

Un cas de prostatodynie suivi de néoplasie : analyse psychosomatique

Benoît Depreux

► **To cite this version:**

Benoît Depreux. Un cas de prostatodynie suivi de néoplasie : analyse psychosomatique. Psychologie et comportements. 2010. dumas-00903443

HAL Id: dumas-00903443

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00903443>

Submitted on 12 Nov 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.

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE, PARIS VI
SERVICE FORMATION CONTINUE

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
DE
PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE**
« Médecine, Psychanalyse et Neurosciences »

**Pr. Jean-François ALLILAIRE
Pr. Marc Olivier BITKER
Pr. Jean Benjamin STORA**

**UN CAS DE PROSTATODYNIE SUIVI DE NEOPLASIE
ANALYSE PSYCHOSOMATIQUE**

**Mémoire de psychosomatique
présenté par Benoît Depreux**

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

Version 0.6 sans ses annexes

UN CAS DE PROSTATODYNIE SUIVI DE
NEOPLASIE - ANALYSE
PSYCHOSOMATIQUE

Benoît Depreux

UN CAS DE PROSTATODYNIE SUIVI DE
NEOPLASIE - ANALYSE
PSYCHOSOMATIQUE

À Marie, Lucas et Rémi

Remerciements

Je tiens à remercier Jean-Benjamin Stora qui m'a initié à la psychosomatique. Je rends hommage à son travail considérable, à son sens inné de la pédagogie. Je tiens à remercier aussi Marc-Olivier Bitker qui m'a permis d'effectuer le stage à ses côtés, de pouvoir assister à plus de deux cents consultations et de mener des entretiens psychosomatiques en accord avec lui et ses patients.

Un merci à toute l'équipe du service d'urologie qui m'a accueilli chaleureusement.

Je remercie aussi mes patients qui ont accepté de se souvenir de leur vie en ma présence.

Résumé

Ce mémoire présente principalement le cas de Dominique venu consulter dans le service d'Urologie du Groupe hospitalier de la Pitié Salpêtrière, pour des symptômes de prostatodynie, mais donne aussi un aperçu sur le déroulement de 16 entretiens psychosomatiques.

J'ai assisté à environ 280 consultations d'urologie concernant 225 patients dont à peu près la moitié avait moins de 65 ans. En fonction des symptômes, de l'âge du patient, et en accord avec le Professeur Marc-Olivier Bitker, nous avons proposé aux patients des entretiens psychosomatiques. Tous l'ont accepté. J'ai pris une trentaine de rendez-vous auprès de seize patients, dont 3 femmes. Pour certains patients, jusqu'à 5 entretiens ont été nécessaires. Un entretien a suffi pour deux d'entre eux. 4 patients ne sont pas venus au rendez-vous programmé. Sur ces 4 patients, deux ont exprimé ne pas vouloir changer leur équilibre et ont annulé leur deuxième rendez-vous. Un autre n'a pas prévenu. Un seul patient a pris rendez-vous sans jamais venir.

Au travers de ces entretiens psychosomatiques avec les patients, j'ai, à chaque fois, pu vérifier une mise en cause de la virilité, très souvent un masochisme mortifère et six fois, un fort stress exprimé par une forte tension dans les muscles du col vésical. Trois fois, les patients ont exprimé une culpabilisation intense vis-à-vis de la femme légitime, suite à une sexualité multi-partenaires. Deux fois, la mort ou le déclin imaginé fortement par le patient - à un âge fantasmé fatidique - le sidère et le plonge dans la perspective d'une baisse de tonus, le bloque dans ses projets et le contraint à une vie opératoire. Par deux fois, des conflits parentaux, vécus intensément pendant l'enfance, mettent à mal le développement de l'identité et du narcissisme.

Quasiment tous les patients de moins de 50 ans vus, soit 5, présentent les symptômes de prostatodynie, sans complication dramatique sur leur vie. En revanche, sur les neuf patients restants de plus de 50 ans, deux des patients, en plus de ces symptômes, ont développé des tumeurs malignes, pour l'un de la prostate, pour l'autre de la vessie, nécessitant une intervention chirurgicale.

Dans ces deux derniers cas cités, j'ai choisi pour faire ce mémoire, le cas de Dominique. Il fait partie des deux cas de patient qui dans l'enfance ont souffert intérieurement et intensément des conflits entre leurs deux parents. Dominique a 62 ans, son cadet, dont l'histoire d'enfance présente des similitudes, a 38 ans. Ils se ressemblent par la tension intérieure et le stress qu'ils dégagent. Tous les deux, ils ont un narcissisme à vif, mais ils se désintéressent de leur psyché. Pour survivre, ils sont dans le mouvement perpétuel et ils ont les nerfs à fleur de peau. L'un a un début de carcinome in situ, l'autre pas. Y a-t-il un risque pour le plus jeune ?

Dominique naît environ 2 ans après la fin de la guerre 1945. C'est un enfant du baby boom, mais fils unique. Son père est issu d'une famille montagnarde pauvre avec laquelle, celui-ci n'a plus de lien. Invalide de guerre, il est « petit cadre ». Sa mère est de famille petite bourgeoise et exerce le métier de secrétaire, Dominique se souvient d'avoir connu jeune, quelques-uns de ses grands parents maternels, mais après une brouille familiale, l'histoire généalogique est absente. C'est l'époque de la crise du logement d'après la seconde guerre mondiale, Le couple a de petits revenus et vit dans un « 16 mètres carrés » en région parisienne. Vivre à trois dans ces conditions devient très vite invivable. Le couple a des disputes régulières qui terrorisent Dominique. Cette situation de promiscuité va durer jusqu'à l'âge de la préadolescence. Au début, Dominique travaille bien à l'école. Ses parents qui veulent une ascension sociale, ont de l'ambition pour leur fils et, ils inscrivent Dominique dans une école privée renommée. Mais, Dominique y perd ses repères. Il se sent pauvre à côté des autres enfants de cette école. Dominique se souvient d'être timide, de se ronger les ongles et de ne pas réussir comme ses parents voudraient qu'il réussisse. Conscient des sacrifices financiers de ses parents afin de lui offrir cette école, Dominique qui se vit médiocre, essaie d'arranger le coup en promettant régulièrement de mieux faire. Vers l'âge de 12 ans, un logement plus grand est enfin obtenu par les parents, mais c'est un HLM. La mère de Dominique vit cela comme une récession sociale. Le couple se déchire toujours avec le spectre d'une séparation. Fils unique, sans lien généalogique, Dominique se sent seul et angoisse. Sa mère est en conflit permanent non seulement avec sa famille, mais aussi son environnement. À l'âge de 17 ans, les parents de Dominique lui paient un studio. Dominique vit cela comme une libération. Cependant, Dominique est timide et se trouve laid alors que rien ne le justifie. Indépendant, il a du mal à nouer des contacts. Il entreprend des études à la Faculté. Il s'engage dans une ONG comme journaliste en faveur du développement Nord/Sud. Entre 20 et 24 ans, il subit les désagréments d'une gonorrhée qui probablement sensibilise sa vessie et provoque l'association de cette irritation au symbole de ce trauma. Il voyage beaucoup en Afrique, ce qui lui plaît, mais il regrette de gagner peu. Vers la trentaine, Dominique déménage ses parents de la banlieue et leur trouve un logement dans un arrondissement cosmopolite de la Capitale. Mais cela ne satisfait aucunement sa mère qui de nouveau est en conflit avec son voisinage. Dominique subit de l'intérieur la violence raciste de sa mère qui le dispute et le toise « d'intellectuel ». Dominique appréhende les visites chez sa mère. Dominique va vivre dans le nomadisme pendant une vingtaine d'années. En voyage, à 36 ans, Dominique apprend le suicide tragique de son père, suite à une ultime dispute de sa mère. Il vit avec une compagne, avec qui, il aura un fils à l'âge de 45 ans. Mais le drame va le toucher au plus profond, sa femme devient séropositive ainsi que l'un de ses meilleurs amis, devenu l'amant de sa femme. Cet ami meurt du SIDA deux ans plus tard. À l'épreuve du quotidien, quatre ans et demi après cette période intensément traumatique, le couple se sépare. À la même époque, Dominique

entrepris un virage professionnel. Il devient dirigeant d'un cabinet d'audit en faveur du dialogue et de la justice sociale. Avant la cinquantaine, Dominique déménage dans un studio modeste qu'il surnomme sa niche. Durant quatre années, s'ensuivra plusieurs déménagements, à chaque fois, vécus sur le mode traumatique. Dominique n'aime pas du tout, ces périodes d'instabilité de son environnement. Un peu après Dominique rencontre sa nouvelle amie. Ils décident de garder, chacun, leur lieu de vie. Seulement une partie de la semaine est passée, ensemble, dans l'habitation de sa compagne. Après un ultime déménagement douloureux, premier achat immobilier, et la venue des premières douleurs urétrales, Dominique qui vient d'avoir 55 ans, apprend la mort de sa mère dans des circonstances tragiques. Les jeunes du quartier, ont mis le feu à son appartement. À partir de cette année, Dominique aura, de plus en plus, de douleurs dans ses entrailles. De 57 ans à 62 ans, il subira régulièrement jusqu'à deux fois par an une résection endoscopique avec ablation de polypes dans la vessie. Dominique dit qu'il aime l'action, il ne supporte pas perdre son temps, il veut profiter de chaque instant et sans exiger de l'autre la ponctualité, il est toujours à l'heure. Aussi ses douleurs et sa pollakiurie diurne l'affectent d'autant plus, car pendant les crises, il a du mal à se lever et à bouger. Chez lui, dans son petit espace, il décrit se retrouver et cela lui permet d'aller mieux. Dominique est avare avec lui-même mais généreux envers autrui.

Les entretiens avec Dominique ont permis d'évaluer le fonctionnement psychique de Dominique. Dominique présente un stade de développement principal d'indifférenciation, les deux premiers objets, le soi-grandiose et le soi-objet ne sont pas bien en place. Son axe intérieur moi-soi est flageolant, l'épaisseur du préconscient est faible. Il en découle, un couplage problématique, de narcissisme négatif et de masochisme primaire mortifère. Sur un fond de traumatisme permanent, une vie de plus en plus opératoire et une désintringation pulsionnelle, la dépression essentielle le guette. Dominique a un point de fixation à l'organisation cénesthésique et sur la fonction d'excrétion. Jusqu'à présent, Dominique se défend par le clivage entre sa vie sociale et personnelle, le déni, le retournement sur soi et l'intellectualisation. Dominique pratique la sublimation mais sa psyché ne l'intéresse pas. Sur l'axe des comportements, Dominique peut se montrer parfois violent physiquement ; il a une posture tonique ; enfin il dénie la réalité de sa pathologie. Sur l'axe de la répression des affects, Dominique est alexithimique, il préfère décrire en détail les faits, les événements, les symptômes physiques en s'effaçant. En ce qui concerne la dureté de l'environnement, Dominique a subi une instabilité très forte familiale et professionnelle. Enfin, la dégradation de l'état somatique se concentre sur les maladies des organes génito-urinaires et plus spécifiquement sur l'épithélium de la vessie avec un début de néoplasie. En conclusion, j'évalue le risque global psychosomatique d'élevé à très élevé.

Au travers de ce cas, apparaissent les liens forts entre médecine, neurosciences et psychanalyse

intégrative, mais aussi la nécessité criante d'intervenir de manière psychosomatique à temps.

La réalité subjective de la psyché du patient interagit sur la réalité objective corporelle et réciproquement. Ainsi la désorganisation d'une psyché faible peut participer aux mécanismes provoquant la désorganisation de la régénération des cellules du corps.

Sommaire

Résumé.....	11
Psychosomatique, Psychanalyse, médecine et Neurosciences.....	16
Symptôme urologique psychosomatique.....	17
Syndrome de la prostatodynie ou urétral et neurosciences.....	20
Introduction et méthodologie.....	24
Cas Dominique.....	26
Vignette clinique.....	26
Evaluation psychosomatique.....	29
Axe 1, du fonctionnement psychique.....	29
Axe 1A, de la relation à l'objet et de l'organisation du moi :.....	29
Axe 1B, des états psychiques et des événements de vie personnelle.....	30
Axe 1C, des points de fixations régressions.....	31
Axe 1D, des mécanismes de défenses du moi.....	33
Axe 1E, des traits de caractère.....	33
Axe 1F, des activités sublimatoires.....	34
Axe 2, de la prévalence des comportements et des manifestations corporelles dans la relation.....	34
Axe 3, de l'expression des affects.....	35
Axe 4, de l'environnement personnel, familial, et socio-professionnel ou le moi et le monde extérieur.....	35
Axe 5 de l'évaluation de l'état somatique.....	37
Synthèse de l'évaluation.....	39
Conclusion.....	47
Bibliographie.....	49
Annexes.....	51
Annexe 1 - Méthode d'évaluation globale du risque psychosomatique	51
Annexe 2 - Grille d'évaluation du cas étudié dans ce mémoire.....	51

Psychosomatique, Psychanalyse, médecine et Neurosciences

Jean-Benjamin Stora a accompagné le professeur Pierre Marty dans ses recherches psychosomatiques dont les racines puisent en grande partie dans la psychanalyse.

Reprenant ses travaux fondés principalement sur la métapsychologie de Sigmund Freud, Jean-Benjamin Stora a continué ses recherches à la Pitié-Salpêtrière et a intégré au premier socle élaboré par Pierre Marty, les travaux d'autres psychanalystes de la première et de la seconde génération : Sándor Ferenczi, Donald Winnicott, Mélanie Klein pour citer les principaux.

On notera l'apport majeur de la mère de la psychanalyse Mélanie Klein. La psychosomatique traite souvent de patients ayant subi des traumatismes ou des points de fixations archaïques et dans ces cas, le thérapeute doit adopter une attitude maternelle, plutôt que l'attitude paternelle si chère à Freud.

