

**UNIVERSITÉ DE PARIS 13- VILLETANEUSE**

UFR des lettres, sciences de l'homme et des sociétés

MÉMOIRE DE MASTER 2 PROFESSIONNEL

Psychologie clinique et pathologique

Option : Approche psychologique et clinique des maladies somatiques

**Estelle AUTOMNE**

Septembre 2006

*Trauma et remaniement psychique  
dans le cancer :  
l'exemple d'un cas de myélome et de lymphome*

Sous la direction de Monsieur **Vladimir MARINOV**

## **Remerciements,**

Je remercie Marie Crouzet, psychologue au sein de l'établissement, qui a accepté de m'accueillir lors de ce stage. Grâce à son écoute et à son soutien j'ai pu enrichir mon expérience clinique ainsi que mes réflexions théoriques.

Merci également à tous les membres de l'équipe, qui ont su répondre à mes interrogations.

Je tiens à remercier Mr Vladimir Marinov pour sa supervision attentive et son suivi durant l'élaboration de ce travail.

Merci enfin à mes proches qui m'ont soutenue d'une manière ou d'une autre.

*« Le corps peut, par les seules lois de sa nature, beaucoup de choses qui causent à son âme de l'étonnement...il est également au seul pouvoir de l'âme de parler et de se taire et bien d'autres choses que l'on croit par suite dépendre des décrets de l'âme...si de son côté le corps est inerte, l'âme est en même temps privée d'aptitude à penser. »*

Spinoza, L'éthique.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>PARTIE 1 : THÉORIE</b> .....	9
<b>I. CORPS ET PSYCHISME</b> .....	10
1) <u>Place du corps dans la psychanalyse</u> .....	10
2) <u>Du soma...au corps...au sujet</u> .....	10
2.1. Importance des premiers contacts.....	10
2.1.1. <i>Le corps à corps</i> .....	10
2.1.2. <i>Étayage et Moi-corps</i> .....	12
2.1.3. <i>Le moi-peau</i> .....	12
2.2. L'apport de l'image.....	13
2.2.1. <i>Schéma corporel et image du corps</i> .....	13
2.2.2. <i>Le stade du miroir</i> .....	14
2.2.3. <i>Le rôle de l'autre dans cette reconnaissance</i> .....	15
2.2.4. <i>Un reste</i> .....	16
2.3. Identification, narcissisme, Moi idéal et Idéal du moi.....	17
<b>PROBLÉMATIQUE : Du Processus dans l'état de santé à celui de la maladie</b> .....	18
<b>II. CANCER : DU TRAUMA AU REMANIEMENT PSYCHIQUE</b> .....	20
<b>A. Le traumatisme du cancer</b> .....	20
1) <u>Traumatisme et psychosomatique</u> .....	20
2) <u>Définition</u> .....	21
3) <u>Le traumatisme dans l'œuvre de Freud</u> .....	24
4) <u>L'apport de Ferenczi</u> .....	26
5) <u>L'effraction du réel et l'innommable</u> .....	27
<b>B. Maladie organique et remaniements psychiques : pertes et acquisitions</b> ...29	
1) <u>Trauma et pertes</u> .....	29
1.1. Crise identitaire et « crainte de l'effondrement ».....	29
1.2. Pulsions de vie / pulsions de mort.....	31
1.3. Maladie, narcissisme et rapport à l'autre.....	32
1.3.1. <i>Repli narcissique et régression psychosomatique</i> .....	32
1.3.2. <i>Castration et perte de l'image idéale</i> .....	34
1.3.3. <i>L'horizon de la mort</i> .....	35

2) <u>L'aspect créatif du trauma</u> .....	37
2.1. L'autre face du trauma.....	37
2.2. Le « travail de la maladie ».....	39
2.3. Le « travail du trépas ».....	41
2.4. Une condition nécessaire: l'écoute de l'Autre.....	41
<b>PARTIE 2 : CLINIQUE</b> .....	44
<b>I. PRÉSENTATION DU CADRE</b> .....	45
<b>II. HYPOTHÈSE</b> .....	46
<b>III. ÉTUDE DE CAS</b> .....	46
1) <u>Monsieur B</u> .....	47
2) <u>Madame L</u> .....	63
<b>CONCLUSION</b> .....	82
<b>ANNEXES</b> .....	I
- Entretiens.....	II
- Bibliographie.....	X

## INTRODUCTION

Ce travail prend naissance à partir de notre stage de Master 2 réalisé dans le centre hospitalier de Saint-Germain-en-Laye, dans un service de médecine interne. Notre intérêt s'est porté sur une approche psychique des maladies du corps. Nous avons pu rencontrer beaucoup de patients souffrant de troubles organiques divers. Nous nous consacrons ici à l'exemple du cancer.

« Cancer », « lymphome », « carcinome », autant de mots qui entraînent, à leur simple évocation, une angoisse sans nom, et ceci malgré les progrès considérables de leur prise en charge. Les fantasmes autour du cancer sont nombreux. S'ils sont toujours aussi présents, c'est parce qu'ils sont sous-tendus et nourris par la réalité objective de la maladie. Le cancer est en effet une « *maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique, incontrôlée et incessante* » (Larousse médical, 2001). Le corps est donc envahi de l'intérieur par une tumeur qui progresse à l'insu du sujet, soumis à un processus mortifère. Le cancer, quelle que soit la forme sous laquelle il apparaît, est un « crabe » qui ronge l'intérieur, les cellules malignes proliférant et gagnant petit à petit à la bataille engagée avec le système immunitaire du sujet. Et cette métaphore d'une bête affamée s'immisçant dans le corps de l'homme pour le détruire est corroboré par l'étymologie puisque le terme cancer signifie en latin « crabe » ou « serpent ».

L'étiologie du cancer est encore difficile à dégager clairement même s'il est établi que plusieurs facteurs d'ordre hétérogène peuvent participer à son déclenchement (hérédité, alimentation, tabac, alcool, aspects psycho-sociaux...). Malgré les avancées du savoir médical, il reste toujours un réel que la science ne peut cerner. C'est devant cette énigme que certains en sont venus à envisager une psychogenèse de la maladie cancéreuse. Ainsi les théories psychosomatiques et certains psychanalystes parlent du cancer comme d'une maladie psychosomatique. Le cancer apparaît alors comme l'unique réponse que le sujet puisse fournir face à un conflit psychique qui dépasse les capacités d'élaboration du Moi. Faute d'avoir pu être traité par la psyché du sujet, le conflit est résolu par le corps dans sa nature organique. Ces personnes auraient une défaillance du préconscient et fonctionneraient avec une pensée opératoire (Marty), factuelle et coupée

de tout affect. Nous insistons ici sur le danger à parler du cancer comme d'une maladie psychosomatique. En effet cette conception est souvent inutile pour le patient et peut engendrer une forte culpabilité: s'il a développé ce cancer c'est de sa faute, il n'avait qu'à mieux gérer ses problèmes psychiques. De plus devant l'augmentation du nombre de cas de cancer, personne ne semble être à l'abri de ce mal. Freud lui-même n'est-il pas mort des suites d'un cancer à la mâchoire! Face à l'échec de la médecine à déterminer les causes exactes de l'apparition du cancer et avec tous les fantasmes que véhicule le cancer il est tentant de chercher un sens, d'expliquer l'inexplicable. Mais le sens ne peut selon nous qu'être donné par le patient lui-même, dans l'après coup.

Enfin nous n'insisterons pas plus sur l'étiologie du cancer et ses théories psychosomatiques parce qu'il s'agit d'un débat théorique et nous voulons avant tout nous centrer sur la clinique. Ce travail débouche de notre clinique dans laquelle nous avons été confrontés aux conséquences liées à la survenue du cancer beaucoup plus qu'à ses causes. Nous nous intéressons donc aux répercussions psychiques du cancer et à l'appropriation psychique de cette grave maladie organique. Notre objectif est de comprendre comment le sujet vit sa maladie, comment celle-ci s'inscrit dans son économie subjective. Nous nous situons donc volontairement dans une approche somato-psychique et non psychosomatique.

Comment les sujets font-ils alors pour vivre cette invasion morbide?

Nous avons rencontré un certain nombre de patients souffrant de cancers variés. Dans la plupart des cas, l'annonce du cancer a été vécue de façon douloureuse, le simple mot cancer évoquant la dégradation physique, la souffrance et la mort. Cependant chacun réagissait de façon singulière selon la gravité du pronostique, les traitements proposés par les médecins mais aussi et avant tout selon leur propre capacité à accepter la maladie, capacité dépendant de leur histoire singulière.

Les cas que nous avons choisi de présenter sont passés par deux temps, (bien que ce découpage soit réducteur). Nous les avons rencontrés peu de temps après l'annonce de leur cancer. Ils étaient tous deux, certes de manière singulière, mais tous deux, dans un

état de traumatisme. Puis au fil des entretiens ils ont pu, chacun à leur manière, élaborer ce choc en mettant en place des défenses moins rigides et en revenant, spécialement dans le cas de Mme L., sur leur histoire subjective.

Nous commencerons par rappeler quelques points théoriques qui nous ont aidés pour la compréhension de cette clinique. Nous verrons d'abord comment l'appropriation subjective du corps se fait et permet au sujet d'advenir en rappelant que le psychisme advient grâce au corps et à ses rencontres avec l'autre. Puis nous verrons que l'apparition d'une maladie grave comme le cancer vient briser l'équilibre psychosomatique antérieur du sujet, créant ainsi un traumatisme. Cet état traumatique engendre une forte crise identitaire liée à la perte narcissique qu'entraîne la maladie et ses traitements, qui laisse le sujet démuni, « castré » et confronté à l'idée de sa propre mort. Cet effet de l'annonce pourra dans certains cas être contrebalancé par un travail d'élaboration psychique visant une reprise de sens.

Notre deuxième partie sera consacrée à la clinique. Nous tenterons d'illustrer avec deux cas cette idée de trauma consécutif à l'annonce du cancer et de bouleversement identitaire.



# **PARTIE 1 : THÉORIE**

## I. CORPS ET PSYCHISME

### 1) Place du corps dans la psychanalyse

L'être humain en tant qu'il est avant tout être vivant et non pur esprit, a la propriété d'être incarné. La psychanalyse qui s'occupe du psychisme reléguant aux médecins le soin de traiter le corps, peut avoir tendance à oublier ce fait constitutionnel. Pourtant la psychanalyse elle-même est née à partir des considérations de Freud sur l'origine des névroses, considérations qui n'étaient pas sans lien avec la biologie puisqu'il a tout d'abord cherché à établir une étiologie neurologique des troubles névrotiques (1895).

Même si le corps en psychanalyse n'est pas le même que celui des médecins puisqu'il s'agit de donner le primat au corps dans ses natures imaginaires et symboliques, le corps réel, organique est à la base de tout. L'homme est incarné et il ne peut en être autrement. Comme le disent les phénoménologues, nous sommes des « êtres-au-monde » et c'est grâce à notre corps que nous pouvons entrer en contact avec l'environnement. Ainsi le petit enfant s'éprouve d'abord comme corps avant de se vivre comme sujet et c'est à partir de ce corps qu'une psyché va pouvoir progressivement advenir.

### 2) Du soma...au corps...au sujet

#### 2.1. Importance des premiers contacts

##### 2.1.1. *Le « corps à corps »*

«*Jeux de mains, je deviens* » (Rantet, 1998)

C'est à partir de son corps et du contact avec celui de l'autre que le nourrisson va progressivement se découvrir et se former comme sujet. Le contact corps à corps est donc fondamental pour le sujet en devenir.

Le corps inachevé de l'enfant, qui est en état de dépendance absolue à l'autre rencontre le corps de la mère qui, en tant qu'elle se situe dans le champ du symbolique, va lui donner forme. Nous pouvons même dire lui « donner corps ». Montagu (1979) le résume très bien : « *A travers la preuve tangible du corps de sa mère, le bébé va prendre*

*conscience de son propre corps et de celui de sa mère* ». Ainsi va-t-il passer de l'indifférenciation d'avec l'objet au processus de séparation psychique et d'individuation. L'autre vient limiter l'excitation et permettre à l'enfant de sortir de la jouissance (das Ding) en laissant des traces de jouissance sur le corps, les zones érogènes. Ces traces constituent la texture du psychisme.

Pour que le toucher ait valeur de séparateur physique et psychique, il faut que l'autre respecte l' « interdit du toucher ». Cette notion proposée par Anzieu, renvoie au fait que le toucher ne doit se faire qu'en respectant l'autre dans son intégrité. Dans un contact sain il n'est pas question d'avoir main mise sur l'autre mais d'être avec, de reconnaître l'autre Autre. Il s'agit de se situer dans l'intimité, la proximité et non dans la confusion, la fusion. Clerget (1977) nous dit que « *Le toucher doit être castré de l'envie de garder pour soi l'être de l'autre et de prendre jouissance à une telle prise de mains* ». D'abord en fusion avec le monde, le corps doit donc vivre l'expérience de la séparation pour advenir comme corps distinct. Ainsi l'enfant passe d'une indifférenciation entre son corps et celui de sa mère à une séparation psychique lui permettant d'accéder à ses propres représentations. Pour cela le contact peau à peau doit avoir valeur de langage. La mère doit donner sens aux besoins de l'enfant, lui accorder une place et le reconnaître comme être unique en devenir.

Pour ce faire, l'interdit de l'inceste est fondamental en tant qu'il donne un nom et un corps à l'enfant, en séparant la jouissance du désir. L'interdit du toucher est primordial pour permettre la séparation symbolique des êtres. L'enfant peut passer de la fusion et la toute jouissance à la séparation et l'accès au monde symbolique.

De plus, par le fait que l'expérience tactile soit transitoire, l'expérience du rythme, de la discontinuité du contact avec sa mère, permet à l'enfant de comprendre qu'il continue à vivre quand sa mère ne le touche plus et peut alors supporter la solitude qui lui permettra de se penser. La mère du corps à corps est incorporée et prend valeur psychique de réassurance. On conçoit qu'une mère trop envahissante, un contact trop prolongé ou intense ne permette pas cette distanciation et l'acquisition d'une identité stable.

De même, s'il n'y a pas de cohérence entre le toucher et les mots qui l'accompagnent, l'enfant vit une expérience floue, les sensations corporelles, faute de sens, restent sous

l'emprise de l'imaginaire (le sien étant confondu avec celui de sa mère) et hors du champ de la parole. L'enfant ne peut avoir une expérience unifiée de lui-même et l'acquisition d'un corps propre est rendue difficile. L'enfant reste coincé dans la peau de la mère et soumis à son désir sans pouvoir reconnaître le sien propre, il reste aliéné à l'autre.

### 2.1.2. *Étayage et Moi- corps*

La notion Freudienne d'« étayage » du psychisme sur les grandes fonctions physiologiques montre combien le corps joue un rôle important et même primordial dans l'accès au « Moi-corps » et donc à la vie psychique. (Freud, 1905).

Il déclare ainsi que le Moi, instance imaginaire par excellence, s'instaure et se développe à partir du vécu corporel. Le psychisme s'étaie sur les grandes fonctions corporelles pour advenir en tant que tel. Ainsi annonce-t-il que « *le Moi dérive en premier lieu des sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. On peut le considérer comme la projection mentale de la surface du corps en plus de le considérer comme représentant la superficie de l'appareil psychique.* » (1923).

### 2.1.3. *Le Moi peau*

Dans la continuité du concept Freudien, un certain nombre d'auteurs évoquent plus précisément l'importance de la peau dans le développement psychique. Ainsi E. Bick (1968) amène l'idée d'une autre peau en envisageant la mère comme facteur cohésif pour l'enfant. Le bébé est en effet immédiatement plongé dans un bain de langage qui a un pouvoir de cohésion, tout comme la peau enveloppe et fait tenir les organes ensemble. Il y aurait introjection par l'enfant d'un objet externe, la mère, qui prend valeur de peau.

Anzieu (1985) conceptualise l'idée de Bick par la notion de Moi-peau. Il la définit comme « *une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* » (p.4). Le Moi-peau est donc une réalité fantasmatique, une métaphore qui trouve son étayage à partir des différentes fonctions de la peau : *sac* (contenance à l'intérieur), *barrière* (limite avec le dehors maintenu à l'extérieur), *communication* avec l'autre et *inscription* des traces.

Anzieu établit une correspondance entre les fonctions de la peau et celles du Moi. Ainsi repère-t-il neuf fonctions du Moi peau : *Maintenance, Pare-excitation, Individuation, Intersensorialité, Soutient de l'excitation sexuelle, Recharge libidinale, Signifiante, inscription des traces sensorielles tactiles, Autodestruction de la peau et du Moi.* (il abandonne cette idée de fonction toxique du Moi-peau en 1995.)

Ainsi voyons-nous le rôle du contact mère-enfant. L'enfant doit être entouré d'une enveloppe narcissique permettant l'instauration du Moi-peau. Celui-ci passera ainsi du fantasme d'une peau commune entre lui et sa mère au fantasme d'une peau arrachée, pour finalement aboutir progressivement à une séparation et la constitution d'un Moi-peau personnel, qui le place comme sujet unique. Ce contact doit donc permettre cette prise d'autonomie et ne pas enfermer l'enfant. Le sujet doit parvenir à différencier son Moi-psychique de son Moi-corporel tout en se concevant comme intègre, dans une unité psychosomatique. Lorsque psyché et soma sont dissociées nous sommes en face d'une régression au clivage primaire.

## 2.2. L'apport de l'image

L'imaginaire est la catégorie Lacanienne qui permet la constitution de l'image du corps. Ainsi le sujet peut se représenter lui-même à partir de son image dont il est en même temps aliéné de part sa nature leurrante.

### 2.2.1. Schéma corporel et Image du corps

Le schéma corporel, décrit par Schilder en 1923 provient des données cénesthésiques et sensorielles fournies par les expériences corporelles. Il est universel et dépend de l'espèce. L'image du corps est un phénomène plus complexe. Il s'agit des représentations que le sujet se fait de son corps propre. Elle est donc propre à chaque sujet et fonction de l'histoire personnelle.

Dans la deuxième topique Freudienne (1923), le Moi est décrit comme la projection d'une surface. Cette idée de projection fait qu'on s'éloigne du point de vue purement neurophysiologique du concept de « schéma corporel » pour entrer dans la notion plus

subjective d'image du corps : On passe du corps observable au corps représenté, le corps en psychanalyse est alors anatomie fantasmatique et plus simple anatomie médicale.

C'est de ce corps dont il est question en psychanalyse, un corps pulsionnel, entouré de représentations imaginaires. Un corps qui est également un Autre en tant que l'image que le sujet peut se faire de lui est toujours insuffisante pour dévoiler le sujet comme tel, qui est toujours plus que son image.

### 2.2.2 *Le stade du miroir*

Lacan, dans son premier enseignement (1938-1953) annonce que pour faire un corps, il faut un organisme vivant et une image et introduit en 1949 la notion de stade du miroir pour décrire la période pendant laquelle l'enfant se dote d'une représentation de son corps.

Il nous dit que c'est la prématuration de l'enfant qui « *explique cette préférence pour l'image qui vient de ce qu'il anticipe sa maturation corporelle* » (Lacan, 1949). En effet avant d'avoir cette représentation d'un corps unifié l'*infans*, sujet d'avant l'entrée dans le langage, se vit comme morcelé, dans une indifférenciation totale entre son corps et celui de sa mère. C'est vers l'âge de six mois que l'enfant s'intéresse à l'image qui se reflète dans le miroir et qui lui fournira un sentiment d'unité.

Ce stade se décompose en plusieurs temps. L'enfant, d'abord dans un état d'indifférenciation, voit l'image de son corps comme un autre réel. Lacan parle de transitivity pour cette étape du développement où « *l'enfant qui bat dit avoir été battu, celui qui voit tomber pleure* » (Lacan, 1948). Cette confusion soi-autre montre l'aliénation à l'imaginaire. L'enfant prend ensuite conscience que l'autre qu'il voit dans le miroir n'est qu'une image, ce qui l'amène finalement à ce moment saisissant où il se reconnaît dans cette image. La « *mimique illuminative* » (Lacan, 1949, p.89) et l'« *assomption jubilatoire* » (p.90) témoignent de cette reconnaissance. Ainsi l'enfant acquiert progressivement une image totale de son corps. Il passe d'un corps morcelé à un corps unifié grâce à l'image.

Cette représentation est également une façon de répondre au manque causé par le sevrage puis par la castration. Elle constitue une forme de victoire de la pulsion de vie, puisque c'est bien pour parer à la mort induite par le signifiant que cette image est créée. L'enfant répond à l'incorporation symbolique au morcellement signifiant par l'imaginaire, qui lui permet, en se représentant comme unifié, un certain « *recollement du moi.* » (Lacan, 1949, p.94) La fonction de l'image et de l'imaginaire est donc fondamentale pour l'appropriation du corps. Ce stade permet au sujet de différencier l'image de l'être. D'un côté il y a son être tel qu'il le vit et de l'autre une image donnée à voir qui est un leurre puisque ce n'est qu'une représentation. Il lui faut comprendre que cette image ce n'est pas lui et qu'il doit s'identifier à distance à cette image de son propre corps.

### 2.2.3. *Le rôle de l'autre dans cette reconnaissance*

En 1958, Lacan introduit le lieu de l'Autre dans cette reconnaissance. En effet pour que le stade du miroir puisse se résoudre, il faut un Autre pour suivre l'enfant dans sa découverte. L'enfant a besoin de l'autre pour se saisir comme sujet. Lacan rajoute un miroir plan qui symbolise le lieu de l'autre. Ainsi l'enfant se tournant de l'image réelle qu'il perçoit vers le miroir plan peut se reconnaître et être soutenu dans sa reconnaissance.

Ainsi l'enfant comprenant que son image dans le miroir le représente, se tourne alors vers sa mère pour une confirmation. Celle-ci doit soutenir cette reconnaissance et la joie de l'enfant qui se découvre : « oui c'est bien toi...mon fils/fille ». Elle donne par-là une place à l'enfant et lui permet de se constituer une identité singulière.

### 2.2.4. *Un reste*

Lacan évoque le réel (après 1960). En effet l'image ne suffit pas à englober tout le sujet, il y a un reste et ce reste c'est le phallus qui apparaît comme un manque. Il y a quelque chose qui ne se voit pas dans l'image « *Dans tout ce qui est repérage imaginaire le phallus viendra sous la forme d'un manque, d'un phi* » (Lacan, 1962-63, 41). Dans l'image, dans l'autre, il y a un reste qu'on ne peut cerner, un manque. C'est parce que l'Autre est manquant que l'angoisse de castration surgit. D'abord en position de *Tout*,

d'objet a de la mère, l'enfant comprend que l'Autre manque symboliquement. La mère désire ailleurs, du côté de la fonction phallique et l'enfant ne pouvant combler ce désir est marqué d'un « manque à être » qui l'instaure aussi dans le champ du désir.

Notons que l'enfant vit ici un premier traumatisme, dû au renoncement à la toute puissance narcissique.

#### 2.4. Identification, narcissisme, Moi idéal et Idéal du moi

Lacan nous dit que le stade du miroir constitue la première identification du sujet, identification narcissique matrice symbolique des futures identifications à l'autre. C'est en s'identifiant à son image que le petit homme se crée donc un Moi. Le Moi donne forme au corps tout en étant un leurre puisqu'il ne permet pas à lui seul à représenter entièrement le sujet, qui est toujours plus que son image.

