumatisme de la mort annoncée. Paris : Dunod, p. 46.

²² Ibid., p. 46.

on le sait, se referment, mais c'est à une condition première qu'elles aient été ouvertes »²³. Cet auteur qualifie le déni radical de « tueur du réel » qui, pour se maintenir, utilise une force qui s'exerce au détriment d'investissements positifs ; nous citons une phrase de lui qui nous a frappé : « c'est au plus haut degré du déni que la psyché se trouve au plus bas et au plus mal »²⁴.

Dans l'éventail de mécanismes de défenses d'Ariane, on trouve également le clivage de l'objet (382), qui accompagne le clivage du moi et qui permet de projeter la « partie mauvaise » hors de soi. Ce mécanisme particulièrement archaïque décrit par M. Klein est à mettre en lien avec une position schizo-paranoïde (354).

Axe 2A : traits de caractère

Le trait de caractère oral (405) est manifeste chez Ariane : son rapport captatif à l'égard de ses enfants et de ses petits-enfants en est l'illustration : on ne la sent pas disposée à gratifier de la même sollicitude les petits-enfants dont elle n'a pu s'occuper, à la suite de son infarctus.

On observe également un trait de caractère phobique (400) : dans sa mise à distance massive de certains représentants de l'équipe médicale, et globalement des piqûres, ou parfois même de la simple manipulation d'un pansement par un médecin, comme j'ai pu en être témoin.

Axe 2B : activités oniriques et sublimatoires

Ariane n'investit pas d'activité artistique, sociale, sportive ou spirituelle. Le tricot ou le canevas, qui sont les seules activités qu'elle ait citées, sont à classer dans des activités auto-calmanes, et sont plus en lien avec le comportement qu'avec une fonction sublimatoire.

Pris de court par le départ d'Ariane, nous ne l'avons pas interrogée sur sa capacité à rêver.

Axe 2C : comportements et manifestations corporelles dans la relations

Ariane montre un comportement de déni de la réalité (454), refusant de reconnaître le caractère traumatique de son infarctus, et l'enjeu de la période post-opératoire suite à sa transplantation.

Les perturbations de son environnement familial ont été l'occasion de changements notables dans son économie relationnelle prépubertaire (469).

²³ RACAMIER, P. (1992). Le Génie des origines. Paris, Payot, p. 65.

²⁴ Ibid., p. 65.

Ariane a recours aux comportements comme mode de décharge des excitations : son entourage immédiat trouve qu'elle ne tient pas en place, et dit d'elle que c'est « *un asticot* ». ses activités de tricot, comme évoquées supra, ne sont pas des actions sublimatoires, mais bien des procédés auto-calmands dans le registre du comportement.

Dans sa posture relationnelle, on observe comment Ariane cherche à exercer un contrôle, que ce soit avec son mari, ses enfants ou petits-enfants, et même avec le personnel soignant, ayant alors recours à son côté enfant, comme si sa fragilité et sa détresse devenaient les meilleurs arguments pour parvenir à ses fins.

Axe 3 : expression des affects

La répression des affects peut être définie comme un « effort volontaire effectué par le moi conscient pour maintenir un affect dans le préconscient »²⁵ ; ce mécanisme a été observé durant l'entretien ; il n'a rien d'étonnant compte-tenu du milieu familial peu sécurisant sur le plan affectif qu'Ariane a connu jusqu'à l'âge de 11 ans, puis de l'institution religieuse dans laquelle elle a continué de grandir.

Axe 4 : environnement familial, socioprofessionnel, et données personnelles récentes

L'environnement familial d'Ariane a été grandement perturbé au cours de sa petite enfance et du début de son adolescence (**601**), et a été émaillé de ruptures importantes (**604**).

Ariane a orienté sa vie autour de la construction d'une famille stable, ce qui lui a apporté une certaine gratification et a contribué à retrouver une certaine homéostasie ; il s'agit toutefois d'une structure familiale très peu ouverte sur l'extérieur, et dont les membres sont reliés par des contrats de loyauté pathogènes (cf. relation captative d'Ariane avec ses enfants, qui a un retentissement sur la vie de couple de ces derniers).

On observe également que cet équilibre instable de son environnement se fait au prix d'une « routinisation » (cf. évitement des relations avec des personnes extérieures à la famille, et revendication d'une vie de « *mère tranquille* »), comme celle que l'on observe souvent chez des sujets âgés qui n'investissent plus qu'un « espace proximal » où ils s'efforcent d'avoir le plus de maîtrise possible ; des auteurs comme Reich et Zandra pensent qu'il s'agit d'une fonction défensive mais aussi adaptative de sujets qui ne supportent plus aucun stimulus non familial, et

²⁵ THOME-RENAULT, A. (1995). Le traumatisme de la mort annoncée. Paris : Dunod, p. 66.

qui travaillent à la construction d'une frontière solide entre un moi fragilisé et le monde extérieur²⁶. Ce rétrécissement de l'espace de vie ne peut que rendre l'individu plus vulnérable.