Mais qu'en est-il de l'intégration de neurosciences ? N'oublions pas que Freud lui-même est un neurologue qui au début de sa carrière caressait l'espoir d'établir le lien entre les phénomènes de l'appareil psychique et les dispositifs physiques à base de neurones, mais il a du y renoncer, car les neurosciences de son époque n'étaient pas assez avancées. Cependant après un siècle de quasi-sur-place, les neurosciences ont fait un réel bond en avant, depuis l'arrivée de l'imagerie IRM. [NACCACHE 2006]

Jean-Benjamin n'a pas manqué de reprendre l'espoir de Freud d'établir le lien entre psychanalyse et neurosciences. Profitant des unités de recherche de l'INSERM en neurosciences localisées à la Pitié-Salpêtrière mais aussi de ses liens avec les principaux acteurs étrangers comme Antonio Damasio, il a entrepris d'apporter les dernières avancées considérables des neurosciences et de permettre à la psychosomatique de continuer à progresser.

En permanence, 5 systèmes interagissent les uns avec les autres [STORA 2006] :

- le génome
- le système immunitaire
- le système entérique parasymphatique et sympathique
- le système nerveux central
- le système psychique.

Le tout constitue une unité psychosomatique. C'est pourquoi l'enseignement de la psychosomatique intégrative comprend à la fois des cours de médecine, de neurosciences et de psychanalyse intégrative.

Symptôme urologique psychosomatique

En urologie, près de la moitié des actes le sont pour des pathologies réelles ou suspectes d'être néoplasiques. Un certain nombre de patients qui consultent pour des symptômes urologiques sont difficiles à traiter par l'urologue. Autrefois, il était considéré comme des fous. La sémiologie se présente, non seulement sous la forme de douleurs pelviennes au sens large du terme : sus-pubienne, périnéales, testiculaires permanentes ou post-éjaculatoires qui évoque la prostatite chronique, mais aussi une pollakiurie diurne sans fuite, parfois une dysurie et des érections de qualité inconstante. L'examen clinique est normal : il n'y a pas eu de coup ou une infection de l'épididyme, l'analyse des urines est stérile, l'imagerie sans particularité. Parfois, ces patients refusent de décalotter leur gland ce qui montre un vrai blocage de la psyché.

Ces patients sont de grands anxieux. Il ne faut pas oublier la peur et l'angoisse de castration du petit garçon dont le réflexe est de se protéger les testicules, face au danger. Les organes génitaux sont porteurs de la symbolique de la puissance et de l'accomplissement de la genèse dans la psyché. L'angoisse empêche une érection de qualité. Le souvenir d'une défaillance érectile facilite l'émergence d'une nouvelle défaillance.

Les explorations urodynamiques montrent dans 65 à 80% des cas, une débitmétrie anormale [THEODOROU 1999] [GHOBISH 2000], une hyperesthésie vésicale ou envie impérieuse d'uriner au lieu d'une simple sensation de répression vésicale ou de première envie chez 62% des patients [THEODOROU 1999], un profil de pression urétrale élevée de l'ordre de 90 à 120 centimètres d'eau au lieu de 50 à 60 centimètres d'eau [BITKER 1988], un rapport, pression/débit, en faveur d'un obstacle cervical chez 66% des malades [THEODOROU 1999]. Un muscle particulièrement épais, tonique, dans la région du col vésical, est très contracté. Il explique, à lui seul, toute la symptomatologie. Chez la femme, le spasme du col vésical et tel que cela peut aller jusqu'à la rétention aiguë, psychogène et cause de morbidité.

Le patient qui consulte la médecine pour son mal urologique ne supporte pas qu'on lui dise « que c'est dans la tête ». Il a l'impression qu'on l'accuse de simuler. Il est important de reconnaître la douleur de ses symptômes et de proposer un traitement pour les soulager par alpha bloquant, comme les Xatral®, Josir®, Mecir®, Zoxan®, qui améliorent le quotidien de deux-tiers des patients [BITKER 1988], [BARBALIAS 1998], [WANG 2002]. Il faut leur dire que c'est un traitement à prendre sur plusieurs années. Quand la douleur ou la gêne est moindre, un entretien psychosomatique peut leur être proposé. Les tentatives de traitement par hyperthermie [WANG 2002], fluvoxamine® [TURKINGTON 2002] (proche des antidépresseurs tricyclique qui agissent

sur l'humeur et la sensibilité vésicale) ou l'antibiotique Mépartricine® [CAVALLINI 2001] n'ont pas été confirmées.

Le syndrome de la prostatodynie ou urétral est connu depuis longtemps par Orlando en 1990. Pour l'association internationale en charge de l'étude de la douleur, cette prostatodynie appartient au groupe des symptômes douloureux d'étiologie fonctionnelle qui comprend le colon irritable : les colites, des jeunes femmes un peu anxieuses, des migraines, les myoarthropathies chroniques, les fibromyalgies, etc, ou suivant la terminologie de médecine interne, aux syndromes fonctionnels somatiques, ou encore suivant la nomenclature psychiatrique aux désordres somatoformes.

Les patients sont logorrhéiques sur le sujet. La séméiologie urinaire et génitale de ces femmes et de ces hommes est très riche. Il faut quand même faire attention à écarter toutes les sources possibles d'infection qui sont parfois plus difficiles à détecter que le simple colibacille, comme les germes intracellulaires tels que les mycoplasmes ou les chlamydiae.

En écoutant l'histoire de ces hommes, il apparaît souvent une blessure narcissique touchant à leur virilité dont l'origine est soit dans le domaine affectif comme le divorce, soit dans le domaine professionnel comme le chômage. Souvent, l'origine est moins évidente, cela peut-être l'impossibilité de répondre aux désirs impérieux du conjoint du fait d'handicap comme la stérilité masculine, la calvitie, etc. Il apparaît aussi, dans tous les cas, une chaude pisse antérieure avec les symptômes d'une prostatodynie ce qui pousse à poser l'hypothèse de *meiopragnie*¹ d'organe². Chez la femme, cela peut-être la remise en cause de sa féminité et l'exploration de sa dimension masculine comme le surinvestissement de son apparence féminine, la révélation de l'homosexualité du père ou l'annonce du symptôme d'alopecie androgénique, etc.

Dés qu'il y a une plainte qui touche à la sphère génitale ou uro-génitale, il faut rechercher dans l'histoire du patient le symptôme vécu comme dévirilisant.

Malgré les efforts de la communauté urologique depuis plusieurs dizaines d'années, et malgré le relais des grands médias, la prostate reste pour la plupart des hommes de plus de 50 ans un organe lié de manière très étroite plus à la virilité et à la sexualité qu'à la fertilité.

En ce qui concerne la vessie, celle-ci est désignée par la médecine chinoise comme étant le miroir de l'âme. Elle fait partie de viscères (Fu), elle est associée dans la théorie des 5 éléments comme le rein à l'eau. Le rein est le viscère plein et la vessie, le viscère creux. Ces deux viscères sont associés

¹ Terme italien sans équivalent en français qui signifie le rappel de situation traumatique vécue dévirilisante et si un nouveau traumatisme dévirilisant survient, le symptôme se manifeste à nouveau

² « Lorsque nous nous rappelons un objet, nous ne nous rappelons pas seulement les caractéristiques sensorielles d'un objet réel, nous nous rappelons aussi les réactions passées de l'organisme à cet objet » [DAMASIO 1999] et « Que vous soyez immobile, sous l'effet d'une injection de curare, ou tranquillement assis dans l'obscurité en train de rêver, les images que vous formez dans votre esprit signalent toujours à l'organisme la manière dont il est occupé à former des images et évoquent certaines réactions émotionnelles. Vous ne pouvez tout bonnement pas échapper au fait que votre organisme se trouve affecté, surtout de façon motrice ou émotionnelle : cela fait partie intégrante du fait d'avoir un esprit. » [DAMASIO 1999]

aux sentiments de peur, d'angoisse, de phobies. Vessie et intestin grêle, les deux viscères qui traitent les liquides impurs sont reliés au méridien Tai Yang. Une vessie déséquilibrée pourrait être l'expression de sentiments de jalousie, de suspicion et de rancune tenace mais aussi favoriser les rêves de voyage [MACIOCA 2008]

Syndrome de la prostatodynie ou urétral et neurosciences

De manière simplifiée, lors d'un stress, l'être humain fait fonctionner son système alpha adrénérique. L'activation particulière de ce système a lieu sur la zone où se situe le problème. C'est pour cela que la région du col vésical est complètement contractée, car dans cette région, il y a énormément de récepteurs alpha adrénériques. Toute cette région est innervée uniquement par le système sympathique alpha. Quand ce système est activé par le sujet, cela ferme le col et cela affaiblit les érections et lorsqu'il est neutralisé avec les alpha bloquants, cela ouvre le col et favorise les érections.

Plus précisément, la vessie hyperactive, non neurogène, survient en résultat d'une hyperactivité du muscle detrusor appelée instabilité musculaire du detrusor. L'instabilité musculaire du detrusor peut survenir du fait d'anomalies non neurologiques, comme des calculs vésicaux, une maladie musculaire, une infection du tractus urinaire ou des effets indésirables de médicaments ou cela peut être encore idiopathique.

Étant donné la complexité considérable de la miction (l'acte d'uriner), le mécanisme exact qui provoque la vessie hyperactive n'est pas connu. La vessie hyperactive peut être le résultat de l'hypersensibilité des neurones sensoriels de la vessie urinaire, survenant du fait de divers facteurs incluant des états inflammatoires, des déséquilibres hormonaux et une hypertrophie de la prostate.

La destruction des fibres nerveuses sensorielles, soit par lésion d'écrasement de la région sacrée de la moelle épinière, soit par une maladie qui provoque une lésion des fibres de la racine postérieure là où elles rejoignent la moelle épinière, peut également aboutir à une vessie hyperactive. De plus, une lésion de la moelle épinière ou du tronc cérébral provoquant l'interruption des signaux transmis peut aboutir à des anomalies de la miction.

Par conséquent, les deux mécanismes, périphérique et central peuvent être impliqués dans la médiation de l'activité altérée dans la vessie hyperactive. Malgré l'incertitude pour déterminer si les mécanismes, central ou périphérique, ou les deux, sont impliqués dans la vessie hyperactive, de nombreux mécanismes proposés impliquent des neurones et des voies qui médient la sensation viscérale, non douloureuse.

L'information somatosensorielle provenant de la vessie est relayée par des fibres nociceptives AS et C qui rejoignent la moelle épinière via le ganglion de la racine postérieure (DRG) et qui se projettent dans le tronc-cérébral et le thalamus via des neurones de deuxième ou de troisième ordre [ANDERSSON 2002a], [ANDERSSON 2002b], [MORRISSON 2002]. Un certain nombre de différents sous-types de neurones sensoriels afférents peuvent être impliqués dans la

neurotransmission depuis le tractus urinaire inférieur. Ceux-ci peuvent être classés en tant que, mais ne s'y limitant pas, neurones à petit diamètre, à diamètre moyen, à grand diamètre, myélinisés, non myélinisés, sacraux, lombaires, peptidergiques, non peptidergiques, IB4 positifs, IB4 négatifs, à fibres C, à fibres A5, à seuil élevé ou à seuil bas. L'entrée nociceptive dans le ganglion de la racine postérieure (DRG) est considérée être acheminée jusqu'au cerveau le long de plusieurs voies ascendantes, incluant les tractus spino-thalamique, spino-réticulaire, spino-mésencéphalique, spino-cervical et, dans quelques cas, de la colonne verticale/lemniscal médian [BASBAUM 2000].

Actuellement, il n'existe aucune application approuvée cliniquement de pharmacothérapie orientée sur le système nerveux central pour traiter les troubles du tractus urinaire inférieur, comme la vessie hyperactive. Toutefois, de récentes études sur des animaux ont suggéré des cibles potentielles dans le système nerveux central pour moduler les fonctions du tractus urinaire. Par exemple, dans le noyau du raphé du tronc cérébral caudal, des neurones contenant de la 5-hydroxytryptamine (sérotonine, 5-HT) transmettent des projections à la corne dorsale ainsi qu'aux noyaux moteurs végétatifs et du sphincter dans la moelle épinière lombo-sacrée. Les noyaux végétatifs sympathiques et parasympathiques ainsi que les noyaux moteurs du sphincter reçoivent un apport sérotoninergique important depuis les noyaux du raphé dans le tronc cérébral caudal. L'activité dans la voie sérotoninergique amplifie généralement le stockage d'urine en facilitant la voie de réflexe sympathique vésical et en inhibant la voie d'évacuation parasympathique [SHARMA 2000] et [THOR 1995]). Parmi les divers sous-types de récepteurs 5-HT, les récepteurs 5-HT₂ et 5-HT₃ médient les effets excitateurs sur les réflexes sympathiques et somatiques afin d'augmenter la résistance d'évacuation. De plus, il a également été démontré que les récepteurs 5-HT_{2C} et 5-HT₃ sont impliqués dans l'inhibition du réflexe de miction [DOWNIE 1999]. En réalité, il a été démontré que l'inhibition des récepteurs 5-HT₃ diminue les contractions médiées par la 5-HT dans le muscle detrusor du lapin [KHAN 2000].

Au travers des dernières avancées des neurosciences se confirme la forte sensibilité de la vessie à un bon équilibre hormonal.

Au sujet des conséquences du stress permanent [STORA 1991], des maladies auto-immunes et des cancers, Jean-Benjamin Stora, dans une note³ sur une nouvelle approche des processus de somatisations de novembre 2009 récapitule les hypothèses actuelles. Toute forme de stress impliquant un changement significatif du cours de vie (décès d'un membre proche, perte de travail, traumatismes, etc.) peut activer l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et produire les corticostéroïdes qui court-circuiteront le système immunitaire de surveillance. Toutes les cellules normales possèdent des gènes qui reçoivent, par l'intermédiaire des systèmes autonome et

³ Note Le Principe des Somatisations nouvelle approche J.B.S novembre 2009

endocrinien, des molécules messagères en provenance des processus centraux de contrôle, modulés par le système psychique et situé dans le système hypothalamo- limbique. Les chercheurs pensent maintenant que le cancer débute quand ces gènes normaux sont endommagés et se transforment en oncogènes producteurs de cancer. Les oncogènes actifs modifient la structure des protéines que la cellule fabrique, de telle sorte que la croissance devient incontrôlée produisant des tissus inutiles et des tumeurs qui, à terme, envahissent tout le corps.

Les gènes normaux sont transformés en oncogènes, occupant sur le chromosome des emplacements particulièrement exposés ; ils sont convertis en oncogènes par ce qu'on appelle les « carcinogènes ». 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 : la création d'oncogènes et le dysfonctionnement des gènes suppresseurs de tumeurs.

