

Cet article est paru initialement dans la revue francophone de Psycho-Oncologie de mars 2004, vol.3, numéro 1, pp 50 à 56.
Il est reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteur et des Editions Médicales et Scientifiques SPRINGER-Verlag Fance sarl, 22 rue de Palestro, 75002 Paris, France.
Tél. (+33) 01 53 00 98 67 – Fax (+33) 01 53 00 98 61 – www.springer.com

Psycho-oncologie et travail du psychanalyste.

Par Alain Ferrant *

La rencontre du psychanalyste et d'un patient atteint d'un cancer, lorsqu'elle se déroule dans le cadre protégé du cabinet privé, implique un certain nombre de modifications. Ces transformations affectent quelquefois le dispositif mais surtout les dispositions internes du psychanalyste, sa façon d'entendre et d'accueillir une demande à la fois massive et défensive.

Dans ce court article, j'interrogerai les modifications paradigmatiques impliquées par la rencontre avec ce type de patient. J'aborderai successivement les questions de la temporalité et du dispositif en les illustrant à travers une brève situation clinique.

Le temps coupé et le temps compté

Le travail psychanalytique classique, au sein du dispositif divan/fauteuil ou en face-à-face, implique une temporalité à plusieurs niveaux. Par principe, le psychanalyste et le patient ont du temps devant eux. Le temps des séances s'articule au temps du rêve qui ouvre sur le temps de l'enfance, à partir desquels se dégage l'intemporalité de l'inconscient. En d'autres termes, le temps du travail psychanalytique est un temps pluriel, temps d'aujourd'hui et temps du passé, temps du rêve et temps de l'inconscient (Green, 2000). Historiquement, la prise en charge des difficultés de type névrotique, voie royale du travail psychanalytique, appelait implicitement une certaine conception de l'appareil psychique. Cet appareil était supposé suffisamment fonctionnel, c'est-à-dire organisé suivant les modalités du refoulement et du retour du refoulé. Il autorisait par conséquent l'analyste à adopter une attitude attentiste et bienveillante. La règle de l'association libre « dites tout ce qui vous passe dans la tête et tout ce que vous éprouvez sans chercher à le dissimuler » reposait essentiellement sur cette conception. La parole du patient adressée au psychanalyste rencontrait, à un moment ou à un autre, une charge énigmatique sous la forme d'une idée incidente, d'un saut thématique ou d'un silence, un arrêt brusque du flux associatif.

Cette conception classique, paradigme du processus analytique progressivement construit par Freud, a connu un certain nombre d'ajustements au cours du temps. Plus précisément, la prise en compte des troubles narcissiques identitaires a rendu nécessaire une modification de cette attitude silencieuse et attentiste. Il arrive en effet, dans ce genre de conjoncture, que le retour du refoulé ne se produise pas ou, s'il se produit, ne représente qu'une sorte de leurre. Un autre mécanisme que le refoulement est en effet à l'oeuvre. Le psychanalyste doit désormais compter avec le clivage dont les modes de manifestation sont éloignés du «simple» retour du refoulé (Roussillon, 2001). Cette prise en compte touche, j'y viendrai plus loin, l'attitude analytique elle-même, c'est-à-dire la conception du travail du psychanalyste. D'une position attentiste et assez largement silencieuse, le psychanalyste glisse vers une position plus active et, dans certains cas, se porte au

* Alain Ferrant – Université Lumière-Lyon 2, Psychanalyste (SPP) – e-mail :a.ferrant@wanadoo.fr

plus près du patient. Le développement des dispositifs de type psychodrame psychanalytique pour prendre en charge des pathologies psychotiques ou états limites, rend compte de cette modification (Ferrant, 1998, 2002a). Dans ce type de conjoncture, l'accent porte davantage sur la construction que sur l'interprétation.

Lorsque le psychanalyste rencontre un patient atteint de cancer, le temps dont il dispose n'est pas potentiellement infini. Le rythme du travail est scandé par les soins somatiques, hospitalisations répétitives pour chimiothérapie, radiothérapie, bilans voire chirurgie. Le rythme de croisière du travail psychanalytique est émaillé d'absences qui, chaque fois, imposent une sorte de reprise, de travail à chaud sur ce qui vient de se passer. Il n'est pas possible d'interpréter ces absences, comme on le fait classiquement, au sein d'une dynamique du désir et de proposer au patient de réfléchir à son absence, en termes de réalisation d'un fantasme et/ou d'un passage par l'acte. De plus, le patient subit des investigations ou des traitements douloureux qui blessent le narcissisme. Il peut éprouver une certaine honte dans la mesure où il a dû offrir à l'investigation ou au soin les parties habituellement intimes de son corps (Ferrant, 2002b). Dans ces conditions, la continuité du travail est attaquée par le dehors. On ne peut pas s'installer confortablement dans une temporalité du désir qui se manifesterait par des absences ou des actes manqués affectant la continuité du travail commun. On ne peut pas interpréter ces « actes manqués » comme des formes de retour du refoulé.

