

Fonctionnement mental et tenue du corps de femmes mastectomisées -illustration d'un cas clinique-

Mental functioning and body posture of mastectomized women -illustration of a clinical case-

Sahraoui Antissar^{1*} Aoudia Meriem²

¹Université Abderrahmane-Mira, Bejaïa (Algérie), antissar.sahraoui@univ-bejaia.dz

²Psychologue clinicienne, Bejaïa (Algérie), meriem.psychologue@gmail.com

Réception : 02/08/2024

Acceptation : 12/08/2024

Publication : 12/08/2024

Résumé : En s'appuyant sur la classification psychosomatique de Pierre Marty, les femmes atteintes du cancer du sein ne réjouissent pas d'un même fonctionnement mental. Nous pouvons aussi bien trouver des patientes présentant une bonne mentalisation que celles qui présentent une mauvaise mentalisation ou encore une mentalisation incertaine. Cette variable de la mentalisation influe sur la variable de la tenue du corps, qui est la capacité de l'individu à faire face aux maladies organiques et qui se traduit par l'état général du corps. Dans le cas de l'atteinte par le cancer du sein, quelques cas préservent un certain équilibre satisfaisant, par contre d'autres peuvent être atteints par d'autres maladies, telles que les métastases,....

Dans ce contexte, notre présentation est une illustration d'un cas clinique, le cas Amel atteinte du cancer du sein, afin de comprendre son fonctionnement mental ainsi que sa tenue du corps, par l'application d'un entretien semi directif et le test du Rorschach.

Mots clés : Cancer du sein, fonctionnement mental, tenue du corps, psychosomatique, Rorschach

Abstract: Based on Pierre Marty's psychosomatic classification, women with breast cancer do not exhibit the same mental functioning. We can find patients with good mentalization as well as those with poor mentalization or even uncertain mentalization. This mentalization variable influences the bodily condition variable, which is the individual's ability to cope with organic diseases and is reflected in the general state of the body. In the case of breast cancer, some cases maintain a satisfactory balance, while others may suffer from additional illnesses, such as metastases, etc.

In this context, our presentation illustrates a clinical case, the case of Amel with breast cancer, to understand her mental functioning as well as her bodily condition through the application of a semi-structured interview and the Rorschach test.

Keywords: Breast cancer, mental functioning, bodily condition, psychosomatics, Rorschach

* Auteur correspondant : Sahraoui Antissar antissar.sahraoui@univ-bejaia.dz

Introduction

Les maladies apparaissent alors comme un océan qui engloutit, qui envahit les rives de la vie comme une vague géante (tsunami), qui submerge, inonde, détruit chaque jour et chaque nuit des milliers de personnes par la douleur, la souffrance, l'inquiétude, la peur de mourir elles manifestent un signe d'une rupture, d'un conflit intérieur non résolu, de l'émergence d'un dysfonctionnement.

La survenue d'un cancer du sein marque une rupture dans la biographie de la femme, de ce fait la vie est désormais vécue au travers de la maladie qui aurait pu marquer la fin d'une vie. Ainsi, guérir en frôlant la mort, c'est devenir autre dans la continuité de soi-même.

L'aménagement psychique suite à cette atteinte est variable, en fonction de l'histoire de chaque patiente, de sa personnalité, de ses possibilités adaptatives, de ses qualités relationnelles avec son entourage qui est, lui aussi déstabilisé par la survenue du cancer du sein.

Chez certaines patientes, la guérison témoigne d'une « lutte gagnée contre le mal », d'une marque de force qui peut aller jusqu'au sentiment transitoire d'invulnérabilité. Elle renforce l'estime de soi, le narcissisme et participe à la restauration psychique. Par contre, d'autres femmes, mues par une angoisse persistante, sont à l'écoute de leur corps et alertées par la moindre perturbation, demandant aussi tôt en urgence une consultation. D'autres femmes, encore, resteront dans leur doléance, bien que guéries, le cancer reste toujours présent, il envahit les attitudes, les conversations, et confère une nouvelle identité de « victime » dont le vécu traumatique, encore actif, n'a pu être dépassé (Ferreri, Nuss, 2003, p.64).

L'approche psychosomatique aborde l'être humain dans son unicité, dont le principe essentiel du processus de somatisation réside dans l'accumulation des excitations et leur décharge sur l'organique lors d'incapacité de fonctionnement de l'appareil mental de la personne. Ainsi la gravité de l'atteinte est liée à la qualité de la structure psychique qui représente l'obstacle devant ces différentes excitations. De ce fait, Pierre Marty a élaboré une nosographie psychosomatique déterminant les différents types du fonctionnement mental qui ne sont pas similaires chez tous les individus et même chez la même personne à différentes périodes de sa vie.

Dans ce contexte, notre présentation consiste à cerner le fonctionnement mental de femmes atteintes du cancer du sein ainsi que leurs tenues du corps, par une illustration d'un cas clinique.

