



## Atteintes du corps psychique en oncologie

### Infringements of the Psychic Body in Oncology

M.-F. Bacqué

© Lavoisier SAS 2017

#### Être attentif à l'expérience subjective du corps des patients atteints de cancer

La priorité en oncologie est donnée au corps malade. C'est une évidence. Cependant, si oncologues et soignants font passer en premier le soin du corps défaillant des patients, l'approche psycho-oncologique est aussi centrée sur le corps du patient, mais *le corps tel qu'il figure dans le discours des patients*. Ce corps est souvent l'objet des premières expériences de déréalisation, parfois de sensations quasi hallucinatoires et encore de phénomènes anesthésiques inquiétants qui troublent profondément l'état psychique des patients pendant et même après leurs traitements.

#### Un corps psychique déséquilibré

Nous appellerons « corps psychique » toutes les expériences corporelles vécues sur le plan psychique. Ces expériences sont fondatrices chez le petit humain, à partir de l'installation du schéma corporel, sur le plan neurologique, jusqu'à celle de l'image du corps (permanence de soi dans le temps, l'espace et les relations au monde) et de la représentation de soi (image de soi renvoyée par autrui).

Boutinaud fait le point sur les différentes appellations de l'image du corps [1] depuis la conceptualisation du schéma corporel par Bonnier en 1893. Il cite de Ajuriaguerra dans [2] : « *Sous le terme de schéma postural, de schéma corporel, d'image de soi, de somatopsyché, d'image du moi corporel, de somatognosie, on englobe souvent des notions qui sont considérées comme équivalentes par les auteurs* ». Nous y ajouterons la position de Federn (1952) qui distingue *moi psychique* et *moi corporel*, ce qui est simplifié par Spitz en 1958, qui évoque le *moi corps*, proto-instance du moi mise en place lors des relations précoces du jeune enfant [3,4].

Bien des auteurs conviennent qu'il s'agit au fond de toutes les représentations mentales de notre corps, même si ces représentations sont floues. À chaque fois, ces représentations psychiques de notre corps diffèrent des premières ébauches du moi dont fait partie le *moi-peau*. Le *moi-peau* décrit par Anzieu en 1985 consiste en une première délimitation inconsciente des contenus psychiques [5]. Enfermés dans le « sac » originel de la peau qui suit les variations de la croissance de l'enfant, les pensées, les affects et les émotions sont gardés à l'intérieur et ne fuient pas hors du sujet, sauf en situation de crise. Le *moi-peau* met le sujet en danger lorsqu'il est « effracté » par un traumatisme ou lorsqu'il devient poreux et laisse entrer les représentations dangereuses (anxiété pathologique) ou, au contraire, sortir les représentations inadaptées comme les interprétations projectives et hallucinatoires.

#### Quelle approche psychologique face au corps psychique éprouvé ?

Le XXXIII<sup>e</sup> Congrès de la Société française de psycho-oncologie (SFPO) a mis en évidence les différentes questions diagnostiques et thérapeutiques posées par les conséquences du cancer et de ses traitements sur le corps psychique.

Pour les oncologues, l'apaisement de la question médicale ne suffit plus, les nombreux travaux sur la qualité de vie des patients ont montré, depuis les années 1980, l'influence de l'expérience subjective du corps sur l'état de santé global.

La perception d'un trouble physique et psychique non imputable directement au cancer et à ses traitements doit faire l'objet d'une investigation. En effet, ces plaintes émanent souvent d'un mélange de difficultés somatiques à l'origine, mais qui s'avèrent précipiter et déréguler le délicat équilibre psyché-soma antérieur.

Les facteurs de dérégulation sont souvent physiques et peuvent faire l'objet de soins comme dans le cas des suites opératoires, des effets des mutilations, des conséquences de la cicatrisation. Les réparations sont elles-mêmes complexes à accepter comme dans le cas des prothèses ou des greffes. Le schéma corporel troublé va devoir se réadapter et prendra

---

M.-F. Bacqué (✉)  
Rédactrice en chef de Psycho-Oncologie  
EA 3071, université de Strasbourg, France  
e-mail : mfbacque@club-internet.fr

du temps, de l'exercice, de l'accompagnement. Nombreux sont les professionnels sollicités alors : médecins spécialisés, kinésithérapeutes, psychomotriciens.

Le psychologue va plutôt questionner la plainte : souvent large, elle englobe vaguement des fonctions précises ou des éprouvés subjectifs flous : la beauté perdue, l'harmonie enfuie, le désir disparu. La peur ... de tout : vieillir, rechuter, mourir. L'incompétence relationnelle : ne plus se sentir capable de tenir son rôle social, d'exprimer ses désirs, tout simplement de retravailler ou de reprendre ses fonctions et rôles antérieurs. Enfin, le goût de la vie perdu renvoie certes à la dépression, mais il s'agit plus de chute de l'appétence : « *avant j'avais envie de vivre, de faire des projets, aujourd'hui... rien...* ». Les patients demandent de retrouver leur identité, leur pulsion de vie, leur légèreté psychique, leur incertitude de la certitude de mourir...