A travers cette discontinuité imposée, c'est toute l'organisation des différentes temporalités nécessaires au processus psychanalytique qui se trouve mise en échec. Cette perturbation affecte également le travail du rêve, souvent convoqué pour « traiter » l'angoisse. On se trouve donc privé, par son interprétation, de la « voie royale qui mène à l'inconscient » (Freud, 1900). Plus profondément, le patient ne dispose pas de tout le temps nécessaire. La perspective n'est plus simplement celle d'une amélioration générale de son fonctionnement psychique lui offrant, à terme, la possibilité de changements concrets dans sa vie quotidienne. Le temps est compté. Ses espoirs de vie sont, qu'il le veuille ou non, suspendus à l'évolution, rémission ou rechute, de la maladie. On ne peut plus, dès lors, partager la même illusion d'un temps d'après l'analyse où le retour dans la vie quotidienne, après le travail analytique commun, serait comme une sorte de représentation but. Du coup, l'analyste ne peut pas se permettre d'attendre. Cette perspective met de nombreux psychanalystes dans une sorte de malaise qui les empêche de recevoir des patients atteints d'un cancer. Il est difficile de travailler tranquillement avec une temporalité à la fois coupée et comptée. D'un temps ouvert, potentiellement infini, on passe à une situation marquée par l'urgence et bornée par le risque vital.

Principe de plaisir/déplaisir et principe de souffrance

La modification du paradigme temporel du travail psychanalytique ouvre sur une autre perspective. L'émergence de la maladie vient bouleverser les enjeux habituels du principe de plaisir/déplaisir. Le patient bascule globalement, au moins momentanément, des logiques de vie dans les logiques de survie (Ferrant, 2001). Ce basculement coïncide souvent avec l'annonce de la maladie, que celle-ci ait lieu dans le cadre d'une demande de consultation étayée sur une souffrance préalable ou énoncée au cours d'un examen de routine. Dès ce moment, tous les patients disent à peu près la même chose : la vie bascule. Ce qui pouvait leur apparaître jusque-là fondamental devient accessoire. Ils se replient sur l'essentiel, sur leur essentiel. C'est tout leur système de valeurs qui se trouve bouleversé, quel que soit le pronostic réel. Il arrive que la seule suspicion, non confirmée à l'examen, suffise à modifier profondément le cours d'une existence (Deschamps, 2003).

Jusque-là, en effet, leur vie psychique était globalement régie par le principe de plaisir/déplaisir qui pousse l'être humain à rechercher plutôt la satisfaction en évitant le déplaisir. Ce système connaît des modes de régulations complexes : une perspective de plaisir excessif ou transgressif entraîne le refoulement. Le principe de réalité, par ailleurs, impose des délais, des détours et des transformations dans la réalisation des désirs. L'annonce de la maladie enrayer le fonctionnement de ce dispositif vital en imposant la perspective de la mort.

Dès lors, et pour autant que le patient s'engage dans une série de soins, c'est le principe de souffrance qui prend la place. Ce principe fonctionne de façon binaire: « souffrir » ou « ne pas souffrir ».

La souffrance est plus ou moins implicitement déclarée nécessaire par le monde médical. Il s'agit de supporter la douleur ou le mal-être dans une perspective d'amélioration de la santé ou du confort. C'est une souffrance non seulement inévitable mais, de plus, désignée comme « bonne » à traverser pour les bénéfices ultérieurs qu'on peut en retirer. Mais, quelle que soit la perspective plus ou moins lointaine d'amélioration, le patient ne peut se déclarer sujet désirant cette souffrance. Elle ne lui procure aucun gain de plaisir. Il ne peut pas s'en déclarer l'auteur. Le masochisme, c'est-à-dire la possibilité de transformer la douleur en plaisir est mis hors jeu. Même le masochisme érogène, qui permet de supporter pour un temps l'expérience du déplaisir, est balayé car la souffrance imposée du dehors concerne tous les secteurs de la vie psychique et du corps. Ce n'est pas seulement la survie psychique qui est convoquée mais la survie tout court. Ce n'est pas seulement l'image de soi qui est affectée mais la préservation vitale des zones d'intimité. Bref, la souffrance imposée est effractive, elle ne cesse de faire traumatisme et de convoquer des contre charges considérables qui viennent sidérer les processus de régulation psychique habituels.

