

Des failles narcissiques aux défaillances immunitaires : les maux du corps ont-ils un sens ?

Geneviève Desloges

► **To cite this version:**

Geneviève Desloges. Des failles narcissiques aux défaillances immunitaires : les maux du corps ont-ils un sens ?. Psychologie et comportements. 2013. <dumas-00936048>

HAL Id: dumas-00936048

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00936048>

Submitted on 24 Jan 2014

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

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

UNIVERSITE DE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE
FACULTE DE MEDECINE DE LA PITIE SALPETRIERE
ET SERVICE FORMATION CONTINUE

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

Membres du Jury de Septembre 2013:
Pr. Marc Olivier BITKER, Pr. Jean-François ALLILAIRE, Pr. Jean-Benjamin STORA,
Catherine JANNET, Stéphane FLAMANT, Michael STORA.

Des failles narcissiques aux défaillances immunitaires
Les maux du corps ont-ils un sens?

Mémoire de psychosomatique
présenté par Geneviève DESLOGES

Jury du jeudi 19 septembre 2013
Faculté de Médecine La Pitié - Salpêtrière

Table des matières

- Résumé	p. 5
- Introduction	p. 6
<u>1- Présentation de Michèle</u>	p. 9
<u>2- Anamnèse</u>	p. 10
<u>3- Diagnostic médical</u>	p.13
A- La maladie de Waldenström	p.13
B- L'allergie	p.15
<u>4- Diagnostic Psychique</u>	p.15
<u>1- La structure névrotique</u>	p.16
A- Un trouble de l'identité sexuelle	p.16
B- Un trouble du narcissisme	p.18
C- Un comportement masochiste	p.20
D- Une névrose d'échec	p.21
E- Une névrose de caractère	p.22
F- Névrose relation d'objet allergique	p.22
E- Une névrose de comportement	p.24
<u>2- La structure psychotique</u>	p.24
A- Trouble de la personnalité borderline	p.24
B- Des mécanismes de défense psychotiques	p.25
<u>5- Étude des mécanismes mis en place pour maintenir l'homéostasie</u>	p.27
<u>1- Processus de défense psychique et comportements de décharge</u>	p.27
<u>2- Somatisations</u>	p.30

<u>6- Utilisation de la grille de diagnostic établie par le professeur J.B.Stora</u>	p.33
Axe 1: Processus et Mécanismes psychiques	p.33
Axe 2: Comportements et manifestations corporelles dans la relation	p.35
Axe 3: Expression des affects	p.35
Axe 4: Environnement personnel, familial et socioprofessionnel	p.35
Axe 5: Évaluation de l'état somatique	p.34
<u>7- Interprétation du questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique</u>	p.36
<u>Conclusion: Le corps nous parle-t-il avec ses maux?</u>	p.38
<u>Bibliographie</u>	p.41

Annexes :

Annexe1 : Méthode d'évaluation et de diagnostic de la santé psychosomatique élaborée par le professeur J.B.STORA de 1993 à 2011.

Annexe 2 : Questionnaire d'aide au diagnostic de la santé psychosomatique élaborée par Pr.J.B STORA de 2008 à 2011.

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement le professeur Jean Benjamin STORA pour la profonde humanité et la passion de son métier qu'il a si bien su nous communiquer au delà des enseignements scientifiques de qualité sélectionnés avec soin et pédagogie.

Je remercie aussi le professeur Agnès HARTEMANN, chef du service de diabétologie à l'hôpital Pitié Salpêtrière, qui m'a accueillie et guidée dans son service afin de concrétiser auprès des patients, les enseignements de psychosomatique.

Je remercie enfin Gérard pour la pertinence de ses propres analyses et nos discussions passionnantes qui m'ont encouragée dans cette voie porteuse de sens et d'épanouissement.

Merci également à tous les patients qui m'ont confié les secrets de leur vie, pour ensemble en chercher le sens.

Résumé

Le présent mémoire expose le cas de Michèle, âgée aujourd'hui de 78 ans qui fut l'une des patientes de mon cabinet dentaire. Michèle était une patiente hypersensible à la douleur et hyperémotive présentant peu d'intérêt pour son apparence esthétique. Le récit de sa vie révèle un rejet dès la naissance par son père qui désirait un garçon et une suite de traumatismes affectifs tout au long de son enfance et de son adolescence. Les somatisations observées affectent essentiellement le système immunitaire, avec des allergies fréquentes depuis l'enfance et une macroglobulinémie de Waldenström évoluant depuis 18 ans.

Le diagnostic psychique est un trouble du soi et de l'identité, état intermédiaire entre une structure névrotique (trouble du narcissisme et de l'identité sexuelle, relation d'objet allergique) et une structure psychotique (état limite). Les traumatismes affectifs précoces subis par Michèle ont créé des fixations prégénitales empêchant sa maturation psychosexuelle et l'installation de la névrose infantile ainsi que des failles importants de son noyau narcissique. Michèle est restée toute sa vie dépendante d'un objet qui n'a jamais été introjecté, ce qui a été source de frustrations affectives et d'une quête continue de gratifications narcissiques dont l'insuffisance sera à l'origine de réactions de rage narcissique. Les faibles capacités de mentalisation dues à la faible épaisseur du préconscient ainsi que l'échec des comportements de décharge utilisés ouvrira la porte aux somatisations qui se porteront sur le système le plus archaïque: le système immunitaire, qui sera atteint par une somatisation de stade 4: le cancer. En conclusion, nous nous interrogeront sur le sens des maux du corps qui apparaissent comme une invitation à mettre des mots sur les choses de notre inconscient afin de restaurer un appareil mental satisfaisant, et sur le rôle du psychosomaticien pour aider le patient à retrouver le chemin de son propre épanouissement garant de sa santé à long terme.

Mots clés

Allergie, Maladie de Waldenström, système immunitaire, trouble du narcissisme, trouble de l'identité sexuelle, état limite, trouble de la personnalité borderline, traumatismes précoces, Névrose relation d'objet allergique, carences affectives précoces.

Introduction

Pendant mes vingt-cinq années d'exercice de chirurgie dentaire, je me suis particulièrement intéressée à la restauration de sourires personnalisés afin d'offrir aux personnes blessées dans leur narcissisme non pas une image idéale stéréotypée, glacée et universelle, mais leur propre image, correspondant le plus fidèlement possible à leur personnalité unique et originale. Les dents du sourire, organes de transition entre notre monde intérieur et le monde extérieur, représentent en effet l'image extérieure visible de notre Moi secret invisible.

Afin de restaurer au mieux ces œuvres d'art de la nature, je me suis penchée sur les données de morphopsychologie afin d'harmoniser soigneusement, forme, position, teinte et aspects de surface, avec les différents aspects psychologiques des individus.

Rendre à chacun son sourire unique et merveilleux, symbole d'épanouissement, de vitalité et de bien-être était pour moi un privilège et une passion.

Les histoires de vie des patients qui trouvaient en mon cabinet écoute et confiance, étaient pour moi une source inestimable d'enrichissement personnel, éveillant peu à peu mon intérêt pour la psychosomatique. Mon exercice s'orientait ainsi vers une dimension holistique et il m'apparut bientôt que chaque symptôme somatique reflétait une émotion particulière éveillée par un stress récent. Ouvrir ainsi cœur et oreilles aux souffrances enfouies des patients me fit alors prendre conscience de l'existence certaine de processus psychosomatiques dans lesquels, environnement, constitution physique et maturation psychique étaient soigneusement reliés et interdépendants.

Ces processus, à ce jour encore à découvrir pour ma profession, expliquaient de surcroît pour moi, l'existence de récidives incompréhensibles et de résistances aux traitements si souvent observées, pouvant donner lieu à des sur-traitements aussi superflus que iatrogènes.

Me contenter de « boucher les petits trous » superficiels des gouffres affectifs sous-jacents m'est apparu soudain vain et dérisoire et il m'a semblé beaucoup plus fondamental de comprendre les mécanismes psychosomatiques considérant l'individu dans sa globalité corps-esprit. J'ai ainsi décidé de faire évoluer ma pratique clinique concernant le traitement des seules conséquences somatiques vers une pratique plus globale de l'être humain intégrant sa façon unique d'être au monde par son histoire, son environnement, ses épreuves à surmonter et le sens qu'il donne à sa vie.

La psychosomatique intégrant la psychanalyse, la médecine et les neurosciences, présentée par le professeur Jean Benjamin STORA est une approche globale scientifique de l'être humain et de ses maladies, tenant compte des interrelations dynamiques entre cinq systèmes interdépendants: l'Appareil Psychique, le Système Nerveux Central, le Système Nerveux Autonome, le Système Immunitaire et le Génome, dans un environnement culturel et social déterminé. Elle fait référence:

- A l'histoire de l'individu avec ses traumatismes et événements de vie perturbant son homéostasie.
- A la structure particulière de l'appareil psychique déterminant des zones de fragilité et une capacité de résistance fonction du degré de maturation psycho-sexuelle.
- Aux interrelations du système psychique avec les autres systèmes somatiques chargés de maintenir l'équilibre de l'individu.

Cette théorie, s'appuyant sur les travaux de Sigmund FREUD, Sandor FERENZCI et Pierre MARTY a été élaborée à partir des recherches du professeur J.B.STORA commencées en octobre 1980 sur le stress professionnel, complétées par l'approche de Franz ALEXANDER et le courant de médecine psychosomatique de Harvard Medical School, ainsi que par toutes les recherches françaises et internationales de psycho-neuro-endocrinologie.

Le concept initial de Psychosomatique comprenait deux termes: l'un la Psyché ou appareil psychique suivant une logique qualitative, l'autre le Soma décrit par la médecine suivant une logique quantitative. L'enjeu était d'élaborer un nouveau méta-modèle permettant la combinaison des variables qualitatives et quantitatives, s'éloignant d'une explication des somatisations ne reposant que sur les dysfonctionnements de l'appareil psychique. S'appuyant sur les Sciences du vivant qui structurent l'individu en niveaux et en systèmes, J.B.STORA avance l'hypothèse que l'unité psychosomatique des êtres humains est un système de systèmes complètement intégré au terme de longs processus de maturation psychosexuelle, biologique et neuronale, résultant d'interrelations complexes entre tous les niveaux du vivant. La part de la contribution de l'appareil psychique aux maladies somatiques dans cet ensemble varie considérablement selon l'histoire personnelle individuelle, la composante génétique, l'histoire des différentes maladies et les différentes situations familiales et professionnelles.

Face au stress dont les sources sont multiples, c'est d'abord l'appareil psychique dont la fonction est l'élaboration du quantum d'excitations quotidien qui joue le premier rôle de mise en œuvre des mécanismes d'adaptation et de défense, mécanismes également assurés par le système immunitaire et le système neuronal qui peuvent donc prendre le relais en cas de défaillance du premier. Les cinq systèmes de défense de l'individu sont ainsi en interrelation

les uns avec les autres et traitent chacun, selon son fonctionnement, les données en provenance de l'environnement interne et externe.

Il s'agit de systèmes complexes ouverts dissipatifs d'énergie. Le travail d'investigation psychosomatique va consister à établir la structuration de l'appareil psychique et ses insuffisances tout comme celles d'un organe ou d'une fonction somatique, ainsi que les participations de chacun des quatre autres systèmes pour assurer l'homéostasie de l'individu ou leur implication dans les processus de somatisation.