1. Problématique

La naissance, le sevrage, l'entrée à l'école, l'adolescence, le mariage, la ménopause ou l'andropause, la crise du milieu de vie, la retraite, l'entrée dans la vieillesse sont autant de changements inéluctables qui peuvent être plus ou moins bien vécus et acceptés. En fait, tout changement important dans les conditions de vie du sujet peut devenir un événement stressant, d'apparition d'émotions perturbatrices inévitables, mais vécu comme traumatique. Chaque être humain doit affronter au cours de sa vie ce type d'événement. La capacité de réaction de l'individu aux affects est modulée par sa structure de base, c'est-à-dire ses capacités d'adaptation. Lorsque les excitations émotionnelles sont trop intenses, inacceptables ou incompréhensibles par le sujet, ce dernier ne peut pas les traiter et vont le déborder, par contre, lorsque l'émotion ne peut être vécue comme telle et exprimée, elle sera refoulée. En fait, le déficit de l'élaboration psychique par le débordement de l'individu ou carence de sa structure est la source des désordres corporels. Cependant, toute atteinte, même transitoire, de l'intégrité corporelle provoque de l'angoisse qui est une réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne et qu'il est incapable de maîtriser. L'importance symbolique que présente l'organe touché, la charge fantasmatique liée à certains processus pathologique paraissent souvent des facteurs très prégnants. En fait, toute pathologie grave ou bénigne, peut occasionner des troubles anxieux, l'anxiété est particulièrement fréquente lors de certaines affections organiques (Besançon, 1993, p.42-43). Cependant, l'individu n'est pas toujours en équilibre, il est en état d'alternance entre la santé et la maladie, cette dernière est définie par des atteintes somatiques réversibles ou irréversibles qui sont plus fréquemment chez les nourrissons et les personnes âgés (Debray, 1997, p.19-37).

Parmi les maladies graves, on trouve le "cancer" qui est une tumeur liée à la prolifération à la fois anarchique et indéfinie d'un clone cellulaire conduisant à la destruction du tissu original à l'extension local, régionale et générale de la tumeur et à la mort de l'individu en l'absence de traitement (Kernbaum, 2001, p.115).

Les seins sont des organes ayant un rôle important pour la féminité et pour l'image que la femme a de son corps. Symbole extrême de la féminité, les femmes leurs ont de tout temps accordé un soin particulier, car, outre sa fonction biologique, le sein revêt une valeur affective et psychique importante.

Parmi les atteintes du sein, on cite le " cancer du sein "qui est une masse irrégulière adhérent à la peau et aux plans profonds, rétractant le mamelon et accompagnée de ganglions axillaires, selon les statistiques ce dernier touche 95% des femmes et 5% des hommes (Bourneuf et Domart , 1981, p.928-929) .

Par conséquent, par sa nature et ses fonctions ; le sein est un puits à fantasme. Par ses mystères et réalité douloureuse, le cancer est un mal emblématique, notamment le cancer du sein qui a une valeur traumatique chez la femme.

Plusieurs approches ont essayé de comprendre l'étiologie de la maladie organique et ses conséquences psychiques. Dans le champ médical, la maladie cancéreuse se définit comme une maladie pour laquelle les lésions observées sont attribuées à des réactions organiques terminales, repose donc sur la compréhension des mécanismes intimes responsables de la rupture de l'auto tolérance à un moment donné dans la vie d'un individu et qui le fait brutalement basculer de la santé vers la maladie.

Cette notion de rupture peut être considérée comme une croisée des chemins entre la logique biologique et la logique mentale. Il est d'ailleurs très significatif que sur ce point les médecins et les biologistes n'ont pas ou peu d'hypothèses à formuler quant à sa compréhension. C'est pour cela que cette approche reste insuffisante puisque la plupart des médecins se sont occupés de la maladie organique seulement sans qu'ils s'intéressent à l'aspect psychologique du malade, lequel influence sur la qualité d'observance thérapeutique.

En ce qui concerne la théorie psychanalytique fondée par Sigmund Freud et avec l'élaboration de sa théorie de la libido et de ses hypothèses sur le développement des névroses, ce dernier a proposé un modèle qui intègre des aspects somatiques, psychiques et sociaux. Il a formulé l'hypothèse que les désordres physiques pouvaient être la conséquence d'événements psychologiques. Ainsi affirme-t-il dès 1890 " les affects principaux jouent manifestement un grand rôle dans la capacité de résistance aux maladies contagieuses, la dysenterie est bien plus importante parmi les membres d'une armée vaincue que chez les vainqueurs " (Doucet, 2000, p.56) .

Sigmund Freud considère que toutes les névroses sont l'expression symbolique d'un conflit entre des désirs sexuels refoulés et des défenses (Doucet, 2000, p.57) tel que l'hystérie de conversion qui désigne la transposition d'un conflit psychique en des symptômes somatiques, sensori-moteurs surtout. Les représentations des termes du conflit (œdipien) se trouvent refoulées, les symptômes corporels expriment symboliquement cette représentation conflictuelle, d'où la formulation freudienne de " saut du psychisme dans l'innervation somatique " (Marty, 1990, p.56-57). Ainsi Sigmund Freud la définit comme " transposition d'un conflit psychique et tentative de résolution de celui-ci dans des symptômes moteurs ou sensitifs " (Debray, Granger, Azais, 2005, p.150).