Le basculement du patient dans le principe de souffrance recouvre ce qu'on pourrait désigner sous le terme d'économie traumatique. L'économie psychique tout entière est affectée et désormais tournée vers la nécessité de supporter l'insupportable. À cette fin, la psyché dispose d'un certain nombre de mécanismes parmi lesquels une sorte de recours qui évoque l'identification à l'agresseur mais, plus profondément, implique une bascule narcissique. Le patient se comporte en « bon petit soldat » (Ferrant et Bonnet, 2003). Il peut également se cliver en tout ou partie de ce qui lui arrive et adopter un comportement de type opératoire (Ferrant, 2002b). Qu'ils soient provisoires ou plus durables, ces changements signent une transformation du fonctionnement de base de la psyché qui passe d'un régime marqué par le couple plaisir/déplaisir à un autre marqué par la souffrance. On pourrait dire, en simplifiant, que la psyché bascule d'une économie du désir dans une économie du besoin.

Les enjeux du dispositif

Le dispositif analytique classique, marqué par la dissymétrie divan-fauteuil, est-il pour autant inadéquat ? Dans la plupart des cas, la décision n'appartient ni au patient ni à l'analyste: elle est dictée par la mise en oeuvre des soins. Bien souvent, la lourdeur de la prise en charge médicale impose un passage en face-à-face et une modification du rythme. Dans le cas où la maladie surgit en cours de cure et pour autant que la prise en charge médicale ne soit pas trop lourde, il semble que le changement doit davantage porter sur le travail du psychanalyste que sur le dispositif lui-même. Le passage en face-à-face, consécutif à l'annonce d'un cancer, pourrait en effet être entendu comme une disqualification s'ajoutant à la stigmatisation sociale dénoncée par de nombreux patients (Bataille, 2003) : «Vous ne me pensez pas (plus) capable de faire un travail analytique». Par contre, si le dispositif reste le même, il est nécessaire que le psychanalyste change de registre d'écoute et d'intervention. La maladie et son traitement se mêlent désormais à la conversation. Il n'est pas possible d'ignorer les absences et de laisser de côté les blessures engendrées par le soin. Comment supporter utilement le silence d'un patient qui reprend le rythme des séances après sa chimiothérapie ou sa radiothérapie ? Le travail du psychanalyste consiste alors à aller chercher le patient là où il est. Si les coordonnées du dispositif restent les mêmes, son utilisation par l'un et l'autre des protagonistes doit être modifiée. Et cette modification, pour être utile au patient, c'est-à-dire appropriable par lui, ne peut être engagée que par l'analyste.

Loin d'interpréter les absences comme des effets du retour du refoulé, en attendant sereinement que le processus associatif s'en empare, le psychanalyste se montre plus actif. Le soin, particulièrement en radiothérapie, implique un marquage du corps. Son résultat ne peut être apprécié de façon immédiate. Le patient est donc contraint de subir, pendant plusieurs semaines, un certain nombre d'obligations sans savoir si le protocole engagé a une quelconque efficacité. Il n'a, pas plus que le médecin, les moyens de savoir si cette

souffrance supportée est, ou non, utile. Il est impossible de mettre de côté, au sein du travail analytique, les effets d'une telle attente.

Dès lors, la question se pose effectivement de savoir si, d'une place d'analyste, on ne glisse pas insensiblement vers une position de psychothérapeute. Les changements qui affectent la temporalité, le principe de plaisir et le dispositif impliquent l'impossibilité, au yeux de nombreux psychanalystes, de tout travail authentiquement psychanalytique. La question des rapports entre psychanalyse et psychothérapie est trop vaste et complexe pour être abordée dans le cadre limité de cet article. Je remarquerai simplement que l'histoire de la pensée psychanalytique témoigne d'avancées qui chaque fois ont été le résultat de confrontations avec des situations réputées a priori peu ou pas analysables.

Les effets et la cause

Une des difficultés de l'approche psychanalytique des patients atteints d'un cancer consiste à ne pas réduire la multifactorialité causale en jeu dans l'origine de la maladie à une seule dimension. Un certain nombre de points de vue, chaque fois étayés sur une ou plusieurs situations cliniques spécifiques, laissent entendre qu'il y aurait une sorte de causalité plus ou moins directe entre stress, deuil et cancer. Il ne s'agit pas ici de discuter la pertinence de cette conception mais plutôt d'en dénoncer les effets pervers.

Il est en effet probable, sinon certain, qu'une telle option enferme le thérapeute et son patient au sein d'une conviction commune et, en dernière instance, d'un déni à deux. Car si on « trouve » la source, alors toute la psyché est prise dans une sorte de logique implacable qui ferme toute possibilité à la surprise. Tout est pensé à partir d'une situation désignée comme causale et le travail devient une sorte de confirmation de l'hypothèse initiale. Il est certain, par ailleurs, qu'on peut toujours trouver des causes psychiques mais rien ne nous autorise à les penser plus déterminantes que d'autres. On est constamment en risque de sombrer dans une sorte d'explication après coup qui réorganise l'histoire suivant un but unique et dans ce cas, n'importe quel enchaînement causal passe pour déterminant.

