



UNIVERSITE D'ANGERS

Faculté de Lettres, Langues et Sciences Humaines

Département de Psychologie

L'épreuve du cancer : la solution dépressive en situation de pensée opératoire

Mémoire présenté pour le MASTER 1 Mention Psychologie : psychopathologie clinique
psychanalytique

Par Manal MOUDDENE

Sous la direction de Franck REXAND-GALAIIS

Unité de Recherche CLiPsy « Cliniques contemporaines : Liens & Processus subjectifs »
Université d'Angers



ANGERS, JUIN/JUILLET 2025

Remerciements

Je remercie tout d'abord ma famille pour son soutien et ses encouragements constants tout au long de ce parcours.

Un grand merci à mon maître de stage, pour son encadrement et sa supervision.

Enfin, je souhaite remercier Monsieur Rexand-Galais pour ses conseils lors des séminaires, qui ont enrichi ma réflexion et rendu possible la réalisation de ce travail de recherche.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

J'ai, soussignée Mouddene Manal déclare être pleinement conscientes que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signatures :

CRITÉRES DE RECEVABILITÉ DÉPÔT DU MÉMOIRE	Cocher ici
1.Document écrit composé de 35 à 40 pages (hors annexes, bibliographie et plan)`	X
2.Document, reliure à dos collé ou spirales (pas de baguette, pas d'agrafe), remis en deux exemplaires papier à la scolarité.	X
3.Respect strict du modèle de couverture, page cartonnée ou transparent (cf : annexe 1)	X
4.Première page à l'intérieur du mémoire (page de garde) à l'identique du texte de la page de couverture	X
5.Page blanche après la page de garde pour les annotations du jury	X
6.Page éventuelle de dédicaces et/ou remerciements brefs (Facultatif)	X
7.Engagement de non-plagiat avec signature de l'étudiant.e	X
8. Grille d'auto-évaluation de recevabilité pour dépôt du mémoire	X
9.Sommaire avec plan détaillé du mémoire et indication des pages (Introduction, différentes parties, chapitres, et sous-chapitres, conclusion, bibliographie et éventuellement annexes)	X
10.Police Times New Roman, taille 12, interligne 1,5	X
11.Marges haut-bas : 2,5 cm, gauche-droite : 2,5 cm	X
12.Introduction avec début de la pagination (numérotation en chiffre arabe, en bas à droite)	X
13.En fin de chaque partie de mémoire, page de synthèse de la partie (encadré au maximum d'1/2 page)	X
14.Une Bibliographie homogène aux normes APA version 6.	X
15.Annexes avec pagination autonome, répertoriée et présentée en première page des annexes. Les annexes peuvent être intégrées au mémoire ou présentées dans un document différent pour des raisons de confidentialité, si diffusion.	X
16. Au dos du mémoire , sur la quatrième de couverture, présenter le titre du mémoire, un résumé (une dizaine de lignes) et 5 mots-clés, en français et en anglais	X
17. Le contenu du document : présence dans le mémoire, des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> -Plan, Introduction -Une revue de littérature -Une présentation de la méthodologie -Une présentation des éléments cliniques -Une problématique avec une question-problème ciblée et mise en évidence en gras. -Une analyse théorico-clinique et discussion à visée de généralisation -Une conclusion -Une bibliographie (avec au moins 15 références : articles et ouvrages) -Annexes éventuelles 	X

Sommaire

Introduction.....	1
Première partie : Revue de la littérature.....	3
I. Le cancer comme épreuve de réalité et la réponse dépressive :	3
A. L'examen de réalité freudien.....	3
B. L'épreuve du cancer.....	4
C. Les racines antiques de la dépression : entre humeurs et paradoxes	5
D. La mélancolie selon Freud : entre deuil pathologique et conflit narcissique.....	6
E. Évolution majeure avec le DSM : l'épisode dépressif majeur.....	7
F. La dépression essentielle.....	9
II. À la croisée de la pensée opératoire et de l'alexithymie : similitudes et distinctions....	10
A. La pensée opératoire.....	10
B. L'alexithymie	12
III. La clinique du négatif.....	13
A. Prémices et formulations freudiennes.....	13
B. La reprise greenienne.....	14
Deuxième partie : Méthodologie de la recherche.....	16
I. Contexte et recueil des données.....	16
II. La méthodologie choisie.....	17
Troisième partie : Présentation des données cliniques et de la problématique	18
I. Eléments d'anamnèse.....	18
II. Compte rendu du suivie psychologique de Mme H.....	19
III. Points d'étonnement et élaboration de la problématique de recherche.....	25
Quatrième partie : Analyse théorico-clinique et discussion.....	26
I. Elaboration de la perte et manifestations dépressives chez Mme h : dépression essentielle face au cancer.....	26
A. L'épreuve du corps malade et le travail de deuil.....	26

B. La dépression face au réel.....	28
II. Pensée opératoire et alexithymie : un frein à la symbolisation :	31
A. La pensée opératoire.....	31
B. L'alexithymie.....	33
III. Le travail du négatif comme clé d'intégration.....	34
A. Les quatre sens et l'hallucination négative.....	34
B. Déliaison et effondrement narcissique : une fonction désobjectalisante à l'œuvre.....	36
Conclusion.....	38
Bibliographie.....	40

Introduction

Mon stage de première année de Master de Psychologie s'est déroulé dans un centre médical de soins de suite et de réadaptation polyvalent auprès du psychologue de la structure, un psychologue clinicien d'orientation psychanalytique. Cet établissement de santé privé propose une prise en charge diversifiée répondant aux besoins des patients âgés ou en situation de vulnérabilité sur les plans somatique et psychosocial. Il dispose de 84 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR), incluant des lits dédiés aux soins palliatifs, aux prises en charge gérontologiques ou cancérologiques lourdes, ainsi qu'aux SSR non spécialisés, principalement orientés vers les personnes âgées en perte d'autonomie. L'objectif principal étant d'assurer une prise en charge adaptée pour favoriser, lorsque cela est possible, un retour à domicile dans de bonnes conditions ou une orientation vers un établissement spécialisé. L'équipe soignante pluridisciplinaire répartie sur trois étages et se compose de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants, de kinésithérapeutes, d'une diététicienne et d'un psychologue.