Le diagnostic de corps psychique éprouvé n'est donc pas nécessairement confondu avec les troubles de l'adaptation, le psychotraumatisme de l'annonce ou les *troubles de symptôme somatique et troubles connexes* du *DSM-5* (qui remplacent les troubles somatoformes du *DSM-4*). Ce diagnostic est à l'image du sentiment de vieillissement accéléré : diffus, mais envahissant. Le fonctionnement psychique invalidé va s'avérer ici porter sur la perception interne de son corps (plus de désir, d'envie, de goût) et la perception externe renvoyée par son corps (sentiment d'être inconsistant, transparent, rejeté, plus du tout humain ou encore définitivement inhumain).

## Quel soutien psychologique ?

De nombreuses propositions dans ce numéro méritent d'être soulignées. Elles sont globales ou plus techniques, conceptuelles ou plus expérimentales.

Sous l'angle de la globalité, on adoptera le concept de *portance* d'Emmanuel de Saint-Aubert qui n'hésite pas à s'appuyer sur la phénoménologie pour expliquer sa notion de « portance existentielle » qui réside dans l'idée de s'appuyer sur un « corps qui tient bon ». Phénomène de confiance en soi, variable certes, mais aussi de confiance en l'autre, thérapeute de soi (qu'il soit chirurgien ou psychothérapeute), la portance rejoint le fantasme de continuité de soi malgré les intempéries et de force du moi étayée par le moi des thérapeutes.

Alice Polomeni développe avec génie les métaphores à l'œuvre dans les tristes effets secondaires des hémopathies malignes et de leurs traitements. La *tondue*, la *femme à barbe*, la *décharnée* et la *créature* sont les avatars de patientes qui se plaignent de leur corps altéré à des soignants

qui n'ont souvent à offrir que leur gestuelle professionnelle pour les reconforter. Elle insiste sur la place de la parole libre, s'échappant des questionnements dirigés sur la maladie pour redonner la dimension désirante à des malades réifiées (chosifiées). Oublier le regard diagnostique aigu à la recherche de nouveaux signes, pour un *regard en creux*, réceptif et ouvert à ce qui n'est pas transmis objectivement, peut faire émerger enfin une vraie relation.

Benoit Maillard, Cécile Glineur et Marie-Frédérique Bacqué proposent une intervision écrite, tirée de leur atelier. Ici deux cas de réaction psychotique et névrotique au cancer sont commentés et analysés de façon à développer les concepts de corps psychique et de traitement psychanalytique consistant à lier l'histoire du sujet à l'histoire de son corps au travers de sa narration.

Nizaar Lallmahamood, Laura Payla et ses collaborateurs de Marseille, Mélanie Desport, Alice Paillet-Caidengduerji, Nathalie Clement-Hryniewicz développent des observations cliniques qui mettent en exergue les aléas des psychothérapies au plus ou moins long cours en fonction de l'hospitalisation.

Enfin, Vanessa Charland-Verville et son équipe de Liège en Belgique développent leur pratique de l'autohypnose et de la psychothérapie par l'autobienvieillance, tandis que Carole Suzor travaille avec les Miroirs (étapes psychiques charnières de la mastectomie), Eva Kerrouault nous permet d'aborder le visage défiguré des patients atteints d'un cancer de la face. Corinne Pacher présente sa pratique originale de l'haptonomie pour que les patientes puissent regarder et toucher à nouveau leur corps meurtri et marqué par une profonde dévalorisation interne.

La richesse de ce numéro est à l'image de celle du congrès de 2016 : elle apporte des nouveautés tout comme elle montre l'évolution des concepts et des pratiques au temps de la réflexion approfondie autour du corps psychique éprouvé.

## Références

1. Boutinaud J (dir) (2016) Images du corps. Figures psychopathologiques et ouvertures cliniques. In Press, Paris
2. de Ajuriaguerra J (1969) L'enfant et son corps. In: Joly F, Labes G (eds) Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité. Éditions du Papyrus, Montreuil (2008 ; vol. 1, pp 197-215)
3. Federn P (1952, 1979) La psychologie du moi et les psychoses. Puf, Paris
4. Spitz R (1958, 1979) L'embryogenèse du moi. Éditions Complexes, Bruxelles
5. Anzieu D (1985) Le Moi-Peau. Dunod, Paris
6. DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), publié par l'American Psychiatric Association