Cette approche psychosomatique préfigure selon moi la médecine de demain qui permettra aux patients de réharmoniser corps et esprit, mettant fin aux clivages actuels sources d'incompréhension et d'impuissance face à la maladie, pour retrouver une autonomie de gestion de santé et de bien-être. L'apprentissage de l'hypnose médicale me permettra dans un deuxième temps d'utiliser ces connaissances analytiques pour mieux accompagner le patient vers son auto-guérison grâce à ses propres ressources internes.

Ce mémoire expose le cas de Michèle, présentant une maladie de Waldenström qui est un cancer des lymphocytes B. L'histoire de sa vie met particulièrement bien en évidence les conséquences des carences affectives des premières semaines de la vie, favorisant une répétition de traumatismes affectifs créant failles narcissiques, incomplétude narcissique, immaturité psychosexuelle ainsi qu'une dépendance pathologique aux gratifications extérieures source de frustrations tellement ingérables que l'appareil psychique sera progressivement désorganisé, entraînant un déséquilibre du système immunitaire et l'apparition du cancer.

1- Présentation de Michèle

Michèle se présente à mon cabinet dentaire en 1991. C'est une femme de 56 ans lors de la première consultation, paraissant anxieuse et émotive. Le motif de la consultation est une sensibilité au froid et au sucré généralisée sur l'ensemble des dents antérieures.

L'observation clinique révèle deux importantes caries sur les incisives centrales supérieures et des hyperesthésies dentinaires aux collets des incisives, canines et prémolaires supérieures. La restauration de ces dents antérieures très délabrées nécessiterait des couronnes, mais la patiente refuse une solution esthétique et durable. La demande porte exclusivement sur le soulagement immédiat des douleurs.

Les incisives centrales supérieures exposées lors du sourire représentent symboliquement l'image de soi immuable que l'on souhaite montrer au monde, c'est à dire son identité. Les caries d'autre part, dues à une perturbation originelle de la maturation de l'émail au moment de son élaboration péri-éruptionnelle entre trois et neuf ans pour les incisives, sont des cavités physiques douloureuses qui demandent à être comblées, à l'image des carences affectives douloureuses. Deux importantes caries sur les incisives centrales supérieures évoquent donc selon mes observations, un traumatisme important survenu entre l'âge de trois et neuf ans, ayant créé des carences affectives affectant gravement l'image de soi. Ceci est d'ailleurs confirmé par le refus de soins conservateurs à long terme. Je vais rencontrer ensuite avec cette patiente de nombreuses difficultés d'anesthésie ainsi que des sensibilités postopératoires anormales, signes d' hypersensibilité donc de fragilité psychique.

Suspectant donc un facteur psychique favorisant ces somatisations, je lui demande:

- « Mais qu'est ce qui vous fait si mal en fait? »

Je vois alors les larmes de ma patiente lui monter aux yeux, tandis qu'elle verbalise avec une vive émotion, des rancœurs longtemps contenues contre l'ensemble de sa famille, d'une façon désordonnée voire incohérente, avec des difficultés certaines de mentalisation.

J'ai suivi cette patiente de nombreuses années, les motifs de consultation étant essentiellement des problèmes d' hypersensibilité. A chaque séance, je notais la recherche d'approbation et de soutien émotionnel voire de renarcissisation derrière des récits de faits visiblement dramatisés. Je revois Michèle en novembre 2012 visiblement très déprimée suite à une visite chez son médecin, qui lui aurait conseillé de suivre un traitement de chimiothérapie.

Je lui demande alors de me raconter son histoire...

2- Anamnèse

Michèle est née en 1935, fille unique d'un père polytechnicien et d'une mère travaillant dans la haute couture. Son père voulant absolument un garçon, refuse de la voir à la naissance pendant plusieurs semaines. Aucun prénom n'ayant été prévu, sa mère devra demander conseil à la sage femme qui lui suggérera ce prénom androgyne. Elle hait ce prénom qui lui rappelle le rejet de son sexe et demande à son entourage de ne pas l'utiliser. Elle exprime son regret de n'avoir pas eu de frères et sœurs et se plaint de la solitude éprouvée pendant son enfance, qu'elle attribue à l'égoïsme d'une mère peu maternelle préoccupée essentiellement par son élégance. Elle surestime son père en revanche, un homme bon et brillant, qui aurait inventé le PVC et qui deviendra PDG d'une filiale de la firme Saint-Gobain.

En 1939, la famille habite à Saint-Ouen, ville limitrophe de Paris et la guerre éclate, alors qu'elle est âgée de quatre ans. Le père est mobilisé puis fait prisonnier et elle ne le reverra pas avant la fin de la guerre. Elle assiste à l'enlèvement de familles juives de son immeuble par les soldats nazis. Sa mère décide alors de cacher un couple d'amis juifs chez elle. Ce sera alors l'angoisse continue: Michèle crie beaucoup chaque fois qu'elle voit des soldats passer sous ses fenêtres, terrorisée à l'idée qu'ils découvrent les amis cachés. Sa mère levait alors la main sur elle et lui disait : *« Espèce de petite sotte, on va tous se faire fusiller à cause de toi ! »* Elle me soutient avec beaucoup de détails que depuis 1939, les allemands bombardaient régulièrement la ville pour tuer les habitants : *« Nous devions sortir en pleine nuit de nos lits pour aller nous réfugier dans les caves de l'immeuble pour attendre la fin de l'alerte et nous pouvions entendre le bruit des bombes et des immeubles qui s'écroulaient. C'était terrible et je ne supportais pas, je criais beaucoup. Ma mère qui ne supportait pas mes cris a dit que j'étais neurasthénique et qu'il fallait me mettre en pension dans le sud de la France qui était libre. Je suis donc partie dans une pension de religieuses à Craponne à côté de Lyon et n'ai jamais revu mes parents avant la fin de la guerre. Je ne comprenais pas pourquoi mes parents ne venaient pas me voir plus souvent et me sentais très seule. Mon seul compagnon était un petit chevreau que j'avais prénommé Bino et que j'adorais. Mais un jour on nous servit à la cantine du ragoût de chevreau et j'appris que mon petit Bino avait été sacrifié. J'ai pleuré pendant des jours entiers, scandalisée par la trahison de ces religieuses. »*

Renseignements pris, il n'y a eu en fait qu'un seul bombardement non pas allemand mais allié le 20 avril 1944, visant la gare de triage de La Chapelle, afin d'empêcher l'acheminement des armes vers la Normandie. Quelques bombes sont en effet tombées sur la ville, mais les faits ont été largement exagérés par la patiente. Par la suite, la municipalité, sentant la libération

prochaine, craignit une intensification des bombardements et décida d'évacuer femmes et enfants en région lyonnaise pour leur sécurité. Ce traumatisme a été à l'origine d'une véritable névrose traumatique entraînant une rupture entre affects et représentations qui ont été refoulées. A la fin de la guerre, le père qui était prisonnier rentre au foyer. Michèle a dix ans et ne l'a pas vu pendant les six années correspondant à la période d'instauration de la névrose œdipienne. Mais pire encore, son père, niant toujours le sexe de sa fille, entreprend de l'élever comme un garçon et de lui apprendre par exemple à tirer à la carabine et à pêcher.

Elle hait ces deux activités d'autant plus qu'elle fait preuve d'une évidente maladresse. Elle se soumet pourtant pour lui faire plaisir et tenter d'obtenir son admiration, mais en vain, elle échoue malgré des efforts considérés et son père la traitera de gourde. Les tentatives de séduction de Michèle échouent complètement entretenant un sentiment durable de dévalorisation. Dans le même temps, il rapportera d'Allemagne des formules lui permettant de réaliser le PVC pour la première fois en France, ce qui le fait paraître complètement inaccessible aux yeux de Michèle.

De son côté, la mère de Michèle tente de l'initier à la couture et la cuisine dans laquelle elle excelle, mais Michèle désespérément maladroite ne réussira jamais à obtenir l'approbation maternelle et se fera régulièrement traiter de petite sottie. Les tentatives d'identification à la mère pour séduire le père échouent ainsi malheureusement, compromettant gravement l'installation de la névrose œdipienne.

A 12 ans, Michèle prépare sa communion solennelle dans un couvent de religieuses. Elle écoute toute la journée les récits des saints catholiques martyrs. Elle me dit « *Ces histoires étaient sordides, on faisait subir à ces saints des souffrances épouvantables, mais j'étais en admiration devant eux. C'étaient des icônes pour moi, des modèles de vertu. Je voulais leur ressembler et je priais beaucoup pour avoir leur courage* ». Ne pouvant s'identifier à ses parents inaccessibles pour elle, Michèle trouve auprès de ces martyrs catholiques, des modèles d'identification. A l'occasion de cette retraite, on note l'apparition d'allergies respiratoires saisonnières : rhinites chroniques.

Elle trouve cependant affection et chaleur auprès de sa grand-mère maternelle passionnée de piano qui entreprend de lui faire faire des gammes pendant des heures. « *C'était très fatigant et j'avais très mal aux mains mais elle me disait que pour être une grande artiste, il fallait d'abord souffrir. Alors, je travaillais dur afin qu'elle soit fière de moi.* »

Elle fait des études d'ingénieur à l'école SUPELEC sur l'insistance de son père.

Elle déteste ces études car, seule fille de sa promotion, se fait moquer d'elle par ses professeurs et ses camarades : « *j'ai entendu le professeur dire : « Vous feriez mieux d'aller*

mijoter un petit pot au feu, ou de faire du tricot ! » Ces années d'étude ont été un vrai cauchemar, mais la seule chose qui comptait pour moi était que mon père soit enfin fier de moi». A peine diplômée, son père lui propose de se marier avec le fils de son meilleur ami, alors en service militaire en Algérie. Elle accepte cette proposition sans le connaître véritablement. Ils se fiancent en Juin pendant une brève permission de 15 jours et ne se reverront qu'en Janvier suivant pour le mariage. Un premier enfant naîtra 15 mois plus tard, puis un deuxième à peine un an après. Elle situe à cette époque le début d'une dépression nerveuse qui restera toujours latente et qu'elle attribue à l'ennui d'une vie domestique sans activité professionnelle. Un troisième enfant verra pourtant le jour trois ans plus tard avec l'apparition de lombalgies chroniques qui persisteront toute sa vie. A la naissance d'un quatrième enfant quatre ans plus tard, Michèle présente une méningite cérébro-spinale.

Les allergies respiratoires éprouvées depuis l'enfance s'intensifient et donnent lieu à des bronchites asthmatiformes environ deux ou trois fois par an. De nombreuses manifestations d'eczéma de contact ainsi que des allergies aux médicaments allopathiques, apparaissent également l'orientant définitivement vers l'homéopathie et la phytothérapie. A la naissance de son cinquième enfant huit ans après, elle précise une prise de poids de 20 kg qui persisteront. Submergée par les tâches et les responsabilités familiales, elle dit avoir été toutes ces années très angoissée à l'idée que l'un des enfant aînés blesse ou mutilé un plus jeune. Lorsqu'elle entend des cris ou que ses enfants refusent d'obéir, elle distribue des fessées déculottées ainsi que des punitions à la cave sans manger dans un but éducatif, se justifiant par le dicton: « Qui aime bien, châtie bien » et la prétendue absence à cette époque de livres de psychologie.

En 1993, elle décide de bâtir une maison dans le pays natal de son père afin de l'accueillir pour les vacances, mais celui-ci décédera avant l'achèvement des travaux.