Freud décrit le narcissisme en 1914 dans « Pour introduire le narcissisme », comme un stade libidinal situé entre l'auto-érotisme et l'amour d'objet. C'est par l'identification primaire à son propre corps que le petit enfant se crée un Moi. Le narcissisme primaire renvoie à cette période du développement où toute la libido est dirigée sur le soi. Cette étape est nécessaire pour que l'enfant découvre et s'approprie son corps. L'enfant se voit ici comme son propre idéal. Freud (1914) parle de Moi idéal pour désigner cette première ébauche du Moi comme idéal de toute puissance narcissique. L'enfant est dans un état d'autosuffisance, il pense n'avoir besoin de personne. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il n'est pas encore séparé psychiquement de sa mère. Ultérieurement, le sujet recherchera alors à retrouver ce Moi idéal caractéristique du narcissisme infantile.

Puis l'enfant tourne sa libido vers l'extérieur, il peut alors s'identifier à l'autre perçu comme autre. Dans son article sur le narcissisme Freud introduit le terme d'Idéal de moi comme substitut du Moi idéal. L'Idéal du moi est une création narcissique à laquelle le sujet aspire toute sa vie. Ainsi pour Freud le narcissisme n'est jamais dépassé. L'enfant passerait d'un Moi idéal à un Idéal du moi plus proche des volontés externes ( critiques parentales, loi...). Aussi l'enfant projette son Moi idéal sur une personne externe admirée qui occupe une place d'Idéal du moi auquel il aspire. C'est le début des identifications à l'autre ou identifications secondaires.



Après son élaboration de la deuxième topique, Freud rapproche l'Idéal du moi du Surmoi en raison de sa fonction de censure. Toutefois ils sont à distinguer parce que L'idéal du moi vise en fin de compte un compromis entre exigences libidinales et exigences culturelles.

Ainsi l'enfant passe d'un Moi idéal correspondant à l'état de toute puissance du narcissisme infantile à un Idéal du Moi qui le pousse vers le champ de l'Autre. Pour Lacan le Moi idéal est en rapport avec le stade du miroir et donc avec l'imaginaire alors que l'Idéal du moi signe l'entrée dans le symbolique.

## **PROBLÉMATIQUE :**

### **Du processus dans l'état de santé à celui de la maladie**

Nous avons donc vu, dans cette première partie théorique, que c'est à partir de son corps que le petit enfant entre en contact avec l'autre et qu'il peut progressivement advenir comme sujet.

Le psychisme se développe donc grâce au corps dans sa nature organique. Ce corps des besoins se pare petit à petit de représentations, l'enfant se forme un corps imaginaire en lien avec le développement du Moi, base narcissique fondamentale dans la suite de son évolution. Ainsi ce corps, il se l'approprie et peut non seulement s'en servir mais aussi le penser.

Notons à présent que dans cette fonction du corps vers l'accès à la vie psychique, les maladies organiques qui jalonnent le développement de l'enfant ont une place fondamentale. Elles permettent à l'enfant de voir que son corps peut disfonctionner pour un temps sans que cela soit fatal, puisque l'état de santé revient toujours. Ainsi découvre-t-il que son état corporel est rythmé par l'alternance entre l'état de santé et l'apparition de maladies provisoires. De plus la maladie oblige le sujet à prendre conscience de son corps, conscience qui ne surgit que lorsque le silence des organes est rompu. De même, notons que l'expérience de la douleur permet aux barrières corporelles et psychiques de s'instaurer. En outre la maladie engendre un bouleversement dans les relations objectales, l'enfant comprend qu'il peut compter sur ses parents car ceux-ci le soutiennent et l'aiment toujours malgré son état de faiblesse provisoire.

Mais que se passe-t-il lorsque la maladie qui affecte le corps n'est pas provisoire et sans danger? Comment le sujet réagit-il face à un cancer, spécialement lorsque celui-ci est chronique ou létal? Ce même travail de psychisation est-il possible?

En rapport avec notre clinique, nous posons l'hypothèse que la survenue du cancer vient faire traumatisme en bouleversant les repères identitaires préexistants. Ce trauma va avoir des effets sur la psyché qui pourront être repris par le sujet, dans une recherche de sens et d'historisation.

Pour vérifier notre hypothèse nous allons d'abord voir ce qui dans la théorie peut nous y aider. Ainsi la prochaine partie théorique est consacrée à ce traumatisme consécutif à l'annonce du cancer et aux répercussions psychiques que la maladie peut entraîner.

Nous parlerons ensuite de notre clinique au sein du service de cancérologie de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye en présentant deux cas pour lesquels le cancer a eu des répercussions psychiques non négligeables.

## **II. CANCER : DU TRAUMA AU REMANIEMENT PSYCHIQUE**

### **A. Le traumatisme du cancer**

La survenue d'une maladie somatique grave comme le cancer constitue un « coup de tonnerre dans un ciel serein » en faisant irruption dans la vie du sujet. Elle entraîne irrémédiablement des effets sur le psychisme dont le premier peut être décrit en terme de traumatisme.

Ces effets de l'annonce varient certes selon les sujets, leur capacité à faire face à cette nouvelle épreuve et l'histoire subjective dans laquelle vient s'insérer la maladie, mais pour beaucoup, nous avons constaté que l'annonce venait faire traumatisme chez le sujet. Notons aussi que ce n'est pas toujours l'annonce de la maladie à proprement parler qui fait trauma mais parfois l'annonce de l'amputation d'un membre ou du traitement chimiothérapique, du fait qu'il engendre des effets secondaires de perte (perte des cheveux, fatigue extrême...).

#### 1) Traumatisme et psychosomatique

Nous aimerions tout d'abord rappeler que dans le cadre des maladies psychosomatiques, le traumatisme est d'habitude évoqué pour rendre compte d'une causalité psychique de l'atteinte organique. En effet, pour les tenants de la théorie psychosomatique (Alexander, Marty...), ce n'est pas la maladie qui vient faire trauma mais c'est le traumatisme qui précède et engendre la maladie. Le sujet qui se retrouve face à une situation, interne ou externe, ingérable de part son intensité et devant laquelle ses défenses habituelles sont dépassées (perte d'un enfant, divorce...), se voit alors forcé de répondre par son corps organique. L'évènement fait traumatisme parce que le Moi n'a pas les capacités de l'élaborer psychiquement, l'excitation ne peut être symbolisée. Selon ces auteurs, ce type de sujet apte à répondre par le corps aux conflits psychiques, se caractérise par une carence du préconscient. L'idée d'une « pensée opératoire » est proposée par Marty et M'Uzan qui la décrivent comme un mode de fonctionnement psychique appauvri. Le sujet, entièrement collé à la réalité, est incapable de fantasmer. Le concept d'« alexithymie » est introduit par Sifnéos (1972) pour signifier une carence

linguistique à l'égard des affects, le sujet étant complètement coupé de ses émotions et de son inconscient. Devant ce défaut de fonctionnement mental, la somatisation est la seule réponse possible. Ainsi, comme d'autres maladies dont les causes sont encore incertaines, le cancer est expliqué en terme de causalité psychique par les tenants de cette approche.

Ces théories sont intéressantes et peuvent sans doute être validées pour certains sujets, mais la pensée opératoire ne semble pas être l'apanage de tout sujet atteint d'une pathologie « psycho »somatique. De plus l'étiologie du cancer est encore inconnue et il n'a pas été admis comme maladie psychosomatique. Nous adoptons alors une position inverse puisque nous considérons ici que c'est la maladie somatique qui vient faire trauma. Nous posons cette hypothèse parce que d'une part, nous n'avons pas les moyens de repérer les causes du cancer et celui-ci ne peut être décrit comme affection psychosomatique comme nous l'avons dit, d'autre part nous ne pensons pas que cela soit nécessairement utile de part l'effet culpabilisant chez les patients, et enfin parce que là n'est pas notre intérêt puisque nous nous situons dans l'actuel de la clinique et nous avons eu à faire, durant ce stage, aux effets de l'annonce plus qu'à ses causes. Nous nous consacrons donc à voir comment l'annonce du cancer va engendrer un traumatisme. Dans ce sens l'éventuel recourt à une pensée opératoire, au factuel dénué d'affect peut être une défense provisoire face au trauma et non un mode de fonctionnement psychique permanent à l'origine du trauma. Cependant notre approche n'est pas de nier tout traumatisme passé, au contraire, nous situant dans une optique psychanalytique nous sommes persuadés que l'individu se construit au travers de nombreux traumatismes, dont le premier, lié à la perte de la toute puissance narcissique, est fondateur dans l'accès à sa subjectivité. La maladie fait donc traumatisme en fonction de ces anciens traumatismes, elle les réactive et ne vient pas s'inscrire sur une feuille blanche, vierge de tout passé.

## 2) Définition

Laplanche et Pontalis nous rappellent que le concept de traumatisme a d'abord été utilisé par le modèle médical. En médecine « trauma » signifie blessure avec effraction et « traumatisme », sa répercussion sur l'ensemble de l'organisme. La psychanalyse, avec

Freud, transpose ce concept sur le plan psychique, en conservant les trois significations qui y étaient liées : le choc violent, l'effraction et les conséquences sur tout l'organisme.

Laplanche et Pontalis définissent le traumatisme comme un « *événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique* ». (p. 499) Ainsi retrouve-t-on l'idée d'un événement violent (externe ou interne), le positionnement subjectif du sujet qui ne peut lier les excitations, et les conséquences psychiques du trauma.

Le traumatisme en psychanalyse renvoie en premier lieu au point de vue économique. La stimulation est trop intense pour que l'appareil psychique puisse la lier et l'élaborer. Laplanche et Pontalis rajoutent ainsi à leur définition : « *en termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations* ». (p. 499) Cette définition montre l'importance, pour que l'événement fasse trauma, du positionnement subjectif. Ce n'est pas donc pas l'événement en lui-même qui est traumatisant mais, s'il fait trauma, c'est parce que le sujet ne peut l'élaborer. Il faudra dès lors comprendre comment et pourquoi la situation réelle actuelle résonne chez le sujet et vient faire trauma.

Ainsi convient-il de distinguer le traumatisme de « l'état de stress post traumatique », concept à la mode aujourd'hui et qui ne prend en compte que la réalité actuelle de l'évènement, sans l'envisager comme s'insérant dans l'histoire subjective du sujet, ni comme processus. Le sujet est totalement absent de cette conception cognitiviste, une situation X est jugée traumatisante à priori, indépendamment du sujet qui la vit. Comme le rappelle Marty (2001, p.1), nous assistons aujourd'hui à une généralisation du traumatisme à toute situation de choc. Ainsi anticipe-t-on le trauma en installant des cellules de crise ou cellules psychologiques sur les lieux d'un drame. Certes, certains événements peuvent être jugés plus traumatisants que d'autres par la violence qui les constitue et l'effet de surprise qu'ils provoquent. Ainsi la perte d'un être cher, un accident, la survenue d'une grave maladie comme le cancer...peuvent engendrer un

traumatisme plus ou moins important et durable. Mais nous ne pouvons considérer que ces événements sont pathogènes indépendamment du sujet qui les vit. De plus il est évident qu'un même événement vient faire traumatisme de façon singulière selon l'individu qui le vit, ses traumatismes passés, son mode de fonctionnement psychique....A l'instar de Chemama « *il nous semble difficile, dans le cadre de l'élaboration psychanalytique, de donner une valeur trop grande à ce qui est seulement événementiel. Les événements, sexuels ou non, sont toujours réélaborés par le sujet, intégrés au savoir inconscient.* » (2003, p.447)

Ainsi la notion de traumatisme est assez complexe puisqu'elle renvoie à la fois à l'événement externe et au vécu psychique de cet événement. Marty (2001, p.1) signale que cette notion « *est devenue un lieu de malentendus où se mêlent fantasme et réalité, actualité et résurgence du passé, aspects quantitatifs et vulnérabilité, aléas de l'histoire événementielle et événement psychique.* » Ainsi pouvons nous nous demander si le traumatisme infantile est de même nature que le traumatisme lié à un événement surgi dans la vie adulte?

Nous pensons que le traumatisme ne peut être réduit à l'événement présent mais qu'il s'inscrit dans l'histoire du sujet en venant briser la continuité de celle-ci et, en tant qu'il ne peut être isolé, vient réactiver d'anciens traumatismes, dont les traumatismes fondamentaux, que le sujet doit vivre pour se constituer : « le traumatisme de la naissance » (Otto Rank), le traumatisme sexuel (Freud), le traumatisme lié à notre condition d'être parlant (Lacan).

Enfin, le traumatisme peut être décrit par la spécificité de sa temporalité. En effet Marty nous rappelle que le trauma engendre une rupture temporelle, c'est « *comme si la vie du sujet se trouvait brisée avec une difficulté majeure à mettre en relation ces deux temps.* » (Marty, 2001, p.2). De plus « *l'instant à l'état pur du trauma, ce temps du traumatisme devenant lui-même un hors temps ne parvenant pas à se constituer en souvenir et, par-là même, difficile à intégrer psychiquement avec d'autres éléments de la vie.* » (p.2). D'où l'idée d'une effraction, engendrant une coupure dans le temps habituel.

### 3) Le traumatisme dans l'œuvre de Freud

Ces éclaircissements étant faits nous allons maintenant revenir sur la notion de traumatisme dans l'œuvre de Freud.

Freud définit le traumatisme dans sa conception économique puisqu'il s'agit d'« *une expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échoue, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique.* » (1916-1917, p. 298)

La notion de traumatisme est fondamentale en psychanalyse et a subi un certain nombre de modifications dans la théorie Freudienne.

Ainsi le traumatisme est d'abord évoqué par Freud pour rendre compte de l'étiologie des névroses (1887-1902 : *Lettres à Fliess* et 1895 : *Études sur l'hystérie*). Le sujet névrosé aurait vécu dans son enfance une expérience traumatique de nature sexuelle, liée à la séduction d'un adulte. Cet événement n'aurait pas valeur traumatique sur le moment mais seulement dans « *l'après coup* », lors de la survenue d'un autre événement, souvent anodin et surgissant après la période pubertaire. Cette deuxième scène viendrait réactiver la scène de séduction précoce en lui révélant son caractère traumatique. C'est donc la première scène qui est traumatique, son souvenir entraînant un trop plein d'excitation sexuelle que le Moi du sujet ne peut liquider. Il y a effraction du pare-excitation et débordement des capacités de contenance. Ainsi Freud annonce-t-il dans ses *Études* que « *les hystériques souffrent surtout de réminiscences* » (p.5). Dans *les cinq leçons sur la psychanalyse*, 1908, il dit « *les symptômes étaient, pour ainsi dire, comme des résidus d'expériences émotives que, pour cette raison, nous avons appelées plus tard traumatismes psychiques : leur caractère particulier s'apparentait à la scène traumatique qui les avait provoqués.* »

Puis Freud abandonne la théorie de la séduction précoce en se rendant compte que le récit de ses patientes ne renvoyait pas toujours à un incident sexuel réel et se révélait parfois appartenir à la sphère du fantasme. Il élabore alors la théorie de la sexualité



infantile et par là l'idée que l'enfant n'est pas seulement victime d'une perversion de la part des adultes mais qu'il est lui-même un « *pervers polymorphe* ». Le primat n'est plus accordé à la réalité de l'événement mais à l'imaginaire, aux fantasmes. Marty (2001) souligne que l'introduction de la réalité psychique supprime même l'opposition entre réalité externe et psychique puisqu'un événement n'aura fonction d'événement que parce que le sujet le reprend dans une subjectivité qui lui donne forme. En ce sens le traumatisme serait un « *non événement* », ou bien encore un *événement non advenu, non perçu par le sujet en tant que tel* » (p. 9) qui pourrait advenir comme événement et être élaboré que dans un second temps.

Puis l'arrivée de la guerre oblige Freud à revenir sur ce concept et à revoir sa théorie du traumatisme. Il utilise alors le terme de « *névrose traumatique* ». Le sujet traumatisé par la violence donnée à voir peut alors revivre de façon répétitive la scène insupportable, par exemple en la rêvant chaque nuit. Cette conception est à la base de la pulsion de mort que Freud élaborera dans *Au-delà du principe de plaisir*. Ainsi le traumatisme, dans cette conception économique, est une effraction (comme la guerre, un accident...) qui par l'intensité de son excitation dépasse le principe de plaisir et oblige le sujet à lier l'excitation de façon répétitive pour la décharger ultérieurement. C'est la pulsion de mort, engendrée ici par le traumatisme, qui vient menacer l'intégrité du sujet.

Enfin, en 1926 (*Inhibition, symptôme et angoisse*), après l'élaboration de la seconde topique, Freud se réfère à l'angoisse pour décrire la situation traumatique. Le Moi a normalement les capacités d'émettre un « *signal d'angoisse* » devant le danger afin d'éviter d'être débordé par l'afflux des excitations et de pouvoir mettre en place les défenses adaptées. Lors d'une situation traumatique, ce signal d'angoisse ne peut advenir et le sujet se retrouve en proie à une « *angoisse automatique* », dans un « *état de détresse* » absolue (*Hilflosigkeit*). Le concept d'*Hilflosigkeit* se réfère à l'état de détresse du nourrisson qui dépend entièrement de l'autre pour répondre à ses besoins et éliminer ses tensions internes. Chez l'adulte cet état peut resurgir, notamment lors d'un traumatisme. Ainsi Freud lie ce traumatisme à une perte ou une séparation, entraînant chez le sujet une tension telle qu'il ne peut abrégier et se retrouve dans cet état de détresse. Dans cette conception du traumatisme, ce n'est plus seulement le danger externe

qui vient traverser le pare-excitation mais le Moi est également attaqué du dedans, par l'intensité de l'excitation pulsionnelle.

L'annonce du cancer vient engendrer un état de détresse infini chez le sujet. Notons que cette détresse est à la fois organique et psychique et qu'il est difficile d'isoler ce qui est psychique de ce qui ne l'est pas. Le sujet se trouve en deçà des mots, il vit ce qui se passe à son insu dans son corps sans pouvoir prendre le moindre recul. Il semble que soma et psyché ne soient pas séparés, dans une sorte de régression à l'état de dépendance du nourrisson.

#### 4) L'apport de Ferenczi

Freud et Ferenczi n'avaient pas le même avis sur cette notion de traumatisme.

Les deux psychanalystes s'accordaient quant à la description de la réalité clinique du trauma. Ainsi ont-ils dégagé les différents éléments qui la caractérisent : soudaineté de l'événement, non-préparation psychique, phénomène qui suscite l'effroi, met en échec la capacité de symbolisation, est de l'ordre de l'irreprésentable...

Ce qui les opposait concerne la place respective de la réalité et du fantasme dans la survenue du traumatisme psychique. En effet, le primat du fantasme et de la réalité psychique chez Freud ne convient pas à Ferenczi. On sait qu'après 1920, Freud privilégie le point de vue économique du trauma et l'effet d'effraction qu'il provoque, considérant l'événement objectif comme secondaire. Ferenczi, quant à lui insiste sur la réalité du traumatisme et la nécessité de le prendre en compte. Cependant, il n'écarte pas les effets sur le psychisme et les stratégies psychiques que le sujet va alors déployer pour survivre. Il les analyse en terme de processus économiques. Dans son *Journal Clinique*, (1932) Ferenczi décrit cet état lié au traumatisme : « *un choc inattendu, non préparé et écrasant, agit pour ainsi dire comme un anesthésique[...] par l'arrêt de toute espèce d'activité psychique, joint à l'instauration d'un état de passivité dépourvue de toute résistance. La paralysie totale de la mobilité inclut l'arrêt de pensée. La conséquence de cette déconnexion de la perception est que la personnalité reste sans aucune protection. Contre une impression qui n'est pas perçue, il n'est pas possible de se défendre.* »

(p.143) Le psychisme adopte alors des « *stratégies de survie* », comme la sidération, la fragmentation du Moi ou le clivage. Ainsi, face au trauma, le sujet peut se cliver en refusant une partie de lui-même inacceptable puisque non symbolisable.

Enfin, nous ne pouvons parler du traumatisme chez Ferenczi sans rappeler son texte sur *La Confusion de langues entre les adultes et l' enfant* (1933). L'auteur situe ici le premier traumatisme dans le décalage entre le besoin de tendresse de l'enfant et sa réponse par l'adulte, réponse qui peut être plus ou moins teintée de sensualité. Ainsi certains adultes ne respectent pas l'état d'immatunité sexuelle et de dépendance de l'enfant et traduisent son besoin de tendresse dans leur propre mode de fonctionnement sexuel. Cette confusion de langues engendre un traumatisme chez l'enfant qui aura des répercussions sur toute sa vie psychique future.

#### 5) L'effraction du réel et l'innommable

Chez Freud la conception économique du trauma est donc liée à l'idée d'une effraction dans l'appareil psychique du sujet. L'évènement surgit sans crier garde, laissant le sujet dans un état de désarroi. Le moi est débordé et le sujet incapable de mettre en mots son ressenti. Ainsi l'effraction a pour effet la survenue du traumatisme.

Nous proposons de parler d'effraction du réel en référence à Lacan, en ceci que cette notion nous paraît appropriée pour décrire la situation traumatique liée à l'annonce du cancer.

Le réel est une des trois catégories proposées par Lacan (les autres étant l'imaginaire et le symbolique). On peut le définir comme « *ce que l'intervention du symbolique pour un sujet expulse de la réalité.* » (Chémama) Ainsi il n'est pas la réalité mais « *il revient dans la réalité à une place où le sujet ne le rencontre pas sinon sous la forme d'une rencontre qui réveille le sujet de son état ordinaire* » ( Chémama, p.360). Effet de rencontre, le réel est aussi l'impossible à symboliser, l'innommable, l'insupportable. Ce qui a été éjecté de la réalité par le symbolique y fait retour sous une forme « réelle ».

L'annonce du cancer apparaît comme une véritable effraction du réel, une rencontre avec quelque chose de non symbolisable, qui ne peut que « réveiller » le sujet. Le cancer est un réel en ceci qu'il ne peut être nommé, représenté par le sujet. De plus il ouvre la perspective tout aussi irreprésentable de la mort prochaine. Cancer et mort ne peuvent être symbolisés par le sujet qui se retrouve soudainement « *au pied du mur du réel* » (D. Deschamps, p. 11). Le cancer est en effet une maladie insidieuse qui touche n'importe qui et n'importe quand, sans crier garde puisque le sujet n'a souvent pas de douleur comme le rappelle Lindenmeyer. L'effet de l'annonce est donc un effet de surprise. Le sujet vit un sentiment de trahison de la part son corps, qui se dérègle sans même le prévenir. Son corps l'abandonne, il devient persécuteur comme le dehors. Le sujet perd alors toute capacité à faire face et à préserver son identité.

Il semble en effet que l'annonce ne puisse être acceptée par le sujet sans un temps de « passage à vide », le simple signifiant « cancer » étant évocateur de dégradation physique, de souffrance, de prolifération morbide et de mort. De même le terme « tumeur » ne serait sans nous évoquer le verdict « tu meurs ». Les patients que nous avons rencontrés ne pouvaient parler ce cancer et nous avons d'ailleurs constaté que, même longtemps après l'annonce, ils ne prononçaient que très rarement le mot « cancer ». Un peu comme si se taire équivalait à conjurer l'avancée de la maladie et la mort. Ainsi un patient nous dit « *je n'en parle pas, il vaut mieux le laisser là où il est* ».

