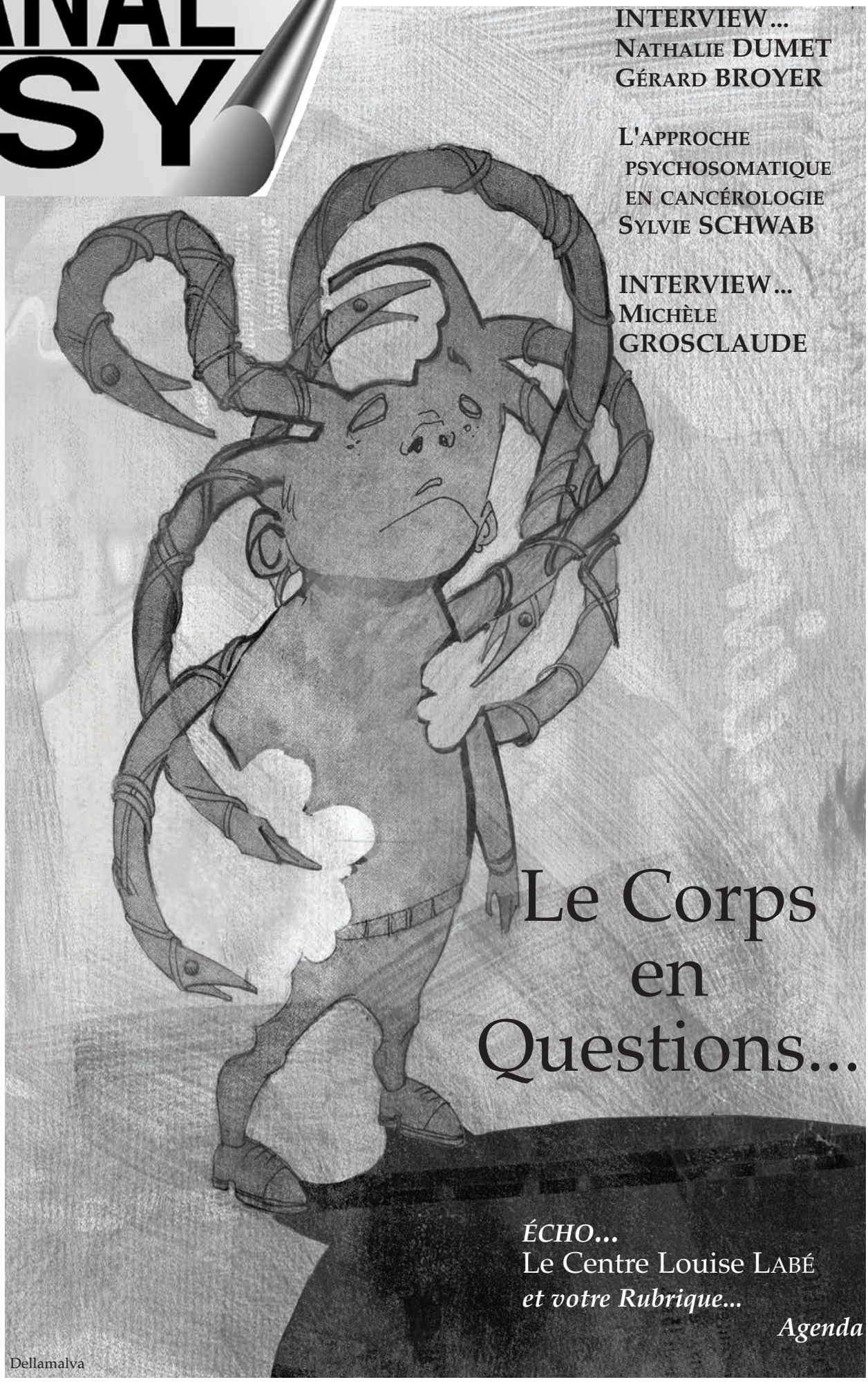
CANAL PSY

Bimestriel
3,05 €



INTERVIEW...
NATHALIE DUMET
GÉRARD BROYER

L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE EN CANCÉROLOGIE
SYLVIE SCHWAB

INTERVIEW...
MICHÈLE GROSCLAUDE

Le Corps en Questions...

ÉCHO...
Le Centre Louise LABÉ
et votre Rubrique...
Agenda

Dellamalva

N°62
Février - Mars 2004

AGENDA

Canal Psy a changé de bureau...

Vous pouvez désormais prendre contact avec l'équipe de Canal Psy à la salle K 124 Bis à l'Insitut de Psychologie

Le numéro de téléphone a également changé... Désormais il vous faut composer le numéro du standard de l'Université, soit le 04 78 77 23 23 puis demander le poste 20 59.

Toutefois, vous pouvez également trouver de nombreux renseignements utiles (formules d'abonnements, commande de numéro, contacts...) sur le site Web de Canal Psy disponible via : http://psycho.univ-lyon2.fr puis après RECHERCHE de CANAL PSY...

N.B : Le site Web de Canal Psy proposera, sous peu, un Agenda concernant les nombreuses manifestations, conférences et/ou colloque intéressant les différents domaines de la psychologie...

JOURNÉE DU CENTRE INTERNATIONAL DE PSYCHOSOMATIQUE

RELATION ET THÉRAPIE RELATIONNELLE

Le 19 juin 2004 à Paris

9 h	Introduction : Prof. SAMI-ALI
9 h 45	Catherine ROSEAU : Art et art-thérapie : le problème de la relation.
10 h 15	Pause
10 h 45	Dr. Adèle BUCALO : Le rêve dans la relation thérapeutique.
11 h 15	Dr. Anne FOURREAU : De la relation médecin - malade à la relation thérapeutique.
14 h	Dr. Théo LEYDENBACH : Le travail de guérison : du cercle à la spirale.
14 h 30	Dr. François HUCK : Patient douloureux chronique et relation thérapeutique en relaxation psychosomatique.
15 h	Dr. Maurice BENSOUSSAN : La relation thérapeutique à l'épreuve de la psychiatrie.
15 h 30	Pause
16 h	Michel ROCHEFORT : Le transfert au risque de la théorie relationnelle.
16 h 30	Dr. Mohammed JABIR : Titre à préciser.
17 h	Gérard RENAUDO : L'abord du rêve dans la consultation médicale.
17 h 30	Sylvie SCHWAB : Rôle de la projection dans la relation thérapeutique.
18 h	Conclusion

Lieu :

Maison des Mines
270 Rue Saint Jacques
75005 Paris
Métro Luxembourg

Prix de la journée : 50 euros
60 euros pour la formation permanente
40 euros pour les étudiants

Administration :

56 avenue Mozart
75016 Paris
Tél : 01 42 30 99 41
Fax : 01 45 20 28 75
Http://cips.free.fr
Secrétariat :
Lundi et Mardi de 9 h à 12 h
Jeudi et Vendredi de 9 h à 17 h

Bibliothèque de 3e cycle du
Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique (C.R.P.P.C.).
Responsable : Gabriela COMTE, salle 134K

Réservée aux étudiants de Maîtrise, D.E.A., Doctorat et aux enseignants-chercheurs du Centre de Recherche, elle propose le prêt d'ouvrages et la consultation sur place de revues, de thèses, de mémoires de D.E.A., de notes de recherches et de documents liés à l'exercice de la profession de psychologue.

Le C.R.P.P.C. a des collaborations avec des laboratoires en France et à l'étranger : Association Argentine de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe de Buenos Aires, Institut de Psychologie de Riga, Université de Lodz, Institution de Formation des Travailleurs Sociaux de Genève, Institut de Psychologie de Saint-Petersbourg, Université de Montréal.

Horaires d'ouverture

lundi de 9 h à 17 h
mardi de 14 h à 17 h
mercredi de 9 h à 12 h
jeudi de 9 h à 12 h et de 13 h à 17h

Saison 2003/2004

PSYCHOGITO (Psychogito.fr.st)
et le BDE psycho de la Faculté Catholique
présentent :

8 Avril 2004
La question du père

Catherine PISAPIA, Psychologue clinicienne
Bruno GRELAS, Professeur de Lettres, Université Lumière Lyon II

6 Mai 2004
La santé globale
(physique, émotionnelle et mentale)

Bernard ISNARD, Psychothérapeute

de 19 h à 21 h au café «République» place de l'hôpital Lyon 2ème

---

SÉMINAIRES PSYCHANALYTIQUES DE PARIS
4 REGARDS SUR L'ENFANT

Jeudi 24 Juin 2004 à 9 h 30
L'enfant vu par S. FREUD
C. PISANI

Jeudi 24 Juin 2004 à 14 h
L'enfant vu par F. DOLTO
D. BERTHON et Mme L. DARCOURT

Vendredi 25 Juin 2004 à 9 h 30
L'enfant vu par A. FREUD
P. GUEDJ et Mme G. VIALET-BINE

Vendredi 25 Juin 2004 à 14 h
Le Stade du miroir
J.-D. NASIO

Lieu : Espace Reuilly, 21 rue Hénard, 75012 Paris, de 9 h 30 à 17 h
Contact : Madame ROMEZY
Téléphone : 01 46 47 66 04 ou 01 42 24 83 13
Télécopie : 01 46 47 60 66
Site internet : www.seminaires-psy.com

Association de Langue Française des
Psychologues spécialisés pour
Handicapés de la Vue
organise
en partenariat avec l'Institut Michel FANDRE
(Centre de Rééducation et d'Education Spécialisée
pour la Vision, l'Audition et le Langage

les 35èmes Journées d'Etude de l'A.L.F.P.H.V
les 14, 15 et 16 mai 2004

«le réseau, pour la personne déficiente visuelle, une douce et efficace complémentarité»

Secrétariat des journées
Patrick COLIN
Institut Michel FANDRE
51, rue Léon MATHIEU
B.P 10 - 51573 REIMS CEDEX 2
Tél : 03 26 08 41 88 - Fax : 03 26 08 41 89

L'UNIVERSITÉ TOULOUSE LE MIRAIL
U.F.R DE PSYCHOLOGIE
ET
L'UNIVERSITÉ PAUL VALÉRY - MONTPELLIER III
ORGANISENT UN

COLLOQUE NATIONAL
les 24 et 25 Juin 2004

La Formation Professionnelle des Psychologues Cliniciens à l'Université

Renseignements :
Sonia HARRATI
harrati@univ-tlse2.fr
Inscriptions :
David VAVASSORI
vavassori@univ-tlse.fr

U.F.R de Psychologie
Université Toulouse le Mirail
5, Allée Antonio MACHADO
F-31058 TOULOUSE Cedex 9

S O M M A I R E

Le corps en questions...

INTERVIEW...
Nathalie DUMET
Gérard BROYER p.4

L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE EN CANCÉROLOGIE
Sylvie SCHWAB p.7

INTERVIEW...
Michèle GROSCLAUDE p.10

ÉCHO...
LE CENTRE LOUISE LABÉ p.13

S O M M A I R E

Édito

Nous avons décidé pour ce numéro de nous pencher sur la question du corps, de ses manifestations et de certaines énigmes qu'il nous posent...Nous retrouvons de plus en plus de psychologues au sein des équipes médicales, apportant un regard décalé sur ce corps et ce qu'il exprime de souffrance. De corps à soigner, «réparer», il devient corps à «penser/panser» selon la jolie locution de Marc LHOPITAL.

