

Les aspects psychologiques de la cicatrisation

SOMMAIRE

<u>I ECOUTER PARLER UN CORPS.....</u>	<u>P.2</u>
a. Corps anatomique et corps imaginaire.....	p.2
b. Les trois temps d'intervention : préopératoire, hospitalisation et consultation postopératoire.....	p.3
<u>II. LES ASPECTS PSYCHIQUES DE LA CICATRISATION.....</u>	<u>P.5</u>
<u>1. La plaie.....</u>	<u>p.5</u>
a. Le Moi-Peau.....	p.5
b. La plaie : fantasme d'un corps ouvert, sans limite.....	p.6
<u>2. La cicatrice : lieu d'inscription et de représentation.....</u>	<u>p.7</u>
<u>3. La cicatrisation.....</u>	<u>p.8</u>
 BIBLIOGRAPHIE.....	 p.10

Les aspects psychologiques de la cicatrisation

Ma réflexion s'appuie sur mon expérience de psychologue clinicienne dans un service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique. Je commencerai par vous présenter les missions du psychologue dans ce service avant d'aborder les aspects psychologiques de la cicatrisation dans la mesure où la réflexion que je vous livre aujourd'hui est avant tout issue de ma pratique.

IECOUTER PARLER UN CORPS

a) Corps anatomique et corps imaginaire

Dans ce service, les patients s'adressent à des chirurgiens pour parler d'un corps que la maladie ou un accident quel qu'il soit a marqué d'une manière visible et pour lequel ils viennent demander une réparation chirurgicale. La souffrance psychologique est relayée au second plan et elle est bien souvent banalisée par le patient qui la considère comme inévitablement liée à la maladie ou à son état physique et non à son histoire. Les patients qui me sont adressés sont donc, avant tout, ceux qui ont été repérés par l'équipe soignante comme étant en souffrance psychique car les *patients, eux, ont une demande qui porte sur le corps réel et la réponse attendue est, par conséquent, un acte chirurgical.*

Le médecin, lui, va agir sur le corps réel, c'est-à-dire le corps anatomique, physiologique, en qualité d'expert. Mais à côté de ce corps anatomique, existe le corps imaginaire, qui correspond aux représentations psychiques que nous avons de notre corps. Ce corps là ne s'opère pas, il n'obéit pas aux lois de la médecine et on ne peut l'appréhender qu'à partir des représentations conscientes mais aussi et surtout inconscientes que nous avons construites au cours de notre histoire. Ce corps là, c'est un corps source de plaisir ou de douleurs, en fonction de l'histoire de chacun, c'est un moyen de communication avec les autres, c'est un représentant de notre identité. *Encore une fois, l'investissement porté au corps dans son entier et à ses différentes parties est une donnée individuelle.* C'est d'ailleurs ce qui explique que les patients ne réagissent pas de la même façon quand une atteinte est faite au corps. Ainsi, une énorme balafre au visage pourra ne pas retenir plus que cela l'attention d'un patient alors qu'un autre ne pourra pas supporter une petite cicatrice laissée sur une partie du corps moins exposée.

Chaque atteinte portée au corps biologique entre en résonance avec le corps imaginaire et c'est à partir de ce postulat que travaille le psychologue. Concernant la cicatrice, on s'interrogera toujours sur ce qu'elle vient marquer et représenter pour le patient de façon consciente et inconsciente. Aussi, s'agit-il avec un patient atteint d'une maladie somatique, non pas de tenter d'expliquer la maladie par une causalité linéaire (élément psychique= maladie somatique) mais plutôt de laisser le patient donner du sens à sa maladie en utilisant les représentations qui sont les siennes. Il est important que le patient puisse s'expliquer, avec ses propres mots, ce qui est arrivé à son corps, qu'il puisse avoir un discours à lui et sur lui, différent du discours prononcé par le médecin. Chaque patient a une théorie personnelle qu'il convient d'interroger pour enlever angoisse et culpabilité mais aussi pour différencier ce qui est de l'ordre de l'imaginaire et ce qui est de l'ordre de la réalité. Certaines patientes atteintes du cancer du sein, par exemple, dans leur « théorie personnelle » pourront s'expliquer leur