Cette approche psychologique, avec son évidente contrepartie réversible et fonctionnelle, rejetait au loin toute perspective organique, ainsi Sigmund Freud trouve une seule étiologie sexuelle pour toutes les névroses, l'étiologie sexuelle adoptée a priori ôte toute possibilité de découvrir autre chose.

Ultérieurement, l'apparition de la théorie psychosomatique unit le corps et le psychisme des patients, les considère en interaction continue, entraînant un dynamisme unique. De ce fait, il est impossible de comprendre l'un des composants de l'individu sans se référer à l'autre.

Après de nombreuses études auprès de patients atteints de maladies organiques, Pierre Marty et ses collaborateurs Christian David, Michel de M'Uzan, Michel Fain, ont développé une nouvelle théorie qui s'est inspirée de la théorie psychanalytique, résumée dans leur livre « L'investigation psychosomatique », (1963) et qui définit le fonctionnement mental des sujets atteints d'une maladie organique. Ceci ne signifie nullement, que tous les patients ont un fonctionnement mental identique, mais plutôt un fonctionnement mental différent d'un patient à un autre, et chez la même personne à différentes périodes de sa vie.

Pierre Marty affirme et insiste sur le fait que quelle que soit l'atteinte organique, il est impossible de la comprendre et de la traiter si on se réfère pas à l'économie psychosomatique générale du sujet par ailleurs, Pierre Marty insiste aussi sur le concept de la mentalisation qui " concerne la quantité, la qualité, le dynamisme et la permanence des représentations mentales telles qu'elles apparaissent, - normales ou pathologiques -, ainsi, ces représentations constituent la base de la vie mentale de chacun de nous " (Marty, 1991, p.11). Donc, la mentalisation caractérise le travail de l'appareil mental dans le traitement et la gestion des excitations - qu'elles soient internes ou externes – et diffère d'une personne à une autre.

En psychosomatique, le principe de désorganisation est contre le principe évolutif, elle touche les fonctions les plus évoluées (comme les fonctions mentales) puis elle s'élargit pour atteindre les fonctions les moins évoluées (somatiques). Le symptôme organique quel que soit le degré de sa gravité, doit être pris dans la dynamique évolutionniste et historique avec la continuité de l'existence du sujet, en l'intégrant dans son économie psychosomatique.

Dans ce contexte, les psychosomaticiens se sont occupés de la tenue du corps qui est la capacité de l'individu à faire face aux maladies organiques et qui se traduit par l'état général du corps. Ainsi, la qualité de la tenue du corps diffère d'un malade à un autre. Pour cela, nous constatons trois niveaux de cette qualité : bonne tenue du corps, mauvaise tenue du corps, une tenue du corps moyenne, que nous allons essayer d'opérationnaliser en les rapprochant à la réalité par tous les indicateurs suivants:

✓ **Bonne tenue du corps**

-Le malade n'a pas été hospitalisé et n'a pas souffert d'autres maladies antérieures ;

-Les complications de l'atteinte par le cancer, sont légères ;

-Les activités quotidiennes, et la qualité de vie restent stables.

✓ **Mauvaise tenue du corps**

- Le malade souffrait de maladies antérieures, et d'autres maladies après son atteinte par le cancer et aussi par les complications évolutives du cancer et qui sont parfois graves;

-On trouve que le malade a déjà été hospitalisé avant son atteinte par le cancer;

- Les activités quotidiennes du malade, et sa qualité de vie sont détériorés.

✓ **Tenue du corps moyenne**

-Dans ses antécédents, le malade pourrait avoir développé certaines maladies réversibles (grippe, toux,...), sans qu'il y ait d'autres maladies accompagnant son cancer ;

-Il peut y avoir été hospitalisé auparavant au moins une seule fois ;

-L'évolution se fait de façon progressive, par fois le malade se sent bien et parfois se sent mal, son état général est entrecoupé par des rémissions plus ou moins complètes.

De ce fait on dit que le malade présente une tenue du corps moyenne, où cette médiation reste relative selon les cas.

A partir de ces points de vue, Pierre Marty a élaboré une nouvelle classification qui intègre la classification psychanalytique classique (névroses, psychoses) et dans laquelle il a décrit des unités cliniques nouvelles qui se caractérisent toutes par l'irrégularité du fonctionnement. Ces unités sont la névrose à bonne mentalisation, mentalisation incertaine et mauvaise mentalisation dans laquelle nous retrouvons les sujets qui présentent une névrose de comportement et donc plus exposés à la somatisation.