Ainsi Nathalie DUMET et Gérard BROYER nous présenteront l'axe de recherche du groupe de psychosomatique de l'Université, leur inscription dans ce courant, à travers la publication récente de l'ouvrage collectif «Avoir ou être un corps»

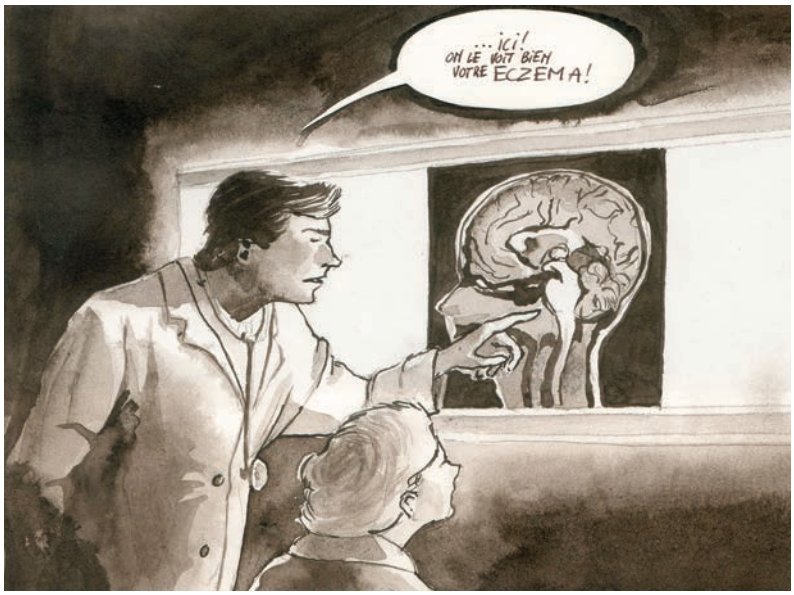
Nous suivrons ensuite Sylvie SCHWAB dans son accompagnement des patients atteints de cancer, puis nous découvrirons avec Michèle GROSCLAUDE quelques enjeux psychiques d'une hospitalisation en service de réanimation.

Nous laisserons ensuite la place à A. HOUËL pour nous présenter le Centre Louise LABÉ établi à l'Université.

Un petit mot enfin pour saluer les étudiants de l'atelier de Jean CLAVERIE de l'Ecole Emile COHL qui illustrent le journal depuis la rentrée 2003 et ne manquent ni de talent ni d'humour....

Bonne lecture à tous.

Anne-Claire FROGER



DOSSIER
Le corps en questions...

INTERVIEW...

de Nathalie DUMET et de Gérard BROYER

Nathalie DUMET et Gérard BROYER nous parlent de leur ouvrage commun : «*Avoir ou être un corps*».

Canal Psy : Nathalie DUMET. Au regard des différents courants qui ont jalonné l'histoire de la Psychosomatique en France, comment situeriez-vous votre orientation actuelle au Centre de Recherche de Lyon II ?

Nathalie DUMET : Les recherches qui, historiquement, ont tenté de mettre en évidence des « maladies psychosomatiques » (F. ALEXANDER) ou des « malades psychosomatiques » (F. DUNBAR), voire même une « structure psychosomatique » (P. MARTY) s'avèrent aujourd'hui complètement dépassées - même si de ci de là il peut rester quelques fervents défenseurs, somaticiens comme psychanalystes, de telles hypothèses. En regard de la polyfactorialité en jeu dans les affections - quels que soient d'ailleurs le mode d'expression de celles-ci, leur forme manifeste, somatique ou psychique pour dire vite - je fais mienne l'assertion de M-C. CÉLÉRIER (1989) selon laquelle il n'existe « aucune frontière [qui] sépare la maladie psychosomatique et la maladie organique ». En effet, on voit mal en vertu de quoi la réalité psychique (là encore quelque soit la façon de formuler celle-ci : conflit spécifique, caractéristique de la personnalité, traumatisme, affect réprimé et / ou représentation forclose, sinon même gelée, etc.) interviendrait dans telle ou telle configuration symptomatique et non dans telle(s) autre(s). Force est de constater que le 21ème siècle n'en a pas encore fini d'épuiser cette ancestrale et épineuse question des rapports entre psyché et soma ! Il faut surtout dire que la perspective causale n'est pas la seule ni surtout la plus intéressante voie de recherche en psychosomatique. Pour ma part, il me semble plus fécond de s'intéresser à la manière dont le corps participe de la construction subjective et identitaire de chaque individu, soit encore à la manière dont celui-ci investit et mobilise cette dimension de sa réalité. C'est pourquoi j'ai jusqu'alors orienté mes recherches sur le rôle et la fonction du corps, ou plutôt des corps (réel, imaginaire, érogène,…) dans l'économie psychique, dans l'équilibre de la personnalité, dans la régulation voire symbolisation des conflits (intrapsychiques comme intersubjectifs), et *in fine* dans l'aménagement de la santé, soit de l'équilibre psychique comme somatique.

Canal Psy : Dans cet ouvrage vous réunissez des articles qui s'interrogent sur le type de rapport que nous entretenons avec notre corps, sur le rôle et la place qu'il peut occuper dans notre équilibre psychosomatique. Vous considérez ainsi que le corps serait porteur d'un message, en ce sens les « désordres » ou « déviances » psychosomatiques refléteraient tout à la fois l'existence de troubles dans la relation à l'objet et le compromis trouvé par le sujet pour maintenir un certain équilibre interne. Pouvez-vous nous en dire quelques mots de plus ?

Nathalie DUMET : Précisons tout d'abord que cet ouvrage reprend l'ensemble des communications présentées à l'occasion de la Journée d'étude réalisée, à l'Université Lyon II, par notre groupe de recherche en Décembre 2001.

Le terme de « déviance » ne me convient pas bien. En effet, le corps, tant dans son fonctionnement naturel que dans ses aléas ou perturbations, est agent et objet d'expression subjective comme intersubjective ; dès lors, toute manifestation du corps quelle qu'elle soit est porteuse de sens et surtout sert l'équilibration individuelle comme relationnelle, même si parfois cela apparaît sous les auspices de la pathologie ou du désordre.

Pour ne prendre qu'un exemple, celui de Cécilia dont j'ai parlé lors d'un précédent colloque du CRPPC ; j'ai tenté de montrer comment différents agirs corporels chez elle, parmi lesquels la pratique sportive, l'apparition d'une grossesse imprévue, l'interruption de celle-ci puis la boulimie et le grossissement s'inscrivaient et s'intégraient dans le mouvement dynamique de sa construction psycho-identitaire féminine, narcissique et libidinale. Loin d'être ou de renforcer chez elle défenses et fixations pathologiques, la mobilisation du corps est ce qui a permis à Cécilia, au cours de son histoire, d'actualiser certains conflits inconscients (séparation d'avec l'objet maternel, accès à la génitalité) et d'en permettre la symbolisation.

Canal Psy : Dans votre article où vous apportez un nouvel éclairage sur la clinique des sujets présentant une obésité, vous proposez d'entendre leurs résistances liées à l'amincissement comme une protection de l'ordre de la « survie » psychique, la perte de poids venant menacer un équilibre identitaire. Vous soulignez ici la difficulté majeure qui se présente pour le praticien d'être vécu comme exerçant une emprise mortifère contre laquelle ces patients s'opposent. Dans ces conditions, quel type d'accompagnement permettant de sortir de cette impasse peut être proposé à ces patients ?

Nathalie DUMET : La réponse est loin d'être aisée et *a fortiori* connue, des praticiens notamment ! Toute la difficulté réside justement dans l'aménagement de la suffisamment bonne distance dans la relation thérapeutique. Dans celle-ci, l'objet/le thérapeute (médecin comme psychologue au fond) ne doit être ni trop loin afin de soutenir adéquatement le Moi du patient et de ne pas attiser les craintes d'abandon et autres angoisses de perte du sujet, et surtout ni trop près afin d'éviter cette fois l'activation et le surgissement d'angoisses et de fantasmes archaïques (de dévoration, d'engloutissement, d'annihilation). Dans les deux cas, cela se solderait (et se solde dans la réalité clinique !) par

la rupture du lien thérapeutique ; peut-être en pareille circonstance est-il alors plus juste de dire que le lien à l'objet n'a pu trouver à se (re)constituer.

Canal Psy : Enfin, de votre point de vue, où vont se diriger les futures recherches spécifiques à l'orientation en Psychosomatique ?

Nathalie DUMET : Dans la mouvance du psychiatre psychanalyste C. DEJOURS, je dirai que les progrès de demain s'imposent en direction d'une « biologie de l'intersubjectivité », c'est-à-dire d'une recherche et démonstration de l'impact et des effets biologiques de la rencontre avec l'autre et ce faisant du travail psychologique. En tous cas, parler de biologie ne signifie nullement renoncer aux recherches cliniques et psychanalytiques dans le champ psychosomatique au profit de seules approches neurobiologiques ou neurocognitives mêmes. Il s'agit bien au contraire de maintenir et d'affermir les liens, échanges et apports entre chercheurs relevant tant des sciences du vivant que des sciences humaines. Certes ce n'est chose ni aisée ni acquise. La reconnaissance de la différence (et de son intérêt !) reste parfois bien difficile sinon même déniée tant les idéologies unitaires (celle du « tout biologique » comme celle du « tout psychologique » !) sont persistantes, mais pourtant… bel et bien désuètes aujourd'hui… !

Canal Psy : Gérard BROYER. Dans votre article « Pensez psychosomatique ! », vous dénoncez ce clivage particulièrement ancré dans la pensée française entre corps et psyché, mais également, vous le soulignez, entre objectivité et subjectivité, supports de la sensorialité et de la motricité, etc., et vous « militez » au contraire pour une conception qui les intrique plus étroitement et revienne sur cette parfois trop stricte séparation qui appauvrit finalement notre appréhension des manifestations psychosomatiques. Pouvez-vous revenir sur ce point pour les lecteurs de Canal Psy, et nous dire quelques mots sur l'implication pratique de cette position ?

Gérard BROYER : Ce n'est pas qu'une caractéristique de la pensée française. Il s'agit d'une position philosophique de la pensée occidentale qui engage toutes les épistémologies des sciences qui, comme la biologie, la physiologie, l'anatomie et les neurosciences actuelles en procèdent. Le dernier livre de A.R. DAMASIO *Spinoza avait raison* est une nouvelle illustration de cette volonté de dépasser un dualisme jugé insatisfaisant pour la plupart, pour promouvoir un monisme matérialiste tout aussi insatisfaisant sur le plan de la compréhension de la psyché ; le sous-titre joie et tristesse, le cerveau des émotions est en soi tout un programme, et il n'y a pas à sauter de joie pour un psychanalyste ou un psycho dynamiste. Par contre, l'enthousiasme de l'accueil suscité par un tel essai prouve encore une fois l'incapacité actuelle de penser un monisme de la corporéité intelligent tel que la clinique psychosomatique nous le propose à voir, c'est-à-dire un processus de la rencontre d'un sujet avec son environnement qui vient interpeller dans l'expérience du vécu à la fois la corporéité et la psyché, comme l'a déjà décrit la Phénoménologie et plus précisément M. MERLEAU-PONTY. Des biologistes comme F. VARELA redécouvrent cette évidence et tente de l'intégrer dans leur épistémologie mais, les détours que cet auteur est obligé de faire par l'expérience bouddhiste, montrent bien que ce n'est pas facile pour la pensée occidentale. L'expérience de la rencontre d'un sujet et de son objet signe par contre bien l'inscription corporelle de l'esprit (pour paraphraser VARELA) sous ce double aspect du corps comme structure vécue : fantasmes, désirs, intentionnalité, et celui du corps comme contexte ou lieu des mécanismes psychiques : lorsqu'on a « l'intention » même inconsciente de voir un objet, il faut bien que tout notre corps se mette en position de voir cet objet et que notre œil accommode sur lui entre autres, autre exemple de l'ordre du truisme, mon « attitude » à l'égard d'une personne : amitié, amour, haine, colère, agressivité…, va provoquer tout mon métabolisme hormonal et mon système para- ou orthosympathique !