Si l'annonce du cancer engendre un traumatisme psychique, c'est donc parce qu'elle vient produire un effet de rencontre avec un réel, un innommable, un impossible. M. Broquen & J-C Gernez (1997) nous disent que « *Quelle que soit l'effraction physique, ce ne peut être qu'au niveau de la représentation psychique de cette effraction que le sujet est susceptible d'être perturbé. [...] Cette représentation est absolument inconciliable avec l'idée que le sujet se fait de lui-même, c'est-à-dire avec son Moi* » (p. 49)

L'apparition du cancer constitue une véritable effraction dans la vie du sujet, venant rompre l'équilibre psychosomatique antérieur et créer un abîme au plus profond du psychisme de la personne atteinte. Elle est le « coup de tonnerre dans un ciel serein », qui, en amenant le sujet devant le mur du réel, fait vaciller son identité. Il est incapable de

parler et de penser, plongé dans un état de sidération devant ce télescopage entre le corps imaginaire et le corps réel qui l'amène à ressentir un sentiment d'« inquiétante étrangeté ». Ce sont tous les repères habituels qui tombent, laissant le sujet totalement démuné : « A l'annonce du mot *CANCER* se brisent les ailes du désir, et l'esprit se noie dans un abîme sans fond, tandis que le corps est précipité dans l'horreur de la chute : tomber cancéreux, c'est « tomber-mourir » dans un univers déchaîné, désaffecté. » (Deschamps, p.6)

## **B. Maladie organique et remaniements psychiques : pertes et acquisitions**

Le traumatisme lié à l'annonce du cancer et/ou de ses traitements crée un déséquilibre psychosomatique qui engendre chez le sujet de forts remaniements psychiques. Ces remaniements peuvent être considérés sous leurs aspects négatifs, soit en terme de pertes et de chaos psychique. Toutefois la maladie organique grave peut également déboucher sur un réel réaménagement psychique fructueux et permettre au sujet de revenir sur son histoire. Le trauma cède alors la place à une reprise de sens. Nous allons maintenant parler de ces deux aspects du trauma.

### 1) Trauma et pertes

#### 1.1. Crise identitaire et « crainte de l'effondrement »

Pour décrire les effets psychiques de l'apparition du cancer, nous pouvons parler d'une véritable crise identitaire. Ce sont en effet tous les repères corporels et psychiques qui s'effondrent sous le coup de l'annonce; l'annonce qui ne peut alors que faire trauma.

La crise est un « *changement rapide qui se produit dans l'état d'un malade au cours de certaines maladies...manifestation violente d'un sentiment...affaiblissement, chute, désarroi...moment périlleux ou décisif...rupture d'équilibre.* » ( Larousse).

A propos d'une maladie organique grave et douloureuse, R, Gori nous dit : « *On sort égaré de l'aventure. On ne se reconnaît plus : mais « reconnaître » n'a plus de sens. (...)* *Se rapporter à soi est devenu un problème, une difficulté ou une opacité.* » (R.Gori, 2004, p.38-39). Cette phrase traduit bien cet égarement et cette perte de soi.

Ferenczi, dans son article intitulé « Qu'est ce que le trauma? » (*Journal Clinique*, p.249) annonce que le trauma vient modifier le Soi, faute de pouvoir modifier l'excitation. Pour que cette modification ait lieu ajoute-t-il, il faut d'abord que le Soi précédent soit détruit partiellement ou totalement. Le trauma qui fait effraction vient donc briser les repères identitaires en fragmentant le Moi du sujet. Le sujet perd donc toute unité de soi et développe des défenses que l'on pourrait qualifier de psychotiques.

En effet, il se produit un véritable remaniement défensif. Le sujet, sous le choc, ne peut déployer ses défenses habituelles et adopte alors toutes sortes de défenses beaucoup plus archaïques parfois propre aux fonctionnements psychotiques. Ainsi le déni, le clivage, la sidération sont les plus fréquents. Le sujet en état de crise ressent cette perturbation comme une menace à sa propre existence.

Notons déjà qu'il ne faut pas forcément s'inquiéter de ce bouleversement identitaire et défensif occasionné par la maladie, qui n'est bien souvent qu'un état passager. Le danger peut toutefois survenir lors d'une fixation et d'une installation dans un mode de fonctionnement pathologique.

Nous pouvons également évoquer ici l'idée de « *La crainte de l'effondrement* » de Winnicott en rapport avec l'intense bouleversement identitaire faisant suite au trauma du cancer. Il parle de la crainte de l'effondrement à propos des fonctionnements psychotiques, les névrosés souffrant plutôt d'une angoisse de castration, mais note que « le phénomène est universel » (p.206). L'effondrement qu'évoque Winnicott est celui de l'institution du Self unitaire (p.207). Cette crainte surgit lorsque les défenses du Moi sont menacées par un événement venant de l'environnement, événement face auquel le Moi du sujet ne peut s'organiser en tant que celui-ci est dépendant de l'environnement dans lequel il vit. Il parle de « *breakdown* » pour décrire cet échec de l'organisation des défenses du Moi. « *Breakdown, c'est la panne d'auto : quelque chose s'est cassé, ou il n'y a plus d'essence. C'est aussi la personne qui s'arrête tout d'un coup de parler et fond en larmes, celle qui s'écroule d'épuisement ou de maladie; c'est aussi la raison qui sombre.* » (p. 206).

Winnicott ajoute que cet effondrement a en réalité déjà eu lieu mais est resté caché dans l'inconscient du sujet. Il ne s'agirait pas de l'inconscient refoulé mais « *inconscient veut dire que le moi est incapable d'intégrer quelque chose, de l'enclorre. Le moi est trop immature* ». (p.210) Pour Winnicott, c'est parce que le patient n'a pu éprouver ce « *détail du passé* » qu'il continue de craindre un effondrement dans le futur.

## 1.2. Pulsion de vie et pulsion de mort

Pour expliquer les remaniements psychiques liés au trauma, nous nous devons de revenir au concept de pulsion.

La pulsion a été décrite par Freud pour expliquer le rapport de l'organisme au psychisme, c'est un « *concept limite entre le psychisme et le somatique* » (1915). Elle constitue le « *représentant psychique d'une source continue d'excitation provenant de l'intérieur du corps* » (1985). Elle possède quatre composantes : une poussée, qui est son moteur; un but, celui d'atteindre la satisfaction; un objet qui motive la pulsion dans son déploiement; et une source c'est à dire une excitation d'une zone de l'organisme et la représentation de cette excitation dans le psychisme.

Nous ne retracerons pas l'évolution de la pensée freudienne quant au concept de pulsion mais notons que sa conception reste dualiste tout au long de sa réflexion.

En effet Freud parle de pulsion (*Trieb*) dans les *Trois essais* (1905) en opposant pulsion d'auto-conservation ou pulsion du Moi et pulsion sexuelle. Cette opposition correspond à la notion d'étayage des pulsions sexuelles sur les fonctions physiologiques de l'organisme.

Puis, en 1920, Freud se rend compte d'un *Au-delà du principe de plaisir*, grâce à la découverte de la compulsion de répétition, et amène l'idée d'une pulsion comme processus anti-vital poussant l'organisme vers l'inanimé. Il introduit alors une nouvelle opposition, séparant les pulsions de vie (qui comprennent les pulsions sexuelles et les pulsions du Moi) des pulsions de mort. Ainsi l'être humain serait animé par ces deux grands types de pulsions, dont l'une viserait l'extinction de la vie, la réduction totale des tensions et le retour de l'être vivant à un état antérieur, i.e. : à l'inorganique, tandis que l'autre viserait la conservation et le développement de la vie.

Bien que Freud sépare les deux grandes pulsions dans son élaboration théorique, il nous dit bien qu'elles sont toutes deux présentes simultanément chez le sujet. Ainsi « *ce à quoi nous avons à faire, ce n'est pour ainsi dire jamais à des motions pulsionnelles pures, mais à des alliages des deux pulsions en proportions variées.* » (1930, p.55).

La lutte entre Éros et Thanatos constitue donc la vie elle-même, il n'y a pas d'être humain qui échappe à ces mouvements pulsionnels contradictoires. Et l'organisme lui-même est mû par ces deux mouvements. Ainsi pouvons-nous considérer la lutte cellulaire qui se déroule à l'insu du sujet dans son corps, lors de la survenue d'un cancer, comme un combat entre ces deux pulsions. Les cellules cancérigènes visent en effet la dégradation et la mort de l'organisme tandis que les cellules immunitaires luttent comme elles le peuvent pour que la vie continue, le plus possible. De même au niveau psychique remarque-t-on lors de l'apparition du cancer, cette lutte incessante. Alors que la pulsion de mort pousse le sujet à tout laisser tomber, à se laisser mourir et à ne pas se soigner, la pulsion de vie est là pour qu'il lutte et qu'il reprenne goût à la vie.

Bien que ces deux pulsions soient présentes de façon simultanée, il arrive qu'elles se désunissent sous l'effet de la réalité comme lors de l'apparition du cancer. Le danger est alors présent puisque la pulsion de mort n'est plus régulée par la pulsion de vie et vise son but de façon indépendante. Cette oscillation entre pulsion de vie et pulsion de mort et ce mouvement de liaisons-déliasions est flagrant dans le cadre du cancer, le sujet se laissant tour à tour entraîner par ces deux forces contradictoires qui l'habitent.

### 1.3. Maladie, narcissisme et rapport à l'autre

#### *1.3.1. Repli narcissique et régression psychosomatique*

La survenue d'une maladie organique comme le cancer provoque également un remaniement libidinal dans le rapport au corps et à l'autre.

Ainsi Freud, dans son introduction au narcissisme, (1914), nous dit que la maladie organique est une des voies permettant d'aborder le narcissisme. En effet, l'apparition d'une maladie organique, qui plus est lorsqu'il s'agit d'une maladie grave comme le



cancer, modifie la répartition de la libido en obligeant le sujet malade à désinvestir le monde objectal pour reporter sa libido sur son corps. Il évoque ici la rage de dent du poète, dont l'âme se resserre sur le trou étroit de sa molaire. Ainsi nous dit-il qu'« *il est universellement connu, et il nous semble aller de soi que celui qui est affligé de douleur organique et de malaises abandonne son intérêt pour les choses du monde extérieur, pour autant qu'elles n'ont pas de rapport avec sa souffrance* » ( p. 88)

Ce sont donc toutes les relations d'objet qui sont perturbées et les proches du sujet ont bien souvent du mal à accepter ce désinvestissement dont ils font l'objet.

La maladie amène le sujet, en se recentrant sur son corps, à se retrouver seul avec lui-même et avec sa souffrance. En effet, chacun de nous se retrouve seul devant la maladie et plus encore devant la mort. La maladie pousse à une traversée en solitaire. Ce repli narcissique est donc inévitable puisque c'est dans son propre corps et non dans celui de l'autre que le sujet souffre, c'est son propre corps qui est envahi par ces cellules cancérigènes qui se développent et l'envahissent.

Il semble se produire aussi une certaine régression psychosomatique et relationnelle. Lindenmeyer nous dit « *au moment où le médecin fait l'annonce, il touche à quelque chose de l'ancrage corporel du sujet, il oblige une régression qui a un aspect morbide qui conduit le sujet à ne plus habiter son corps* ». L'unité psychosomatique est brisée et le sujet se retrouve dans l'état de morcellement dans lequel il était avant la formation de son Moi. Ainsi Deschamps parle de cette régression en expliquant que ce n'est plus la vie psychique de ces patients qui prime mais leur corps et ses besoins.

Ainsi parallèlement au désinvestissement du monde extérieur ces patients ont besoin de l'autre pour se redécouvrir, comme l'enfant avait besoin de sa mère pour accéder à une représentation de lui-même. La problématique de l'individuation se rejoue alors dans la maladie organique grave et les demandes sont d'ordre plus archaïque, liées à un besoin nouveau d'étayage. Les couples aliénation/séparation, dépendance/autonomie sont donc remis en chantier laissant souvent le sujet pris entre le risque de se perdre dans l'autre et l'angoisse de l'infinie solitude.

Notons que cette régression est accentuée par le discours médical et le contexte de l'hospitalisation, lesquels rendent le sujet entièrement dépendant de l'Autre.

### 1.3.2. Castration et perte de l'image idéale

Nous pouvons aussi voir les effets du cancer en terme de perte narcissique.

D'une part la simple annonce réveille les fantasmes collectifs liés au cancer. Ainsi le sujet peut se voir envahi par un monstre aux multiples pinces, dévoré de l'intérieur. L'image d'un corps qui se dégrade progressivement vers une mort lente et douloureuse, surgit de façon plus ou moins consciente.

D'autre part ces fantasmes sont en partie corroborés par la réalité médicale de la maladie. En effet le cancer et ses traitements constituent une castration réelle. Le corps est réellement attaqué de l'intérieur par un ennemi qui ressemble à un crabe, et qui, avec ses pinces détruit toutes les parties saines du corps. Cette réalité ne peut que réveiller les angoisses de castration du sujet qui trouvent dans la réalité une confirmation terrifiante. De même les traitements du cancer viennent renforcer cette réalité de la castration. On procède à l'ablation d'une tumeur, d'un organe, on irradie le corps de rayons nocifs, on injecte des doses de chimiothérapie qui provoquent la chute des cheveux, symbole par excellence de la castration. Lorsque le sujet apprend qu'il a le cancer, qu'il devra subir une ablation d'un organe, un traitement chimiothérapique et que, pour couronner le tout il part à la retraite, nous pouvons imaginer l'intolérable de la situation.

Ainsi les angoisses de castration sont rendues réelles par toutes ces pertes corporelles. Nous pouvons penser que la problématique de la castration est d'autant plus prégnante lorsque l'ablation porte sur un organe génital comme lors d'un cancer du sein ou de l'utérus...

Pour D. Morel le trauma est ainsi celui d'une castration. Il s'agit d'un traumatisme lié à la perte, à la dépossession de son corps et de soi. Elle parle du cancer comme d'un « *hôte insidieux qui s'empare de vous, (d'une) image de perte et d'amputation* ». (p.99). Il vient révéler à l'homme son impuissance et le confronte à la castration, à la perte de l'image idéalisée de lui-même. L'atteinte du corps dans le cancer amène une représentation équivalente à celle d'une perte d'objet. L'objet perdu, c'est le corps sain, le corps d'avant. L'unité psychosomatique est totalement rompue et l'image du corps antérieur est bouleversée.

Le trauma du cancer amène ainsi un avant et un après et rien ne sera plus comme avant. L'image idéale est modifiée, le sujet devra alors vivre avec un corps nouveau, un corps malade, abîmé par le cancer et les traitements. Ainsi une patiente hospitalisée en soins palliatifs pour une leucémie chronique et défigurée par une tumeur sur le cou nous annonce qu'elle était mannequin avant et déclare « *je ne suis plus que la caricature de moi-même* ». Le Moi idéal ne correspond pas à cette nouvelle image que le sujet voit se refléter dans le miroir de l'hôpital ou dans le regard des autres. Le sujet n'est plus cet homme fort et robuste ou cette femme belle et attirante et ce que le miroir lui renvoie de lui-même ne lui plaît guère. L'Idéal du moi est également touché puisque le sujet, à cause de l'état d'extrême fatigue dans lequel le plonge la chimiothérapie, ne lui permet pas de faire ce qu'il faisait avant et qui lui procurait tant de fierté.

Dans notre clinique, nous avons remarqué que cette problématique de l'image se retrouvait souvent. Ainsi Mme T, suivie en hôpital de jour pour un cancer chronique du sein nous dit que ce qui l'a faite le plus souffrir dans son cancer, c'est qu'elle ait perdu ses cheveux. Elle ne peut pas accepter de porter une perruque et ne peut se regarder dans une glace sans un bandeau sur la tête.

Il est également intéressant de constater que la majorité des patients veulent à tout prix préserver cette image d'eux même. Ainsi Mr F. se repeigne à chaque fois que nous allons le voir. De même Mme L., que nous présenterons dans notre partie clinique, tient à se tenir droite lors des entretiens malgré la douleur physique qui l'envahit.

La dimension narcissique est donc fortement touchée dans le cancer, la perte de l'image idéale et la réactivation de l'angoisse de castration engendrant un réaménagement important du rapport à soi et au monde. C'est autant le Moi idéal que l'Idéal du moi qui est concerné par cette perte.

### *1.3.3.L'horizon de la mort*

La perte narcissique la plus terrible est celle liée à la perspective qu'ouvre le cancer, de sa propre mort. Ainsi l'illusion narcissique d'immortalité tombe sous le coup de l'annonce.

Dans *Considération actuelle sur la guerre et sur la mort*, Freud se penche sur la question fondamentale de la mort. Il annonce ici le paradoxe de tout être humain face à sa propre finitude : même si nous sommes tous conscients de notre propre mort, nous nous comportons comme si elle n'existait pas. Ainsi « *chacun de nous tend de toutes ses forces à écarter la mort, à l'éliminer de notre vie [...] Notre mort nous est irréprésentable et dans son inconscient, chacun de nous est persuadé de sa propre immortalité* ». Il nous est en effet impossible de nous représenter la mort, puisqu'elle fait partie du réel, de l'irréprésentable et de l'innommable. Les seules représentations que nous pouvons nous faire sont celle du mort, du cadavre puisqu'il fait partie de la réalité. Mais la mort en elle-même est l'inconnu absolu de tout homme. De la mort, nous ne voulons rien savoir.

La maladie organique qui peut être létale rappelle cependant au sujet qu'il est mortel.

Lacan, dans son article « L'agressivité en psychanalyse » annonce aussi que : « *la crainte de la mort, du « Maître absolu », supposée dans la conscience par toute tradition philosophique depuis Hegel, est psychologiquement subordonnée à la crainte narcissique de la lésion du corps propre* ». (p. 122) On ne peut vivre sans corps et le corps qui se dégrade va vers la mort.

Denise Morel nous dit aussi que le trauma dans le cancer est celui d'une castration, qui est en lien non seulement avec l'angoisse de castration mais aussi avec l'angoisse de mort : « *Cet état de castration où l'on se sent désapproprié de ce à quoi on tenait le plus correspond à une défaite personnelle, à une angoisse de mort, voir à une angoisse de décomposition* » (p.98). Le corps qui se dégrade évoque au-delà de la castration symbolique la défaite de la vie. « *Ici l'angoisse secondaire de castration régresse en angoisse primaire de mort, de décomposition (...) cette mort tant redoutée, à laquelle le sujet n'acquiesce pas mais qu'il se surprend à abriter malgré lui* » (p.99)

Cette angoisse de castration réanimée par le cancer est donc en lien avec l'ultime castration de tout un chacun, à savoir la mort. Au-delà de l'angoisse de castration vient donc émerger l'angoisse de mort.

Nous parlons d'une perte narcissique en ceci que, comme le disait Freud, le sujet bien qu'il soit conscient de sa propre finitude se comporte comme s'il était immortel. L'apparition du cancer constitue alors une perte narcissique extrême en venant faire tomber brutalement cette illusion moïque d'immortalité et en apparaissant comme une menace de mort annoncée.

De plus l'annonce d'un cancer vient aussi évoquer la mort en tant qu'elle réveille chez le sujet les morts anciennes d'êtres chers. Ces personnes sont parfois même mortes d'un cancer pour qui la science n'a rien pu faire. Alors quand vient le tour du sujet d'être atteint dans son corps par cette maladie sournoise et insidieuse, il ne peut que se remémorer ces morts passées. Ceci fut le cas pour nos deux patients.

## 2) Aspect créatif du trauma

Dans la définition de Laplanche et Pontalis, le trauma est associé à un blocage de la vie psychique et à des « *effets pathogènes durables* » dans l'organisation psychique. Nous venons d'évoquer ce non symbolisable lié à la perte soudaine de sa vie passée. Toutefois, ces nombreux bouleversements invalidants pour le sujet peuvent également pousser celui-ci vers un réaménagement psychique positif et une reprise de sens. Il convient donc de nous pencher à présent sur ce « rebondissement » de la vie psychique du sujet.

### 2.1. L'autre face du trauma

Freud évoque lui-même ce double aspect du trauma et parle d'effets négatifs et positifs dans *L'homme moïse* en 1939.

Un livre dirigé par P. Marty nous aide à comprendre l'aspect positif du trauma et ce qu'il permet dans un second temps : *Figures et traitement du traumatisme* (2001). Deux articles ont retenu notre attention. Tout d'abord celui de Marty : « *Traumatisme, une clinique renouvelée* » et ensuite celui de S. Korff-Sausse : « *Le trauma : de la sidération à la création* »

P. Marty rappelle que le double aspect du trauma apparaît lorsque l'on se penche sur l'étymologie du terme. En effet « traumatique » provient du grec « traumatikos », qui

signifie bon pour les blessures et qui dérive de « trauma » soit blessure, dommage, désastre. Bien que la médecine n'ait conservé que le second sens du terme, celui-ci possède pourtant cette double face, d'un côté l'effraction, de l'autre le remède.

De plus, rappelons qu'en psychanalyse, les traumatismes originaires sont considérés comme à l'origine de la vie psychique. Nous pouvons donc penser que les traumas survenant après dans la vie du sujet, même s'ils donnent lieu à un blocage associatif et plus précisément à un arrêt de l'activité psychique, peuvent aussi permettre un réaménagement positif de la vie psychique. Nous pensons que, sans sous-estimer la dimension dramatique du trauma il convient de voir comment petit à petit le sujet peut en sortir et intégrer cette expérience douloureuse dans le fil de son histoire.

Marty revient aussi à Freud, qui dès 1895 remarque qu'une excitation sexuelle somatique peut se transformer en un stimulus pour la vie psychique par ce qu'il appelle « *l'action spécifique ou adéquate* » (1895, p.32). Ainsi pouvons nous considérer « *le traumatisme comme un moteur de la vie psychique à condition que l'excès qu'il contient puisse être élaboré par le sujet* » (Marty, p.6). Le traumatisme qui paralyse l'appareil psychique peut donc être repris par le sujet dans un travail de liaison et de relance de l'activité psychique.

De même, notons que chez Ferenczi aussi figure cet aspect positif du trauma. Ainsi dans « *Qu'est ce que le trauma?* », à propos des mécanismes de défenses utilisés par le sujet lors d'un traumatisme, il déclare que les défenses extrêmes que sont la fragmentation et le clivage, sont nécessaires pour atténuer l'effet du trauma. Il s'agit de défense adaptée possédant une fonction certaine dans le vécu et le dépassement du traumatisme. Il nous dit par exemple que la fragmentation, au-delà de ses aspects pathologiques, est nécessaire pour que le trauma soit moins intense et pour que la partie du Moi demeurée intacte se rétablisse plus rapidement. Ainsi le trauma n'est pas simple chaos et extinction de la vie psychique; et les mécanismes de défenses qui apparaissent sont au service de la pulsion de vie.

De plus, il nous dit dans son Journal Clinique que « *ce qui n'est pas tout à fait clair (...) c'est de quelle façon le centre de l'explosion peut être incorporé, si toutefois il peut l'être, dans l'esprit de l'analysé comme processus conscient, et par la même comme*

*événement psychique pouvant être remémoré.* » (p. 119) On peut donc dire que l'événement « cancer » ne fait pas tout de suite événement psychique et que seul le travail de l'analyse pourrait permettre cette psychisation.