L'établissement accueille également une Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), propre à la fondation, que j'ai eu l'opportunité d'intégrer. Cette équipe pluriprofessionnelle intervient sur l'ensemble du département auprès des patients en soins palliatifs, de leurs proches, ainsi que des soignants les accompagnant. Elle a pour mission d'assurer un accès équitable aux soins palliatifs, de soutenir les droits des patients et de promouvoir les bonnes pratiques dans ce domaine. Les interventions de l'EMSP s'effectuent à domicile ou en substitut du domicile, en lien avec les professionnels de premier recours (services de soins infirmiers, aides à domicile, infirmiers libéraux, médecins traitants et référents). Elles visent une évaluation globale de la situation du patient, un soutien psychologique pour lui et ses proches, ainsi qu'une coordination avec les assistants de services sociaux. En milieu hospitalier, l'EMSP accompagne les équipes soignantes face aux prises en charge complexes, en leur apportant soutien, conseils et appui dans leur réflexion clinique et éthique. L'EMSP intervient à la demande du patient, de ses proches, des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux. Chaque demande est analysée lors d'une réunion pluridisciplinaire afin d'adapter l'intervention à la situation spécifique du patient.

C'est dans ce contexte que j'ai accompagné le psychologue clinicien dans ses différentes activités. Au sein du Centre Médical SSR, la sélection des patients rencontrés par le psychologue était réalisée en concertation avec l'équipe soignante, en tenant compte des priorités cliniques et des contraintes liées aux soins médicaux programmés. Il était bien plus rare que la demande soit initiée par le patient lui-même. J'accompagnais le psychologue lors de

ses passages dans les chambres, où des entretiens étaient proposés sans jamais être imposés, dans le respect du consentement des patients et de leur état de santé. Lors de premiers entretiens, nous expliquions qu'il était possible de parler de tout, de ce qu'on vit et de ce qu'on a vécu. Dans la grande majorité des cas, les patients investissent l'échange, qui s'organise autour d'une approche d'association libre. Les thématiques tournent souvent autour de leur parcours médical et des conditions de soin. J'ai constaté qu'il arrivait assez peu que les patients s'ouvrent spontanément sur leur propre vécu émotionnel, leurs angoisses ou leurs affects, tant actuels que passés. C'est souvent à travers des interventions ciblées et des questionnements qu'on pouvait avoir accès à cette dimension subjective. J'ai également eu l'opportunité d'assister à des entretiens menés auprès des proches des patients, sollicités à leur demande. Ces entretiens offraient un espace pour évoquer leur vécu face à la maladie et la fin de vie de leur proche.

Dans ce cadre, mes motivations de recherche se sont construites autour de ce qui se joue psychiquement face à la vieillesse, à la maladie grave et à la proximité de la mort. Les soins palliatifs, en particulier, ont été un lieu d'observation riche de la dimension existentielle du soin. J'y ai perçu combien l'approche de la mort mobilise des réponses variées ; projection, évitement, déplacement de l'angoisse parfois, et combien ces mécanismes sont essentiels pour tenter de maintenir une forme de vie psychique. Ces questions ont nourri mon désir de recherche, en m'orientant vers une clinique où le corps, la parole, et le lien prennent une dimension existentielle. Dans cette clinique, la présence du psychologue prend un sens particulier, il ne s'agit pas tant de comprendre ou d'agir que d'offrir une présence contenante, une écoute attentive, capable de maintenir un lien humain là où tout semble se délier.

Au cours de mon stage, plusieurs questionnements ont émergé en lien avec la réalité institutionnelle et ma position de stagiaire. Très rapidement, j'ai été confrontée à la complexité des conditions de suivi psychologique dans un contexte marqué par l'instabilité des situations cliniques. L'organisation des entretiens était soumise à de nombreux imprévus, il n'était pas rare qu'un échange doive être interrompu en raison de soins médicaux urgents ou que le patient, en raison d'une décompensation ou d'une fatigue importante, ne soit pas en état de s'exprimer. Certains refusaient même d'emblée la rencontre, affirmant ne pas être dans cet établissement pour « parler à un psy ». Ces situations, aussi fréquentes que déstabilisantes, soulevaient une interrogation centrale ; comment penser une forme de continuité dans la rencontre clinique lorsqu'elle se heurte à la précarité du temps, à l'épuisement des corps, à l'urgence du soin médical, ou à l'imminence de la mort ? Très rarement, il m'a été possible de revoir les mêmes patients à plusieurs reprises, les hospitalisations étant souvent de courte durée et ponctuées de

décompensations, de transferts vers d'autres structures, ou de décès. Face à ces problématiques, une autre question s'est rapidement posée ; comment choisir un cas clinique qui permette à la fois une élaboration suffisante et qui réponde aux exigences du mémoire ? Le choix ne pouvait se limiter à la singularité d'un discours, mais devait s'appuyer sur une certaine temporalité clinique, tout en s'inscrivant dans les axes de réflexion du Master. Après une relecture de mes notes de stage et une longue réflexion, j'ai choisi de centrer ce mémoire sur Mme H, dont le profil m'a confortée à une énigme psychique et à un fonctionnement que j'ai initialement eu du mal à nommer et à expliquer.