Ces données ont été prouvées par une recherche effectuée par l'oncologue Claude Jasmin et Pierre Marty sur le cancer du sein .Cette étude porte sur un échantillon de femmes atteintes d'une tumeur du sein, se propose d'établir un lien direct entre la gravité de la lésion et le mode du fonctionnement psychique de ces femmes. Autrement dit, la dimension quantitative apparaît ici fondamentale. La taille de l'échantillon du premier travail présente (66 cas « exploitables ») autorise les auteurs à une analyse statistique qui comprend simultanément les données médicales (27% des femmes étudiées présentent un authentique cancer du sein). Et les données psychologiques (67% des cancéreuses présentent une « mentalisation discutable » 66% ayant une névrose de caractère »). Quant à l'investigation psychosomatique elle-même, présentée ici comme moyen de dépistage du cancer, elle promet « un avenir certain à la prévention à court terme chez les adultes ». (Marty, 1988, p.177-182).

D'après notre pré-enquête et à travers des entretiens avec les femmes atteintes du cancer du sein, et en s'étayant sur la revue de la littérature, on a découvert d'une manière générale que ces femmes vivent des états de tension psychique chargé d'affects et d'émotions, cela en étant peut être confrontées à la peur et à l'angoisse de la mort qui peuvent à leur tour être causées par la maladie et /ou le traitement et ses effets secondaires. Cela a été constaté durant les divers entretiens que nous avons réalisé avec ces patientes suite auxquels on a remarqué

que certaines d'elles témoignent d'une élaboration dans leurs associations et d'autres par contre ont une tendance à la restriction et s'expriment moins que ces dernières. A partir de toutes ces données, on a posé les questions suivantes :

- Qu'elles sont les caractéristiques du fonctionnement mental des femmes atteintes du cancer du sein ?
- Est-ce que la qualité de la mentalisation des femmes mastectomisées influe sur la tenue du corps ?

Nous allons répondre à ces questions par la présentation d'une vignette clinique. Il s'agit du cas Amel qui est atteinte par un cancer du sein et mastectomisée- ayant subi une ablation-, on l'a surnommée Amel, qui signifie en arabe l'espoir puisqu'elle est pleine d'enthousiasme, d'optimisme et d'aspiration.

On a réalisé note investigation à Oued Amizour à l'hôpital du jour (E.P.H) au niveau du service d'oncologie de la wilaya de Bejaia, Algérie. Les outils que nous avons choisi d'utiliser au cours de notre investigation se succéderont comme suit : un entretien semi directif qui va nous permettre d'avoir certaines informations, notamment à propos de la tenue du corps-les maladies organiques et la possibilité de les mettre en relation avec quelques traumatismes-, ses relations, l'apport de l'environnement et ses procédés défensifs. Le test projectif Rorschach qui va nous permettre d'apprécier le fonctionnement mental.

2. Présentation du cas clinique Amel, 48ans

Amel est âgée de 48ans, est la troisième de sa fratrie, et mère de trois enfants. Elle est brune de peau, grande de taille et d'une forte corpulence. Son niveau d'instruction fondamentale (primaire), femme au foyer.

2.1 Les données de l'entretien

Après avoir expliqué à Amel le but de notre recherche, la patiente a eu une attitude de consentement éclairé total, et a collaboré avec beaucoup de compréhension et même avec plaisir.

• Santé physique et atteintes organiques

Durant son enfance, Amel n'a jamais était hospitalisée, elle tombait malade mais c'était par des maladies réversibles (angines, gripes, fièvres...), et quelques problèmes répétitifs au niveau du tube digestif (gastrite au niveau d'estomac, gaz). Elle a accouché de ses trois enfants par voie basse normale sans aucune complication. En janvier 2010, le gynécologue lui a annoncé le diagnostic du cancer du sein qui a nécessité un traitement chimiothérapique suivi d'une ablation du sein. A partir de la quatrième séance de chimiothérapie, Amel a contracté une anémie sévère qui a entraîné chez elle des vertiges, provoquant une chute qui lui a causé une fracture à sa jambe droite.

La tenue du corps d'Amel est moyenne parce qu'elle était atteinte par des maladies réversibles (angines, gripes, fièvres...). Auparavant, elle avait quelques problèmes d'estomac (des gazes) qui lui provoquaient des douleurs au niveau du thorax. En 2010, elle a été hospitalisée pour l'ablation du sein où s'est localisée la tumeur, et pour un traitement chimiothérapique. Actuellement elle n'a pas d'affections concomitantes à sa maladie actuelle.

Selon Amel elle suit toutes les recommandations de son médecin traitant ; prise de médicaments, suivi du régime alimentaire,..., se présente régulièrement aux rendez vous, ainsi, elle présente une bonne observance thérapeutique.

Concernant les conséquences de cette maladie, cette atteinte à entraîné chez elle une incapacité physique à entreprendre ses activités quotidiennes (taches ménagères, jardinage...). Sur le plan psychologique Amel est devenue fragile et sensible et s'angoissait à la suite de la moindre douleur qu'elle appréhendait et interprétait comme une aggravation de sa maladie.