Dans la même optique l'article de S. Korff-Sausse prône l'idée que le trauma ne doit pas être abordé seulement en terme de désastre mais qu'il doit aussi être envisagé comme potentiel créateur. Revenant à la théorie de l'après coup de Freud, elle nous dit que pour que le trauma soit dépassé, il faut que le présent rejoigne le passé et le factuel le fantasmatique. Le trauma actuel doit être articulé aux traumas plus anciens pour que la vie du sujet reprenne une cohérence dans sa continuité. Ainsi « *le travail de l'après coup permet de réinterpréter le passé et de désenclaver l'événement traumatique, et par conséquent, de rétablir les passerelles du temps que le trauma avait rompues* » (p.221) L'auteur conclut alors « *le trauma, qui dans un premier temps, paraissait de l'ordre de l'irreprésentable, cherche des modalités permettant de se figurer. Ainsi la sidération qui paralyse la pensée, laisse sans voix et entrave la symbolisation, cède, à la faveur de la rencontre psychanalytique, afin d'ouvrir sur un devenir psychique autre qu'un enclavement muet. Après une période où domine la douleur, l'apparition de mécanismes de défenses pathologiques, l'absence de demande, le fonctionnement psychique temporairement et partiellement mis en échec reprend progressivement son travail.* » (p.221, 222)

## 2.2. Le « travail de la maladie »

Pour traduire l'idée que la maladie organique peut aussi permettre de forts remaniements psychiques, J. L. Pedinielli introduit l'expression de « *travail de la maladie* ». Ainsi part-il du constat clinique que « *la maladie n'est pas seulement une réalité organique, mais une expérience, un événement interne susceptible de représentation et générateur d'un jeu d'investissement.* » (p.5) Il nous dit que, même si le sujet subit d'abord la maladie qui vient faire effraction, celui-ci peut ensuite devenir acteur de son histoire. Pedinielli définit plus précisément le travail de la maladie comme « *l'ensemble des procédures économiques et signifiantes spécifiques qui assurent la transformation de l'atteinte organique en atteinte narcissique et de la douleur organique*

*en douleur psychique* » (8). Il s'agit d'un « *processus autonome* », d'une « *opération complexe visant une restauration et possédant un caractère de nécessité.* » (p. 8). L'essentiel du « travail de la maladie » consiste en une « *mise en représentation* » de la maladie.

Utilisant le terme « travail », l'auteur insiste sur l'aspect dynamique de ce processus, tout comme pour le travail du rêve et celui du deuil. Il s'agit d'ailleurs bien de faire un deuil, celui du corps sain, de l'image idéale et de l'illusion de l'immortalité pour « entrer en maladie ». Le sujet doit mettre en représentation cette perte et ce corps malade. Pedinielli ajoute que travail ne se fait pas sans souffrance puisqu'il faut que le sujet soit conscient qu'il renonce à beaucoup de choses auxquelles son Moi tenait si fort avant de rebondir vers une transformation positive de son être. Il doit passer par cette étape où rien ne va plus et accepter que le temps de la remontée soit laborieux et délicat, toujours incertain.

Le rôle du repli narcissique et de l'état de solitude dont nous avons parlé précédemment constitue la première étape pour que le sujet, avant de réinvestir le monde, puisse s'investir lui-même et se retrouver. Cette re-centration sur soi et cette « *capacité d'être seul* » (Winnicott, 1958) est fondamentale pour que le sujet puisse se distancier progressivement de la maladie et accéder au monde des représentations. Pour D. Deschamps, le patient doit ainsi conserver un espace intérieur entre lui et son cancer, s'en décoller physiquement et psychiquement en se situant dans un espace transitionnel où il peut se penser malade et créateur de sa vie malgré tout. Ainsi, si le sujet entre en maladie, « *la maladie rentre dans le temps, devient un long voyage dans des terres inconnues. L'épreuve rouvre des questions pour y faire germer du sens.* » (intro) D. Deschamps considère même le « *cancer comme une épreuve fondatrice, délimitante et structurante à la fois, comme mise à l'épreuve des failles, des points de force ou de fragilité, de la solidité des fondements du sujet.* » (p.12) Il y aurait ainsi un double mouvement présent dans le cancer : arrachement de soi tel qu'on était et reprise de soi dans de nouvelles frontières. Ainsi après avoir subi la maladie, le sujet peut s'orienter vers un « *rebondissement psychosomatique* » (C. Dejours, 1997) et une reprise de sens.



Ce travail de la maladie débouche sur la création par le sujet d'un sens, d'un « roman de la maladie » (Del Volgo, Gori, 1993) qui n'appartient pas au discours objectif de la science mais à sa propre réalité psychique, et qui constitue par-là un savoir inconscient.

### 2.3. Le « travail du trépas »

*« Là où les routes finissent commence alors l'autre voyage »  
« La mort à l'horizon contraint à rentrer dans le temps de sa vie ».*  
(Deschamps, p.98 et 110)

L'horizon de la mort entrevu par le sujet lorsqu'il apprend qu'il est atteint d'une maladie létale comme le cancer, pousse d'autant plus le sujet à revenir sur son existence.

Michel de M'Uzan est l'un des rares analystes à considérer la mort non plus seulement en terme d'accident biologique mais également comme événement psychique. Il propose dans son article l'idée d'un « *travail du trépas* » (1976) afin de traduire sa conception liée aux remaniements psychiques survenant à l'approche de la mort. Nous évoquons cette notion dans le cadre du cancer, même si nous n'étions pas en pôle de soins palliatifs à proprement parler, parce que M'Uzan lui-même conçoit la période du trépas de manière assez élargie. Ainsi le travail du trépas peut-il commencer à l'instant même où le patient sait qu'il peut mourir et même avant puisque les processus morbides qui se déroulent dans le corps sont détectés, même de façon inconsciente, par le psychisme.

Selon l'auteur, le sujet qui se sait mourant développe une expansion libidinale importante. Il nous dit à ce propos que la fin de vie ressemble à son commencement et que c'est parce que l'on se sait mortel que l'on peut se construire et s'individualiser. Les investissements objectaux du sujet sont totalement bouleversés par l'horizon entraperçu de la mort et il lui faut près de lui une personne proche disponible et aimante, tout comme pour le nouveau-né.

### 2.4. Une condition nécessaire: l'écoute de l'autre

Le rôle de l'autre est en effet primordial dans ce regain de vie et dans cette reprise de son histoire personnelle consciente et inconsciente.

Le sujet qui apprend sa maladie l'apprend par la bouche d'un autre, l'Autre du discours médical. Nous savons que la maladie est objectivée par le discours médical. Il s'agit de relever les signes pathologiques pour poser un diagnostic fiable. Cette approche est nécessaire pour traiter la maladie somatique de façon appropriée. Cependant nous constatons qu'au-delà de la maladie, le malade lui-même est souvent objectivé. Les médecins et infirmiers ont tendance à le réduire à son symptôme ou plutôt à sa pathologie organique. Il n'y a alors plus aucune place pour le sujet, au sens psychanalytique du terme.

De plus, rappelons que le discours médical est celui de la guérison. « *Il faut vous soigner* », « *il faut garder le moral* », « *n'y pensez pas* » sont autant de formules allant dans le sens de la guérison et du bien être à tout prix. Il s'agit d'une véritable « lutte contre le cancer » dans un esprit guerrier. Ainsi le patient prend souvent le discours médical à son propre compte, il est persuadé que s'il parvient à garder le moral, tout ira bien, et quand par malheur il est angoissé ou déprimé, il se met à culpabiliser d'aller mal et lutte pour vite se reprendre, après tout « il y a plus malheureux ». Il n'a pas le droit de se sentir mal. Ce discours revient trop souvent dans la clinique hospitalière. Aussi se doit-on, en tant que psychologue, d'entendre ces affects restés en souffrance. Le vrai est plus important que le bien. Il nous faut entendre le patient de là où il parle, même s'il ne parle pas beaucoup. Il nous faut être là où le sujet a besoin que nous soyons, en d'autres termes il faut accepter de rester présent devant le manque de mots, devant le non-sens. Seule cette écoute non directive, cette présence d'être, peut permettre au sujet de rester en contact avec sa souffrance, de la mettre progressivement en mots et de l'accepter. Il peut alors émettre sa vérité à lui, son « roman de la maladie » en se détachant de la vérité objective et rationnelle du discours médical. Pour cela « *l'autre doit se laisser toucher par cette intolérable et scandaleuse souffrance de l'autre* » (Deschamps, p. 281)

Ainsi nous faut-il accepter d'en passer par le corps, et même parfois d'y rester, lorsque nous travaillons avec ce type de patients. Ces patients ont besoin d'une écoute, même si l'élaboration est difficile ou s'ils ne parlent que de leurs symptômes somatiques. Le contexte de l'annonce est à travailler dans nos propres réactions contre-transférentielles.

D. Deschamps évoque trois qualités nécessaires à l'« écoutant » en cancérologie:

- La parole du patient doit être entendue comme celle d'un sujet et l'enfant en souffrance de parole doit être reconnu derrière le masque donné à voir.

- Nous devons supposer toutes les manifestations de son être comme des appels à l'autre. (parole, silences, actes...)

- Nous devons supporter de suspendre la réponse pour que la question se précise et s'adresse à l'autre, supporter que surgisse l'angoisse, la dépression, la peur, la mort au bout du chemin et supporter que le désir du patient puisse être celui de lutter, d'élaborer sa souffrance mais aussi celui de se taire. D'où l'importance de repérer notre contre-transfert qui peut correspondre à un désir de déployer la vie psychique du sujet selon notre conception du bien-être.

Ainsi c'est grâce à l'écoute et à la réceptivité de l'autre que le sujet peut, seulement s'il le souhaite, revenir sur son vécu de la maladie et l'élaborer en l'insérant petit à petit dans son histoire subjective. Nous pouvons parler ici de mouvements régrédiants en ceci que tout comme le petit enfant en état de dépendance à l'Autre primordial, le sujet apprenant sa maladie se retrouve démuné et seul face à cet innommable. L'Autre prend ici une fonction maternelle nécessaire à la reprise du mouvement progrédient.

➤ Nous allons à présent voir comment ces éléments peuvent se vérifier dans la clinique, en tentant d'analyser deux patients cancéreux que nous avons suivis.

## **PARTIE 2 : CLINIQUE**

## I. PRÉSENTATION DU CADRE

Le travail présent découle, comme nous l'avons dit, de réflexions que nous avons pu élaborer à partir d'un stage réalisé au centre hospitalier de Saint-Germain-en-Laye, dans le service de médecine interne. Ce stage s'est déroulé sur 6 mois : du 3 janvier au 30 juin 2006.

Nous avons pu rencontrer des patients hospitalisés pour des pathologies organiques multiples (cancers divers, diabète, anorexie...) et avons réalisé des entretiens avec ces patients ainsi que quelques suivis. Les patients ont eu ainsi la possibilité de verbaliser plus d'éléments ayant trait à leur problématique subjective et de se dégager un peu de la maladie, qui prend parfois une part envahissante dans leur discours.

Nous aimerions préciser que nous avons abordé ce stage comme une expérience de confrontation avec la pratique du métier de psychologue et non comme l'occasion de faire une recherche et de valider des hypothèses. C'est pourquoi les entretiens que nous avons faits ont été non directifs. Nous voulions avant tout laisser la place au sujet et à son élaboration, laquelle est souvent rendue difficile par le cadre et le discours médical entourant le patient, ce dernier étant parfois réduit à ses symptômes somatiques. D'un point de vue quantitatif nous sommes donc privés d'informations qu'auraient permis de recueillir des entretiens plus directifs mais nous voulions réellement partir de la clinique telle qu'elle se présentait à nous.

Il est également important de rappeler la particularité des entretiens à l'hôpital avec des patients atteints de pathologies organiques lourdes. Souvent obnubilés par ce qui se passe dans leur corps, ces sujets ont d'abord besoin de comprendre, de mettre en mots leur état physique. Il ne s'agit donc nullement de psychothérapies même si ces entretiens peuvent les aider à revenir sur leurs craintes et leur vécu subjectif.

Les patients retenus pour cette étude se trouvaient dans une période de profonds bouleversements psychiques et existentiels dus à la survenue du cancer. Le choc de l'annonce fait qu'ils vivaient des choses dans leurs corps en deçà du symbolisable. Nous pouvons dire qu'il s'agit donc d'abord plus d'une clinique de l'être que d'une clinique du

sujet car il est question de vie ou de mort avant l'élaboration qui ne peut se faire que dans un second temps.

Nos cas sont donc abordés à l'hôpital, dans ce contexte de l'annonce d'une maladie dont la symbolique est fortement chargée, le cancer. Il nous a paru fondamental de respecter le temps du processus traumatique et de ne pas être plus directif. Nous sommes donc conscients du manque de matériel qui aurait été nécessaire pour faire une étude de cas à proprement parler mais avec ce manque de mots, c'est bien de la clinique du corps que nous parlons et du traumatisme. ..

## II. HYPOTHÈSE

Cette clinique auprès de malades cancéreux et les lectures que nous avons faites nous amènent à poser l'hypothèse que l'annonce d'une maladie grave et de ses traitements intensifs vient faire traumatisme chez le sujet. Le sujet, alors envahi par une excitation trop forte pour être symbolisée, subit un véritable chaos physique et psychique. Cette annonce entraîne en effet un bouleversement psychique sans précédent, le cancer venant rendre réelle l'angoisse de castration et au-delà celle de la mort. Les remaniements psychiques qui s'ensuivent sont liés à la perte narcissique de l'image idéale du Soi, du corps sain et de l'illusion d'immortalité. Ils peuvent être dramatiques mais peuvent également déboucher sur un mouvement psychique progrédient. En effet, nous pensons que le trauma peut permettre, par la nécessité d'intériorisation qui lui est inhérent, un travail de psychisation de la maladie organique vers une reprise de sens et d'inscription dans l'histoire subjective.

## III. ÉTUDE DE CAS

C'est donc à partir de la clinique du traumatisme que nous allons tenter d'analyser ces cas. Ce contexte d'entretiens et le fait que nous n'étions pas en psychothérapie font que nous n'avons que peu d'éléments et que nous devons composer avec ce que nous avons. Ces analyses sont donc des tentatives d'élaboration qui s'inscrivent dans une réflexion et ouvrent au débat. Nous ne voulions pas tomber dans la spéculation et avons préféré rester dans le discours du sujet.

Nous avons pris soin, au long de ce stage de noter après chaque entretien tout ce qui nous paraissait important afin de ne pas oublier ces éléments de discours. Il a été plus facile de noter les thèmes abordés et la façon dont les patients les amenaient que de citer textuellement les mots de la personne. Nous avons tout de même retenu quelques mots ainsi que quelques phrases, qui apparaissent dans ces analyses entre guillemets.

Les deux cas que nous avons choisis de présenter sont tous deux atteints d'un cancer chronique. Nous les avons choisis car nous les avons vus pour la première fois très peu de temps après l'annonce de leur maladie et tous deux semblaient dans un état de choc. Ils ont dû mettre en place un certain nombre de défenses et accepter la maladie selon leur propre capacité d'appropriation psychique. Nous ne voulons pas faire de comparaison, ce qui serait déplacé car chacun répond et vit le cancer de manière singulière mais présenter deux patients permet de voir que chacun répond de façon personnelle, selon son histoire subjective, au traumatisme de la maladie.

## **1. Monsieur B**

Mr B est un patient âgé de 72 ans souffrant d'un lymphome chronique découvert il y a deux mois. Le lymphome est un cancer du sang qui désigne une tumeur lymphoïde. Dans le cas de Mr B, il s'agit d'une maladie de Hodgkin qui s'est étendue à la moelle osseuse.

Nous l'avons rencontré et suivi à l'hôpital de jour durant cinq séances de chimiothérapie.

Nous présenterons ce cas de façon thématique en respectant en partie l'ordre chronologique pour préserver l'évolution qui s'est produite dans l'élaboration au fil des entretiens.

### **A. Présentation du sujet et histoire du cancer**

#### *1) Anamnèse*

Mr B est né à Rennes en 1934. Il y passe son enfance et son adolescence puis part à Poissy pour son service militaire où il restera tout en gardant l'envie de retourner un jour à Rennes.

Aîné d'une fratrie de trois enfants, il a une sœur et un frère. Il nous dit peu de choses sur son enfance et ses rapports à ses frère et sœur mais il ressort que Mr B était le privilégié de sa mère, qui entretenait avec lui une relation assez fusionnelle. De son père nous ne savons rien, Mr B ne l'évoquera pas.

Son service militaire étant terminé, il débute sa carrière de cheminot à 21 ans, et sera retraité à 55 ans. Mr B. se dit homme de l'extérieur, il a toujours travaillé dehors, il aime jardiner, faire des promenades en forêt, voyager.

Mr B. se marie à l'âge de 28 ans et a trois enfants, tous des garçons. En 1984 sa femme est hospitalisée pour une affection bénigne mais elle perd beaucoup de sang et doit être transfusée. Le sang administré est contaminé et elle décède du Sida un an plus tard, Mr B a 51 ans. Il a vécu cet incident avec rage et colère et le relate encore aujourd'hui avec beaucoup d'émotion.

Nous apprenons également que son fils avec lequel il vit actuellement a contracté à 7 ans une grave maladie qui a nécessité une opération à cœur ouvert et qu'il est atteint d'une leucémie depuis 4 ans, aujourd'hui stabilisée.

Ainsi pour la survenue de son lymphome, Mr B nous dira « c'est à mon tour! ».

Il vit actuellement à Poissy avec son fils de 41 ans et a une « petite amie » avec laquelle il aime se promener et voyager. Il a cinq petits enfants.

Mr B se présente comme quelqu'un de réservé, parlant peu de lui et semblant très seul malgré la présence de ses enfants et de son amie. Ses activités (jardinage, balades...) et ses voyages lui servent à penser à autre chose mais une forte angoisse semble présente en arrière plan.

## *2) Histoire de la maladie*

Mr B nous dit non sans fierté qu'il a toujours été en bonne santé et qu'il n'a jamais pris un congé maladie en 30 ans de travail. Mais l'équilibre se rompt en 2004, il



développe un cancer de la peau localisé sur l'oreille gauche. La zone affectée est enlevée et le cancer résorbé. Mr B. en parle comme d'une maladie sans gravité. Le 5 décembre 2005, à l'âge de 72 ans, Mr B apprend qu'il est atteint d'un lymphome chronique de la moelle osseuse. Il est rapidement opéré et doit suivre un traitement chimiothérapique à raison d'une cure de cinq jours toutes les trois semaines.

Lorsque nous le rencontrons, Mr B commence sa première séance de chimiothérapie à l'hôpital de jour. Il est sous le choc de l'annonce de la maladie et du traitement chimiothérapique.

## **B. Analyse**

### *1 ) Le trauma ou l'état de sidération*

La première fois que nous voyons Mr B (30 janvier 2006), celui-ci est allongé sur son lit, le regard perdu dans le vide, tourné vers le plafond. Il semble paralysé, dans un état proche de la sidération. Après nous être présentés, et lui avoir proposé de parler, il nous dit, le regard dans le vague, qu'il n'en a pas besoin. Il paraît cependant se trouver dans un état de détresse extrême. Nous tentons une question « banale »: les raisons de son hospitalisation. Mr B. nous raconte alors rapidement, de façon presque mécanique pourquoi il est là, son lymphome, l'opération et la chimiothérapie... Son visage reste tourné vers le plafond et son regard intense, profond semble refléter quelque chose d'innommable, de trop lourd pour être parlé. Ce regard brillant et perdu dans le vide ainsi que la position figée de son corps témoignent d'une grande souffrance. Mr B. semble se trouver dans un état de choc, habité par une angoisse irreprésentable.

Notons toutefois que Mr B. nous regarde de façon intense lorsqu'il nous parle. Nous avons le sentiment que l'état de détresse dans lequel il se trouve le pousse à se raccrocher à quelqu'un qui pourrait l'aider. Cette souffrance qui l'habite est donc donnée à voir et Mr B., malgré son incapacité à exprimer son ressenti est dans le contact, le lien avec l'autre.

Ce premier entretien où nous avons échangé peu de parole fut très intense et nous nous sentions dans la position assez difficile de celui qui sent la souffrance de l'autre mais qui

ne peut rien y faire puisque celui-ci n'est pas prêt à mettre en mots son angoisse pour la rendre plus acceptable. Lorsque Mr B. nous dit qu'il n'a pas besoin de parler, il nous semble évident que la question n'était pas d'avoir besoin de parler ou non mais de l'incapacité dans laquelle il était alors de dire quoi que ce soit. L'annonce du cancer semble avoir été vécue de façon traumatique, dans le sens où elle a fait effraction dans l'économie psychique de Mr B., rendant par son intensité le Moi incapable de gérer cette nouvelle épreuve. Mr B. se trouve dans l'impossibilité d'exprimer son ressenti face à ce surgissement du réel et la sidération est la seule défense que Mr B a pu mettre en place face à ce trop plein d'excitation.

Nous lui avons posé quelques questions auxquelles il a répondu brièvement mais nous n'avons pas trop insisté afin de respecter ses défenses qui nous ont paru nécessaires, voire fondamentales pour le moment et adaptées à la situation. En effet ce premier temps de sidération est tout à fait sain et il nous a paru indispensable de respecter ce temps de l'annonce.

Nous n'apprendrons donc rien de plus de l'histoire et du vécu subjectif de Mr B. qui ne peut aller plus loin dans son élaboration. Il parviendra tout de même à nous dire qu'il est seul et que c'est difficile. Nous lui proposons de revenir le voir pour sa prochaine chimiothérapie. Il accepte en nous fixant du regard puis nous remercie avant de détourner ses yeux vers le plafond.

## *2) Où le choc cède la place aux mots*

Lorsque nous rentrons dans la chambre de Mr B. pour notre deuxième rencontre, celui-ci est dans un état qui semble totalement en opposition avec l'état dans lequel il était trois semaines avant. Il n'est plus couché mais assis et entre directement en communication avec nous. Son sourire et son discours montrent qu'il a en partie dépassé l'état de choc.

Nous lui demandons d'abord comment se passe son traitement, ce à quoi il répond : « *très bien, très bien!* ». Il nous raconte alors qu'il essaie de ne pas trop y penser, il s'occupe beaucoup chez lui, travaille dans son jardin, voit quelques amis... « *même si je*

*suis seul je ne m'ennuie pas, ah ça non!* », « *je trouve toujours des choses à faire* ». Nous pouvons ici évoquer des défenses maniaques, un recours à l'agir pour éviter de penser.

De lui-même, il revient alors sur son lymphome en nous disant qu'il l'a appris il y a environ deux mois. Cela faisait donc un mois qu'il était au courant lorsque nous l'avons rencontré la première fois; de plus il venait d'apprendre une semaine auparavant qu'un traitement chimiothérapique allait lui être administré.

Mr B nous demande alors: « *vous êtes souvent dans les services, je vous ai déjà vus?* » Nous ne pensons pas que Mr B. ait oublié l'entretien précédent mais plutôt que cette question était une façon de créer du lien. Nous lui répondons que nous sommes en effet là trois fois par semaine et que nous nous étions vus lors de sa première chimio. Il acquiesce en souriant. Il suit approximativement le dialogue suivant :

Nous : « *Et vous avez l'air mieux depuis la dernière fois...?* »

Lui : « *Oui ça va maintenant!* »

Nous : « *Peut-être étiez-vous un peu angoissé...?* »

Lui : « *Oui c'est vrai, j'étais angoissé...même très angoissé, oui ...c'était la première fois que j'avais de la chimio et je connaissais pas...* »

Nous : « *C'était l'inconnu...* »

Lui : « *Oui c'est ça l'inconnu...parce que quand j'ai eu mon cancer de la peau je n'ai pas eu de chimio, on m'a enlevé le cancer et c'était fini* »

Revenir sur le premier entretien nous a permis de faire un pont entre nos deux rencontres. Ainsi la relation a commencé à s'établir et il a pu voir que nous l'avions entendu. Ceci à en outre permis à Mr B. de revenir sur son angoisse face à l'annonce du cancer et de son traitement.

De plus il nous dit : « *Mais le problème avec cette maladie, c'est que c'est chronique...donc ça peut revenir n'importe quand, on ne sait pas.* » Lorsque nous lui demandons si ça l'inquiète, « *oui un peu* ». L'angoisse de mort semble minimisée parce que trop forte.

Mr B. nous dit aussi: « *Je n'ai jamais été malade, c'est la première fois!...eh oui c'est pas simple* ».

