



HAL
open science

La mutualité traumatique. Une figure de la traversée du cancer lors de l'enfance.

Marco Araneda

► To cite this version:

Marco Araneda. La mutualité traumatique. Une figure de la traversée du cancer lors de l'enfance..
Topique: La psychanalyse aujourd'hui [Revue freudienne], 2015, 1 (130), pp.87-102. hal-01473529

HAL Id: hal-01473529

<https://hal.science/hal-01473529v1>

Submitted on 21 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright

Pour citer cet article, merci de se référer à la version publiée dans la revue (pagination officielle) :
Araneda Marco, « La mutualité traumatique. Une figure de la traversée du cancer lors de l'enfance », *Topique*, 1/2015 (n° 130), p. 87-102.

La mutualité traumatique. Une figure de la traversée du cancer lors de l'enfance¹

Marco Araneda

Docteur en psychopathologie et psychanalyse. Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité. Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société (CRPMS), EA 3522.

araneda.marco@gmail.com

Résumé

Cet article définit et analyse la notion de « mutualité traumatique » dans le contexte de l'onco-hématologie pédiatrique. L'auteur cherche à comprendre la coexistence et la persistance, chez des enfants ayant traversé un cancer, d'un ensemble d'états émotionnels liés aux différents moments de l'épreuve somatique. Il analyse comment cette diversité se déploie dans cette clinique singulière, mais se retrouve aussi dans d'autres cliniques de l'extrême. Enfin, il s'agit d'explorer la fonction de ce phénomène en tant que résistance contre les changements identitaires déclenchés par la maladie.

Mots-clés: Mutualité traumatique - Traumatisme - Cancer - Enfant - Oncologie

¹ Ce travail réalisé dans le cadre du LABEX Who am I ? portant la référence ANR-11- LABX-0071 a bénéficié d'une aide de l'État gérée par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du programme Investissements d'avenir portant la référence n° ANR-11-IDEX-0005-02 ».

La mutualité traumatique. Une figure de la traversée du cancer lors de l'enfance²

Marco Araneda

Docteur en psychopathologie et psychanalyse. Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité. Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société (CRPMS), EA 3522.

araneda.marco@gmail.com

« Et pourquoi donc – me dis-je – ne pas représenter cette situation, tout à fait originale, d'un auteur qui refuse de faire vivre certains personnages, nés vivants de son imagination, et celle de ces personnages qui, ayant désormais la vie infuse en eux, ne se résignent pas à demeurer exclus du monde de l'art ? Ils se sont déjà détachés de moi ; ils vivent une vie propre ; ils ont acquis la voix et le mouvement ; ils sont donc déjà devenus par eux-mêmes, dans cette lutte pour la vie qu'ils ont dû livrer contre moi, des personnages dramatiques, des personnages qui peuvent se mouvoir et parler tous seuls ; déjà eux-mêmes se considèrent comme tels ; ils ont appris à se défendre contre moi, ils sauront bien se défendre contre les autres. »

Luigi Pirandello. *Six personnages en quête d'auteur* (1920, p. 33)

INTRODUCTION : LA MUTUALITÉ TRAUMATIQUE

Suite à la rencontre d'enfants qui traversent ou qui ont traversé l'expérience de la maladie grave, une figure imaginaire s'est imposée à moi. Cette figure qui est le résultat de la multiplicité et du rapprochement de ces rencontres vient les illuminer après coup. Je voudrais proposer à la discussion l'existence d'une

² Ce travail réalisé dans le cadre du LABEX Who am I ? portant la référence ANR-11- LABX-0071 a bénéficié d'une aide de l'État gérée par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du programme Investissements d'avenir portant la référence n° ANR-11-IDEX-0005-02 ».

*mutualité traumatique*³. J'entends par là une série de personnages, posés les uns à côté des autres, qui donnent corps à chacun des jalons émotionnels de l'expérience traversée par un enfant en particulier.

Chacun de ces personnages est un personnage total, et non une partie de la personnalité. Ils ne correspondent pas à des parties clivées. Chacun constitue une totalité représentant la totalité diverse et complexe du sujet inclus à l'intérieur de la traversée de la maladie. Ils ne se résorbent pas les uns dans les autres, ils ne passent pas. Chacun est plein de sens, d'un sens mystérieux qui insiste pour être entendu, exploré et compris. Ils abritent des vérités multiples qui se sont faites évidentes lors du moment traumatique. Ces vérités ne s'épuisent pas, elles ne meurent pas, elles s'imposent jusqu'au moment où une vérité plus large peut venir les inclure.

Orbach, Delage et Hilbert (2011) ont repéré trois formes de guérison chez de jeunes adultes de 18 à 31 ans, huit à vingt ans après la fin du traitement d'un cancer. Ces auteurs parlent d'une *guérison possible* quand le sujet considère la guérison comme acquise et comme un retour aux capacités de la période précédant l'apparition de la maladie. Une *guérison incertaine* est caractérisée par l'apparition de craintes discrètes qui viennent entacher un vécu précaire de tranquillité. Une guérison est dite *inachevée* quand la souffrance ou la crainte d'une rechute signe la présence de la maladie dans la vie psychique de l'enfant. À regarder cette distinction entre trois formes de guérison, nous pourrions croire à l'existence d'une progression positive allant de la guérison *inachevée* à la guérison *possible*. Nous pourrions penser que les enfants et les adolescents sortant du traitement médical actif parcourront ces trois formes comme si elles étaient des stades d'un processus de guérison plus large. Il est certain qu'un tel parcours décrit effectivement le devenir de beaucoup de ces enfants. Mais un autre aspect de cette description est fondamental. Cette équipe a en effet constaté aussi une simultanéité des trois sentiments de guérison : « Si la présence réconfortante des parents et l'information dédramatisante du médecin sont dans le souvenir des patients leurs deux planches de salut, la mort refoulée affleure dans presque tous les entretiens. Ceux-ci suggèrent chez les anciens patients la coexistence prolongée de trois sentiments de guérison. » (Delage et Zucker, 2010, p. 226).