Il semble beaucoup plus heuristique de laisser la théorie des causes en suspens, d'en considérer la pertinence comme non interprétable. Cette mise en suspens de la cause, du côté du thérapeute, autorise le patient à chercher, lui, des enchaînements. Du coup, ces enchaînements associatifs apparaissent pour ce qu'ils sont : des modalités de pensée, des tentatives d'appropriation subjective de l'état de maladie.

En effet, le traumatisme lié à l'état de maladie implique obligatoirement un travail de subjectivation. Ce processus est cependant complexe car on risque à chaque instant d'enfermer le patient dans une double contrainte: « Vous n'y êtes pour rien, les statistiques le prouvent » et/ou « Vous y êtes pour quelque chose, l'expérience le montre ». Affirmer a priori l'innocence du patient dans son état de maladie renforce l'impact traumatique car le sujet humain, pour s'approprier ce qu'il vit, doit s'en déclarer en partie l'auteur (Ciccone et Ferrant, 2004). D'un autre côté, affirmer avec autant de force qu'il est affectivement engagé dans le déclenchement de sa maladie l'enferme dans une théorie causale qui l'amène à passer en revue, de façon parfois opératoire, donc non affectivement engagée, tout ce qui a pu lui arriver.

L'état de maladie est, fondamentalement, un attracteur. La situation d'impuissance, le risque vital (réel ou non) qui lui est affecté, forment une sorte de tropisme qui actualise nombre de situations infantiles marquées par l'état de détresse. Ce que la psyché n'avait pas pu symboliser jusque là, qui était resté en marge du fonctionnement représentatif, est convoqué par l'état de maladie. Ces situations sont réveillées par la situation traumatique actuelle et « traitées » par la mise en oeuvre du principe de souffrance. Elles sont autant de tentatives pour se représenter et s'approprier ce qui se passe. Les interpréter comme causales c'est donc commettre une erreur de perspective. Elles sont directement impliquées par la tentative de la psyché de se signifier à elle-même ce qui se passe, d'en construire l'histoire et la trame.

Dès lors, l'état de maladie peut être parfois l'occasion d'une profonde réorganisation psychique et partant, de la vie du sujet. La clinique montre assez fréquemment combien un certain nombre de patients, à la suite d'un cancer, changent de nombreux paramètres de leur existence. A condition de suspendre la théorie des causes et de la considérer comme non pertinente, on peut ouvrir un suffisant espace de jeu créatif au sein duquel une profonde transformation psychique peut être amorcée. Cette transformation peut épouser ou non le processus d'un travail analytique. Elle peut également être engagée au sein d'associations de patients qui se regroupent autour de thématiques spécifiques (Bataille, 2003).

Le lymphome de l'homme sans qualités

Michel a 45 ans et vient demander une analyse en raison des multiples conflits qui émaillent sa vie de couple depuis de nombreuses années. Il n'a aucune relation sexuelle avec sa femme depuis plus de cinq ans. Il fréquente assidûment les sites Internet « spécialisés » et achète des revues pornographiques. Sa sexualité se résume à la masturbation. C'est un homme fréquemment amené à s'exprimer publiquement et il redoute par dessus tout d'être découvert.

Son père est mort d'un cancer des os lorsqu'il avait 9 ans et sa mère ne s'est jamais remariée. Elle l'a élevé seule dans l'idéalisation d'un père qui occupait, lui aussi, d'importantes fonctions sociales. Il se plaint également de conduites obsessionnelles, de rituels qui, dit-il, lui « empoisonnent la vie » mais dont il ne peut pas se détacher. Il ne présente cependant pas la rigidité de pensée et l'intellectualisation classique des situations de névrose obsessionnelle. De nombreux traits, comme la labilité émotionnelle, évoquent des aspects plutôt hystériques. Toutefois, les pratiques sexuelles compulsives témoignent d'un fonctionnement enkysté de certains secteurs de son activité psychique. Sa plainte essentielle est qu'il ne se sent pas vraiment un homme. Son activité professionnelle l'oblige pourtant à traiter de nombreux conflits mais il a chaque fois le sentiment de ne pas être à la hauteur. Cette déclaration contraste avec le haut niveau de responsabilités qui est le sien.