A la fin de l'entretien il nous lance alors un appel de façon assez détournée : « *je vais avoir de la chimio pendant 6 mois, jusqu'à juin donc vous allez avoir le temps de me voir!* ». Par cet appel un lien était donc en train de s'établir. C'est sur le mode de la dérision, pour ne pas à avoir à formuler une demande plus claire et par-là même à s'engager subjectivement qu'il nous a donc demandé de revenir le voir.

Il nous remercie alors, « *Merci madame, merci, au revoir* »

D'autres défenses plus souples sont donc venues remplacer la sidération première. Ainsi sont apparues quelques défenses maniaques - puisqu'il dit faire des activités pour ne pas penser au cancer, (recours à l'agir et répression de la pensée, isolation des affects)- et des défenses par minimisation et dérision...

### 3) *Une colère et une rage contenues*

Lors de notre troisième rencontre Mr B. nous accueille avec un grand sourire et nous dit qu'il va très bien. « *Il ne faut pas se laisser aller...sinon c'est la mort au petit cheval* ». Et, sans que nous ayons besoin de le relancer: « *et puis vous savez, j'ai souffert dans ma vie...alors...et ben je relativise* ». « *Oui j'ai perdu ma femme il y a...20 ans maintenant et vous savez de quoi?...D'une transfusion sanguine! Ben oui ils lui ont refilé le SIDA. Elle venait pour une opération bénigne et ils me l'ont tuée! Elle a duré un an...* » Mr B a vécu cet événement comme une injustice et a intenté un procès contre l'hôpital. En plus de ce choc, il nous laisse entendre qu'il s'est senti accusé par les médecins : « *et puis les médecins ils me questionnaient...ils voulaient savoir des choses sur ma vie privée vous savez, pour me rendre coupable!* »; « *Comme si c'était moi qui lui avait refilé...pfff* ». Mr B. est encore enragé lorsqu'il en parle. Son sourire laisse la place à des larmes: « *Je leur en veux* ».

Il évoque alors un autre élément de souffrance. Son fils avec lequel il vit aujourd'hui « *s'est fait opérer à cœur ouvert, il avait la maladie bleue vous savez à... à 7 ans. Puis il a eu une leucémie, un cancer du sang il y a environ 4 ans. Là il va mieux, il se fait suivre* ». Il dit alors : « *enfin c'est pas juste quand même* ». Dans le cas de son fils la colère semble donc également présente. Ne pouvant pas se tourner vers les médecins elle

semble se tourner vers destinée, qui prend comme proie un jeune enfant et le foudroie à nouveau à l'âge adulte.

Ainsi Mr B. n'a jamais été malade mais il a vécu la maladie de ses proches. « *J'en avais plus parlé depuis longtemps...peut-être qu'il fallait que ça sorte, comme qui dirait* ». Ainsi Mr B. avait tu ses sentiments pénibles liés à la mort de sa femme et c'est sa maladie qui lui permet à présent de revenir dessus. Nous pouvons ici faire référence à la notion d'affects gelés de J. McDougall, affects qui n'ont pu être exprimés parce que trop intenses pour le sujet. Nous pensons qu'il vit aujourd'hui des choses dans son corps qui lui rappellent ces événements douloureux et il éprouve à présent le besoin d'en reparler. La colère contenue peut alors s'épancher et être à nouveau mise en mots.

Nous ressortons frappés de cet entretien par la différence avec notre première rencontre. Mr B est dans l'élaboration, il n'a pas besoin de relances, l'évolution est flagrante. Mr B. rentre de plus en plus dans son histoire subjective. Ce changement peut être expliqué par le fait qu'un lien de confiance semble s'être établi. En effet, il est très souriant, nous regarde, il est dans le contact avec nous. De plus il est évident que Mr B va mieux, ce qui lui permet de revenir sur son histoire, de verbaliser des éléments plus personnels sans s'effondrer. Il parvient à mettre en mots une colère et une rage qui l'habitent depuis le décès de sa femme. Ainsi pouvons nous poser l'hypothèse que l'état de sidération dans lequel il était lors du premier entretien n'est pas étranger à ces deux épreuves de maladie et de mort qu'il a vécues au cours de sa vie. Le « trauma actuel » est venu réactiver ces trauma plus anciens.

#### *4) L'épée de Damoclès, le destin et le temps qui passe.*

Après avoir évoqué cette souffrance et cette colère face à la survenue de ces graves maladies, dont le SIDA qui a emporté sa femme en un éclair, il annonce tel un verdict : « *Alors maintenant c'est à **mon tour!*** ».

Mr B. évoque par cette phrase le terrible sort de chacun, le destin commun à tous et qui n'épargne personne. Chacun aura à subir l'épreuve de la maladie et de la mort: après sa femme et son fils, c'est aujourd'hui à son tour de souffrir.

Il nous rappelle alors qu'il n'a jamais été malade, à part ce cancer de la peau mais « *c'était pas grave alors que là c'est chronique donc après les séances de chimio ça peut revenir, on sait pas...on verra bien...enfin c'est comme ça, il faut faire avec (rire)* » L'utilisation du pronom « *ça* » montre que la maladie est quelque chose d'extérieur, quelque chose qui est entré dans son corps et peut revenir à tout moment sans qu'on puisse le contrôler. Ceci nous rappelle le fantasme d'une bête qui s'introduit dans le corps des hommes pour se développer et le faire mourir.

La « théorie du malade » semble donc exogène, le cancer vient du dehors et doit être accepté puisqu'on n'y peut rien, « *c'est comme ça, il faut faire avec de toute façon* ». Il faut « *faire avec* » puisque cette volonté nous échappe.

Nous avons l'impression d'une épée de Damoclès suspendu au dessus des hommes, qui a épargné jusqu'ici Mr B. mais pas ses proches, et qui à présent s'abat sur lui.

Mr B. répète « *j'ai jamais été malade, j'ai jamais rien eu! Alors ça a été dur...tout d'un coup, et paf! (rire)* ». Ainsi la maladie se jette sur lui brutalement, « tout d'un coup » sans prévenir. Avec le mot « paf » on pense ici à l'introjection de Lacan, émetteur et récepteur du message sont confondus, dans un défaut de séparation et de symbolisation.

Ce destin de la maladie et de la mort, c'est également le **temps** qui passe et qui conduit inéluctablement l'homme vers la vieillesse et la mort. « *Eh oui on se fait plus tout jeune donc forcément* », « *ça fait 17 ans que je suis à la retraite, ça passe le temps!* »

En évoquant le fait qu'il ait cinq petits enfants, il dit : « *ça nous pousse à la roue! ...et puis je suis plus tout jeune...j'ai quand même 73 ans!* » La roue tourne, il en est ainsi et Mr B. a été jeune; avec l'arrivée de la maladie il se rend compte qu'il est aujourd'hui âgé et qu'il lui faut céder la place aux plus jeunes, la roue l'emporte. Par cette métaphore il veut sans doute signifier que la roue tourne et que son heure approche. Cela n'est pas sans nous faire penser au vieux supplice de la roue qui consistait à laisser mourir sur une roue un condamné dont on avait rompu les membres, le « on » renvoyant dans notre cas à la volonté supérieure.

Et Mr.B. semble attendre sans se l'avouer l'échéance. Même s'il nous dit qu'il s'occupe pour ne pas trop penser à la maladie, nous le retrouvons à chaque fois que nous le voyons, assis sur une chaise et tourné vers la porte de sa chambre, le regard dans le vague. Il nous fait l'impression d'être hors espace temps, assis là à attendre le déroulement de sa journée d'hospitalisation ou à attendre que la vie se passe.

## 5) Rapport à l'autre

### 5.1. Un repli narcissique et un état de solitude

Mr B. est un homme qui souffre de solitude. Il nous dit à plusieurs reprises qu'il a du mal à vivre seul, que la solitude lui pèse bien qu'il soit très réservé et peu loquace. « *Parfois c'est dur d'être seul chez soi* ».

Nous avons été surpris d'apprendre qu'il habitait avec son fils de 41 ans vu cette souffrance liée à sa solitude. Il nous explique que celui-ci « *travail toute la journée alors on se voit le soir...un peu. Mais on parle pas beaucoup avec mon fils* ». « *On n'a pas grand-chose à se dire, c'est dommage... c'est comme ça* ».

De plus nous savons que la survenue du cancer plonge souvent le sujet dans un état de solitude. C'est en effet dans son corps que le patient vit le mal que personne ne peut comprendre. Nous ressentons cette solitude due à la gravité de la maladie et son aspect innommable chez Mr B. Bien qu'il nous dise sortir avec des amis, se promener avec sa petite amie, nous avons le sentiment qu'il se sent seul en permanence, que l'autre soit là ou non. Il semble ne plus être réellement présent au monde, situé hors de l'espace et du temps. Toujours dans la même position, le regard dans le vide, nous pouvons penser que Mr B. a retiré une bonne partie de sa libido du monde extérieur pour la retourner sur lui-même. S'il garde un certain lien social c'est toujours parce qu'il faut sortir et ne pas trop penser à la maladie, à la souffrance psychique.

### 5.2. Les relations à sa mère

Si nous revenons à présent sur les relations primaires de Mr B, son rapport à sa mère semble avoir toujours été et être resté fusionnel. De son enfance il dit qu'il a été le préféré de sa mère qui s'occupait de lui plus que de ses frère et sœur. Lorsqu'il parle de

sa mère il utilise le mot « *ma maman* » qui peut témoigner de cette difficulté de séparation psychique avec ce premier objet d'amour. « *Donc on est un peu plus privilégié, ma maman s'occupait bien de moi!* », « *j'étais très proche d'elle et je voulais toujours être près d'elle* ». Lors du quatrième entretien il nous dit qu'il est originaire de Rennes et qu'il aime bien y revenir de temps en temps pour voir sa mère et ses frère et sœur. De même : « *Je m'étais toujours dit qu'après la retraite je retournerais dans ma ville natale...mais bon ça s'est pas fait* ». (Il baisse les bras). Nous pouvons interpréter sa volonté et la déception qui s'en est suivie comme un besoin de retrouver le contact fusionnel qu'il a eu avec sa mère étant petit. Il ne parlera jamais de *son père*.

De plus il nous parlera de la situation actuelle de sa mère lors des deux derniers entretiens en confondant sa souffrance et celle de sa mère. Il nous dit en effet que sa mère est malade en ce moment, qu'elle souffre de perte de la mémoire et doit donc loger dans une maison de repos. « *ouh ben la mère elle va pas bien vous savez, elle perd la tête comme on dit, elle nous reconnaît même plus* », « *et oui c'est dur parfois de vieillir* ». Nous lui demandons comment il vit ça « *ben c'est difficile! Oui parce qu'on se dit que ça peut nous arriver aussi, et oui on sait pas, c'est triste d'être dans cet état* ». « *quand je vois ma maman comme ça j'aimerais pas être dans cet état plus tard* » C'est donc parce qu'il s'imagine dans cet état que Mr B. a du mal à aller voir sa mère. Il n'évoque donc pas directement la souffrance de sa mère, ni sa souffrance à lui devant le vieillissement de sa mère et le fait qu'elle ne le reconnaisse plus (alors qu'il était son fils préféré et cela doit donc lui être difficile à vivre) mais s'identifie à elle. Il la regarde et se voit dans le même état.

C'est moins le fait de mourir qui lui fait peur que le fait de vieillir et de ne plus rien pouvoir faire, de ne pas reconnaître ses enfants... Il dit d'ailleurs : « *Bon elle a 98 ans et franchement elle serait mieux dans l'autre monde.* ».

### 5.3. Sa « petite amie »

En ce qui concerne sa compagne, il nous annonce timidement, de façon inattendue qu'il a une « *petite amie* » et qu'ils sortent donc tous les deux, vont se balader en forêt... Il est dans la même position du petit enfant que lorsqu'il dit « *ma maman* » et nous sommes surpris par ce terme dans la bouche d'un homme de 72 ans. Il parle comme un



petit garçon ou un adolescent. Il semble gêné et ne reviendra pas dessus. S'agit-il d'un sentiment de culpabilité vis-à-vis de sa femme décédée?

#### 5.4. Relation transférentielle

Au niveau de la relation transférentielle, Mr B. est, comme nous l'avons dit, réceptif dès le début, même lorsqu'il se trouvait dans un état de sidération et n'avait pas les mots pour le partager.

Lors du premier entretien son regard intense nous a poussés à retourner le voir. Il semblait désemparé et avoir besoin d'aide. Il est certain que nous n'avions pas affaire ici à une demande classique et nous étions en deçà, dans une demande qui n'est pas encore bien séparée du besoin. Il s'agirait plus d'une demande d'étayage face à la détresse engendrée par cet événement terrifiant et la solitude qu'il entraîne chez Mr B. Loin d'être une demande psychothérapeutique, Mr B. exprime par son attitude une demande plus archaïque. Son regard lors du premier entretien, mais aussi, quoique de façon moindre, lors des entretiens suivants, est celui d'un petit garçon semblant vivre quelque chose qui le dépasse et le laisse sans mots. Il se tourne vers l'autre qui veut bien l'aider dans sa quête de sens.

Cependant, au fil des rencontres Mr B revient sur les événements marquants de sa vie, exprime sa rage et ses craintes, même s'il le fait de façon détournée, sous le poids des mécanismes de défenses mis en place contre l'angoisse.

Le deuxième entretien débouche sur un appel indirect de Mr B. pour que nous continuions à venir le voir : « *Vous êtes souvent dans les services, je vous ai déjà vus (...) Je vais avoir de la chimio pendant 6 mois, jusqu'à juin donc vous allez avoir le temps de me voir!* » Mr B. ne formule pas directement de demande sans doute aussi par timidité et réserve, mais il parvient à faire cet appel.

Lors du troisième entretien Mr B. rentre de plus en plus dans son histoire subjective. Ce changement peut être expliqué par le fait qu'un lien de confiance semble s'être établi. En effet, il est très souriant, nous regarde, est dans le contact avec nous.

Mr B. aime plaisanter, il adopte toujours un large sourire quand il parle.

Mais Mr B. n'aime pas trop parler de lui et même s'il nous a dit ces choses plus personnelles, il a besoin d'être souvent relancé. C'est un peu comme s'il n'y avait plus

rien à dire. De même, il a besoin de montrer qu'il va bien, même s'il sait au fond de lui que ce n'est pas le cas, il ne veut montrer son désarroi ni ses peurs. Lors des derniers entretiens il utilise des défenses par minimisation de sa souffrance et il nous renvoie la balle « *Et vous ça va?...ben oui vous êtes jeune* » (il sourit avec attendrissement). Nous semblons représenter la jeunesse pour Mr B.. Il nous demandera alors si nous allons voir tous les patients, si ce n'est pas trop pénible, ce que nous allons faire après...

## 6) Rapport au corps

### 6.1. Un avant et un après ou la perte narcissique

Mr B. ne parle pas trop de son cancer et des traitements. Il préfère ne pas y penser certainement parce que l'angoisse qui l'habite est trop forte. D'un côté son corps se dégrade donc, attaqué par un processus mortifère, de l'autre côté « ça va ». Mr B. semble adopter une défense par légèreté face à ce poids trop lourd de la maladie. Mais il ne semble pas qu'il s'agisse ici de clivage car Mr. B est malgré tout conscient de son état.

Nous pouvons poser que le signifiant cancer et celui de chimiothérapie sont venus faire effraction dans l'équilibre narcissique de Mr. B. L'angoisse de castration est en effet présentifiée par le cancer et la chimiothérapie. En effet le cancer « mange » le corps de l'intérieur. De même l'annonce du traitement chimiothérapique ranime en lui la chimiothérapie de son fils, qui avait perdu ses cheveux et lui font redouter cette perte. Mr B. ne perdra toutefois pas ses cheveux « *j'ai de la chance je n'ai pas perdu mes cheveux...mon fils les avait perdus* ».

Jusqu'à présent, Mr B. semble ne pas avoir voulu reconnaître qu'il vieillissait et qu'il n'était plus capable de faire autant de choses qu'auparavant. Depuis sa retraite il continue à travailler et à jardiner comme avant, dans une sorte de déni du temps qui passe. Il nous dit tout de même : « *mais j'arrêterai un jour parce qu'il faut quand même penser à sa retraite* ». Ceci nous apparaît comme un moyen de ne pas dire qu'il se fatigue plus vite et ne pourra bientôt plus travailler autant. De même il nous dit avec fierté « *je m'occupe, je travaille encore au jardin, et très bien!* ». Il est actuellement dans une lutte pour se re-

narcissiser et croire qu'il est encore capable de. Ainsi il ne pense pas au temps qui passe, fait comme si de rien n'était.

Mais cette lutte est atténuée par la prise de conscience de son vieillissement, relative à l'annonce de son cancer. Ainsi nous dit-il : « *on vit plus comme avant quand même, on fait plus les mêmes choses* ». Mr B. adopte donc une attitude paradoxale: d'un côté il reconnaît qu'il vieillit et que le cancer le « *pousse à la roue* », de l'autre il lutte en se disant encore capable de faire ce qu'il faisait avant. Il n'avait pas accepté sa retraite et de ne plus rien avoir à faire mais le cancer l'amène à se rendre à l'évidence. Il nous avoue après nous avoir dit qu'il n'y pensait pas : « *enfin quand je suis seul j'y pense quand même...on a des choses qui viennent* ». Nous lui suggérons: « *vous y pensez mais vous faites en sorte de ne pas trop y penser...* », ce à quoi il nous répond « *oui je préfère m'occuper parce que ça sert à rien d'y penser!* ».

De plus nous apprenons qu'il n'a jamais été malade. Ce cancer vient donc bien rompre l'équilibre narcissique antérieur en brisant l'illusion de santé éternelle. La maladie a été vécue comme un choc qui ne peut être introjecté que progressivement; d'où les défenses de Mr B. qui passe de la sidération à un certain déni et une minimisation de son état.

Nous pouvons évoquer son angoisse face au vieillissement et à la mort par son identification douloureuse à sa mère et aux « *ancêtres* » qui hantent les maisons de repos. En effet, depuis qu'il se sait malade, il semble s'identifier à l'Autre vieillissant et malade. Lorsque qu'il regarde ces personnes, il semble que ce ne soit pas eux qu'il regarde mais lui à travers eux. C'est comme si ceux-ci constituaient des miroirs reflétant son propre sort prochain. Ainsi nous pouvons ici penser que le stade du miroir se rejoue dans cette période de la maladie. Le stade du miroir est en effet la période pendant laquelle le sujet s'identifie à une image. La personne âgée semble bien avoir fonction de miroir pour Mr B. Celui-ci doit alors se réadapter à cette nouvelle image que lui amène le cancer et qui est présentifiée par l'autre vieillissant.

Ainsi à propos de sa mère il nous dira que s'il trouve difficile de la voir dans cet état c'est « *parce qu'on se dit que ça peut nous arriver aussi, eh oui on sait pas.* » ou encore : « *quand je vois ma maman comme ça j'aimerais pas être dans cet état plus tard* ».

Cette peur de mal vieillir semble l'habiter en permanence. Lors du cinquième entretien il nous répète le triste sort de sa mère presque mot pour mot comme s'il avait oublié qu'il nous en avait déjà parlé. Il rajoute « *j'ai pitié quand je la vois comme ça* ». La pitié est un « *sentiment qui rend sensible aux souffrances, aux malheurs d'autrui* » (Le petit Larousse). Mais nous avons pitié de l'autre qui réveille en nous un sentiment pénible, nous avons donc pitié de l'autre en fonction de nous.

De même il vit difficilement les rencontres à la maison de repos, parce que « *quand je vois à la maison de repos...voir tous ces ancêtres comme ça, ça fait peur* ». L'angoisse de vieillir et de mourir est forte. Lorsque nous lui posons la question suivante : « *Est-ce que ça vous fait peur parce que vous vous imaginiez à leur place?* ». Il nous répond : « *Oui c'est ça...j'aimerais pas vieillir comme ça* », « *On sait pas comment on va finir, nous!* » Nous interprétons cette difficulté à regarder les plus vieux comme une identification de Mr B. aux personnes vieillissantes, identification qui a lieu parce qu'il ressent dans son propre corps ce processus du vieillissement. Le cancer vient présentifier la dégradation du corps qui jusque là fonctionnait bien. Il admet son angoisse : « *si c'est pour être une loque et ne plus reconnaître ses enfants...* » Comme pour sa mère il s'identifie à ces personnes vieillissantes en ne se situant pas dans l'empathie mais plutôt dans l'identification, lui-même se voyant progresser vers cet état.

Notons que Mr B. ne dit pas un mot sur son cancer à proprement parler et que lorsqu'il en parle c'est parce que nous lui avons posé des questions. Sans intervention de notre part son discours se résumerait à un « *ça va* ». Cela montre son besoin de n'aborder que les points positifs et de ne pas s'épancher sur son malheur. Cependant il n'est pas coupé de totalement de son corps puisque lorsque nous lui demandons où il en est dans le traitement, il est capable de nous dire : « *les globules blancs ont augmenté donc ça va* », « *il y en avait que 3 millions avant la chimio et il y en a maintenant 4 millions donc c'est bien* ». Il a donc intériorisé les données médicales et n'est pas clivé de son corps. Il s'agit donc plus de répression, Mr B. ne préférant pas en parler.

Comme nous l'avons déjà signalé, Mr B. semble croire en une étiologie exogène de son cancer. Le pronom « *ça* » montre qu'il ne l'a pas encore introjecté totalement et témoigne d'une non-appropriation de la maladie.

Mr B est donc en train d'engager une lutte contre son angoisse de castration, angoisse qui est d'autant plus forte que cette castration est rendue réelle par la maladie. Il n'a jamais été malade et le cancer vient faire effraction introduisant un avant et un après, il passe d'un corps sain à un corps malade, de la jeunesse à la vieillesse... Même s'il se dit encore autonome, non fatigué par la maladie ni par la chimiothérapie (qui en fatigue pourtant beaucoup!), cette annonce et les fantasmes qu'elle occasionne l'a plongés dans une angoisse du futur, c'est-à-dire de la vieillesse et de la mort.

## 6.2. L'angoisse de mort

Au-delà de la castration, c'est bien à l'angoisse de la mort que Mr B. est confronté. Le fait que son cancer soit chronique n'arrange pas les choses : « *c'est chronique donc après les séances de chimio ça peut revenir, on sait pas* ».

La mort en tant qu'elle est irreprésentable ne s'aborde que par des images humaines qui la présentifient. Ainsi lorsque Mr B. s'identifie aux personnes en fin de vie c'est parce qu'il craint de se retrouver dans cet état qui rappelle la mort. Il utilise d'ailleurs le verbe « *finir* » en disant « *on ne sait pas comment on va finir* ».

De même Mr B utilisera par deux fois une métaphore très illustrative de son angoisse. Ainsi fait-il en sorte de ne pas penser (sous entendu à la mort), de ne « *pas se laisser aller...sinon c'est la mort au petit cheval* ». La mort du cheval l'empêcherait-elle de parler de sa propre mort ?! Cette image est accompagnée d'un mouvement corporel, Mr B. pointe son index comme si c'était un ordre. Il faut bien aller donc il se calque sur le discours médical et social ne lui permettant pas d'accepter le fait d'aller mal et donc d'affronter ses angoisses de mort.

## CONCLUSION

L'annonce du cancer et du traitement par chimiothérapie semble avoir un effet traumatique chez Mr B. L'excitation est trop forte pour être symbolisée.