Ce travail de recherche s'ouvrira par une revue de littérature portant sur les notions en lien avec la situation clinique de Mme H, telles que la dépression, l'épreuve de réalité dans le contexte d'un cancer du sein, ou encore le négatif. Dans un second temps seront présentés le choix de la situation clinique et la méthodologie employée pour recueillir les données, dans une perspective visant à maintenir une approche aussi rigoureuse et objective que possible. La partie clinique reviendra sur les éléments d'anamnèse et les entretiens réalisés avec Mme H. Cette section donnera lieu à une première élaboration réflexive, à travers des questionnements et des points d'étonnement, qui serviront de base à la construction de la problématique du mémoire. L'analyse théorico-clinique viendra ensuite articuler les concepts abordés dans la revue de littérature avec les éléments issus de la clinique. Des hypothèses et des pistes d'interprétation seront proposées sur la situation psychique de Mme H, concernant son vécu de patiente, de mère, de femme et de fille avant et après l'annonce du cancer du sein. Enfin, la conclusion reviendra sur la construction de ce mémoire et apportera des éléments de réflexion quant aux limites et aux perspectives envisagées, avant de clore sur une élaboration de la dimension contre-transférentielle dans cette recherche.

Première partie : Revue de la littérature

I. Le cancer comme épreuve de réalité et la réponse dépressive

A. L'examen de réalité freudien :

L'épreuve de réalité se conçoit classiquement comme la faculté qu'a un sujet de distinguer ses perceptions de ses représentations afin de prévenir l'hallucination (Leclaire & Scarfone, 2004). Dans *L'Interprétation du rêve*, Freud illustre ce concept à travers l'exemple de l'enfant affamé qui, initialement, peut réinvestir hallucinatoirement le souvenir d'une satisfaction antérieure (1900). L'épreuve de réalité naît alors du frein, de la frustration, qui constitue l'expérience humaine. L'enfant doit alors accepter la frustration et mobiliser un système d'inhibition,

favorisant la satisfaction externe plutôt que la régression hallucinatoire (Freud, 1900). Dès lors, l'enfant développe une pensée singulière, distingue l'interne de l'externe et tend vers une satisfaction réelle, à travers l'arrivée du processus secondaire (1900). Plus tard, Freud développe en ajoutant le rôle de l'activité motrice, dans ce qu'elle peut avoir de douloureux ou non (1915a). Lorsqu'un stimulus douloureux se présente, c'est la capacité de l'enfant à y échapper par le mouvement qui lui permet de discerner ce qui relève de son corps et ce qui lui est extérieur (Freud, 1915a). En choisissant l'appellation d'« examen de réalité », Freud pose comme condition à celui-ci la perte d'objets ayant auparavant procuré une satisfaction réelle (1925a, p. 170). Elle se manifeste comme une exigence, imposant au sujet de reconnaître l'absence de l'objet autrefois investi et d'en retirer la libido qui y était liée (Freud, 1915b). En ce sens, elle initie et structure le travail de deuil, en obligeant symboliquement à se détacher de ce qui n'est plus (Freud, 1925b).

B. L'épreuve du cancer

Le mot cancer est introduit par la médecine gréco-romaine et provient du grec *carcinos* et du latin *cancer* (signifiant « crabe » ou « écrevisse »), en raison des vaisseaux sanguins rouges et dilatés entourant les tumeurs, comparés aux pattes et aux pinces des crustacés (Lardon, 2014). Aujourd'hui, le simple usage de ce terme vient éveiller des représentations mêlant le domaine médical et social (Pujol, 2012). L'expérience du cancer, par sa violence brutale et imprévue, peut être comprise comme une véritable épreuve de réalité, car elle confronte l'individu à la réalité externe et interne d'une menace mortifère. En parlant d'« épreuve du cancer », Fischer souligne que ses répercussions dépassent le plan physique, agissant comme un révélateur, un « décapant » brutal de l'existence (2013, p. 102). Cette révélation amène une vulnérabilité inédite, la vie se retrouve suspendue, menacée, et obtient dès lors une valeur nouvelle dite « en sursis » (Fischer, 2013, p. 102). L'annonce même du diagnostic de cancer vient ébranler les assises identitaires et repères structurels, brisant les « fantasmes d'immortalité et d'invincibilité » (Pinault, 2020, p. 66). La littérature tend à associer cette annonce à une expérience traumatique de par sa violence dans « l'irruption du réel » (Pujol, 2012, p. 37). Elle impose une rupture entre ce qui relève de la poursuite du temps physique et la temporalité psychique singulière (Negri & Baas, 2014). L'angoisse est telle pour le moi que les mécanismes de défense habituels font défaut, obligeant le sujet à se reposer sur des stratégies nouvelles (Pujol, 2012, p. 37). Par exemple, la sidération, le déni, le clivage ou la dénégation, traduisent une incapacité totale ou partielle à intégrer cette réalité objective (Pinault, 2020). L'épreuve consiste à retirer la libido de l'objet perdu, ici la vie supposée invulnérable, et de reconnaître la réalité extérieure d'un

corps malade. C'est un test qui impose d'intégrer une réalité inchangée, dans un processus d'accommodation et d'acceptation (Fischer, 2013). L'objectif étant que l'individu ne cherche plus à « changer » la réalité extérieure, mais bien à la « reconnaître » telle qu'elle (Fischer, 2013, p. 98).