Elle décide alors de quitter son époux provisoirement pour s'installer au domicile de son père afin de s'occuper de sa mère âgée de 97 ans et présentant une démence sénile. Elle reste donc jour et nuit seule dans cette maison pendant deux ans avec sa mère malade, prétendant la soigner. Au décès de la mère dont elle se culpabilise toujours, son mari la rejoint pour s'installer dans la maison des parents libérée, plus grande et agréable. Michèle incapable de faire le deuil de son père, tente de s'identifier à lui en habitant sa maison et couchant dans son lit afin dit-elle, qu'il soit fier d'elle. A cette époque, apparaît une gonarthrose qui sera attribuée au surpoids et à l'absence de sport. Depuis lors, elle connaîtra des difficultés de locomotion et ne quittera plus sa canne. Il y aura à la même époque apparition d'acouphènes accompagnés d'une baisse d'audition progressive qui conduira à la pose d'une prothèse auditive en 2008.

Dans sa maison de vacances, elle a un saignement de nez (épistaxis) abondant, avec

évanouissement et vomissements. L'analyse de sang révèle une macroglobulinémie de Waldenström qui est une prolifération maligne des lymphocytes B avec production de quantités importantes d'IgM provoquant une hyperviscosité sanguine. Pendant quinze ans, la maladie évoluera à bas bruit, avec des hémorragies accompagnées d'évanouissements et de vomissements deux ou trois fois par an. En 2012, le couple décide de quitter la maison des parents pour retourner dans leur ancienne maison plus petite. Le taux d'IGM augmente alors de 15g/l à 20 g/l. Elle prétend refuser le traitement de chimiothérapie préconisé par le médecin, préférant le régime anti-cancer du docteur David KAYAT riche en antioxydants tels que le curcuma et le thé vert, fruits et légumes et proscrivant la viande rouge.

La verbalisation de son histoire constitue pour Michèle un comportement de décharge évident de son stress. Elle exprime beaucoup d'affects de colère et d'agressivité envers son entourage révélant une frustration narcissique avec demande évidente de soutien psychologique et de considération.

3- Diagnostic médical

A- La maladie de Waldenstrom

Il s'agit d'une maladie rare, affectant habituellement plutôt les hommes, qui a été décrite pour la première fois par le médecin suédois Jan G Waldenström en 1944. C'est notamment la maladie qui emporta le président de la république française Georges Pompidou ainsi que le président de la république algérienne Houari Boumediene. La macroglobulinémie de Waldenström est un cancer rare des globules blancs du sang défini par l'Organisation Mondiale de la Santé et la Classification Européenne et Américaine du lymphome, comme un Lymphome lymphoplasmocytaire, un type de lymphome non-Hodgkinien. Elle est souvent comparée à d'autres cancers des globules blancs, particulièrement la leucémie lymphoïde chronique et le myélome multiple. La maladie est caractérisée par la présence d'une protéine immunoglobuline IgM élevée, également dénommée paraprotéine IgM ou IgM monoclonale. Normalement, les lymphocytes B se transforment en plasmocytes dont le rôle est de sécréter des immunoglobulines ou anticorps qui sont produites quand une substance étrangère ou antigène est détectée dans l'organisme. Les immunoglobulines couvrent la substance étrangère, une bactérie par exemple, de telle sorte que les phagocytes puissent l'éliminer.

Dans la maladie de Waldenström, les lymphocytes B malins ne se développent pas normalement en plasmocytes mais en un type de cellule cancéreuse appelée cellule lymphoplasmocytaire. Ces cellules envahissent la moelle osseuse et d'autres organes lymphoïdes comme la rate et les ganglions lymphatiques et elles produisent et rejettent dans le sang des quantités importantes d'IgM. Cette augmentation de l'IgM peut provoquer un épaissement du sang (l'hyperviscosité). Il s'agit d'un cancer rare ne représentant que 1,4% des cancers hématologiques ou 0,1% de tous les cancers.

La survie est déterminée par cinq facteurs :

- l'âge avancé (> 65 ans).
- l'hémoglobine, quand son niveau est inférieur ou égal à 11.5 g/L.
- les plaquettes sanguines quand leur nombre est inférieur ou égal à 100 x 10⁹/L.
- la microglobuline beta-2 si elle est supérieure à 3mg/L.
- l'immunoglobuline sérique IgM quand sa concentration est supérieure à 70g/L.

Les symptômes habituels sont :

- Des saignements anormaux des gencives ou du nez.
- Une augmentation de la concentration d'IgM.
- Une diminution du nombre des globules rouges.
- Des symptômes neurologiques.
- Une augmentation de volume du foie, de la rate et des ganglions.
- Des troubles visuels, faiblesse, perte de poids, fatigue et sueurs nocturnes.

Il n'y a aucun remède connu pour la maladie de Waldenstrom et le traitement est différé jusqu'à l'apparition des symptômes de la maladie. L'état de la maladie est simplement contrôlé régulièrement. La maladie « en progression » est caractérisée par une augmentation de l'IgM monoclonale dans le sérum de 25 % ou plus, confirmée par une deuxième mesure, ou par la progression de signes cliniquement significatifs.

B- L'allergie

L'allergie est une réaction anormale et excessive du système immunitaire générée par un contact avec une substance généralement étrangère à l'organisme: l'allergène. En 1963 Gell et Coombs classent les allergies en quatre types, correspondant à 4 types de réponse du système immunitaire:

1. Une réponse immédiate induite par des anticorps de type E (IgE), causant notamment l'urticaire ou oedème de Quinke.

2. Une réponse cytotoxique avec les anticorps de type IgG.
3. Une réponse médiée par le complexe immunitaire également liés aux IgG formant des complexes immuns (lien avec maladies autoimmunes)
4. Une réponse retardée associée à une inflammation cellulaire qui apparaît plusieurs heures ou jours après le contact de la peau avec l'allergène.

Les allergies décrites par Michèle sont de deux ordres: des allergies respiratoires touchant la sphère ORL d'une part : rhume des foins saisonniers dus au pollen, rhinites dues aux acariens domestiques, et d'autre part, des dermatites de contact cutanées ou ophtalmiques suite à une exposition soit aux métaux comme le Nickel présent dans les bijoux de pacotille et les couronnes dentaires en métal non précieux, soit aux parfums et colorants synthétiques présents dans la plupart des cosmétiques, des peintures et des produits ménagers.

L'eczéma de contact résulte d'une hypersensibilisation cutanée qui se développe en deux phases:

1- Une phase d'induction asymptomatique suite au premier contact avec l'allergène au cours de laquelle l'organisme acquiert la mémoire immunologique de l'allergène. L'allergène de faible poids moléculaire appelé haptène, est capturé par les cellules de Langerhans du système immunitaire qui présentent l'antigène aux lymphocytes T pour induire l'hypersensibilité, et celles-ci gardent l'antigène en mémoire.

2- Une phase de révélation en 1 à 2 jours après un nouveau contact avec le même allergène au cours de laquelle la mémoire acquise grâce aux lymphocytes T se manifeste par l'apparition de lésions cliniques inflammatoires.

4- Diagnostic Psychique

Il s'agit d'un trouble narcissique du Soi, de l'identité et du comportement qui est une psychopathologie de l'axe auto conservatif. Selon la nouvelle nosographie psychosomatique intégrative élaborée par le professeur STORA, il s'agit d'une névrose non mentalisée en relation avec une insuffisance originelle du préconscient. Ce trouble est dans ce cas un état limite à la frontière entre une structure névrotique et une structure psychotique.

Le narcissisme primaire a en effet pu jouer de façon suffisante pour éviter le morcellement, mais pas assez totale pour obtenir un Moi assez complet. Il reste de ce Moi une vacuole non remplie par le narcissisme primaire qui fait flotter cet état entre le morcellement psychotique

et la structure névrotique. Michèle a en effet subi un traumatisme affectif dans les premières semaines de sa vie: rejet du père qui a été suivi de toute une série de traumatismes de même nature au moment où s'engageait pour elle l'évolution œdipienne: peur de perdre le père parti à la guerre, puis croyances d'abandon dans la pension de Craponne, perte brutale du petit chevreau qui était fortement investi affectivement, peur de mourir sous les bombes, absence de reconnaissance maternelle et paternelle à l'adolescence, rejet également de ses professeurs et camarades d'études supérieures... Ces traumatismes ont provoqué une rupture entre représentations et affects et les représentations ont été refoulées. Ces dernières ont cependant demeuré dans son inconscient sous forme de menace pour son intégrité narcissique. Il lui sera impossible de s'appuyer sur l'amour du père pour supporter l'hostilité de la mère et en l'absence de constitution de la névrose infantile, ne pourra utiliser le refoulement pour évacuer le trop plein d'excitations sexuelles ou agressives. Celui-ci sera donc déchargé selon des modes psychotiques: hallucination, identification, projection ou déni de la réalité. L'objet n'a, du fait des carences maternelles jamais été internalisé, provoquant une dépendance forte avec angoisse de perte d'objet qui provoquera la dépression et une absence de pare-excitation expliquant sa fragilité narcissique et son hypersensibilité.

1- La structure névrotique

C'est une névrose non mentalisée en relation avec l'échec de la constitution de la névrose infantile, avec des troubles du narcissisme et de l'identité sexuelle. Ces troubles sont liés à une insuffisance originelle du préconscient, donc de la première topique de Freud, qui favorisera les somatisations.

A- Un trouble de l'identité sexuelle

Le trouble de l'identité sexuelle est généré par le fait que son père n'a jamais voulu la reconnaître en tant que fille et a tenté de l'élever comme un garçon.

Michèle n'arrive pas à déterminer son identité sexuelle: elle n'est pas assez masculine pour plaire à papa et pas assez féminine pour plaire à Maman. Elle est complexée, essaye de faire plaisir à tout prix pour obtenir de la reconnaissance et se heurte à des échecs répétés. Elle se sent rejetée, son image féminine et son image masculine sont défailtantes et semblent vouées à l'échec définitivement. Michèle n'a jamais pu s'identifier à sa mère trop différente d'elle. Elle a très tôt compris qu'elle ne pourrait jamais être aussi élégante, aussi raffinée, aussi

bonne maîtresse de maison et aussi douée en couture et en broderie. Elle développe alors une agressivité envers toutes les femmes élégantes sur lesquelles elle projette l'image de sa mère. Elle parle de « *Ces pimbêches qui font leur intéressantes* », « *Ces cho-cho ridicules* » avec beaucoup de dédain dans la voix, « *Ces prétentieuses à la voix mielleuse* », « *Ces aguicheuses qui se croient belles* ». Elle rejette violemment également toute trace de féminité en elle avec une absence totale de valorisation narcissique et se défend de ce sentiment d'impuissance par une formation réactionnelle. N'ayant jamais pu rivaliser avec sa mère pour séduire son père, ni même intégrer les valeurs de son père et être digne de sa fierté, se sachant non désirée et pire rejetée à la naissance, l'incomplétude narcissique demeure, inscrite sur les caries de ses incisives supérieures. Elle a conservé un fort sentiment d'impuissance à satisfaire les idéaux parentaux et les insultes subies ont été intériorisées comme traumatismes perturbant son développement psychosexuel. L'absence d'organisation œdipienne due à son incapacité à rivaliser avec la mère et séduire le père idéalisé, signe les lacunes de constitution de la névrose infantile avec fixations pré-génitales archaïques au stade du narcissisme primaire qui favoriseront les somatisations. Son immaturité psychosexuelle a été cause de l'échec de sa relation conjugale : Elle n'a jamais existé en tant que femme désirante et capable de s'épanouir sexuellement. Son incomplétude narcissique originelle l'empêche d'établir son identité féminine, qui demeurera dévalorisée et désinvestie, expliquant en partie ses désirs de grossesse dont le destin était en réalité de combler cette incomplétude. La méthode Ogino lui permettait en effet d'utiliser une technique acquise lors de ses études supérieures: courbes mathématiques sur papier millimétré, pour avoir le contrôle sur son corps et programmer des grossesses à sa guise. N'ayant pu atteindre l'idéal trop élevé d'une mère narcissique, elle cherchait ainsi sans doute à combler son sentiment d'impuissance dans un domaine étranger à sa mère, celui de la famille nombreuse, Michèle étant fille unique. Elle cherchera ainsi toute sa vie auprès de ses proches, la considération qu'elle estime « mériter » selon ses propres termes, en tant que mère de famille nombreuse. Ses troubles de la vaginalité s'exprimeront par un incapacité à s'épanouir sexuellement et à éprouver désir et plaisir, puis donneront naissance à des formations réactionnelles: Se proclamant fervente pratiquante catholique, elle affiche une réelle répulsion voire une diabolisation de la sexualité, vue selon elle comme moyen de « *manipulation perverse* » et de « *domination honteuse* » des hommes sur les femmes, dont toute jeune fille devrait être « *sérieusement avertie* » pour ne pas « *en souffrir toute sa vie* ».