maladie à partir des différentes ruptures et séparations auxquelles elles ont eu à faire face ces dernières années. C'est ce qui fera dire à une de mes patientes : « *le cancer c'est d'abord ma mère* » (et mammaire, pourrions nous ajouter sans mauvaise blague). Le choix des mots a aussi toute son importance. Une autre patiente, dont l'intervention chirurgicale a échoué, interprètera cet échec comme une punition, elle n'aurait pas du s'opposer à sa mère qui était contre cette opération. Ainsi, il ne s'agit pas de nier la maladie ni l'irréversibilité d'une atteinte portée au corps mais d'autoriser le patient à faire le lien entre corps biologique et corps imaginaire. On peut alors rassurer un patient en lui parlant avec des mots qui le renvoient à son histoire. Une patiente, opérée pour une reconstruction mammaire, vivait la présence de ce nouveau sein comme ne lui appartenant pas, d'autant que l'intrusion de ce corps étranger, lui provoquait de vives douleurs physiques. L'infirmière a alors utilisé ce que la patiente a appelé « *des mots qui parlent* » en lui expliquant qu'elle devait habiter ce nouveau sein comme elle habiterait une nouvelle maison et qu'une fois qu'elle y aura déposé tous ses bagages, elle se sentira plus chez elle. L'utilisation de mots imagés, de mots qui peuvent être pensés, a permis en partie que l'atteinte portée au corps puisse être représentée psychiquement et ainsi trouver une résonance affective.

L'écoute psychologique n'est pas réservée au psychologue. Elle se centre sur l'unité de la personne, par opposition au corps morcelé appréhendé par la médecine scientifique. La prise en compte du corps imaginaire, différent du corps biologique, permet de donner du sens à la souffrance humaine et à la subjectivité. Si nous écoutons la réalité, nous l'écoutons aussi dans sa dimension symbolique, c'est-à-dire que nous écoutons ce à quoi elle peut renvoyer psychiquement. Ce décalage entre corps biologique et corps imaginaire, nous le retrouvons dans les incompréhensions qui ont parfois lieu entre le médecin et le patient. Le patient peut avoir l'impression de n'être qu'un morceau de viande, un bout de chair et d'aller à l'abattoir en allant au bloc, alors même que le chirurgien lui aura parfaitement expliqué, avec beaucoup de précautions, le déroulement de l'intervention qui, pour lui, n'a rien de barbare. Pour le patient, à un niveau symbolique, l'intervention mobilisera des angoisses devant un acte qui prendra la valeur d'une attaque sadique. C'est cette dimension symbolique que nous interrogerons, de façon privilégiée, dans notre réflexion sur la cicatrisation.

b) Les trois temps d'intervention : préopératoire, hospitalisation et consultation post-opératoire

Globalement, le psychologue peut intervenir à 3 moments distincts dans la prise en charge. Chaque temps d'intervention constitue aussi pour le patient un moment psychique différent.

- Le temps préopératoire : Il est, le plus souvent, proche de celui de l'annonce, annonce ou confirmation d'un diagnostic et d'une intervention chirurgicale. On est, la plupart du temps, dans le *Trauma*, c'est-à-dire qu'un événement extérieur est venu bousculer et effracter l'équilibre psychique du sujet et cet événement ne parvient pas encore à être intégré psychiquement. C'est comme si quelque chose s'était figé, enkysté ou arrêté. Le patient est dans la sidération, il ne peut ni penser, ni parler, ni exprimer ce qu'il ressent, il peut seulement dire que « *c'est comme si tout s'était arrêté* ». Il ne ressent rien, si ce n'est une rupture, une cassure ou une déchirure associées à la certitude que « *rien ne sera plus comme avant* ». Les perceptions de soi et du monde ont vacillé, les repères se sont effondrés. Le corps a trahi, il s'est dérobé. Et derrière la faillite du corps, cet étranger familier, il y a aussi l'effondrement du Moi. Le corps réel a entraîné le moi dans sa chute.

Dans le processus de cicatrisation, nous distinguerons le premier temps, celui du coup porté au corps qui provoque « *la blessure qui saigne* », comme le dit un patient. La blessure, c'est le trauma, qui est d'ailleurs décrit en psychanalyse comme une « *hémorragie psychique* ». Le trauma a lieu quand une blessure portée au Moi déborde ses capacités de contenance (sortes de barrages) et le submerge. Le moi n'a alors plus de contour, de limite, il est envahi de toute part.

