

## ÉDITORIAL

# La guérison psychique du cancer ou le retour à l'harmonie du « moi »



Sylvie Pucheu

*Le retentissement psychosocial du cancer peut être évalué et compris de différentes façons. De nombreuses études ont décrit la qualité de vie des patients ou les difficultés d'ordre physique, psychologique ou psychiatrique que ces derniers peuvent rencontrer après traitements pour cancer.*

*De même, a été étudié l'impact de facteurs dits « externes » sur la réhabilitation des patients, comme le poids que représente le handicap « objectif » lié aux séquelles des traitements mais aussi la qualité du soutien social ou la possibilité d'une réinsertion socioprofessionnelle, etc. (Holland, 1989 ; Razavi, 1998).*

*En parlant de guérison « psychique », le retentissement du cancer est abordé dans sa dimension intrapsychique, qu'elle soit commune à tous les patients ou singulière, c'est-à-dire mettant en lumière la subjectivité inhérente à tout vécu de cancer.*

*Interrogeons-nous ici sur les mécanismes à l'œuvre dans le processus de guérison psychique du cancer.*

*Dans la vie de tous les jours, sans nous en rendre compte le plus souvent, nous nous adaptons sans cesse à la nouveauté des événements et situations que nous vivons, que leur tonalité affective soit positive ou négative. Notre identité est ainsi maintenue en préservant un équilibre psychique qui repose sur la continuité d'être.*

*L'annonce d'un diagnostic de cancer, qu'il soit curable ou incurable, quelles qu'en soient les séquelles à court, moyen ou long terme, constitue un bouleversement radical de l'image de soi. Le cancer ne laisse jamais indemne. Les capacités psychiques habituelles de tout individu sont généralement débordées, au moins dans le décours de l'annonce du diagnostic : situation de crise nécessitant un réaménagement psychique (plus ou moins conscient de la part de l'individu) pour rétablir cette continuité perdue.*

*C'est le processus d'adaptation (modèle cognitiviste) ou de guérison « psychique » (modèle psychanalytique). La question de la guérison psychique prend toute son importance au moment de la fin des traitements, moment aboutissant à un état de non-maladie que les médecins nomment « rémission complète ». Cette rémission a plus ou moins de chances de se prolonger en fonction de la gravité du cancer, de son stade et de données inconnues qui sont d'ordre individuel. À sévérité égale, certains patients rechuteront alors que d'autres guériront.*

*Aucun critère médical n'existe à ce jour pour dire quels patients peuvent être garantis d'une absence définitive de cellules cancéreuses.*

*L'incertitude est donc la première entrave possible au processus de guérison psychique.*

*En outre, la disparition totale du cancer est souvent synonyme d'une perte de l'intégrité physique touchant notamment des organes à haute valeur symbolique, qu'il s'agisse de l'amputation d'organes sexuels ou d'organes de relation. Le patient est « guéri » mais mutilé, l'image du corps peut être profondément altérée.*

*Cette perte réelle et/ou symbolique est la deuxième entrave possible au processus de guérison « psychique ». Force est de constater la disparité des individus dans ce processus que l'on situe dans un continuum oscillant entre deux extrêmes.*

---

Sylvie Pucheu (✉)

Psychologue clinicienne

Hôpital Européen Georges-Pompidou, Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison,

20, rue Leblanc, F-75908 Paris Cedex 15, France

Équipe d'accueil « Corps lien, culture » Laboratoire de Psychopathologie des Atteintes Somatiques et Identitaires, LASI, Paris X, F-92001 Nanterre, France.

D'un côté, la guérison « psychique » semble immédiate et tout se passe comme si le traumatisme de cancer s'effaçait rapidement. Le patient a pris en charge sa maladie, ses traitements, a ressenti leur fin comme un soulagement et reprend le cours de sa vie « comme si de rien n'était ». La maladie est intégrée comme une donnée faisant partie d'un passé révolu. Aucune souffrance psychique n'est exprimée.

De l'autre, « l'impossible guérison », la rencontre avec le cancer a laissé des séquelles irréversibles ; la souffrance psychique est à son comble et le cancer apparaît comme « dévastateur ».