Outre l'association possible, à un moment donné, d'un sujet à l'un de ces trois sentiments de guérison, c'est plutôt d'une coexistence qu'il est question : les trois sentiments survivent avec l'enfant. La complexification ajoutée par ce point de vue nous oblige à augmenter notre exigence par rapport à la notion de traumatisme. Cette cohabitation de différents sentiments de guérison nous

3 Cette hypothèse fait partie d'une Thèse de Doctorat en Psychopathologie et Psychanalyse. Cf. M. Araneda. Traumatisme psychique et cancer de l'enfant. La diplomatie psychique à l'épreuve. Thèse de Doctorat en Psychopathologie et Psychanalyse. Paris : Université Paris 7 Denis Diderot, 2013.

empêche de penser les états de traumatisme et de guérison psychique comme distincts et s'excluant l'un l'autre. Nous nous éloignons alors d'une logique de guérison psychique réalisée à travers des stades indépendants.

Plutôt qu'à se succéder, ces stades tendent à se surajouter. Ils décrivent une trajectoire, à la sortie du traitement actif, ou bien plus tard. De l'apparente absence de souffrance initiale, elle se dirige vers une souffrance qui paraît s'aggraver dans le temps. Nombreux sont les auteurs qui ont étudié les aggravations paradoxales qui se produisent sur le plan émotionnel au moment de la fin du traitement médical du cancer lors de l'enfance. Face à l'annonce d'entrée en rémission, ce sont des sentiments d'angoisse et de dépression qui font souvent irruption, à la place d'un sentiment de soulagement (Brun, 2001). Lors de cette décompensation, l'écoute de ces enfants dévoile une mise en attente qui opérait dès la période du traitement médical. Laurence Ravel (2010) décrit très précisément comment des adolescents abordent après coup différents aspects de la période des traitements. Tout se passe comme si une pensée portant sur eux était envisageable seulement une fois les traitements finis. Qu'est devenue cette capacité de penser lors des traitements ? A-t-elle été jugée incompatible avec la continuation de la traversée des traitements ?

Cette activité du psychisme qui se met à penser l'expérience traversée fait donc souvent son apparition dans un second temps. Pour certains enfants, elle est réveillée par l'apparition de séquelles somatiques de la maladie et/ou des traitements. Pour d'autres elle correspond à un essai pour construire une continuité qui donne du sens aux bouleversements tolérés. Certains paraissent aller volontairement à la recherche d'un espace pour penser cette expérience. D'autres y sont poussés par des circonstances contraignantes : séquelles, rechutes, mort d'êtres chers.

Une jeune femme cherche à le soutenir : « Cette histoire n'est pas finie, je veux savoir ce qui m'est arrivé ; c'est bien que le pédiatre soit encore là : comme cela, ma maladie n'a pas disparu... Ma vie n'est plus en jeu, mais c'est de mon existence qu'il s'agit. » (Ravel, 2010, p. 247). Ce soulagement pourrait être mis en relation avec la coexistence des différents sentiments de guérison. La réassurance qu'un témoin du temps de la maladie est encore présent paraît jouer un rôle de liaison « possible » entre les différents sentiments de guérison coexistants.

L'enjeu majeur de la rencontre thérapeutique sera donc d'ouvrir un espace dans lequel pourront se déployer les sentiments de guérison qui coexistent. Cela complexifie énormément un schéma simple où il y aurait d'un côté les sujets traumatisés et de l'autre ceux qui ne le sont pas.

La construction d'une place pour accueillir et accompagner le processus psychique de sortie du cancer devra considérer aussi les mouvements psychiques de l'enfant qui cherchent à effacer l'expérience-limite de la maladie. Ce que Freud a appelé les « effets négatifs » du traumatisme, qui tendent à

empêcher l'inscription du traumatisme dans la vie psychique (tandis que les « effets positifs » tendent à son inscription) (S. Freud, 1939). Ce souhait d'effacement ne répond pas seulement à des forces internes. L'autre, et son rapport à cette traversée des limites, jouera un rôle fondamental dans ce processus. La reprise des affects suspendus tout au long du traitement médical peut ainsi rencontrer une disqualification de la part de l'autre (Ravel, 2010). Pour beaucoup, le temps de l'après est censé être dépourvu d'angoisse, signant ainsi l'éloignement définitif du danger. Cela crée une situation paradoxale car, comme l'ont signalé A. Ferrant et V. Bonnet, le temps du traitement médical est souvent marqué par un basculement du psychique du *principe de plaisir/réalité* à un *principe de souffrance*. Le sujet se soumettrait ainsi, sans se plaindre, à une souffrance qui lui est présentée comme nécessaire et comme un chemin vers la guérison (Ferrant et Bonnet, 2003). Ces auteurs invoquent la figure du « vaillant petit soldat », qui dans une solitude radicale est obligé de supporter l'épreuve en se pliant aux protocoles médicaux. Nous constatons à quel point est erronée l'idée selon laquelle la souffrance liée à l'expérience de la maladie est vécue seulement pendant le traitement. La disqualification ou la pitié que l'entourage peut manifester dans la période après traitement viennent confirmer, aux yeux du sujet, la « légitimité » de garder sa souffrance en état de silence et de clivage.

