

TRAUMATISME, DÉTRESSE ET DESTIN PSYCHOSOMATIQUE

Alain Ferrant ¹

*Société Rhône Alpes de Psychosomatique
20 novembre 2008*

J'emprunte à Albert Ciccone la petite vignette clinique suivante.

Une patiente a été agressée sur son lieu de travail. Elle a subi l'attaque d'individus cagoulés, entrés à l'aide d'une « voiture bélier », et dont l'un a tenu en joug la patiente avec un revolver braqué sur sa tempe. Le traumatisme a été intense. La patiente ne peut plus ni travailler, ni sortir de chez elle, ni dormir... Elle pense sans cesse à cet événement, en parle toujours, en rêve toutes les nuits. Elle se souvient de tout dans les moindres détails : la couleur des yeux de son agresseur, la sensation du canon du revolver sur sa tempe... « C'est comme si mon corps l'avait vécu, mais que je ne l'avais pas vécu mentalement, dit-elle. J'ai l'impression que lorsque je l'aurai vécu mentalement, je serai guérie. » Un jour, après un long silence, elle dit : « Je vais vous dire quelque chose de complètement fou. J'ai vécu l'horreur, l'enfer. Et pourtant, *j'ai presque envie que ça recommence...* »

Si ça recommence, si l'événement se reproduit, cette femme pourra alors anticiper, se préparer, atténuer l'impact traumatique, et ainsi symboliser l'expérience et s'en dégager. C'est un des paradoxes auxquels conduit la clinique des traumatismes : pour s'en dégager, il faut que ça se répète, il faut que ça se représente, dans tous les sens du terme, c'est-à-dire que ça se présente une deuxième fois et que ça puisse être représenté, pensé et subjectivé. Plus précisément, la clinique des traumatismes nous montre que l'événement traumatique, pour être subjectivé, se répète dans certaines conditions, et fragment par fragment. La psyché ne peut travailler et intégrer l'événement traumatique qu'en le divisant, de sorte que son impact global soit suffisamment atténué.

Les expériences traumatiques peuvent avoir une source externe ou interne. Elles peuvent concerner des situations réelles ou des scénarios fantasmatiques, des objets du monde concret ou des objets du monde interne. Freud considère comme traumatiques non seulement des événements réels, mais aussi des événements psychiques : l'angoisse, les souvenirs, les fantasmes. Tout événement qui produit des affects pénibles, comme la frayeur, l'anxiété ou la honte, peut agir à la façon d'un « choc psychologique » (Freud, 1893). Le souvenir de l'événement traumatique agit à la manière d'un « corps étranger » interne qui, même longtemps après l'événement, continue à produire ses effets. L'événement passé est donc toujours actuel, le souvenir agit comme un événement actuel.

On sait qu'après l'abandon de la *Neurotica* en 1897, c'est-à-dire après l'abandon de l'étiologie traumatique des névroses, Freud s'intéresse à la réalité psychique, aux fantasmes. Il met au second plan la réalité événementielle des expériences traumatiques. Cependant, Freud ne renonce pas totalement à la théorie de l'étiologie traumatique dans la psychopathologie en général, ce qui ouvre sur tous les travaux actuels centrés sur l'impact du lien précoce à l'objet.

Le terme de traumatisme rend donc compte de situations très diverses. Il désigne des événements violents, brutaux, inattendus, désorganisateur, mais aussi toute excitation psychique, toute expérience d'altérité, toute découverte d'une réalité antagoniste avec le point de vue soutenu par le narcissisme du sujet. Certaines de ces expériences sont maturatives et d'autres toxiques. Elles n'ont donc pas la même valeur. La question du traumatisme apparaît donc comme une question éminemment complexe.

Après avoir rappelé les différentes facettes de la conception du traumatisme et de l'après-coup chez Freud, j'évoquerai quelques travaux actuels autour de la notion de détresse

¹ Psychologue, professeur de psychopathologie clinique, université de Lyon ; psychanalyste, SPP.

du bébé. J'ouvrirai alors une perspective du côté de l'approche psychosomatique avec une situation clinique marquée par un effondrement dépressif et l'apparition d'un cancer.

Le traumatisme dans la psychopathologie selon Freud

Je vais d'abord parcourir brièvement le trajet de Freud afin d'éclairer non pas plusieurs théories du traumatismes, mais différentes facettes du traumatisme, ou différents aspects du traumatisme. J'aborderai successivement les deux temps du traumatisme, la notion de traumatisme par débordement, l'effraction du pare-excitations et enfin la perte.

L'origine traumatique de la névrose est affirmée par Freud dès ses premiers travaux dans les années 1890. Freud lutte contre les théories héréditaires et dégénératives des maladies mentales qui sont en vigueur à cette époque.

Pour Freud, la névrose (en particulier l'hystérie) est consécutive à un événement traumatique. C'est la trace de cet événement qui cause la névrose : « l'hystérique souffre de réminiscence » (Freud et Breuer, 1892).

Les situations traumatiques concernent le domaine sexuel. Le symptôme névrotique (en particulier la conversion) intéresse une partie du corps choisie pour ses liens particuliers avec le traumatisme, soit qu'elle ait déjà été sollicitée à l'occasion de l'événement traumatique, soit qu'elle puisse le symboliser. Le symptôme corporel se présente ainsi comme un symbole, une mise en scène de l'expérience traumatique.

Premier aspect : les deux temps du traumatisme

Au fil de ses travaux, Freud situe le traumatisme d'origine sexuelle de plus en plus loin dans l'enfance, c'est-à-dire avant la puberté. L'événement traumatique infantile inscrit une trace psychique inconsciente qui est réveillée par un événement secondaire tardif, après la puberté.