Néanmoins, pour tous, le vécu du cancer laisse un sentiment de vulnérabilité se traduisant par une peur de la rechute toujours présente, même après plusieurs années de rémission/guérison (Holland, 1989).

Le mot « guérison » vient à l'origine d'un vocabulaire guerrier qui signifiait « défense, protection, garantie ». Puis il s'est employé au sens figuré comme un « soulagement d'un mal moral, de quelque chose de pénible » (A. Rey, Dictionnaire historique de la langue française. Le Robert).

La difficulté psychique rencontrée par le patient ayant été traité pour cancer est de ne pouvoir trouver de protection, de garantie, de défense contre un mal venu de l'intérieur et qui peut à tout moment ressurgir, sans que l'individu ne puisse en rien maîtriser son évolution (contrairement aux maladies dites « chroniques » où le patient peut exercer un contrôle au moins partiel sur sa maladie). Le pare-excitation interne est pour longtemps fragilisé.

Ainsi, guérir « psychologiquement » du cancer, c'est pouvoir retrouver la liberté de faire des projets, synonymes de vie, c'est redevenir soi-même ou plus exactement « autrement le même » (Bensaïd, 1978) en dépit des séquelles laissées par le cancer. Les cancers sont multiples, leurs traitements aussi, les individus sont très divers tant sur le plan socioculturel que de leur personnalité ou de leurs caractéristiques sociales en général. Au-delà de ce qui est commun à tous les patients, la guérison « psychique » du cancer dépend de la manière dont chacun va intégrer le traumatisme subi, faisant écho ou non, à des traumatismes antérieurs. Quelle sera la capacité de l'individu de faire le deuil d'une certaine image de soi, laquelle devra composer avec les pertes réelles et/ou symboliques, mais aussi l'incertitude – comme nous l'avons souligné plus haut.

Le sentiment de guérison est bien le résultat d'un processus intrapsychique.

Nous avons vu que le vécu d'un cancer constitue un traumatisme psychique, c'est-à-dire « un événement de la vie du sujet se définissant par son intensité et l'incapacité où se trouve celui-ci d'y répondre adéquatement ». Mais dans le cas du cancer, ce traumatisme n'a pas pour tous les patients, des « effets pathogènes durables dans leur organisation psychique » (Laplanche & Pontalis, Vocabulaire de la psychanalyse).

Ce qui constitue un effet traumatique commun est la rencontre avec l'angoisse de mort.

Nous nous sentons proches de C. David (1996) qui se sent insatisfait de la seule thèse de l'irreprésentabilité de la mort telle que Freud l'envisage. Pour lui, puisque nous n'avons aucune représentation de la mort en tant que telle, nous revivons dans l'angoisse de mort, l'angoisse de séparation/castration, la seule rencontrée dans notre développement, et dit-il : « Notre inconscient se conduit comme s'il était immortel ». La destruction de la vie est impensable « parce que jamais expérience semblable à la mort n'a été pour aucun homme, déjà vécue » (Freud, 1926). Pour C. David, il semble au contraire que la mort est pensable et c'est même la seule certitude que nous ayons.

Notre hypothèse est la suivante : pour M. Serres cité par C. David (1993) « l'acte de vivre comprend tout au long (de la vie) l'agonie du mourir », c'est-à-dire « un combat permanent ». Mais Freud l'a explicité à sa manière : « Nous soutenons volontiers que la mort est la fin nécessaire de la vie. Cependant nous avons l'habitude de nous comporter comme s'il en était autrement. Nous manifestons une nette tendance à mettre de côté la mort, à l'éliminer de notre vie ». (Freud, 1979). L'angoisse, au moment de la révélation du diagnostic, ne vient-elle pas ici du fait de cette brusque effraction de nos défenses habituelles d'être humain : ce que nous cherchons constamment à mettre de côté nous revient en force.