Ces formations réactionnelles mettent en évidence le conflit œdipien Moi-Surmoi entre des pulsions sexuelles pré-génitales, la culpabilité qu'elles réveillent liée à leur interdiction et l'anxiété de la perte d'objet et de dépression en cas de transgression de l'interdit œdipien.

Michèle, manquant d'estime de Soi suffisante du fait de son narcissisme défaillant, préfère en effet renoncer à la satisfaction pulsionnelle pour gagner l'estime de son Surmoi.

Selon Sami ALI, Professeur de l'Université Paris VII, Directeur Scientifique du Centre International de Psychosomatique, la pathologie du cancer englobe la vie du sujet dès son début. Le sujet s'étiolo dès l'origine dans une existence vide de sens, de relations affectives et de valorisation nécessaire pour avancer dans la vie. Nous retrouvons bien la problématique de Michèle dont la vie a été marquée dès la naissance par des frustrations affectives et une immaturité psychosexuelle avec ces vagues de vide à l'âme impossibles à combler et à comprendre, mais qui la poussaient inexorablement vers la détresse et la désorganisation psychique qu'elle appelait tout simplement Dépression.

B- Un trouble du narcissisme

Béla GRUNBERGER insiste sur la confirmation narcissique que l'enfant doit recevoir de sa mère principalement à travers son regard et l'importance de l'œdipe pour l'instauration du Surmoi, qui sauvegarde le narcissisme de l'enfant en lui proposant un interdit lui épargnant la honte et l'humiliation de l'impuissance. Les traumatismes subis lors de la période précoce de narcissisme primaire sont caractérisés par le détournement du père qui a manifesté un véritable rejet de sa fille non désirée et sans doute des carences de la part des deux parents au niveau de la tendresse, de l'attention et de la communication affective dès les premières semaines. Or, l'enfant communique exclusivement sur le mode affectif dans cette période de fusion et de dépendance totale à la mère. Son bien-être émotionnel et physique passe par conséquent par la capacité de la mère à établir un bouclier de protection ou « pare-excitation » contre les excès d'excitations positives ou négatives. Dans ces conditions de rejet, la mère non soutenue par son époux n'a certainement pas été en mesure d'assurer ce rôle fondamental et Michèle, privée de modèle parental, n'a pas pu non plus internaliser ce pare-excitation ni apprendre à prendre soin d'elle, de son bien-être et de sa santé. Ce traumatisme précoce a constitué à ce stade une fixation au stade narcissique primaire s'opposant à l'internalisation de l'objet et la relation d'objet est restée fusionnelle et dépendante, ce qui n'a pas permis un développement psychosexuel harmonieux, cette situation s'étant prolongée tout au long de son enfance et même de sa vie adulte. A aucun moment, elle ne s'est sentie valorisée par ses parents et est restée dans une attitude passive d'attente et de reconnaissance pour tenter d'achever l'établissement de cette phase de développement psychosexuel indispensable pour obtenir une saine confiance en soi et la capacité à prendre soin de soi. Elle a attendu la

reconnaissance de son père même au delà de sa mort en s'occupant de sa maison et de son jardin et après la perte de cet objet, n'a pas été capable de transformer cette libido objectale en narcissisme secondaire. Celui-ci a été remplacé par une hypocondrie archaïque témoignant de l'insuffisance de son préconscient et de son noyau narcissique.

Le trouble narcissique est caractérisé:

- D'une part par un Soi grandiose demeuré archaïque du fait de la fixation prégénitale, avec demandes exagérées d'attention et comportements de rage narcissique lorsque l'entourage ne satisfait pas ses attentes, ainsi que l'absence ultérieure d'estime de soi et de confiance en soi.

La dépression décrite par elle-même provient en réalité de la perte de l'estime de soi.

- D'autre part, par une image parentale idéalisée également archaïque avec besoin irréprouvable de fusion avec l'objet idéalisé: le père, entraînant dépendance à celui-ci et sentiment d'échec à et d'impuissance persistant à satisfaire les attentes des deux parents, comportement masochiste d'obéissance et sentiments religieux fanatiques.

Il est également caractérisé par

- Un penchant pathologique au mensonge ou à la dramatisation des événements subis (bombes sur la ville de Saint-Ouen) pour obtenir la considération d'autrui.

- Le désinvestissement de la libido objectale en particulier du désir sexuel en faveur d'une libido narcissique secondaire pour tenter désespérément de combler les failles du narcissisme primaire.

Le narcissisme de Michèle a été blessé car elle a été l'objet de la déception des deux parents, dès la naissance et elle ne s'en est jamais remise. Toute sa vie a été marquée par la crainte de ne pas « mériter » l'amour de ses parents. Elle s'est ainsi retrouvée prisonnière de l'idéal du Moi parental, totalement conditionnée par leur comportement et leur approbation, jusqu'à la sacrification pulsionnelle libidinale. Michèle a en effet remis son narcissisme entre les mains de ses parents, devenant dépendante de marques extérieures d'estime de soi.

Ces failles narcissiques expliquent son sentiment de vide intérieur.

Selon Heinz KOHUT en effet, le sentiment conscient d'infériorité et de vide intérieur tel que celui éprouvé par Michèle, cache en fait un soi grandiose inconscient. Ce sentiment peut être à l'origine de la rage narcissique qui est une réaction impulsive de l'individu narcissiquement vulnérable après un affront mineur. En effet chez Michèle, la croyance en la désapprobation de l'entourage et l'impossibilité d'assouvir ses besoins de maîtrise sur ses enfants, provoquera la rage narcissique et le défolement de ses pulsions agressives. « *Ils ont osé répondre..., me désobéir..., ils devraient avoir honte ...* » et des comportements violents de nature à provoquer la fuite de deux enfants sur cinq.

L'opposition entre son idéal du Moi et la réalité génère d'autre part un sentiment d'impuissance et de colère contre elle-même de nature à nourrir son narcissisme de mort qui alors, s'opère à la désorganisation progressive du Moi.

C- Un comportement masochiste

Les efforts développés par Michèle pour tenter d'obtenir l'amour de ses parents, ont développé un masochisme d'obéissance à l'idéal parental, l'énergie déployée pour ce faire, s'étant développée au détriment de ses pulsions libidinales personnelles. Cette lutte sans fin contre ses propres désirs a finit par provoquer frustrations, épuisement, culpabilité et désespoir source de la dépression et de la dévalorisation d'elle-même. Ce masochisme d'obéissance, base de l'élaboration de son idéal du Moi, fut plus tard alimenté par:

- La souffrance et les privations pendant la guerre vécue à Paris.
- L'intégration du masochisme des saints martyrs.
- La souffrance endurée pendant ses études dans le seul but de séduire le père.

Le modèle parental étant inaccessible, elle adoptera le modèle « martyr » qui correspond à l'idéal catholique. Elle avoue aimer écouter les malheurs des autres qui la rassurent car elle ne se sent alors plus seule dans ses malheurs. Elle éprouve en effet beaucoup de compassion, des affinités en quelque sorte avec les gens qui souffrent. Elle ne supporte pas en revanche les personnes qui affichent des images de réussite, de plaisir et de prospérité dont l'idéal hédoniste est opposé au sien et déclenche une jalousie inconsciente. Ce comportement masochiste s'est trouvé à son apogée lors de la période comprise entre Mai 1995 et Janvier 1997, pendant laquelle elle a vécu seule et sans aide avec sa mère atteinte de démence sénile, « *pour remplacer son père décédé* » et tenter d'obtenir une considération hallucinatoire.

Il correspond à un état de souffrance sans objet qui annonce la désorganisation progressive précédant les somatisations. Suite au déménagement représentant la perte d'objet définitive, l'investissement libidinal objectal se transforme en investissement narcissique selon le principe de constance. Il y a en fait transfert énergétique du pôle objectal au pôle narcissique. Nous nous retrouvons donc au niveau du masochisme primaire, qui se manifeste par :

- Le plaisir de parler de ce qui est douloureux pour elle et pour son entourage.
- Le refus des traitements médicaux et une certaine complaisance dans la maladie qui lui apporte des bénéfices secondaires en matière de considération et de compassion.
- Une stabilisation de la maladie de Waldenström à un niveau exceptionnellement bas depuis 16 ans, avec un taux d'IGM de 15 à 20 g/l, ce qui correspond à un taux intermédiaire pour

lequel seul la surveillance est indiquée, le traitement chimiothérapeutique étant recommandé à partir d'un taux de 30g/l . Michèle éprouve donc un certain plaisir dans sa maladie dans la mesure où celle-ci lui apporte les bénéfices secondaires d'une considération désirée.

Pourquoi dès lors, Michèle affirme refuser le traitement préconisé, puisque en l'absence de symptomatologie sévère et d'un taux minimum, celui-ci n'est pas recommandé?

En fait, pendant toute la période comprise entre 1995 et 2012, le noyau masochique de Michèle entretenu par un narcissisme secondaire important, réussit parfaitement à lier les pulsions de mort destructrices et à empêcher l'évolution rapide de la maladie, qui sera ensuite due à une désintrinsication des pulsions de vie et des pulsions de mort. Michèle, dotée d'un narcissisme primaire défaillant mais d'un noyau masochique important, s'accroche à sa maladie pour en obtenir les avantages secondaires et se protège ainsi de la désorganisation mentale et de l'aggravation de la maladie.

Nous voyons ainsi le rôle protecteur joué par le noyau masochique.

D- Une névrose d'échec

La névrose de type névrose de destinée est caractérisée par une compulsion de répétition d'un traumatisme précoce non élaboré, qui peut consister en son sentiment d'échec douloureux à satisfaire les idéaux parentaux. Cette compulsion de répétition est une succession de tentatives d'élaborer le traumatisme initial qui a été refoulé.

Après avoir fait des études, épousé le fils de l'ami de son père pour faire plaisir à papa, elle se retrouve en effet dans l'impossibilité d'exercer son métier d'ingénieur en électricité, sans doute pour la raison que ce métier ne correspondait pas à son propre idéal, mais elle échoue également dans son rôle de mère: fausses couches, dépressions et somatisations à chaque naissance, comportements d'agressivité...