Cet « événement accessoire » (Freud) peut être anodin mais il devient traumatique par sa connexion avec l'empreinte pathogène primaire. C'est la théorie de l'« après-coup » sur laquelle je reviendrai tout à l'heure.

Cette théorie est illustrée par le cas Emma, en 1895, dans « Projet pour une psychologie ».

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui vient consulter Freud en raison d'une phobie importante qui lui interdit d'entrer seule dans les magasins. Elle doit constamment être accompagnée, et même dans ce cas, elle ressent toujours un malaise.

Emma raconte que sa phobie a commencé à l'âge de 14 ans. Elle est entrée dans un magasin et deux apprentis présents, qui ont à peu près son âge, chuchotent en la regardant et rient. Elle est saisie par un malaise diffus et s'enfuit précipitamment.

En elle-même, la scène n'a rien de traumatique. C'est une scène banale au cours de laquelle deux jeunes gens échangent des propos à tonalité sexuelle à propos d'une jeune fille.

Freud demande à Emma de rechercher dans ses souvenirs si un autre incident ne s'est pas produit. Elle retrouve alors une scène qui date de ses 7 ou 8 ans. Elle entre dans un magasin pour acheter des bonbons et l'épicier, en riant, caresse son sexe à travers sa robe. Emma ajoute qu'elle n'a pas compris ce qui se passait, qu'elle est revenue le lendemain chez ce même épicier, et qu'il s'est produit la même chose. Par la suite, Emma a oublié cet épisode.

Il n'y a pas de traumatisme dans cette scène, même si, objectivement, le geste de l'épicier constitue une agression sexuelle. Emma n'est pas traumatisée : elle revient le lendemain, puis elle oublie l'épisode.

L'effet traumatique de la scène se produit donc en après-coup, lorsque Emma pénètre dans un magasin et que les deux jeunes gens rient en la voyant. Entre les deux scènes, il y a toute une série de ponts associatifs : le rire, le magasin, l'idée d'être seule. Le traumatisme réside ni dans l'un ni dans l'autre de ces deux épisodes mais dans la rencontre entre les deux.

Le traumatisme apparaît dans le court-circuit entre deux représentations qui prennent l'une par rapport à l'autre un sens sexuel. La première scène trouve son sens après-coup, à travers la deuxième scène qui est elle même interprétée par la première. On peut également remarquer que Emma répète une troisième fois la scène lorsqu'elle vient se confier à Freud qui, transférentiellement, joue le rôle d'un épicier viennois.

Cette théorie traumatique, incluant l'après-coup, est essentiellement dynamique. Elle va influencer toute la pratique psychanalytique et éclairer un grand nombre de situations. Elle va en particulier permettre la compréhension de la dynamique transférentielle : ce qui s'est joué ailleurs, autrefois et avec d'autres, se rejoue ici et maintenant, après-coup, avec le psychanalyste.

En 1897 Freud renonce à sa *Neurotica* à cause de certains échecs thérapeutiques, et du fait que la théorie de la séduction ramène presque chaque fois à une perversion chez le père. Ce qui suppose quand même beaucoup de pervers... S'ouvre alors le champ des fantasmes et, dans le même mouvement, l'idée de la participation du sujet dans la construction de sa pathologie.

Deuxième aspect : le traumatisme par débordement

Dans « L'esquisse pour une psychologie », en 1895, Freud explore une autre facette du traumatisme.

L'appareil psychique est soumis à un principe économique de charge et de décharge d'excitations. Le bébé qui a faim, ou qui souffre, est envahi par des quantités d'excitations qui le débordent. L'objet, « la personne bien au courant » ou « l'autre semblable » (Freud), c'est-à-dire l'environnement maternant, accomplit les gestes nécessaires pour apaiser le bébé. Il permet aux excitations de se décharger adéquatement : la mère, ou la personne qui en tient lieu, donne le sein ou le biberon, console, prend dans les bras ou berce. Elle accueille les excitations du bébé et conduit à une expérience de satisfaction.

Lorsque la décharge des excitations ne se produit pas, ou lorsqu'elle ne se produit pas dans de bonnes conditions, par absence ou par inadéquation de l'objet, l'appareil psychique est soumis à des excitations qui le débordent de l'intérieur. C'est une conjoncture traumatique dans la mesure où le lien entre excitation, pulsion et objet ne se réalise pas.

De ce point de vue, l'excitation ressentie par Emma lors des rencontres avec l'épicier ne trouve aucune possibilité de décharge adéquate. La décharge n'intervient qu'après coup, mais de façon alors inadéquate, lors de la rencontre fortuite avec les deux apprentis.

Troisième aspect : l'effraction du pare excitation

Les situations traumatiques consécutives à la première guerre mondiale, combinées à ses travaux sur les complexités du deuil et de la mélancolie, vont permettre à Freud d'aborder un troisième aspect du traumatisme.

En 1920, il souligne que les situations traumatiques impliquent une déchirure étendue du pare excitation. Ce qui fait précisément traumatisme c'est l'état d'impréparation de la psyché.

Freud observe que la névrose traumatique apparaît lorsque le sujet n'a pas été gravement blessé mais seulement bousculé par exemple par une explosion, ou une situation accidentelle, alors qu'il n'était absolument pas préparé à ce qui allait advenir.

Freud observe également que les névroses traumatiques se présentent toujours sous la même forme : les sujets revoient constamment le moment de l'accident, de l'attentat ou de

l'explosion. Ils présentent des troubles du sommeil et leur vie tant professionnelle qu'affective est saccagée.