Au cours des premiers mois d'analyse, la situation familiale se détériore. Le couple se sépare et s'occupe des enfants en garde alternée. Le travail analytique est tout entier pris dans l'expression de la plainte, de la douleur, de la rage aussi. Michel a des envies de meurtre. Il se révolte contre l'injustice qui le frappe car c'est précisément au moment où il engage un travail personnel pour aller mieux que sa femme le « plaque ». Il ne dort guère la nuit, passant une bonne partie de son temps devant son ordinateur. Ses masturbations sont de plus en plus fréquentes, 6 ou 7 fois par jour. Il les évoque avec honte, se déclarant indigne d'être père, indigne d'être homme. Il redoute par dessus tout que quelqu'un, dans son entourage professionnel, découvre son ignominie et son échec profond. Il « donne le change » en public mais se sent de plus en plus menacé. Il me fait part d'idées suicidaires.

En même temps, les éléments transférentiels se rassemblent autour de la figure de l'analyste « qui s'en fiche et qui doit se payer du bon temps ». Il n'est qu'un client de plus et se demande si je ne fais pas partie d'une secte organisée. Il ne manque pourtant jamais une séance. Il imagine que je dispose de solutions miracles que je refuse de partager avec lui. L'analyste « doit bien savoir comment faire... ». Sa femme a fait une analyse : « Et voilà le résultat, elle se barre avec un autre ».

La fatigue est de plus en plus intense. Il la met sur le compte de la séparation, des bouleversements qu'il est en train de subir, de toutes les démarches qu'il doit engager à cause de la procédure de divorce. De mon côté, je ne suis pas particulièrement inquiet. J'entends sa fatigue à travers le filtre de la plainte narcissique et la rattache à ce qui émerge de l'enfance, le « fardeau » qu'a dû porter le petit enfant devant la mère endeuillée. Les affects dépressifs n'ont pas de tonalité inquiétante. La pulsion est bien présente, à travers les fantasmes sadiques et les activités sexuelles en quête d'objet.

Un matin il téléphone, à l'heure de sa séance. Quelques jours plus tôt, lors d'une visite médicale à l'hôpital, on lui a diagnostiqué un lymphome. Il doit commencer une chimiothérapie en urgence. Il ignore sa durée et son efficacité. « Je vous tiens au courant. J'essayerai de revenir le plus vite possible. Gardez ma place » me dit-il. Pris de court, et complètement abasourdi, je réponds que je reste à sa disposition. Cet appel téléphonique me laisse dans un état de malaise avec le sentiment d'être passé « à côté » de quelque chose. J'essaye, bien sûr, de retrouver dans ses associations, voire dans les quelques rêves qu'il a relatés, des traces évoquant une telle décompensation somatique, mais je ne trouve rien. Je suis contraint à l'attente.

Après une courte période d'hospitalisation, il commence une chimiothérapie à raison d'une séance tous les quinze jours. Il doit ralentir considérablement son activité professionnelle et s'efforce de « placer » les chimiothérapies à des moments qui permettent la poursuite du travail analytique. En réalité, un certain nombre de séances devront être annulées du fait des reports de la chimiothérapie, de sa fatigue et des aléas de son évolution. Un certain nombre d'hospitalisations liées à des bilans vont scander l'année et demie au cours de laquelle il va suivre un traitement. Au bout du compte, les soins aboutiront à une rémission qui tient encore, quatre ans après la maladie.

Cette irruption de la maladie vient bousculer le processus engagé et place l'analyste en position difficile. Comment appliquer la règle ? Doit-il faire payer les séances manquées ? Même si le patient demande que sa place soit conservée l'analyste peut-il, pour autant, demander le règlement des honoraires ? Il n'y a bien entendu pas de réponse absolue, pas de règle applicable quelles que soient les circonstances. Je noterai par contre que cette situation inconfortable, du côté de l'analyste, fait directement écho, de façon amortie, à ce que vit le patient. L'irruption de la maladie bouscule chez l'un et chez l'autre l'agencement du quotidien. Certes, la vie de l'analyste n'est pas en danger et il n'y a aucune commune mesure entre les désagréments imposés à sa pratique et ce dans quoi le patient va devoir s'engager. Néanmoins c'est à partir de cet écho, de cette convocation à deux opérée par le cancer que le travail peut continuer. La maladie vient frapper un couple en travail et c'est ce couple qui peut mobiliser les capacités auto-transformatrices suffisantes pour poursuivre le processus engagé. L'analyste y perd sans doute un peu de sa neutralité mais la dissymétrie essentielle au travail psychanalytique reste fonctionnelle. Quoi qu'il en soit, une telle situation oblige l'analyste à inventer des modalités ou des formes d'intervention relativement nouvelles pour lui. De ce point de vue, une telle conjoncture relève de ce qu'on désigne comme « situation limite de l'analyse » (Roussillon, 1991).