Nous pouvons penser que ce trauma réactive le trauma de sa femme morte par la faute des médecins et celui lorsque son fils est tombé gravement malade et a frôlé la mort. Sa théorie de la maladie est liée à l'idée de fatalité, c'est à son tour de subir la souffrance de la maladie, de payer. Mais il a déjà assez donné en douleur et souffrance, il a payé sa dette donc maintenant il relativise. Il semble accepter comme on accepte une condamnation ce cancer et les cures de chimiothérapies. Il préfère parler d'autres choses, s'occuper. Il ne s'agit toutefois pas d'un déni total de son angoisse puisqu'il sait qu'elle est là et qu'elle le hante la nuit ou lorsqu'il est seul (il passera par une métaphore pour en parler : « le petit cheval ») mais il ne veut pas y penser (répression) ou la reporte sur les autres en s'identifiant à eux (projection).

L'effraction de la maladie engendre un réel bouleversement psychique. La perte narcissique est importante chez Mr B. Il est totalement démuni car l'entrée dans une maladie chronique le fait entrer dans la « roue » de la vieillesse, roue qui conduit inéluctablement vers la mort. La maladie crée une rupture dans la continuité temporelle en créant un avant sur lequel on ne pourra plus revenir: la vie de jeune, actif, sain, « jamais malade » et un après où le corps témoigne de l'avancée dans l'âge, du processus mortifère et ouvre l'horizon de la mort venant par-là briser l'illusion narcissique de toute puissance et d'immortalité. L'angoisse est ici liée à la castration mais aussi de façon plus archaïque à la mort et elle est plus ou moins bien contenue par Mr B.

Les relations objectales semblent désinvesties malgré un effort pour les conserver. L'arrivée de la maladie a poussé Mr B. à se replier sur lui-même, le plongeant dans un état de solitude.

Il y a remaniement psychique dans le sens où rien ne sera plus comme avant. De plus l'horizon de sa propre mort l'amène à revenir sur la mort douloureuse de sa femme, qu'il avait réprimée jusqu'ici. Cependant la théorie exogène de Mr. B. ainsi que ses fortes défenses pour ne pas y penser l'empêchent de progresser dans l'élaboration et de reprendre le fil de sa vie ou d'entreprendre une démarche pour inscrire son cancer dans son histoire subjective. Si le cancer est venu le mordre c'est parce que « c'est comme

ça », « on n'y peut rien » et si on n'y peut rien, il ne sert à rien d'y penser, il faut l'accepter, un point c'est tout.

## **2. Madame L**

Mme L est une dame de 67 ans. Lorsque nous la rencontrons, celle-ci est hospitalisée pour une suspicion de myélome. Elle nous a été adressée par le médecin chef qui la jugeait très fragile, dépressive et peu communicative.

Un myélome est un cancer caractérisé par une prolifération maligne de cellules dans la moelle osseuse. La maladie débute entre 50 et 80 ans, touche trois personnes sur 100 000, surtout des hommes et constitue 1% des cancers. Le malade souffre de douleurs localisées essentiellement sur la colonne vertébrale qui deviennent de plus en plus intenses et sont mal soulagées par les antalgiques. L'origine du myélome reste inconnue.

Nous avons eu avec elle quatre entretiens lors de son hospitalisation et l'avons revue alors qu'elle était rentrée chez elle, de retour pour un contrôle. Nos rencontres ont débouché sur une demande plus ou moins explicite de psychothérapie.

Nous allons présenter nos réflexions de façon thématique, en respectant au mieux la chronologie du déroulement des entretiens.

### **A. Présentation du sujet et histoire du cancer**

#### *1) Anamnèse*

Mme L. a 67 ans, elle est originaire de la région parisienne. Nous n'apprenons que peu de choses de son enfance mis à part un élément d'importance non négligeable, à savoir que Mme L a souffert d'un manque d'amour de la part de sa mère. Celle-ci était en effet souvent occupée aux travaux ménagers et devait à elle seule gérer la maison et les enfants (Mme L a deux frères et une sœur plus jeunes qu'elle). Elle apparaît dans le discours de Mme L, qui n'en parlera qu'une fois, comme une femme froide et méticuleuse. Sa mère est décédée il y a 14 ans des suites d'un cancer.

Retraitée, Mme L. travaillait à la sécurité sociale. Elle est veuve depuis quelques années, son mari étant mort d'un cancer ORL cinq ans auparavant. Ainsi, le cancer lui a

pris deux êtres chers; ces deux décès ont été des épreuves extrêmement rudes. Nous pensons que la survenue de son propre cancer vient réveiller les sentiments associés à ces deux décès et qu'elle amène Mme L. à s'identifier à son mari notamment, pour qui la chimiothérapie n'avait pas suffi et l'avait rendue méconnaissable et « *squelettique* ». Ce qui explique que Mme L. refuse la chimiothérapie lorsque nous la rencontrons, déclarant que « *ça ne marche pas* » et qu'elle ne tient pas à ressembler à un « *zombie* ».

Elle a 4 enfants (trois fils et une fille) et vit à présent avec son compagnon dans la région parisienne. Tous ses enfants ont eu des enfants (tous des garçons sauf une fille), mis à part un de ses fils qui est né handicapé des jambes et « *n'a donc pas de femme, ni d'enfants* ». Mme L. se dit très entourée et les nombreuses fleurs et dessins qui ornent sa chambre en témoignent. Cependant cela ne l'aide qu'en partie.

Mme L. se présente comme quelqu'un de très réservé, n'aimant pas parler d'elle. Elle dit avoir besoin de moments de solitude et ne pas être toujours au contact des autres, ce qui semble engendrer une certaine culpabilité.

## 2) *Histoire de la maladie*

A part les pathologies habituelles, Mme L. n'a pas d'antécédents médicaux.

Depuis septembre 2005 elle souffre de douleurs intenses dans le dos. Elle commence par se dire que ce sont des douleurs normales dues à son âge, puis ses lombalgies s'accroissent au point qu'elle ne peut bientôt plus sortir de chez elle. En décembre 2005 elle se fait alors hospitaliser pour des analyses (radio et IRM) qui permettent de détecter un tassement de vertèbres faisant suspecter une origine tumorale. L'IRM confirme l'infiltration de la moelle osseuse par les cellules malignes, le diagnostic de myélome est prononcé.

Elle dit s'être doutée que quelque chose n'allait pas et savoir que c'était grave, vu ses douleurs. Cependant elle a vécu l'annonce comme un véritable choc.

Lorsque nous rencontrons Mme L. pour la première fois, celle-ci est totalement repliée sur elle-même, le corps crispé. Il lui faut un peu de temps pour commencer à nous parler



et la relation s'établit assez vite. Ce premier entretien est très intense, loin des entretiens psychosomatiques « désaffectés » décrits par les psychosomaticiens. Mme L finit par nous dire qu'elle ne veut pas de la chimiothérapie. Elle « *n'y croit pas* ».

Mme L. acceptera par la suite le traitement médical. Il s'agit d'une chimiothérapie par voie orale, qui lui permet de rester à domicile, ainsi que de radiothérapie pour diminuer les douleurs qui restent présentes malgré les morphiniques.

## **B. Analyse**

### *1) L'état de détresse et l'importance du regard*

Nous rencontrons Mme L. alors que les médecins viennent de lui annoncer qu'elle aura sans doute à subir un traitement chimiothérapique. Le premier entretien est marqué par une atmosphère lourde et intense. Il met du temps à se mettre en place car Mme L. parle peu et a besoin de nombreuses relances. Cependant elle entre immédiatement en contact avec nous par le regard. Elle semble en effet captée par notre regard sans pouvoir détourner les yeux. Il s'agit d'un regard intense et sincère qui nous fait immédiatement penser à un état de détresse et de demande archaïque d'étayage ou de maternage.

Les mots ne viendront que dans un second temps et au fil de l'entretien, Mme L. se dégage en partie de cette captation visuelle pour mettre en mots certains éléments.

Mme L. n'est pas dans un état de sidération puisqu'elle peut verbaliser certains sentiments, mais le choc consécutif à l'annonce est toutefois bien présent. Notons que ce n'est pas ici l'annonce du cancer qui semble engendrer cet état de choc, mais seulement sa suspicion, ainsi que la perspective, envisagée par les médecins, d'un traitement chimiothérapique. Les réactions de Mme L. sont tout de même liées à l'effraction du réel dans la réalité puisque les mots sont prononcés mais c'est la seule perspective du cancer et de la chimiothérapie qui engendre cet état. Nous suspectons déjà que le trauma de Mme L. a rapport aux fantasmes.

Bien qu'elle nous dise s'être doutée avoir quelque chose de grave, elle a vécu l'annonce comme un véritable choc qui l'a laissée entièrement démunie. Elle parvient à mettre certains mots sur son vécu psychique de ce qui est en train de se passer à son insu dans son corps; mais même si les mots sont là, ils paraissent de moindre importance par

rapport à ce qui passe par le corps et le regard. Elle a en effet le corps entièrement crispé et semble souffrir tant physiquement que psychiquement. Son regard semble vouloir nous dire quelque chose qu'elle ne peut exprimer par les mots.

Lorsqu'elle parle, Mme L. pleure beaucoup et nous avons l'impression qu'elle n'est pas loin de l'effondrement. Elle s'essuie les yeux, crise sa main sur son mouchoir, tout son corps est tendu, ses jambes se rétractent. Cela traduit une angoisse, en tant que l'angoisse est aussi corporelle. Ses mots ne sont pas ceux de l'élaboration réfléchie, avec une prise de recul sur ce qui lui arrive mais sont directement liés à son angoisse face au cancer, à la chimiothérapie et à la mort.

Notons que l'effet traumatique de l'annonce se révèle également à travers l'atmosphère intense dans laquelle se déroule cette première rencontre. Nous avons en effet l'impression d'être hors temps, les silences profonds nous plongent dans une atmosphère intense et lourde. En sortant nous ne savons d'ailleurs combien de temps nous sommes restés dans cette chambre.

Nous pouvons déjà constater que Mme L. se trouve dans une période de remaniements psychiques importants. Elle semble en partie consciente de ce bouleversement et le fait qu'elle soit autant dans le contact, essentiellement par le regard, ainsi que sa capacité à mettre en mots certains éléments, nous permet de penser que Mme L souhaite être aidée. Elle semble nous accorder sa confiance et voir en nous une possibilité de l'aider à résoudre ses conflits liés à la vie et à la mort. Il nous a été difficile de terminer l'entretien, sa détresse nous apparaissant alors immense au moment de quitter la chambre, comme si elle ne pouvait rester seule après cet échange et se retrouver de nouveau face à ses peurs. Nous partons en lui proposons de revenir deux jours plus tard: « *oui je serai encore là mercredi* » (elle nous sourit et soupire).

## *2) La mort en perspective et le bouleversement pulsionnel*

Lors du premier entretien, Mme L. est dans un état de confusion, de grande ambivalence à l'égard de la vie et de la mort.

Devant le trauma, Mme L. a en effet recours à des défenses très fortes. Elle refuse la chimiothérapie qui est le traitement qui pourrait pourtant le mieux retarder le développement du cancer. Elle nous dit : « *Je n’y crois pas* », « *ça ne sert à rien* », « *je connais beaucoup de gens qui en ont eue et ils sont tous morts!* ». La chimiothérapie est donc inutile et réveille en elle d’autres morts. Mais si elle sait que le cancer est chronique, pourquoi ne pas tenter? Elle nous dit alors qu’elle ne veut pas ressembler à un « zombie ». Dès le premier entretien nous pouvons donc repérer ce fantasme, certes corroboré par la réalité, d’un lien étroit entre la chimiothérapie et la perte d’une image idéale de soi et au-delà de la mort. La pulsion de mort semble dominer, déliée pour un temps de la pulsion de vie. Son discours lors du dernier entretien nous le prouve: « *j’étais tellement prise par ces images que...je vous le dis, j’ai presque eu envie de tout laisser tomber* ».

Ces annonces, parce qu’elles viennent faire irruption dans la vie antérieure de Mme L. et parce qu’elles lui évoquent de façon quasi instantanée la représentation de la mort, semblent donc faire trauma. Mme L. semble entièrement démunie face à ce dur sort qui l’oblige à faire un choix : accepter ou non la chimiothérapie.

L’effet du trauma se repère par cette contradiction chez Mme L. Elle semble prise entre deux faits incompatibles dont elle a conscience : refuser la chimiothérapie signifie la mort prochaine mais la chimiothérapie est pour elle synonyme de mort. L’état dans lequel est Mme L. reflète son ambivalence entre la vie et la mort. Elle se trouve devant une impasse qui la dépasse et ne peut prendre le recul nécessaire face à ce trop plein d’excitation, cet inassimilable et irreprésentable. Il y a donc une sorte de clivage puisque d’un côté elle veut vivre et être en pleine santé pour ses enfants tandis que de l’autre, elle ne veut pas de la chimiothérapie et vivre au prix d’une image dégradée d’elle-même. On peut ici penser au fantasme de mort et à son angoisse qui existent simultanément chez tout individu.

L’enjeu est fondamental : elle semble mue par un mouvement de désintrinsication-réintrinsication pulsionnelle, où pulsion de vie et pulsion de mort dominant l’une après l’autre.

La pulsion de vie semble tout de même l'emporter puisque Mme L. accepte le traitement, même elle nous dit faire ce choix pour ses enfants et petits enfants. Ainsi la différence est flagrante entre le premier et le deuxième entretien. Lors du premier entretien Mme L. refuse en effet la chimiothérapie, elle n'y croit pas et pense que le traitement ne fera que renforcer l'aspect terrifiant de la mort. Ainsi « *mourir dans 6 mois ou 2 ans c'est pareil* ». Lors du deuxième entretien, Mme L. est maintenant certaine du diagnostic, elle a déjà pris du recul et peut nous dire « *je dois faire confiance* », « *C'est difficile mais je veux essayer (...) si le traitement retarde la... catastrophe ça vaut quand même le coup!* ».

Ainsi l'angoisse et la peur sont contrecarrées par l'espoir qui semble grandir au fil de nos rencontres. Les entretiens futurs témoigneront de son envie de vivre. Ce n'est qu'après être rentrée chez elle que Mme L. prendra réellement conscience de cette épreuve difficile aux limites du symbolisable, et élaborera le souhait d'être aidée afin de continuer ce travail sur elle-même.

### 3) *Rapport au langage : parole en mots ou parole du corps*

Mme L verbalise relativement bien mais il y a quelques blocages dès que l'on approche de certains sujets, comme celui de la mort. Mme L utilise en effet des métaphores pour ne pas avoir à prononcer le mot « mort ». Ainsi lorsque le diagnostic de myélome est posé: « *c'est bien un myélome, la maladie des personnes âgées et qui ne guérit pas même si ils m'ont dit qu'on pouvait retarder avec les médicaments* ». Mme L. oublie ici un mot dans sa phrase. Nous lui répétons alors : « *on peut retarder...* », ce à quoi elle nous répond : « *oui, jusqu'à...jusqu'à la catastrophe* ». De même, pour parler du chemin vers la mort, Mme L. emploie l'expression : « *quand on est de l'autre côté* » et non « *quand on va mourir* ». Le mot « mort » est donc impossible à prononcer pour elle.

On peut également noter une forte aptitude à exprimer ses affects par le corps. Elle pleure beaucoup et elle a d'ailleurs toujours un mouchoir dans la main. Tout son corps semble tendu, crispé, tremblant. Nous pouvons penser que c'est la douleur physique qui provoque cet état, mais lorsqu'elle nous dit ne plus avoir mal grâce à la morphine, cette

crispation est toujours présente. Cette « parole du corps » montre que certaines choses ne peuvent être élaborées et que nous sommes face à une angoisse non symbolisable.

Cependant, Mme L. reste dans un état affectif intense et donc bien loin de l'alexithimie. Même si elle a du mal à mettre des mots sur ses affects, elle n'en est pas coupée. Notons aussi qu'elle verbalise de plus en plus au fil des entretiens. Ainsi finit-elle par élaborer que le cancer et ses traitements ont constitué, et constituent toujours, une épreuve difficile et intense qui l'oblige à faire un travail sur elle-même.

#### *4) Les défenses mises en place*

Nous ne relèverons pas de façon exhaustive tous les mécanismes de défenses utilisés par Mme L. devant le choc de l'annonce; nous aimerions cependant évoquer son mode de fonctionnement défensif durant cette épreuve de la maladie.

En effet Mme L. semble partagée entre un désir de savoir et un désir d'ignorer. Ainsi utilise-t-elle assez souvent des défenses maniaques comme la minimisation de sa douleur physique et psychique (le fameux « ça va »), l'humour ou la dérision. Nous pouvons par exemple citer le début du troisième entretien. Lorsque nous rentrons, Mme L. est très souriante, elle semble à première vue avoir retrouvé des forces, être bien. Cependant cet apparent bien-être sonne vite faux. Elle nous accueille en nous demandant comment nous allons, puis nous dit que son traitement se passe bien et rit en disant : « *qu'est ce qu'ils m'en donnent des médicaments, pouh j'en ai eus euh...13 pilules ce matin!* ». Nous pensons qu'il s'agit là d'une défense maniaque (dérision), mise en place pour lutter contre une forte angoisse. D'autant plus qu'elle nous dit alors avoir des nausées très importantes, pires que celles qu'elle avait avant. La défense première cède alors très vite la place à ses craintes, elle se demande si elle va supporter longtemps tous ces médicaments. Elle pourra alors nous parler de ses douleurs physiques.

#### *5) Rapport au corps*

##### *5.1. La douleur : un savoir et un enfermement sur soi*

Le myélome se caractérise par la douleur intense qu'il engendre et qui évolue jour après jour, rappelant sans cesse au sujet cette cohabitation avec le cancer. Rappelons que Freud, dans *Le moi et le ça*, nous dit que la douleur joue un rôle important dans la

connaissance subjective du corps et qu'elle permet au Moi de se développer, limitée par les frontières du corps.

A ce propos, Mme L. nous dit qu'elle se savait atteinte d'une maladie grave vu ses douleurs lancinantes qui augmentaient depuis quelques mois. La douleur qui l'anime lui a donc permis de prendre conscience que quelque chose n'allait pas, contrairement à la majorité des cancers qui apparaissent sans crier garde.

De plus Mme L. suspectait sa maladie lorsqu'elle est arrivée à l'hôpital car les médecins parlaient autour d'elle et elle nous dit « *j'ai travaillé à la sécurité sociale donc je connais les termes, je savais qu'ils pensaient que ce que j'avais était grave* ».

Toutefois, comme nous l'avons déjà dit, l'annonce du cancer et du traitement chimiothérapique est venue faire traumatisme chez Mme L. Peut-être pouvons-nous ici différencier savoir objectif et savoir subjectif du sujet. Nous pouvons en effet poser l'hypothèse que Mme L. savait au fond d'elle-même qu'elle était gravement malade puisque son corps le lui faisait entendre par cette douleur grandissante, mais qu'elle ne pouvait se l'avouer. Ainsi lorsqu'on lui a appris qu'elle était réellement malade, les médecins ont réveillé ce savoir subjectif en le rendant réel.

Notons que son rapport à la douleur semble particulier. Bien qu'elle souffre encore terriblement, Mme L. ne nous parle de ses douleurs que lors du troisième entretien. De plus elle ne veut en aucun cas montrer sa faiblesse. Ainsi, malgré la douleur qui, nous le voyons malgré elle, crispe son corps, elle tient à rester droite et à nous sourire.

Ses douleurs engendrent également un repli narcissique obligé. Mme L nous dit lors du troisième entretien qu'elle avait affreusement mal avant son hospitalisation au point qu'elle ne pouvait sortir de chez elle. Elle dit que « *ça fait trois mois que je ne suis pas sortie de chez moi, au grand air* » et qu'elle n'en peut plus d'être enfermée. Ainsi pouvons nous faire un parallèle entre l'enfermement chez elle et l'enfermement dans son corps de souffrance. Mme L. parvient ici à verbaliser son vécu d'étouffement.

## 5.2. La peur d'une perte de l'image idéale

Le myélome en tant qu'il constitue une attaque du corps, touche directement au narcissisme du sujet, venant rompre l'image antérieure de soi même comme personne en

bonne santé. Ainsi Mme L. sait que son corps est malade et se dégrade de l'intérieur, la douleur la fait se crispier et l'empêche de se tenir droite. De plus la menace de perdre ses cheveux et de se retrouver dans un corps fatigué et abîmé par la chimiothérapie plane sur elle. Nous sommes bien face à une angoisse de castration.

Si Mme L commence par refuser la chimiothérapie, c'est en effet parce qu'elle ne veut pas que ses enfants et petits enfants la voient se dégrader physiquement. C'est donc pour préserver son image, en tout cas celle qu'elle veut donner à ses proches, que Mme L. ne veut pas de chimiothérapie. Elle ne veut pas leur imposer une image d'elle-même reflétant la faiblesse de son état intérieur. Notons que ce désir est fort puisque c'est au prix de la vie que Mme L veut conserver cet idéal narcissique offert à l'autre familial.

Ainsi la maladie et l'idée du traitement chimiothérapique constitue une double attaque narcissique.

Face à cette perte de l'image idéale Mme L. lutte pour se re-narcissiser. Ainsi, tient-elle absolument à rester assise lors de nos entretiens, et ceci malgré les fortes douleurs qui peuvent l'animer. Elle ne veut donc pas montrer une image négative d'elle-même, que ce soit à ses enfants ou à nous même et fait tout pour préserver une image convenable.

### 5.3. L'image de la mort

Le cancer vient également toucher le fantasme d'immortalité en amenant la mort comme horizon proche, il touche donc l'illusion de toute puissance du sujet vivant. La mort est présentifiée par le cancer.

Pour Mme L. nous avons l'impression que c'est plus le traitement chimiothérapique que le cancer en lui-même qui vient amener la perspective de la mort.

Au-delà de l'image idéale, c'est bien de la perte de la vie qu'il est question ici. En effet l'image que Mme L. ne veut pas donner à voir à l'autre est celle de la mort. Ainsi nous dit-elle que sa mère et son mari sont tout deux décédés des suites d'un cancer et que la chimiothérapie a rendu son mari « *méconnaissable* », « *amaigri* » et « *squelettique* ». Mme L. ne veut pas de la chimiothérapie car elle ne veut pas ressembler à un « *zombie* ». La mort se voit attribuer un visage réel par Mme L. qui se souvient de l'image de son mari mourant. Mme L. nous dira d'ailleurs lors du dernier entretien qu'elle s'est

identifiée à son mari lors de l'annonce du traitement chimiothérapique : « *c'était affreux, il était maigre, on ne le reconnaissait plus, il ressemblait à un... squelette* », « *je crois que je me suis vue à sa place avec ce cancer et cette saleté de chimio...* »

Notons que l'annonce du myélome et de la chimiothérapie éventuelle est venue faire trauma en écho à ses traumas passés, réveillant ses angoisses de mort et de décomposition.

## 6) Rapport à l'autre

### 6.1. Identification à l'autre mourant.

Comme nous venons de le dire, l'épreuve du cancer ravive chez Mme L. une expérience traumatique passée liée au décès de son mari. Nous pouvons supposer que cette expérience douloureuse n'a pris son statut traumatique que dans l'après coup, Mme L. apprenant son cancer et s'identifiant à son mari dégradé physiquement par le traitement chimiothérapique. Cette identification se repère aussi lorsqu'elle nous dit que ses enfants ne peuvent comprendre son choix de refuser le traitement chimiothérapique : « *les enfants ne comprennent pas... enfin je me mets à leur place parce que moi aussi j'ai eu cette réaction quand ma mère est tombée malade et aussi mon mari, mais quand on est de l'autre côté c'est pas pareil* ». Par l'expression « *de l'autre côté* », Mme L. témoigne de l'idée que d'un côté il y a les personnes en bonne santé, les ignorants d'une certaine manière, et de l'autre les malades, ceux qui savent que la mort est au bout du chemin et qui ne peuvent plus faire « *comme si* ». Ainsi l'illusion d'immortalité dont parlait Freud est brisée par l'apparition d'une maladie létale. Alors qu'elle réagissait comme ses enfants lorsqu'elle était bien portante, Mme L. se situe aujourd'hui « *de l'autre côté* », du côté des mourants.