Freud avance l'idée que la répétition de la situation traumatique - à travers les rêves ou le souvenir obsédant de la scène traumatique - est en réalité une tentative de guérison. Le sujet traumatisé essaye de revenir en arrière, de remonter le temps pour se préparer au traumatisme, pour se guérir de l'état d'impréparation dans lequel il se trouvait au moment du traumatisme. C'est précisément cet aspect que la vignette clinique présentée au début de cet exposé met en avant : pour guérir, il faut répéter.

Quatrième aspect : la perte

En 1926, dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, Freud s'interroge sur les causes profondes de l'angoisse. Il se distingue de Rank qui avance l'hypothèse d'un traumatisme de la naissance comme modèle de toute angoisse. Freud avance l'idée que l'angoisse fondamentale chez l'être humain est l'angoisse de perte.

Dans tous les cas la perte de l'objet ou la perte de l'amour de l'objet créent une situation de déséquilibre profond chez le sujet. Ses régulations en terme de conduites d'attachement, de décharge des excitations et de partage d'affect sont brutalement interrompues. Il ne se produit plus rien là où il se produisait habituellement quelque chose. Je pense entre autres aux situations qui relèvent de la configuration décrite par A. Green comme « complexe de la mère morte ». Je pense également à toutes les conjonctures de haine ou de disqualification qui impliquent une profonde blessure narcissique et une distorsion psychique gravissime telles que Maurice Berger (2008) les décrit dans son livre sur la violence extrême chez les enfants.

Ce quatrième aspect du traumatisme met l'accent sur la perte, que ce soit par disparition, inadéquation ou disqualification de l'objet. Le débordement interne d'excitations est la conséquence de la perte mais l'accent porte ici sur la défaillance, par excès ou par défaut, de l'objet.

A travers les quatre points de vue que je viens de retracer globalement, le traumatisme combine une dimension temporelle, un afflux d'excitations ingérables, une position d'impréparation et une inadéquation environnementale. Dans tous les cas, l'impact traumatique dépasse largement les capacités de liaison psychiques du sujet dans la mesure où la psyché est en état d'impréparation, que ce soit du fait de ses faibles capacités ou de la surprise.

L'après-coup

L'après coup est systématiquement référé à la notion de traumatisme qui, dans la perspective psychanalytique, se déroule toujours en deux temps.

Freud considère dès le début que le sens et l'effet traumatiques d'un traumatisme sexuel, subi dans l'enfance ou la petite enfance, n'apparaissent qu'après-coup, après la puberté, lors d'une seconde situation plus ou moins traumatique ou plus ou moins anodine.

Ce modèle émerge en 1895 à partir du cas Emma. Il peut toutefois être généralisé et s'appliquer aux névroses traumatiques, comme les névroses de guerre (1919). Dans ces situations, rien n'empêche de penser que l'événement extérieur constitue le second temps du traumatisme, qu'il réveille un événement antérieur, et réactive une menace interne, la peur d'un ennemi intérieur, une terreur infantile jusque là silencieuse et enfouie.

Dans la perspective de Freud, c'est toujours le réchauffement ou le réveil de traumatismes antérieurs non élaborés, non dépassés, non intégrés, non symbolisés qui caractérise le traumatisme.

Ce modèle risque cependant de déconsidérer l'impact des événements actuels, et de

disqualifier leur valeur traumatique propre dans la mesure où cette valeur ne leur est globalement conférée que par leur rencontre avec une situation traumatique antérieure.

Les travaux de l'équipe de traumatologie de la Tavistock Clinic de Londres (C. Garland, 1998) proposent une variante de ce modèle classique de l'après-coup, et donc du traumatisme.

Le traumatisme actuel est défini comme un bouleversement qui affecte le rapport du sujet à ses objets internes et à ses objets externes. Le traumatisme produit une perte de confiance dans un monde prévisible et dans la fonction protectrice des bons objets, internes et externes. Cette perte de confiance conduit à la résurgence des peurs primitives de la cruauté et de la force des mauvais objets. L'effondrement consécutif au traumatisme concerne non seulement le fonctionnement de l'appareil psychique, mais il concerne aussi la signification, le sens des choses et du monde. La capacité du moi de s'appuyer sur l'« angoisse signal d'alarme » est ainsi perdue.

Le sujet, confronté à une expérience traumatique désorganisatrice, s'efforce de transformer l'événement en une expérience reconnaissable, familière. C'est alors que l'événement présent est imprégné, investi, d'une signification venue du passé. Dans la conception de Freud, l'événement actuel n'est traumatique que par son lien avec un événement ancien qu'il vient réactiver. Dans la conception proposée par C. Garland, l'événement actuel est traumatique en soi et il implique une perte du sens. L'appel au passé, l'investissement de l'actuel par le passé pour fonction de donner un sens.

Le sujet tente de donner au traumatisme actuel une forme reconnaissable, familière, en attirant des expériences passées, en faisant appel à des expériences connues pour donner une forme et un sens à l'expérience actuelle, afin qu'elle puisse être liée, intégrée.

La détresse et ses destins psychosomatiques

J'aborde maintenant une dimension à la fois plus spéculative, et plus clinique, en appui sur quelques travaux récents aux confins des neurosciences et de la psychanalyse. Ces conceptions, ou ces hypothèses, rappellent les travaux de Rank (1924) sur le traumatisme de la naissance. On se souvient qu'après avoir été séduit par cette hypothèse qui fait de la naissance la source de toute angoisse, Freud déplace l'émergence de l'angoisse du côté de la perte d'objet et de la séparation. C'est le fond de son argumentation en 1926 dans *Inhibition, symptôme et angoisse*.