Ces échecs constituant une désobéissance à l'idéal parental, ont développé une culpabilité importante, organisant une autopunition ou pulsion de mort. Cette pulsion de mort s'est intriquée avec la pulsion de vie pour former un noyau masochique objectal puissant, qui se manifeste par le fait que l'évitement d'une réussite est pour elle source immédiate de soulagement, un déplaisir associé à un plaisir pour elle. Les cinq grossesses par exemple, dont elle se dit victime malheureuse, lui procurent en fait le plaisir secret d'éviter une reprise d'activité professionnelle source d'angoisse. La prise de poids sacrifiant son bien-être corporel, lui procure également le plaisir de se protéger d'une sexualité angoissante.

E- Une névrose de caractère

Caractérisée par le refus de toute introspection, d'associations et de remise en question personnelle, la logorrhée utilisée pour masquer la fragilité du Moi, l'accusation fréquente d'autrui, l'utilisation de formations réactionnelles pour cacher les pulsions sexuelles qui ne peuvent être refoulées et le contrôle de la sexualité de ses enfants sous des prétextes moraux et religieux. Le désir sexuel est retourné dans son contraire: le dégoût sexuel.

F- Une névrose relation d'objet allergique

Selon Pierre Marty, les sujets allergiques seraient sujets à une relation d'objet particulière appelée « relation d'objet allergique », caractérisée par un désir de fusion avec l'objet.

Ce désir de fusion se matérialise par une identification profonde et sans limite suivie d'un aménagement de cet objet. Il s'agit en fait d'une interpénétration progressive qui a pour but d'effacer les limites entre son objet et lui et qui trouve sa source dans le désir archaïque de fusion avec la Mère idéalisée du stade narcissique primaire. L'allergique a donc un Moi très faible dont la valeur essentielle dépend de la valorisation apportée par l'objet, celui-ci n'ayant bien sur jamais été internalisé, entretenant la dépendance. Le symptôme somatique allergique est en effet déclenché la perte d'objet réelle ou imaginaire. Celle-ci provoque une régression psychique qui sera interrompue par la survenue du symptôme allergique. La relation d'objet allergique correspond à des fixations pré ou néonatales avec désir inconscient de toute puissance, d'invulnérabilité et de fusion totale avec la mère.

La réaction allergique trouve donc son origine dans un premier traumatisme survenu pendant la période narcissique primaire, soit pendant les trois premiers mois de la vie. Ce traumatisme étant lié à la peur de perdre l'objet, a été constitué dans le cas de Michèle par le refus total du père de regarder son enfant dans les premières semaines de la vie du fait de sa contrariété concernant son sexe. On imagine bien que les mois suivants, ce père a été défaillant, provoquant des frustrations affectives parfaitement perçues par le bébé, qui dans cette phase de narcissisme primaire, est sensible essentiellement aux stimuli affectifs et perçoit particulièrement le manque de tendresse et d'attention de la part de ses parents. Le manque d'affection pendant cette période prédisposera Michèle à la dépression anaclitique et à des difficultés d'identification primaire. Le manque de caresses d'autre part conduira Michèle à un surinvestissement de la représentation psychique de la perception cutanée, manifestant ainsi le

besoin même que la mère refuse de satisfaire et fera le terrain d'allergies cutanées récidivantes telles que l'eczéma de contact.

Cette froideur paternelle et peut être aussi maternelle par solidarité avec son mari, a provoqué chez l'enfant des frustrations affectives et une peur de perdre l'amour de ses parents dont elle était totalement dépendante à l'époque. Cette impression « de ne pas mériter l'affection parentale » est restée fixée dans les structures corticales somatosensorielles du cerveau, siège de la mémoire archaïque et resurgira dans la conscience de Michèle chaque fois qu'une situation ultérieure rappellera le traumatisme initial de frustration affective et de peur de perdre l'objet par manque de considération. Tout au long de sa vie, Michèle qui a toujours refusé toute thérapie psychologique, souffrira de ces poussées de peur de perdre l'amour de l'objet qui se somatiseront par un déséquilibre du système qui a été sollicité lors du premier traumatisme, à savoir le système immunitaire.

Après des poussées fréquentes de réactions allergiques connues tout au long de la vie de Michèle correspondant à des régressions provoquées par des peurs de perte d'objet, le décès du père en 1995 déclenche un stress intense et prolongé correspondant à la peur inconsciente de ne plus jamais avoir l'estime tant désirée et nécessaire à l'homéostasie de son Moi. La maladie de Waldenström correspondant à une hyperactivité du système immunitaire se déclare comme conséquence d'un quantum d'excitation impossible à mentaliser du fait de la faiblesse du Moi. Le narcissisme de Michèle âgée alors de 60 ans, était resté dépendant des marques gratifiantes de ce père surestimé. Dans un premier temps, Michèle eu recours à un mécanisme de protection du Moi, qui est l'idéalisation phantasmatique, imaginant l'âme de son père présente à ses côtés. Cette illusion l'a protégée jusqu'à son déménagement, date à laquelle nous observons une aggravation de la maladie correspondante à la détresse provoquée par la perte des illusions.

Cette névrose est caractérisée par:

- Les somatisations allergiques récurrentes depuis l'enfance.
- La recherche de fusion totale avec le père ou les enfants.
- Les traits de névrose de caractère.
- Des projections des pulsions agressives sur les objets récalcitrants à accepter la fusion désirée, les enfants en l'occurrence.
- L'apparition des crises allergiques et des poussées de sa maladie de Wadenström évoquent des régressions psychiques coïncidant avec des pertes d'objet ou des prises de distance avec ceux-ci: vacances en Auvergne dans sa belle famille, mais loin de son propre père, prise d'autonomie de chaque enfant, mort du père et surtout fin des illusions de présence du père.

- L'absence de développement de la névrose infantile œdipienne avec persistance des fixations pré-génitales et incapacité à prendre des distances avec l'objet, voire à reconnaître cet objet comme différent et autonome. Elle a très mal supporté par exemple les demandes d'autonomie de ses enfants devenus adultes, qu'elle continue de considérer comme des prolongements d'elle-même et l'existence de leurs conjoints qui représentent une rivalité menaçante: «*Je me fais du souci pour eux..., J'ai besoin de savoir toujours où ils sont et ce qu'ils font..., J'angoisse quand ils sont loin de moi..., Je ne supporte pas qu'ils me désobéissent et n'en font qu'à leur tête..., J'ai besoin de les voir régulièrement..., Depuis qu'elle est mariée, je ne la reconnaît plus, il m'a volé ma fille* » etc...

E- Une névrose de comportement

S'apparentant à la névrose relation d'objet allergique, elle est caractérisée par la faiblesse du préconscient, l'absence de névrose œdipienne, la dépendance à un objet externe ainsi que les difficultés d'élaboration mentale qui seront remplacées par des conduites motrices spontanées qui semblent directement issues de l'inconscient: «*Je vois rouge et je frappe* ». La disparition des possibilités de décharge par ce type de comportement après le départ des enfants, marquera d'ailleurs le début de la dépression essentielle et de la désorganisation progressive.

2- La structure psychotique

A- Trouble de la personnalité borderline

Selon H. Kohut et Jean Bergeret, ce trouble est caractérisé par une grande insécurité intérieure, une intolérance à la frustration et une hypersensibilité aux remarques ressenties comme un jugement. Ces patients seraient caractérisés par une bonne adaptation sociale associée à une grande instabilité affective et psychologique. Leurs relations avec les autres oscillent entre une dépendance "anaclitique" totale et une manipulation agressive. Tout d'abord idéalisés, leurs objets d'amour sont ensuite rapidement dévalorisés. Ils sont incapables de tisser des liens amoureux ou amicaux à long terme, de garder un emploi très longtemps et de supporter l'ennui existentiel. Les manifestations de ce trouble de la personnalité sont: l'hyperémotivité, des réactions excessives à la moindre contrariété, ainsi que des sentiments chroniques de vide, une difficulté à gérer la colère, une capacité réduite à prévoir les conséquences de ses actes, une perturbation de l'identité (remise en question de projets ou de

sentiments certains, questionnement sur soi, difficultés à analyser son ressenti), une tendance à idéaliser puis à dévaloriser l'autre, tendance à la manipulation et des efforts effrénés de séduction pour éviter les abandons. On assiste en fait à un essai effréné de pansement de la blessure narcissique primaire par un narcissisme secondaire avide mais impuissant à colmater la brèche initiale.

Le traumatisme affectif à l'origine du sentiment d'abandon et de l'instabilité affective est caractérisé par le rejet du père dans les toutes premières semaines de la vie. Ce traumatisme a été répété du fait de l'absence et surtout de l'angoisse de perte du père pendant toute la période d'instauration de la névrose infantile, puis par les traumatismes de violence subis au cours de cette même période. Il y a eu entre l'âge de 4 et 10 ans, un excès d'excitations par rapport aux capacités de gestion du Moi alors immature, entraînant des défaillances du fonctionnement du préconscient: Les représentations deviennent en effet pauvres et superficielles à l'évocation de ces souvenirs traumatiques. Elle nie par exemple la réalité des faits au sujet des bombardements dont enfant, elle n'avait pas compris le sens, confirmant la réalité de multiples bombardements allemands pour tuer la population, jouant ainsi dans une sorte de compulsion de répétition, le comportement masochiste éprouvé dans son enfance. Elle manifeste en effet un vif plaisir à parler de ces souffrances qui effrayent l'interlocuteur. La voie de l'élaboration mentale étant profondément reliée à l'accès à l'hippocampe, siège de la mémoire épisodique permettant de relier les représentations mentales de choses et de mots, nous pouvons comprendre que la sidération traumatique ait pu altérer par ailleurs l'encodage des informations à ce niveau et les difficultés ultérieures à lier les émotions et la verbalisation de l'événement ainsi que la remémoration des événements traumatiques.

B- Mécanismes de défense psychotiques

Le Moi immature qui fut brutalement débordé lors du traumatisme initial et incapable d'assurer son homéostasie, aurait alors rangé la perception traumatique du côté des menaces et des frustrations pour son intégrité narcissique. En l'absence du père pendant toute cette période, il était impossible en effet à Michèle de s'appuyer sur l'amour de celui-ci pour supporter par exemple ses pulsions agressives envers sa mère qui la traitait de petite sotte, et dans l'impossibilité de refouler, Michèle dû utiliser des mécanismes de déni, de projection et de phantasme pour protéger son Moi. Ce mécanisme jouera le rôle de premier désorganisateur de l'évolution psychique de Michèle et empêchera l'évolution de sa maturité psychosexuelle. Tout au long de sa vie d'adulte, Michèle portera les stigmates de son immaturité affective et

sexuelle, demeurant dans une attitude de dépendance affective. Elle aura paradoxalement un immense besoin idéal que cet objet répare sa blessure narcissique initiale et vivra dans l'angoisse de sa perte qui la précipitera dans le déni de la réalité, le phantasme puis la dépression. Michèle distingue en effet clairement au sein de son entourage, les personnes « sympas » qui la flattent et gratifient son narcissisme, des personnes « agressives » plus naturelles, qui réveillent son sentiment de dévalorisation et sur lesquelles elle projette ses propres pulsions agressives. En fait, chaque situation réveillant son vécu de dévalorisation narcissique et de frustration affective, bouleverse complètement son Moi, qui manifeste alors une véritable rage narcissique (colère contre les enfants qui n'obéissent pas, les gendres et belles filles qui n'approuvent pas totalement ses idées, le mari qui ose émettre un avis divergent du sien etc...).