La réponse, en termes de pris en charge, s'inscrit alors dans du soutien, il s'agit de maintenir ce qui risque de s'effondrer. On tente d'aider le patient à mettre des mots sur ce qui lui paraît pourtant innommable. Le trauma correspond à une *déliation*, on va alors aider le patient à faire du lien (psychique et relationnel). **A ce temps là, la blessure est vécue dans le Moi, c'est-à-dire qu'elle est interne.** Elle n'est pas encore inscrite sur le corps, ce qui la rend encore plus désorganisatrice.

- **le temps de l'hospitalisation** : c'est souvent, avant tout, la période des soins. Les patients se sentent dans un état de régression. Confinés dans leur chambre, alités, ils sont dans une position de passivité et de dépendance à l'égard des soignants. Certains patients ont d'ailleurs du mal à supporter cette situation de dépendance à l'égard d'un Autre (le corps médical). Les réactions des patients seront différentes en fonction de leurs possibilités à se laisser prendre en charge et à faire confiance. Cette situation mobilise aussi la capacité du patient à pouvoir régresser psychiquement. Il y a quelques jours, une patiente me disait à ce sujet : « *j'ai l'impression de me retrouver des années en arrière, quand j'étais enfant, je dois demander la permission pour aller aux toilettes, pour sortir de ma chambre et tous les jours, j'attends. J'attends l'infirmière pour manger, pour dormir, pour me laver. J'attends aussi mon chirurgien, comme je pouvais attendre ma mère, c'est insupportable !* »

Le corps est faible et le Moi l'est aussi. Les défenses du Moi sont comme mises à nue, la plaie est à vif et c'est là que la blessure sur le corps commence à prendre sens. Dans le processus de cicatrisation, la blessure est maintenant inscrite sur le corps mais elle doit encore être mentalisée. L'angoisse est bien souvent diffuse et le travail psychique de liaison pour la contenir n'est pas encore opérationnel. On assiste alors à des crises de larmes, des réactions affectives excessives, à une grande émotivité, de la colère ou de la déception. La meurtrissure opérée sur le corps ne peut être parlée que dans un langage corporel. Ils ne mettent aucune distance entre le corps et le Moi. Ils se sentent meurtris, blessés, mutilés, comme si le Moi n'était qu'une plaie béante. D'autres, au contraire, réagissent comme si cette blessure ne leur appartenait pas, comme si ce corps abîmé n'était pas le leur. Quand vous leur demandez ce qu'ils pensent de leur cicatrice, ils vous répondent que le chirurgien la trouve belle. On assiste alors à une relative mise à distance, ils parlent de leur corps comme s'ils ne l'habitaient pas. « *C'est mon corps, c'est pas moi.* »

- **Le troisième temps est celui des consultations post-opératoires.** Psychiquement, c'est celui de la reconstruction, de la cicatrisation. Ce temps n'est pourtant jamais évident pour le patient qui doit commencer à entamer un travail de deuil. Il doit, en effet, renoncer à retrouver le corps d'avant et accepter que son corps porte la marque d'une blessure. La cicatrisation, qu'elle soit somatique ou psychique, est avant tout un processus. Dans ses aspects psychologiques, elle dépendra de la capacité du patient à donner du sens à sa cicatrice pour l'intégrer à son histoire. Il pourra ainsi faire du lien entre son corps et sa psyché de façon à ne pas laisser la cicatrice dans une représentation de blessure et d'entame du corps et du Moi.

II. LES ASPECTS PSYCHIQUES DE LA CICATRISATION.

Nous avons décidé de penser la cicatrisation comme un processus et nous retiendrons trois temps successifs dans notre réflexion : la plaie, la cicatrice et la cicatrisation.

1) La plaie

La cicatrice est une marque laissée par une plaie après la guérison. La cicatrice marque la peau et pour comprendre les enjeux qu'elle mobilise psychologiquement, il nous faut d'abord interroger ce que la peau représente dans sa dimension symbolique.

a) Le Moi-Peau

La peau, c'est d'abord une enveloppe qui définit les limites de notre corps et permet de différencier l'intérieur de l'extérieur. La peau, c'est aussi, un lieu d'échanges avec le monde extérieur, échanges de perceptions, de stimulations, de communications avec Autrui. La peau joue donc le rôle de filtre protecteur, l'extérieur ne pouvant pénétrer à l'intérieur sans être filtré. C'est une barrière de contact car c'est une enveloppe qui délimite les contours du corps mais c'est aussi une enveloppe protectrice qui régule la communication entre le dehors et le dedans, l'extérieur et l'intérieur, Moi et les Autres.