L'hypothèse du circuit à l'origine de cancers est la suivante : première étape, le système psychique débordé par un traumatisme provoque une production et une libération d'ACTH à partir du système hypothalamo-hypophysaire qui signale, dans une deuxième étape, la libération de cortisol et d'adrénaline dans les glandes surrénales, ces molécules messagères premières pouvant à leur tour donner, dans une troisième étape, l'ordre aux récepteurs situés sur les parois cellulaires de diffuser les molécules messagères secondaires à l'intérieur de la cellule. Ce qui conduit finalement à une modulation de la transcription génétique.

Cela, a pour conséquence de modifier les oncogènes de la famille MYC impliqués dans nombre de cancers humains tels que cancer du sein, des poumons, neuroblastomes, lymphomes et pour la vessie des oncogènes situés dans le chromosome 8 près de la zone où se trouve le MYC [KILTIE 2010]⁴. L'expression désordonnée de la famille des MYC conduit à une prolifération incontrôlée des cellules, aboutissant au cancer. Les gènes suppresseurs de tumeurs représentent le second type important de gènes dont les communications défectueuses peuvent conduire au cancer. Alors que les oncogènes envoient des signaux qui stimulent par trop la croissance cellulaire, les gènes suppresseurs de tumeurs agissent en inhibant la croissance des cellules et le développement des tumeurs. Quand ces gènes suppresseurs de tumeurs sont endommagés, leurs ARNm ne sont plus transmis aux fabriques de protéines, c'est-à-dire le réticulum endoplasmique et leurs protéines régulatrices ne sont plus disponibles pour signaler aux cellules d'arrêter de se diviser.

⁴ Bladder cancer is the 5th commonest cancer and two major risk factors are smoking and occupational chemical exposure. There is also evidence of a genetic component to its aetiology. Candidate gene studies have mostly focused on genes involved in adduct metabolism and DNA repair, including a recent consortium-based meta-analysis. Recently, two genome-wide association studies in bladder cancer have been published and a third is awaited with interest. These first two studies have identified three SNPs of genome-wide significance, two located within the 8q24 'gene desert'. These SNPs are positioned near or within loci of genes potentially implicated in cancer predisposition, namely MYC, TP63 and PSCA, although the functional significance of this is as yet unclear.

On pense à l'heure actuelle que la perte du gène suppresseurs de tumeurs « p 53 » se trouvent associée à un grand nombre de cancers humains : cancer du sein, du rectum et du côlon, du foie, des os, des cellules nerveuses, du système immunitaire, des muscles et des poumons.

La progression du cancer chez l'homme est le résultat de l'accumulation de beaucoup d'erreurs de communication au niveau génético-cellulaire. Anxiété dépression, manque de force du Moi (fatigue) sont liés à une sous-activité du système immunitaire. Baisse de l'immunocompétence. Baisse de l'activité des cellules Natural Killers dites NK.

Par contre, une bonne capacité psychique à affronter les contradictions inhérentes à la vie sociale et au conflit intra-psychique, augmente l'activité du système immunitaire et la multiplication des cellules NK, et par cette voie notre résistance au stress.

Introduction et méthodologie

À présent, je vous propose d'étudier plus spécifiquement - à l'aide d'un cas de patient qui consulte dans un service d'urologie - les processus psychiques qui vont permettre à ces malades de résister aux événements de leur vie, ou, au contraire, les amener à se désorganiser progressivement, se bloquant éventuellement aux points de fixations, déterminés par le processus de maturation psychosexuelle. Je me propose, pour ce cas, d'exposer une vignette clinique, puis un essai d'évaluation psychosomatique, réalisés à l'aide d'outils mis au point par J.B. Stora, et rassemblés dans une grille de travail⁵. Cette grille (version 2010) élaborée par J.B. Stora à partir de la classification établie en 1987 par P. Marty permet, à partir des données recueillies auprès des patients et du dossier médical, d'établir un bilan psychosomatique selon les différents axes d'observation proposés :

- > Fonctionnement psychique décomposé lui-même en :
 - Relation à l'objet
 - Etats psychiques et événements de vie personnelle
 - Points de fixation régression
 - Mécanismes de défense
 - Traits de caractère
- > Activités sublimatoires et oniriques
- > Comportements et manifestations corporelles dans la relation
- > Expression des affects
- > Environnement familial et socioprofessionnel, données personnelles récentes
- > Evaluation de l'état somatique.

Au terme de cette analyse, une échelle de cotation chiffrée ayant été donnée à chaque axe observé, il est possible d'établir, pour chaque patient, un niveau de risque concernant son état.

Sur le plan de la méthodologie : J'ai assisté à environ 280 consultations d'urologie concernant 225 patients dont à peu près la moitié avait moins de 65 ans. En fonction des symptômes, de l'âge du patient, nous avons proposé aux patients des entretiens psychosomatiques. Tous l'ont accepté. J'ai pris une trentaine de rendez-vous auprès de seize patients, dont 3 femmes. Pour certains patients, jusqu'à 5 entretiens ont été nécessaires. Un entretien a suffi pour deux d'entre eux. 4 patients ne

⁵ Voir Annexes

sont pas venus au rendez-vous programmé. Sur ces 4 patients, deux ont exprimé ne pas vouloir changer leur équilibre et ont annulé leur deuxième rendez-vous, un n'a pas prévenu. Un seul patient a pris rendez-vous sans jamais venir.

La méthode que j'ai employée, a toujours été d'aller à la rencontre du patient sans avoir, au préalable, consulté son dossier médical et ses éventuels antécédents médicaux, dans le but d'une meilleure disponibilité et objectivité à la parole du malade. Les seules informations à ma disposition avant l'entretien sont les conversations échangées lors de la consultation. Ce n'est qu'après l'entretien que je consulte les données du dossier médical qui souvent ne contient qu'une partie de l'histoire du patient sauf dans les cas d'hospitalisation à la Pitié-Salpêtrière.

J'ai mené des entretiens sur une durée de trois quarts d'heure environ, mais pour certains d'entre eux qui ne montraient pas de signe de fatigue, les entretiens pouvaient durer plus longtemps, jusqu'à 2h.

Au travers de ces anamnèses de patients, j'ai à chaque fois pu vérifier une mise en cause de la virilité, très souvent un masochisme mortifère et six fois, un fort stress exprimé par une forte tension dans les muscles du col vésical. Trois fois, les patients ont exprimé une culpabilisation intense vis-à-vis de la femme légitime, suite à une sexualité multi-partenaires. Deux fois, la mort ou le déclin imaginé fortement par le patient, après un âge fixé par lui à l'avance, le sidère et le plonge dans la perspective d'une baisse de tonus, le bloque dans ses projets et le contraint à une vie opératoire. Deux fois, des conflits parentaux vécus intensément pendant l'enfance mettent à mal le développement de l'identité et du narcissisme.

Quasiment⁶ tous les patients de moins de 50 ans vus, soit 5, ont les symptômes de prostatodynie décrit plus haut dans le chapitre « Symptôme urologique psychosomatique », sans complication dramatique sur leur vie. En revanche, sur les neuf patients restants de plus de 50 ans, deux des patients, en plus des symptômes de prostatodynie, ont développé des tumeurs pour l'un de la prostate, pour l'autre de la vessie, nécessitant une intervention chirurgicale.

J'ai choisi pour faire ce mémoire le cas de Dominique. C'est un des cas cliniques de prostatodynie mais suivie de la déclaration d'un début de tumeur maligne. Il fait partie des deux cas de patient qui dans l'enfance ont souffert intérieurement et intensément des conflits entre leur deux parents. Dominique a 62 ans, son cadet, dont l'histoire d'enfance présente des similitudes, a 38 ans. Ils se ressemblent par la tension intérieure et le stress qu'ils dégagent. Tous les deux, ils ont un narcissisme à vif, mais ils se désintéressent de leur psyché. Pour survivre, ils sont dans le mouvement perpétuel et ils ont les nerfs à fleur de peau. L'un a un carcinome in situ, l'autre pas. Y-a-t'il un risque pour le plus jeune ?

⁶ Un seul jeune patient est venu pour élargir son sexe de taille normale

Cas Dominique⁷

Vignette clinique

Dominique naît 2 ans après la guerre de 1945, c'est un enfant du baby boom. Son père est un montagnard invalide de guerre de famille d'ouvrier agricole. Il est « petit cadre » dans une société parisienne. Dominique ne connaîtra jamais ses grands parents paternels. Sa mère est de famille petite bourgeoise et exerce le métier de secrétaire, Dominique se souvient d'avoir connu ses grands parents maternels, une tante et un oncle.

Le couple a de petits revenus et vit dans un « 17 mètres carrés » en région parisienne. Vivre à trois dans ces conditions devient très vite invivable. Le couple a des disputes régulières qui terrorisent Dominique. Mais, cette période est celle de la crise du logement et cette situation perdure. Sa mère avait des vues sur le « trois pièces » occupé par son frère plombier, mais ce dernier a préféré le revendre pour aller s'installer en province. À partir de cet événement, les liens familiaux ont commencé à se distendre, les réunions familiales tournaient toujours mal, sa mère finissant toujours par monter le ton et se disputer avec les membres de sa propre famille. Encore petit, en vacances chez sa tante, Dominique en vient à écrire au directeur de la société dans laquelle travaille son père, pour qu'il intercède en leur faveur, afin qu'un logement suffisamment grand leur soit attribué. Dominique a honte aujourd'hui d'avoir rédigé cette lettre et il est très heureux de penser que sa tante n'a jamais posté la lettre. Cette situation de promiscuité va durer jusqu'à l'âge de la préadolescence vers 12-13 ans.

Au début, Dominique travaille bien à l'école. À l'âge de 7 ans, il reçoit le prix d'excellence des mains de monsieur le Maire. Ses parents qui veulent une ascension sociale, ont de l'ambition pour leur fils et, ils inscrivent Dominique dans une école privée renommée de Paris. Mais, Dominique y perd ses repères. Son père a un revenu correct et touche une pension d'invalide de guerre, mais il se sent pauvre à côté des autres enfants de cette école. Dominique se souvient d'être timide, de se ronger les ongles et de ne pas réussir comme ses parents voudraient qu'il réussisse. Conscient des sacrifices financiers de ses parents afin de lui offrir cette école, Dominique qui se vit médiocre, essaie d'arranger le coup en promettant régulièrement de mieux faire.

Vers l'âge de 12 ans, un logement plus grand est enfin obtenu par les parents, mais c'est un HLM en banlieue, à Châtillon sur Bagneux, avec les ouvriers de Peugeot-Citroën. La mère de Dominique vit cela comme une récession sociale. Le couple se déchire toujours avec 1 à 2 crises majeures par an. Il y a des gifles avec le spectre d'une séparation. Fils unique, les quelques liens avec la famille

⁷ L'évaluation de Dominique suivant la grille d'évaluation psychosomatique avec le tableau des événements de vie est fournie au chapitre Erreur : source de la référence non trouvée

ayant été coupé par sa mère, Dominique se sent seul et angoisse.

Sa mère est en conflit permanent non seulement avec sa famille mais son environnement.

À l'âge de 17 ans, les parents de Dominique lui paient un studio. Dominique vit cela comme une libération. Cependant, Dominique est timide et se trouve laid alors que rien ne le justifie. Indépendant, il a du mal à nouer des contacts. Il entreprend des études à la faculté de sociologie, d'économie et d'anthropologie. Il s'engage dans une ONG comme journaliste en faveur du développement Nord Sud.

Entre 20 et 24 ans, il subit les désagréments d'une gonorrhée. Il voyage beaucoup en Afrique, ce qui lui plaît, mais il regrette de gagner peu.

Vers la trentaine, Dominique déménage ses parents de la banlieue et leur trouve un logement dans Paris à Belleville. Mais cela ne satisfait aucunement sa mère qui de nouveau est en conflit avec son voisinage. Dominique ressent dans sa chair le racisme de sa mère à l'égard des noirs et des maghrébins du quartier. Essayant de la convaincre par la discussion, Dominique subit de l'intérieur la violence de sa mère qui le dispute à chaque rencontre et a toujours le dernier mot en l'étiquetant « toi, l'intellectuel ». Dominique appréhende les visites chez sa mère.

Dominique va vivre dans le nomadisme pendant une vingtaine d'années. En voyage, à 36 ans, Dominique apprend le suicide tragique de son père, suite à une ultime dispute de sa mère. Il vit avec une compagne, avec qui, il aura un fils à l'âge de 45 ans. Mais le drame va le toucher au plus profond, sa femme devient séropositive ainsi que l'un de ses meilleurs amis, devenu l'amant de sa femme. Cet ami meurt du SIDA deux ans plus tard. À l'épreuve du quotidien, quatre ans et demi après cette période intensément traumatique, le couple se sépare.

À la même époque, Dominique entreprend de se former à la comptabilité. En route vers la cinquantaine, Dominique écrira un livre politiquement engagé sur le syndicalisme africain dans un pays où le racisme est profondément ancré. Sur sa lancée, il se reconvertit et devient dirigeant d'un cabinet d'audit en faveur du dialogue et de la justice sociale.

Ensuite, Dominique déménage dans un studio modeste qu'il surnomme sa niche. Durant quatre années, s'en suivra plusieurs déménagements, à chaque fois, vécus sur le mode traumatique. Dominique n'aime pas du tout, ces périodes d'instabilité de son environnement, lors de ces périodes d'aménagement et de travaux.

Vers la fin de cette période d'instabilité de son « chez soi », Dominique rencontre sa nouvelle amie, une artiste. Ils décident de garder, chacun, leur lieu de vie. Seulement une partie de la semaine est passée, ensemble, dans l'habitation de sa compagne.

Après un ultime déménagement douloureux, son premier achat immobilier qui fut une décision difficile à prendre, et la venue des premières douleurs urétrales, Dominique qui vient d'avoir 55 ans, apprend lors d'un voyage lointain, la mort de sa mère dans des circonstances tragiques. Les jeunes du quartier avec lesquels sa mère est en conflit, ont mis le feu à son paillason qui l'a communiqué à tout l'appartement.

À partir de cette année, Dominique aura, de plus en plus, de douleurs dans ses entrailles. De 58 ans à 62 ans, il subira régulièrement jusqu'à deux fois par an une résection endoscopique avec ablation de polypes dans la vessie.