Les aspects psychotiques se rapportent à des dénis de la réalité psychique lorsque le Moi se sent menacé. Il s'agit donc de mécanismes de défense du Moi, à l'œuvre par exemple lorsque Michèle évoque son passé traumatique, succombe à des comportements de violence ou de revendication délirante et sont centrés sur les moyens d'éviter cette perte:

- Pour éviter de perdre son père: obéissance masochiste à son idéal pour obtenir sa considération, puis attachement fétichiste après sa mort à sa maison, ses meubles, objets et vêtements dont elle ne peut se débarrasser même dix-huit ans après sa mort.
- Pour éviter de perdre son époux: grossesses répétées soi-disant accidentelles.
- Pour éviter de perdre ses enfants: éducation très répressive avec hypercontrôle de leurs relations, interdictions de sortie et comportements agressifs: punitions et fessées utilisées comme comportement de décharge direct des affects d'angoisse inconsciente.
- Refus de reconnaître la vérité au sujet des bombardements et persistance des mensonges pour dramatiser l'événement et tenter de justifier son angoisse traumatique.
- Refus de reconnaître sa peur du monde du travail et revendication de grossesses accidentelles pour cacher son angoisse liée au sentiment d'impuissance professionnelle.
- Refus de reconnaître sa peur de la sexualité et son immaturité psychosexuelle, avec adoption de formations réactionnelles anti séductrices et moralisatrices.
- Refus de reconnaître ses pulsions agressives qui sont projetées sur les enfants et plus tard belles-filles et gendres.
- Refus de reconnaître ses projections psychopathologiques sur ses enfants et tentatives de rationalisation par de prétendues angoisses d'accident.
- Refus de reconnaître sa psychopathologie et d'entreprendre un traitement.
- Refus enfin de reconnaître la réalité de sa maladie et refus de psychothérapie avec

complaisance masochiste dans la maladie et la dépendance.

- Hallucination de l'objet idéalisé qui témoigne du deuil pathologique et de l'échec du refoulement névrotique.

4- Étude des mécanismes mis en place pour maintenir l'homéostasie

La permanence des excitations va inciter Michèle à mettre en place dans un premier temps des processus de défense psychiques, qui lorsqu'ils s'avéreront insuffisants, laisseront la place à des comportements de décharge puis à des somatisations.

1- Processus de défense psychique et comportements de décharge

Les processus psychiques jouent le premier rôle de mise en œuvre des mécanismes d'adaptation et de défense. Le psychisme va être sollicité en vue d'un travail d'élaboration mentale et tentera dans un premier temps d'assurer l'homéostasie du Moi en assurant le principe de constance, c'est à dire à assurer une tension d'excitation constante. Les surplus d'excitations parvenant au cerveau, non élaborées par le Moi qui se trouve débordé, vont alors devoir être déchargés dans des comportements d'urgence.

Les comportements de décharge de Michèle sont:

Dans un premier stade:

- Les recherches de sources extérieures d'estime de soi par la recherche de l'approbation de son entourage familial. Ce comportement se concrétisera par exemple par une recherche de valorisation par des comportements de « Bonne mère » avec des préoccupations essentiellement surprotecteurs pour recevoir des gratifications narcissiques en retour.
- Le plaisir de manger parfois de façon boulimique pour soulager une certaine angoisse de vide intérieur.
- Des sublimations dans la musique: jouer du piano, en pensant à sa grand-mère, qui l'enchantait pendant son enfance ou écouter des disques de musique classique.
- Des pleurs qui l'aident parfois à soulager les tensions nerveuses excessives.
- Une verbalisation de ses émotions notamment grâce à de notre entretien: elle exprime des regrets de n'avoir rien fait plus tôt en matière de thérapie. Elle reconnaît avoir éprouvé une dépression avec sentiments de tristesse, de dévalorisation de soi, de pleurs, d'insomnie et de désespoir, mais ne fait pas le rapprochement avec le développement de sa maladie.

L'épaisseur du préconscient est faible et les possibilités d'élaboration mentale limitées: les capacités d'aller et retour pour lier les événements du passé à ses somatisations actuelles, sont bloquées. Les affects souvent désintriqués de leurs représentations font l'objet de compulsions de répétition traumatique et Michèle, refusant toute introspection, projette ses pulsions agressives en se plaignant de l'agressivité de son entourage.

Dans un deuxième stade:

Après la naissance du troisième enfant, on notera l'apparition de réactions psychiques de stade 2 témoignant de la faillite des mécanismes habituels de régulation, caractérisés par des projections des pulsions agressives sur ses enfants et des crises de rage narcissique, lorsque ceux-ci ne lui apportent pas la gratification espérée. On observe en effet une compulsion de répétition. S'identifiant inconsciemment à l'agresseur représenté par les soldats allemands, Michèle répètera avec ses enfants les punitions à la cave avec privation de nourriture. En l'absence de possibilités suffisantes d'élaboration mentale, ces comportements compulsifs représentent l'expression directe des affects agressifs non contenus par le Moi. Il s'agit d'une chaîne d'évolution latérale par rapport à la chaîne centrale d'évolution caractérisant les névroses anales. Ces comportements assureront cependant la décharge des excès d'excitations et permettront d'assurer une homéostasie transitoire, puisque pendant cette période, on observait relativement peu de somatisations. Le Moi, commençant à se désorganiser, régresse au stade anal, stade non élaboré chez Michèle faisant l'objet de fixations pré-génitales. Elle adopte des comportements de perte de contrôle de soi, avec hypervigilance: insomnies et peurs paniques de mutilation, répression et contrôle excessif de ses enfants. Michèle parle alors de dépression et de fatigue. Ces fixations à la deuxième phase du stade anal, permettront des phases régulières de régression qui se manifesteront par des comportements persistants de possessivité (attachement aux affaires de son père pour éviter que celui-ci ne lui échappe) et de contrôle sur ses enfants chaque fois que son Moi se sentira en danger. L'importance des pulsions anales révèle la faiblesse du Moi et l'absence d'organisation anale de la deuxième topique de Freud. Cependant, ces régressions constituent à ce stade un système de défense du Moi contre la désorganisation mentale et les somatisations.

Dans un troisième stade:

En 1995, à la mort de son père, Michèle, restée dépendante de l'objet resté externe, ne peut élaborer le deuil et mettre fin à sa quête désespérée d'estime paternelle initiée dès les premières années de sa vie. Des détachements partiels de la réalité, caractéristiques d'une

désorganisation progressive du Moi, commenceront à apparaître dans la maison construite pour son père, avec des évanouissements fréquents et des projections agressives sur une de ses belles filles et l'un de ses gendres, au comportement jugé insuffisamment flatteur. Incapable de désinvestir libidinalement cet objet, Michèle tente alors de l'introjecter et sombre dans la mélancolie: La perte de l'objet extérieur met à jour la fragilité de son narcissisme et sa dépendance affective. Michèle se plaint alors d'une fatigue qui traduit en fait son angoisse et la sollicitation de moyens de défense psychotiques face à la menace de perte d'objet. Elle choisira de quitter son mari pendant deux ans pour rejoindre de façon fantasmatique et fusionnelle son père dans la mort, prenant sa place dans son lit pour reprendre exactement les mêmes activités, à savoir s'occuper de sa mère malade.

Dans un quatrième stade:

En 2012, le départ de la maison de son père, marque la perte de l'objet intériorisé et fantasmé. Le cumul de la perte de ses parents et le départ du foyer des derniers enfants en l'espace de deux ans, constitue un traumatisme d'abandon qui va constituer une menace d'autant plus dangereuse pour son Moi, qu'il va réveiller son traumatisme d'enfant initial. Cette somme d'excitations très importantes que son Moi fragile ne peut ni élaborer ni décharger dans des comportements de projection et de violence, mettra un terme à ses possibilités de régression indispensables à l'homéostasie de son Moi. Celui-ci, immature et faible, éclate alors en angoisse et privé de toute possibilité de réorganisation, se désorganise, sombre dans la détresse et la dépression essentielle, ouvrant la porte aux somatisations. En l'absence de possibilités de projection à l'extérieur et de libido narcissique protectrice du Moi, les pulsions de mort se retournent contre elle-même entretenant un masochisme secondaire important, se révélant par son refus du traitement médical et psychologique préconisé ainsi que par le plaisir éprouvé à parler de ses malheurs et de ceux de son entourage en les dramatisant systématiquement. L'appareil psychique de Michèle sera court-circuité et le corps prendra la relève, mettant alors de façon symbolique et abstraite son système immunitaire à contribution de façon exagérée pour tenter de sauver son Moi menacé. La désorganisation de son Moi fragile atteint un stade 4, avec l'apparition d'une dépression essentielle faisant suite à la dépression latente. Michèle se plaint en effet de fatigue et de douleurs et ses ressources psychologiques semblent effondrées, mais elle refuse d'établir un lien entre cette fatigue et les pertes subies. La perte d'objet a activé chez elle le système de séparation détresse ou système panique. Celui-ci a comme particularité de réduire le niveau de l'activité opioïde endogène, c'est à dire la sécrétion des endomorphines, ce qui explique les plaintes douloureuses et la

tristesse ressentie. Elle réduit ses activités de façon drastique, évite les déplacements en vacances exceptés à Montanay pour retrouver la maison destinée à son père, se déplace un minimum avec ses cannes et se déclare victime de l'ingratitude familiale.

Selon une étude statistique menée à l'institut de carcinologie de Tunis au cours de l'année 1992, il existerait une assez bonne corrélation entre cancer et syndromes dépressifs, notamment de tristesse et de culpabilité pendant les cinq années qui ont précédé la perception du cancer. Ces symptômes seraient relatifs à la transformation et à la rupture de liens affectifs rencontrés essentiellement suite au deuil de l'un des parents, dont la charge affective, liée aux expériences fondamentales de déplaisir et de souffrance est plus marquante. Cette étude conclut que le facteur principal de risque du cancer, serait la répression des affects de souffrance, engagés bien avant la maladie, lors d'événements introduisant l'écart, la différence, la séparation et la perte. La dépression précédant la survenue des symptômes de cancer étant liée à la répression de ces affects est bien une dépression essentielle sans conscience de souffrance. Ceci explique sans doute la raison pour laquelle Michèle refuse de faire le lien entre ses symptômes et l'événement de disparition de son père. Les affects liés au traumatisme ayant fait l'objet de projections et de déni n'ont évidemment pas pu être mentalisés et les pulsions désintriquées ont créé des excitations désorganisatrices causant la dépression essentielle conduisant aux somatisations.

2- Des somatisations

Celles-ci ont débuté peu après son mariage avec des manifestations dans un premier temps réversibles, correspondant au stade 2 de désorganisation du Moi: On note par exemple les fausses couches qui ont pu raviver son sentiment d'impuissance, compensées par les cinq grossesses. Il y aura également des troubles de la conduite alimentaire à savoir boulimiques, qui sont, comme les désirs de grossesse, des comportements visant à combler symboliquement l'incomplétude narcissique. L'angoisse de perte objectale développée dès les premières semaines de vie, favorisera le terrain allergique, désignant d'ores et déjà le système immunitaire comme cible privilégiée des futures somatisations. C'est en effet ce système immunitaire qui sera sollicité selon un mécanisme de compulsion de répétition chaque fois qu'une menace de perte d'objet sera revécue par Michèle, réactivant le traumatisme primitif. En présence d'un Moi fragile et de faibles capacités de mentalisation, Michèle somatisera ses angoisses de perte par des allergies fréquentes tout au long de sa vie. Il est à noter que ces allergies se déclarent préférentiellement lors de déplacements hors de son domicile pour les

vacances par exemple. En particulier, chaque déplacement dans la maison de famille de son époux en Auvergne, donnait lieu systématiquement à des régressions se manifestant par des allergies respiratoires invalidantes. Quelles angoisses somatisait-elle alors? La peur d'être abandonnée par son mari qui retrouvait sa famille ou la peur de perdre l'amour de son père par la prise de distance? Les allergies apparaissent clairement dans ce contexte, comme des somatisations de son angoisse de perte d'objet, dès lors qu'une distance physique était établie avec son père ou son image.