Cette fonction de filtrage, en psychanalyse, s'appelle un système de pare-excitations. Le psychisme est lui aussi doté d'un système de pare-excitations. Son rôle est de réguler les excitations émanant du dedans et du dehors de façon à maintenir le Moi dans un certain équilibre et éviter le débordement, autrement dit le Trauma. C'est ce qui explique que, parfois, certains patients refusent d'entendre quelque chose de leur maladie ou de leur état de santé, semblant préférer le déni. En réalité, c'est un mécanisme de défense mis en place par le Moi pour éviter qu'il ne s'effondre, débordé par des stimulations externes qu'il ne peut plus contenir.

Le Moi enveloppe l'appareil psychique comme la peau enveloppe le corps. Didier ANZIEU, avec son concept du Moi-Peau, établit ainsi un système de correspondance entre les fonctions du Moi et celle de la peau.

Dans le développement psychique d'un individu, c'est d'abord la mère qui joue le rôle de pare-excitations et c'est ensuite la peau. C'est par la peau et les sons que le nourrisson communique essentiellement avec sa mère et son entourage. On sait d'ailleurs que l'odeur de sa mère et son contact peau à peau ont une valeur apaisante pour lui. Si les choses se passent suffisamment bien entre la mère et le bébé, celui-ci peut graduellement intégrer à l'intérieur de lui-même cette barrière protectrice et rassurante et devenir capable, peu à peu, de créer en lui-même cet espace, pour pouvoir transformer les stimulations externes et internes et commencer à penser affectivement à ce qui lui arrive. La création de cet espace correspond à un sentiment de sécurité interne. Au fur et à mesure de son développement, il n'aura plus besoin de la mère et des adultes pour penser à ce qui lui arrive et trouver des compromis psychiques pour solutionner ses conflits ou tensions. L'enfant va se sentir peu à peu contenu dans une enveloppe qui l'unifie et le contient. C'est donc le Moi qui prendra le relais de la mère. Le moi, c'est notre identité psychique, son but est de maintenir un certain équilibre en sélectionnant les excitations (internes et externes) de façon à éviter les tensions. ***Le moi joue***

donc un rôle analogue à la peau, il est la peau de notre esprit, une enveloppe de sécurité qui nous permet de tempérer les mouvements pulsionnels de l'intérieur et de se défendre contre les agressions extérieures.

Ces notions de frontière, de limite, de contenant, vont être très sollicitées dans le processus de cicatrisation. Puisque la plaie (premier temps) marque la peau, cette problématique va être réactivées.

b) La plaie : fantasme d'un corps ouvert, sans limite.

La plaie est une blessure portée à la peau qui s'est déchirée. La peau a donc échoué dans sa fonction de contenance et d'enveloppe puisqu'elle a cédé.

La plaie mobilise ainsi les représentations d'un corps ouvert. On peut y voir l'intérieur et ce qui est ouvert est considéré comme sujet à contaminations, à agressions. On est d'ailleurs toujours plus rassuré de voir une plaie se refermer que de la garder ouverte. Cette angoisse d'intrusion peut être ravivée par les soins car c'est comme si le patient n'avait plus de peau psychique pour contenir les angoisses, celles qui viennent de l'intérieur et celles qui viennent de l'extérieur. Prenons une situation clinique pour illustrer cette problématique.

Il s'agit d'une patiente ayant subi une opération chirurgicale qui a entraîné une infection puis une nécrose de la peau. La nécrose est très étendue et c'est comme si toute une partie du corps avait complètement brûlée. Sa plaie est à vif et elle doit patiemment attendre une relative cicatrisation avant de subir des greffes au moment où je la rencontre. Elle m'explique justement qu'au moment du pansement, elle se sent particulièrement angoissée. Ce n'est pas tant la douleur physique mais la sensation d'attaque extérieure qu'elle appréhende au moment où, « *on déballe* », comme on dit. Tout ce qui vient de l'extérieur est vécu comme intrusif et prend valeur d'agression. Ce sentiment semble être renforcé par l'isolement en chambre stérile dont elle fait l'objet car elle a, de plus, attrapé un germe résistant. Psychiquement, comme le corps a été attaqué et qu'il peut l'être encore, elle s'est représentée sa chambre comme le seul espace interne et fermé dans lequel elle est encore en sécurité. Cette sensation d'agression possible est ravivée lors du pansement, d'autant que, quotidiennement, les soignants venaient arracher des lambeaux de peau détériorée afin de permettre à celle-ci une régénération. Si nous prenons un peu de recul pour analyser cette situation, dans la réalité de l'acte, la marge peut paraître mince entre arracher des lambeaux de peau morte à quelqu'un pour son bien (c'est-à-dire dans une visée thérapeutique) et le fantasme angoissant d'écorchage de la peau infligée avec une intention cruelle.