Dominique dit qu'il aime l'action, il ne supporte pas perdre son temps, il veut profiter de chaque instant et sans exiger de l'autre la ponctualité, il est toujours à l'heure. Aussi ses douleurs et sa pollakiurie diurne l'affectent d'autant plus, car pendant les crises, il a du mal à se lever et à bouger.

Chez lui, il décrit se retrouver et cela lui permet d'aller mieux. Il y retrouve son odeur, son « bordel d'étudiant ». Il appelle son habitation, non seulement sa niche mais aussi parfois son igloo ou encore son terrier.

Il supporte plus ou moins les sorties chez les amis artistes comédiens de sa compagne. Leurs conversations tournées sur leurs petits problèmes quotidiens l'ennuient. Il aime plus les sorties au théâtre qui ne provoquent pas d'envie pressante tous les quarts d'heure.

Avec sa compagne, il se sent coupable de ne plus être à la hauteur sexuellement et de partager sa souffrance physique avec elle. D'ailleurs, il ne lui dit pas tout. Il essaye de minimiser son ressenti pour ne pas l'affecter. Dans la conjoncture de crise actuelle, elle ne décroche pas de rôle et elle n'a pas le moral. Aussi prend-il soin de l'épargner.

Depuis quelque temps, poussé par sa compagne, il arrive à s'acheter des objets de grandes valeurs pour lui. Il s'est acheté une œuvre d'art. Mais, c'est toujours en son for intérieur difficile. Il peut hésiter 15 jours avant d'oser se payer une belle paire de chaussure. Dominique se surprend lui-même de ce comportement car il se juge savoir être généreux envers autrui.

Evaluation psychosomatique

Axe 1, du fonctionnement psychique

Axe 1A, de la relation à l'objet et de l'organisation du moi :

Dominique, quand il parle de son intimité⁸, utilise la 3ème personne impersonnelle « on », au lieu de la première personne « je ». Il manque d'une conscience de son corps. Il ne s'estime pas et se trouve moyen. Lorsqu'il exprime cela, ses yeux sont vitreux. Il n'a pas confiance en lui. Il dit ne pas savoir ce que veut dire être habité. Cela ne correspond à rien pour lui. Je pose l'hypothèse que la conscience de soi⁹ n'est pas bien installée. Le stade est anobjectal et d'indifférenciation (150)¹⁰. La partie centrale de lui n'est pas détachée de sa mère qu'il n'estime pas. En retour, il ne peut, ni s'estimer, ni investir son axe moi-soi. Le côté très économe de Dominique, l'enfant très raisonnable réclamant peu pour lui-même, étonnant même ses parents par l'absence de désir d'objet, est un contre argument en faveur d'une fixation majeure à un stade plus avancé du développement. Mais Dominique témoigne qu'enfant, il ne demandait rien, car il savait que cela arriverait. Il est tout comme le fœtus¹¹ dans le ventre du studio de 17 mètres carrés dominé par sa mère. L'objet n'est pas en place et n'attire pas Dominique. Ce n'est pas non plus une problématique anale 1 car Dominique se montre généreux envers autrui.

Dominique a réussi à développer, sur le tard, sa partie professionnelle. Il apparaît comme clivé entre un être adulte à l'œil vif, viril, passionné par son travail, ses relations amicales, la transmission aux jeunes générations de son entreprise et un être infantile morbide, persuadé d'être un raté appartenant à une famille de ratés.

Il dit ne pas avoir su, mettre fin aux malheurs de sa famille. Tout se passe comme s'il restait attaché dans le sanctuaire de sa mère acariâtre et de son père invalide et suicidé. Ses traits narcissiques primaires (153a) qui lui assurent la vie, dominant ainsi que la fusion avec la morbidité parentale. Collé à ses parents, il ne peut accepter la proposition parentale d'ascenseur social. Il en vient à saborder sa réussite à l'école alsacienne.

La promiscuité du studio parental de 0 à 12 ans n'a pas aidé à la séparation mère-enfant.

Son père passif, invalide, peu viril, écrasé par sa mère ne l'a pas aidé à se détacher de sa mère

⁸ Par opposition à son activité sociale.

⁹ A propos du soi qui est le moi corporel « Si l'on veut comprendre les organismes vivants, depuis ceux qui sont faits d'une seule cellule jusqu'à ceux qui sont faits de milliards de cellules, il y a pour cela un excellent moyen : c'est de voir ce qui les délimite, ce qui sépare ce qui est dedans et ce qui est dehors (Damasio : Le sentiment de soi, corps émotion conscience) » [DAMASIO 1999] et « Les caractéristiques nécessaires à la survie, que je suis en train de décrire ici, comportent : une délimitation ; une structure interne ; un arrangement dispositionnel destiné à la régulation des états internes et qui remplit un mandat de maintien de la vie ; une frange étroite de variabilité des états internes assurant une relative stabilité de ces états. Considérons à présent ces caractéristiques....Il est curieux de penser que la constance du milieu interne soit essentielle au maintien de la vie, et que ce puisse être un schéma directeur et un point d'ancrage pour ce qui deviendra finalement un Soi dans l'esprit ». [DAMASIO 1999]

¹⁰ Ce numéro réfère à la grille d'évaluation psychosomatique mise en annexe.

¹¹ Le fœtus, nous dit Bela Grunberger, vit dans un état élationnel qui constitue une homéostasie parfaite, sans besoin, car ceux-ci sont automatiquement satisfaits. Le foetus ne connaît ni désir, ni satisfaction liée à la détente, mais un équilibre parfait constituant une source de bien-être en soi

contrôlant tout. Comment s'identifier au père et à la mère dans ces conditions ? Dominique a appris à se conformer, à souffrir en silence des incohérences de ses parents et à grandir par contre-identification à ses parents. Dominique a baigné dans un environnement sadomasochiste mortifère et angoissant (159) qui le rend fragile et dépendant d'un processus sous-jacent de désintrication pulsionnelle sur un fond de pulsions agressives et de pulsions sexuelles déjà très faiblement intriquées, voire dissociées et incontrôlées, car il n'y a pas eu, dans le cours du développement de Dominique, intrication pulsionnelle suffisante. Par le narcissisme primaire, seule la libido narcissique est intriquée avec la pulsion de mort, ce qui permet à Dominique de vivre, mais l'intrication autour de l'objet maternel n'existe pas¹².

Pendant toute son enfance, jusqu'à la préadolescence, Dominique n'a pas d'endroit à lui. Il ne possède pas l'intérieur de son corps et la promiscuité d'une cellule familiale en conflit le terrorise.

Tout au long de mes entretiens avec Dominique, j'ai dû lui prêter mon appareil à penser les pensées. Dominique n'a pas de représentations psychiques entre nos rencontres. Il est encore sidéré par son absence de généalogie, son enfance anxieuse, sa souffrance sociale, le suicide de son père, la mort criminelle de sa mère, la séropositivité de sa première compagne, la mort par le sida de son ami amant de sa première compagne. Sa vie psychique ne l'intéresse pas. Il n'élabore pas, l'épaisseur de son préconscient est faible ce qui renforce l'hypothèse de la fusion avec sa mère débordée par ses conflits avec l'extérieur (161). Il est dans l'action ou dans la plainte pour surtout ne pas penser.

Axe 1B, des états psychiques et des événements de vie personnelle

Très tôt Dominique choisit la stratégie perdante, il ment à ses parents en promettant une réussite future pour ne pas les vexer de son échec à l'école alsacienne. Dominique montre des signes d'anxiété, à 7 ans il se souvient se ronger les ongles. Fils unique attaché à sa mère et à son père invalide, il vit perpétuellement dans l'angoisse de l'éclatement de la cellule familiale, seule figure d'attachement. Je pose l'hypothèse d'une intégration à l'intérieur de Dominique des conflits de sa mère entre elle et l'extérieur. Dominique est rongé de l'intérieur par cette mère nichée à l'intérieur de lui, dont il a tenté de se séparer en la faisant déménager dans un endroit mortel et tragique, ce dont il se sent coupable aujourd'hui.

Dominique souhaite arrêter ce mauvais destin, dans son fantasme narcissique primaire, il voudrait vivre jusqu'à 80 ans en paix, mais comme il se croit moyen, il pense qu'il va avoir une vie moyenne et ne dépassera pas 65 ans (son père s'est suicidé à l'âge de 65 ans). Il pense qu'il n'échappera pas à cette violence familiale qui s'éteindra avec sa propre mort. Il a un fils unique avec lequel, il a coupé ses relations de père à l'âge de 9 ans. Dominique ne veut pas transmettre cette tragédie familiale. Il

¹² L'intrication première est déterminée par l'investissement du soi-objet, qui est le noyau primitif du Moi qui va être progressivement investi de libido narcissique. Une fois le Moi constitué, si rien n'entrave le développement, cette instance va pouvoir investir l'Objet et la libido narcissique va se transformer en libido objectale.

a une vision négative de la famille qu'il considère comme infantilisante, enfermante et sclérosante.

Grâce à l'école, Dominique a acquis une solide éducation rationnelle qui lui permet de combattre par la raison la structure psychotique de sa mère. Dominique qui se considère médiocre, s'en sort néanmoins par l'action, la vie et la pensée opératoire (218). Suffisamment intelligent, il devient économiste. Il travaille dans une ONG au développement des rapports commerciaux Nord/Sud. Par la raison, il combat et compense les tendances xénophobes de ses parents, tout en respectant leur modestie financière. Avant la cinquantaine, il entreprend de se former à nouveau. Puis, il crée un cabinet d'audit en faveur du dialogue et de la justice sociale. Aussi, devient-il beaucoup plus à l'aise. Cependant, si sa réussite le comble, son narcissisme ne s'améliore pas et le manque d'intrication pulsionnelle (219) produit ses méfaits.

Au risque de me répéter, Dominique va subir coup sur coup des traumatismes majeurs pendant une dizaine d'année. D'abord, survient la mort de son père à 36 ans, puis à 46 ans, l'adultère de sa femme avec un de ses meilleurs amis et l'annonce de la séropositivité de sa femme. À la suite, le sida emporte cet ami. Pendant 2 ans, Dominique vit l'angoisse d'être à son tour contaminé. Il n'a pas exprimé de doutes sur la paternité de son fils, il trouve qu'il lui ressemble. Enfin à 55 ans, il culpabilise la mort de sa mère. Cet ensemble de traumatismes provoque l'expression chez Dominique d'un traumatisme permanent (209).

L'habitation joue pour Dominique un rôle ambigu. C'est le lieu de protection, imprimé en lui pendant ses douze premières années de vie, qu'il décrit à mon grand étonnement comme une niche, un igloo ou un terrier, le lieu où il y a son odeur et l'étroitesse. C'est le lieu de la fusion avec ses parents et du pare-excitation avec l'extérieur. Cependant, c'est le lieu aussi des conflits angoissants entre ses parents qu'il a intériorisés en lui. Il raconte qu'il ne peut vivre avec sa compagne en permanence. A-t-il peur de reproduire les conflits parentaux ? Il a besoin de vivre seul dans son appartement pour se retrouver et aller mieux, trouvant là son point de régression infantile.

Axe 1C, des points de fixations régressions

Dominique commence à ressentir des premières douleurs urétrales, un peu avant la mort de sa mère à 55 ans. À la même époque, il vit très mal deux déménagements, un premier à 54 ans et un second à 55 ans. La même année, il interrompt les relations parentales avec sa première compagne et aussi avec son fils car il ne se considère plus comme son père. En effet, sa première compagne vit avec un nouveau compagnon qui prend selon lui de façon naturelle la place du père. Pour des raisons qui lui semblent incongrues, Dominique imagine qu'à partir de 50 ans, c'est l'âge du déclin. Il trouve étrange, rétrospectivement, qu'il ait ressenti le besoin de confier à ses amis, son manque d'entrain personnel, ses états d'âme et ressentis morbides. Dominique n'arrive pas à interpréter ce premier signal d'alarme de sa psyché. Il est vrai aussi que durant la même période, paradoxalement, il se dit,

tendu comme un arc, comme une boule de nerf, il est en hyperactivité professionnelle, entièrement préoccupé par la création de son entreprise. Les premiers symptômes de tumeur dans l'urètre et la vessie seront détectés lorsqu'il aura 58 ans soit 8 ans après l'âge de la cinquantaine, fantasmé fatidique, et 3 ans après la rupture avec le fils et sa mère, les déménagements traumatiques, les premières douleurs urétrales et la mort de sa mère.

Dominique est particulièrement stressé et anxieux. Je pose l'hypothèse d'un système alpha adrénérgique en hyper activité vers 50 ans (304 et 310) donnant des premiers signes de prostatodynie vers 55 ans. En contrepartie, le stress et l'anxiété tendent le col vésical et provoque sa pollakiurie diurne et nocturne. La gonorrhée vécue entre 18 et 24 ans a probablement fragilisé cette zone. Cet état, l'oblige à rester chez lui. Il préfère alors la position allongée et ne rien faire. Depuis peu, il rencontre des difficultés à vivre sa sexualité avec sa compagne. Son système de défense par l'action ne peut plus fonctionner. Sur le plan psychique, la libido narcissique est affaiblie, la pulsion de mort et de destructivité retournée contre lui s'exprime librement sans aucune retenue.

Cette gonorrhée ne l'a certainement pas aidé à renforcer sa virilité sur le plan intime. Dominique est d'apparence virile, mais son intérieur est faible. Dans le couple, il raconte le sourire en coin qu'il joue le rôle de cuisinier. Dominique défend son père victime, mais est resté fixé à sa mère. Viril au travail, il adopte une position passive dans l'intimité pour éviter la reproduction des conflits du modèle parental. Dominique a des traces de fixation homosexuelle.

Dans cette période de la cinquantaine, Dominique exprime son agressivité à plusieurs reprises en se surprenant lui-même. Ces débordements d'excitation sont vécus comme des expériences négatives qui le poussent à retourner à nouveau son énergie pulsionnelle contre lui-même.

Je pose l'hypothèse d'une domination du premier organisateur de la psyché dite organisation cénesthésique. En cas d'urgence, sous tension, ces forces archaïques se libèrent avec une force terrifiante, car elles ne sont pas rationnellement contrôlées par la conscience [SPITZ 1986]. Force est de constater chez Dominique, des explosions d'émotions primaires qui ne lui ressemblent pas et l'émergence d'une maladie psychosomatique maligne. En raison de l'absence d'expression passée d'émotions à travers le système génito-urinaire, j'écarte la possibilité d'une expression de la deuxième organisation diacritique des marqueurs somato-psychique.