C'est en 1995 que les somatisations de stade 3 débiteront avec l'apparition de maladies évolutives:

- Acouphènes évoluant vers la surdité,
- Gonarthrose évoluant vers la baisse progressive de la mobilité.

La faiblesse de son narcissisme et l'absence d'internalisation de l'objet expliqueront ses difficultés à élaborer le deuil. Ne pouvant l'élaborer psychiquement, Michèle tentera dans un premier temps de mettre en place un mécanisme de défense du Moi menacé: l'hallucination qui sera concrétisée par son installation dans la maison de son père au milieu de ses affaires et de ses meubles pour «veiller à son souvenir» sous le prétexte de soigner sa mère.

Or, il est bien évident que Michèle ne possédait pas les ressources psychiques nécessaires à élaborer une relation d'aide satisfaisante avec une personne atteinte de DTA, surtout en présence d'affects de colère contre celle-ci. Un soutien psychologique professionnel lui aurait permis d'élaborer cette relation et de rompre l'isolement dans lequel elle s'est volontairement enfermée. Cette solitude vécue à deux dans une position réellement masochiste et dénuée de sentiments affectifs, n'a non seulement pas permis la stimulation des pulsions de vie de sa mère, mais ont favorisé au contraire l'émergence de pulsions de mort destructrices chez les deux femmes avec la désorganisation progressive de Michèle jusqu'au stade 4, précipitant cette fois le déséquilibre de son système immunitaire et la maladie de Waldenström.

Le processus psychosomatique de développement du cancer est le suivant:

Dans une situation de stress permanent résultant essentiellement de la faiblesse d'un Moi privé de pare-excitation face aux contraintes et frustrations de la vie quotidienne, il se produit un excès d'excitations qui, court-circuitant l'appareil psychique, seront gérés par le Système Nerveux Central. Celui-ci répond alors par une activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalienne avec comme conséquence une sécrétion continue de cortisol, d'adrénaline et de noradrénaline afin de préparer le corps au combat ou à la fuite. Ceci a pour premier effet de provoquer fatigue, angoisse et dépression. Si cette sécrétion est continue, il y aura détresse émotionnelle et dérèglements somatiques affectant les autres sous-systèmes régulateurs de

l'organisme. Le système immunitaire qui assure la surveillance du Soi est court-circuité et le système génétique également affecté. Les gènes cellulaires récepteurs des molécules messagères de contrôle sont endommagés et se transforment en oncogènes qui modifient la structure protéique de la cellule et provoquent la croissance incontrôlée. D'autre part, les Natural Killer, impliqués dans l'immunité innée contre les cellules cancéreuses, sont également endommagés et ne peuvent plus assurer leur rôle. La sécrétion de cortisol diminue d'autre part fortement le nombre et l'efficacité des lymphocytes CD8 impliqués dans l'immunité humorale adaptative, dont le rôle est d'exercer une cytotoxicité sur les cellules du non soi en l'occurrence les cellules cancéreuses. Quand ces gènes suppresseurs de tumeurs sont endommagés, leurs ARN messagers ne sont plus transmis aux fabriques de protéines, et leurs protéines régulatrices ne sont plus disponibles pour signaler aux cellules d'arrêter de se diviser. On pense à l'heure actuelle que la perte du gène suppresseur de tumeurs « P 53 » se trouve 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, alors qu'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 la résistance au cancer.

En 2012, enfin, le départ de la maison de ses parents constitue une nouvelle perte d'objet phantasmatique qui réactivera sa dépression. La disparition de la satisfaction hallucinatoire déclenche en effet la détresse et l'on constate que la maladie qui était stable, passe à un stade agressif. L'hallucination de cet objet est restée malgré tout inconsciente et n'est pas reliée aux représentations de mots, ce qui témoigne de l'absence de préconscient. Incapable de refouler par manque de structure névrotique, l'angoisse de perdre l'amour de l'objet sera transformée en mélancolie. La détresse psychique et la dépression essentielle se manifestent par les sensations de fatigue et ouvrent la porte à une aggravation des somatisations. Elle investit alors sa maladie qui devient son nouvel objet et refuse tout traitement, préférant jouir des bénéfices secondaires que sa maladie lui apporte auprès de son entourage: respect, compassion et repos. Les pulsions agressives se retournent alors contre elle, alimentant sa maladie et expliquant l'aggravation des symptômes avec augmentation significative du taux d'IGM, passant de 15g/l à 20g/l

Il s'agit en fait d'une hypocondrie archaïque qui marque une tentative de narcissisme secondaire, avec tentative de retour sur soi de la libido objectale que la perte d'objet a déplacée. On note des plaintes excessives concernant son état correspondant à une faille du travail psychique. Les représentations étant refoulées et la perte d'objet déniée, les affects d'angoisse sont transformés en plainte hypocondriaque. Selon le professeur J.B.STORA, il s'agit en fait d'un signal d'alarme de la rupture de l'intégrité narcissique, le corps représentant un objet de substitution à l'objet perdu pour une intrication pulsionnelle protectrice qui reste fragile.

6- Utilisation de la grille de diagnostic établie par le professeur STORA de 1993 à 2011

AXE 1 : Processus et Mécanismes psychiques désorganisation progressive **Note 4**

- 1A La relation d'objet:

- (151) Position pré objectale, avec clivage de bon et mauvais objet et prédominance de traits de pré génitalité.
- (153a) Narcissisme primaire déterminant une incapacité de prise de distance avec l'objet.
- (156) Trouble narcissique du Soi avec présence d'imgo parental idéalisé.
- (158) Apparence masochiste du type névrose de destinée.
- (161) Lacunes de l'organisation du préconscient liée aux carences affectives de la mère.

- 1B États psychiques et événements de vie personnelle:

- (200) Angoisses diffuses.
- (201) Angoisses objectales: peur continue de perdre l'objet.
- (203) Deuils non élaborés.
- (206) Dépression latente depuis 1961, qui précède les symptômes de somatisation.
- (208) Dépression essentielle suite au décès du père en 1995.
- (210) Traumatismes de l'enfance ayant gauchis l'évolution classique de la sexualité.
- (212) Névrose traumatique, avec impossibilité de relier l'événement traumatique avec les somatisations observées.
- (215) Pensée magique d'ordre religieux: « *Si je supporte la souffrance, je suis une sainte !* »
- (220) Désorganisation progressive.

- 1C Points de fixation Régression

- (301) Fixations premières au stade narcissique primaire en relation avec la relation d'objet allergique.
- (359) Fixation sadique anale deuxième temps avec échec de constitution de la névrose infantile.

- 1D Mécanismes de défense du Moi

- (380) Déné de la réalité psychique avec refus de reconnaître la réalité de la perception traumatisante.
- (382) Clivage de l'objet avec projection des pulsions agressives.
- (385) Formations réactionnelles avec excès de pudibonderie.
- (393) Idéalisatidn du père réalisant l'idéal du Moi.
- (394) Identificatidn à l'agresseur (Armée allemande).

- 1E Présence de traits de caractère

- (406) Anal phase 2, caractérisé par le besoin de rétention des objets matériels et de contrôle-maîtrise de ses enfants

- 1F Activités sublimatoires

- (490) Piano et musique classique
- (492) Religion catholique
- (494) Lecture

AXE 2 : Comportements et manifestations corporelles dans la relation

Note 4

- (452) Hypochondrie archaïque: le corps devient objet psychique, révélant l'absence d'objet interne.
- (453) Manifestation vago-sympathique : pleurs.
- (454) Comportement de déni de la réalité.
- (464) Sexualité génitale: inhibitions sexuelles.

(475) Tonus libidinal affaibli en rapport avec la maladie, plaintes répétées de fatigue.

AXE 3 : Expression des affects

Note 2

(503) Transformation en Névrose d'angoisse et mélancolie

(501) Conversion somatique

(511) Fatigue

(512) Douleur

AXE 4 : Environnement personnel, familial et socioprofessionnel

Note 5

(601) Environnement familial perturbé entre 4 et 10 ans.

(603a) Perturbation temporaire liée au déménagement

(621) Bénéfices secondaires de la maladie

AXE 5 : Evaluation de l'état somatique

(710) Maladie du sang et des organes hématopoïétiques.

Actuellement, la place occupée par la maladie est prépondérante et freine considérablement ses activités quotidiennes du fait de l'asthénie, de l'angoisse et de la dépression avec la recherche de repos pour obtenir une rémission de la maladie. Cette maladie vient sans doute combler le vide objectal laissé par la perte du père puis de sa maison, mais n'a cependant pas modifié le fonctionnement psychique, du fait du déni de la réalité psychique qui s'oppose à toute mentalisation.

Évaluation du risque psychique:

Note 15

Cette note indique un risque élevé de désorganisation progressive et de somatisation.

Cette première évaluation du risque psychosomatique sera complétée par le questionnaire de santé psychosomatique élaboré par le professeur J.B.STORA, qui apportera des précisions sur les comportements d'adaptation ainsi que sur les résistances et les ressources utilisées par les patients. Il apportera ainsi une aide précieuse au praticien pour qualifier l'observance des traitements et des prescriptions et ainsi préciser le pronostic de la maladie.

7-Interprétation du questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique établie par le professeur J.B.STORA de 2008 à 2012.

Les réponses sont fiables. La patiente est honnête.

Pas d'habitudes toxiques, mais pas non plus de sports.

Indicateurs de santé mentale:

Anxiété:	100	L'anxiété représente une source de stress permanent.
Dépression:	115	Avec culpabilité, apathie comportementale et anhédonie.
Dysfonctionnement cognitif:	83	Défauts de remémoration et de liens avec le passé.
Fluctuations émotionnelles:	103	Alternance de tristesse et de colère.
Comportements défensifs:	112	Refuse le traitement préconisé par le médecin.

Comportements d'adaptation:

De retrait:	115	Michèle semble peu affectée par sa maladie.
Craintif inhibé:	95	Hypersensibilité émotionnelle.
Anhédonie:	115	Abandon des activités sous prétexte de la maladie.
Déni de la maladie:	77	Qui semble être une défense contre l'angoisse.
Sceptique:	69	Émission de doutes sur le pronostic du médecin.
Peu observant:	78	Opposition systématique à la chimiothérapie.
Troubles de l'humeur:	115	Doute sur les recommandations du médecin.
Plaintif:	110	A rapporter au comportement masochiste.

Relation à la maladie:

Appréhension:	109	Comportement hypocondriaque avec intérêt sur sa fatigue.
Évaluation subjective:	115	Patiente très sensible à la douleur.
Sensibilité douleur:	115	Avec préoccupations hypocondriaques.
Évaluation soutien familial:	115	Recherche insatisfaite d'attentions familiales accrues.
Évaluation pessimisme:	100	Justifiant selon elle l'inutilité de la chimiothérapie.

Pronostic traitement:

Réaction émotionnelle: 102 L'appréhension est à relier avec le trouble narcissique et la sensibilité à la douleur et peut compliquer l'évolution du traitement.