La diversité d'états contenus dans la traversée de l'expérience-limite ne trouve pas toujours chez l'autre une écoute diverse permettant de se déployer. À titre d'exemple, l'accent mis sur les effets de résilience – aujourd'hui non seulement constatés, mais attendus et mis en valeur – risque de laisser dans l'ombre les états psychiques qui ne correspondent pas à cet idéal. Et pourtant, au-delà des difficultés à trouver une reconnaissance, chacun de ces états a été une pièce fondamentale dans la réussite du processus de survie, ils sont les artisans de cette survie. C'est pourquoi nous avons choisi le terme de « mutualité ». Ce mot fait référence à une forme de « prévoyance volontaire par laquelle les membres d'un groupe s'assurent réciproquement contre certains risques » (Rey, 1998, p. 869), mettant en exergue l'importance de l'existence d'une diversité de personnes pour parer à l'épreuve du risque. *Mutuel* quant à lui provient du latin *mutuus*, qui signifie réciprocité (Robert, 1991, p. 662). D'un point de vue sonore, nous pourrions croire à un lien avec *mutation*, qui fait référence au changement et à la transformation (Robert, 1991, p. 659). Même si l'origine étymologique de *mutuel* et *mutation* n'est pas la même, nous faisons référence, dans cette hypothèse aux deux quand nous parlons de *mutualité traumatique*.

Pour mieux explorer cette figure nous allons dans un premier temps étudier quelques modalités selon lesquelles la *mutualité traumatique* se déploie dans le cadre de l'environnement familial, soignant ou psychothérapeutique de l'enfant. Dans un deuxième temps nous étudierons le rôle de résistance que pourrait avoir une telle persistance des états affectifs et l'enjeu que cela représente pour le psychothérapeute.

LE DÉPLOIEMENT DE LA MUTUALITÉ

Une œuvre d'art pourrait nous aider à mieux explorer cette figure. *Le radeau de la Méduse* (1819) de Théodore Géricault nous présente la cristallisation du moment où les survivants du naufrage, après plusieurs jours d'errance sur la mer déserte et agitée, aperçoivent au loin un bateau qui pourrait leur apporter le salut. Nous y voyons l'étalement des hommes survivants, des hommes qui malgré leur communauté de statut montrent pourtant des différences radicales face à la tragédie.

Nous voyons en haut à droite un homme qui est soulevé par ses camarades afin de pouvoir faire des signes à un bateau qu'ils aperçoivent au loin sur l'horizon. Son corps est tendu, complètement adonné à la tâche de communiquer à travers les vagues qui se lèvent et risquent en permanence de retourner le radeau. Ses camarades les plus proches le soutiennent de leurs bras, formant une sorte de pyramide humaine cherchant à se hisser au-dessus des vagues.

Simultanément nous voyons en bas à gauche un vieil homme, le plus âgé des survivants, qui soutient de son bras droit sa propre tête, qui paraît être devenue un poids, lourd de pensées. Cet homme est assis, le dos au bateau sauveteur, il ne s'est peut-être même pas aperçu de sa présence. Il tient de son bras gauche le corps sans vie de son fils. D'autres, morts ou mourants, l'entourent de partout, à moitié engloutis par l'eau qui de ce côté du radeau paraît les submerger de plus en plus. Le regard du vieil homme est absorbé dans la contemplation d'une scène qui nous est inaccessible. Non que cette scène soit en dehors du cadre, mais elle appartient au passé ; nous pouvons seulement essayer de la deviner. S'agit-il de la reviviscence répétitive du moment du naufrage ? Ou du moment où son fils s'est noyé ? Se souvient-il de son fils vivant ? Ce qui est clair est qu'il consacre son énergie à tenir le corps de son fils afin qu'il ne soit pas englouti à nouveau par l'eau, et que, ce faisant, il se retrouve complètement démuné face au danger qui s'approche à nouveau de lui sous la forme d'une grande vague venant de la gauche du tableau. Il ne participe pas non plus aux essais pour attirer l'attention du bateau qui pourrait les sauver. Il ne demande rien.

Au milieu de ces deux pôles, d'autres hommes établissent une continuité des corps. Certains regardent avec espoir leur camarade faire des signes au bateau au loin, d'autres sont à bout de force et n'arrivent pas à se lever, d'autres encore paraissent moribonds. Parmi ces hommes intermédiaires, le plus proche du vieil homme représente peut-être une synthèse des deux pôles. Son corps est tourné vers le vieil homme, il le touche presque en restant à ses côtés, tandis que sa tête se tourne vers ces camarades, dans la direction du bateau. Son corps en torsion offre une transition entre les deux extrémités du radeau.

De façon sommaire nous pourrions dire que ce tableau représente la diversité des réactions humaines face à la catastrophe. Mais ce tableau permet d'imaginer aussi une toute autre chose. J'émetts l'hypothèse que ce tableau met en scène la

métamorphose traumatique d'un seul homme. La diversité de personnages représente la diversité d'états d'abord successifs, mais simultanés dans l'après-coup de la catastrophe. Il pourrait s'agir du même homme à différents moments de sa traversée de l'horreur. Le tableau pourrait représenter la métamorphose qui mène de la mort à la survie. L'impression de série progressive vient probablement du fait que tous les personnages sont liés par le toucher, il n'y a pas de personnage vraiment isolé, malgré les écarts émotionnels qui les séparent. Ainsi, une chaîne d'états humains lie-t-elle le vieil homme entouré de cadavres à celui qui fait tout pour s'accrocher à la vie et être sauvé.

Les sujets traversant des expériences-limites connaissent diachroniquement chacun de ces états humains. Ils ont été non seulement l'un de ces personnages, mais tous ces personnages. Ils peuvent certes rester plus longtemps à un endroit précis du radeau, mais ils ont potentiellement vocation à occuper chacune de ces places. Chacun de ces moments – représentés ici par des personnages différents – est un moment vrai, réel, existant, plein de sens et qui ne disparaît pas. Tous ces personnages sont des représentants des états divers traversés par un même sujet lors du parcours qui mène du risque de mort à la survie. Le naufragé sauvé abrite en réalité une *cordée humaine* constituée par l'ensemble de ces états humains. Le premier homme sauvé, l'homme qui demande à être sauvé, sera couramment reconnu par les sauveteurs comme l'homme qu'ils ont sauvé. Tandis qu'en réalité, une diversité de personnages se cache derrière cet homme survivant. Les sauveteurs ont hissé dans le bateau, à leur insu, la cordée humaine, la *mutualité traumatique* dont ce personnage n'est que l'aboutissement.