Dans le contexte du cancer du sein est affectée une partie du corps fortement investie symboliquement, associée à la féminité, la séduction, l'érotisme, la sexualité, l'allaitement et à la maternité (Chaumet, 2019). Lanouzière met en évidence que l'apparition d'une affection mammaire s'inscrit dans le prolongement d'une atteinte narcissique, en lien avec un sentiment de perte et de séparation (2007). Le travail de deuil, propre à l'épreuve du cancer du sein, peut conduire à ce qu'elle nomme une « mélancolie somatique » en lien avec l'expérience infantile de frustration liée à l'absence ou au retrait maternel par l'intermédiaire du sein (Lanouzière, 2007, p. 43). C'est dans ce cadre que l'offense narcissique et la dépression constituent les deux composantes majeures de ces réalités cliniques (Lanouzière, 2007).

C. Les racines antiques de la dépression : entre humeurs et paradoxes

La conception antique de la mélancolie est ancrée dans une vision médicale et philosophique du corps et de l'âme. Dès l'époque hippocratique (Ve-IVe siècle av. J.-C.), les médecins grecs attribuent cet état à un déséquilibre, notamment à un excès de bile noire agissant sur le corps et l'âme du malade (Keller, 2016). On attribuait à la mélancolie l'influence de cette bile noire considérée comme froide, en contraste avec la bile chaude associée à la manie (De Perrot, 2004). Hippocrate décrit la mélancolie comme un trouble marqué par une crainte et une tristesse durable, liée à une humeur sombre et des idées noires (cité par Keller, 2016). Pour la première fois, l'accent est mis sur le caractère disproportionné de la souffrance du sujet par rapport à la situation vécue. Aristote distingue, dans l'Antiquité, une tristesse normale, en lien avec une perte réelle, d'une tristesse pathologique caractérisée, elle, par son excès et son absence de lien avec les circonstances (1991). Il identifie aussi un tempérament mélancolique, parfois associé à une grande créativité, qui ne relève pas de la maladie tant qu'il reste proportionné au contexte (Aristote, 1991). Dans le prolongement de cette vision grecque, les médecins de la Rome antique ont eux aussi gardé cette dichotomie. C'est l'Arétée de Cappadoce qui vient signer la tristesse sans cause situationnelle comme critère du trouble mélancolique (1834).

Cependant, déjà à l'Antiquité, des auteurs comme Galien remettent en question l'idée d'une cause unique à la mélancolie (1994). Bien qu'il ait intégré la pensée hippocratique, Galien souligne les limites de l'explication par un simple excès de bile noire et reconnaît les

incertitudes entourant l'origine de la mélancolie (1994). Cette explication d'excès va se retrouver limitante pour expliquer pleinement les manifestations psychiques comme le désespoir ou les autoaccusations (Hum et al., 2010). Ce débat entre causes organiques et symptômes psychiques se poursuit au XIXe siècle avec des auteurs qui lient mélancolie et délire exclusif, puis au XXe siècle à travers les tensions entre modèles endogènes, névrotiques et réactionnels (Hum et al., 2010).

Bien que ces conceptions aient aujourd'hui évolué, elles ont constitué des repères fondamentaux, en introduisant l'idée d'un trouble à la fois corporel et existentiel, et en inscrivant la dépression dans la continuité des questionnements antiques sur les frontières entre le normal et le pathologique.

D. La mélancolie selon Freud : entre deuil pathologique et conflit narcissique

C'est dans ce contexte de dualité corps-esprit que s'inscrit une nouvelle voie étiologique de la mélancolie à travers la naissance de la psychanalyse. Dans *Deuil et mélancolie*, Freud explore la spécificité de la mélancolie en la comparant au deuil (1915b). Tous deux résultent d'une perte réelle ou symbolique et partagent des manifestations comme le désintérêt pour le monde extérieur, l'inhibition ou la douleur psychique (1915b). Cependant, la mélancolie se distingue par un appauvrissement du moi où le sujet perd l'estime de soi et développe une autocritique délirante, marquée par des auto-injures et une attente de punition, symptômes absents dans le deuil normal (Freud, 1915b). Freud souligne que le mélancolique ignore souvent ce qu'il a perdu : la perte, par son statut inconscient, rend le travail de deuil pathologique (1915b) . La libido, au lieu de se détacher de l'objet, régresse vers le moi via une identification narcissique en lien avec un choix d'objet structuré sur une base narcissique (Freud, 1915b). Cette identification convertit la perte de l'objet en une dépossession du moi, déclenchant un clivage intrapsychique ; l'instance critique cible la partie du moi assimilée à l'objet, provoquant une souffrance morale (Freud, 1915b). Les autoreproches du mélancolique masquent en réalité des accusations contre l'objet perdu, retournées contre le moi (Freud, 1915b). Ce déplacement explique la dimension sadique de la mélancolie, où le sujet tire une satisfaction pulsionnelle à se faire souffrir (1915b). Cette dynamique se manifeste par le refus de nourriture, l'insomnie et les tendances suicidaires, interprétés comme une agressivité retournée contre le moi (Freud, 1915b). La mélancolie trouve son origine dans une ambivalence, entre amour et haine envers l'objet, qu'elle soit innée ou issue de conflits vécus, accompagnée par une fixation libidinale à celui-ci empêchant le détachement (1915b). Le conflit pulsionnel, non résolu, bloque le retrait