De la sorte, et c'est ce que nous avons déjà développé dans ces colonnes lors du dossier que vous avez consacré à l'Emotion, il faudrait concevoir une biologie capable de penser la subjectivité (et par conséquent l'intersubjectif), biologie qui ne se limite pas à ne prendre en compte qu'une pseudo « objectivité » du soma ; ce soma, à n'être considéré que comme une machine, posera toujours la question de l'hétérogénéité du corps et de la psyché et de leur relation ontologique, telles que postulées par la philosophie occidentale depuis R. DESCARTES, même si cette position épistémologique a permis des prouesses en génie biologique ou en technologies médicales extraordinaires, elle est devenue, peut-être précisément à cause de ces prouesses, globalement insatisfaisante et toutes nos questions éthiques en procèdent. Il va de soi que si la biologie « s'éthologise » en quelque sorte et devient une véritable bio-logie, un véritable bio-logos, une science du vivant et non plus science d'une machine animée, si elle devient une biologie de la subjectivité et de l'intersubjectif, la psychosomatique n'aura plus lieu d'être, puisque toute la biologie sera ainsi devenu psychosomatique. Mais nous n'en sommes pas encore là ! Pour l'instant, on en est au mieux à penser l'esprit comme sécrétion de la matière dans des tentatives de monisme matérialiste comme l'illustre bien A. Damasio ci-dessus évoqué ; pour les autres, nous sommes en attente épistémologique et peut-être faut-il encore ne se satisfaire que d'un positionnement défini comme « dualisme immanent », tel que le propose C. DEJOURS, en se repositionnant cette fois non plus par rapport à l'ontologie mais seulement par rapport à la causalité.

Canal Psy : Gérard BROYER. Par ailleurs, vous présentez les manifestations de somatisation comme des révélateurs du type de relation plus ou moins en souffrance que le sujet entretient avec son

Pour plus d'informations sur les travaux de N. DUMET et G. BROYER, le lecteur pourra notamment se reporter aux références suivantes :

BROYER G., « L'affect en psychosomatique », L'émotion en questions , Canal Psy N° 47, Fev- Mars 2001
BROYER G., « L'expérience du sacré et la dynamique du Surmoi », in D. DUBOUCHET, L'insertion par l'ailleurs, Paris, La Documentation française, 2002
BROYER G., « Pensez psychosomatique ! », in DUMET N. , BROYER G. (sous dir. de), Avoir ou être un corps, Lyon, L'interdisciplinaire, 2002, pp. 11-31
DUMET N. , BROYER G. (sous dir. de), Avoir ou être un corps, Lyon, L'interdisciplinaire, 2002, 134 p.
DUMET N. , BROYER G. (sous dir. de), Cliniques du corps, Lyon, PUL, 2002, 256 p.
DUMET N., Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique, Paris, Dunod, 2002, 172 p.
DUMET N., « L'agir corporel : de la répétition mortifère à la recréation subjective », Communication présentée au Colloque « Symbolisation et médiations » - cf. Les Cahiers du CRPPC, 2002, 2, pp. 59-74
DUMET N., « La différence incarnée. Réflexions psychosomatiques sur un phénomène étrangement familier : l'obésité », Cahiers de Psychologie Clinique, 2002, 1, 18, pp. 31-44
DUMET N., « Pour une psychologie clinique du sujet psychique incarné », in MIETKIEWICZ M-C., BOUYER S. (sous dir. de), Où en est la psychologie clinique ?, Paris, L'Harmattan, 2003, pp. 59-63

environnement : « Le corps ne saurait mentir ». En cela il est un témoin de la construction interne du sujet mais également support et instrument de cette construction comme c'est le cas dans les thérapies à médiation corporelle. Ce qui vous amène à ouvrir le débat et à proposer que des recherches s'organisent autour de la notion de « croyance ». Peut-on établir là un lien avec un autre thème qui vous préoccupe, à savoir celui du « sacré » ?

Je pense que vous faites allusion à mon article : *L'expérience du sacré et la dynamique du Surmoi* .

Pas du tout ! Il est vrai que l'on a toujours tendance à associer le « croire » et le « sacré » car nous nous positionnons toujours dans l'expérience du religieux.

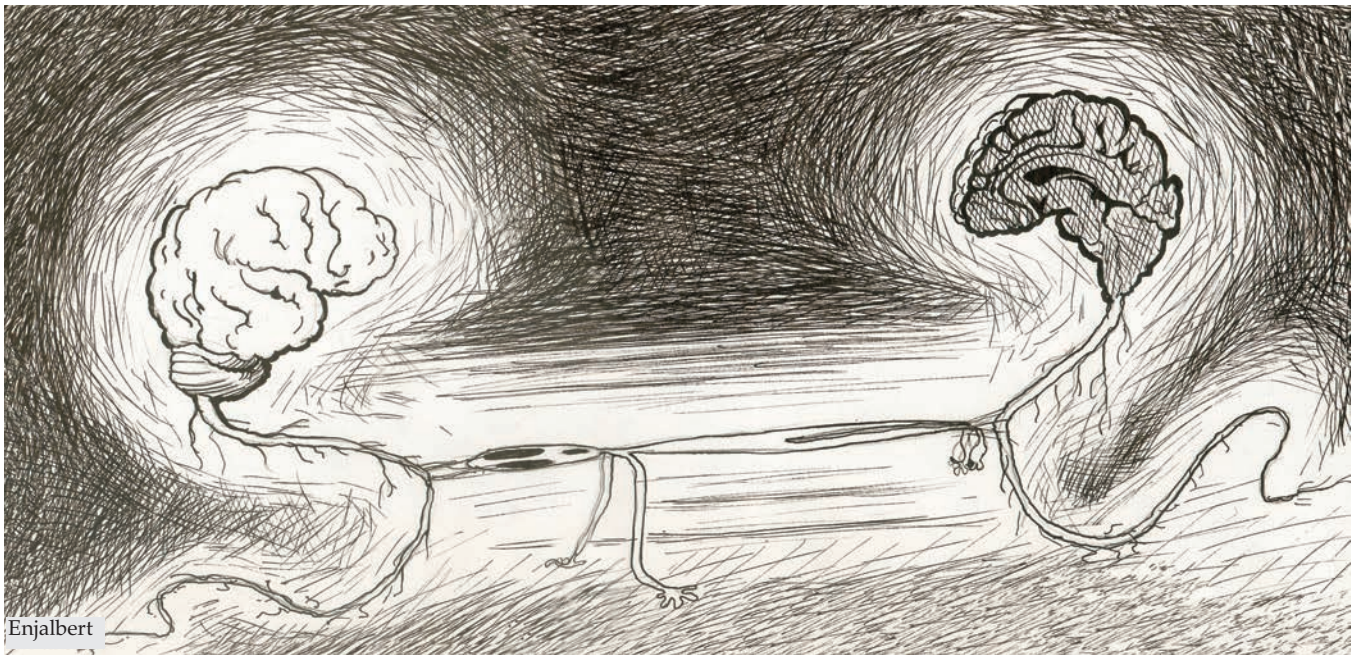
En ce qui me concerne, j'essaye d'approcher ces deux phénomènes en tant que phénomènes purement psychiques, comme nous le montre la clinique. Le « croire » suscite des phénomènes vitaux extraordinaires que, par première approximation on pourrait expliquer par la puissance de « l'investissement », libidinal, moment psychique encore mal étudié. On peut vérifier ces phénomènes vitaux dans l'efficacité du placebo, l'efficacité de la pensée magique…, mais aussi par exemple dans les cas limites de la proximité de la mort, dans ces cas de « santé psychosomatique » (qui peuvent également relever et s'expliquer par le déni) ; dans ces cas où tous les clignotants biologiques sont au rouge, la clinique nous apprend pourtant que telle personne « qui y croit », qui a de très forts investissements vitaux, ou qui est encore très fortement investie par son entourage - actif, passif - va survivre et parfois guérir d'une manière incompréhensible selon notre vision technicisée du biologique. Je pense également au syndrome de glissement chez le vieillard. Ce phénomène du « croire » relève donc selon moi de l'instinct de vie pour reprendre la conception de P. MARTY, instinct qui peut bien sûr se « pulsionnaliser » en se mentalisant.

Le sacré par contre relèvera de Thanatos, c'est à dire de toute cette dimension de la reconnaissance et de l'acceptation de l'interdit fondamental, dans la dynamique psychique qui va fonder le sens et le pouvoir de la LOI ; pas seulement la loi écrite, institutionnelle, mais cette loi psychique qui fonde l'interdit individuel au quotidien avec le respect des règles du social, constituant notre éthique. Cette loi psychique va également étayer la puissance du principe du réel : il y a des choses que l'on ne peut et ne pourra, au niveau psychique, jamais faire impunément, et je dirais presque que peu importe la loi écrite, tout simplement parce que ces chose engagent une dimension que l'on perçoit nous dépasser, nous, en tant qu'individu, parce qu'elles nous ouvrent à cette dimension du transcendantal, du « sacré » (non religieux), du respectable, de l'intouchable. Dans mon travail sur le sacré, j'évoquais quelques exemples de ces situations butoirs, entre autres le respect incompréhensible des dessins des hommes préhistoriques, ou des concrétions calcaires, dans une grotte, par des adolescents délinquants, en rupture du social, ayant bénéficié d'un stage de réinsertion par la spéléologie, adolescents apparemment sans foi ni loi et surtout sans peur du gendarme !, …

Bien des questions éthiques que nous nous posons aujourd'hui relèvent de ce sentiment du sacré, de ce tutoiement des limites de l'interdit au regard de l'humanité : qu'est-ce qui contraindra au respect des règles sinon ce sentiment du sacré?

Nathalie DUMET
Psychologue clinicienne
Maître de conférences
Université Lumière Lyon II

Gérard BROYER
Professeur de psychologie clinique
Université Lumière Lyon II
Institut de Psychologie
av. Pierre Mendès-France
69500 BRON
e-mail: gerard.broyer@univ-lyon2.fr
Tél : 06 80 02 95 98



Enjalbert

L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE EN CANCÉROLOGIE

SYLVIE SCHWAB

La maladie cancéreuse se définit par une prolifération de cellules malignes avec une fréquence de dissémination à distance. Si les mécanismes intimes de la cancérogenèse relatifs à la transformation du patrimoine génétique de la cellule sont mieux connus, on ne sait encore dénoncer le facteur originel ni poser le rôle déterminant des facteurs immunitaires, héréditaires, viraux, endocriniens, hormonaux, environnementaux et psychologiques. Le cancer psychosomatique en tant qu'entité nosologique n'existe toujours pas. Mais il est par contre intéressant d'interroger la clinique menée auprès de patients cancéreux à la lumière des hypothèses validées dans le domaine connexe des maladies auto-immunes et allergiques.

I. LA NOTION D'IMPASSE

Une situation fréquemment rencontrée en clinique psychosomatique se caractérise par la présence d'une impasse relationnelle en forme de conflit sans issue coexistant avec le refoulement plus ou moins massif des affects. Pour mieux définir l'enjeu thérapeutique, il est primordial de repérer les termes de l'impasse. Voici une courte illustration :

Anne est une jeune femme de 25 ans, mariée et sans enfant, atteinte à 17 ans d'un cancer des ganglions - la maladie de HODGKIN - dont elle a été "médicalement" guérie après six mois de traitements par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie. Elle se décide à me rencontrer sur la pression de son entourage, peu après une fausse-couche survenue à trois semaines d'une grossesse vécue comme une nouvelle maladie.

La maladie d'Anne, d'emblée, est liée à un sentiment de mort imminente -"du cancer, dit-elle, on ne guérit pas"-. L'expérience traumatisante du cancer reste actuelle, elle n'a pas été affaiblie par huit années de recul.