Selon les conditions et les capacités d'écoute des sauveteurs, les autres personnages pourront faire leur apparition, se décalant du « personnage sauvé » qui fait office de paravent aux autres personnages de la cordée, telle l'Irma du rêve de Freud qui dans l'écoute du rêveur réveillé laisse la place à une multitude de personnages qui apparaissent à travers des gestes, des attitudes physiques, des paroles ou des traits. Ces autres personnages feront leur apparition au fur et à mesure que Freud laissera sa perception se décaler, pivoter pour aller voir les personnages qui se cachaient derrière la silhouette totalisante d'Irma. Freud a appelé *personne composite* ce phénomène du rêve (S. Freud, 1900).

Fournir les conditions pour que cette cohabitation puisse se mettre en acte et se dire devient donc un enjeu fondamental de la psychothérapie. Ainsi, un enfant âgé de six ans met en scène un jeu où un oiseau est attaqué par des chasseurs. Il fait voir comment les balles du fusil frôlent l'oiseau, qui dans un mouvement d'esquive arrive à s'éloigner de la trajectoire des balles. L'enfant met en scène avec insistance le fait qu'il s'est « sauvé de justesse », et surtout, que le mouvement accompli est à une distance équivalente autant du danger que du salut. Tout semble se dérouler comme si le metteur en scène n'arrivait pas à se décider à représenter soit la mise à l'abri, soit la persistance du danger. Tandis que l'oiseau se dérobe face aux chasseurs, les deux alternatives face au risque

paraissent se défaire autant que s'affirmer dans une pérennité affolante. Le risque d'être tué et la possibilité d'être sauvé deviennent des sons persistants et inlassables, à la manière d'un acouphène.

Un enfant âgé de huit ans raconte un cauchemar. Il fait partie d'une file d'enfants se tenant par l'épaule. Ils marchent les uns derrière les autres vers un labyrinthe. Il fait nuit, et il entend et perçoit par le toucher les autres enfants qui composent la file. À l'intérieur du labyrinthe, où l'obscurité est absolue, les enfants qui composent la file deviennent silencieux et se séparent. Il n'entend personne et ne réussit à retrouver personne par le toucher. L'angoisse de se trouver soudainement perdu et seul à l'intérieur du labyrinthe l'effraie. La disparition de la cordée humaine qui lui assurait la sortie du piège est décrite par l'enfant comme une évanescence soudaine, une perte de caractère matériel.

Un langage elliptique s'impose dans le point de rencontre de ces différents états chez chaque enfant. Ce langage fait écho à la perception d'une précarité qui menace en permanence l'enfant d'effondrement. Ce dernier se devine particulièrement à chaque fois que l'enfant a affaire avec les séquelles somatiques, qu'elles se présentent dès la période de la maladie, ou qu'elles apparaissent plus tard. Lors de la rencontre psychothérapeutique, revenir sur ces vécus implique toujours une mise en évidence de cette fragilité sous-jacente. J.-M. Zucker rapporte les mots d'un jeune patient : « Jean, adolescent de 14 ans, s'exprime ainsi plusieurs années après la fin du traitement, avec retenue et sans oser approfondir : 'Tout va bien. Je n'ai pas de séquelles du tout, sauf de recevoir un coup dans le ventre quand je joue au foot. Je fais beaucoup de musculation. Je sais que je suis guéri, mais j'ai toujours une appréhension. Il ne faudrait pas retomber, retomber à l'hôpital à cause d'une éviscération ou d'un sale truc'. » (Zucker, 2011, p. 292).

La diversité d'états, que nous figurons comme des personnages, témoigne des transformations à répétition que ces enfants ont dû tolérer et même entreprendre afin de traverser l'expérience éprouvante. Cette multitude attend une écoute et un espace adéquats au déploiement des questions qui la soutiennent.

D'un point de vue psychothérapeutique, les auteurs psychanalytiques paraissent s'accorder pour dire que la tâche principale de l'analyste consistera à créer les conditions pour un processus de symbolisation de l'expérience traumatique traversée, expérience en souffrance de représentation. Le déclenchement de ce travail d'élaboration sera possible grâce à un effet d'après-coup, inattendu et imprévisible, produit dans la vie du sujet et/ou à travers la rencontre psychanalytique elle-même, en tant que possibilité de remaniement psychique des traces perceptives que l'expérience violente aura laissées à l'intérieur de l'appareil psychique (Sibertin-Blanc et Vidailhet, 2003).

À l'intérieur de ce modèle, les expériences de crainte, de hantise et de reviviscence qui rythment et empoisonnent la vie d'un nombre significatif de

sujets, seront très probablement considérées comme des traces non-élaborées de l'expérience violente traversée. Ces restes non-digérés gênent la vie de ces sujets « parce que » ils n'ont pas pu être élaborés, restant à l'état de perceptions brutes et résistant à l'appropriation psychique. Ils sont avant tout étrangers et ils ne réussissent pas à se concilier l'environnement à l'intérieur duquel ils ont été projetés (Lebigot, 1997). Ces restes constituent une erreur dans la chaîne productive de représentations. Leur refus de se laisser métamorphoser par le travail psychique les rend inaptes à l'oubli car pour cela il faudrait qu'ils puissent accéder à la forme de la représentation. Ils restent ainsi inoubliables, incapables de passer.