La détresse, la trace et le lien

François Ansermet (2008), à l'occasion du colloque « Dépression du bébé, dépression de l'adolescent » qui s'est tenu en mars 2008 à Paris, propose une hypothèse directement liée à la question du traumatisme.

Je résume brièvement son argumentation.

L'inachèvement de l'humain, c'est-à-dire la néoténie spécifique à notre espèce, conduit à envisager le moment de la naissance du petit humain comme un moment de détresse. Les multiples stimuli tant internes qu'externes submergent le nouveau-né qui ne peut sortir de cet état de détresse que par l'intermédiaire de « l'autre semblable », comme Freud le désigne en 1895. C'est l'action de l'autre qui permet à la fois la décharge des excitations et le passage du déplaisir au plaisir.

L'hypothèse de François Ansermet est que ce passage, cette décharge, impliquent une trace qui associe une représentation à un état somatique, à un émoi, à un plaisir qui relève de la cessation d'un état de déplaisir.

Nous connaissons aujourd'hui les manifestations d'un état de détresse chez le nourrisson à travers les apnées, les tachycardies ou les perturbations du rythme veille

sommeil. L'être humain, le bébé en particulier, ne peut pas s'en sortir tout seul. Nous avons besoin de l'intervention d'un autre pour permettre la décharge adéquate de l'excitation et le passage du déplaisir au plaisir. Le premier cri constitue ainsi le modèle de l'entrée dans le monde vivant, et dans l'univers psychique, car ce cri, par la réponse qu'il reçoit, devient appel à l'autre.

On retrouve ici la question du traumatisme par effraction interne, par débordement, tel que Freud le conçoit dès 1895, mais aussi l'impératif de la réponse de ce qui n'est pas encore un objet à ce moment mais qui le devient par sa réponse même.

Il faut ici différencier l'angoisse et la détresse. L'angoisse est une protection contre la détresse, elle est le résultat d'une élaboration dans la mesure où elle est attendue de quelque chose. La détresse renvoie au vide, à ce que François Ansermet désigne comme une « attente sans attente », sans hallucination d'une quelconque satisfaction.

C'est en ce point que se pose la question des traces de cette expérience de détresse initiale.

L'intervention de l'autre, répétée tout au long des premiers temps de vie, laisse évidemment une trace dont on repère les transformations et les effets à travers la constitution des autoérotismes et de la plasticité identificatoire requise pour le travail de deuil inhérent au développement de l'autonomie. Vivre, c'est se transformer sans cesse, se remodeler et conserver suffisamment d'espoir dans l'avenir.

L'hypothèse de François Ansermet est que la détresse initiale, si elle n'est pas reçue adéquatement, ne laisse pas de trace ou, plus exactement, produit une trace de non trace. Cette trace de non trace, cette trace négative, se répète à chaque boucle du développement. L'état de détresse, l'état biologique de détresse, est donc susceptible d'être constamment réactivé. On est proche ici des conceptions défendues par René Roussillon avec son hypothèse du traumatisme perdu.

François Ansermet rejoint les travaux issus de la neurobiologie et des neurosciences. Quel est le destin de cette absence de trace ? Comment ces expériences de détresse primaire, et les états somatiques qui leur sont associés, sont-ils conservés ?

Les neurobiologistes distinguent deux formes de mémoires. La mémoire amygdalienne, implicite, liées aux émotions, en connexion étroite avec les noyaux neurovégétatifs, et la mémoire hippocampique, déclarative, liée aux souvenirs explicites des expériences émotionnelles.

Dans l'hypothèse développée par François Ansermet, le traumatisme précoce impliqué par l'inadéquation de la réponse de l'objet à la détresse consécutive à la naissance, s'inscrit dans le système amygdalien mais sans inscription hippocampique. On a une mémoire de l'émotion sans mémoire de l'événement, c'est à dire un état somatique sans représentation.

Le sujet abrite donc un état somatique sans trace psychique, un état somatique associé à une absence de trace.

Cette mémoire amygdalienne, étroitement liée aux états neurovégétatifs, apporte une contribution non négligeable à l'approche psychosomatique. Cet état de détresse se répète tout au long de la vie tant qu'il ne trouve pas de réponse, c'est-à-dire une forme d'inscription au sein d'un dispositif adéquat. On rejoint pleinement les considérations de Freud sur la compulsion de répétition.

Je vais maintenant illustrer cette perspective à partir de l'histoire de Mr. B.

Le cancer de Mr B

Cette situation clinique est issue d'un travail avec un médecin généraliste.

La rencontre

Mr. B, 54 ans, prend pour la première fois rendez-vous avec un médecin généraliste en raison d'une goutte de sang découverte dans son slip. Le cabinet du médecin est situé au rez-de-chaussée et il a donc l'occasion de voir se garer, devant sa porte, et au milieu du trottoir, un 4x4 rutilant.

Mr. B porte allègrement ses 90 kg. C'est un homme d'excès : excès pondéral, hypertension, hypercholestérolémie, tabagisme systématique et alcool. Il se montre d'emblée familier avec le médecin, sûr de lui, et met en avant une décontraction sportive.

Marié, père d'une fille de 23 ans, il est dans les affaires. Tout marche, dit-il, « comme sur des roulettes ». Il n'a aucun problème économique. Il habite une belle maison à la périphérie de la ville et les quelques douleurs ponctuelles du dos et de l'épaule dont il se plaint n'altèrent pas sa pratique assidue du golf.