de la libido et ravive sans cesse la perte, alimentant un cycle de souffrance où le sujet s'enferme dans une autocritique destructrice (1915b). Freud évoque une issue possible ; la transition vers la manie, qu'il interprète comme un triomphe économique du moi. Cette décharge provoque euphorie et désinhibition, marquant la victoire du moi sur la perte (Freud, 1915b). Toutefois, Freud souligne les limites de sa théorie, certains mécanismes économiques, comme le rôle précis des contre-investissements ou l'origine de la régression libidinale échappent encore à sa compréhension (1915b).

Les auteurs ultérieurs, comme le rapporte Juranville, ont enrichi cette analyse en nommant la dimension existentielle de la mélancolie, opposée à la dépression dite ordinaire (2009). La mélancolie incarne une confrontation radicale avec la perte de l'objet absolu, souvent liée à la relation maternelle précoce, tandis que la dépression commune relève davantage d'une crise identitaire narcissique (Juranville, 2009).

Ainsi, historiquement, la mélancolie était perçue comme une entité distincte, caractérisée par une douleur morale, une tristesse profonde et permanente, un ralentissement psychomoteur et une inhibition, évoluant indépendamment des circonstances externes (Brian, 2001). En France, la psychiatrie du XXe siècle distinguait ces « mélancolies endogènes » des dépressions « névrotico-réactionnelles », liées à des facteurs psychogènes (Brian, 2001, p. 153).

E. Évolution majeure avec le DSM : l'épisode dépressif majeur

Cependant, la naissance du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) va venir bouleverser cette opposition. Si les deux premières éditions du DSM reconnaissaient la mélancolie comme une entité spécifique, la troisième version l'a réduite à un sous-type d'épisode dépressif majeur (EDM) (American Psychiatric Association, 1980). Effaçant sa singularité clinique au profit d'une catégorisation simplifiée (Bui & Schmitt, 2010). Pensée dans une logique de standardisation, cette révision a contribué à brouiller davantage la frontière entre la mélancolie d'hier et la dépression d'aujourd'hui. En présentant la première comme une sorte d'ancêtre de la seconde, le DSM les a réunies sous une même étiquette de pathologie cérébrale, laissant de côté ce qui fait la singularité de chaque expérience (Keller, 2016).

Le dernier DSM en date définit l'épisode dépressif caractérisé par un ensemble de critères qualitatifs et quantitatifs visant à standardiser le diagnostic (American Psychiatric Association, 2013). Pour établir ce diagnostic, le patient doit présenter au moins cinq des neuf symptômes suivants, dont l'un doit obligatoirement être une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou

de plaisir, pendant une période minimale de deux semaines (American Psychiatric Association, 2013) :

1. Humeur dépressive quasi quotidienne (tristesse, désespoir) ou irritabilité marquée chez les enfants et adolescents.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour la plupart des activités.
3. Perte ou gain de poids significatif ($\geq 5\%$ en un mois) ou modification de l'appétit.
4. Insomnie ou hypersomnie presque quotidienne.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur observable par l'entourage.
6. Fatigue ou perte d'énergie.
7. Sentiments de dévalorisation ou culpabilité excessive, pouvant atteindre un caractère délirant.
8. Troubles cognitifs (diminution de la concentration, indécision).
9. Pensées de mort récurrentes, idéation suicidaire ou tentative de suicide.

Ces symptômes doivent entraîner soit une souffrance cliniquement avérée, soit des limitations importantes dans les activités sociales ou encore professionnelles. (American Psychiatric Association, 2013). Contrairement aux éditions précédentes, il ne retient plus le critère d'exclusion du deuil, reconnaissant que certaines réponses à une perte dont une affection médicale peuvent relever d'un épisode dépressif caractérisé (American Psychiatric Association, 2013). Le DSM-5 propose plusieurs spécifications destinées à affiner la grille diagnostique, isoler des profils cliniques plus cohérents et orienter la stratégie thérapeutique ainsi que les perspectives d'évolution (Pull, 2015). Parmi elles, la spécification avec détresse anxiouse concerne les formes marquées par une tension psychique persistante, souvent corrélée à un risque accru de « suicide » ou de « chronicisation » (American Psychiatric Association, 2013 p. 186-187). À l'opposé, les caractéristiques mélancoliques renvoient à une perte de réactivité émotionnelle, à une culpabilité disproportionnée et à des troubles psychomoteurs (2013). Le DSM-5 reconnaît également des formes atypiques, catatoniques, à début péripartum ou encore saisonnières (2013).

Déjà en 2001, Brian souligne l'ascension de la dépression en l'expliquant notamment par le DSM, mais aussi en conséquence de l'essor des enquêtes épidémiologiques et du marché des antidépresseurs. Plus tard, on parlera de phénomène de masse, remettant en cause le terme fourre-tout de dépression, considéré comme symptomatique de notre époque (Crosali, 2012). D'autres avancent qu'il s'agit d'une véritable augmentation de la prévalence, liée aux fragilités

nées de la modernité ; changement climatique, creusement des inégalités, isolement social et pression des réseaux sociaux sur la représentation des vies d'autrui (Sadowsky, 2024).