Voici un raisonnement caractéristique d'Anne :

— Pendant la période des entretiens, elle consulte plusieurs spécialistes pour une boule graisseuse dans la zone irradiée. Ceux-ci lui confirment, de visu, le caractère bénin du kyste pour lequel aucun traitement n'est nécessaire. Inquiète, considérant que seule, une radiographie "rentrant à l'intérieur du kyste" pourrait permettre le bon diagnostic, Anne insiste pour obtenir cet examen, mais les médecins n'y donnent pas suite. Elle en reste là, de ses démarches, mais commente : "si un médecin, sur ma pression, avait accepté de prescrire, pour me rassurer, cette radiographie, alors un autre doute m'aurait assaillie : le médecin, prenant prétexte de ma demande, n'aurait-il pas voulu, sans m'inquiéter davantage, vérifier son arrière-pensée, c'est-à-dire le caractère malin du kyste ?" Ainsi Anne se retrouvait-elle, au-delà de toute évaluation objective, que la radiographie ait lieu ou qu'elle n'ait pas lieu, dans une situation permanente de doute que l'on pourrait exprimer ainsi :

— ou je suis malade, mais je n'en ai pas la preuve

— ou je suis en bonne santé, mais je n'en suis pas sûre.

Ceci peut se traduire sous la forme paradoxale suivante :

— je suis malade et en même temps

— je ne suis pas malade.

C'est donc bien là, entre les deux termes de cette proposition qu'il importe de bien comprendre la notion d'impasse.

Le rapport qu'Anne entretient avec l'espace et avec le temps paraît tout d'abord révélateur de son fonctionnement psychique. La toute-puissance de la représentation mortelle de la maladie, huit années après, montre que le temps n'a pas de prise, qu'Anne vit dans un actuel atemporel.

De même, son incapacité à construire une représentation de sa maladie qui lui soit propre, vient du fait qu'elle ne dispose pas d'un espace psychique suffisant entre son corps réel lésé et elle-même : c'est comme si elle coïncidait avec son corps malade. On pourrait supposer dès lors que si la représentation sociale s'exprime avec une telle violence, c'est qu'elle prend la place d'une représentation imaginaire de son corps. L'absence d'espace intérieur se traduit par une absence de distance entre le dedans et le dehors, les représentations deviennent d'autant plus angoissantes qu'elles sont prises au pied de la lettre et fonctionnent psychiquement comme une instance surmoïque dont on peut penser qu'elle fait limite chez Anne qui n'en dispose pas de propres.

Il est maintenant utile de revenir sur le statut de la guérison qu'Anne définit selon la logique paradoxale exposée plus haut. Ainsi, dit-elle, je suis malade et en même temps, je ne suis pas malade. Cette situation contradictoire sans solution a été décrite par SAMI-ALI[1] : la situation d'impasse se caractérise par une structure logique qui renvoie à une contradiction fermant toutes les issues et rendant du même coup inélaborable un conflit proche de l'impensable psychotique. À l'opposé, une situation conflictuelle de nature non contradictoire se caractérise par la possibilité d'aménager une issue, sous forme de compromis, fut-il déplaisant. C'est notamment la solution névrotique mis en place dans la conversion hystérique, qui touche le corps imaginaire.

La seule plainte d'Anne se situe précisément ici, dans l'expérience permanente et épuisante de l'impasse. Les deux termes de la proposition : ou je suis malade, mais je n'en ai pas la preuve ou je suis en bonne santé mais je n'en suis pas sûre, entrent en équivalence dans une logique propre d'inclusion réciproque.

II- LE STATUT DU REVE ET LA RELATION THERAPEUTIQUE

Que le fonctionnement psychique du patient appartienne au registre psycho-névrotique (correspondant à la symptomatologie freudienne classique) ou au registre caractériel (qui s'inscrit dans le refoulement de l'imaginaire) ou aux situations intermédiaires qui sont sans doute les plus fréquentes, la

Bibliographie

1- SAMI-ALI : Penser le somatique-Imaginaire et pathologie-DUNOD 1987

maladie cancéreuse et ses traitements induisent une situation de crise existentielle qui s'apparente à la psychopathologie de crise. Cette situation de crise, parfois traumatique, peut devenir une impasse si une solution face aux expériences de perte induites par la maladie, n'est pas trouvée par le patient. Elle peut aussi réactualiser une impasse ancienne.

Ainsi, quelque soit le fonctionnement du patient, il est utile d'établir une relation entre l'impact des expériences médicales, corporelles et psychiques actuelles avec des expériences anciennes dont les connotations affectives sont en équivalence. Ce travail de lien définit le processus thérapeutique même.

C'est le rêve qui établit le plus sûr trait d'union entre l'actuel et le passé : l'acte de rêver est la création par excellence.

Il faut rappeler ici que les rêves sont d'abord des projections visuelles de l'image du corps sous forme de représentations empruntées à la réalité extérieure sur laquelle s'articulent des scénarios relationnels plus ou moins complexes correspondant aux conflits actuels mais aussi passés. Ces rêves renvoient en ce sens à une expérience à la fois corporelle et psychique, c'est-à-dire relationnelle. Favoriser leur expression et aider le patient à y déceler une représentation de lui-même, ainsi que la nature de ses conflits, permet que se raffermisse un processus qui concerne avant tout l'identité du patient. En effet ce travail, qui passe par une mise en mots dans le cadre de la relation transférentielle, est souvent vécu par le patient sur le mode de la révélation. Celle-ci s'accompagne d'un retour aigu sur le principe de son existence même, renforçant la dimension de l'identité. Cette révélation augmente la capacité d'élaboration du patient et ses ressources psychiques face aux expériences de perte liées à la maladie et à son histoire passée. La critique selon laquelle cette dynamique thérapeutique donnant une telle place au fonctionnement onirique reste descriptive, ou même métaphorique, exprimant en cela les effets du conflit et moins les processus qui leur sont inhérents, ne paraît pas fondée. L'image du corps dont rend compte le rêve est plus qu'une image qui reste distincte du corps : il y a synchronisation entre la constitution du corps imaginaire à travers la projection et la prise de conscience à travers la projection du corps imaginaire.

À l'hôpital, au sein des services de cancérologie, dans cette clinique particulière où le patient exprime rarement une demande psychothérapique, où la prise en charge est parcellaire, où la dimension de l'urgence bouscule les repères spatio-temporels, il faut attraper au bond, du fait de la brèche induite par l'angoisse, la capacité fugitive du patient à s'intéresser vraiment à lui-même. Mais notre démarche semble génératrice de retombées thérapeutiques appréciables. Les deux situations cliniques qui suivent vont illustrer ces propos. Il est en effet important, par une attitude quasi pédagogique, d'insister auprès du patient sur la place, la fonction et le contenu des rêves lors du premier entretien thérapeutique. Ainsi, une place étant faite au rêve, le patient rapporte souvent au tout début de la relation thérapeutique un rêve qui pose d'emblée les termes de la souffrance relative à la maladie et à ses traitements, ainsi qu'aux expériences de perte qui lui sont inconsciemment associées. Ces « rêves-programmes » méritent d'être aussitôt repérés et repris, selon une formulation acceptable par le patient, dans un cadre thérapeutique suffisamment sécurisant pour ne pas mener à la rupture du lien du fait d'une éventuelle poussée anxieuse.

Paul, 20 ans, atteint d'un cancer du testicule.

Paul est un jeune homme timide mais attachant et ouvert. Il se destine à une carrière de cinéaste, sur les traces de son père. On diagnostique un cancer du testicule, soigné par chirurgie, puis chimiothérapie, puis à nouveau chirurgie, un curage ganglionnaire étant nécessaire.

Le pronostic, au départ excellent, s'est avéré plus réservé du fait de cette atteinte ganglionnaire mais Paul observe une réelle confiance vis-à-vis des thérapeutiques anti-cancéreuses.

Je le rencontre un an plus tard, très déprimé, hypersomniaque et incapable d'envisager ses examens universitaires de fin d'année. C'est sa mère, très anxieuse, qui sert d'intermédiaire et qui me confie Paul, non sans ambivalence.

Voici le premier rêve qu'il rapporte :

« Paul est dans la salle d'attente du chirurgien. L'assistante de celui-ci le fait entrer dans le cabinet. Le chirurgien n'est pas là. Elle l'ausculte et déclare : « Il faut vous opérer tout de suite. » Elle l'endort et commence à l'opérer. Il se réveille. Son ventre est ouvert, il y a du sang partout. Allongée par terre, l'assistante lui dit qu'elle ne supporte pas la vue du sang et qu'elle s'est évanouie. Cela le fait rire. »

Des représentations corporelles traumatiques renvoient à la seconde opération abdominale connotée de mutilation et d'angoisse de mort. L'image du ventre béant et du sang qui coule renvoie en effet à une castration physique et à une guérison impossible.

La cause de cette situation est en fait donnée par le couple thérapeutique caractérisée par l'absence du chirurgien que remplace, d'autorité, une assistante zélée mais inefficace. Le couple du rêve renvoie dans la réalité au couple parental mis en faillite par la maladie du fils : c'est Paul qui réconforte un père culpabilisé qui s'écroule en pleurs sur son lit d'hôpital. C'est aussi Paul qui cherche à se distancer d'une mère hyperprotectrice et anxieuse. Paul a développé, deux ans avant la manifestation cancéreuse, un eczéma et des allergies respiratoires qui se sont accentuées après la chimiothérapie. Les images traumatiques de la chirurgie et la difficile guérison s'inscrivent autour d'une impasse relationnelle de type allergique. La reconnaissance de cette problématique à partir de ces quelques éléments permettra une évolution rapide de la situation dépressive et allergique vers une capacité d'élaboration permettant l'intégration progressive de l'expérience traumatisante des actes chirurgicaux et de la maladie cancéreuse.

Aline, 32 ans, atteinte d'un cancer de l'utérus.

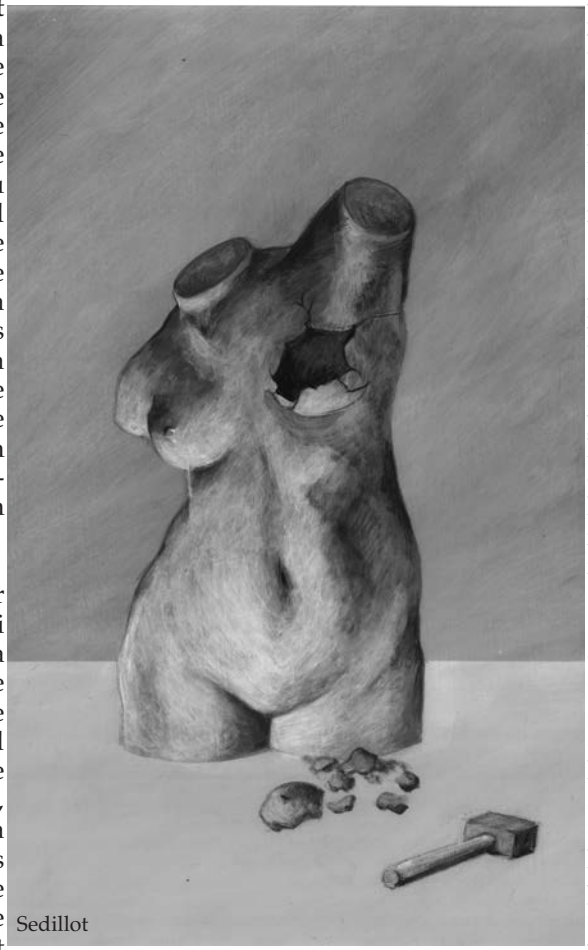
Aline est archéologue. Son mari est au chômage. Elle a un fils de 3 ans. Un an plus tôt, elle a été soignée pour un cancer du col de l'utérus par curiethérapie puis chirurgie (hystérectomie et ovariectomie). À la maladie cancéreuse s'ajoute le problème de la stérilité, ce qui induit chez elle une incapacité physique et psychique à reprendre une activité sexuelle.