La position du soignant peut ainsi réactiver des angoisses d'agression et il sera tantôt considéré comme une sorte de mère bienveillante et tantôt comme un personnage sadique qui prend plaisir à faire souffrir.

A ce propos, cette même patiente me confie que le pansement se passe beaucoup mieux avec une infirmière en particulier. Avec elle, elle se sent plus en sécurité et ne ressent aucune douleur. Elle reconnaît que cette préférence n'est absolument pas en lien avec de meilleures compétences de la part de cette infirmière mais qu'elle est plutôt liée à une adéquation relationnelle entre elles deux. En effet, habituellement d'un tempérament serein, depuis qu'elle a cette énorme plaie, la patiente se sent psychiquement comme une écorchée vive. Les mots utilisés pour décrire la blessure portée au corps réel sont les mêmes que ceux qui rendent

compte de l'état du Moi. On voit bien ici que l'atteinte portée au corps s'est transposée sur le Moi. En se déchirant, la peau a aussi provoqué une déchirure des capacités d'enveloppe et de différenciation entre l'intérieur et l'extérieur. Le bruit, comme toutes autres stimulations extérieures lui est d'ailleurs devenu insupportable car il l'agresse aussi, c'est comme si maintenant l'extérieur pouvait pénétrer en elle sans qu'elle puisse se défendre. Cependant, avec cette infirmière, elle se sent plus en sécurité car l'infirmière commence à préparer le pansement avant d'entrer dans sa chambre, derrière la porte. La patiente n'entend donc pas le bruit des préparatifs : ciseaux, papiers qui se déchirent, tous les bruits de préparatifs qui peuvent rappeler le déchirement d'une enveloppe protectrice. « *Ce qui me rassure*, dira la patiente, *c'est que tout le côté agressif a lieu à l'extérieur de ma chambre, porte fermée. Quand elle rentre, c'est pour me soigner*» Elle ajoute que pendant toute la durée du soin, l'infirmière lui parle, elle lui explique ce qu'elle fait même si c'est tous les jours la même chose. Elle lui décrit aussi sa plaie, sans pour autant l'embellir. En fait, elle joue le rôle d'un miroir mais d'un miroir protecteur car elle accompagne la patiente dans cette nouvelle découverte de son corps. Et ça, dit la patiente, ça rend la douleur moins importante.

Dans cette situation, la peau de mots qui s'est tissée entre la patiente blessée et l'infirmière attentionnée, permet de rétablir symboliquement une peau psychique contenante apte à rendre plus tolérable la douleur d'une atteinte portée à la peau réelle. Le soignant peut ainsi être investi comme une seconde peau et sa capacité de contenance fait appel à ses capacités de maternage. Le maternage, c'est l'adéquation entre le besoin et la réponse apportée. Il correspond à la capacité de l'interlocuteur à pouvoir « décoder » les enjeux conscients et inconscients présents derrière toute demande.

2) La cicatrice : lieu d'inscription et de représentation

Si le premier temps dans notre réflexion sur le processus de cicatrisation est la plaie, le second quant à lui, correspond à la cicatrice.

Cette cicatrice, elle vient en lieu et place de la blessure première, c'est-à-dire qu'elle vient la représenter. La cicatrice permet d'objectiver sur le corps la maladie ou la blessure. C'est d'ailleurs bien souvent la cicatrice laissée par une mastectomie qui vient marquer le cancer du sein par exemple, car le cancer, lui, était invisible et indolore.