Axe 1D, des mécanismes de défenses du moi

Dominique a un moi clivé (381). Il y a la faiblesse du moi et du soi intime et infantile décrit plus haut qui contraste avec la force extérieure du moi social. L'un ignore l'autre et réciproquement. Dominique nie l'importance de ses pensées au sujet de lui-même. Comme dit plus haut, il les trouve saugrenues. Comment a-t-il pu se répandre à son entourage sur ses pensées irrationnelles morbides ? Quand Dominique exprime la faiblesse de son soi et de son moi infantile, il ignore totalement sa vie sociale, sa réussite, ses amis et son souci de transmettre à ses collaborateurs. Ce déni de perception, ce clivage lui permet de ne pas sombrer dans une dépression essentielle qui, néanmoins, le guette.

Il y a aussi chez Dominique du déni de la réalité (380). Le rationnel est la bouée de sauvetage de Dominique qui en vient à nier l'importance de son psychisme. Dominique nie l'importance de son vécu d'enfant. Il en vient presque à nier son père et sa mère, mais ne le fait pas, car il ne peut s'en séparer. Il leur est redevable des projections de réussites sociales qu'ils ont eues sur lui et se sent encore coupable d'avoir selon lui échoué. Plutôt que d'accepter son propre accident de parcours familial, Il préfère rejeter le modèle familial en général, dénier sa paternité et adhérer à une éducation exclusivement sociale. Refusant de voir l'impact sur lui de la structure psychotique de sa mère, il ne voit pas les racines de la xénophobie de sa mère et il se raccroche pour se défendre de cette horreur aux vertus de l'enseignement qu'il a reçu sur les droits de l'homme. Au cours de l'anamnèse de l'entretien psychosomatique, Dominique me demandera : « Ma réussite sociale actuelle pourrait-elle solder ce que je dois à mes parents et pourrait-elle me libérer et me permettre de me séparer d'eux ? ». Ce déni de la réalité, en rejetant le modèle familial en général, lui permet de conserver son attachement vital, à ses parents, tout en les critiquant.

Enfin, Dominique use du retournement sur soi (389) pour gérer ses pulsions agressives. Dominique est doté d'un fort tonus et écoule naturellement son énergie vitale par cette motricité comme le fait le tout petit bébé. Enfermé dans sa cellule familiale et refusant le sas de sortie par l'école privée de renommée, Dominique « se mine » de l'intérieur et ne croit pas en lui.

Axe 1E, des traits de caractère

Je détecte chez Dominique des traits de caractère phobique d'ambiance (400). Il a une phobie du déménagement. Dominique ne se souvient pas de son premier déménagement vers 12-13 ans, quand il a quitté le studio de 17 mètres carrés pour un HLM de banlieue. Ne plus dormir avec ses parents, avoir sa propre chambre, en plein début d'adolescence aurait-ce été traumatique ? Dominique a besoin de l'homéostasie avec un tout petit lieu d'habitation, c'est comme je l'ai souligné plus haut une sensation olfactive, d'ordre et d'espace.

Sa ponctualité personnelle, pourrait être un trait obsessionnel, mais dans le cas de Dominique, j'y vois une marque de vie très opératoire.

Autre trait de caractère remarquable de Dominique, la pulsion de mort à l'œuvre quand il parle de lui. Dominique affiche La faiblesse de son premier objet : son moi. Il confie sa plainte à son entourage et se plaint de leur réaction optimiste. Comme s'il recherchait soit la participation de l'autre à sa destruction, soit à dénier une pointe de narcissisme primaire. Dominique supporte peu la douleur, il est d'une sensibilité extrême. J'y vois des traits masochiques (409), mais d'un masochisme primaire faible passif, correspondant à une intrication très lâche de la libido, de la pulsion de vie avec la pulsion de mort qui peut ainsi agir librement et réveiller l'ancienne ligne de défense somatique comme celle de la gonorrhée liée, psychiquement, à une blessure narcissique¹³.

Axe 1F, des activités sublimatoires

Nous pourrions penser les activités sociales (491) de Dominique comme des activités sublimatoires, mais chez Dominique la relation d'objet n'est pas en place. Il ne peut y avoir sublimation des pulsions. Les activités sociales, l'intellectualisation et les activités sportives (493) à efforts intenses, comme la course de vélo, la musculation, les haltères, les longues marches sont des mécanismes de défenses qui permettent à Dominique de répondre aux exigences archaïques de son soi-grandiose et de son soi-objet. Il s'agit, comme nous l'a appris Pierre Marty dans son ouvrage « Les mouvements individuels de vie et de mort » [MARTY 1976], non pas de sublimation mais d'expression directe des motions de l'inconscient par le biais sensoriel et moteur. Il s'agit de projections de mouvements sensoriels, issues de l'inconscient.

Axe 2, de la prévalence des comportements et des manifestations corporelles dans la relation

Dominique a des symptômes d'hypertonie musculaire (450). Son appareil mental peut-être débordé par les émotions. Il lui arrive d'exprimer sa colère, facilement, ses yeux sont humectés. Il a une posture tonique (451) qui révèle une forte tension interne. Il aime et a besoin d'être en mouvement, en action. Il ne peut pas supporter l'idée de perdre son temps. Il s'organise en permanence pour que cela n'arrive pas. Dans son premier métier, il est souvent parti à l'étranger comme pour fuir les discordes de sa cellule familiale. Cela lui permet d'oublier et de dénier la réalité (454) de ses mauvaises relations avec son père et sa mère et aussi de la grande dépendance infantile qu'il garde avec ténacité vis-à-vis d'eux.

Pour trouver son équilibre, Dominique se décharge dans les comportements. Ce sont des manifestations de la désintrication des pulsions de mort avec les pulsions de vie. Bloqué par sa maladie qui agit comme un second signal d'alarme, dès qu'il a une rémission, il replonge de plus

¹³ La circulation de l'énergie psychique vers le soma est décrite dans le livre "Quand le corps prend la relève..." [STORA 1997]. En quelque sorte l'irritation de la gonorrhée est associée à une perte d'estime de soi. L'ouverture de cette voie dans le sens (somatique vers psychique) permet aussi une circulation de cette voie dans l'autre sens (psychique vers somatique) d'une nouvelle perte d'estime de soi (lors de la mort de sa mère) qui active une irritation similaire à la gonorrhée. Les deux éléments sont comme associés et deviennent liés. Les linéaments de cet énoncé se sont été esquissés par Sigmund Freud. Si l'énergie prend naissance dans le soma pour devenir de l'énergie libidinale par le processus de maturation psychosexuelle, alors elle peut faire le chemin inverse.

bel dans les activités sportives à hautes tensions qui déclenchent à nouveau des crises urologiques. Dominique est pris dans un cercle vicieux qu'il ne soupçonne pas.

Pas confiant dans sa généalogie, Dominique se méfie de son psychisme. Il est rétif à l'idée d'engager une psychothérapie et s'accroche au garde fou de la pensée rationnelle.

Axe 3, de l'expression des affects

Dans l'enfance, Dominique raconte facilement qu'il était timide. Depuis, il a beaucoup changé. Dominique s'exprime facilement, mais principalement sur les faits, les événements, les symptômes physiques avec luxe de détails, et enfin, à la fois une grande satisfaction et un soupçon de culpabilité, à mettre l'autre dans sa souffrance.

Pour éviter de ressentir et de développer ses affects, Dominique a tendance à recourir à l'action pour éviter les conflits et les résoudre. Il prend en charge le déménagement de sa mère et de son père au lieu d'approfondir la représentation interne qu'il a de ses parents et d'élaborer une nouvelle représentation adaptée à sa maturité physique et sociale.

La vie imaginaire de Dominique est restreinte. Dominique dit rêver, mais n'est pas capable d'en témoigner. Dominique aime le concret, le tangible. Il déteste l'imaginaire qui pourrait l'entraîner dans l'irrationnel.

Enfin, Dominique montre très faiblement ses émotions ou très rarement. Parfois, il a les yeux humectés, mais il ne pleure pas. Quelquefois, il dit avoir eu des accès de colère et en être venu aux mains dans la rue, mais dans l'ensemble Dominique montre beaucoup de retenue.

Pour conclure, je déduis chez Dominique une alexithymie (504), concept défini par Peter Emmanuel Sifnéos [SIFNEOS 1973].

Axe 4, de l'environnement personnel, familial, et socio-professionnel ou le moi et le monde extérieur.

L'environnement de Dominique n'a pas cessé d'être perturbé avec quelques périodes de stabilité.

Cela commence dans l'enfance, avec les conflits parentaux permanents dans un lieu exigu¹⁴. Puis à l'école privée parisienne de renommée, où Dominique vit très mal la différence sociale.

Après ses 17 ans, ses parents lui donnent la possibilité de prendre un studio. Dominique apprécie ce don qui lui permet de sortir du huis-clos familial. Cependant, il a du mal à se faire des amies, car il se trouve laid et se montre timide avec le sexe opposé, mais progressivement, il profite de l'indépendance acquise et s'autonomise.

Il réussit ses études à la faculté d'économie et s'engage comme journaliste dans une ONG en faveur du développement Nord-Sud. Il écrit un ouvrage de sciences humaines, publié dans une grande

¹⁴ Studio de 17m2

maison d'édition et préfacé par un professeur universitaire de sociologie reconnu et anthropologue, spécialiste des sociétés africaines.

À 36 ans, il subit le choc du suicide de son père (604) puis à 44 ans, à une époque où l'on connaissait encore mal la maladie du SIDA, il apprend la contamination de sa femme (604). Pendant, 2 ans, il vit dans le stress de la contamination. S'en suit deux ans après l'accompagnement et la perte douloureuse d'un de ses meilleurs amis qui était l'amant de sa femme, contaminé ou contaminant (604). Il ne traverse pas ces épreuves sans que son couple soit épargné et il se sépare avant la cinquantaine (604). Dans cette période, il vit très péniblement pour des raisons expliquées plus haut, plusieurs déménagements (604).

Source supplémentaire d'instabilité, vers 47 ans, il se forme à nouveau. Il apprend la comptabilité et entreprend une transition professionnelle d'envergure. (603). Comme déjà signalé, il devient dirigeant d'un cabinet d'audit en faveur du dialogue et de la justice sociale. Après la cinquantaine, son cabinet a une croissance régulière de 10%. Avant la soixantaine, il sera coauteur d'un nouvel ouvrage économique. En 2010, il sera interviewé dans une émission radiophonique culturelle prestigieuse. Si son activité professionnelle se stabilise, il faut néanmoins prendre en compte, le stress lié à ce type d'activité. En permanence, il est nécessaire de renouveler le carnet de commande dont le *backlog*¹⁵ est en général de 3 mois. Par ailleurs, même si Dominique dit que cela l'affecte peu, les dossiers traités lui font faire face à la souffrance de salariés qui sont dans la perspective de perdre leur emploi.

Les choix professionnels de Dominique sont des signes. Je pose l'hypothèse d'un besoin de réparation sociale de Dominique. Dominique n'a pas pu sauver ses parents. Vers l'âge de 10 ans, il n'a pas pu obtenir par sa lettre au directeur de la société dans laquelle travaillait son père, un logement de surface décente à sa famille. Par la force de son éducation rationnelle, Dominique est probablement arrivé à la conclusion que ses propres parents ne sont pas responsables de leurs abrutissements, mais que c'est le système social tout entier qui en est la cause. Confronté aux problèmes de la crise du logement, des banlieues, des conséquences de la politique coloniale, il est remonté à la source du problème en contribuant au développement Nord-Sud.

À 52 ans, il vit très mal un nouveau déménagement (604), puis il perd sa mère (604) qui meurt dans un incendie criminel dû à la violence sociale des quartiers difficiles du XXème arrondissement de Paris. Intérieurement, Dominique vit comme un écorché vif ce destin tragique d'une partie de lui-même dont il n'a pu encore se séparer, c'est-à-dire sa mère. Concomitant à cette période, il décide de ne plus voir son fils, régulièrement toutes les quinzaines, comme il en avait pris l'habitude. Ce

¹⁵ Terme anglais indiquant le carnet de commandes de l'entreprise par analogie avec les bûches restantes pour faire avancer la locomotive.

fil unique, comme lui, a pourtant seulement 10 ans. Cela montre à quel point, Dominique se sent victime d'une violence qu'il pense ne pas pouvoir arrêter à lui. Aussi, comme un héros, ne veut-il pas transmettre l'abrutissement subit à son fils (604).

Vers 55 ans, un peu avant la mort de sa mère, Dominique a ressenti les premières douleurs urologiques...

Axe 5 de l'évaluation de l'état somatique

De 55 à 62 ans, la maladie des organes génito-urinaire (709) de Dominique s'est développée. Les premières douleurs avec des symptômes de prostatodynie, sont devenues vers 58 ans plus indisposantes. Dominique a alors consulté. Une cystoscopie a été pratiquée, suivie d'une résection endoscopique, puis d'un traitement au BCG interrompu à la 5ème séance, car mal supporté par Dominique. À partir de 58 ans, 2 fois par an, Dominique a subi des résections pour retirer des polypes. Suite à une opération peu après ses 61 ans, Dominique a particulièrement mal. Il a de la difficulté à marcher. À l'automne, la douleur s'arrête lors d'un voyage au Costa Rica. De nouveau un an plus tard, une résection de polypes sera pratiquée. Dominique se sentira mieux lors d'un voyage en Patagonie, mais il ne marche plus comme avant. À 62 ans, en plein hiver, une hématurie a lieu, accompagnée de fortes douleurs qui l'obligent à arrêter le travail pendant quelque temps. Au printemps, il subit encore une résection de polypes. Un carcinome in situ est diagnostiqué. Il lui est alors indiqué de suivre à nouveau des instillations de BCG. Une nouvelle fois, Dominique ne supporte pas ce traitement. La première fois, il arrive à contenir le produit pendant 30', la deuxième fois 1h, la troisième fois 1h20 et la quatrième, à peine 30'. Dominique ressent des brûlures intenses qui lui sont insupportables. Cependant, Dominique, dès qu'il va un peu mieux, ne respecte pas le protocole du traitement. Suite à la première instillation, comme 2 jours après, il se sent mieux, Dominique pratique, avec vigueur, le vélo de course et la marche. À la quatrième instillation, l'analyse d'urine montre une très forte réaction immunologique de plusieurs millions de leucocytes, qui pourrait montrer une réaction positive au traitement, mais qui est considérée comme prématurée et peut-être le signe d'un risque potentiel chez Dominique de transmission de la tuberculose. Par précaution, le traitement est arrêté. Dominique part en vacances et arrive à se détendre, cependant, il a toujours de la difficulté à marcher, mais peut pratiquer la natation sans douleur. Il se sent en pleine forme et tout cela lui semble paradoxal. Il appréhende le remplacement de sa vessie et les conséquences néfastes probables sur son quotidien. Une biopsie doit bientôt être pratiquée pour déterminer la profondeur de la tumeur.