F. La dépression essentielle

En parallèle de ce parcours historique et théorique, un autre regard du XX^e siècle sur la dépression émerge ; celui des psychosomatiques. Parmi eux, Pierre Marty et Michel de M'Uzan proposent une dépression sans objet, sans les signes cliniques habituellement présents et marqués par une symptomatologie mentale en creux (1963). La dépression essentielle, telle que l'a nommée Marty, se manifeste avant tout par un effondrement global du tonus libidinal, tant du point de vue narcissique qu'objectal, sans qu'aucune « contrepartie économique positive » ne vienne compenser cette perte d'énergie (1995, p. 210). Cette forme de dépression se distingue de toutes les autres par son absence de symptômes expressifs, notamment une culpabilité apparente (Marty, 1995). Le patient, souvent venu consulter pour un motif anodin (fatigue, incident somatique mineur), ne choisit ni ne refuse la relation thérapeutique (Marty, 1995). Il expose son cas de manière détachée, comme s'il parlait de quelqu'un d'autre, et l'analyste a l'impression de n'être qu'un praticien de plus, tenu à distance par une neutralité affective (1995).

Sur le plan clinique, cette dépression se déploie sous la forme d'une crise silencieuse qui peut progressivement déboucher sur une vie opératoire, signant l'installation d'une dépression chronique (Marty, 1995). De par cette dépression silencieuse, ni les patients, ni leur entourage, ni les médecins n'envisagent de faire appel à un psychanalyste (1995). Lorsque la rencontre est mise en place, la relation avec le patient demeure inchangée ; aucun phénomène d'engagement transférentiel, de rejet ou de mise à distance, tels qu'observés dans les névroses ou les psychoses, ne se manifeste si bien que l'analyste se trouve démunie face à ce patient sans demande (1995). Marty souligne que le clinicien, confronté à ce silence relationnel, doit se garder de combler les vides de la relation par ses propres projections, en interprétant le silence comme forcément causé par des conflits ou traumatismes passés (1995).

Sur le plan théorique, Marty identifie le « morcellement fonctionnel » comme seule compensation économique dans la dépression essentielle (1995, p. 211). Ce morcellement, propre à la sphère somatique, est caractérisé par l'effacement des mécanismes psychiques fondamentaux, dont la projection, la condensation, l'introjection, l'association d'idées, le déplacement, ainsi que l'identification (Marty, 1995). Progressivement, cet effacement entraîne la disparition manifeste de la vie onirique et fantasmatique (Marty, 1995). Ce tableau clinique

traduit, selon lui, la préséance de l'instinct de mort, désignant un travail pulsionnel de déliaison, sur le tonus libidinal (1995). Contrairement aux autres formes de dépression, la perte d'énergie libidinale qui en découle n'est suivie d'aucune tentative de réparation due à la fragmentation des processus psychiques cités plus tôt (1995). Dans la dépression essentielle, toute tentative de réinvestissement libidinal reste éphémère et vaine, avant de céder à un calme où l'instinct de mort prend le rôle de « maître des lieux » (Marty, 1995, p. 211). Cette irréversibilité se traduit cliniquement par un effondrement silencieux de l'énergie psychique, analogue à la mort : « Les déprimés essentiels semblent ainsi porter déjà en eux des phénomènes de mort. » (Marty, 1995, p. 211). Le sujet se déconnecte de ses désirs, de ses conflits infantiles et de sa subjectivité, évoluant vers un fonctionnement automatisé où la dimension psychosexuelle fait défaut (Benyamin, 2023).

Sur le plan pronostique, la dépression essentielle se caractérise par la gravité silencieuse de son évolution ; en l'absence de toute dynamique de raccrochage libidinal, elle engage progressivement le sujet vers la mort, de manière plus innée que dans les formes mélancoliques (Marty, 1995). Bien que la dépression essentielle donne l'impression d'un tableau clinique lourd, Marty précise qu'elle concerne des patients relativement fréquents, rencontrés parfois lors de traitements de névroses polymorphes ne présentant pas de symptomatologie dominante obsessionnelle ou phobique (1995). Dans la prise en charge, contrairement à la dépression névrotique ou psychotique, chercher à maintenir la tension frustrante s'avère inefficace (1995). Il est plus pertinent de faciliter l'investissement d'une identification possible en établissant une proximité profonde avec le patient (1995). Bien que gravement appauvrie, la libido persiste sous-jacente, justifiant une intervention précoce pour éviter l'installation permanente de morcellements somatiques. L'analyste doit s'ajuster à un Moi morcelé, réduit à une adhésion passive aux normes sociales qu'il appelle le « Surmoi collectif et actuel » (Marty, 1995, p. 212). Dans un objectif de s'appuyer sur les signaux du patient pour relancer une dynamique vitale (Marty, 1995).