Cicatriser, c'est faire se refermer une plaie, lui donner un contour et une contenance (en opposition avec l'image d'un corps ouvert). Elle permet ainsi de rétablir une limite entre l'intérieur et l'extérieur. En cela, la cicatrice a une fonction contenante par rapport à la plaie puisqu'elle donne un contour, c'est une nouvelle enveloppe qui permet de refermer la blessure.

La cicatrice est aussi un lieu d'inscription, elle a une fonction de mémoire puisqu'elle est la trace indélébile de l'atteinte portée au corps. La cicatrice rappelle la blessure et son acceptation dépendra du devenir psychique de cette blessure et des représentations qui lui sont associées.

La cicatrisation est un processus qui fait appel aux capacités de la peau à se régénérer donc à se guérir. Et il en va de même avec les blessures de l'âme. Nous avons tous eu à subir dans notre vie des blessures morales, en quantités variables en fonction de notre histoire, et ces blessures se sont plus ou moins bien cicatrisées. Le devenir de ces blessures dépend de nos

capacités de réparation, c'est-à-dire de nos capacités à nous reconstruire, à nous guérir de nos blessures physiques et morales. Ainsi, la cicatrisation psychique, ce n'est pas tant ce que l'on a eu (ou pas d'ailleurs), ce que l'on a subi en termes de quantité ou de qualité (même si l'excès épuise les capacités de régénération) mais bien ce que l'on en fait. A partir de là, certaines cicatrices laisseront des traces, d'autres moins. Le travail d'acceptation de la cicatrice dépendra du sens qu'elle prendra dans l'histoire d'un sujet. C'est ce qui explique qu'il y a des cicatrices qu'on cache car elles renvoient à une douleur trop vive ou à de la honte et d'autres qu'on va montrer, voire pour certains, exhiber.

Ainsi, il y a certaines cicatrices qui vont faire l'objet d'une érotisation, c'est-à-dire qui vont être utilisées dans une relation à l'Autre pour le séduire ou l'amener à soi et vers soi. « *Regardez, mademoiselle, me diront certains patients, mes cicatrices de guerre ! Ca montre que je suis un homme, un vrai* » et les cicatrices deviendront prétextes pour raconter leur histoire et leurs épopées. Elles deviennent commémorations des épreuves surmontées par le sujet.

De la même façon, montrer ses cicatrices peut être un prétexte pour se dévoiler (dans tous les sens du terme !). En témoigne la réaction excédée d'un chirurgien qui disait la dernière fois à propos d'une patiente quelque peu hystérique : « *montrer ses cicatrices, lui donne à chaque fois l'occasion de se retrouver à moitié à poil dans mon bureau et elle en a des cicatrices ! Elle a toujours quelque chose à montrer ! Je me demande bien ce qu'elle veut à la fin* », interroge le médecin interloqué. Etre aimée, avoir de la valeur, pourrait-on lui suggérer.

D'autres fois, la cicatrice peut donner corps à la plainte, elle est un outil qui permet de la porter, de lui donner une légitimité. On l'observe chez ces patients qui ont toujours besoin de vous montrer la preuve de leur douleur en vous montrant leurs cicatrices. C'est comme si la douleur les maintenait en vie. Plutôt rester malade que tomber guéri. Il s'agit d'éprouver quelque chose à tout prix, fut-ce de la douleur, plutôt qu'un rien, qui les renverrait à une douleur bien plus insupportable, le vide de leur Moi.

Ainsi, certains patients s'approprient cette douleur et ses marques (les cicatrices) pour en faire un emblème narcissique, un trophée, qui permettra de donner consistance au Moi et parfois de le représenter, par la plainte. D'autres, maintiendront cette cicatrice à l'état de plaie, une blessure ouverte que le Moi ne pourra ni penser, ni panser.

3) La cicatrisation

La cicatrisation s'accompagne nécessairement d'un travail de deuil, au sens d'un renoncement, car elle laisse une trace indélébile qui fait que « la peau ne sera jamais plus comme avant ». La cicatrice est là pour rappeler qu'on ne peut pas effacer la blessure et que le Moi doit se réorganiser, faire avec, comme on dit. Le deuil, à un niveau plus symbolique, concerne aussi nos illusions de toute puissance, nous ne pouvons pas tout contrôler et nous expérimenterons, tôt ou tard, l'expérience de la limite, de la fin.