Le cancer de la vessie n'est pas fréquent. 3% des hommes vont développer une tumeur maligne de la vessie. Un tiers de ces hommes en meurt. La désorganisation de la reproduction des cellules de l'épithélium de la paroi interne de la vessie est due : aux produits nocifs comme les hydrocarbures

polycycliques ou les amines aromatiques ou encore les dérivés du tryptophane véhiculés en trop grande proportion dans la vessie. Un tiers des cancers de la vessie est dû à la tabagie. Pourtant, Dominique a peu fumé et il a complètement arrêté à 27 ans. Il n'a pas non plus été confronté à des dérivés du benzène en trop grande quantité. Serait-ce un papillomavirus comme le HPV E6 ou HPV E7 ? D'avis d'urologue clinicien, ils ne sont pas rencontrés pour les tumeurs de vessie. Autre piste possible, une accumulation trop forte de stress diminue nos défenses immunitaires et peut faciliter la mise à l'épreuve, des parois des organes par des organismes qui ne font pas partie du soi. Quel est le complexe moléculaire, agent carcinogène, ingéré par Dominique qui a attaqué trop fortement les parois de sa vessie à cause de la déficience de son système immunitaire ? Est-ce une habitude alimentaire particulière, une pollution de son logement, une intoxication industrielle lors ses fréquents voyages en Afrique lors des ses enquêtes ? L'effet cancérigène, par exemple celui de la benzidine, est retardé dans le temps avec un temps de latence particulièrement long (16 à 18 ans d'après les études épidémiologiques¹⁶). Ou encore est-ce la gonorrhée qui a ouvert la voie ?

Comme je l'ai souligné, Dominique dit de lui qu'il est en plein forme, mais est atteint en ses entrailles dans son système génito-urinaire. Dominique est un écorché vif de l'intérieur. Dans le cadre de l'entretien psychosomatique, Dominique exprime son impossibilité à élaborer mentalement sa vie et les événements qui la constituent. Lors d'un dernier échange, Dominique me confiera qu'il lui arrive de repenser à son anamnèse, mais pour autant qu'il n'en est pas au point d'élaborer.

¹⁶ Meigs JW et al.- Bladder tumour incidence among workers exposed to benzidine : a thirty years follow up. Journal of the national cancer institute, 1986 ; 76 : 1-8 .

Synthèse de l'évaluation

Pour conclure avec l'état psychosomatique de Dominique et établir un diagnostic quant au niveau de risque qu'il encourt, je fais les hypothèses suivantes : Je pense qu'il y a chez Dominique une insuffisance fondamentale de l'appareil psychique, une grande faiblesse du soi et du moi, par absence totale de séparation à sa mère. Dominique n'a pas d'estime de soi, son narcissisme est peu développé. C'est un narcissisme de vie, primaire, d'auto-conservation. Il n'a pas passé l'œdipe. Dominique a réussi à se défendre en développant sa rationalité et en essayant de réparer les causes sociales des traumatismes qu'il a vécus. La pensée sociologique de gauche a agi comme un idéal du moi. Dominique se protège par son rôle social, l'intellectualisation et l'action pour répondre aux très fortes exigences, sans cesse renouvelées, de son soi grandiose et son soi-objet archaïque, mais il a une vie depuis l'âge fatidique des 50 ans de plus en plus opératoire, il n'arrive plus à faire de projet, son activité sexuelle est amoindrie et il doit interrompre souvent son travail, ce qui diminue de manière importante ses possibilités de décharge des pulsions. Dominique ne peut se défendre de ces débordements par élaboration mentale, car il n'a pas développé de représentations psychiques et il s'en détourne. Alors, la décharge a lieu dans une suite de comportements et d'actions sans sens, et à l'intérieur du soma. Cependant, comme la douleur urologique le freine, les excitations sont en proportion de plus en plus somatiques. Dominique se demande s'il ne devrait pas être traité par antidépresseur. Pressent-il la dépression, comme nouveau moyen substitutif de défense ? Compte tenu de ces critères, je pense que Dominique est en cotation 3, tant en ce qui concerne le fonctionnement psychique, la prévalence des comportements et la capacité d'expression des affects. Enfin la capacité de relations à l'environnement est très altérée et, en présence de cette altération importante, la cotation est de 6. Ces résultats me conduisent à penser que Dominique est un patient à risque très élevé : en effet l'évaluation du fonctionnement psychique étant de 15, le risque somatique de : 4 (début de tumeur maligne probable depuis l'âge de 58 ans), cela porterait l'évaluation globale du fonctionnement psychosomatique à 19, classant Dominique dans la zone de risque, élevé à très élevé.

Compte tenu de l'analyse, élaborée à partir des quatre entretiens avec Dominique, je diagnostique des troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient et inorganisation). Dans cette catégorie, j'exclue le diagnostic de névrose de comportement car Dominique témoigne de période d'angoisse et de sentiment de culpabilité. Est-ce un trouble du narcissisme ? En quelque sorte, car le narcissisme de Dominique, comme je l'ai souligné plus haut est très faible. Jean-Benjamin Stora écrit au sujet du narcissisme vu par André Green : « Les narcissiques sont des sujets blessés, carencée du point de vue du narcissisme ; souvent la déception dont il porte encore les blessures ne s'est pas bornée à un seul des parents mais aux deux. La blessure narcissique infligée à l'omnipotence infantile directe ou projetée sur les parents

est notre lot à tous : il est clair cependant que certains ne s'en remettent jamais. À la lumière de la théorie de la deuxième topique de Freud, André Green postule l'existence d'un narcissisme négatif, double sombre de l'Éros unitaire du narcissisme positif, tout investissement d'objet, comme du Moi, implique son double inversé qui vise un retour régressif au point zéro »¹⁷.

Je retrouve chez Dominique des caractéristiques fœtales. Toujours dans la même note sur le narcissisme, Jean-Benjamin Stora écrit « Le fœtus, nous dit Bela Grunberger, vit dans un état élationnel qui constitue une homéostasie parfaite, sans besoin, car ceux-ci sont automatiquement satisfaits. Le fœtus ne connaît ni désir, ni satisfaction liée à la détente, mais un équilibre parfait constituant une source de bien-être en soi. Par la suite, nous pouvons comprendre la recherche inconsciente d'un état narcissique non perturbé et non culpabilisé. ».

Le moi-idéal de Dominique est peu développé, mais il est présent. Il s'agit normalement d'un idéal narcissique auquel le sujet aspire à retourner, ce qui se produit surtout dans les psychoses, et qui apparaît selon Pierre Marty dans les régressions et désorganisations psychosomatiques. Le moi-idéal, représente la démesure et sa présence apparaît lors de désorganisations ou de régressions psychiques. « On le ressent du dehors », dit-il, « comme un sentiment de toute-puissance du sujet vis-à-vis de lui-même ainsi qu'éventuellement vis-à-vis du monde extérieur. Le moi-idéal se montre éminemment mortifère et nous pouvons comprendre que son apparition dans le cadre de désorganisation somatique est un signal que nous avons atteint le dernier niveau de la vitalité encore manifeste du sujet ; l'étape suivante étant la mort. Il s'agit donc d'une désintégration de l'unité psychosomatique, d'une désintégration du soi, le premier noyau. » [MARTY 1976]. La description de Pierre Marty s'applique à Dominique qui exprime son désarroi intérieur, sa morbidité mais aussi son sentiment de pleine forme, ses défis physiques, l'impossibilité d'une tumeur maligne qu'il dénie, mais plutôt la possibilité d'une infection qui lui viendrait de l'extérieur. Son mal ne peut pas venir de lui-même car le soi de Dominique n'est pas assez solide.

La première structure du narcissisme de Dominique est défaillante, mais qu'en est-il de la seconde, du soi-objet, l'imgo parentale idéalisée ? Jean-Benjamin Stora écrit toujours dans la note sur le narcissisme¹⁸ : « Sachez que si cette imago parentale idéalisée peut être à l'origine du succès, elle peut conduire aussi à de redoutables échecs de nature traumatique, et à développer un comportement masochique d'obéissance inconditionnelle à l'idéal parental par crainte de perdre l'amour des parents, donc de l'Objet ». Or comme je l'ai rapporté, Dominique croit avoir échoué à l'école privée parisienne de renommée. Même si cette école a stimulé son développement intellectuel et lui a permis de construire un début d'idéal du moi, la double structure du narcissisme de Dominique est perturbée. Il y a fixation archaïque au soi-grandiose et au soi-objet et le moi reste

¹⁷ Note LE NARCISSISME J.B.STORA cours 2009-2010 page 13

¹⁸ Ibid 17 page 40

alors fragile. Et conclut Jean-Benjamin Stora à la suite : « Si l'enfant subi de graves traumatismes narcissiques, le soi grandiose ne se fond pas avec le contenu approprié du MOI mais est conservé tel quel et s'emploie alors à réaliser ses buts archaïques. Nous pouvons parler ici de fixation archaïque au Soi grandiose. De même, si l'enfant est déçu de façon traumatique par l'adulte admiré, l'imago parentale idéalisée est elle aussi conservée telle qu'elle, elle ne se transforme pas en structure psychique régulatrice de tension, n'est pas introjectée, mais demeure un soi-objet archaïque, transitionnel, requis pour le maintien de l'équilibre narcissique. Ici encore fixation archaïque que nous retrouverons dans les pathologies narcissiques ». Pour reprendre la vision du narcissisme d'André Green, Dominique a un narcissisme blessé de l'intérieur.

Du côté de la pensée et de l'action, deux pôles permettant d'analyser les liens entre le narcissisme de Dominique et son rapport à la réalité, je retrouve l'opposition entre le narcissisme de Dominique et le principe de réalité¹⁹. D'une part, Dominique a une tendance à l'intellectualisation qui est une forme de défense du type des délires que sa mère ne manque pas de lui reprocher. D'autre part, Dominique pratique deux types d'actions opposés : de recherche de solitude dans sa vie privée et de recherche de leadership dans sa vie professionnelle orientée vers l'obtention d'un idéal social.

Le narcissisme de Dominique dont la structure est doublement en défaut, est consubstantiel du narcissisme négatif postulé par André Green²⁰. Cela me permet d'établir un lien entre le narcissisme noir de Dominique et son masochisme primaire. Dans une note sur le rôle du masochisme dans les processus de somatisations, Jean-Benjamin Stora écrit : « La désorganisation résulte d'une désintrinsication pulsionnelle avec augmentation de la destructivité ayant sa source dans la pulsion de mort, la libido ne pouvant plus investir d'objet ne peut avoir qu'une revendication à haute tension d'excitation. Rosenberg pense que dans ce cas il y a transformation des pulsions en instincts ; comme je l'ai précisé plus haut, je préfère parler d'Instinct au moment où nous nous trouvons dans la sphère biologique stricto sensu. Pour Rosenberg, c'est un des aspects essentiels de la

¹⁹ « Freud établit un lien entre le refoulement de la réalité et les névroses narcissiques, ainsi qu'avec les psychoses. Le domaine couvert par la relation narcissique à la réalité s'étend entre deux bornes : la pensée et l'action. L'identification secondaire va dans le sens d'une déssexualisation accomplissant la transformation de la libido d'objet en libido narcissique pour sauver l'intégrité narcissique menacée par l'angoisse de castration. [...] Le principe de réalité et le narcissisme s'opposent : le Moi doit entrer en rapport avec la réalité et s'investir narcissiquement en ignorant celle-ci pour ne connaître que soi-même. La toute puissance de la pensée, est l'expression d'un double investissement : celui de la surestimation des pouvoirs du moi omnipotent et celui de la sexualisation de la pensée. La pensée infiltre les élaborations les plus poussées du Moi ; c'est ainsi qu'il faut considérer la rationalisation par exemple dans la logique passionnelle du délire. La toute-puissance du langage va être mise en œuvre aussi bien dans la création que dans la maîtrise du monde par l'intellectualisation ; une fois encore le narcissisme se révélera dans ce type d'exercice. Si l'on envisage maintenant l'action, la relation narcissique témoignera de la même opposition : par l'attitude schizoïde, l'isolement solitaire est préféré à toute participation à deux ou à plusieurs ; mais aussi à l'opposé dans un autre type d'investissement narcissique, l'action sociale sera valorisée. Dans le cadre de l'action, Sigmund Freud a brossé une description des caractères narcissiques qui disposent d'une grande quantité d'agression, « qui sont particulièrement qualifiés pour servir de soutien aux autres, assumer le rôle de leader, donner au développement culturel de nouvelles impulsions ou porter atteinte à ce qui est établi ». [FREUD 1914] dans le chapitre « Pour introduire le narcissisme de la page 217 à 245. » Ibid 17 page 40

²⁰ « A la lumière de la théorie de la deuxième topique de Freud, André Green postule l'existence d'un narcissisme négatif, double sombre de l'Éros unitaire du narcissisme positif, tout investissement d'objet, comme du Moi, implique son double inversé qui vise un retour régressif au point zéro. Le narcissisme négatif va vers l'inexistence, l'anesthésie, le vide, le blanc, que ce blanc investisse l'affect (l'indifférence), la représentation (l'hallucination négative), la pensée (psychose blanche). Il s'agit ici de tous les développements contemporains sur les états du vide. ». Ibid 17 page 40

somatisation. »²¹

Mais je pense néanmoins que ce patient peut être diagnostiqué aussi comme ayant un trouble de l'identité, soit (173), et que cette cause est première par rapport au couplage narcissisme-masochisme primaire.