Voici le premier rêve qu'Aline rapporte au deuxième entretien :

« Elle est avec son mari et son fils dans son appartement, dans la salle à manger attenante au salon. Un incendie violent se déclare entre les deux pièces. Horrifiée mais surmontant sa peur, elle attrape son mari et son fils par le bras, leur fait traverser les flammes, les propulse au-dehors. Ils ont tous trois la vie sauve. »

Je laisse entendre à la patiente que l'incendie peut correspondre aux fils radioactifs de la curiethérapie qui ont, dans la réalité, littéralement brûlé le col de l'utérus. La salle à manger et le salon correspondent de même à une projection corporelle renvoyant à l'utérus et au vagin.

Le lien verbal établi entre l'organe mutilé et les représentations du rêve accentue l'auto-représentation ébauchée dans le rêve qui peut s'exprimer à la faveur de la relation affective déjà investie avec moi : ce processus fonde ce que j'appellerais l'espace thérapeutique. La reconnaissance faite à la dimension corporelle du rêve et ce qu'elle sous-tend comme souffrance de perte irreprésentable hors de ce contexte thérapeutique, permet une mise à distance immédiate des affects anxio-dépressifs laissant la place à une représentation de l'origine de la souffrance. Cette reconnaissance se fait dans un mouvement qui part du corps lui-même et qui y revient avec un sentiment identitaire renforcé.


Sedillot

Il faut maintenant souligner que dans le rêve, c'est Aline qui sauve la vie de sa famille. Dans la réalité, c'est bien elle le chef d'une famille en péril. En filigrane, le scénario du sauvetage correspond aussi à la fonction de soutien et de pivot qu'Aline avait, par le passé, au sein de sa propre famille. La thérapie rendra compte des termes d'une impasse relationnelle marquée par cette fonction familiale de pivot caractérisant un conflit ancien exprimé dès ce premier rêve. Celui-ci livre tout à la fois une problématique corporelle, médicale et relationnelle, actuelle autant qu'historique.

Conclusion

L'axe directeur de ma démarche a été de favoriser un espace de projection dans le cadre d'une relation thérapeutique faisant place à priori à cette émergence de l'imaginaire. Ma pratique clinique en cancérologie m'amène à constater une multiplicité de structures mentales qui ne saurait en elle-même définir une constellation psychosomatique stable. J'ai ainsi rencontré des patients dont la capacité fantasmatique est riche et qui ne sont pas dans des situations conflictuelles insolubles. Si les études épidémiologiques anglo-saxonnes ont voulu mettre l'accent sur des traits de personnalité communs des personnes cancéreuses, elles n'ont démontré aucune corrélation entre facteurs psychologiques et cancer. L'intégration de nouveaux paramètres concernant une appréciation plus fine des états dépressifs pourrait redynamiser la recherche anglo-saxonne et latine, qui commence d'ailleurs à interroger ces variables.

Cependant, nombreux sont les patients confrontés à un conflit en forme d'impasse, ancien le plus souvent, et réactualisé par la maladie. Traversant alors l'expérience du cancer dans le cadre de cette impasse, ils s'épuisent dans un système défensif inadéquat qui peut mener à une dépression repérable.

Je me suis donc éloignée d'une conception psychogénétique du cancer, et de cette autre tendance qui considère la maladie dans une dimension a-symbolique, mais étudie les effets de maladie dans l'économie psychique du patient selon la perspective freudienne de la castration. Le trauma actuel est alors assimilé à "la réalité fantasmatique du désir interdit" et le cancer faisant figure de castration radicale du fait de la mort possible, risque de se voir attribuer un sens qu'il n'a pas.J'ai axé mon attention sur le corps propre, lieu où s'origine toute possibilité de représentation grâce au pouvoir de transformation que constitue la projection. C'est la possession d'un corps propre latéralisé qui nous permet de nous orienter dans l'espace. De même, la temporalité est bien plus que le résultat de la perception d'une réalité concrète : c'est une construction psychique.

L'enjeu thérapeutique a donc consisté à construire une relation qui ne reproduise pas les termes de l'impasse, auquel cas le retour du refoulé visé par la thérapie au lieu d'être la solution du problème serait devenu tout le problème. Le cancer, ouvrant une brèche dans le fonctionnement habituel du patient, crée les conditions (à saisir par le médecin ou le psychothérapeute) d'une prise de conscience de l'impasse. Ceci permet au patient d'échapper à une attitude de déni.

Souvent, le travail thérapeutique a revêtu l'allure d'une propédeutique à une psychothérapie "classique", s'inaugurant par une sorte de pédagogie du rêve. Lorsque cette activité onirique apparaissait, j'ai cherché à faire lien entre le rêve et l'activité éveillée, le rêve et la relation thérapeutique, ce qui définit le processus thérapeutique même.

Sylvie SCHWAB
Docteur en psychologie clinique
Paris

INTERVIEW...
de Michèle GROSCLAUDE

Michèle GROSCLAUDE nous parle de son ouvrage : ***« Réanimation et coma ; soin psychique et vécu du patient »***

Canal Psy : Voulez-vous nous présenter votre livre, l'esprit dans lequel vous l'avez écrit, ainsi que les lecteurs à qui il est destiné ?

M. GROSCLAUDE : "Réanimation et coma. Soin psychique et vécu du patient" est un livre d'information et de pratique avec une double perspective : d'une part faire connaître et éclairer le vécu de la réanimation, du coma, de l'éveil et "l'après", ses implications pour le patient et les différents partenaires (équipe soignante, proches), d'autre part proposer des pistes, idées-clés et outils conceptuels pour aborder et comprendre cette clinique d'exception à la fois si répandue et méconnue, et pour penser un soin psychique aussi indispensable que spécifique.

Le livre s'insère dans la pratique clinique, psychologique et relationnelle de la réanimation. Il propose également une théorisation indispensable sur celle-ci, ouvrant aussi sur le fonctionnement de l'être humain pris dans son ensemble et qui nous concerne tous, et intègre l'ensemble des apports sur la question (ceux issus de mes travaux depuis 1982, mais aussi au sein du REIRPR, réseau de recherche Psychologie et Réanimation créé en 1990).

J'ai voulu mettre en circulation dans cet ouvrage, de façon plus large et pragmatique que dans mes précédents travaux (publiés dans des circuits plus spécialisés), un message à l'intention de l'ensemble du public concerné par la réanimation ou susceptible de s'y intéresser – professionnels, médecins, soignants et psy, familles, et les patients eux-mêmes.

J'ai voulu faire connaître l'existence de cette clinique de l'extrême, si différente de ce que véhiculent les médias et la littérature sur les expériences dites proches de la mort (NDE), coma, et autres voyages dans l'au-delà réputés merveilleux, et rendre compte de ce qu'elle implique à la fois de particulier et de commun pour l'humain, ainsi que d'un soin psychique nécessaire et possible relevant des spécialistes de la psyché (qui l'ignorent souvent) et différemment des équipes soignantes. Il s'inscrit également dans l'engagement pris à l'égard de nombre de patients qui m'ont exprimé leur demande de "dire aux autres", dire ce que c'est que cette expérience d'un "autre monde", et qu'"il faut parler au malade".

Enfin, dans un autre cadre, j'ai voulu redire ce message personnel plus théorico-clinique, d'une éthique du Sujet, à savoir qu'il y peut y avoir "quelqu'un" là où l'on pense qu'il n'y a plus personne, et que dans l'ignorance cela mérite d'en considérer l'existence et le soin psychique.

Extrait de l'ouvrage :

« La réanimation « c'est un autre monde », « c'est un trou », « c'est un cauchemar » » (p. 37)

Canal Psy : Cette notion d'une "clinique de la réanimation" est assez récente, comment avez-vous construit votre place de clinicienne dans ce service très médicalisé ?

M. GROSCLAUDE : La notion d'une clinique de la réanimation s'est dégagée de mes premières expériences et travaux en réanimation dès 1982, alors que seuls quelques isolés (les Dr. Ch. PHÉLINE à Orléans, J.C. COLOMBEL à Cerbère) s'interrogeaient sur ces questions. Ma démarche a progressé rapidement à travers quelques étapes essentielles : contrats de recherche sur les enjeux psychiques de la réanimation que j'ai soumis à l'INSERM (1986, 1989) et auxquels se sont associés des médecins, équipes de réanimation et psy de différentes régions, un grand Colloque interdisciplinaire fondateur que j'ai organisé en 1990 à STRASBOURG) et la création du REIRPR (Réseau de recherche Psychologie et Réanimation), puis celle d'une revue en 1992 (*Les Cahiers du Réseau Psychologie et Réanimation*), et des journées d'Etude annuelles. Cette dynamique a fait tache d'huile dans les circuits spécialisés, dont l'une des clés est son ouverture interdisciplinaire et sa nature clinique.

Ma place de clinicienne dans le service s'est faite de façon étonnamment simple, sans difficultés majeures (a fortiori à l'époque !), dans des conditions particulières il est vrai, mais avec une facilité que je n'ai mesurée que dans l'après-coup, et que je m'explique par trois raisons :

La première est le label "Recherche" (j'étais clinicienne mais aussi universitaire) et le projet de recherche avec lequel j'ai engagé ma démarche en frappant à la porte du service, sur la base d'hypothèses, certes claires pour moi, mais entièrement à vérifier : à savoir que l'expérience subjective de la réanimation existe ; laisse des traces traumatiques, et est psychologiquement abordable par une pratique adaptée. Elles se fondaient sur ma pratique et sa théorisation alors déjà bien engagées dans la clinique lourde des états psychotiques et démentiels. J'ai donc commencé avec cet objectif de recherche clinique inséré dans une pratique auprès des patients comateux et éveillés. L'accueil médical fut respectueux mais plein de scepticisme quant aux résultats avec des malades réputés inconscients et amnésiques. Mais les résultats éclairants immédiats firent le reste pour une collaboration active.

La seconde raison concerne l'accueil médical et soignant et l'attention témoignée aux contenus des observations et des travaux : je pense que tous se doutaient de cette réalité psychologique mise au jour, qui compliquait tout mais qu'il fallait prendre en compte, et donc se mettre au travail. C'est encore mon constat actuel : même si la diffusion de l'information reste limitée et la pratique psychologique rarissime en réanimation, l'existence de cette clinique subjective ne suscite ni refus ni ironie (à la différence d'autres domaines) dans les circuits de médecine. Par contre, la difficulté réside dans les modifications indispensables à apporter tant dans les structures de Santé, hospitalières, de formation, budgétaires que dans les positionnements individuels. C'est une chose de savoir, une autre de faire et de changer.

Quant à mes motivations elles étaient déjà celles du livre : un intérêt personnel pour le Sujet humain poussé dans ses extrêmes et qui semble avoir déserté, l'engagement dans une pratique psychothérapique dans ces zones lourdes de la déstructuration et de la détresse psychique, la curiosité intellectuelle pour explorer, penser et surtout (re)trouver la psyché et le Sujet perdu, enfin le souci de diffuser le message d'information sur ces réalités méconnues et de mettre en place des formations pour de nouvelles pratiques psychologiques et soignantes.