Axe 5 : évaluation de l'état psychosomatique

Tableau synoptique des événements de vie et des troubles somatiques :

Commentaires	Evénements de vie	Age	Troubles somatiques
Carence maternelle précoce probable, absence de pare-excitation, l'objet n'est pas installé	Environnement familial chaotique	Petite enfance	
Traumatisme induit par la séparation : fluctuation de l'activité mentale, et probable mouvement de désintrication pulsionnelle	Séparée de ses parents et de sa fratrie	11 ans	
	Adolescence passée « chez les curés »		
Pour Ariane qui est restée une « petite fille », avec un échec de l'organisation oedipienne, la rencontre avec la génitalité provoque un surplus d'excitations	Mariage, avec un homme choisi comme étant son « double »	19 ans	Perte de dents, ulcères
	Naissance 1ere fille	20 ans	
	Naissance 1 ^{er} fils	21 ans	Maladie de Crohn (datation approximative)
	Naissance 2eme fils	29 ans	
	Naissance 2eme fille	32 ans	
Recherche d'objets externes non menaçants . Trouve une relative stabilité dans les soins –et le contrôle – qu'elle dispense à ses petits-enfants	Entreprenant de devenir nourrice agréée, et s'occupe parallèlement des deux premiers de ses petits-enfants		
Déni de la gravité de l'accident, mais souffre de son « interdiction » de porter des petits-enfants		48 ans	Infarctus Revascularisation par stent = cardiopathie ischémique
		54 ans	Transplantation cardiaque

²⁶ REICH, J. W., ZANTRA, A. S. (1991). Analyzing the trait of routinization on older adults. Internal journal of Aging and Human Development.

L'historique des antécédents somatiques d'Ariane manque de précision :

- Alors qu'Ariane a évoqué 3 infarctus, le dossier médical ne les mentionne pas, et le service d'hospitalisation de jour des transplantés à la Pitié-Salpêtrière n'a pas confirmé cette donnée. On ne peut donc parler avec certitude que d'un infarctus.
- La cholécystectomie n'est pas datée.

On relève une atteinte, des sphères intestinales (maladie de Crohn) et digestives (cholécystectomie), puis cardiaque.

Nous avons ici un schéma de somatisations par désorganisation progressive, avec des atteintes somatiques qui mettent en jeu le pronostic vital de cette patiente.

Compte tenu des commentaires ci-dessus, nous pensons pouvoir attribuer les cotations suivantes aux axes de la grille de diagnostic :

- Risque lié au fonctionnement psychique : note de 3 sur 4
- Risque lié à la prévalence des comportements : note de 3 sur 4
- Risque lié à l'expression des affects : note de 2 sur 3
- Risque lié à l'environnement : note de 5 sur 7
- Risque somatique : note de 4 sur 4

Nous obtenons une évaluation du risque global à 17, ce qui traduit un risque élevé à très élevé, et une instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée.

La fragilité somatique d'Ariane est à mettre en lien avec la précarité du fonctionnement mental, et avec son mode de relation d'objet car lorsque les objets externes font défaut, le quantum d'excitations augmente.

Son mécanisme de déni, ainsi que l'absence d'intériorisation de l'objet n'augurent pas de bonnes dispositions pour « accueillir » psychiquement un greffon.

Nous pouvons donc conclure à une névrose mal mentalisée (névrose actuelle et plus précisément névrose d'angoisse **140**), avec des troubles du narcissisme (**172**).

CONCLUSION

Le passage rapide d'Ariane dans le service de réadaptation, le constat que son hospitalisation dans un environnement attentif n'a pas contribué, loin s'en faut, à restaurer une forme d'homéostasie, mais au contraire à alimenter une angoisse majeure, posent bien sûr des questions sur la contribution que peut avoir un psychosomaticien dans ce contexte.

Ariane est représentative des patients psychosomatiques avec qui il n'existe pas de possibilité de relation transférentielle ; il s'agit alors pour le psychosomaticien, dans le meilleur des cas, d'instaurer une relation sur le modèle de l'attachement des premiers temps de la vie, en s'attachant à remplir une fonction maternelle.