En effet, dans le cas de Dominique, le premier objet, le Moi - le moi-objet - qui fait l'objet d'une première intrication pulsionnelle - libido narcissique - pulsion de vie - pulsion de mort, est faible. Quant au deuxième objet, l'objet maternel ou substitut maternel, permettant la constitution du masochisme objectal par l'intrication de la pulsion de vie et de la pulsion de mort, il n'a pas été suffisamment introjecté par Dominique. Les deux noyaux originaires, chez Dominique : le noyau masochique érogène primaire et le noyau objectal sont défailants. Sur un terrain déjà faible, le cortège d'épisodes traumatiques subit par Dominique ont ouvert facilement la voie à la désintrication de la pulsion de mort qui, dans ce cas-là, attaque l'objet et a tendance à le détruire. La pulsion de mort désintriquée a été appelée par André Green la fonction désobjectalisante.

Cette désobjectalisation chez Dominique renforce la faiblesse de ses deux objets²² et ouvre la voie à la dépression essentielle²³.

« Dans la dépression essentielle il y a une disparition de l'objet et la libido objectale se transforme en libido narcissique avec une véritable disparition de l'objet. Le déprimé a des difficultés d'identification importante qui jouent un rôle non négligeable dans la disparition de l'objet. La fonction d'identification a disparu et le thérapeute comme le dit Pierre Marty doit faire un effort pour s'identifier lui-même au patient surtout au début de la cure. Les déprimés essentiels meurent en dernière instance parce qu'ils n'ont plus d'objet du tout. [...] Ceci dépend essentiellement du dysfonctionnement du noyau masochique érogène objectal, l'objet intériorisé est d'abord atteint, et la libido fait retour sur le moi. Lorsque nous nous trouvons au niveau du noyau masochique érogène primaire, nous sommes en présence de la dernière défense avant le phénomène de désorganisation progressive. »²⁴

À ce sujet Pierre Marty écrit dans les mouvements individuels de vie et de mort [MARTY 1976]²⁵ : « les désorganisations progressives commencent en général, chez l'adulte, par une phase de dépression « essentielle », qui rend compte de l'absence de tonus des instincts de vie, puis par une

²¹ Notes extraites d'une intervention au Congrès Psy & SNC, Paris 2000. Notes complétée et réécrites pour le cours DU de psychosomatique Intégrative 2006-2007, le 18 mars 2007. Revu le 14 avril 2008.

²² « En résumé, nous nous trouvons en présence, dans la genèse du moi, de deux problématiques accompagnant le processus de maturation psychosexuelle : 1. Le premier objet est le Moi- le moi-objet- qui fait l'objet d'une première intrication pulsionnelle-libido narcissique-pulsion de vie-pulsion de mort ; 2. Le deuxième objet est l'objet maternel ou substitut maternel ; il va permettre la constitution du masochisme objectal par l'intrication de la pulsion de vie et de la pulsion de mort. » ibid 17 page 40

²³ « la dépression essentielle, qu'accompagne régulièrement la pensée opératoire, traduit l'abaissement du tonus des instincts de vie au niveau des fonctions mentales » [MARTY 1980] page 59

²⁴ Ibid 21 page 42

²⁵ Page. 133-134

désorganisation de l'appareil mental, dont témoigne la pensée opératoire. Le mouvement se poursuit par la désorganisation des systèmes de caractère et de comportement que révèle la diminution ou la perte des expressions instinctuelles correspondantes : c'est la vie opératoire. Surviennent enfin les désorganisations de fonctions somatiques de plus en plus archaïques sur le plan évolutif, de plus en plus fondamentales sur le plan vital. Le processus peut ainsi cheminer jusqu'à la destruction des équilibres biologiques primaires de la vie individuelle. Le temps de l'être lancé dans l'espace est alors terminé. ». Il écrit aussi dans l'ordre psychosomatique « La dépression essentielle ouvre facilement la porte à la désorganisation progressive des fonctions somatiques ; elle achemine ainsi vers la mort. » [MARTY 1980]²⁶.

Selon Jean-Benjamin Stora : « la conception de la pulsion de mort de Pierre Marty est profondément liée à sa philosophie évolutionniste. La pulsion de mort est un mouvement contre-évolutif des pulsions de vie. En opposition avec la conception de Pierre Marty, il y a une définition structurale de la pulsion de mort et de la pulsion de vie : la pulsion de vie est une force liante et créative, la pulsion de mort est une force déliante et destructrice ». Serait-ce à l'instar de la néoplasie ?

Pour Pierre Marty, il y a plutôt un effondrement des instincts de vie. Pour Rosenberg, le Moi perçoit une menace de morcellement pesant sur son unité et sur son organisation. Le Moi est relativement désorganisé et mobilise la libido objectale pour la transformer en libido narcissique et conserver ses capacités, son organisation menacée. Pour Rosenberg, la cause principale de la désorganisation du Moi, qui aboutit à la dépression essentielle, est la menace. Pourquoi le Moi est-il en danger ? Dans le cas de Dominique, je peux avancer l'hypothèse de l'ensemble des traumatismes vécus de 35 ans à 55 ans. De plus, selon Jean-Benjamin Stora, le traumatisme ancien prédispose à la difficulté du Moi, de répondre à de nouveaux traumatismes. La non-séparation psychique de Dominique à sa mère, couplée à la mort tragique de la mère ne pose-t-elle pas une contradiction ingérable pour l'organisme ? Le psychisme n'est-il pas débordé ?

Pour résumer, le moi de Dominique est carencé et peu structuré. La désorganisation de ses 20 dernières années résulte d'une désintrication pulsionnelle de la première intrication entre la libido narcissique, la pulsion de vie et la pulsion de mort, avec augmentation de la destructivité ayant sa source dans la pulsion de mort. La libido narcissique ne pouvant plus investir un soi-objet devenu inexistant ne peut avoir qu'une revendication à haute tension d'excitation. Si cela permet d'envisager une voie somatique en indiquant qu'au niveau du système psychique les défenses ont cédé, cela n'est pas une explication²⁷.

²⁶ Page 77

²⁷ Note Le rôle du masochisme DU 2009 de Jean-Benjamin Stora

Dans son livre « Quand le corps prend la relève [STORA 1997] » : Jean-Benjamin Stora reprend la notion de traumatisme, suite à des événements de vie, passés ou présents, à l'origine d'un sentiment de menace qui crée simultanément ou successivement deux types de réactions psychiques et biologiques. 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, des mécanismes biologiques très complexes se mettent en fonctionnement. De manière concomitante sur le plan psychique, comme décrit plus haut, un processus de désinhibition pulsionnelle marquant la défaillance du MOI (désorganisation du noyau masochique, régression aux positions narcissiques, irrégularités, désorganisation progressive) démarre, conduisant à déclencher simultanément des réactions biologiques dont le maître d'œuvre est le système nerveux central.

En fait, écrit Jean-Benjamin Stora : « Le système nerveux central prend la relève par le biais de l'hypothalamus et de son ballet hormonal. Le stress somatique causé par la désinhibition pulsionnelle met en œuvre des mécanismes neuro-hormonaux destinés à sauvegarder l'homéostasie, mais la permanence de la désinhibition engage le processus de désorganisation somatique avec les conséquences les plus graves, à terme, pour le pronostic vital. » Pour expliquer le mécanisme de la menace au niveau neuronal, Jean-Benjamin Stora se réfère à son livre de « Neuro-psychanalyse [STORA 2006] », plus spécialement aux travaux de Panksepp de 1998 qui démontrent l'existence de 4 systèmes de commandes des émotions dans le SNC :

- le système de comportements exploratoires liés à l'auto-conservation et à la sexualité qui recèle un sous-système de plaisir et de récompense,
- le système de rage et colère à l'origine des comportements de fuite ou de combat,
- le système décrit par Ledoux en 1996 de peur-anxiété comportant du côté moteur des comportements de fuite, et enfin,
- le système de séparation-détresse ou système panique associé à des sentiments de perte (deuil) et de tristesse.

L'hypothèse de la psychosomatique intégrative, promue par Jean-Benjamin Stora est que l'affaiblissement du Moi libérant d'importantes quantités d'excitations, liées à la désinhibition pulsionnelle, active selon la structuration psychique, l'un ou l'autre des 4 systèmes de commandes des émotions, déclenchant le système neuro-hormonal complexe de l'hypothalamus, ou même plusieurs des sous-systèmes à la fois.

Cela crée un déséquilibre inter-systèmes qui va enclencher le processus de somatisations du sujet menacé par le traumatisme, en atteignant les fonctions somatiques les plus vulnérables (la vessie en l'occurrence suite à la survenue d'une gonorrhée). Ces fonctions devenues pathologiques vont

constituer en même temps des paliers de fixations et de défense de l'équilibre global. À ce sujet Jean-Benjamin écrit : « Lorsque le processus de somatisations commence son œuvre, cela signifie que l'objet affaibli ne constitue plus une défense de l'unité psychosomatique et que nous nous trouvons au niveau du noyau stratégique (noyau masochique érogène primaire reliant libido narcissique et pulsion de mort) ; dans le cas où le traumatisme atteint la constitution de ce noyau, la désorganisation progressive du MOI commence. Puis le narcissisme de mort peut faire son apparition ; le pronostic vital est alors en jeu. »²⁸

Pour P. Marty, les appareils, psychique et somatique, se construisent en constante interrelation ; la génétique suit automatiquement son devenir, l'aspect psychique, lui, se développe dans l'interrelation bébé-mère, le faisceau central de fixation [MARTY 1976] montre bien cette intrication, à chaque stade du développement, biologique et psychologique. Pour le Pr. Stora, qui reprend la théorie freudienne, à chaque fois qu'il y a traumatisme, il risque d'y avoir désintrication pulsionnelle, avec une atteinte qui peut devenir mortifère. Bien entendu, dans tout ce processus, la qualité de l'épaisseur de l'appareil mental et de son organisation est déterminante, or en ce qui concerne la névrose d'identité, le fonctionnement de la première topique étant mal assuré (faiblesse du Préconscient), en conséquence, la deuxième topique n'est pas établie. Dans cette névrose, il n'existe pas de conflit intrapsychique. Le conflit ne peut pas non plus se jouer avec les objets externes, car il y a déficience de l'objet voire une absence, pas de culpabilité non plus, ni d'activité fantasmatique, mais, à la place de cela, une vie faite de factuel et d'actuel. Une relation en profondeur avec ce type de névrosé est vraiment difficile, puisqu'il y a pratiquement absence d'élaboration mentale. Dans ces conditions les décharges pulsionnelles s'écoulent directement dans les comportements, sans représentation et élaboration psychique de reprise, et toutes les manifestations impulsives, non réfléchies, non élaborées, de l'individu passent donc dans les comportements, expression directe de l'activité de son inconscient. Autrement dit, dans cette névrose, la sensori-motricité est la voie la plus directe des décharges pulsionnelles de l'inconscient ; les intérêts des troubles de l'identité sont directement attachés à ces fonctions. On retrouve ici comme une fixation aux premiers stades du développement psycho-sexuel, ce que P. Marty a étudié, en mettant au point le concept d'« identification motrice primaire » qui vise à donner à la sensori-motricité un rôle de premier plan, durant les premières phases du développement de l'enfant, dans la construction de sa relation d'objet. Nous pouvons attribuer la décharge motrice au manque d'intériorisation de l'objet. De nombreux problèmes se poseront au sujet, liés à l'absence d'objet ou bien à un objet externe insuffisant dans sa relation empathique. Si l'objet externe fait défaut, alors le mouvement identificatoire ne peut remplir son rôle et le quantum d'excitations s'accroît avec comme conséquence une désorganisation somatique. Le comportement est donc un système de

²⁸ Ibid 27 page 43

défense face au traumatisme. Seul le cadre externe permet au sujet de trouver un équilibre, en l'absence de celui-ci, il risque des troubles somatiques. Ces malades, et c'est le cas de Dominique, ne sont pas toujours faciles à diagnostiquer, car, dans le cadre de l'entretien, le dialogue est plutôt facile, le patient écoute et perçoit bien ce que dit le thérapeute, répond par un discours parfaitement adapté et fluide, qui cache, en fait, sa fragilité et sa dépendance. Il faut bien voir que ce discours qui enchaîne récits, faits et anecdotes, n'est pas accompagné de réflexions intérieures, de remarques appréciatives, aucune élaboration n'ayant lieu. Ni intériorisation, ni réjection ne viennent troubler cette vie opératoire. En cas de demande de travail thérapeutique, le thérapeute doit assurer, ici, une fonction maternelle et mettre en œuvre les moyens qui vont permettre de rétablir un fonctionnement psychique satisfaisant, afin que les fonctions somatiques soient protégées. Enfin, nous retrouvons dans le cas de Dominique les influences du système hypothalamo-hypophyso-surrénalien dont il était question en début de ce mémoire. Il semble que l'on puisse faire un lien entre la faible épaisseur du préconscient, une désorganisation psychique avec, probablement, une dépression essentielle qui s'amorce, un plus fort affaiblissement des deux objets premiers et une défaillance de l'autorégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. C'est alors l'axe hypothalamo-hypophysaire et cortico surrénalien qui prennent en charge le débordement des excitations. Selon A.R. Damasio, les événements de vie et les émotions sont encodés dans le système limbique, là où se trouvent l'hippocampe et l'amygdale. En effet, comme déjà dit plus haut, le stress est mémorisé au niveau des glandes de l'hippocampe et de l'amygdale, activant l'hypothalamus, ce qui libère les corticoïdes qui, eux-mêmes entraînent des phénomènes inflammatoires, et immunodépresseurs. Dominique dit qu'il commence à se remémorer, mais ne peut encore élaborer. Je crains que Dominique, compte tenu de ses troubles d'identité, de la confrontation à sa tumeur maligne, soit en phase de désorganisation progressive et qu'aucune barrière latérale ne vienne plus arrêter ce mouvement.

Selon Pierre Marty, « les affections somatiques qui répondent finalement aux désorganisations progressives se rangent, dans leur ensemble, sous les titres de maladies cardio-vasculaires, maladies auto-immunes et cancers ». Autant de maladies qui mettent en jeu effectivement comme le souligne Jean-Benjamin Stora le pronostic vital.