Extrait de l'ouvrage :

Quelques paroles d'un patient à son retour en chirurgie :
« Vous êtes la dame de la réa (…) Je vous reconnais… Je pensais que vous étiez allemande (l'échange se faisait en allemand en réanimation) qui devait me sauver (…) Je savais qu'on devait me faire traverser le Rhin (il avait été admis après une intervention sur le rein) sur un bateau pour me sauver chez une Allemande, je pensais que c'était vous » (p. 49)

Canal Psy : Vous définissez la clinique de la réanimation comme une clinique "du sujet extrême" et à ce propos vous évoquez la nécessité de penser les "besoins psychiques propres" du patient dans le coma. Que sait-on aujourd'hui de leur vécu et de ses conséquences ?

M. Grosclaude : J'entends par "clinique du Sujet extrême" un état de déstructuration (l'éveil) où font retour des expériences originaires, jusqu'à un état aux limites de l'existence psychique et aux orées de sa disparition (le coma), néanmoins habité en dépit des apparences, par un Sujet – ou une virtualité subjective – plongé dans des éprouvés extrêmes, archaïques, de déliaison, de violence originaire, et de risque vital de la psyché. Cette clinique psychotiforme, marquée par la permanence d'une psyché en suspens, reprenant sa constance corporelle des origines, paraît inaccessible, voire absente, si l'on ne dispose pas d'outils conceptuels pour l'aborder et la penser (concepts kleiniens de la position persécutive, winicottiens d'agonies primitives, freudiens de la notion de "Nebenmensch", du traumatique de Ferenczi, etc…). Il est aussi caractérisé par une dépendance psychique (corporalisée) extrême à l'égard du tiers, de sa voix, de la parole.

Une autre réalité affleure alors, celle d'"un autre monde" (selon l'expression des patients), et d'un traumatisme, "le Trou-Réa". Les besoins psychiques propres alors identifiables sont ceux-là même de ces états originaires, fœtaux (le coma) ou persécutifs (l'éveil), appelant une pratique du soin psychique spécifique, formellement éloignée de l'orthodoxie analytique et néanmoins toute proche pour peu que l'on se tourne vers celle du bébé ou de la névrose traumatique.

Extrait de l'ouvrage :

« Le « rêve de réa » indique un état intermédiaire entre hallucination, rêve et réalité » (p. 99)

Bibliographie

"psychanalyse et réanimation, "Revue de médecine psychosomatique, 1988, 14, 47-62 .
"le fait-réa chirurgicale", Agressologie 1990, 31, 10, 677-658 3.
"eveil et sevrage, respiratoire et originaire", Agressologie 1993, 34, 3, 163 - 170
"l'éveil n'est-il qu'un rêve ? Agressologie 1993, 34, 3, 11-116.
"Difficultés face au coma pour les soignants,la famille". Actualités en soins infirmiers en réanimations. Elsevier,1999 ,153-159.
"angoisses réanimatoires et attente de la mort", *Les cahiers du Réseau psychologie et réanimation*, 2002, 17, 53-60.
"Sujet, états extrêmes, consentement : une éthique paradoxale" *Les cahiers du Réseau psychologie et réanimation*, 2003,19 15-20.
"Vers une histoire de la réanimation",Ed. Glyphe et Biotem, Paris, 2002.
"les Cahiers du réseau Psychologie et Réanimation", Ed Reirpr Strasbourg.

Canal Psy : Il arrive que les soignants aient recours à la contention au moment du réveil du patient. Quelles sont les problématiques associées à cette pratique de protection du patient contre lui-même ?

M. Grosclaude : La contention est la règle et non l'exception. Seule une présence constante à côté du patient peut en dispenser hélas. Cette réalité, dure, est incompréhensible de prime abord au psychologue. Elle découle, d'une part, de l'expérience psychotiforme, persécutive du Sujet, confus, souvent agité, pour qui la seule chose qui compte est de "se sauver", donc de se débarrasser des ses tubulures, d'autre part de la nécessité technique et vitale de multiples branchements. Elle demeure comme un souvenir "terrible", de "torture" pour bon nombre de patients et entre dans l'expérience traumatique qui relève du soin psychique.

Extrait de l'ouvrage :

« Son intubation, Mme A. l'a vécue «comme un bâton enfoncé dans sa gorge pour l'empêcher de respirer, par le Dr X. qui l'a intubée exprès» « (p.50)

Canal Psy : Quelle est la place dans ce contexte de réanimation des relations avec l'entourage, famille et soignants ?

M. Grosclaude : La réanimation est en soi, d'emblée, exclusive de relation : lieu de la priorité technique, de l'urgence vitale et du faire d'un côté, de l'absence (par perte de conscience, confusion, intubation qui empêche de parler), de l'isolement subjectif de l'autre côté, pour le réanimé. La relation y apparaît comme antinomique, luxe inutile dans l'immédiat.

Mais son éclipse et son besoin caractérisent précisément la psychopathologie d'un Sujet réanimé en détresse et en rupture de liens avec lui-même, les autres, la réalité, dans l'attente vitale d'une "Autre secourable". Et tous, patients, soignants, proches sont sous le coup d'un manque de relation souvent cruellement ressenti.

De plus les enjeux, besoins, et situations relationnels pour les différents partenaires divergent et impliquent de prendre en compte, comprendre et gérer cette complexité (ainsi la famille a besoin d'une relation accompagnante et d'information pour elle-même, alors que sa présence auprès du patient peut être problématique, le patient peut se sentir menacé par la présence d'un conjoint pourtant aimant qu'il ne reconnaît pas, d'autres disent au contraire avoir été sauvés par le maintien d'une relation continue avec un proche, etc.).

Enfin l'établissement d'une relation n'a pas la même urgence ni la même fonction selon la personne et le moment.

Pour répondre de façon réductrice à votre question, j'envisage évidemment la place de la relation comme essentielle en réanimation, tant comme partie intégrante et constitutive du soin psychique du patient, que sous des formes spécifiques pour la "bonne santé" psychique des soignants, des proches, en des modalités, avec des objectifs propres. Il y faut bien sûr là aussi des moyens, du temps, des compétences.

Canal Psy : Cette clinique avoisine inévitablement la question de la mort ; comment celle-ci se manifeste-t-elle et quelle attitude privilégiez-vous face à cette question difficile ?

M. Grosclaude : Comme d'autres de vos questions, celle-ci est complexe et impossible à traiter en quelques mots. Rappelons simplement qu'entre les grands débats

médiatisés sur l'euthanasie ou l'acharnement thérapeutique, la mort est paradoxalement omni-présente : en négatif, évacuée par l'urgence, la priorité vitale, interdite par la définition-même de la réanimation (le "maintien des grandes fonctions vitales"), et en positif par sa survenue qui peut être fréquente.

Mais en deçà le patient est plongé dans une expérience du Réel de la mort difficile à imaginer pour l'humain structuré et éveillé. Elle se manifeste par exemple dans sa certitude de sa propre mort programmée, l'impossibilité de savoir s'il est mort ou vivant, sa lutte pour la vie au prix de mourir en s'extubant etc. et ce hors d'un risque vital réel. Elle appelle donc un soin psychique continu même hors de ce risque.

Par ailleurs, la survenue de la mort dans la réalité pose la question de l'accompagnement du patient et de ses proches.

Toutes ces situations et ces problématiques appellent des interventions psychologiques, relationnelles, soignantes diverses, toutes importantes. La question de l'entrée des soins palliatifs en réanimation est aussi posée par certains. Les positions, quand il y en a, divergent…

L'attitude que personnellement je privilégie est celle d'un soin psychique continu et éclairé, à l'intention du patient mourant ou pas : quelle que soit la réalité du risque vital, pour lui la mort est là. Quant à la question de la survenue de la mort biologique, je défends l'option d'un "esprit soins palliatifs" soutenu par l'équipe soignante de réanimation elle-même, et non pas l'entrée de spécialistes extérieurs lorsqu'un patient va décéder. C'est un débat important qui engage notamment la formation des équipes de réa.

Extrait de l'ouvrage :

« {Certains patients qui ont pu se sentir} retenus à la vie par [une présence familiale] insistent sur l'importance d'ouvrir davantage les services de réanimation aux familles (…) d'autres disent ultérieurement leur regret et leur culpabilité de l'avoir rejeté ou soupçonné de complicité avec les persécuteurs » (p. 56)

Canal Psy : Un lieu d'analyse de leur pratique est-il proposé aux soignants de ce service qui sont confrontés quotidiennement, comme vous le soulignez, l'émergence de vécus très archaïques ?

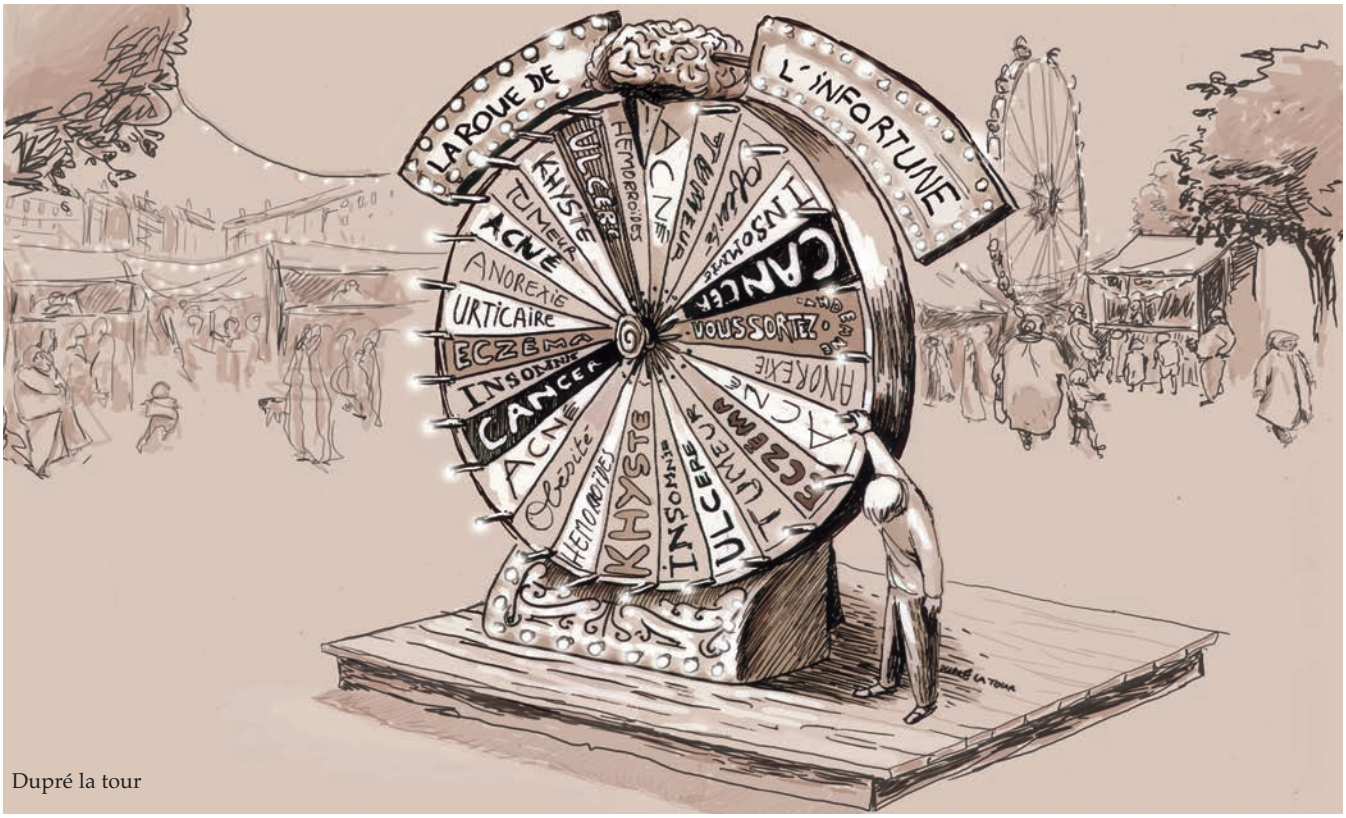
M. GROSCLAUDE : Non. Et c'est un besoin majeur incontournable, ressenti dans tous les services par tous les soignants : la nécessité impérative d'un espace / temps pour métaboliser, élaborer, ressourcer le fonctionnement de chacun pour la qualité d'un soin somato-psychique humain, et son instauration institutionnelle, de "santé publique" s'imposent pour les équipes comme pour leurs retombées sur les patients, sans se réduire à un groupe de parole pour simplement décompresser et recommencer à l'identique.