Le fait est que ces « traces perceptives » sont souvent reléguées – dans le discours psychanalytique – au statut d'un élément minoritaire qui ne réussit pas à s'intégrer à un ensemble plus vaste (l'appareil psychique). Et cela, malgré le fait que ces « traces » finissent souvent par occuper un territoire de plus en plus large du psychique, pouvant arriver à coloniser une grande partie de la vie psychique du sujet. Malgré cette capacité à devenir majoritaire et hégémonique, l'expérience traumatique demeurera, à l'intérieur d'un certain discours psychanalytique, un élément discret qui n'a pas réussi à être intégré à un ensemble plus vaste. Il semblerait que les termes de « trace », « image », « perception », « événement », servent indirectement à signifier cette place voulue minoritaire dans l'appréciation de la prépondérance des différents éléments en jeu.

En revanche, quand il s'agit de parler des effets d'une telle expérience, ce discours n'hésite pas à souligner l'ampleur et la chronicité des effets pathologiques. La persistance de symptômes, leur résistance au changement, la fréquence des réactions thérapeutiques négatives, la compulsion de répétition en tant que manifestation de la pulsion de mort, sont des expressions souvent invoquées pour souligner cette incapacité de l'expérience à passer. Dans ce cas le discours opère souvent une coupure cognitive entre l'événement, censé être « minoritaire », et ses effets « persistants et envahissants ».

Or, à notre sens, ce discours mérite d'être interrogé à la lumière de l'expérience clinique. La *mutualité traumatique*, en tant que clef de lecture complémentaire, qui ne contredit pas les lignes générales du discours qu'on vient de décrire, permet de changer les valences des éléments en jeu et surtout la considération de leur nature et de leur fonction.

LA MUTUALITÉ COMME RÉSISTANCE À LA MÉTAMORPHOSE

Décrivant les processus psychiques des personnes victimes de situations de violence totalitaire (torture, camps de concentration), Silvia Amati-Sas écrit : « Si nous observons la constellation de la survie psychique dans son ensemble par rapport à la violence extrême, nous voyons que le maintien de la continuité psychique est défendu en même temps de deux façons différentes. D'un côté, il y a une fusion mimétique et adaptative au contexte extrêmement projectif, violent et aliénant, où la personne est submergée et dont elle dépend totalement ; mais d'un autre côté, l'altérité est préservée en relation à cet objet interne à sauver. » (Amati-Sas, 2002, p. 929). La survie psychique est ainsi le résultat de l'action conjointe de deux processus en quelque sorte contradictoires.

Le premier, nommé *défense par l'ambiguïté*, est à rapprocher de la vocation métamorphique de l'humain en tant que capacité autoplastique en réponse aux exigences auxquelles le sujet se voit confronté. Le deuxième, *l'objet à sauver*, témoigne de la préoccupation puissante et persistante pour soigner et protéger un objet dans ce contexte de violence inévitable ; il peut s'agir d'une personne, d'un objet, d'une valeur ou d'une limite (Amati-Sas, 2002). D'une part un consentement à s'adapter à « n'importe quoi » ; et d'une autre un arrêt secret et décalé à l'emprise de la violence (Amati-Sas, 2003). Cette acceptation de la modification de soi et l'empêchement corrélatif de la modification d'un objet à sauver sont repérés avec fréquence dans la clinique d'enfants gravement malades. Nous allons étudier quelques-unes de ses particularités.

Enfants en situation de maladie grave

Chez les enfants survivant à la maladie cancéreuse, l'élaboration psychique de la série des modifications dont leur corps et leur vie psychique ont été le siège, est longue et complexe. Les modifications du corps, telles l'alopécie, les mucites, les affections cutanées, la défaillance du système immunitaire (Oppenheim, 2003), coexistent avec les prothèses que l'équipe soignante va installer afin de pallier ces changements : chambre stérile d'isolement, installation de cathéter pour l'injection des produits chimiques, prothèses construites pour localiser l'action de la radiothérapie évitant ainsi que son effet mortifère ne se répande, entre autres (Jeanteur, 2007). À cela, il faut ajouter les modifications psychiques induites par l'isolement hospitalier, la perte des routines familiales, le fractionnement du temps partagé avec les parents, l'installation de procédures réglant le contact physique, le sentiment d'enfermement et d'étrangeté (Oppenheim, 1999). Nous ne pouvons dire que les enfants s'adaptent à cette série de transformations imposées, ni qu'ils y consentent. En tout cas, ils les vivent et ils les supportent comme ils le peuvent.

À certains moments, ces transformations radicales sont poussées à une telle extrémité que l'enfant se voit dans l'impossibilité de soutenir un dialogue sur ce

qui lui arrive, ou de répondre aux essais de communication de ceux qui l'entourent à l'hôpital. Lors de ces passages troublants – le séjour en unité de soins intensifs ou en chambre d'isolement en sont particulièrement représentatifs – l'enfant garde en général le silence, et l'énergie psychique et corporelle paraît concentrée sur le maintien de ce qui est fondamental. Cette réduction au minimum, en mouvements, gestes et paroles, s'accompagne souvent de l'établissement d'un lien en quelque sorte infiniment petit, telle une fenêtre qui s'ouvre par périodes très courtes pour permettre un lien fragile mais suffisamment solide pour témoigner de sa présence au monde. À ces moments, summum de la transformation corporelle, psychique et d'appareillage médical prothétique, l'interaction avec l'enfant est réduite en termes de gestes et d'énergie (Magenat, 2005). Or, il est surprenant que dans de telles conditions les enfants puissent garder une marge de manœuvre pour contrôler la manifestation de la souffrance. Ils modulent souvent cette manifestation, guettant les réactions qu'elle produit chez leurs parents. La protection à l'égard des parents est un exemple frappant de ce mouvement psychique qu'Amati-Sas appelle « l'objet à sauver ». Les parents, et le soin qui leur est octroyé par l'enfant, deviennent ainsi une limite où se manifeste le non-consentement de l'enfant à la métamorphose radicale. Ils préservent (imaginairement) une partie de leur monde épargnée par la violence.