Recommandations:

Difficultés d'adaptation: 115 Le comportement de non observance est très défavorable sur le pronostic.

Référence psychologiques: 115 La patiente refuse également la psychothérapie.

Pronostic psychosomatique:

La patiente est déprimée et anxieuse. Elle refuse tout soutien psychothérapeutique, se protégeant de l'angoisse par un déni de sa maladie et de ses causes psychiques et adopte un comportement masochiste entretenant sa maladie afin obtenir des bénéfices secondaires destinés à combler son incomplétude narcissique. Actuellement, Michèle se replie dans un comportement anhédoniste et dépendant, réduisant au strict minimum ses activités sous prétexte de fatigue, afin de provoquer la compassion bienveillante de son entourage.

Michèle décharge son trop plein émotionnel en verbalisant, mais n'entend pas mes recommandations. Sa structure psychotique et son déni de la réalité entretenant de sévères résistances. Michèle entretient donc ses propres mécanismes de défense pour protéger son Moi fragile et se sent menacée par une exploration psychologique qui mettrait à jour sa vulnérabilité narcissique et sa fragilité psychique. Elle ne se sent pas prête à reconnaître et travailler sur ces résistances et ces mécanismes qui entretiennent sa désorganisation psychosomatique. Le pronostic psychosomatique dans ces conditions me semble défavorable.

Conclusion: Le corps nous parle-t-il avec ses maux ?

L'histoire de Michèle met en évidence l'importance fondamentale du noyau narcissique pour la conservation de l'équilibre psychosomatique et de la santé. Les premiers soins maternels et le regard bienveillant de la mère fondent en effet littéralement chez l'enfant la capacité à prendre soin de soi et à assurer son équilibre et son propre bien-être. Le pare-excitation personnel, élaboré sur le modèle maternel est la base de l'autoprotection, de l'autonomie et des facultés de mentalisation de l'appareil psychique. Celui-ci est en effet de la plus haute importance pour préserver le Moi des excès d'excitations désorganisatrices, en permettant:

- De maintenir la constance d'un objet à travers ses absences et ses retours.
- De différer, remplacer ou anticiper la satisfaction pulsionnelle.
- De diminuer l'impact désorganisateur des stimuli externes ou internes.
- De décharger les excitations qui dès lors qu'elles sont capable de faire effraction dans le pare excitation, envahissent le Moi et réalisent un traumatisme désorganisateur.

Le narcissisme primaire est la base de l'épanouissement psycho-sexuel, de la confiance en soi, du respect de soi-même conduisant à adopter les bons moyens de défense du Moi pour assurer son propre équilibre et ses capacités d'autoguérison.

Il serait donc judicieux d'informer les futures mères sur le rôle fondamental et les responsabilités de cette fabuleuse aventure. J'ai personnellement mis au monde trois enfants et me souviens de ces périodes comme des moments fabuleux de fusion relationnelle facilitée par l'allaitement maternel, d'échanges affectifs joyeux, de plénitude et d'épanouissement extraordinaire. Cette relation mère-enfant dans les trois premiers mois de la vie, bulle privilégiée de bonheur, de quiétude et de tendresse dans la vie d'une femme, mérite vraiment à la lumière des apports de la psychosomatique intégrative, un investissement total au service du nourrisson pour la santé de sa vie entière et mérite d'être considérée comme un enjeu important de santé publique. Le bonheur et la santé découleraient donc de cette capacité à retrouver en soi les sentiments de sérénité, de quiétude et de paix éprouvés dans les premières semaines de vie grâce aux soins aimants de la mère.

La maladie correspondrait alors à une carence de l'âme, une incapacité à éprouver ces sentiments garants de santé à long terme.

Selon Carl Gustav JUNG en effet : « *La maladie est l'effort que fait la nature pour guérir l'homme...Ce dont le malade souffre, c'est de son âme dans ses fonctions les plus élevées, les*

plus différenciées, les plus délicates, que l'on ose à peine rattacher encore au domaine de la médecine. En présence de ces troubles, le médecin doit être un psychologue, c'est à dire un connaisseur de l'âme humaine. »

Le sens de la maladie ne serait-il pas une invitation à prendre conscience des pulsions destructrices ou émotions négatives qui nous gâchent la vie, pour nourrir nos pulsions de vie ou pensées positives créatrices et gardiennes de notre santé psychosomatique?

A la lumière de ces riches et passionnants enseignements de psychosomatique intégrative, une question se pose alors: Notre mission de soignant ne serait-elle pas de guider les malades vers leurs propres ressources intérieures, ces pulsions de vie naturelles qui seules permettent d'assurer la conservation de son Moi dans un but d'autoguérison?

Beaucoup de patients en effet, utilisent le temps de pause imposé par la maladie pour se poser les bonnes questions et ressentiront le besoin de contrôler leur vie, de réexaminer ce qui est important afin de mettre en œuvre les changements permettant d'améliorer leur qualité de vie. *« Qu'est-ce que je veux faire du reste de mon existence ? Quels sont les changements que j'aimerais instaurer ? Que pourrais-je modifier dans mon comportement pour optimiser ma santé et l'effet des traitements ? »* Dans ce cas, on observe que les pulsions de vie émergentes viennent franchement améliorer le pronostic de la maladie, le patient saisissant l'opportunité de traiter ses carences psychologiques.

La guérison physique peut alors s'accompagner d'une heureuse guérison psychique.

Bien souvent, les maux du corps suggèrent de façon symbolique les mots de souffrance de l'esprit. Selon Georg GRODDECK, en effet: *«L'être humain est une créature symbolique et ses symptômes constituent un langage surgit des profondeurs de l'être, des signaux d'alarme manifestés à travers le corps. Pour qui sait se donner la peine de décrypter ce langage symbolique, les messages sont faciles à comprendre».*

Le processus psychosomatique répond cependant à un processus beaucoup plus complexe, où l'histoire de la personne avec ses traumatismes, ses souvenirs heureux, son éducation et la structuration de son psychisme, composent une œuvre unique et originale sur la scène de théâtre de leur corps. La question du sens est cependant autorisée par la simple nature non causale de la maladie. La maladie ne peut en effet être la conséquence directe d'une seule cause purement physique ou mentale, mais le résultat d'une combinaison de causes affectives, environnementales, atmosphériques, relationnelles, intimes, psychiques qui à un moment donné, cristallisent pour inciter le Moi à rétablir l'homéostasie de son unité psychosomatique.

Selon Pierre MARTY, *« la maladie apparaît en effet faire partie de la régulation dont*

dispose tout individu pour gérer le cours de l'existence. Elle participe ainsi au processus vital de l'organisme, à sa santé mentale en quelque sorte. Le sujet somatisant qui se trouve dans l'impossibilité d'élaborer une solution à son stress soit du fait de l'importance de celui-ci, soit du fait de l'insuffisance de ses ressources, parle avec son corps. »

L'approche psychosomatique vise en fait une prise en compte de la vie psychoaffective du malade pour comprendre son fonctionnement psychique et le développement de ses somatisations. Vu sous cet angle, la santé c'est à dire l'équilibre psychosomatique, dépend de la façon dont l'individu gère ses problèmes quotidiens. Le corps imaginaire symbolique et le corps réel étant intimement intriqués, les souffrances inconscientes peuvent effectivement se traduire par des atteintes corporelles. C'est ce que cet exemple nous démontre: Michèle utilise en effet son corps symbolique et abstrait pour se défendre contre les attaques réelles qu'elle n'a pu élaborer concrètement: Enfant traumatisée au tempérament allergique, elle mobilise de façon exagérée son système immunitaire fabriquant un nombre démesuré de lymphocytes B, pour exprimer de façon symbolique son intolérance aux regards dévalorisants comme ceux de ses parents, afin de protéger son narcissisme défaillant.

Nous voyons bien que le corps parle clairement avec ses maux, pour qui sait se donner la peine, pour parodier Georg GRODDECK, d'étudier les mystères de la psychosomatique intégrative. Avec ses maux, le corps nous indique donc les émotions négatives et les conflits intérieurs résultant de situations douloureuses qui nous déstabilisent et nous désorganisent, pour nous inviter à restaurer un appareil mental satisfaisant et à évoluer vers la sérénité.

Alors, quel pourrait être le sens des maux d'allergie et de maladie de Waldenström pour Michèle?

Ces maux représentant une réponse exagérée aux cellules du Non-soi et le Soi étant la partie la plus archaïque de notre Moi, ces maux pourraient peut-être évoquer le rejet de ce qui est étranger à notre Moi profond, comme par exemple, l'idéal parental que Michèle se sentait obligée de satisfaire, l'empêchant de ce fait de poursuivre son propre idéal du Moi et d'être elle-même. Notre rôle de psychosomaticien, serait me semble-t-il, intégrant nos compétences de cliniciens et de psychologues, d'aider les patients déstabilisés par des événements de vie difficiles à gérer, à décoder le langage de leur propre corps pour retrouver le chemin de leur épanouissement psychique et spirituel, seul garant de leur santé à long-terme...

Bibliographie

- **Sami ALI** et collectif de recherche en psychosomatique « Cancer et psychosomatique relationnelle» EDK (20 juin 2013) 115 pages, Collection : Recherche en psychosomatique.
- **Jean BERGERET** Ary Becache, Jules Jean Boulanger, Jean Paul Chartier, Pierre Dubor, Marcel Houser, Jean Jacques Lustin « *Psychologie pathologique théorique et clinique* » Masson 11 janvier 2012 , 368 pages, Collection : Abrégés de médecine.
- **Geneviève DESLOGES** « *Les dents nous parlent avec des maux qui guérissent*» autoédité 11 mai 2011, 192 pages.
- **Bela GRUNBERGER** « *Le Narcissisme. Essai de psychanalyse*» Payot 5 octobre 2003, 348 pages, Collection: Petite Bibliothèque Payot.
- **Georg GRODDECK** « *Le livre du ça* » Gallimard 23 avril 1976, 236 pages, collection Tel.
- **Carl.Gustave JUNG** « *Psychologie de l'inconscient* » Poche, 218 pages, 1 avril 1996 collection: Références.
- **Carl.Gustave JUNG** « *L'âme et la vie* » Le Livre de Poche, 1 juin 1995, 413 pages, Collection :Références.
- **Heinz KOHUT** « *Le Soi* » PUF, 17 septembre 004, 374 pages, Collection: Le fil rouge.
- **Véronique LEBLOND** « *La leucémie lymphoïde chronique et la maladie de Waldenström*» John Libbey Eurotext 4 février 2010, 155 pages, Collection FMC.
- **Pierre MARTY** « *La relation objectale allergique* »Revue française de psychosomatique 2006/1 disponible en ligne sur <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2006-1-p-7.htm>
- **Pierre Jean NEVEU**« *Stress et immunité de la physiologie (intégrée) à la pathologie. Nouvelles voies de recherche Stress-stroma: systèmes d'interface impliqués (psycho-immunologie)*», 5 dec 2002 [enligne] disponible sur: <http://psydocfr.broca.inserm.fr/colloques/cr/Stressimmunité2/default.html> -
- **Jean Benjamin STORA** « *Quand le corps prend le relè. Stress, traumatismes et maladies somatiques* » Odile Jacob, 31 octobre 1999, 293 pages, Collection Psychologie.
- **Jean Benjamin STORA** « *Neuro psychanalyse. Controverses et dialogues*», MJW édition 24 octobre 2011, 135 pages, Collection Savoir en psychologie.