Mais là aussi il faut une volonté collective et individuelle impliquant de profonds changements dans la conception du soin, du patient extrême, et de la Santé.

Michèle GROSCLAUDE
Enseignante-chercheur
Docteur en psychologie
Université de Strasbourg,

Dirige des travaux sur les pathologies psychiques lourdes et les états extrêmes depuis 1982.

Psychothérapeute et responsable du REIRPR (Réseau européen interdisciplinaire recherche psychologie et réanimation) et de la revue *Les cahiers du réseau*.



Dupré la tour

ECHO...

Le CENTRE LOUISE-LABÉ à ouvert ses portes à la rentrée de janvier 2004, salle 29 au rez-de chaussée du bâtiment K. Ce centre, au visage nouveau puisqu'il a pris les traits de Louise Labé, femme de lettres lyonnaise du XVIème, prend la suite du Centre Lyonnais d'Etudes Féministes et des enseignements Sexe et Genre- Masculin/Féminin, tels qu'ils ont fonctionné depuis une vingtaine d'années à l'université Lumière Lyon II.

Il devient, grâce au soutien du Fonds Social Européen et de notre université, **un centre pour l'égalité** des hommes et des femmes et pour les recherches **sur le genre**, avec pour fonction de coordonner les activités de recherche, de formation, et les actions concernant la vie universitaire portant sur ce champ ; de développer la visibilité des recherches sur le Genre ; de constituer une source de propositions pour l'égalité des sexes à l'Université.

Parmi ses activités et projets, figurent donc :

1/ UN LIEU D'ACCUEIL ET D'ÉCOUTE pour servir de relais entre celles et ceux qui dans notre université recherchent une aide dans ce domaine, et les ressources existantes.

Une psychologue sera présente tous les vendredis matins pour aider toute personne confrontée à une situation de violence hommes/femmes, au Sida, à d'autres questions encore... Autour de ces sujets, la parole reste difficile, mais pourtant des ressources existent, que nous pouvons aider à identifier.

L'enquête ENVEFF, première enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, a été réalisée en 2000. Les résultats montrent que :

– les violences touchent les femmes de tous les milieux socio-économiques, dans la vie privée, dans les espaces publics comme au travail.

– la violence, ce sont des coups mais aussi de multiples agressions physiques, verbales, psychologiques et sexuelles qui forment un continuum.

– ce sont les jeunes femmes, de moins de 25 ans, qui subissent le plus d'atteintes et d'agressions de toute nature.

– ces situations ne sont pas rares.
Près de 3%, soit 500 000 femmes cumulent agressions physiques et atteintes psychologiques, et dans une moindre mesure des contraintes sexuelles.

Prendre rendez-vous, venir ou téléphoner au 04 78 77 24 84.

Epitre dédicatoire de Louise Labé

«À Mademoiselle Clémence de Bourges, Lionnaize

Étant le temps venu, Mademoiselle, que les sévères lois des hommes n'empêchent plus les femmes de s'appliquer aux sciences et disciplines, il me semble que celles qui [en] ont la commodité, doivent employer cette honnête liberté que notre sexe a autrefois tant désirée à icelles apprendre et montrer aux hommes le tort qu'ils nous faisaient en nous privant du bien et de l'honneur qui nous en pouvaient venir ; et si quelqu'une parvient en tel degré, que de pouvoir mettre ses conceptions par écrit, le faire songneusement et non dédaigner la gloire, et s'en parer plutôt que de chaînes, anneaux, et somptueux habits, lesquels ne pouvons vraiment estimer nôtres, que par usage. Mais l'honneur que la science nous procurera, sera entièrement nôtre, et ne nous pourra être ôté, ne par finesse de larron, ne force d'ennemis, ne longueur du temps».

24 juillet 1555

2/ UN CENTRE DE RESSOURCES

• Un centre de documentation, avec une bibliothèque de prêt.

• Un pôle de coordination visant à encourager et mettre en œuvre des recherches portant spécifiquement sur la question de l'égalité des chances entre hommes et femmes dans ses diverses acceptions (égalité réelle, symbolique, entre les sexes),

– à développer les recherches dans le champ, plus large, que nous nommons Masculin/Féminin, dans la lignée du mouvement d'ouverture et de critique épistémologique des disciplines que les chercheuses ont engagé depuis plus de trente ans avec une fécondité jamais démentie, à Lyon 2 comme ailleurs.
Ces recherches existent depuis longtemps ; il s'agit surtout d'aider à leur développement et de les faire connaître.

3/ ENSEIGNEMENTS

Comme les années antérieures, des enseignements ont pu fonctionner en UV «Découverte» pour la première année sous l'appellation «Sexe et genre», et en deuxième année de psychologie avec les UV «Sexualité et sexuation», «Les premières femmes psychanalystes et FREUD», «Identité et catégorisation de sexe», le Centre Louise LABÉ propose maintenant des enseignements optionnels interdisciplinaires au sein de tous les cursus, et à tous les niveaux. Ces formations optionnelles spécifiques dans le domaine du genre visent à introduire les étudiant-e-s de toutes les disciplines aux problématiques liées :

– à la construction des identités sexuées, du masculin et du féminin,

– aux représentations culturelles et symboliques de la différence des sexes et à leur traitement dans les langues,

– et au dispositif social de différence des sexes (situation différenciée et dissymétrique des hommes et des femmes, systèmes de sexualité...).

La formation s'appuie sur un vaste champ de recherche transdisciplinaire, qui enrichit depuis de nombreuses années les différentes disciplines à

1. Les étudiantes sont massivement majoritaires à Lyon II

Parmi les inscrits en DEUG, DEUST, DUT, Licence, Maîtrise, MST, IEP, IUP, DEA, DESS à l'université Lyon II (un étudiant étant compté une seule fois dans un seul diplôme) on observe pour les années 1994, 1997 et 2000 une proportion d'environ 71% de femmes.

Néanmoins leur place est bien spécifique dans la hiérarchie des diplôme :

– Lorsqu'on examine la répartition hommes - femmes par cycle, on constate que la proportion de femmes reste pour ces trois années de référence d'environ 71% pour le 1er cycle, 72% pour le 2ème cycle. Cette proportion est plus faible en 3ème cycle mais a tendance à augmenter entre 1994 et 2000 puisqu'elle passe de 58,5% à 61,6%.

En effectifs, en 2000, on passe de 7 275 étudiantes /2949 étudiants en 1er cycle, à 6 950 étudiantes / 2 757 étudiants en 2ème cycle, à 940 étudiantes / 587 étudiants en 3ème cycle.

– Si l'on s'intéresse maintenant plus en détails au 3ème cycle en distinguant les formations DEA et DESS, on voit que la proportion d'étudiantes en DEA a une légère tendance à s'accroître entre 1994 et 2000 (55,3% / 56,9%) mais que c'est là la plus faible proportion. En DESS, la progression entre 1994 et 2000 est plus nette (62,4% / 67,6%).

– Même si les étudiantes sont nombreuses à Lyon II, on voit qu'en proportion leur représentation décline en 3ème cycle et que c'est en DEA qu'elles sont le moins présentes en proportion.

Par ailleurs, certaines composantes sont plus féminisées.

De plus, quand on se penche sur les filières choisies, on constate ce qu'on pourrait nommer des "couloirs de verre". Les femmes sont proportionnellement plus présentes dans certaines composantes de l'université. L'étude complète de toutes les filières sur les trois années de référence choisies reste à faire mais on peut d'ores et déjà constater que pour les SHS, la proportion de femmes est de 74,7% en 2000 (73,1% en 1994), elle est de 58,4% en 2000 en AES (56,9% en 1994).

Bien évidemment il conviendra d'approfondir nos constats en tenant compte à la fois des niveaux et des filières.

On retrouve bien des constats courants dans les recherches : celui du "plafond de verre" et celui que l'on pourrait qualifier de "couloirs de verre". A savoir que les femmes rencontrent un barrage à la fois vertical et horizontal, qui est néanmoins en train d'évoluer.

travers des apports spécifiques. Elle ouvre sur deux trajectoires possibles selon que l'étudiant-e quitte l'Université au niveau licence ou poursuit jusqu'à un master, voire un doctorat.

Dans le premier cas, cette formation intéresse tout particulièrement ceux et celles qui se destinent à des carrières dans lesquelles ces questions se posent quotidiennement et de façon cruciale, c'est-à-dire spécialement (mais sans exclusive) celles qui relèvent des domaines suivants : l'éducation et la formation au sens large, la culture, le travail social, les ressources humaines, les professions du soin et de la justice...

Dans le second, les étudiant-e-s qui s'orientent vers un master (professionnel ou recherche) peuvent approfondir leur compétence dans ce domaine, soit par des modules transversaux ouverts aux étudiant-e-s de tous les masters de Lyon II, soit, pour les littéraires, par une spécialité "Masculin-Féminin", et, pour les sociologues, par une spécialité "Genre, égalité, Société" dans leurs masters de référence.

De plus, dans de nombreuses disciplines, cette thématique est prise en compte dans les enseignements obligatoires ou optionnels spécialisés.

À tous les niveaux (professionnalisations diverses, recherche...) il faut souligner que les acteurs sociaux et culturels, dans le cadre des politiques européennes, nationales, locales et des entreprises, se saisissent aujourd'hui fortement de cette question et qu'un domaine professionnel spécialisé est en cours d'élaboration.

Dans le nouveau dispositif, en licence :

– au semestre 4, six UE libres « sexe et genre, masculin-féminin » sont proposées, comprenant deux UE (de 5 ects) à choisir par l'étudiant-e

– aux semestres 5 et 6, option « études sur le genre », différentes modalités possibles : parcours interdisciplinaire ou orienté dans une discipline spécifique, option…

Dans tous les cas, les étudiant-e-s suivent trois enseignements dans ce domaine, représentant 21h. chacun, dont un au semestre 5 et deux au semestre 6.

Les étudiant-e-s de lettres, psychologie et sociologie préparent au moins un et jusqu'à trois de ces enseignements dans leur propre discipline. Les étudiants des autres disciplines choisissent librement. En lettres et en histoire, un même enseignement peut être pris soit au titre du complément de majeure, soit au titre de l'option (mais évidemment jamais aux deux titres à la fois par la même personne).

2. Une féminisation en cours du personnel enseignant

* En 2000-01, on dénombre 581 enseignants à Lyon 2 dont 219 femmes pour 362 hommes.

Si la proportion de femmes est loin d'être négligeable (37,7%), le corps enseignant dans le supérieur est majoritairement masculin. Il conviendrait d'observer l'évolution de cette proportion au cours de ces dernières années pour voir l'ampleur du mouvement de féminisation.

Une féminisation encore circonscrite à certains statuts

* Quand on s'intéresse aux grades du personnel enseignant, on constate clairement que la proportion la plus faible de femmes correspond au grade de professeur (20,5% de femmes / 79,5% d'hommes) alors que la proportion de femmes classées dans les enseignants du 2nd degré ou les maîtres de conférence avoisine les 45%.

Là encore, une photographie en 2000-2001 nous conduit à constater un plafond de verre.

* Nous n'avons pas pour l'instant étudié la représentation des femmes parmi le personnel enseignant en fonction des filières.