Pour vivre, il nous est nécessaire de mettre de côté cette certitude de la mort inscrite en nous, au sens où l'être humain est le seul être vivant à « savoir » qu'il va mourir. M. de M'Uzan nous en propose une interprétation : « L'appareil psychique le plus sain, c'est-à-dire celui qui gouverne un être totalement convaincu de sa finitude irrémédiable, dépend donc d'un mécanisme dit « psychotique », d'un clivage quasi existentiel opéré au sein même de son Moi (...) le moi du Moi ».

Pour cet auteur, il y aurait dans l'esprit de l'être humain deux orientations clivées. L'une qui sait qu'elle va mourir, l'autre qui est dans le déni de cette même certitude grâce à la pénétration de l'inconscient (qui lui, ne connaît pas la mort). Le destin de la première orientation est d'engager stoïquement un « deuil de soi-même » (David, 1996) qui se poursuit dans un travail constant tout au long de la vie ; le destin de la deuxième orientation est de mener aussi loin que possible l'autoconservation de l'être. Vivre psychologiquement, c'est continuer de se construire jusqu'à l'extrême limite.

Si nous revenons au cancer, dès que le mot est prononcé, sa représentation, encore synonyme de mort annoncée dans un premier temps, provoque un véritable séisme, une décharge d'excitations violentes : affects négatifs de séparation/castra-

tion (Freud), mais surtout, nous semble-t-il, d'anéantissement (M. Klein), d'effondrement (D. Winnicott) catastrophique (W. Bion).

Pour rétablir l'harmonie perdue, le moi doit canaliser cette décharge, ce trop plein d'angoisse dans un mouvement conscient et inconscient. Les processus de pensée sont sidérés, mais peu à peu, une activité de représentation se met en œuvre : donner du sens au non-sens de la maladie et de la mort. Cette activité de « liaison » est très variable selon les individus. Elle peut se décrire à partir de ce qu'on appelle les théories causales de la maladie (« Pourquoi moi et comment ? »). Celles-ci vont de l'absence de cause recherchée ou même imaginée, en passant par les causes les plus externes (pollution, malchance, alimentation, entourage « nocif », etc.) aux causes les plus internes (« Je me suis fabriqué (e) ce cancer », ou encore « avec tout ce que j'ai vécu, ce doit être cela qui m'a rendu(e) malade »).

Ces théories ont sans doute un lien avec le fonctionnement psychique habituel du sujet. Elles ont une fonction dans le processus de guérison psychique mais n'y suffisent pas.

Nous constatons que pour un grand nombre de patients, la guérison psychique du cancer n'a pas pour corollaire une « élaboration psychique » telle qu'elle est nécessaire lorsque le sujet souhaite se libérer d'un mal-être existentiel ou d'une pathologie mentale. L'important est « d'oublier » ce qui a été vécu comme traumatique, de reprendre le cours de son existence, comme si le cancer n'avait pas eu lieu. C'est une forme de « guérison psychique » puisqu'elle permet à ces sujets une reprise de leur vie sans qu'une souffrance psychique ne semble y faire obstacle.

Pour ces patients, il semble qu'un équilibre s'est rétabli sur les bases de ce « clivage » explicité par M. de M'Uzan, mais que Freud avait considéré à la fin de sa vie (Freud, 1938) comme un processus de défense définissant l'être humain sexué au même titre que le refoulement. Le clivage par lequel, le moi se dissocie partiellement de sa fonction cognitive, perceptivo (vis-à-vis de la représentation de la mort, par exemple.) reste dans ce sens une défense « normale » au service du plaisir et de la vie. La menace est détournée « en tenant pour rien » la perception du réel (cancer = mort).

Si l'angoisse de mort est peut-être déniée au moment du diagnostic, où l'impact traumatique est majeur, il nous semble qu'une fois les traitements terminés, peu à peu ce mécanisme du déni est relayé par la « répression émotionnelle » qui vient soutenir le mécanisme du clivage. Cette défense consciente/pré-consciente agit essentiellement au niveau des affects.