Conclusion

Dans le service d'urologie, j'ai constaté les causes racines les plus courantes de la prostatodynie : remise en cause de la virilité, atteinte du narcissisme, absence de la perspective génitale, gonorrhée, stress à trop forte dose, cortège de situations traumatiques. Sur les 16 patients vus, les symptômes rencontrés chez 14 d'entre eux sont de vrais signaux d'alarme, mais ces patients ont encore le temps d'agir. En effet au travers du cas, de Dominique et des apports d'autres cas cliniques relatés dans des ouvrages comme « Quand le corps prend la relève [STORA 1997] », la capacité du corps à se défendre pendant au moins une dizaine d'années face à un ensemble de causes néfastes ressort nettement. Cela laisse le temps, pour la plupart d'entre eux, d'entreprendre une psychothérapie dont la nature est adaptée à leur structure psychique. C'est dire combien, l'évaluation de cette structure, lors des entretiens de psychosomatiques est fondamentale.

Le cas de Dominique est un cas qui rassemble à lui seul, beaucoup des facteurs favorables à une somatisation. Le corps de Dominique a tenu sans vaciller pendant très longtemps. J'estime le plus fort de la tempête intérieure, dans la période de l'annonce de la séropositivité de sa femme et de la mort d'un de ses meilleurs amis, entre 42 et 46 ans. Pour Dominique, 11 ans se sont écoulés avant les premiers signaux d'alarme corporels et 14 ans avant les premiers symptômes malins de néoplasie.

L'anamnèse de Dominique est poignante, mais la récolte est féconde. Comme je l'ai relaté, Dominique m'a dit re-penser à son histoire entre nos entretiens. Ces entretiens, lui ont permis de déclencher la remise en marche de son appareil à penser. Certes Dominique, dit ne pas encore élaborer, mais s'il continue un travail psychothérapeutique, il est probable qu'il y arrivera.

Plus précisément lors des entretiens, j'ai commencé à lui prêter mon propre appareil à penser les pensées, mais en commençant par lui permettre de commencer à renforcer son narcissisme. Au deuxième entretien, je lui ai fait part de mon étonnement, du contraste chez lui, entre sa très faible estime de lui-même et sa réussite sociale. J'ai pu, constater l'effet bénéfique sur lui de cette remarque, lui me répondant, lors du troisième entretien, envisager solder la dette morale qu'il avait vis-à-vis de ses parents. Pour cela je me réfère à Jean Benjamin Stora qui écrit en conclusion de sa note sur le narcissisme : « En Psychosomatique Intégrative on doit s'attacher d'abord aux atteintes à l'intégrité narcissique de nos patients. Cette atteinte est d'abord diagnostiquée par les médecins lorsque les patients les consultent pour leurs troubles. La maladie somatique révèle l'atteinte du soi biologique accompagnée du trouble narcissique que l'on suppose premier puisque le psychisme ne se développe qu'à partir du socle biologique du soi, et qu'il est donc le dernier à s'être développé.

Sont en cause, le sentiment de perfection archaïque et le sentiment d'invulnérabilité, révélés par les mécanismes de défense de déni de réalité ou de négation. La maladie provoque la régression de la libido narcissique. La stratégie thérapeutique doit être double : traitement médical et parallèlement soutien thérapeutique puis traitement plus en profondeur pour aider au rétablissement de l'intégrité narcissique et dans un deuxième temps à la reprise de la mentalisation. Il s'agit de rétablir l'homéostasie de l'économie psychosomatique. La constitution d'équipes pluridisciplinaires est hautement recommandée. »²⁹.

Au-delà de la réalité objective des symptômes, j'ai rencontré la subjectivité du patient. Même si le contenu de l'anamnèse est subjectif, il n'en reste pas moins une réalité. Cette réalité subjective présente dans la psyché du patient interagit avec la réalité objective de son corps et ce dernier interagit avec la subjectivité de sa psyché. Même si, le partage des connaissances cliniques et théoriques entre psychosomaticiens, médecins et neuroscientifiques, permet d'approcher cette subjectivité avec plus d'objectivité, il ne faut pas négliger l'impact de l'intersubjectivité de la relation thérapeutique. Cette intersubjectivité peut aussi influencer sur la réalité du corps et vice-versa. Des mots, des réflexions peuvent soigner, voire guérir, mais aussi blesser profondément les patients dans leur chair. Souvent, à chaque séance, j'ai entendu des patients ressasser l'idée « que leurs symptômes sont dans la tête ». Dans leur réalité psychique, cela veut dire qu'ils sont fous et cela, ils ne peuvent le supporter.

La quantification de cette subjectivité est un exercice scientifique difficile. La grille, élaborée par le professeur Jean-Benjamin Stora, pour partie en collaboration avec Pierre Marty, et à partir de travaux de celui-ci, et de beaucoup d'autres psychanalystes, neuroscientifiques et médecins, apporte une réponse. Elle a le mérite de donner une indication quantitative sur le niveau de risque et de permettre d'agir, si possible à temps, auprès de patients en grand danger.

Au début de ce mémoire, je me posais la question du risque encouru, par ce patient, présentant dans son anamnèse des éléments similaires à ceux de Dominique. Après moult réflexions nécessaires à son élaboration, je réponds, oui, le risque est important. Sur les 16 patients vus, seuls deux ont fermé la porte à l'éventualité d'un travail psychothérapeutique. Là aussi, la grille conçue par Jean-Benjamin Stora, et surtout la nouvelle métapsychologie de la psychosomatique intégrative dont il est le père, permet d'aiguiller le patient, vers la psychothérapie adéquate, en plus de son traitement médical. Je terminerais, en soulignant, le délai de 5 ans entre les premières alertes psychiques chez Dominique quand il partage auprès de son entourage, et à son grand étonnement, ses pensées morbides et ses premiers symptômes de prostatodynie. Plus que jamais, la psychothérapie pratiquée dans les règles de l'art, est partie prenante d'une bonne hygiène de vie.

²⁹ Ibid 17 page 40

Bibliographie

- NACCACHE 2006 : Naccache L., *Le Nouvel Inconscient - Freud, le Christophe Colomb des neurosciences*, 2006, Odile Jacob, Sciences, ISBN : 2-7381-1828-3, 464p.
- STORA 2006 : Stora J.-B., *La Neuro-Psychanalyse*, 2006, Presses Universitaires de France, *Que sais-je?*, ISBN : 2-13-055868-2, 127p.
- THEODOROU 1999: Theodorou C, Konidaris D, Moutzouris G, Becopoulos T., The urodynamic profile of prostatodynia, *BJU Int*, Sep 1999, , 84(4):461-3
- GHOBISH 2000: Ghobish AA., Quantitative and Qualitative Assessment of Flowmetrograms in Patients with Prostatodynia, 2000, *Eur Urol*, , 38:576-583
- BITKER 1988: Bitker M. O., Renault V. V., Pichon J., Perrigot M., Chatenlain C., *Syndrome uréthral de l'homme ou prostatodynie = Urethral syndrome in man or prostatodynia* Auteur(s) *Syndrome uréthral de l'homme ou prostatodynie*, 1988, Elsevier, Paris, FRANCE (1967-2007) (Revue), *Annales d'urologie*, , vol. 22, no 5, pp. 373-375 (3 ref.)
- BARBALIAS 1998: Barbalias GA, Nikiforidis G, Liatsikos EN. , Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics, 1998, *J Urol*, , 159:883-887
- WANG 2002: Wang J, Li J, Lu R, Wang JM, Treatment of external RF hyperthermia combining with alpha 1-adrenergic receptor blocker for patients with prostatodynia and chronic non-bacterial prostatitis, 2002, *Zhonghua Nan Ke Xue*, , 8(1):48-50.
- TURKINGTON 2002: Turkington D, Grant JB, Ferrier IN, Rao NS, Linsley KR, Young AH, A randomized controlled trial of fluvoxamine in prostatodynia, a male somatoform pain disorder, 2002, *J Clin Psychiatry*, Sep, , 63(9):778-81
- CAVALLINI 2001: Cavallini G., Mepartricin in the treatment of male pelvic pain syndrome secondary to chronic nonbacterial prostatitis/prostatodynia, 2001, *Minerva Urol Nefrol*, Mar, , 53(1):13-7.
- DAMASIO 1999 : Damasio A.R., *Le sentiment même de soi, corps émotions, conscience*, 1999, Odile Jacob, , ISBN : 2738107389, 9782738107381,
- MACIOCA 2008 : Maciocia G. Traduit par Burner S., *Les principes fondamentaux de la médecine chinoise* Auteur , 2008, Elsevier Masson, , ISBN : 2842999592, 9782842999599, 1286 pages
- ANDERSSON 2002a: Andersson KE, Treatment of the overactive bladder: possible central nervous system drug targets, 2002, *Urology*, May, , 59(5 Suppl 1):18-24
- ANDERSSON 2002b: Andersson KE, Bladder activation: afferent mechanisms., 2002, *Urology*, May, , 59(5 Suppl 1):43-50
- MORRISSON 2002: Morrison JFB, Steers WD, Brading A, Blok B, Fry C, de Groat WC, Kakizaki H, Levin R, Thor K, *Neurophysiology and neuropharmacology*, 2002, Plymbridge Distributors, Plymouth, UK, *Second International Consultation on Incontinence*, Chap 2 (Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds) (sponsored by the World Health Organization), , , pp 83-163
- BASBAUM 2000: Basbaum A.I. et Jessell T.M., *Principles of Neural Science*, The perception of pain, 2000, 4ème édition, , ,
- SHARMA 2000: Sharma A, Goldberg MJ, Cerimele BJ, Pharmacokinetics and safety of duloxetine, a dual-serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor, 2000, *J Clin Pharmacol*, Feb, vol. 40, no. 2 161-167
- THOR 1995: Thor KB, Katofiasc MA, Effects of duloxetine, a combined serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor, on central neural control of lower urinary tract function in the chloralose-anesthetized female cat., 1995, *J Pharmacol Exp Ther*, , , 274:1016
- DOWNIE 1999: Downie JW, Pharmacological manipulation of central micturition circuitry 1999; 1:231, 1999, *Current Opinion in Central Peripheral Nervous System*, , , 1:231-239
- KHAN 2000: Khan MA, Thompson CS, Dashwood MR, Mumtaz FH, Mikhailidis DP, Morgan RJ,

- Doxazosin modifies serotonin-mediated rabbit urinary bladder contraction. Potential clinical relevance, 2000,,Urol Res., Apr, , 28(2):116-21
- STORA 1991 : Stora J-B., Le stress, 2008, PUF, , ISBN : 978-2-13-056488-1, 127
- KILTIE 2010: Kiltie AE., Common predisposition alleles for moderately common cancers: bladder cancer., 2010,,Curr Opin Genet Dev., Jun, , 20(3):218-24
- SPITZ 1986 : Spitz R. A., Godfrey Cobliner W., Flournoy L., De la naissance à la parole, la première année de vie, 1986, PUF, , ISBN : 2130385877, 9782130385875,
- STORA 1997 : Stora J.-B., Quand le corps prend la relève - Stress, traumatismes et maladies somatiques, 1997, Odile Jacob, , ISBN : 2-7381-0707-9, 293p.
- MARTY 1976 : Marty P., Les mouvements individuels de vie et de mort, 1998, Payot, Paris, , ISBN : 2-228-89182-7 ,
- SIFNEOS 1973: Sifneos P.E., The prevalence of « alexithymic » characteristics in psychosomatic patients, 1973,,Psychotherapy psychosomatic, , Vol. 22, No. 2-6
- FREUD 1914 : Freud S., Oeuvres complète Psychanalyse 1913-1914, 2005, PUF, , ISBN : 2 13 052517 2, 366
- MARTY 1980 : Marty P., L'ordre psychosomatique, 1998, Payot, Paris, , ISBN : 2-228-89181-9 ,

Annexes

Annexe 1 - Méthode d'évaluation globale du risque psychosomatique

L'évaluation du risque psychosomatique a été effectuée en utilisant la méthode développée par Jean-Benjamin Stora. (version du 20 mars 2010).

Le lecteur pourra se référer au document intitulé :

METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE
J B S - P S Y S O M A - v e r s i o n 2 0 . M a r s 2 0 1 0
THE PSYCHOSOMATIC GRID Elaborée par J.B. STORA de 1993 à 2010³⁰

Annexe 2 - Grille d'évaluation du cas étudié dans ce mémoire

Afin de garantir la confidentialité, la grille d'évaluation du risque psychosomatique du patient qui a fait l'objet de l'étude n'est pas publiée dans cette version du mémoire produite pour une diffusion sur DUMAS.

³⁰ Une première classification a été élaborée par Pierre Marty (1987) ; ma méthode, qui n'est pas une classification, prend en considération les premiers travaux de Pierre Marty profondément modifiés par l'approche de la Psychosomatique Intégrative. J'ai repris les concepts de la psychanalyse développés par Sigmund Freud et, après lui, depuis sa mort jusqu'à nos jours auxquels j'ai ajouté toutes mes recherches sur le stress professionnel et les troubles somatiques induits.

Titre : UN CAS DE PROSTATODYNIE SUIVI DE NEOPLASIE - ANALYSE PSYCHOSOMATIQUE

Mots clés : urologie, psychosomatique, psychanalyse, médecine, neurosciences

Key words : urology, psychosomatic, psychoanalysis, medicine, neuroscience

Résumé : L'auteur mène plusieurs entretiens psychosomatiques auprès de patients consultants dans le service d'Urologie du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière. Il nous présente l'évaluation psychosomatique complète d'un cas de prostatodynie qui évolue vers une néoplasie. Qu'en est-il ? Quels sont les liens entre les troubles de la psyché et les troubles corporels de ce patient ?

Summary: The author has several interviews with psychosomatic patients of the hospital Pitié-Salpêtrière Urology service. This dissertation presents psychosomatic evaluation of a complete prostatodynia case evolving towards neoplasia. What is it? What are the links between disorders of the psyche and body disorders?

Biographie de l'auteur : Benoit Depreux est diplômé des Arts et Métiers Paris Tech anciennement Ecole Nationale Supérieure des Arts et Métiers. Il travaille depuis plus de 20 ans au service de la santé des organisations. Au fur et à mesure de ses missions, il a de plus en plus recours aux sciences humaines. Début 2002, il décide de se former à la psychothérapie et à la psychanalyse intégrative à la « Nouvelle Faculté Libre » de Paris, établissement d'enseignement supérieur libre et à la psychosomatique à la faculté de médecine Université Pierre et Marie Curie.