Les enseignantes comme les étudiantes connaissent le plafond de verre.

3. Le personnel IATOS

Des femmes fortement présentes

* Selon les chiffres dont nous disposons pour l'instant (2001-2002), la proportion femmes parmi le personnel IATOS approche les 74% (273 personnes).

Mais surtout dans certaines catégories

* Là encore, les femmes sont davantage représentées parmi les catégories B et C (respectivement 78,8% et 76,3%) alors que la catégorie en comprend 65,3%

* La répartition du personnel IATOS par corps nous montre que les femmes sont surtout présentes dans le corps administratif alors que les hommes le sont dans le technique.

4/ ÉTUDES ET RECHERCHES

Dans la tradition des journées d'étude Masculin/Féminin de Lyon II, le Centre Louise LABÉ, seul ou en partenariat avec d'autres universités et institutions de la région Rhône-Alpes, de France et d'Europe, organise des séminaires, rencontres, journées d'études et colloques ouverts aux enseignant-e-s, chercheur-e-s, doctorant-e-s et étudiant-e-s, intéressé-e-s par la problématique.

Ce deuxième semestre, dans le cadre des séminaires de l'Institut des Sciences de l'Homme, sont déjà prévues comme conférences :

- 20 avril 2004, 9-12h, Genre, Identités nationales et construction de l'Europe, Rosi BRAIDOTTI (Utrecht University), en collaboration avec le GERA (Groupe d'Etude des Relations Aymétriques, psychologie sociale), à l'IUT-Lumière, Bron.

- 27 avril 2004, 17-19h, Les rôles masculins et féminins dans les livres d'enfants, Carole BRUGEILLES (Paris X) et Anne DAFFLON-NOVELLE (Université de Genève), à l'ISH, 14 avenue Berthelot, Lyon 7ème

4. Les différents conseils de l'université

Une représentation féminine différenciée selon les lieux décisionnels

* Le Conseil d'Administration est composé aux 3/4 d'hommes, le conseil scientifique à 70% d'hommes et le CEVU à 51,4% d'hommes.

L'équipe d'enseignantes : Michèle BACOT-DECRIAUD (sciences politiques), Marie Carmen GARCIA (sociologie), Michèle CLEMENT (littérature), Colette COLLOMB-BOUREAU (anglais), Christine DURIF-BRUCKERT (psychologie), Claudette FILLARD (Anglais), Michèle FONTANA (littérature), Annik HOUEL (psychologie), Odile JOURNET (ethnologie), Brigitte LHOMOND (sociologie), Annick MARNAS (sociologie), Patricia MERCADER (psychologie), Christine MORIN (sociologie), Christine PLANTÉ (littérature), Annick RIVET (psychologie), Sylvie SCHWEITZER (histoire), Merete STISTRUP JENSEN (littérature comparée), Laurence TAIN (sociologie), Michelle ZANCARINI-FOURNEL (histoire).

Chargée de mission : Annik HOUEL
Responsables : Claudette FILLARD, Marie-Carmen GARCIA, Patricia MERCADER, Christine PLANTÉ, Annick RIVET, Laurence TAIN, Merete STISTRUP-JENSEN

- 18 mai 2004, 17-19h, Enquête nationale sur les violences envers les femmes, Maryse JASPARD (IDUP-INED), à l'ISH, 14 avenue Berthelot, Lyon 7ème.

5/ PUBLICATIONS

La collection des «Cahiers Masculin/Féminin» aux Presses universitaires de Lyon, sous la direction d'Annik HOUEL et Christine PLANTÉ, publie certains des travaux issus de ces journées. Volumes parus : «Langue, nature, discours», Merete STISTRUP-JENSEN dir., 2001. «École et mixités», Annik HOUEL et Michelle ZANCARINI dirs., 2001. «Sorcières et sorcelleries», Christine PLANTÉ dir., 2002. «L'Éternel masculin», Patricia MERCADER et Laurence TAIN dirs., 2003.

6/ UN OBSERVATOIRE, dont l'objectif est d'observer, dans la dynamique de professionnalisation des étudiant-e-s et personnels, les mécanismes sociaux de production d'inégalités liés au système de genre (différence homme/femme, orientation sexuelle), ceci par :

– l'analyse des mécanismes sexistes dans la langue utilisée à l'Université, et dans les discours qui s'y tiennent (analyse de textes, d'interactions concrètes, etc.) ;

– l'analyse des orientations proposées aux étudiant-e-s et des stratégies qu'ils ou elles mettent en œuvre ;

– l'analyse fine, au niveau local, de la répartition par sexe du personnel de l'université à tous les niveaux (métiers, grades, instantes représentatives, etc.), avec une perspective longitudinale quantitative et qualitative, portant sur le rythme des carrières (étude d'une cohorte), les biographies, etc. afin de mettre en évidence, au-delà du simple constat de l'inégalité, les processus et les mécanismes qui la font perdurer.

Voici les tout premiers résultats de nos travaux, menés par Annick MARNAS et Laurence TAIN «:»

Les femmes sont présentes à l'université Lyon II tant au niveau du public étudiant que du personnel. Ce premier état des lieux se propose d'observer plus attentivement l'évolution de leur place au sein de l'université au cours de ces dernières années.

Nous nous appuyons pour ce faire, entre autres, sur les informations fournies par l'OURIP et les chiffres mis en ligne par le Ministère de l'éducation nationale dans le cadre de la convention interministérielle du 25 février 2000 "pour la promotion de l'égalité des chances entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif."

Pour tout contact :
04 78 77 24 84
salle 29, bâtiment K, allée centrale
Ouvert les mardis et jeudis,
et le mercredi après-midi.

Responsable administrative :
Dumé ALLAIX
(dume.allaix@univ-lyon2.fr)
centre.louise-labe@univ-lyon2.fr
http://www.univ-lyon2.fr
(Site de Lyon II, puis Présentation, puis Administration et Services)

CANAL PSY

Les derniers numéros

N° 51 - Décembre - Janvier 2001/2002
Dossier : La Psychologie : des contextes, des pratiques
Numéro Spécial par A. RIVET et P. MERCADER

N° 52 - Février - Mars 2002
Dossier : L'errance urbaine
- ◆ La mise en scène du sujet S.D.F dans son discours par Valérie COLIN
- ◆ Fait d'hiver : La mise en scène du S.D.F dans la presse par Valérie BERTRAND
- ◆ Fonction psychique de la manche pour des sujets S.D.F: Entre scène et mise en scène par G.CHARRETON

N° 53 - Avril - Mai 2002
Hommage à **Jean MÉNÉCHAL**
Olivier MOYANO; Eleni KANELLOPOULOU; Laurence BASTIANELLI; Christine JAKUBOWICZ; Alexandra ROGELET; Lydia MBOUMBA

N° 54 - Juin - Juillet 2002
Dossier : Voix et Psyché
- ◆ «Aspects» du chagrin d'amour : l'exemple de l'opéra par Hugues DE CHANAY
- ◆ Quand la voix se timbre d'être de quelqu'un par Jean-Pierre DURIF-VAREMBONT

N° 55 - Octobre - Novembre 2002
Dossier : Origines et abandon
- ◆ Interview de Bernard CHOUVIER sur la question des origines.
- ◆ Silence on abandonne. Myriam SZEJER
- ◆ Des questions et quelques réponses, à propos de l'origine des adoptés. Catherine BONNET

N° 56 - Décembre - Janvier 2002/2003
Dossier : Adoption et Filiation
- ◆ La violence et le lien : enjeux cliniques de l'adoption à l'étranger par Pascal ROMAN
- ◆ Désir d'adopter : entre souffrance et sentiment d'urgence par Claudine VEUILLET
- ◆ L'adoption, paradigme de la filiation par J. P DURIF-VAREMBONT

N° 57 - Février - Mars 2003
Dossier : Le phénomène Sectaire
- ◆ Clinique du fanatisme par Bernard CHOUVIER
- ◆ Les mécanismes de l'embrigadement sectaire par Michel MONROY
- ◆ Lorsque les médias traitent des sectes, exemple de RAËL par Noëlle D'ADAMO

N° 58 - Avril - Mai 2003
Dossier : Masculin et poids du genre
- ◆ Le Dandy aux sources de l'identité masculine par David TACIUM
- ◆ Le héros de bandes dessinées «Rahan» : De l'errance généalogique à la paternité par Pascal HACHET
- ◆ Crime passionnel, Crime ordinaire par ANNIK HOUEL, PATRICIA MERCADER, OLGA SOBOTA

N° 59 - Juin - Juillet 2003
Dossier : Culpabilité : excès et manque
- ◆ L'enfant cassé, Interview de Catherine BONNET
- ◆ Adolescence et culpabilité par Anne-Claire FROGER
- ◆ Sentiment de culpabilité et création. M. DOMENGET

N° 60 - Octobre - Novembre 2003
Dossier : La mémoire
- ◆ 10 ans de CANAL Psy par Alain-Noël HENRI
- ◆ Je nous souviens, tu me souviens. La mémoire, entre singulier et pluriel par Jean-Marc TALPIN
- ◆ Legs de tensions identitaires à l'usager de drogue par Solène BOITEUX

N° 61 - Décembre - Janvier 2003/2004
Dossier : L'approche cognitive des émotions
- ◆ Interview de Robert MARTIN
- ◆ L'intelligence émotionnelle par Sonia BECHET
- ◆ Réponses émotionnelles aux stimulations sensorielles par Laurie BRUN et Olivier ROBIN
- ◆ Stress et contrôle aérien par Philippe AVERTY

Directeur de la publication : Gilbert PUECH, Président de l'Université – **Directeur délégué** : Albert CICCONE
Rédaction : Anne-Claire FROGER - **Illustrations** : Ecole Emile COHL - Atelier de Jean CLAVERIE
Conception et réalisation : Max PAVOUX
Font partie du comité de lecture les enseignants élus au conseil du Département.

Journal édité par l'Institut de Psychologie – Département Formation en Situation Professionnelle
Imprimé par l'imprimerie Caussanel (Bron)
ISSN 1253-9392 – Commission paritaire n° 3088 ADEP

Canal psy est en vente dans les secrétariats de psychologie

A Bron : Canal psy (salle K124bis), 3ème cycle (126 K), C.R.P.P.C (134 K)
En centre ville : F.P.P. (salle 116 D, 16 quai C. Bernard, Lyon 7ème)

Prix des numéros :
- — du n°1 au n°19 : 1,52 €
- — du n°20 au n°39 : 2,29 €
- — à partir du n°40 : 3,05 €

Frais de port :
- — 1 à 2 numéros : 1,02 €
- — 3 à 5 numéros : 1,75 €
- — 6 numéros et plus : 2,44 €

La liste exhaustive des numéros parus est disponible sur simple demande.

UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

Institut de Psychologie
5, av. P. Mendès France
69676 BRON Cedex
Tél. 04.78.77.23.23
Poste 20.59
e-mail :
aclaire_froger@yahoo.fr
m-pavoux@univ-lyon2.fr

Site WEB Canal Psy :
http://psycho.univ-lyon2.fr
puis effectuer une «RECHERCHE» de Canalpsy

CANAL PSY

Institut de Psychologie
Université Lumière Lyon II
5, av. P. Mendès France
69676 BRON Cedex

Je m'abonne à Canal Psy, pour un an (5 numéros) à partir du mois de

.....200.....

et retourne ce bulletin accompagné d'un chèque de :

☐ 15,24 € étudiants Lyon II

☐ 20,58 € professionnels

☐ Commande de Numéros :

N° :.....(Coûts ci-contre)

libellé à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université Lumière Lyon II .

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....
.....
.....
.....

Tél : .....

Qualité (étudiant en ou profession) :
.....
(merci de joindre le cas échéant une photocopie de la carte d'étudiant.)