D'emblée, le médecin éprouve une bouffée d'antipathie pour cet homme avenant. Est-ce le 4x4 luxueux garé au milieu du trottoir, la drague appuyée qu'il entreprend avec la secrétaire, ou le fait qu'il semble partout chez lui ? En tous cas, pendant près de 5 ans, le médecin va suivre l'état de santé de Mr. B.

Il lui prescrit régulièrement des régimes que Mr. B ne met jamais en œuvre et l'incite à modérer sinon interrompre sa consommation de tabac. Sans succès. Par chance, dit le médecin, le diabète ne pointe pas le bout de son nez dans le tableau clinique. La goutte de sang dans le slip est vite oubliée, Mr. B est rassuré par une visite chez un urologue recommandé par le généraliste. Le médecin n'apprécie pas trop ce patient, trop sûr de lui, avec cette pointe d'arrogance qui le caractérise. Et pourtant, il le suit, comme on dit, régulièrement et attentivement.

L'effondrement dépressif

Cinq ans passent et un jour Mr. B arrive chez son médecin, décomposé. Il pleure. Il ne parvient plus à se concentrer. Il n'arrive presque plus à conduire, il n'a plus le courage de téléphoner. Il tourne en rond, il fuit son bureau. Il présente même une véritable phobie du courrier électronique : il ne lit plus ses mails. Il dort mal et boit plus d'un litre de vin par jour. Il a grossi et sa libido est en chute libre.

Il dit que sa vie s'effondre à la suite d'une crise professionnelle de trop. Jusque là, il s'en est toujours sorti : cette fois, il n'arrive pas à remonter la pente. Il n'a plus la « niaque ». Sa fille vient d'être licenciée et veut partir faire le tour du monde. Pas un mot sur sa femme.

La vague antipathie que le médecin éprouve pour cet homme se retourne comme un gant. Il se sent sollicité, touché par la détresse de Mr. B, et lui prescrit d'emblée, devant le tableau dépressif majeur, des antidépresseurs. Simultanément, le médecin suggère un arrêt drastique de l'alcool. Il propose à Mr. B de l'appeler quotidiennement au téléphone. Lorsqu'il me raconte cet épisode, le médecin est encore surpris par l'intensité de sa réaction.

À partir de là, Mr. B s'enfonce de plus en plus dans la dépression. Après quelques essais infructueux de reprise de son activité professionnelle, il « retombe dans le trou ».

Incapable de contrôler le processus en cours, le médecin oriente Mr. B vers un psychiatre. Plus d'un an et demi après le début de la dépression, et la prise en charge par un spécialiste, le tableau clinique n'a guère évolué. Le médecin se sent toutefois soulagé d'être relayé par un spécialiste qui, manifestement, tâtonne au moins autant que lui.

Mr. B poursuit ses visites chez le généraliste. Il est donc doublement pris en charge. Incapable de reprendre son travail, il se retrouve au cœur d'une tourmente judiciaire qui, pendant quelques temps, lui redonne un peu de dynamisme. Mais au bout du compte, il perd pratiquement tout. Il a 60 ans. Sa fille est partie faire le tour du monde. Il ne parle pas davantage de son couple. Le médecin redoute l'apparition d'idées suicidaires. Mr. B ne parvient pas à sortir de la tourmente dépressive dans laquelle il se débat depuis deux ans.

Le cancer

C'est alors qu'une dysphagie motive une consultation chez un gastroentérologue. Le diagnostic tombe rapidement : carcinome épidermoïde du tiers proximal de l'œsophage. C'est Mr. B qui apporte la nouvelle à son médecin généraliste. La prise en charge est rapide et lourde : radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie.

Le médecin voit donc son patient s'éloigner, pris en charge par les spécialistes. Il se demande ce qu'il doit faire. Doit-il se faire discret, éviter de surcharger le patient avec des consultations supplémentaires, mais au risque de paraître indifférent ou doit-il, fort de son rôle primordial de médecin généraliste, proposer des rendez-vous itératifs, au risque de médicaliser davantage l'existence de Mr. B ?

Finalelement, Mr. B rend régulièrement visite à son médecin, pour des moments de conversation. Ils parlent de la maladie, de leurs incertitudes communes face à ce cancer, et le médecin se transforme en psychothérapeute. Lorsqu'il part en vacances, le médecin adresse régulièrement une carte postale à Mr. B.

Il ne sera plus jamais question de dépression. Le combat contre le cancer, au bout de plusieurs années, débouche sur une rémission. Le patient reprend quelques affaires immobilières. Les 4x4 ne sont plus de mise. Les contrôles oncologiques se succèdent, tous rassurants.

Habituellement le médecin constitue un petit dossier, propre à chaque patient, dans lequel il note les principaux événements de vie. Là, pendant plusieurs années, il n'y a rien. Il met cela sur le compte de l'antipathie ressentie pour Mr. B durant les cinq années du suivi médical précédant la dépression.

La vie de Mr. B

Mr. B, raconte sa vie au cours de sa maladie, à l'occasion des rencontres régulières avec le médecin généraliste. Je vous en livre quelques éléments.

Mr. B est né dans un quartier populaire de la ville. Il est enfant unique. Son père abandonne l'usine pour vendre des fruits et des légumes sur les marchés alors que Mr. B a quatre ou cinq ans. Mais les affaires tournent rapidement mal et les fins de mois sont très difficiles. Mr. B se souvient qu'il partait le samedi et le dimanche avec ses parents sur les marchés de la région dès cinq heures du matin. Il se souvient aussi qu'il fallait pousser la charrette à légumes dans les rues en pentes de la ville.