Pour le facteur héréditaire, d'après la patiente, il semblerait qu'il n'existe pas de maladie cancéreuse dans sa famille, donc, on élimine le facteur héréditaire de l'atteinte.

• Santé mentale et événements traumatiques

Amel a vécu un traumatisme suite au décès de sa belle mère qui a déclenché chez elle des hallucinations en relation à la défunte. Elle l'a vue se déplacer au niveau des lieux où elle dormait. Elle nous confie qu'elle n'a pas pleuré durant cet incident et s'est plutôt sentie étouffée et depuis ce jours Amel était envahie par la peur, imaginant entendre des voix où les pas de gens se déplaçant dans la maison ce qui la poussait à se réfugier dans la lecture du coran. Ainsi, ce traumatisme a engendré chez Amel une symptomatologie purement psychique, où on constate qu'Amel a eu recours au mécanisme d'ordre spirituel afin d'atténuer son angoisse.

Puis, juste après, vient la mort de sa mère, qui était bouleversante au point où elle lui a provoqué une fausse couche d'une grossesse de 3 mois. Dans ce cas on a constaté qu'Amel a réagit à cette situation traumatique par l'écoulement de cette excitation au niveau organique, en disant " Je me porte bien hamdou lilah, bien que depuis la mort de ma belle mère et de ma mère j'ai souffert, et puis je suis tombée malade mais tout de même j'ai combattu ma maladie ".

Ce qui est rassurant, est qu'Amel se réjouie d'un environnement favorable qui peut jouer le rôle d'un système protecteur d'éventuelles autres maladies organiques.

• Vie relationnelle et relation objectale

La patiente noue de bonnes relations avec sa famille et bénéficie d'un bon soutien, qui d'après ces dires " j'ai souffert mais el hamdou lilah ya ceux qui m'ont aidé, ma famille, mon

mari, mes frères et sœurs, en plus mon mari est très gentil, il a pris soin de moi, même la femme de mon beau frère était attentionnée, en plus j'ai une femme de ménage jeune qui a vingt cinq ans ,elle fait le ménage et prépare à manger " .

On souligne que la patiente investit le côté relationnel, par la présence de sa propre famille ainsi que celle de son mari, qui l'ont beaucoup aidé à surmonter ses peurs et ses angoisses, cependant l'apport de sa famille représente un environnement favorable qui l'a aidé à lutter contre sa maladie grave.

Pour les projets d'avenir, elle souhaite la réussite de ses enfants et de conserver sa santé en disant " je désire la réussite de mes enfants et que je reste en bonne santé " .

Ce qui est relatif à la nature de sa vie onirique, d'après les déclarations d'Amel, elle nous confie que ses rêves sont de nature ordinaire et ne fait pas de cauchemars en soulignant " je dors bien, et je me réveille bien, je ne fais pas de cauchemars en plus mon mari m'encourage donc je n'ai pas peur, je prends mes médicaments et je m'endors " .

Conclusion

Amel souffrait d'une seule maladie (cancer du sein), traitée par la chimiothérapie et l'ablation chirurgicale. Sa tenue du corps est moyenne parce qu'elle a gardé relativement un certain équilibre générale.

Les procédés utilisés au cours de l'entretien étaient du contrôle, défense par la réalité contre les fantasmes, puis viennent ceux de la série labile. En parallèle on note l'apport favorable de sa famille, qui joue le rôle d'un deuxième protecteur après son appareil mental.