Pendant toute la durée du traitement chimiothérapeutique, le travail psychanalytique avec Michel s'est poursuivi avec des interruptions mais, dans l'ensemble, dans une forme de continuité. Je me suis posé un temps la question de savoir si je proposais un travail en face-à-face, pour des raisons « pratiques ». Je me demandais si ce ne serait pas plus confortable pour lui en raison des examens qu'il subissait, tout en conservant, autant qu'il était possible, le rythme des trois séances hebdomadaires. Michel n'a rien demandé et je n'ai donc rien modifié. Par contre, un certain nombre de paramètres, au sein de mon écoute, se sont transformés.

Il m'était difficile, en effet, d'écouter Michel comme un patient ordinaire : le cancer se mêlait à la conversation. Michel connaissait sa maladie, ses risques et son évolution. Il était informé de la nature des traitements, en particulier de ce qu'est une chimiothérapie, de ses modes d'actions et de ses effets secondaires. Il revenait souvent sur l'idée qu'il n'avait ressenti son cancer qu'à travers la fatigue. Il n'y avait aucune douleur particulière. Par contre, dès qu'il avait commencé le traitement, il était tombé vraiment malade. Fatigué, nauséux, il craignait le moindre rhume et redoublait de précaution.

Il y a une grande différence entre un fantasme de mort, une fantaisie suicidaire par exemple dans laquelle le patient imagine les réactions de son entourage à sa disparition et la menace effective de la mort consécutive à la maladie. L'écoute analytique est alors bornée par un double danger : celui de n'entendre que la fantaisie et de traiter l'ensemble comme un pur fantasme et celui, inverse, de rester bloqué sur la réalité de la menace, sans lui reconnaître la moindre part fantasmatique et potentiellement associative. C'est un grand écart qui se rapproche de celui, classique, qu'on rencontre nécessairement dans les situations traumatiques. C'est la

célèbre phrase de Monsieur de La Palisse qui m'a permis de tenir le grand écart : « Un quart d'heure avant la mort, on est toujours vivant ». Donc, potentiellement analysable...

Très rapidement, l'image du père mort d'un cancer a occupé le cœur des séances. Michel s'est demandé longtemps quelle hérédité l'avait frappé mais en même temps, il avait le sentiment de s'en « tirer » mieux que le père. Il enrageait également contre sa femme qui n'avait « pas bougé le petit doigt ». Il lui souhaitait un bon cancer à son tour pour « qu'elle voit ce que ça fait ». Mais il avait découvert une sorte de fraternité nouvelle avec d'autres patients et un cercle d'amis qui s'était considérablement resserré autour de lui.

Au fil du temps est apparue une théorie causale. Il avait « attrapé » un cancer « à cause » de son père. Le décès prématuré du père l'avait traumatisé et sa lecture de F. Zorn * le confortait dans cette idée. Le cancer devenait un lien entre son père et lui, un lien pathologique certes mais un lien tangible passant par le corps. Il avait peu de souvenirs de ce père, une vague image de lui, se traînant d'une pièce à l'autre de l'appartement avec sa canne, à la fin de sa vie. Il se rendait surtout compte que sa mère ne lui avait transmis qu'une image idéale, désincarnée. Le cancer devenait une façon de toucher le père, d'être homme avec lui et comme lui. En même temps, la haine éprouvée contre sa femme s'est un peu affaiblie. Il se demandait si ce n'était pas le signe que sa fin était proche, qu'il se démobilisait et se « foutait de tout ». Il a considéré sa vie de couple sous l'angle d'un cancer affectif qui l'avait rongé au fil des années. Il a commencé à faire le bilan de ce couple, regrettant d'avoir été pétri de principes qui avaient empoisonné la vie commune et sa vie tout court. Il s'est alors lancé dans le procès de sa mère, découvrant qu'il avait construit sa vie sur le modèle « admirable » de cette femme endeuillée.

De mon côté, j'étais frappé par la cohérence de sa théorie causale. D'un certain point de vue, la maladie s'inscrivait dans une certaine logique ; elle se donnait comme point d'aboutissement d'un processus engagé dès l'enfance. Mais j'étais en même temps intrigué par les transformations de son économie psychique, par les remaniements représentatifs qui s'engageaient à la suite des attaques visant tel ou tel membre de sa famille. Je l'accompagnais tout en préservant une part à l'inconnu, sans jamais adhérer complètement à ses convictions. Au cours de cette période qui a duré plus d'un an j'ai bien souvent pensé qu'il allait mourir et que se poserait un jour le problème de son hospitalisation pour la fin de vie. Irais-je ou pas lui rendre visite ? Mais ces pensées, au-delà de leur pertinence actuelle, renvoyaient aussi à l'histoire de son père. Le père était mort à l'hôpital et Michel n'avait aucun souvenir de l'enterrement sauf une image, dont il ne savait pas si elle était contemporaine de la cérémonie : assis sur son lit, il hésitait entre deux paires de chaussures.