Néanmoins, la question qui se pose est de savoir à quel prix se fait cette répression de l'angoisse de mort et celle liée aux pertes subies ? Le fonctionnement psychique reste-t-il fluide, c'est-à-dire capable de gérer efficacement l'ensemble de la vie émotionnelle et affective, ou l'équilibre du moi est-il retrouvé au détriment des potentialités psychiques plus globales de l'individu ?

Il s'agit sans doute d'une question de degré, cette fameuse continuité entre le normal et le pathologique à laquelle Freud était très attaché. La guérison psychique du cancer dans ce contexte, doit émaner d'une « répression bien tempérée », permettant une sauvegarde de l'identité et un moyen de survie tout en laissant à l'activité psychique sa plus grande liberté (Parat citée par Deburge).

La guérison psychique du cancer serait l'équivalent d'une répression efficace opérant au niveau du moi, visant l'effacement des affects, fauteurs de troubles (angoisse de mort, dépression liée à la perte) tout en maintenant la représentation (du cancer) à laquelle le sujet devient alors indifférent. Cette représentation ne semble alors plus affecter le comportement, ni le discours du sujet. Elle n'est pas déniée, c'est-à-dire exclue du champ de sa conscience, car elle est toujours prête à réapparaître (sentiment de vulnérabilité persistant, cité plus haut).

Néanmoins, pensées et émotions peuvent continuer à fonctionner dans tous les registres de la vie et l'harmonie du moi est retrouvée.

À l'occasion du cancer, d'autres patients vont, redéfinir de nouvelles valeurs. Il s'agit véritablement d'une « réévaluation positive » de leur existence. Grâce à cette expérience, les patients ont le sentiment que leur vie vaut la peine d'être vécue (Pucheu, 1988 ; Nez, 1988).

Au demeurant, il nous semble dans ce contexte, que la guérison psychique du cancer n'est réelle que lorsque les patients peuvent à un moment donné, quitter cette position « héroïque » qui les oblige à relativiser sans cesse, à donner sans cesse ce qu'elle coûte à cette expérience vécue pour pouvoir en quelque sorte retrouver la « banalité » de l'existence. En l'occurrence, nous avons parfois le sentiment que le clivage et la répression émotionnelle ne sont pas ici suffisamment opérants et que cette quête de nouvelles valeurs les laisse « à fleur de peau ». On peut y lire les traces encore trop présentes de l'angoisse de mort.

Cette forme de « guérison psychique » n'est pas à proprement parler, le fruit d'une « élaboration psychique ». Un travail psychique se fait mais qui n'est pas « le travail approfondi sur soi-même » (Durcharbeiten), tel qu'il ne peut advenir le plus souvent dans le cadre du colloque singulier psychanalyste/patient (où le travail psychique consiste à lever le refoulement, dépasser les résistances, mettre hors-jeu la compulsion à répéter). Ces patients peuvent précisément avoir besoin d'un travail psychothérapeutique.

Enfin, il y a les patients pour qui le cancer a laissé des traces qui semblent irréversibles. La souffrance psychique est aiguë. Manifestement le traumatisme vécu a dépassé leurs capacités de récupération psychique. Il a été comme la « goutte d'eau qui a fait déborder le vase ».

Pour guérir « psychologiquement » du cancer, ces patients se trouvent alors dans la même position que des patients présentant des troubles psychiques et pour lesquels une psychothérapie s'avère nécessaire.

Seule l'élaboration psychique leur permettra de guérir de ce nouveau traumatisme, celui-ci renvoyant souvent à des traumatismes antérieurs. Un travail de « liaison » entre le vécu du cancer et l'ensemble de la vie du sujet, doit s'opérer pour rétablir l'harmonie perdue du moi.

Il leur faut « se souvenir, récupérer, ordonner ce qui aurait été vécu et oublié » (de M'Uzan, 1996) mais que le cancer est venu réveiller. Celui-ci peut alors devenir « une chance de recreation » (Deschamps, 2001).

Beaucoup l'auront compris, notre perspective n'est pas celle d'une interaction psychosomatique au sens où l'ont élaboré les théoriciens de l'École psychosomatique de Paris (IPSO). Chez certains patients, le cancer semble pouvoir être interprété comme l'aboutissement d'un processus de « désorganisation somatique ». Tout se passe comme si le sujet s'est trouvé démuné de défenses mentales suffisamment élaborées pour faire face aux traumatismes vécus.