3. Analyse du test du Rorschach

Rorschach d'Amel, 48 ans

Texte	Enquête	Cotation
I		

<p>10''. Zaghagh normal, dachouthe toura wayini zaama. 1. tichki dal crocodile nagh dalaabde, zaama les crocodiles ani tichki dalaabde. 2. cine les crocodiles yawane sa wayet assa daya. 53 "</p>	<p>Toute la planche. Les crocodiles (D saillies médianes supérieures et mamelons centraux).</p>	<p>G F- H D F- A Sym</p>
<p>II 3. 8''. Tichki labhaghe itnadji itsovide alaamrisse, cine nalaabade dayi. 4. dayini tichki la tour Eiffel, al hadja laali. 5. aberkane ayini okithe zaama adlahlek, mais yatekmassi itefagh gel azma. 1'08 "</p>	<p>Toute la planche. la tour Eiffel (D pointe médiane supérieure Aberkane (D les deux parties latérales noires)</p>	<p>G K H D F+ Arch D C' Abst</p>
<p>III 6. 7''. Dayini twaligh papillon. 7. cine alaaibade cava nouhni tekmassi itefagh itssoulagi glahlek ani khater la couleur takhoukhithe tachbah, tekmassi tssoulagithe, bâchi aken taberkhente okithe. 35 "</p>	<p>Papillon (D rouge médian) Cine alaaibade (D partie supérieure du détail noir latéral).</p>	<p>D F+ A Ban • DG K H Ban</p>
<p>IV 8. 5''. Wayini dounithe okithe taberkhente en dirait am wina idessaadayen Dracula, le film de Dracula, dounithe okithe taberkhente, wayini mayekhmassi yawène adihlek ouyaalimagha dachou lahlakisse, athikchame alkhoufe athitkhamim ouyethousagha idounith, hadikare al mouthe kan. 37 "</p>	<p>Toute la planche.</p>	<p>G C' Abst →Cl Persév ération. Comm entaire.</p>
<p>V 2''. Wayi sa commence, itssoulagi hède, lahleke ani magha azdifaghe adiaalem dachou yahlek, lène widakhe itcouragine c'est comme si yawène itkalmé tichki lahleke ani ibaned dachou yahlek yawène adikalma ma youfa yawène adwasse, ma youfa atbib assik confiance, mais comme même mazel alkhoufe ziyèsse. 52 "</p>	<p>Refus <u>Réponse additive :</u> Tayi tamoug am tichki papillon nagh afghoukh maytedo adifagh itwakhdam okithe adlahlek ani, oumbaade wayini am tichki itedo adighouh am tichki lahleke ani itedo adighouh didesse [G F+A Ban]</p>	<p>Refus Persév ération</p>
<p>VI 10''. Wayi outefhimghagha. 9. zaama makhdem yawène l'opération, mayela yatwakghah, chghal yawène isolé imanisse wayi matwakaghgate atilite wahdem, mazel alkhoufe an lahleke ani.</p>	<p>Toute la planche. <u>Réponse additive :</u> Athoussough tichki wayi dadjakroune</p>	<p>G F Clob Anat</p>

38 "	nalaabde mayela hède ikhdem l'opération tehousough atezghete g les radios. (D toute la ligne médiane entière).[G F+ Anat].	
VII 10. 6''. Wayi am tichki ad labhagh, ma tekimate aka zath labhagh, atezrete almoudjath itghousse alkhategh, akam tichki lahlek ani itkmassi itefagh akam adyili yawène didem akmitkalmi am dihadegh flahlak otougadtagha itekssiya al khoufe. 1'	Toute la planche. Thoussoughasse d'el moudjath.	G K H /pays
VIII Wayini la couleur alaali bien, le rose wahi la bleu, wayi assma adiligh wahi adwaghawiw twaligh l'avenir toughaliyide alhayete thoussoughasse ideryaw, magha adiligh wahi doughgaziw, sa me donne le courage, la couleur alaali trouh la couleur taberkhante, ighouh lahlekh ani. 25'	Refus	Refus (nc)
IX 9''.Dayi darghen bien. 11. tbined la nature tichki telite gadghagh, ma tezghate al hadja tazegzawth. 12. Idoughagh atighine amane, normale, outkalkete agha tougha athane kmassigh ou kalkaghagha bachi mizghigh teberkhanine ani tougha oukelkegh ghagha dessin ayi normale, oufhimghagha dachouthe mais normale. 54 "	G la nature idoughagh	' GD F+C Pays Dbl Kob Elem
X Wayi bien, wayi alaalite, wayi tougha d'el hayete iditedoune inchaalah, la couleur laali daya, assma anili ag les contrôles daya, mais les couleurs ayi alaalithente. 28 "	Refus	Refus

Temps total : 5'73"

Choix + : La planche III parce que « je sens que la personne commence à se soulager », et dans la planche X parce que « ya de belles couleurs, c'est l'avenir inchalah ».

Choix - : La planche IV parce qu'elle « est toute noire », et dans la planche VI parce que « la personne est isolée, elle a mal ».

Psychogramme

R 12	G 6	F+ 2	A 2	F% 33,33↓
TT 5'73	G% 50↑	F- 2	H 3	F+% 50↓
T/rép 38,30'	D 5	K 3	Elèm 1	F%él 75↓

C	TRI 3K/3,5	D% 41,	Kob 1	Pays 1		F+%él 67
	66				↓	
	FC 1k/0 ^E	Dbl 1	FClob 1	Anat 1		H% 25↑
	RC 16,16	Dbl% 8,	C 2	H/Pays 1		A%
	33↓		FC 1	Arch 1	16,16↓	Ban 2
				Abstr 2		Ban% 17
			Refus 3			

Comme impression générale, on constate que la productivité des réponses est de R12, inférieure à la norme [20-30], il s'agit d'un protocole inhibé, réalisé dans un temps très court 5'73". L'investissement de la pensée est varié par l'intérêt à différents contenus tels que : Animale, Humain, Anatomique, Abstraction, Architecture, Paysage.

On souligne le refus de trois planches V, VIII, X et la présence de réponses additionnelles dans les planches V, VI. Enfin persévération dans les planches II, III « la maladie » et dans les planches IV, VIII « noir ».