Une fois la survie assurée, l'enfant devra forcément se pencher sur l'élaboration psychique de ces mécanismes. Il ne s'agira pas de « coller » le clivage entre une partie martyrisée et une partie qui fait office d'ange gardien (Ferenczi, 1932b), mais plutôt de comprendre le mouvement qui mène de l'une à l'autre, et le lien indissoluble entre les deux. *L'objet à sauver* n'a de sens que par rapport à la *défense par l'ambiguïté*, et inversement. C'est pourquoi la notion de clivage peut devenir trompeuse dans ce contexte. Il semble plutôt que les « clivages » proposés par Ferenczi et Winnicott (1963) gagneraient à être relus comme des paires inséparables à l'intérieur d'un mouvement de survie qui se manifeste sous la forme d'une fuite en deux sens opposés mais intimement liés : consentir à la métamorphose en soi en même temps qu'on la refuse chez un autre, ce qui permet d'abandonner le lieu inhabitable de la violence.

Mais aussi, la multiplicité d'états intermédiaires entre ces deux extrêmes témoigne de l'existence d'une insoumission face à la violence subie. Garder le souvenir de la *mutualité traumatique* permet au sujet de se rendre témoin de la métamorphose subie. La mémoire opiniâtre du chemin de transformation constitue une preuve, aux yeux du sujet, de l'existence d'un acte de résistance, ou du moins, d'une perception non naïve des transformations qui adviennent (Ferenczi, 1932a).

Enfin, nous trouvons une autre référence à l'établissement d'une série de moments qui ne se résorbent pas les uns dans les autres. Claude Janin postule l'existence d'un *noyau froid* (non considération des besoins de l'enfant), suivi d'un *noyau chaud* (sexualisation, dans un deuxième temps, du noyau froid). Mais

aussi, un troisième temps, après la puberté, où se produit une « rencontre » des deux noyaux. Cette figure, qui s'est imposée à Janin à la suite de la rencontre d'un grand nombre de sujets traumatisés, lui fait dire que : « Compte tenu de l'aspect hétérogène du noyau traumatique, des difficultés techniques importantes se posent à l'analyste [...] Le patient met en avant l'aspect traumatique 'chaud' dès que l'analyste intervient sur l'aspect 'froid' et met au premier plan l'aspect 'froid', dès lors que l'analyste souligne la dimension 'chaude' du traumatisme. » (Janin, 1999, p. 41-42).

Ce que la duplicité vient signifier est que la survie comporte un vrai acte de résistance à la transformation extrême, tout en l'acceptant de façon provisoire. G. Vaudre *et al.* affirment : « Les adolescents ont décrit à plusieurs reprises leur lutte pendant la maladie et l'hospitalisation pour 'ne pas se perdre', rester eux-mêmes : 'il ne faut pas lâcher la corde' a dit l'un, 'ne pas perdre le fil' a dit l'autre. » (Vaudre *et al.*, 2005, p. 1597).

Enfants en situation de guerre

Cette figure d'une *mutualité traumatique* observée en oncologie pédiatrique peut être aussi devinée dans les récits cliniques propres à d'autres situations extrêmes. La thématique des enfants en situation de guerre peut être spécialement claire en ce qui concerne la présence de cette multitude subjective du trauma. Dans son récit sur le développement de six enfants orphelins, âgés de trois ans, accueillis au Royaume-Uni lors de la deuxième guerre mondiale, Anna Freud rapporte une observation fort intéressante. Ces six enfants dont les parents ont été tués dans les chambres à gaz, ont été reçus par une équipe de bénévoles et de professionnels qui ont organisé un cadre de vie à l'intérieur duquel ont été réalisées un ensemble d'observations sur une période étendue.

Elle restitue ainsi ce qu'elle a appelé « adhésivité au groupe » :

« Ils n'avaient d'autre désir que celui d'être ensemble et étaient bouleversés quand ils étaient séparés même pour de courts moments. Aucun enfant n'aurait consenti à rester en haut des escaliers quand les autres étaient en bas ou à l'inverse, et aucun enfant ne pouvait être emmené en promenade ou en course sans les autres [...] Ruth, par exemple, n'aimait pas se promener alors que les autres préféraient beaucoup les promenades aux jeux d'intérieur. Mais il était très difficile d'amener les autres à sortir en laissant Ruth à la maison. Un jour, ils partirent effectivement sans elle mais ne cessèrent de la réclamer jusqu'à ce que, vingt minutes plus tard environ, John n'y tenant plus, retournât la chercher. Les autres le rejoignirent, ils retournèrent tous à la maison, fêtèrent Ruth comme s'ils avaient été séparés pendant longtemps et ils l'emmenèrent ensuite se promener en lui prodiguant des marques d'attention spéciales. » (A. Freud, 1976, p. 114-5).

Une diversité d'interprétations peut être proposée pour cette « adhésivité » : angoisses de séparation du groupe de référence, revécu des séparations précédentes, angoisses de mort, entre autres. Il semble possible aussi de lire cette difficulté de séparation comme une référence en filigrane à la diversité d'états affectifs dont ces enfants ont été le siège. L'idée selon laquelle Ruth, dans l'extrait sélectionné, serait la dépositaire de quelque chose d'important pour chacun des autres enfants, semble plausible. Se séparer de Ruth signifie accepter de perdre en quelque sorte une partie de leur propre expérience, qui pourrait se trouver imaginairement logée dans la personne de cette camarade. Cette communauté d'enfants, indispensables les uns aux autres, inséparables, nous permet d'imaginer que chaque enfant survivant abrite une multitude d'états qui le représentent dans le processus de survie. Cette incapacité à laisser Ruth derrière eux semble être un refus de couper la cordée d'expériences que chacun de ces enfants personifie.