Mais il nous paraît plus difficile de concevoir que tout processus de somatisation puisse toujours relever d'un tel échec des défenses mentales. Nos observations cliniques auprès de patients tout venant atteints de pathologies somatiques graves et notamment de cancer, ne vont pas dans ce sens. La théorisation psychanalytique qui envisage la reconstruction psychique à partir du traumatisme du cancer est pour nous plus opérante dans le travail que nous effectuons auprès de ces patients.

La rencontre avec la mort « réelle », comme une potentialité à l'intérieur de soi, mobilise de façon extrême les défenses psychiques du sujet ; il est alors difficile de mesurer ce qui préexistait à la maladie ou ce qui lui est secondaire, dans le fonctionnement psychique observé.

Notre travail actuel s'intéresse aux éléments psychiques qui pourraient prédire pourquoi, chez certains, la confrontation à la finitude et au temps compté est un frein puissant à l'élaboration psychique, alors que chez d'autres elle en est le moteur. La forme de guérison psychique du cancer en dépendra.

Qu'est-ce qui relève en effet de la personnalité, de la résonance individuelle, du cumul ou au contraire de l'absence d'événements éprouvants préexistant au cancer, de la qualité du réseau affectif de l'enfance, en tout cas éléments conduisant à une solidité ou à une fragilité narcissique ? Dans quelle mesure ces éléments sont-ils déterminants dans la guérison « psychique » du cancer ?

Est-ce comme le dit C. David, le fait d'avoir « travaillé » tout au long de sa vie la réalité « virtuelle » de la mort dans la vie qui permet de l'appréhender moins durement quand une situation comme le cancer nous y confronte ?

« Philosopher, c'est apprendre à mourir » (...) « Vivre, c'est continuer de ressaisir le passé pour le remanier indéfiniment, pour en construire sans cesse de nouvelles versions, lesquelles au passage, font surgir en pleine lumière, et avec toute leur charge, des vérités connues depuis toujours et pourtant foncièrement ignorées ». Le cancer pourra parfois être cette occasion de ressaisir le passé, mais la « réécriture du passé est pour une bonne part imposée à la personne plutôt que lui être vraiment proposée comme choix » (de M'Uzan, 1996).

---

## Références

- Bensaïd N (1978) Autrement le Même. Nouvelle Revue de Psychanalyse n° 17: 27-40  
 David C (1996) Le deuil de soi-même. Rev Fr Psychanal tome LX: 15-32  
 Deburge A (2001) La levée de répression en psychosomatique. Rev Fr Psychanal tome LXV: 11-27  
 Deschamps D (2003) Survivre, revivre... Comme avant ? Ou raviver une vie au souffle du désir, au fil de la nécessité ? Rev Francoph Psycho-Oncologie 2(3): 75-80  
 Freud S (1979) Essais de psychanalyse. Payot, Paris  
 Freud S (1926) Inhibitions, symptômes, Angoisse. PUF, Paris  
 Freud S (1938) Le clivage du moi dans les processus de défense. Résultats, Idées, Problèmes. PUF (GW, VIII), Paris  
 Holland JC, Rowland JH (eds) (1989) Handbook of Psycho-oncology. Oxford University Press, New-york  
 M'Uzan M (de) (1996) La mort n'avoue jamais. Rev Fr Psychanal tome LX: 33-47  
 Nez D, Couette JF, Switsers O, Delozier T (1988) Impressions de guérison et divers facteurs psychologiques, psychosociaux et cliniques : étude préliminaire de 55 femmes traitées pour cancer du sein. Psychol Med (Paris) 20(9): 1271-5  
 Pucheu S (1988) Le sentiment de guérison et ses aléas psychiques. Psychol Med (Paris) 20(9): 1279-80  
 Razavi D, Delvaux N (1998) Psycho-oncologie. Le cancer, le malade et sa famille. (2<sup>e</sup> ed). Masson, Paris.