On remarque qu'Amel appréhende la réalité extérieure dans sa globalité, G% 50↑ qui est supérieure à la norme [20-30%], en contrepartie les D% 61,66 sont dans la norme [60-70%], pour cela on dira qu'Amel perçoit la réalité dans sa globalité, mais ce mode d'appréhension de la réalité est inversé par rapport à la norme 1G égale 2D ou 3D. Aussi, on note une réponse détaillée dans le blanc Dbl% 8,13↓ qui reste inférieure à la norme [10%]. D'autre part la présence de G simple dans la planche I, et la présence de G élaborée dans les planches II, VII et dans les planches IV, VI on trouve les G impressionnistes.

Concernant les déterminants, on souligne qu'Amel n'appréhende pas la réalité dans son côté formel concret, attesté par le pourcentage de F% 33,33↓ qui est inférieur à la norme [60-65%]. Aussi, la relation avec la réalité extérieure reste perturbée et inadaptée, confirmée par le F+% 50↓ qui est inférieur à la norme [70-80%]. Donc, on est obligé de recourir au F% Elargie pour essayer de l'aider à rattraper cette insuffisance par l'introduction de sa vie interne. Par contre malgré ce rajout, on constate que le F% Elargi 75↓ reste toujours inférieure à la norme [80%], ainsi que le F+% Elargi 67↓ est aussi inférieur à la norme [85-95%]. Donc, la patiente n'a pas pu se rattraper bien qu'elle ait aidée avec les F% Elargis et les F%+ Elargis, et sa relation à la réalité reste altérée.

A propos des contenus, on note que la patiente a utilisé des contenus variés, elle a pu investir plusieurs contenus tels que : le contenu animale A% 16,16↓ qui est bas par rapport à la norme [35-60%], en revanche le contenu humain H% 25↑ est supérieure à la norme [15-20%]. Aussi, on constate la présence d'autres contenus tels ; abstraction, architecture, anatomique, paysage, élément. Les banalités sont au nombre de 2 qui sont inférieure à un

protocole normal, ce qui signifie que notre patiente présente des difficultés d'adaptation sociale malgré les efforts fournis.

Pour les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle, à propos de la résonance intime TRI 3K/3,5C est extratensive mixte alors que la formule complémentaire FC 1k/0^E, dans laquelle on constate qu'elle ne va pas dans le même sens avec le TRI, attestant de la présence d'un conflit.

Concernant les réponses Kinesthésiques, la patiente a introduit trois Kinesthésies majeures dans les planches II, III, VII, accompagnées de pulsions de vie ayant un contenu d'effort de survivre dont la forme est positive adaptée à la réalité externe et appréhendée dans leur globalité, ce qui signifie la présence d'une vie fantasmatique contrôlée.

Les réactions sensorielles, dans les planches II et IV révélées par la présence d'affect dépressif pur (C') accompagné d'une tendance à la peur (Clob), aussi à la planche phallique la PI VI F⁻Clob le sentiment de peur reste non maîtrisé. Par contre, ses affects restent parfois contrôlés (F⁺C) à la planche IX. Tous ces indices confirment la perturbation de la vie interne qui reste parfois contrôlée.

Dans ce protocole, on remarque des dérapages à travers les réponses des F- qui se trouvent dès la première planche I, cela nous révèle que la patiente dérape et présente des difficultés lors de son premier contact à l'objet, car la planche est évocatrice des relations précoces. Et aussi à la planche VI, planche phallique où la patiente a voulu contrôler la peur (F⁻Clob) mais sans efficacité. Aussi, on constate qu'Amel n'a pas pu traiter toutes les situations, où elle a refusé trois planches, la V adaptative et la VIII relationnelle et la X de séparation, par contre, on remarque qu'Amel a des capacités à se rattraper puisque après le refus de la planche V, elle a pu durant l'enquête donner une réponse additionnelle banale adaptée à la réalité, et aussi à la planche VI après son dérapage par une réponse inadéquate à la réalité, elle a donné durant l'enquête une réponse additionnelle conforme à la réalité. Ces réponses additionnelles signifient le retour du refoulé.

Concernant l'image du corps chez Amel à partir des planches unitaires (I, IV, V, VI), elle a appréhendé la planche I dans sa globalité mais avec une mauvaise forme (F⁻), et elle a appréhendé la planche IV dans sa globalité accompagnée d'un affect dépressif pur (C') non contrôlé, ainsi on retrouve un refus à la planche V malgré son aspect adaptatif, et enfin elle a appréhendé la planche VI dans sa globalité accompagnée d'une mauvaise forme (F⁻Clob), alors, on peut avancer qu'Amel a une image du corps perturbée.

En outre, et concernant les identifications on constate que la patiente a donné des réponses asexuées aux planches II, III "Des personnes", V, VI, VII "Quelqu'un", et une seule réponse sexuée à la planche VIII " Mon mari ", ce qui signifie qu'Amel présente des difficultés d'identifications.