Nous pouvons enfin penser que l'annonce du cancer et du traitement l'a obligée à revenir sur la mort passée de son mari et à repenser son aspect affreux et terrifiant. Ainsi peut-elle enfin dire combien la mort de son mari a été difficile à vivre. Elle déclare aussi lors du dernier entretien : « *Peut-être que je n'avais pas encore fait le deuil de mon mari finalement?* ». Cette épreuve de la maladie dans son corps et l'identification à son mari lui a-t-elle permis d'en faire le deuil?



## 6.2. Protéger l'autre à tout prix

Mme L. semble avoir un besoin excessif de protéger ses enfants et petits enfants en montrant le moins possible son désarroi et ses angoisses. Nous le voyons dès le premier entretien lorsque, après s'être déclarée très entourée, elle nous dit que cela ne l'aide pas car elle ne veut pas faire de mal à sa famille. Il semble que Mme L. se considère alors comme un poids pour ses enfants. Ainsi nous dit-elle qu'elle n'a annoncé son myélome qu'à deux de ses enfants pour ne pas faire de peine à tout le monde. Sa fille, avec laquelle elle semble entretenir une relation particulière (nous y reviendrons), n'est pas encore au courant. Lorsque nous lui demandons pourquoi elle n'a pas voulu en parler à sa fille, Mme L. reste muette quelques secondes puis nous dit : « *de toute façon, si 4 personnes le savent ou 6 c'est pareil* » Elle ne peut donc nous parler de sa fille et de leur lien. Lors du troisième entretien Mme L. évoque le fait que les entretiens lui font du bien et en revenant sur ses enfants : « *Oui parce qu'on peut pas tout leur dire à eux, on va pas se plaindre tout le temps* ». La raison avancée est : « *je veux pas les embêter* ». Mme L. ne veut donc pas parler de ses craintes à ses enfants. Mais entre « tout le temps » et « jamais » il y a pourtant une grande marge de manœuvre!

Nous nous sommes demandés pourquoi elle ne pouvait rien leur dire de son ressenti et pourquoi elle avait ce besoin excessif de les protéger. Il semble que nous pouvons répondre à question grâce à ce qu'elle nous dit alors sur sa mère : « *Avec ma mère, quand j'étais petite je pouvais pas parler... elle s'en fichait des petits problèmes* ». Lorsque nous lui demandons : « *Vous ne vous sentiez pas écoutée?* », elle nous répond : « *non j'ai jamais pu dire que je n'allais pas bien* ». Nous comprenons alors pourquoi Mme L. a tant de mal aujourd'hui à dire à ses enfants qu'elle souffre et qu'elle éprouve des craintes face à la chimiothérapie. Ni sa mère, ni ses enfants ne pourraient la comprendre et pour ne pas les « *embêter* », elle reste seule face à elle-même.

Ainsi, en ce qui concerne son souhait immédiat de refuser la chimiothérapie Mme L. n'en parlera à aucun de ses enfants, ni aux médecins. Et lorsqu'elle accepte le traitement, Mme L. nous dit que si elle a changé d'avis, c'est pour sa famille et non pour elle, par désir de vivre. En effet, elle nous annonce lors du deuxième entretien qu'elle a accepté le traitement car il lui sera administré par voie orale, sous forme de comprimés ce qui fait

qu'elle pourra rester chez elle. La veille, son petit-fils l'avait eue au téléphone et lui avait demandé « *mamie, quand est-ce que tu rentres?* ». Mme L. nous raconte combien cette phrase l'a émue et nous dit alors : « *Je vais faire la chimio pour eux* ». Nous tentons alors « *et pour vous ?* ». Mme L. nous répond « *oui...ben, si j'étais seule je sais pas ce que je ferais...je sais pas* ». Nous : « *et qu'est ce que vous pensez de votre choix?* », elle : « *oui, pour mes petits enfants c'est mieux* (nous sourit) ». Ainsi dans le discours de Mme L. le désir de l'autre, de ses enfants, passe avant le sien.

Mais nous pouvons nous demander: s'agissait-il vraiment du désir de l'autre? Mme L. se dit « *moins désemparée* » et annonce: « *je dois faire confiance* ». Aussi pouvons-nous penser que son choix ne dépendait pas seulement de ses enfants mais qu'il témoignait de son propre désir de vivre et de lutter contre le cancer, de la « re-liaison » de la pulsion de vie. Ce choix pour les autres pourrait alors être en réalité un choix personnel, l'autre étant utilisé comme prétexte face à son impossibilité de reconnaître son souhait propre de s'accrocher à la vie.

### 6.3. Le désir de l'Autre ou l'Autre envahissant

Après ce que nous venons de dire, nous pouvons poser que Mme L. ressent l'autre et son désir comme envahissant. D'autres éléments nous permettent de renforcer cette hypothèse.

L'Autre, c'est avant tout le myélome qui envahit le corps de Mme L. et l'oblige à prendre des traitements tout aussi envahissants. En effet, la maladie, tout comme les médicaments qu'elle doit avaler, apparaissent comme des objets persécuteurs qui entraînent chez elle ce sentiment d'invasion. Ainsi à propos des nombreux médicaments qu'elle doit prendre, elle nous dit lors du quatrième entretien : « *au bout d'un moment ça passe plus...c'est comme si il n'y avait plus de trou* ». Elle nous dit aussi avoir de fortes nausées. Les médicaments font donc intrusion en elle et le corps de Mme L. en souffre. L'idée de n'avoir « *plus de trou* » peut être associée à la fermeture à l'Autre et à la rigidification absolue du pare-excitation, de même peut-on comparer le vomissement à l'expulsion du mauvais objet.

L'Autre dont le désir est envahissant, c'est aussi ses enfants, et notamment sa fille. Ainsi lorsqu'elle dit, lors du premier entretien, qu'elle n'a pas annoncé à sa fille qu'elle était atteinte d'un myélome, il semble que Mme L., au-delà de vouloir la protéger, redoutait sa réaction. Elle nous dit lui avoir seulement « *dit que c'était plus ou moins grave* » puis elle annonce : « *J'ai peur de sa réaction, elle va hurler si elle sait ce que j'ai* ». D'un côté Mme L. a peur de sa fille et de l'autre il semble qu'elle ressente une certaine colère face à celle-ci. En effet elle nous dira lors du troisième entretien à propos de sa sortie : « *et puis ma fille va me demander sans arrêt si ça va...c'est...ça m'énerve un peu quand même!* ». La relation à sa fille semble marquée par l'ambivalence entre l'amour et la haine qui engendre sans doute une certaine culpabilité chez Melle. L., qui ne veut pas ressembler à une mauvaise mère. C'est un peu comme si elle se disait « pourquoi j'ai attrapé un cancer, pourquoi je fais ça à mes enfants ». On peut penser que sa relation à sa fille fait écho à sa relation à sa mère et au manque d'affection qu'elle a reçu de la part de celle-ci. Il semble qu'elle culpabilise (sans le reconnaître) de ne pas tout lui dire. La haine nous semble liée au conflit qui habite Mme L. entre ce besoin qu'elle a de protéger l'Autre en passant sur son propre désir et le besoin de se couper de l'Autre et de penser à elle-même.

Notons que ce n'est pas seulement sa famille qui fait pression sur Mme L. mais également les autres au sens large. Ainsi évoque-t-elle lors du troisième entretien sa crainte du retour chez elle et des questions des voisins : « *Et puis là quand je vais sortir je suis sûre que tout le monde va me poser des questions.* »

Ainsi son corps, envahi par l'apparition de cette maladie douloureuse et mortelle, les médecins, avec la proposition de ce traitement lourd, ses enfants, avec leur désir de la voir guérir au plus vite, et les autres dans le sens de « *tout le monde* » apparaissent comme un Autre oppresseur et persécuteur aux yeux de Mme L. Celle-ci semble alors ressentir le besoin, à ce moment essentiel de sa vie, de le mettre à distance et de formuler son propre désir.

#### 6.4. Le besoin de solitude et de conserver un espace intime

En effet, face à ce sentiment d'être soumise au désir de l'Autre, Mme L. semble ressentir le besoin pressant de répondre à son propre désir en se distanciant de l'Autre.

A propos des voisins et de leur hypothétique harcèlement, il s'est amorcé un court dialogue que voici :

Elle : « *Et puis là quand je vais sortir je suis sûre que tout le monde va me poser des questions.* »

Nous : « *Et vous n'avez pas envie d'y répondre...* »

Elle : « *Oui (...) j'ai pas envie que tout le monde sache que j'ai un cancer* »

Mme L. a donc pu mettre en mots son souhait de ne pas tout dire à l'Autre parce qu'il le demande.

Nous : « *Vous n'êtes pas obligée de leur raconter tout ça, vous avez le droit de garder des choses pour vous...* »

Elle : « *...(nous sourit) oui c'est vrai* ».

Il nous semble que ce dialogue lui a permis de repérer cette problématique fondamentale en lien avec son propre désir. Elle réalise qu'elle a besoin de se retrouver et de conserver un espace intime auquel l'Autre ne peut avoir accès.

C'est lors de ce même entretien qu'elle dira que les questions de sa fille l'énervent d'avance. Elle traduit ici l'idée qu'elle redoute l'intrusion de l'Autre à sa sortie. Nous lui suggérons alors qu'elle semble avoir besoin d'être seule pour se retrouver. Mme L. nous sourit et semble prendre réellement conscience de son besoin de solitude face à l'arrivée de cette maladie létale et aux réactions intenses de ses enfants. Elle nous dit alors : « *il faudra que je réussisse à me prendre des moments où je suis seule* ».

Mme L. semble accepter que face à la maladie et à sa douleur, un certain repli narcissique est nécessaire et que son propre désir doit primer dans cette lutte contre les intrusions externes. Elle a besoin de ce temps de solitude associé à la maladie grave, elle a besoin de « grand air ». C'est ce qui lui permettra de passer du trauma à une symbolisation progressive de la maladie.

Notons que c'est finalement « grâce » à cet envahissement dans son corps que le réinvestissement narcissique a été possible. Ainsi les fortes douleurs ressenties par Mme L. l'ont contrainte à rester cloîtrée chez elle, seule avec elle-même. De même la maladie

et l'horizon de la mort l'ont amenée à réinvestir son corps, sa vie et à faire des liens, notamment avec la mort de son mari et de sa mère.

➤ Il semble que l'apparition d'une grave maladie ait réactivé une problématique plus archaïque que la problématique oedipienne, à savoir celle de l'aliénation / séparation ou du processus d'individuation. Face au désir de l'Autre Mme L. doit parvenir à imposer son propre désir. Nous retrouvons notamment avec sa fille une oscillation entre le détachement et ce que Joyce McDougall a appelé le « *fantasme d'un corps pour deux* ». Cela renvoie à une problématique infantile: l'enfant qui s'individualise progressivement tend à vouloir retrouver ce corps pour deux avec sa mère tout en luttant pour s'en détacher le plus possible et accéder à sa subjectivité. Ainsi dans le discours de Mme L. apparaît d'une part un besoin de répondre au désir de l'Autre: elle veut présenter une image d'elle-même positive, ne pas décevoir et ne pas faire de mal aux autres ...et d'autre part la nécessité de réaliser son propre désir, de garder des choses pour elle, de ne pas tout dire...

Mme L. essaie donc de faire émerger son propre désir qu'elle a dû réprimer pour deux raisons: petite, sa mère ne l'écoutait pas, et aujourd'hui, elle ne veut pas imposer sa souffrance et ses craintes à ses enfants et petits enfants. Avec l'épreuve du cancer cette problématique de séparation resurgit nécessairement. L'enjeu pour elle semble double: d'une part préserver son espace intérieur et se construire des barrières psychiques pour que l'Autre ne l'envahisse, d'autre part faire en sorte que ces barrières soient assez perméables pour partager avec l'Autre ses sentiments.

#### 6.5. Relation transféro-contre transférentielle

Comme nous l'avons dit, Mme L. est réceptive à notre écoute dès le premier entretien. De l'état de détresse dans lequel elle se trouve, Mme L. semble déjà voir en nous une possibilité d'être écoutée et aidée. L'intensité de son regard témoigne que Mme L. nous a investis rapidement et qu'une relation de confiance a pu se développer entre nous. La relation nous a ici semblés de l'ordre de la dépendance à l'Autre, Mme. L. se trouvant dans une période de bouleversements profonds qui la laissent totalement démunie. Nous

pensons que Mme L. nous a investis comme une sorte d'Autre primitif, son regard témoignant non d'une demande mais d'un besoin d'étayage assez archaïque.

Peut-être avons-nous joué ici pour elle le rôle d'une mère écoutante. Deux raisons nous amènent à poser cette hypothèse: tout d'abord, son état de détresse et son extrême besoin d'un Autre écoutant, ensuite le manque d'amour de sa mère et le fait qu'elle n'ait jamais pu lui parler. Ainsi notre écoute lui a permis de verbaliser son ressenti.

Il est intéressant de souligner que lors du troisième entretien, Mme L. reprend le discours d'une infirmière qui venait de faire effraction dans la chambre et nous avait pris pour la fille de celle-ci. Elle nous dit alors : « *c'est vrai que ma fille vous ressemble un peu...elle a les cheveux courts comme ça...mais un peu plus bruns (sourit)* » Notons que la formulation de cette phrase n'est peut-être pas anodine. En effet elle ne nous dit pas que nous ressemblons à sa fille mais que sa fille nous ressemble. Le transfert dépend donc sans doute de cette ressemblance. Ainsi elle a pu nous dire ce qu'elle ne pouvait pas dire à sa fille.

Nous apparaissions donc comme figure maternelle tout en lui rappelant sa fille. Les trois générations de la lignée utérine semblent donc présentes ici.

Le transfert est également repérable par les nombreuses tentatives de mise en relation de Mme L. Ainsi elle nous demandera s'il fait beau dehors, si nous commençons notre longue journée, si d'autres gens à Poissy ont la même maladie... Ses regards, ses sourires et sa façon de nous remercier à la fin de chaque entretien témoignent de sa reconnaissance.

Dès le deuxième entretien Mme L. nous dit qu'elle va mieux, qu'elle est « *moins désemparée* » et après nous avoir dit qu'elle avait accepté la chimiothérapie, elle annonce: « *je dois faire confiance* », « *Puis je crois que vous m'avez aidée aussi (...) ça m'a aidée d'en parler parce que les enfants ne comprennent pas* »

Lors du troisième entretien, Mme L. nous demande: « *est-ce qu'on pourra se revoir?* » Elle formule donc ici une demande explicite. Elle qui ne parle ni à sa mère, ni à ses enfants, ni même aux voisins entreprend donc de le faire...enfin. Il ne s'agit pas

encore d'une demande de psychothérapie, mais nous pensons toutefois qu'elle a dépassé le stade de la demande archaïque d'étayage passant par le regard.

Nous pensons que le fait d'avoir écouté Mme L., même dans ses idées les plus noires, lui a permis d'entrer en relation avec nous et d'élaborer progressivement son histoire. Comme nous n'entrons pas dans le discours moralisateur du « mais il faut vous soigner », comme les autres (médecins, famille, société), Mme L. a pu constater que nous respectons son désir et son rythme. Elle a pu poser son désir immédiat, même si ce n'était pas son réel désir puisque plus tard elle voudra vivre. Il fallait lui laisser le temps de passer par cette déliaison pulsionnelle en respectant ses défenses radicales, tout en ne prenant pas à la lettre ce choix émis dans cette période traumatique et cet état de détresse.

Nous pouvons également penser avoir fait fonction de miroir pour Mme L., en ceci que nous appartenions au monde des bien portants et qu'elle a certainement pu anticiper son rétablissement et son bien-être futur en s'identifiant à nous. Ce transfert lui a permis de renouer petit à petit avec elle-même.

#### *7) Vers un remaniement psychique progressif et une reprise de sens?*

Il est évident que les entretiens avec Mme L. sont marqués par une nette évolution. La pulsion de vie ainsi que le besoin de comprendre son histoire sont en effet de plus en plus grands. Il nous semble que trois étapes peuvent être dégagées :

- Le refus de la chimiothérapie et indirectement de la lutte pour la vie.
- L'oscillation entre pulsion de vie et pulsion de mort ainsi qu'entre la volonté de savoir et les défenses maniaques liées à un n'en rien vouloir savoir.
- La reconnaissance de ce temps subjectif difficile de la maladie et du besoin de faire un travail sur elle-même.

Le dernier entretien nous permet de parler d'un remaniement psychique progressif et d'une reprise de sens. Il témoigne en effet de son souhait de comprendre cette traversée de la maladie et de revenir sur son histoire. Il est frappant de voir que Mme L. n'a pas besoin de relances puisqu'elle associe sans difficulté. Voici un court résumé.

Cela fait plus de six semaines que nous n'avons pas vu Mme L. et elle est à l'hôpital pour la journée afin de voir si la tumeur a diminué. Lorsque nous la rencontrons Mme n'a

pas encore les résultats. Elle semble bien. Nous lui demandons comment se passe son retour chez elle: « *Ben c'était un peu dur au début mais là ça va mieux, j'arrive à bien gérer pour la douleur...et puis je me repose!* ». Puis elle nous dit « *vous savez je me rends compte que c'est pas une période facile et j'étais vraiment mal même si je ne le disais pas...et je ne voulais pas l'admettre moi-même...mais vous m'avez vraiment aidée, et je vous remercie.* » Nous lui sourions, elle enchaîne: « *je me suis sentie écoutée et puis vous ne m'avez pas jugée...même si j'ai dit pas mal de bêtises!* ». Lorsque nous lui demandons quelles sont ces bêtises, celle-ci nous répond: « *enfin des bêtises...je crois que je savais plus trop ce que je voulais au début. Cette chimio, j'en avais un mauvais souvenir avec mon mari. Il était vraiment amaigri, affaibli...ce n'était plus lui. Pour moi la chimio c'était ça, ça pouvait pas être autrement et je ne voulais pas qu'on me voie comme ça, que mes enfants souffrent comme j'avais souffert avec mon mari.* » (...) « *j'étais tellement prise par ces images que... je vous le dis mais j'ai presque eu envie de tout laisser tomber, c'est bizarre à dire mais...* ». Mme L. reconnaît ici son ambivalence face à la mort et peut revenir sur le décès de son époux.

Puis Mme. L. sourit, « *enfin maintenant je me rends compte qu'il me reste peut-être encore plusieurs années à vivre alors il faut les vivre!* ». Notons qu'elle emploie ici « il faut » et non « je veux »; cette déclaration prouve toutefois que les pulsions de vie sont en train de réellement prendre le pas sur les pulsions de mort du début. Elle finira l'entretien en nous avouant : « *ça va mieux...beaucoup mieux mais je ne suis pas encore totalement remise...puis je crois qu'il y a des choses qu'il faut que je travaille (sourit)...ça m'a pas mal remuée tout ça!* ». Mme L. a donc pleinement conscience des remaniements psychiques occasionnés par son myélome et souhaite entreprendre un travail sur elle-même. Nous lui proposons alors de la mettre en contact avec un autre psychologue, notre stage se terminant bientôt. Bien que Mme L. semble appréhender un peu la psychothérapie, elle nous répond : « *Oui j'aimerais bien...je sais pas trop comment ça se passera mais...je pense que j'en ai besoin, c'est une bonne idée.* »



## CONCLUSION

L'apparition du myélome et l'annonce du traitement chimiothérapique sont venues faire traumatisme chez Mme L. Même si les mots sont en partie présents, ses défenses sont totalement dépassées et elle se trouve pour un temps dans un état de détresse intense.

Le trauma semble se faire en écho à d'autres traumas plus anciens : celui de la mort de sa mère et celui de son mari, dont le deuil a été extrêmement difficile en grande partie parce que la chimiothérapie l'avait rendu méconnaissable et squelettique.

Ce trauma soumet Mme L. à un bouleversement identitaire important. Elle est alors envahie par des angoisses ayant trait à la castration (dégradation physique) et à la mort. La simple annonce du traitement chimiothérapique l'amène à s'identifier à son mari et à se voir mourir de façon similaire. Ainsi ses défenses psychiques sont totalement perturbées, Mme L. ne sachant plus si elle souhaite vivre au prix de cette perte narcissique. Pulsions de vie et pulsions de mort subissent une dé-liaison provisoire. Ses relations d'objet sont également touchées, elle les vit de façon beaucoup plus intense.

Finalement ce bouleversement prendra peu à peu un aspect positif pour Mme L. qui souhaite y voir plus clair. Le trauma permet alors au travail psychique d'historisation d'advenir, les maux du corps sont progressivement traduits en mots.

Ainsi Mme L. s'ouvre de plus en plus à sa vie psychique, elle désire revenir sur ses réactions face au myélome, à la chimiothérapie, et plus globalement sur sa vie. Elle comprend notamment la nécessité de prendre des moments de solitude face aux pressions de l'Autre. Elle a besoin d'ériger les barrières psychiques qui lui permettront de se retrouver, tout en acceptant de parler à l'Autre.

Il semble finalement que le cancer et son aspect traumatique ont permis à Mme L. de s'engager dans un mouvement évolutif en revenant sur son histoire et en envisageant une psychothérapie

Enfin nous pouvons nous demander si le choix d'entreprendre une psychothérapie aurait été envisageable si Mme L. n'était pas passée par cette épreuve délicate du cancer.

## CONCLUSION

Travailler avec des personnes atteintes de maladies organiques graves, voire létales, comme le cancer, nous oblige à un questionnement permanent sur notre rôle et ses limites. Parfois découragés par le manque d'élaboration des patients, le peu de demande et le repli empêchant toute relation transférentielle, nous avons progressivement compris que c'est de ce point de non-dits qu'il fallait partir et que ce temps en deçà de l'élaboration ne témoignait pas d'un non vécu psychique mais au contraire, d'un « bouillonnement » physique et psychique trop intense pour être repris par les mots.

L'effet de l'annonce du cancer et de ses traitements est vécu la plus part du temps, par son effraction dans la vie du sujet, comme un traumatisme. Il s'ensuit un bouleversement psychique plus ou moins important qui touche tous les aspects de la vie du sujet. Ainsi « *la maladie remanie l'organisation du sujet dans ses rapports à sa psyché, à son corps, à l'autre, au monde* » (A. Fine, 1994, p.65). C'est pourquoi nous avons décidé de voir comment cette vie psychique advenait au sujet, à partir du corps et de ses relations à l'autre, avant de voir comment la maladie pouvait venir faire traumatisme et remanier de façon soudaine le fonctionnement psychique du sujet, son narcissisme et son rapport à l'Autre antérieurs.

Toutefois, il nous a semblé nécessaire de repérer que cet effet traumatique du cancer pouvait parfois permettre à des remaniements psychiques positifs d'advenir. Certes, le sujet y perd beaucoup : son corps sain, l'image idéale de lui-même, l'illusion d'immortalité... Mais il peut aussi y gagner. La maladie, dans tout ce qu'elle a d'insignifiant et d'injuste, en provoquant ce chaos qui peut avoir des conséquences graves et irrévocables, peut également permettre au sujet de prendre conscience de beaucoup d'éléments de sa vie, restés enfouis jusqu'ici. Le sujet peut alors dans un second temps revenir sur son histoire et y inscrire sa maladie. Le trauma de la maladie grave aurait alors, dans certains cas, une fonction de « *pousse à symboliser* » (D. Deschamps). Nous avons présenté, dans notre deuxième partie sur le traumatisme, cet aspect positif et créatif du trauma.