Lorsque le traitement s'est un peu allégé et que le risque vital a été moins pesant, Michel s'est demandé si sa sexualité « marchait » toujours. Il s'est alors progressivement engagé dans une véritable addiction aux prostituées. Dès qu'il se sentait moins fatigué, il prenait sa voiture et faisait le tour des prostituées de la ville. Cet épisode hypomaniaque s'est prolongé durant quelques mois (me faisant craindre, au passage, qu'il « passe » du cancer au Sida...) puis il s'est engagé dans des tentatives multiples auprès de jeunes femmes rencontrées au hasard du quotidien. Les caissières du supermarché, une apprentie coiffeuse, de jeunes collègues de travail. Ses tentatives de séduction l'amenaient à stationner en voiture sur les parkings ou sous les fenêtres de « l'élue » jusque tard dans la nuit (je me demandais s'il n'allait pas se faire arrêter pour harcèlement sexuel). A côté de ces conduites « adolescentes », il organisait sa vie. Le divorce prononcé, il s'occupait de ses enfants et aménageait son appartement de façon nouvelle. Son activité professionnelle avait moins d'intérêt à ses yeux. Elle avait été un lien avec son père et il avait le sentiment de s'y être épuisé en voulant égaler une image idéale. Il s'est alors engagé dans un bilan de compétences et a changé radicalement de secteur d'activité.

Au cours de la période de traitement intensif de son lymphome, j'ai dû adapter le dispositif, modifier les horaires et me soumettre, comme lui, aux reports des séances de chimiothérapie. J'avais le sentiment que nous constituions une équipe qui traversait une épreuve de façon solidaire. Lorsqu'il reprenait sa place sur le divan, après une séance à l'hôpital, je ne laissais pas passer trop de temps lorsqu'il s'enfermait dans le

* F. Zorn, Mars, Paris, Gallimard, 1977.

silence. Je lui demandais comment cela s'était passé. Il me faisait vivre la salle d'attente, les conversations avec les autres patients en attente comme lui de chimiothérapie. Il parlait des malades plus gravement atteints que lui, de la révolte et du dégoût qu'il éprouvait parfois, de ses colères rageuses contre le personnel soignant, tantôt décrit comme impeccable de dévouement, tantôt assimilé à une sorte de « gang » tyrannique. Les éprouvés corporels étaient au centre de nos séances. Ses nausées, sa fatigue, le temps qu'il mettait désormais pour accomplir tel petit geste quotidien occupaient souvent la totalité du temps. Le principe de souffrance organisait sa vie, limitant ses associations au strict minimum.

Au cours de cette période, le travail authentiquement psychanalytique était suspendu. J'ignorais s'il pourrait réellement se réengager, mais j'en faisais malgré tout le pari à long terme, bien que cette position « de principe » fût assez souvent mise en doute au décours du quotidien par la tonalité franchement opératoire de nombreuses séances. Du point de vue de la dynamique transféro-contretransférentielle, j'avais le sentiment d'un processus à éclipses. Il me plaçait tantôt comme un interlocuteur anonyme, me racontant les événements de sa maladie de façon terne, tantôt comme un « bien portant » indifférent. De mon côté, l'enjeu était de maintenir une disponibilité suffisante doublée d'un état d'alerte permanent. J'étais d'une certaine façon à l'affût des éléments susceptibles de rendre compte d'un mouvement de réanimation psychique. Lorsque les choses se sont améliorées j'occupais plus franchement la place de ses parents et je m'étonnais de le voir lui-même interpréter, avec humour, l'épisode des chaussures associées à l'enterrement de son père. Cette hésitation infantile le ramenait à l'idée de « prendre son pied », comme il le faisait avec les prostituées, puis de « botter le cul de tout le monde ». Il découvrait qu'il avait toujours hésité à marcher « debout » et ne s'était jamais senti « à l'aise dans ses pompes ». Je pouvais alors lui suggérer que ses attitudes de provocations sexuelles qu'il me racontait à longueur de séances, visaient son père à travers moi: il pouvait vivre sans me (et « le ») faire disparaître.

Le principe d'incertitude

Pour conclure, je reprendrai brièvement la question du « sens » de la maladie à partir de l'histoire de Michel. Cette situation clinique peut apparaître en contradiction avec le principe d'incertitude précédemment évoqué. Le lymphome semble en effet s'inscrire dans une certaine « logique » alors que je suis plutôt engagé dans l'optique d'une suspension nécessaire de la causalité.