II. À la croisée de la pensée opératoire et de l'alexithymie : similitudes et distinctions

A. La pensée opératoire

Dans le cas de la dépression essentielle, la disparition manifeste de la vie onirique et fantasmatique s'accompagne avec le développement d'une forme de pensée nouvelle que Pierre Marty et Michel de M'Uzan appellent la pensée opératoire (1963). La pensée opératoire fonctionne comme une pensée consciente, en dehors de toute dimension phantasmatique, et

sans lien organique apparent (Marty & M'Uzan, 1994). Elle accompagne l'action, l'a « double et l'illustre », soit en la devançant soit la prolongeant, tout en restant dans un laps de temps restreint (Marty & M'Uzan, 1994, p. 198). Ce laps de temps perturbe toute projection au-delà de l'instant présent, où passé et avenir ne sont appréhendés que comme des « morceaux de présent », réduits à la seule succession de faits perceptibles et dans le strict objectif de développer ses opérations (Marty & M'Uzan, 1994, p. 201). La pensée opératoire se manifeste par une relation « blanche » à l'autre, par exemple dans la rencontre clinique ; le sujet traite le thérapeute comme un simple réceptacle de ses symptômes, sans engagement affectif, la relation s'établit sur l'objectif unique de guérison (1994, p. 198). Le discours du patient reste « au ras de ses gestes », insisté par une focalisation exclusive sur la réalité des faits et sur l'instrumentalité des objets (1994, p. 200). De par ce discours utilitaire, le clinicien éprouve un sentiment d'insatisfaction malgré la participation apparente du sujet dans le dialogue (Marty & M'Uzan, 1994). Les deux auteurs pensent la pensée opératoire comme incarnant une modalité du processus secondaire détachée de sa fonction symbolique et imaginaire, elle s'appuie sur les « choses » incluant l'orientation vers la réalité, la dimension causale des faits ou encore la logique chronologique bien que limitée (1994, p. 203). On peut retrouver chez eux une réduction de la capacité à retenir la décharge motrice avec une parole qui sert uniquement à décharger rapidement la tension, sans pouvoir la maintenir « en suspens » comme le permet normalement le processus secondaire (1994, p. 203). En fait, Marty et de M'Uzan soulignent que, sous cette apparente rationalité, persiste en réalité une connexion primitive au processus primaire, laissant l'énergie pulsionnelle s'exprimer de manière brute, sans transformation (1994). Le lien avec l'inconscient est tout de même maintenu mais sous les formes initiales des pulsions dont des somatisations, des retours abrupts, ou encore une tension opposant activité et passivité (1994). Les somatisations, précisément, représentent la tendance dominante chez ces patients, où l'économie pulsionnelle, privée de son canal psychique, se réachemine vers le corps pour traiter les tensions (1994). La pensée opératoire n'est pas toujours synonyme de pauvreté intellectuelle ; elle peut se montrer complexe et aboutie, notamment dans les domaines abstraits (1994).

Ce qui fait défaut au sujet opératoire c'est la référence à un « objet intérieur réellement vivant », engendrant sécheresse et pauvreté structurelle du jugement, réduit à une forme de cotation sommaire, dépourvue de toute portée symbolique ou sublimatoire (Marty & M'Uzan, 1994, p. 201). Ce manque touche en particulier la dimension surmoïque, le sujet se conforme à des règles perçues de manière schématique à travers des identifications superficielles (1994). Pour

compenser, il peut alors, dans une projection globale du sujet, considérer autrui comme identique à lui-même, doté du même mode de pensée utilitaire, dénué de résonance affective (1994). Ces patients montrent une vie onirique pauvre, étant incapables de rapporter un rêve autrement que comme la simple énumération d'actes ou de gestes en lien avec la réalité actuelle (1994). Les auteurs proposent que cette carence pourrait expliquer la forte tendance à l'insomnie chez les sujets opératoires (1994).

En raison du caractère rigide et archaïque de leur mode de fonctionnement psychique, le pronostic des patients reste souvent réservé et incite à anticiper des difficultés thérapeutiques (Marty & M'Uzan, 1994). Toutefois, les auteurs notent que lorsque ce mode de pensée est imposé par des contraintes extérieures, comme un traumatisme, le pronostic tend bien plus vers une évolution favorable (1994). Dans ce cas, au fil des rencontres thérapeutiques, le sujet peut montrer une réceptivité aux sollicitations affectives et éprouver un sentiment de frustration vis-à-vis de son mode de fonctionnement (1994). Pour la prise en charge des patients à pensée opératoire, les auteurs insistent sur la nécessité d'un cadre qui peut soutenir l'apparition des représentations mentales (1994). Pour ce faire, le silence de l'analyste est préconisé pour laisser advenir des fragments de vie fantasmatique, qui serviront d'appui dans la relation (1994). Parallèlement, les interventions du clinicien doivent être ajustées au degré d'élaboration des phantasmes. En effet, les phantasmes les plus aboutis peuvent être récupérés au fil de l'analyse et retrouver un accès à la conscience, tandis que les formes plus primitives nécessitent une confrontation thérapeutique (1994). Durant l'échange, c'est parfois au thérapeute d'« ouvrir » au sujet la voie vers ses représentations mentales (Marty & M'Uzan, 1994, p. 206). Marty et de M'Uzan terminent en étendant leurs recommandations au champ préventif, en plaident pour la mise en place précoce, dès l'enfance, d'interventions pour protéger et développer l'activité phantasmatique (1994).

B. L'alexithymie :

Sifneos, reprend Marty et développe l'alexithymie en tant que réalité clinique distincte de la pensée opératoire (1973). L'alexithymie se manifeste par une incapacité à exprimer verbalement ses émotions et ses sentiments (Sifneos, 1973). Elle se rapproche de la pensée opératoire avec une limitation de la vie imaginaire et une tendance à passer par l'action face aux conflits (Sifneos, 1973). Sifneos ajoute que ce sont des patients qui décrivent factuellement et en détail les événements et les symptômes physiques qu'ils ressentent, particulièrement pour les patients somatiques, victimes de traumatismes ou avec des conduites addictives (1973).