La famille était peu chaleureuse : il fallait vivre. Par la suite, le parcours scolaire se déroule sans accroc majeur. Très vite, dès l'âge de 18 ans, Mr. B organise son indépendance économique. Il quitte le domicile de ses parents et il vit seul. Après un court passage à l'université, Mr. B se lance dans les affaires immobilières où il gagne rapidement, et confortablement, sa vie.

Il a 21 ans lorsque sa mère meurt dans un accident de voiture. A trente ans, il rencontre sa future femme et l'épouse. Une fille unique naît de ce couple. La vie de famille est présentée comme sans nuage, même si Mr. B admet un certain nombre d'aventures extra conjugales.

Traumatisme, détresse et lien

L'histoire de Mr. B suggère quelques hypothèses en lien avec la question du traumatisme, de la détresse et leurs destins psychosomatiques. On peut repérer, à partir du récit de Mr. B, mais aussi à partir des enjeux du lien entre Mr. B et son médecin, un certain nombre de pistes.

Un premier point tourne autour de la honte. L'arrogance, le 4x4 garé au milieu du trottoir, la décontraction excessive, rendent compte d'un *retournement-exhibition* de la honte (Ciccione et Ferrant, 2008). Derrière ce déploiement de richesses, il y a le petit garçon qui

traverse honteusement les rues de la ville en poussant la charrette. C'est à cette arrogance de façade que réagit le médecin par une contre attitude faite d'antipathie. Cette antipathie abrite cependant autre chose : le médecin ne coupe pas les ponts avec Mr. B. Il s'occupe de lui et il essaye de l'aider. Contre transférentiellement, c'est-à-dire inconsciemment, derrière la contre attitude teintée d'antipathie, on peut faire l'hypothèse que le médecin perçoit la détresse de l'enfant masquée par l'arrogance de l'adulte.

Un deuxième facteur est repérable dans les situations de bouleversement économique qui se répètent dans la vie du patient. Le père réalise de mauvaises affaires, entraînant la famille dans une situation de relative précarité. La mère meurt brutalement alors que le patient est âgé de 21 ans. Ensuite une succession d'échecs dans les affaires de Mr B. conduisent à l'effondrement dépressif. Enfin, un cancer est diagnostiqué.

Le choc traumatique le plus violent intervient avec l'échec professionnel de Mr. B qui voit s'effondrer tout son système de vie. Il perd confiance en lui, dans son monde interne - il dit qu'il a « perdu sa bonne étoile » -, il perd confiance dans le monde et dans son entourage. Sa fille s'en va, et c'est un élément assez lourd dans le tableau car jamais il ne mentionne sa femme comme appui.

Les différentes dimensions de l'après-coup évoquées plus haut - la dimension classiquement freudienne, avec le retour de situations traumatiques antérieures, et la dimension développée par l'équipe de la Tavistok qui suppose que le passé est convoqué pour éclairer le présent en le rendant familier -, permettent de comprendre un peu ce qui se passe pour Mr. B.

L'échec professionnel actuel convoque, ou réactive, au moins deux situations anciennes.

La première situation concerne le monde familial, alors que Mr. B est âgé de cinq ans. Le pont associatif entre les deux scènes est évident avec le thème de l'échec de l'entreprise.

La seconde situation implique la mort de la mère. Mr. B ne parle jamais de sa mère. Il ne dit pas ce que cette disparition brutale a provoqué en lui mais nous savons qu'entre le décès accidentel de la mère et l'entrée dans une vie de couple, 10 ans passent, dont Mr. B ne dira jamais rien.

On repère un fil associatif autour du thème de la voiture : charrette, accident d'auto, et 4x4 luxueux. Le 4x4 ce n'est pas seulement le *renversement-exhibition* de la charrette poussée dans les rues, c'est aussi la protection contre l'accident. Le 4x4 montre que l'accident est toujours en train de se produire et qu'il faut s'en protéger, se protéger contre son retour. On peut donc légitimement penser que l'effondrement dépressif contient simultanément le traumatisme infantile liée à la précarité et le traumatisme consécutif au brutal décès de la mère.

Cette première ligne de compréhension ne rend toutefois pas compte de l'ensemble du tableau. Elle ne permet pas de saisir pourquoi Mr. B ne parvient pas à sortir plus tôt de la dépression. Je suis donc conduit à proposer une perspective plus large.

Le tableau dépressif présenté par Mr. B doit être entendu dans toute sa profondeur. Daniel Widlocher (2008) envisage la dépression dans une approche psychosomatique. L'immobilité du corps, sa raideur, sa lourdeur, ne sont pas seulement les effets de la tristesse du sujet, mais l'expression même d'un état biologique spécifique. Daniel Widlocher rapproche cet état de la dépression anaclitique du bébé décrite par Spitz (1965) et Bowlby (1969).

Le cancer, en lien avec différents excès, surgit dans ce contexte d'effondrement psychobiologique. Comment comprendre qu'à partir du moment où le cancer se déclare la dépression disparaît ? On serait tenté de proposer le paradoxe suivant : le cancer guérit Mr. B de sa dépression en donnant une forme à son état de détresse biologique.

La clinique nous conduit classiquement à observer que les états hypocondriaques sont solubles dans la maladie réelle. De la même façon - Freud ne se prive jamais de le souligner -,

de nombreux états névrotiques sont également solubles dans un conflit social ou dans la maladie. Avec Mr. B, c'est un autre type de contexte qui apparaît.