Sur le plan syntagmatique étayé par les procédés de la grille du TAT on trouve que la patiente a utilisé des procédés de contrôle tels que ; les précautions verbales dans presque toutes les planches, le remâchage dans les planches II, III, IV, VIII. Ainsi que les procédés d'évitement du conflit tels que ; l'inhibition dans les planches V, VIII, X, les procédés narcissiques - relation spéculaire dans la planche I, critique de soi dans la planche VI -, ainsi que l'étayage en demandant de l'aide au clinicien à la planche I.

La formule d'angoisse chez Amel est de 8,33% qui est basse par rapport à la norme [12%] ce qui peut indiquer la maîtrise de l'angoisse chez elle.

Hypothèse du fonctionnement mentale

Amel a une production inhibée R12 avec plusieurs refus (3), on remarque une fluctuation dans son traitement des planches, soit on a des planches bien traitées, soit on a des planches carrément refusées, d'où on souligne qu'Amel est dotée d'une mentalisation incertaine. Dans ce cas, l'état général de son cancer reste lié à la qualité de son fonctionnement mental qui est en fluctuation, mais cet état se stabilise et devient équilibré si l'environnement reste favorable.

Conclusion

La prise en charge de la maladie somatique dans le passé se faisait seulement par le recours aux médicaments en négligeant ainsi toute autre dimension de la structure humaine.

Les données de la psychologie clinique ont pu démontrer les failles de l'approche médicale qui focalise son intérêt sur le coté biologique, et en s'intéressant à l'individu dans son aspect partiel ignorant la dimension humaine et l'aspect psychique de la personne soulignons que l'accompagnement psychologique contribue au soulagement et parfois même à la guérison du malade. C'est dans cette conception que Rosine Debray a confirmé que le traitement adapté ne doit pas se déterminer à partir d'une perturbation physique cependant la prise en charge thérapeutique doit se baser sur les malades et non pas sur les maladies.

Ainsi, les études et les recherches actuelles en psychologie confirment et considèrent l'être humain dans sa globalité psychosomatique. A partir de cette vision, l'école de psychosomatique de paris s'est approfondie en démontrant que le déséquilibre dans l'organisation mentale provoque des régressions qui peuvent conduire l'individu soit à développer une symptomatologie mentale ou à des atteintes organiques, ces derniers en plus de leur valeur destructrice peuvent dans certain cas avoir une valeur réorganisatrice.

En réalité, ces femmes mastectomisées, parfois, elle ne sont pas à l'abri de d'autres maladies telle que les métastases,... ,ce qui produit une désorganisation progressive somatique, liée à l'exposition durant la vie à des moments de crise pendant que l'élaboration mentale est réduite. Cependant, il n'existe pas de structures mentales qui fonctionnent d'une manière linéaire quelque soit la qualité de son organisation. C'est la raison pour laquelle

l'évaluation de la qualité de la mentalisation de l'individu en voie d'un déséquilibre, déterminera la prise en charge adéquate où l'intervention se portera sur le plan physique et sur le plan psychique dans l'objectif d'une réorganisation psychosomatique.

Dans ce sens, notre présentation a concerné la qualité du fonctionnement mental du cas Amel atteinte d'un cancer du sein et a subi son ablation, dans laquelle on a confirmé qu'il existe une relation expulsive entre la qualité du fonctionnement mental et la tenue du corps. C'est à dire les différentes réactions du corps dépendent de la qualité de la mentalisation, en se référant aux données de la théorie psychosomatique de Pierre Marty.

Il reste à souligner que cette présentation peut permettre à d'autres chercheurs d'effectuer des études plus approfondie concernant ce même sujet, telle que les facteurs intervenant dans l'inobservance thérapeutique quand le malade souffre d'une maladie grave comme le cancer.

Bibliographie

- Besançon G. (1993).Manuel de psychopathologie. Paris, France : Dunod .
- Bourneuf ,J et Domart ,A. (1981).Nouveau Larousse Médical. Paris, France : Librairie Larousse.
- Debray, Q., Granger ,B. et Azais, F. (2005). Psychopathologie de l'adulte. Paris, France : Elsevier-Masson.
- Debray, R. (1997).TAT et économie psychosomatique : un bilan, actuel. *Psychologie clinique et projective*, 3, 19-37.
- Doucet,C. (2000). *La psychosomatique théorie et clinique*. Paris, France : Armond colin.
- Ferreri , M. , Ferreri ,F. et Nuss,P. (2003). *La dépression au féminin*. Paris, France : John Libbey Eurotext.
- Kernbaum,S .(2001). Dictionnaire de médecine Flammarion (7^{ème} éd.). Paris, France : Flammarion Médecine-Sciences.
- Marty , P., De M'uzan ,M. et David , Ch. (1963). *L'investigation psychosomatique. Sept observations cliniques*. Paris, France : PUF.
- Marty P. (1988). Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte. *Psychothérapies*, (4), 177-182.
- Marty,P.(1990). *La psychosomatique de l'Adulte*. Paris, France : PUF (collection que sais-je ?).
- Marty, P . (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris, France: Collection les Empêcheurs de Penser en Rond.