Aharon Appelfeld, enfant rescapé d'un camp de concentration, survivant seul dans les forêts ukrainiennes raconte – une fois devenu adulte – à quel point toutes ces expériences passées demeurent présentes pour lui : « Je n'ai jamais renoncé à cette identité, je n'ai jamais accepté de le faire, je suis toujours resté l'enfant de mes parents, l'enfant qui avait été au ghetto, l'enfant qui avait été dans le camp, l'enfant qui s'est enfui ensuite dans la forêt et c'est quelque chose que je n'ai jamais accepté de laisser derrière moi [...] tout comme tous ceux qui sont arrivés avec moi ont conservé cela en eux [...] tout comme j'ai amené avec moi les gens qui avaient disparu. » (Appelfeld, 2011, mn. 36). Laisser derrière lui ces existences précédentes équivaldrait à les trahir, à abandonner une partie significative de sa propre vie. On peut se demander pourquoi il faut qu'Appelfeld justifie la conservation de ces existences. Perçoit-il chez ses interlocuteurs le souhait, voire la demande, qu'il ne soit qu'un homme adulte sauvé de la mort ? Perçoit-il chez l'autre le souhait qu'il tienne le rôle du naufragé du côté droit du radeau de Géricault ?

Le souvenir comme résistance à la métamorphose

C'est la notion de survie qui est sans doute idéalisée. Cela nous rappelle à quel point les descriptions de Louis Crocq sont justes quand il compare le traumatisme psychique à une traversée éveillée et sans oubli de l'enfer (Crocq, 1993). L'ensemble de cette expérience, l'ensemble de ces états réclame une place désormais. Ils ne sont pas un effet collatéral ou une erreur du processus cognitif, ils sont les représentants légitimes d'une traversée de l'éprouvant effectivement réalisée. Cela va à l'encontre de la tendance à considérer ces états comme des éléments minoritaires qui n'arrivent pas à être intégrés. Ces états constituent la clef de la survie car, comme l'affirme François Villa : « Le mystère de notre capacité de survivre gît [...] dans cette étrange aptitude vitale à nous nourrir physiquement et spirituellement des effondrements successifs des mondes que nous construisons à partir de nos investissements libidinaux et des

empires éphémères que nous édifions au nom du principe de plaisir.» (Villa, 2004, p. 112).

Or, une fois que la guérison est annoncée à l'enfant et à sa famille, on lui dit souvent entre les lignes que, ayant la vie sauve, il pourra désormais « reprendre sa vie comme avant » (Morisi et Ullmo, 1977). Cet acte de parole, qui vise à réinstaller l'enfant dans la vie, à l'extérieur du cadre des protocoles médicaux, a tendance à refouler le processus qui a permis cette survie – le mal auquel la vie a été arrachée – mais aussi tous les éléments que l'irruption du mal a rendus obsolètes. La parole du médecin vise l'avenir, la déprise de la maladie. Mais cette parole qui se veut libératrice, comporte parfois une abstraction et un essai de refoulement qui peuvent se révéler des empêchements dans cet essai libérateur. L'enfant devient « guéri », « en rémission », « sauvé », mais non « guéri d'un cancer ». Cela suppose que cette catégorie de « guéri » peut abriter toutes les personnes dont la vie a été un jour menacée, gommant au passage la description du danger dont elles ont été sauvées, les mécanismes qui ont permis leur sauvetage et les conséquences de ce processus sur le sujet.

Ce qui ressort des rencontres cliniques avec les enfants en période de post-traitement, et de la présence de cette *mutualité traumatique*, est une mémoire obstinée qui ne se conforme pas au transfert vers la vie sauve. La conservation de la vie précédente, du souvenir du mal qui l'a habitée et des procédures utilisées pour la sauver est aussi revendiquée par l'enfant, de façon certes ambivalente et conflictuelle. La *mutualité traumatique* signe ainsi un refus du processus refoulant qui voudrait sauver l'enfant en le séparant de ce qui vient de se passer.

La notion de *mutualité traumatique* met en tension ces deux pôles, celui de la vie sauve et rassurante, mais aussi celui de l'accroche aux existences précédentes. Jean-Claude Ameisen, analysant les processus d'imbrication de la mort comme nécessaire et sculptrice de la vie, affirme que sur un plan onto et phylogénétique, nous vivons dans l'oubli de nos métamorphoses (Ameisen, 2007). Il veut souligner ainsi l'ampleur des processus de changement et de renoncement qui ont été nécessaires à la prolongation de la vie, quitte à consentir au changement de ses formes. Or, sur un plan psychique, nous pourrions affirmer aujourd'hui que le traumatisme psychique comporte peut-être une exception à cette règle. Le sujet dit « traumatisé » n'est-il pas un opposant à l'oubli de ses métamorphoses ? Ne tient-il justement pas au rappel de tous les processus impliqués dans cette métamorphose subie ?

CONCLUSION

Nous avons analysé une hypothèse descriptive de la cohabitation d'états émotionnels divers, repérables chez des enfants traversant l'expérience du cancer. Permettre le déploiement de cette diversité d'états psychiques produit un basculement du modèle le plus répandu qui considère ces manifestations comme des traces traumatiques – minoritaires – non encore élaborées. Donner la parole à chacun de ces jalons émotionnels permet d'être le receveur d'un témoignage polyphonique qui restitue les différentes transformations consenties/subies pendant la traversée de cette expérience éprouvante.

Chacun de ces jalons est une totalité, et l'existence des uns à côté des autres constitue, à notre sens, une œuvre de résistance à l'achèvement définitif de la transformation traumatique. La persistance de chacun de ces états correspondant à la traversée de la violence constitue paradoxalement une résistance aux effets de cette violence sur le sujet. À charge pour le psychothérapeute de reconnaître le caractère contestataire d'un tel processus de mémoire.