Pour cela, il faut revenir aux enjeux transféro - contre transférentiels du lien entre Mr. B et son médecin.

J'ai souligné que la contre attitude teintée d'antipathie immédiatement éprouvée par le généraliste vis-à-vis de Mr. B est liée au *renversement-exhibition* de la honte infantile.

L'arrogance de Mr. B est en effet défensive. Derrière la contre attitude du médecin, derrière cette réaction manifeste, le mouvement contre transférentiel est suffisamment positif puisque le médecin s'occupe, voire se préoccupe, de la santé de Mr. B pendant les cinq années qui précèdent l'effondrement dépressif. Cinq ans : c'est à peu près le temps évoqué par Mr. B entre sa naissance et l'effondrement professionnel du père.

On ne saura jamais si les choses se sont passées ainsi, mais je prends le risque de rêver, voire de délirer, en vous proposant une construction.

Mr. B est né dans le cabinet du médecin avec fracas : 4x4 garé en travers du trottoir, Mr. B prend tout de suite de la place ; il occupe l'espace avec une certaine faconde.

Un bébé arrive au monde, peut-être un peu de travers, un bébé peut-être un peu trop gros, un bébé qui prend de la place, avec ses cris et ses exigences de nourrisson.

On prend en charge ce bébé, un peu par devoir, comme le médecin qui fait son travail. Le bébé n'est pas négligé mais il est souvent seul parce que chez ces gens-là, comme dit la chanson, il faut qu'on se débrouille, qu'on grandisse vite. On n'a pas de temps pour s'occuper de ce qu'on disqualifie en termes d'états d'âme. Certains états du bébé ne sont peut-être pas reflétés, échoisés, transformés.

En termes neurobiologiques, on peut dire que la détresse primaire inscrite dans la mémoire amygdalienne, neurovégétative, ne trouve pas d'écho dans la mémoire hippocampique. Dans le termes de Bion, l'objet ne lie pas suffisamment les états internes du bébé : les éléments bêta ne sont pas suffisamment transformés en éléments alpha. Ou, dans les termes de Freud, travaillés par René Roussillon dans une perspective élargie, on peut dire que l'ombre de l'objet tombe sur le moi et sur le corps.

On est donc tenté de penser que le cancer est l'occasion d'une mise en forme de la détresse primaire convoquée par l'effondrement dépressif global. Aussi paradoxal, voire aussi choquant que cela puisse paraître, le cancer est une chance pour Mr. B. Il est l'occasion d'actualiser une détresse première irréprésentée, de la construire, de lui apporter les réponses et les traitements, au sens global du terme, qu'elle nécessite.

Mr. B s'en est toujours sorti tout seul, en comptant sur ses seules forces, en construisant une vie qui est à la fois retournement des traumatismes infantiles et protection contre leur retour. C'est une vie avec du trop, avec de l'excès. Mr. B tire sur la corde parce qu'il y a toujours, obscurément, un besoin non satisfait, un vide ou un creux, non éprouvés comme tels, mais présents et actifs.

Les liens affectifs restent toujours au delà de cette zone obscure : les liaisons extra conjugales agissent l'insatisfaction éprouvée au sein du couple. La seule personne en appui, qui est aussi celle par qui une part de l'effondrement dépressif va s'engager, est sa fille. La fille de Mr. B c'est peut-être sa propre partie infantile à réparer, à guérir.

Quelques remarques pour conclure.

L'ensemble de cette histoire clinique se déroule sur plus de douze ans. Cinq ans de suivi médical, deux ans environ de dépression, cinq ans de prise en charge du cancer.

La question de la causalité est hors de propos. Nous sommes plutôt confrontés à l'idée de contexte, de nécessité propre à l'humain d'une mise en forme, d'une construction, d'une reprise de ce qui n'a pas été suffisamment lié à un moment ou l'autre du développement psychobiologique. On peut dire que le cancer permet à Mr. B de vivre quelque chose qui, jusque là, n'avait jamais été éprouvé.

Il est probable que cette situation clinique résulte au moins partiellement de la rencontre entre deux hommes : le médecin et Mr. B. Quelque chose circule entre eux, à leur insu. L'enjeu transféro - contre transférentiel fonctionne comme matrice au sein de laquelle l'histoire de Mr. B peut se rejouer. Dans ce contexte spécifique, on peut considérer que le cancer de Mr. B est une aubaine. On est alors très proche des considérations de Winnicott (1974) sur la crainte de l'effondrement.

Enfin, nous sommes apparemment loin de l'étiologie sexuelle des névroses, telle que Freud la propose au début de ses travaux. Nous sommes apparemment loin d'une source fantasmatique articulée aux fantaisies sexuelles infantiles. A priori, le sexuel n'a pas grand chose à voir dans l'histoire de Mr. B.

Cette situation montre toutefois ce qui peut se produire lorsque le sexuel n'est pas suffisamment construit à partir du lien avec l'objet primaire mais qu'il est majoritairement dédié à la suture du traumatisme, à la cicatrisation forcée après-coup de la détresse originaire.

Ce qu'on appelle justement les *liaisons* extra conjugales jouent un rôle de point de suture. La plupart du temps, ces *liaisons* viennent en complément pour le sexuel en tant que tel. Elles offrent une espace à ce qui, dans la sexualité conjugale, ne prend pas suffisamment en compte le sexuel infantile dans sa polymorphie. Mais dans d'autres situations ces *liaisons* disent, ou incarnent, la fonction suturante du sexuel. Le sexuel passe alors sous la domination d'un impératif défensif. Il faut lier coûte que coûte, et le sexuel est un excellent agent de liaison. On le voit, entre autres, dans les problématiques fétichiques qui sont des sutures après-coup de traumatismes précoces.