Notre travail a donc consisté, en partant d'une hypothèse précise, à voir comment le cancer et son annonce pouvaient créer un véritable traumatisme chez le sujet, engendrant des remaniements psychiques assez spectaculaires, tant dans leurs aspects négatifs (perte narcissique...) que positifs (passage des maux aux mots, reprise de sens...).

Notre hypothèse semble donc validée en ce qui concerne l'aspect traumatique de l'annonce du cancer. Nos deux patients ont vécu l'annonce de la maladie et de ses traitements comme un réel choc. Mr B. s'est momentanément trouvé dans un état de sidération extrême, l'empêchant de mettre en mots tout ressenti psychique. Mme L. pouvait verbaliser certains éléments mais ses défenses ont également été totalement perturbées, la pulsion de mort ayant pris pour un temps le dessus sur la pulsion de vie. Ainsi a-t-elle eu « envie de tout laisser tomber ».

Nous avons vu les blessures narcissiques qu'a engendré cette annonce, tant pour Mr B. que pour Mme L. En effet Mr B. s'est vu précipitamment lancé sur la « roue » du temps, qui amène inéluctablement vers la mort. Alors que l'image idéale qu'il avait de lui-même était celle d'un homme actif, malgré son âge avancé, le cancer et ses conséquences sont venus soudainement lui signifier qu'il n'était plus tout jeune et qu'il lui fallait renoncer à l'image de cet homme jamais malade ni fatigué. Pour Mme L. le cancer et la chimiothérapie sont apparus comme des menaces fatales pour son narcissisme. Celle-ci ne voulait pas donner à voir à ses enfants une image d'elle-même en train de se dégrader.

Au-delà de l'image idéale c'est la perspective de la mort qui crée la plus forte menace de perte narcissique. Le trauma, chez nos deux patients s'est fait en écho aux traumas antérieurs liés à la mort difficile de proches. Pour Mr B., après son fils et sa femme, c'est à son tour de subir l'épreuve de la maladie et peut-être de la mort. Pour Mme L. l'idée de la chimiothérapie la renvoie à la mort terrifiante de son mari et l'amène à s'identifier à cette image d'être humain « squelettique », sorte de « zombie », de mort-vivant.

En ce qui concerne les remaniements psychiques en vue d'une symbolisation plus grande, nos deux cas montrent qu'il n'y a pas d'universalité dans ce « rebondissement » et que chacun se réapproprie psychiquement la maladie de façon singulière. Ainsi Mr B préfère ne pas trop verbaliser ses affects et penser à des choses plus positives, contrairement à Mme L. qui éprouve le besoin imminent de comprendre cette épreuve du cancer et ses enjeux.

Nous tenons à présent à insister sur la fonction de l'Autre dans cette appropriation psychique de la maladie organique au seuil du langage. L'Autre, qu'il s'agisse d'un ami, d'un médecin ou d'un psychologue, se doit d'entendre le sujet dans son état d'infinie détresse et d'éviter toute projection qui consisterait à amener le patient vers ce qu'il juge comme étant le mieux pour lui. Chaque parcours est singulier et il ne faut pas oublier que c'est parfois en se perdant que l'on peut se retrouver. Ainsi le cancer, au-delà de son aspect mortifère, peut devenir une expérience de perte et de retrouvaille avec soi-même, voire de renaissance. L'Autre se doit alors de repérer les mouvements de vie du sujet qui l'aideront dans cette traversée. Il nous semble que c'est-ce qui s'est passé pour Mme L. notamment, qui a pu, parce que nous étions à l'écoute autant de ses pulsions de vie que de ses pulsions de mort, savoir où était son véritable désir.

Nous aimerions ajouter, et ceci a constitué nos limites tant dans notre clinique que dans la rédaction de ce travail de réflexion, que ce travail de remaniements psychiques n'est envisageable que sur la longueur. Ainsi l'Autre écoutant doit être présent et accepter de s'engager pour un certain temps. La durée de notre stage ne nous a pas permis de formuler un tel engagement et, nous le voyons avec Mme L., ce temps aurait été indispensable. Alors que le « bien-être » peut être plus ou moins retrouvé par n'importe quelle psychothérapie, il nous semble que ce travail d'historisation et de reprise de sens nécessite une cure analytique, même si celle-ci est aménagée, avec ce qui la caractérise fondamentalement, à savoir la relation transféro contre-transférentielle.

# ANNEXES

## **ANNEXE 1 : Entretiens**

### **1) MONSIEUR B**

#### **Premier entretien : le 30 janvier 2006**

Nous rencontrons Mr B à l'occasion de sa première séance de chimiothérapie. L'entretien est assez court, Mr B. semble se trouver dans un état de sidération qui ne lui permet aucune verbalisation. Il nous dira seulement « *bonjour* » et « *oh non j'ai pas besoin de parler* » puis répond à notre question sur les raisons de son hospitalisation « *j'ai un lymphome...ben je me suis fait opérer puis là...je vais avoir de la chimiothérapie* ».

#### **Deuxième entretien : le 27 février 2006**

Sur son traitement et l'hospitalisation :

Nous lui demandons comment se passe son traitement, ce à quoi il répond : « *oh bien, bien* ».

« *Ben vous savez j'essaie de ne pas y penser et puis je fais plein de choses...je travaille dans mon jardin, je vois des amis...* »

« *Même si je suis seul je ne m'ennuie pas, ah ça non!* », « *je trouve toujours des choses à faire* ».

« *J'ai su il y a environ deux mois que j'avais un cancer* »

« *Je n'ai jamais été malade, c'est la première fois!* »

« *Mais le problème avec cette maladie, c'est que c'est chronique...donc ça peut revenir n'importe quand, on ne sait pas.* » Je lui demande si ça l'inquiète, « *oui un peu quand même* »

Relation transférentielle :

« *Vous êtes souvent dans les services, je vous ai déjà vu?* ».

« *Je vais avoir de la chimio pendant 6 mois, jusqu'à juin donc vous allez avoir le temps de me voir!* ».

« *Merci madame merci au revoir* »

Retour au vécu psychique du premier entretien :

Dialogue :

Nous : *« vous avez l'air beaucoup mieux depuis la dernière fois... »*

Lui : *« Oui ça va maintenant »*

Nous : *« peut-être étiez-vous un peu angoissé, comme c'était la première chimio... ? »*

Lui : *« Oui c'est vrai, j'étais angoissé...même très angoissé ...c'était la première fois que j'avais de la chimio et je connaissais pas... ».*

Nous : *« Vous étiez devant quelque chose d'inconnu et c'était sans doute difficile pour vous... »*

Lui : *« oui c'est ça l'inconnu... »*

### **3ème entretien : 27 mars 2006**

A propos de la mort de sa femme :

*« ça va bien »*

*« Il faut pas se laisser aller (en pointant son index)...sinon c'est la mort au petit cheval ».*

*« Et puis vous savez, j'ai souffert dans ma vie...alors...et ben je relativise », « Oui j'ai perdu ma femme il y a...20 ans maintenant et vous savez de quoi?...D'une transfusion sanguine! Ben oui ils lui ont refilé le SIDA. Elle venait pour une opération bénigne et ils me l'ont tué! Elle a duré un an... »*

*« Et puis les médecins ils me questionnaient...ils voulaient savoir des choses sur ma vie privée vous savez, pour me rendre coupable! », « comme si c'était moi qui lui avait refilé...pfff, ». « Je leur en veux »*

Les enfants et le temps qui passe :

*« J'ai eu trois enfants », « Mais sur 3, 2 ont divorcé ! Je comprends pas bien » « et puis j'ai cinq petits enfants! Eh oui! », « ça nous pousse à la roue! ...et puis je suis plus tout jeune...j'ai quand même 73 ans! »*

*« Là j'habite avec mon fils, celui de 41 ans...Mais il travail toute la journée alors on se voit le soir...un peu », « Mais on parle pas beaucoup avec mon fils. », « Lui aussi il a eu des problèmes. Il s'est fait opérer à cœur ouvert, il avait la maladie bleue vous savez à...*

*à 7 ans. Puis il a eu une leucémie, un cancer du sang il y a environ 4 ans. Là il va mieux, il se fait suivre »*

*« Alors maintenant c'est à mon tour! » « Eh oui on se fait plus tout jeune donc forcément », « j'ai jamais été malade! », « enfin à part un cancer de la peau il y a un an. J'avais une tumeur sur l'oreille mais on me l'a enlevée et c'était réglée, j'ai pas eu de chimio comme là », « c'était pas grave alors que là c'est chronique donc après les séances de chimio ça peut revenir on sait pas...on verra bien...enfin c'est comme ça, il faut faire avec (rire) »*

*« donc ça fait 17 ans que je suis à la retraite, ça passe le temps! »*

#### **4ème entretien : 28 avril 2006**

La maladie :

*« ça va! », « ça poursuit son cours...eh oui », « ah bon y'a bien des moments ou on va moins bien c'est comme tout le monde mais bon il faut faire avec... ».*

*« on sait pas comment on va vieillir », « puis c'est un cancer chronique alors ça peut revenir », « enfin il faut pas y penser sinon on fait plus rien, il faut prendre la vie du bon côté! »*

Son fils et sa solitude :

*« oh je le vois quand même le soir, le week-end il part souvent...eh oui il a 42 ans on va pas s'occuper de lui! », « Parfois c'est dur d'être seul chez soi »*

Sa « petite amie » :

*« Et puis j'ai une petite amie! », « alors on sort ensemble, on va se promener... », « on va partir en voyage en septembre » au mois de septembre », « ça va me permettre de souffler un peu »*

Le grand air :

*« J'aime bien voyager, je suis déjà allé dans plusieurs endroits, en Italie, au Canada, à l'île de la réunion... »*



*« J'aime être dehors, là je suis enfermé (à l'hôpital), c'est moins drôle » « enfin cette après midi je vais jardiner », « mais j'arrêterai un jour parce qu'il faut quand même penser à sa retraite »*

Ses origines et sa mère :

*« Moi je suis de Rennes », « Je m'étais toujours dit qu'après la retraite je retournerai dans ma ville natal mais bon ça c'est pas fait », « Et puis là j'ai tous mes enfants à Poissy donc je vois pas pourquoi je partirai ».*

*« Ouh ben la mère elle va pas bien vous savez, elle perd la tête comme on dit, elle nous reconnaît même plus », « et oui c'est dur parfois de vieillir », « ben c'est difficile! Oui parce qu'on se dit que ça peut nous arriver aussi, et oui on sait pas, c'est triste d'être dans cet état », « bon elle a 98 ans mais elle serait mieux dans l'autre monde » « ah la mère elle va pas bien », « quand je vois ma maman comme ça j'aimerais pas être dans cet état plus tard », « j'étais l'aîné donc on est un peu plus privilégié, ma maman s'occupait bien de moi! », « j'étais très proche d'elle »*

La maladie :

*« J'ai jamais été malade, j'ai jamais rien eu! Alors ça a été dur...tout d'un coup, et paf! »*

*« On vit plus comme avant quand même, on fait plus les mêmes choses »*

*« Là ça va mieux je me dis qu'il faut faire avec »*

*« On a quand même des petits soucis »*

*« Et oui on se fait plus tout jeune alors on a des soucis, des petites peurs... »*

Transfert :

*« vous vous êtes jeune donc quand on est jeune on se fait pas de soucis...eh oui »*

### **5<sup>ème</sup> entretien : 29 mai 2006**

La maladie :

*« Ça suit son cours »*

*« Non je ne me laisse pas aller sinon c'est la mort au petit cheval »*

*« Mes globules blancs ont augmenté donc ça va »*

*« J'ai de la chance je n'ai pas perdu mes cheveux...mon fils les avait perdu ».*

Transfert :

« Et vous ça va?...ben oui vous êtes jeune » (rit)

« La » Mère :

« La mère, la pauvre... », « j'ai pitié quand je la vois comme ça »

Les personnes âgées, la temporalité :

« Oui puis quand je vois à la maison de repos...voir tous ces ancêtres comme ça, ça fait peur », « on sait pas comment on va finir nous! », « j'aimerais pas vieillir comme ça », « si c'est pour être une loque et ne plus reconnaître ses enfants »

« Mais j'y pense pas », « je m'occupe, je travaille encore au jardin! », « enfin quand je suis seul j'y pense quand même...on a des choses qui viennent », « oui je préfère parce que ça sert à rien d'y penser! »

« Mais j'ai de la chance parce que j'ai des proches qui à mon âge vont moins bien...ça fait mal de les voir dans cet état », « j'ai pas à me plaindre, il y a pire »

## 2) MADAME L

### 1<sup>er</sup> entretien : 27 février 2006

Sur la maladie :

« j'ai travaillé à la sécurité sociale donc je connais les termes ».

« ils veulent que j'ai de la chimiothérapie...mais moi je n'en veux pas, je n'y crois pas ».

À sa fille : « je lui ai dit que c'était plus ou moins grave ». « J'ai peur de sa réaction, elle va hurler si elle sait ce que j'ai ».

« de toute façon, si 4 personnes le savent ou 6 c'est pareil (...) et puis en plus pour le fait que je ne veuille pas de chimio ils me diraient forcément de tout faire pour aller mieux! (...) Les médecins c'est pareil, ils vont pas dire que la chimio sert à rien »

« ça ne marche pas, on dit que c'est bien mais tous les gens que je connais en sont morts. », « Alors mourir dans 6 mois ou 2 ans c'est pareil ».

« oui je serai encore là mercredi »

## 2<sup>ème</sup> entretien : 1<sup>er</sup> mars 2006

La maladie :

« c'est bien un myélome, la maladie des personnes âgées et qui ne guérit pas même s'ils m'ont dit qu'on pouvait retarder avec les médicaments ».

Sa famille :

« Je vais faire la chimio pour eux ».

« si j'étais seule je sais pas ce que je ferais...je sais pas ». Nous « qu'est ce que vous pensez de votre choix? », elle: « oui...oui, pour mes petits enfants c'est mieux (me sourit)».

Vécu psychique :

« je suis moins désemparée », « je dois faire confiance », « c'est dur, c'est difficile de passer par là », « C'est difficile mais je veux essayer (...) si le traitement retarde la... catastrophe ça vaut quand même le coup! ».

Transfert :

« Puis je crois que vous m'avez aidé aussi (...) ça m'a aidé d'en parler parce que les enfants ne comprennent pas (...) enfin je me mets à leur place parce que moi aussi j'ai eu cette réaction quand ma mère est tombé malade et aussi pour mon mari mais quand on est de l'autre côté c'est pas pareil ».

## 3<sup>ème</sup> entretien : 6 mars 2006

La maladie, le traitement :

« qu'est ce qu'ils m'en donne des médicaments, pouh j'en ai eu euh...13 pilules ce matin! », « parce que certaines personnes en ont marre », « j'ai connu pire »

Rapport à l'autre :

« c'est vrai que ma fille vous ressemble un peu...elle a les cheveux court comme ça...mais un peu plus bruns (sourit) »

*« oui parce qu'on peut pas tout leur dire à eux, on va pas se plaindre tout le temps »,  
« oui je veux pas les embêter...et puis toute façon j'aime pas parler de moi à n'importe  
qui...c'est comme ces gens qui parlent à tout le monde dans les magasins, dans la rue...je  
comprend pas...C'est même pas intéressant ce qu'ils disent mais ils parlent »  
« Et puis là quand je vais sortir je suis sur que tout le monde va me poser des  
questions... », « j'ai pas envie que tout le monde sache que j'ai un cancer »  
« et puis ma fille va me demander sans arrêt si ça va...ça m'énerve un peu quand même »  
« j'aime bien être seule en plus », « Il faudra que je réussisse à me prendre des moments  
ou je suis seul... »  
« Avec ma mère, quand j'étais petite je pouvais pas parler...elle s'en fichait des petits  
problèmes », « non j'ai jamais pu dire que je n'allais pas bien »  
« est ce qu'on pourra se revoir? »*

#### **4<sup>ème</sup> entretien : 10 mars 2006**

Le traitement, la douleur :

*« au bout d'un moment ça passe plus...c'est comme si il n'y avait plus de trou »  
« ici ils savent comment réduire la douleur, moi je suis pas sur de bien faire...alors si je  
dois appeler tous les quarts d'heure! (rit) ».*

Rapport à l'autre, son choix :

*« je sais pas...je sais pas ce que j'aurai fait si j'avais été seule »  
« ben je suis contente...oui...il y ma fille ».*

#### **5<sup>ème</sup> entretien : 27 mars 2006**

Retour sur le vécu psychique de la maladie et importance de l'écoute :

*« Ben c'était un peu dur au début mais là ça va mieux, j'arrive à bien gérer pour la  
douleur...et puis je me repose! ».  
« vous savez je me rends compte que c'est pas une période facile et j'étais vraiment mal  
même si je ne le disais pas...et je ne voulais pas l'admettre moi-même...mais vous m'avez  
vraiment aidé, et je vous remercie. »*

*« je me suis sentie écoutée et puis vous ne m'avez pas jugé...même si j'ai dit pas mal de bêtises! », « enfin des bêtises...je crois que je savais plus trop ce que je voulais au début. Cette chimio, j'en avais un mauvais souvenir avec mon mari. Il était vraiment amaigri, affaibli...ce n'était plus lui. Pour moi la chimio c'était ça, ça pouvait pas être autrement et je ne voulais pas qu'on me voit comme ça, que mes enfants souffrent comme j'avais souffert avec mon mari. »*

*« Ben, j'étais tellement prise par ces images que... je vous le dit mais j'ai presque eu envie de tout laisser tomber, c'est bizarre à dire mais... c'était affreux, il était maigre, on ne le reconnaissait plus, il ressemblait à un...squelettique », « Je crois que je me suis vu à sa place avec ce cancer et cette saleté de chimio... », « Peut- être que je n'avais pas encore fait le deuil de mon mari finalement? », « enfin maintenant je me rends compte qu'il me reste peut-être encore plusieurs années à vivre alors il faut les vivent! »*

*« ça va mieux...beaucoup mieux mais je ne suis pas encore totalement remise...puis je crois qu'il y a des choses qu'il faut que je travaille (rit en nous regardant)...ça m'a pas mal remué tout ça! », « Oui j'aimerais bien...je sais pas trop comment ça se passera mais...je pense que j'en ai besoin, c'est une bonne idée. »*

## **ANNEXE 2 : BIBLIOGRAPHIE**

### **Les ouvrages :**

- Anzieu, D., (1985), *Le Moi peau*, Paris: Dunod.
- Broquen, M. & Gernez J-C., (1997), (sous la direction de), *L'effraction par-delà le trauma*, Paris: L'Harmattan.
- Clerget, J., (1997), *La main de l'autre, le geste, le contact et la peau*, approche psychanalytique, Ramonville Saint-Agne: Ères.
- Dejours, C., (1997), « Causalité psychique et psychosomatique: de la clinique à la théorie », in *Cliniques psychosomatiques*, Monographie de la revue française de psychanalyse, PUF.
- Del Volgo, MJ., (1997), *L'instant de dire*. Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne, Toulouse: Ères.
- Del Volgo, M-J., « Violence du dire, au singulier de la clinique. » in Brun D. (sous la direction de), *7<sup>e</sup> Colloque de Médecine et Psychanalyse : Violence de l'annonce, violence du dire*, Paris: Études Freudiennes, hors série, 2005.
- Deschamps, D., (1997), *Psychanalyse et Cancer, Au fil des mots...un autre regard*, Paris: L'Harmattan.
- Ferenczi, S., (1932), *Journal Clinique*, Paris: Payot.
- Ferenczi, S., (1933), « La Confusion de langues entre les adultes et l'enfant », in *Psychanalyse*, tome IV, 125-135
- Fine, A., « la maladie organique et ses remaniements psychique », in Revue française de psychosomatique no 5, (1994), *Maladies somatiques remaniements psychiques*, Paris: PUF.

- Freud, S. et Breuer J., (1895), *Les études sur l'hystérie*, Paris: PUF, 1985, 3<sup>ème</sup> éd.
- Freud, S., (1985), « Esquisse d'une psychologie scientifique », in *Naissance de la psychanalyse*, Paris: PUF, 1956 pour la traduction, 307-396.
- Freud, S., (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris: Gallimard, 1987, 3<sup>ème</sup> éd.
- Freud, S., (1908), *Les cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris: Payot, 1965.
- Freud, S., (1914), Pour introduction le narcissisme, in *La vie sexuelle*, Paris: PUF, 1982, 6<sup>e</sup> éd.
- Freud, S., (1915), « Pulsion et destin des pulsions », in *Métapsychologie*, Paris: Gallimard, Folio-Essais, 1986, 2<sup>e</sup> éd.
- Freud, S., (1915), « Considération actuelle sur la guerre et sur la mort » in *Essais de psychanalyse*.
- Freud, S., (1916-1917), *Introduction à la psychanalyse*, Paris, 1994, 3<sup>e</sup> éd.
- Freud, S., (1920), « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, 1988, 2<sup>e</sup> éd.
- Freud, S., (1923), « Le Moi et le Ça », in *Essais de psychanalyse*, Paris: PUF, 1988, 2<sup>e</sup> éd.
- Freud, S., (1926), « Inhibition, symptôme et angoisse » in *Œuvres complètes* tome XVII.
- Freud, S., (1930), « Malaise dans la civilisation », in *Revue française de psychanalyse* tomeVII no 4 1934 trad frçse.
- Freud, S., (1939), *L'homme moïse et la religion monothéiste*, Paris: Gallimard, 1986.

- Gori, R., « Le corps exproprié », in Ben Soussan, P., (sous la direction de), (2004), *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte*, Ramonville St Agne: Ères, 17.
- Gori R. & Del Volgo M.-J., *La santé totalitaire, Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris: Denoël, 2005.
- Korff-Sausse, S., « Le trauma: de la sidération à la création. » in Marty, F., et al, (2001), *Figures et traitement du traumatisme*, Paris : Dunod, chapitre 9.
- Lacan, J., (1948), « L'agressivité en psychanalyse », in *Écrits I*, Paris: Seuil, 1966.
- Lacan, J., (1949), « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique », in *Écrits*, Paris: Seuil, 1966.
- Lacan, J., (1957-1958), *Les formations de l'inconscient*, Le séminaire Livre V, Paris: Seuil, 1998.
- Lindenmeyer St Martin, G., (janv 1998), *Approche clinique psychanalytique de personnes soumises aux techniques de détections précoces du cancer*, thèse.
- Marty, P., (1980), *L'ordre psychosomatique*, Paris: Payot, 1988.
- Marty, F., « traumatisme, une clinique renouvelée. », in Marty, F., et al, (2001), *Figures et traitement du traumatisme*, Paris : Dunod, introduction.
- Montagu, A., (1971), *La peau et le toucher, un premier langage*, Paris: Seuil, 1979.
- Morel D., (1984), *Cancer et psychanalyse*, Paris: Belfond.
- M'Uzan (De) M., (1976), « Le travail du trépas », in *De l'art à la mort*, Paris: Gallimard, 1997.
- Pedinielli, J.L., (Automne 1990), « Du travail de la maladie », *Sillage*, tome 5.



- Rantet, M-C., (1998), *Jeux de mains, je deviens*, Paris: Le courrier du livre.
- Schilder, P., (1968), *L'image du corps*, Paris: Gallimard.
- Winnicott, D.W., (non daté), « La crainte de l'effondrement » in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, 1989: éd Gallimard

### **Les Dictionnaires :**

- Laplanche, J., Pontalis, J-B., (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris : puf, 2002, 3<sup>ème</sup> éd.
- Chemama, R., Vandermersch, B., (1995), *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris : Larousse, 2003, 3<sup>ème</sup> éd.
- *Larousse médical* (1995, 2001).