Ce souvenir en série, cette survivance étalée en quelque sorte, empêche la métamorphose d'advenir tout à fait. L'écoute d'un enfant survivant à une maladie grave montre qu'il s'agit de repérer en lui les traces non seulement de ce qui est advenu, mais aussi et peut-être surtout, de ce qui a été empêché lors de son advenue. Ces empêchements sont « la trace » du travail psychique du sujet face à la maladie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AMATI-SAS, S., « Honte, ambiguïté et espaces de la subjectivité », *Revue française de psychanalyse*, 2003, 67 (5), p. 1771-5.
- AMATI-SAS, S., « Situations sociales traumatiques et processus de la cure », *Revue Française de Psychanalyse*, 2002, 66 (3), p. 923-33.
- AMEISEN, J.-C., « Nous vivons dans l'oubli de nos métamorphoses... », « La mort et la sculpture du vivant », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2007, 62 (6), p. 1253-83.
- APPELFELD, A., Interviewé par Laure Adler, Émission radio *France Culture*, du 22 septembre 2011.
- BRUN, D., *L'enfant donné pour mort*, Paris, Eshel, 2001.
- CROCQ, L., « Le trauma et ses mythes », *Psychologie Médicale*, 1993, 25 (10), p. 992-9.
- DELAGE, M., ZUCKER, J.-M., « Qu'en est-il du sentiment de guérison chez le jeune adulte atteint d'un cancer dans l'enfance ou dans l'adolescence ? », *Psycho-Oncologie*, 2010, 3 (4), p. 226-231.
- FERENCZI, S., (1932a), *Journal Clinique. Janvier-octobre 1932* (traduit par S. Achache et al.), Paris, Payot, 1985.

Araneda M. « La mutualité traumatique. Une figure de la traversée du cancer lors de l'enfance »

- FERENCZI, S., (1932b), Stratégies de survie (p. 59-171), In *Le traumatisme* (traduit par l'équipe du Coq Héron), Paris, Payot & Rivages, 2006.
- FERRANT, A. BONNET, V., « Blessure narcissique et idéal du moi. La figure du « vaillant petit soldat » en psycho-oncologie », *Rev Francoph Psycho-Oncologie*, 2003, 3, p. 81-85.
- FREUD, A., Survie et développement d'un groupe d'enfants : une expérience bien particulière (p. 110-160), In *L'enfant dans la psychanalyse*, Paris, NRF-Gallimard, 1976.
- FREUD, S., (1939), *L'homme Moïse et la religion monothéiste* (traduit de l'allemand par C. Heim), Paris, Gallimard, 1986.
- FREUD, S., (1900), *L'interprétation du rêve* (traduit de l'allemand par J. Altounian et al.), Paris, PUF, 2010.
- JANIN, C., *Figures et destins du traumatisme*, Paris, PUF, 1999.
- JEANTEUR, Ph., De la découverte des oncogènes à la preuve de concept de l'efficacité des thérapies ciblées (p. 2-17), In A. Kahn, S. Gisselbrecht (dir.). *Histoire de la thérapie ciblée en cancérologie*, France, Amgen Oncologie et John Libbey Eurotext éditeurs, 2007.
- LEBIGOT, F., « La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle », *Annales Médico-psychologiques*, 1997, 155 (8), p. 522-6.
- MAGNENAT, D., « Pédopsychiatrie de liaison en oncologie : du terrorisme sans nom au combat contre la boule », *Psychothérapies*, 2005, 25 (3), p. 145-154.
- MORISI, J., ULLMO, D. (BRUN D.), « Traitez-le comme un enfant normal », *Psychanalyse à l'Université*, 1977, 2 (8), p. 699-705.
- OPPENHEIM, D., *Ne jette pas mes dessins à la poubelle. Dialogues avec Daniel, traité pour cancer, entre sa 6^e et sa 9^e année*, Paris, Seuil, 1999.
- OPPENHEIM, D., *Grandir avec un cancer. L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent*, Bruxelles, De Boeck, 2003.
- ORBACH, D., DELAGE, M., HILBERT, M., Ces interminables attentes en oncologie pédiatrique (p. 435-441), In D. Brun (dir.). *Nouvelles formes de vie et de mort : une médecine entre rêve et réalité*. 12^e Colloque de Médecine et Psychanalyse, Paris, Études freudiennes, 2011.
- PIRANDELLO, L., *Six personnages en quête d'auteur (et autres œuvres)*, Paris, GF Flammarion, 1994.
- RAVANEL, L., « Les séquelles comme actualisation du trauma », *Psycho-Oncologie*, 2010, 3 (4), p. 246-247.
- REY, A., (dir.), *Le Robert Micro. Dictionnaire de la langue française*, Paris, Dictionnaires Robert, 1998.
- ROBERT, P., *Le Grand Robert. Dictionnaire de la Langue Française. 2^e édition revue et enrichie par Alain Rey (1991)*, Paris, Dictionnaires Le Robert, 1990.
- SIBERTIN-BLANC, D., VIDAILHET, C., « De l'effraction corporelle à l'effraction psychique », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2003, 51, p. 1-4.

Araneda M. « La mutualité traumatique. Une figure de la traversée du cancer lors de l'enfance »

VAUDRE, G., *et al.*, « Vécu des adolescents guéris d'une leucémie aiguë lymphoblastique », *Archives de Pédiatrie*, 2005, 12, p. 1591-9.

VILLA, F., « À propos de l'ordinaire et extraordinaire détermination humaine à rester en vie », *Champ psychosomatique*, 2004, 35, p. 105-129.

WINNICOTT, D.W., (1963), De la communication et de la non-communication (p. 151-168), In *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement* (traduit de l'anglais par J. Kalmanovitch), Paris, Payot, 1970.

ZUCKER, J.-M., Le prix de la vie dans les cancers de l'enfant (p. 291-299), In D. Brun (dir.), *Nouvelles formes de vie et de mort : une médecine entre rêve et réalité. 12^e Colloque de Médecine et psychanalyse*, Paris, Études freudiennes, 2011.