Lorsque ces patients sont débordés par un surplus d'excitations, et donnent tous les signes d'une faible mentalisation, ne pourrait-on alors envisager une médiation autre que la parole ? c'est ce que P. Marty proposait : « lorsque les angoisses diffuses non élaborables reproduisent un état archaïque de débordement, parallèlement à la parole, il est souvent nécessaire de mettre en œuvre d'autres médiateurs relationnels »²⁷.

On pourrait alors penser à la relaxation comme autre médiation : la relaxation peut en effet permettre de récupérer progressivement un sentiment de sécurité narcissique de base (le relaxateur jouant le rôle de contenant), et contribuer à réduire l'excès quantitatif d'excitations qui empêche de penser, au-delà de l'activité sensori-motrice de la relaxation qui contribue à l'écoulement des excitations. On peut donc imaginer qu'une prise en charge par la relaxation permettrait de passer d'un fonctionnement psychique qui privilégie la décharge à un fonctionnement mieux mentalisé.

A.Thomé-Renault souligne que cette approche est particulièrement indiquée dans le cas des patients traumatisés, comme elle a pu en faire l'expérience avec des patients séropositifs sous le choc de l'annonce de leur séropositivité, car la ranimation du fonctionnement mental s'effectue plus facilement si on s'adresse à la perception du patient traumatisé, qui domine chez lui sur la représentation. A. Thomé-Renault fait également l'hypothèse que la relaxation peut réussir à agir au niveau du Soi : « la relaxation, en touchant l'auto-érotisme, peut fortifier une structure archaïque comme le Soi, qui s'enracine dans le vécu corporel, et ainsi rétablir un sentiment de continuité rompu par les traumatismes »²⁸.

²⁷ MARTY, P. (1980). L'Ordre psychosomatique. Paris, Payot, p. 87.

²⁸ THOME-RENAULT, A. (1995). Le traumatisme de la mort annoncée. Paris : Dunod, p. 118.

Dans le cas d'Ariane toutefois, les mécanismes de défense sont tels qu'ils font obstacle à un travail psychique, car le déni et le clivage maintiennent inaccessible la zone de représentations douloureuses et de souffrances psychiques.

Les entretiens avec Ariane ont également permis d'observer qu'elle présente une modalité externe du « Lieu de contrôle », lorsqu'elle évoque par exemple le souvenir que lui laisse la survenue de son infarctus, comme s'il s'agissait d'un accident fortuit, sans lien aucun avec ses antécédents : « *ça m'a pris un matin, je suis tombée, c'est tout..* ». Cette attitude constitue un frein pour investir sa maladie, ne l'incite pas à se prendre en charge, et renforce le recours au déni et au clivage.

BIBLIOGRAPHIE

- BION, W. R. (1963). *Eléments de la psychanalyse*. Paris, PUF.
- DE M'UZAN, M. (2006). *Aux confins de l'identité*. Paris, Gallimard.
- DONATI, C. (2002). *Le stress intelligent*. Paris, Demos.
- FREUD, S. (1952). L'inconscient, in : *Métapsychologie*. Paris, Gallimard.
- FREUD, S. (1967). *L'interprétation des rêves*. Paris, PUF.
- KLEIN, M. (1969). *La psychanalyse des enfants*. Paris, PUF.
- KUBLER-ROSS, E. (1990). *Vivre avec la mort et les mourants*. Paris, Editions du Rocher.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF.
- MARTY, P., DE M'UZAN, M., DAVID, C. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris, PUF.
- MARTY, P. (1980). *L'Ordre psychosomatique*. Paris, Payot.
- MARTY, P. (1990). *La Psychosomatique de l'adulte*. Paris, PUF.
- QUINODOZ, JM. (1991). *La solitude apprivoisée*. Paris, PUF.
- RACAMIER, P. (1992). *Le Génie des origines*. Paris, Payot.
- REICH, J. W., ZANTRA, A. S. (1991). Analyzing the trait of routinization on older adults. *Internal journal of Aging and Human Development*.
- SANDLER, J. et A. M. (1992). Réflexions sur la régression et l'anti-régression. *Revue française de psychanalyse*, 4, p. 1089-1099.
- STORA, J.B. (1999). *Quand le corps prend la relève, stress, traumatismes et maladies somatiques*. Paris, Odile Jacob.
- STORA, J.B. (2002). Ruptures, transformations et deuils. *Journées de l'Institut Psychanalyse et Management*.
- STORA, J.B. (2005). *Vivre avec une greffe, accueillir l'autre*. Paris, Odile Jacob.
- THOME-RENAULT, A. (1995). *Le traumatisme de la mort annoncée*. Paris : Dunod.