Grinberg (1983) avance l'hypothèse que la maladie psychosomatique exprime une tendance autodestructrice liée à la culpabilité persécutrice, le conflit entre le moi et le surmoi s'exprimant désormais au niveau du corps malade. Pour lui, il s'agit d'une identification, soutenue par la culpabilité, au mal dont souffrait un être cher. On peut effectivement interpréter la maladie de Michel dans cette perspective. Le couple fonctionnait sur un mode sadomasochiste, sa femme jouant le rôle de persécuteur extérieur nécessaire à l'expression de la culpabilité persécutrice issue des fantasmes infantiles et agressifs dirigés contre le père. Michel était également enfermé dans un double mécanisme d'idéalisation portant à la fois sur le père et la mère à l'abri duquel la haine restait intacte et potentiellement destructrice. La rupture d'équilibre consécutive à la séparation imposait un réaménagement psychique et engageait un processus de deuil réactivant la perte du père. Le lymphome pouvait alors être interprété comme identification au père et punition contre les fantasmes meurtrières infantiles, « solution » somatique venant lier au niveau du corps le déferlement anarchique de ce qui était jusque la « tenu » dans et par le lien à sa femme. C'est aussi à partir du moment où le risque vital et les soins ont été moins pesants qu'il s'est engagé dans une série de conduites « adolescentes » en opposition radicale avec les principes qui avaient jusque-là régi son existence.

Toutefois, si on ne peut pas nier l'impact traumatique de la perte du père survenue au cours de l'enfance et le gel de toute une série de processus psychiques qu'elle a induit, on ne peut pas non plus fonder toute l'histoire de Michel sur ce seul événement. Plus précisément, associer apparition du lymphome et identification persécutrice est réducteur du seul point de vue du psychanalyste. Elle est par contre nécessaire au patient comme « moment » de son trajet, comme « étape » du processus. Au-delà, ce n'est pas seulement un père

«en soi» qui est mort, c'est un homme avec des qualités d'organisations psychiques spécifiques qui ont modelé le processus de développement du bébé. Ce n'est pas non plus une mère « seulement » endeuillée qui s'est occupée de la petite enfance de Michel. Quant au lymphome, il n'avait rien d'un fantasme et a réellement mis la vie du patient en danger même si, après coup, on peut considérer que le pronostic était plutôt favorable. Cette conjoncture de menace effective ne peut pas être écartée dans les constructions interprétatives forgées par Michel au cours de son travail psychanalytique.

C'est dans cette perspective que le principe d'incertitude me paraît devoir organiser l'écoute du psychanalyste et le garder d'une conviction causaliste partagée trop facilement avec le patient. Les convictions du psychanalyste ne peuvent concerner que le cadre et le dispositif, c'est-à-dire les outils méthodologiques proposés. La « création » du sens est certes le produit du travail commun mais le rôle du psychanalyste est avant tout de maintenir ouvertes toutes les potentialités interprétatives. Le patient continue de « trouver-crée » le ou les sens de son histoire, de son trajet spécifique, bien longtemps après qu'il a mis un terme au travail psychanalytique commun. C'est cette potentialité de création de soi, laissant ouvertes toutes les formes d'interprétations non encore advenues de la maladie, qui doit guider l'écoute et le travail du psychanalyste. Il accompagne le patient dans l'invention du sens de sa vie sans jamais l'enfermer dans une théorie causale réductrice et aliénante.

Références

- Bataille P (2003) Un cancer et la vie. Balland, Paris
- Ciccone A, Ferrant A (2004) Réalité traumatique et travail de la honte. In: Chouvier B. (ed) La réalité et ses récits. Dunod, Paris
- Deschamps D (2003) Survivre, revivre... Comme avant ? ou raviver une vie au souffle du désir, au fil de la nécessité ? Revue francophone de psycho-oncologie 2: 75-80
- Ferrant A (1998) Le psychodrame psychanalytique, du destin à l'histoire. In: Vermorel H (ed) Psychanalyse et psychose : nouveaux modèles. In press, Paris
- Ferrant A (2001) Pulsions et liens d'emprise. Dunod, Paris
- Ferrant A (2002a) Jalons pour une dynamique de la médiation. Psychiatrie française, XXXIII, 02
- Ferrant A (2002b) Le cancer et la honte. Oncologie 4
- Ferrant A, Bonnet V (2003) Blessure narcissique et idéal du moi : la figure du « vaillant petit soldat » en psycho-oncologie, Revue francophone de psycho-oncologie 2: 81-7
- Freud S (1900) L'interprétation des rêves. PUF, Paris, 1967
- Green A (2000) Le temps éclaté. Éditions de Minuit, Paris
- Grinberg L (1983) Culpabilité et dépression. Les Belles Lettres, Paris, 1992
- Roussillon R (1991) Paradoxes et situations limites de l'analyse. PUF, Paris
- Roussillon R (2001) Le plaisir et la répétition. Dunod, Paris