Lorsqu'il y a trauma, c'est-à-dire que les capacités du Moi en termes de contenance ont été débordées, il faut trouver un autre lieu pour accueillir, contenir et inscrire la souffrance. Cet autre lieu, on peut le trouver provisoirement chez une tierce personne (soignant, collègue, conjoint, ami, psychologue...) mais il faut par la suite pouvoir le réintégrer, le faire sien.

Ainsi, quand aucun « lieu psychique » n'est disponible pour accueillir un évènement traumatique, on verra certaines personnes l'inscrire sur leur corps. C'est d'ailleurs ce qui se passe avec certaines cicatrices qui ont valeur de stigmates. C'est aussi, ce qui a été mis en évidence dans certaines études portant sur les tatouages et les piercings.

Pour exemple, je vous propose de nous éloigner de notre clinique quotidienne pour réfléchir à cette dimension de la cicatrice. Je citerai ainsi un exemple issu de ma pratique dans un autre cadre que celui de l'hôpital.

Il s'agit d'un jeune patient qui a perdu sa mère récemment, à un âge de la vie où habituellement on pense encore pouvoir la garder longtemps. Il culpabilise énormément de ne pas avoir été présent, physiquement, pendant la période de maladie de sa mère, son avenir professionnel le retenant à l'étranger. Depuis la mort de sa mère, il se sent anesthésié et ne parvient à rien exprimer. Il dit ne rien ressentir, ni douleur, ni souffrance morale, en dépit de toute l'affection et de l'amour qu'il portait néanmoins à sa mère. Elle est partie trop vite, laissant comme un grand vide dans le Moi, ayant entraîné avec elle, les affects du patient. L'intérieur, le Moi, est mort avec la mère. Nous sommes dans le premier temps du trauma, le coup, la blessure ne peuvent être pensés puisqu'ils sont confondus avec le Moi.

Notre patient, ne supportant pas de ne pas ressentir de souffrance, a donc décidé de se faire un tatouage. Son tatouage est situé sur la face inférieure du bras, à un endroit où la peau est fine et le marquage douloureux, où il est voyant tout en pouvant être dissimulé. Son tatouage représente un code barre avec comme numéros, en dessous, les dates de naissance et de mort de sa mère. Cette expérience du tatouage a été extrêmement éprouvante pour lui car à la douleur physique se sont associées douleur et souffrance morales. Et pour la première fois depuis le décès de sa mère, il a pu vraiment pleurer. Néanmoins, il est sorti de cette expérience, soulagé.

Dans cet exemple, le corps a ainsi pu éprouver, ce que le psychisme, lui, n'était pas en capacité d'éprouver. La culpabilité qui accompagne nécessairement tout travail de deuil a trouvé un lieu pour l'accueillir et la représenter. La séparation est maintenant inscrite sur le corps de façon indélébile et il en porte ses cicatrices. Symboliquement, cette mère disparue dans la réalité, continue de vivre en lui et c'est cela même, faire son deuil. Son code barre, c'est-à-dire son lieu d'identification, son acte de naissance, sont désormais inscrits sur son corps et dans sa chair et c'est une belle façon de lui rendre hommage. La cicatrice est ici utilisée comme un monument de commémoration, un tombeau du Moi et le corps est devenu un lieu de sépulture psychique.

Pour conclure, cet exemple me semble bien illustrer la fonction de mémoire que peut remplir la cicatrice. L'acceptation de cette dernière dépendra donc du sens qu'elle prendra dans l'histoire du patient et pour comprendre ses enjeux, il faut interroger sa dimension symbolique, c'est-à-dire la faire parler de façon à savoir ce qu'elle vient représenter.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRE, J et coll. (1999), *L'énigme du masochisme*, Paris, PUF, Coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2001.

ANZIEU, D. (1985) *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

DEJOURS, C. (2001) *Le corps, d'abord*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2003.

FEDIDA, P. (1971) « L'anatomie dans la psychanalyse », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°3, 1971, Gallimard, pp. 109-126.

FREUD, S. (1904), *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Payot, 1987.

FREUD, S. (1917) "Deuil et mélancolie" in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll. Folio/essais, 1968.

JANIN, C. (1997) « Mal-être sans fin et mal-être avec fin: quelques considérations sur la plainte » in J. COURNUT, P. ISRAEL. et al. (Dir), *Le mal être*, Paris, PUF.

WINNICOTT, D. W. (1974) « La crainte de l'effondrement », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°11, 1975, pp. 35-44.