Dans l'histoire de Mr. B on repère ces enjeux à travers la multiplication des plaisirs polymorphes : la nourriture, l'alcool, les vêtements, la faconde, la drague des secrétaires, le gros 4x4, la « niaque », la possession, le golf. Sa femme, comme personne, ne compte pas. Le sexuel de Mr. B est un sexuel *de* miettes et *en* miettes.

La formule de Freud (1917) - l'ombre de l'objet tombe sur le moi - trouve alors toute sa pertinence clinique. L'état de détresse biologique non lié, non traité par l'autre semblable, non tramé par l'objet, mais mal ficelé par un sexuel émietté, scelle le destin psychosomatique du sujet, au moins partiellement, jusqu'à ce que la rencontre fortuite avec un autre semblable ouvre les conditions de possibilité d'une écriture et d'une invention de sa vie.

BIBLIOGRAPHIE

- ANSERMET F. (2008), « Dépression ou détresse du nourrisson ? », in *Le Carnet Psy*, 129, p. 31-34
- ANSERMET F., MAGISTRETTI P. (2004), *A chacun son cerveau, Plasticité neuronale et inconscient*, Paris, Odile Jacob
- BERGER M. (2008), *Voulons nous des enfants barbares ?*, Paris, Dunod
- BOWLBY J. (1969), *L'attachement*, trad. fr. Paris, PUF, 1978.
- CICCONI A., FERRANT A. (2008), *Honte, Culpabilité, Traumatisme*, Paris, Dunod
- FERENCZI S. (1932), *Journal clinique*, trad. fr., Paris, Payot, 1985.
- FERENCZI S. (1933), « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », trad. fr., in *Psychanalyse 4*, Paris, Payot, 1982, p. 125-135.
- FERENCZI S. (1934), « Réflexions sur le traumatisme », trad. fr., in *Psychanalyse 4*, Paris, Payot, 1982, p. 139-147.
- FREUD, S. (1887-1904), *Lettres à Wilhelm Fliess*, Paris, PUF, 2006.
- FREUD S. (1892-1893), « Un cas de guérison hypnotique avec des remarques sur l'apparition de symptômes hystériques par la "contre-volonté" », trad. fr., in *Résultats, idées, problèmes, I*, Paris, PUF, 1988, p. 31-43.
- FREUD S. (1893), « Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques », trad. fr., in *Résultats, idées, problèmes, I*, Paris, PUF, 1988, p. 45-59.
- FREUD S. (1894), « Les névropsychoses-de-défense », trad. fr., in *OCF-P III*, Paris, PUF, 1989, p. 1-18.
- FREUD S. (1895), « Projet d'une psychologie », trad. fr., in *Lettres à Wilhelm Fliess*, Paris, PUF, 2006, p. 593-693.
- FREUD S. (1896a), « L'hérédité et l'étiologie des névroses », trad. fr., in *OCF-P III*, Paris, PUF, 1989, p. 105-120.
- FREUD S. (1896b), « Nouvelles remarques sur les névropsychoses-de-défense », trad. fr., in *OCF-P III*, Paris, PUF, 1989, p. 120-146.
- FREUD S. (1896c), « Sur l'étiologie de l'hystérie », trad. fr., in *OCF-P III*, Paris, PUF, 1989, p. 147-180.
- FREUD S. (1915-1917), *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, trad. fr. in *OCF-P XIV*, Paris, PUF, 2000, p. 1-480.
- FREUD S. (1915), « Deuil et mélancolie », trad. fr., in *OCF-P XIII*, Paris, PUF, 1994, p. 259-278.
- FREUD S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, trad. fr., in *OCF-P XV*, Paris, PUF, 1996, p. 273-338.
- FREUD S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, trad. fr., in *OCF-P XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 203-286
- FREUD S. (1939), *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, trad. fr., Paris, Gallimard, 1986.
- FREUD S., BREUER J. (1892), « Le mécanisme psychique de phénomènes hystériques », trad. fr., in Freud et Breuer, *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1978, p. 1-13.
- FREUD S., BREUER J. (1895), *Études sur l'hystérie*, trad. fr., Paris, PUF, 1978.
- FREUD S. - FERENCZI S. (1920-1933), *Correspondance*, tome III, trad. fr., Paris, Calmann-Lévy, 1996.
- GARLAND C. et al. (1998), *Comprendre le traumatisme : une approche psychanalytique*, trad. fr., Larmor-Plage, Le Hublot, 2001.
- RANK O. (1924) *Le traumatisme de la naissance : influence de la vie prénatale sur l'évolution de la vie psychique individuelle et collective*, Trad. fr. Paris, Payot, 1928
- ROSENFELD D. (1985), « Identification and its Vicissitudes in Relation to the Nazi Phenomenon », *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 67, part 1, p. 53-64
- ROUSSILLON R. (2008), *Le Jeu et l'entre je(u)*, Paris, PUF
- SPITZ R. (1965), *De la naissance à la parole*, trad. fr. Paris, PUF, 1968
- TUSTIN F. (1986), *Le trou noir de la psyché*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 1989.
- TUSTIN F. (1990), *Autisme et protection*, trad. fr., Paris, Le Seuil, 1992.
- WIDLOCHER D. (2008), « Stupeur et figures dans la dépression » in *Le carnet Psy*, 129, p. 21-25
- WINNICOTT D-W. (1974), « La crainte de l'effondrement », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 11, 1975, p. 35-44