Dans l'approche contemporaine, elle est considérée comme une dimension de la personnalité prenant deux formes, une première qui renvoie à un mode de fonctionnement lié à un déficit neurophysiologique (alexithymie primaire) tandis que la seconde forme (alexithymie secondaire) surviendrait dans un contexte traumatique ou stressant (Sander & Scherer, 2014).

Elle se distingue de la pensée opératoire en s'inscrivant dans une perspective de psychopathologie quantitative, par sa volonté d'objectivité, ses outils de mesure et ses démarches de validation, ainsi que par sa cohérence avec les modèles neuropsychologiques et cognitifs contemporains (Farges & Farges, 2002). L'échelle de Toronto distingue quatre dimensions dont la difficulté à identifier ses sentiments et à pouvoir les distinguer des sensations corporelles (DIE), la difficulté à décrire ses sentiments à autrui, les rêveries diurnes réduites et les pensées tournées vers l'extérieur plutôt que vers les sensations intérieures (PEO) (Taylor et al., 1985). Dans leur étude, Bonnet et son équipe mettent en évidence que la DIE constitue un facteur central dans le « noyau psychopathologique commun » de l'anxiété et de la dépression, contribuant à un sentiment de malaise interne indifférencié (2012, p. 5). De plus, ils soulignent qu'une faible affectivité positive (anhédonie) est spécifiquement associée à la DIE dans la dépression, tandis que la PEO, liée à une répression des affects, peut jouer un rôle défensif visant à limiter l'activation psychique excessive et pouvant engendrer une pensée opératoire (Bonnet et al., 2012).

III. La clinique du négatif

A. Prémices et formulations freudiennes

Au sein de la recherche psychanalytique française, les auteurs ont montré un fort intérêt pour la question du négatif défini avant tout comme un processus, une force, qui agit sur le psychisme voire le met en travail (Baldassarro, 2017). Ce négatif regroupe tout ce qui relève d'une logique de contradiction, étant indissociable des concepts de mouvement, de restructuration, de déstructuration, de mise en tension, de réduction de tension (Baldassarro, 2017).

Dès *L'Interprétation du rêve*, Freud constate que le rêve néglige la catégorie du non et traite l'opposition et la contradiction comme si elles n'existaient pas (1900a). Il note toutefois des exceptions, où l'inconscient peut introduire la contradiction à travers l'échec d'une action voulue (1900a). À ce phénomène s'ajoute la distinction entre processus primaire et processus secondaire où Freud décrit une situation dans laquelle un stimulus externe douloureux suscite des mouvements désordonnés visant à supprimer la douleur, donnant lieu à l'hallucination négative (1900a). Ce mécanisme, distinct du refoulement, porte sur la perception et non sur la

représentation (1900a). Dans *Au-delà du principe de plaisir*, il introduit la pulsion de mort face à la pulsion de vie, soulignant que seule la mise en regard de ces deux mouvements permet de comprendre la contrainte de répétition où liaison et déliaison forment un couple indissociable (1920). Plus tard, dans l'article « La négation », il montre que le refoulé parvient jusqu'à la conscience en se présentant négativement ; nier, c'est en même temps juger, tant sur la valeur (bon ou mauvais, positif ou négatif) que sur l'existence même d'une représentation (réelle ou imaginaire) (Freud, 1925a).

B. La reprise greenienne

Si ces formulations freudiennes posent un cadre théorique au négatif, c'est principalement à partir de la fin des années 1980 que les psychanalystes ont approfondi cette définition. Green cherche à inclure la négation freudienne dans un ensemble plus vaste qu'il nomme « le travail du négatif » regroupant les opérations psychiques qui ont comme prototype le refoulement (1993, p. 39). Pour l'expliquer, il identifie quatre aspects du négatif. Un sens « oppositif », « polémique », en tant qu'antagoniste actif à un positif, que l'on peut retrouver dans l'autodestruction du sujet, qui cherche une forme de contrôle (1993, p. 31). Un deuxième sens de « symétrie », renvoyant à l'opposé d'un élément positif, de valeur équivalente mais inversée (1993, p. 32). Le troisième sens, lui, fait référence à « l'absence », à la « latence » de quelque chose qui continue d'exister même sans être visible dans l'extérieur et l'intérieur (1993, p. 32). C'est à travers ce niveau que Green explique que le renversement de la conscience ne procède pas de la volonté du sujet, mais émerge de la progression de la conscience, prise dans la tension entre elle-même et ses objets (1993). Enfin, le « rien », comme dernier sens renvoie à un « néant » pour le sujet dû à un déni et une résistance (Green, 1993, p. 33). C'est pris dans ces quatre sens que Green tente de décrire le travail du négatif sous l'angle sémantique, linguistique et psychique à travers des défenses de refoulement, de forclusion, de désaveu et de négation (1993). Ces mécanismes se caractérisent par leur exigence de trancher une question vitale à laquelle on ne peut répondre que « par oui ou par non » (Green, 2017, p. 178). Cela s'illustre avec l'hallucination négative, vue comme un « phénomène d'effacement » distinct du refoulement, c'est la non-perception d'un objet ou phénomène pourtant présent dans le champ perceptif (Green, 2002, p. 289). C'est un « processus majeur » qui permet au Moi un retrait d'investissement voire un désinvestissement du lien à la réalité (Green, 1993, p. 237). En surface, elle traduit un rejet d'une perception insupportable, niant l'objet externe (Green, 2002). En profondeur, elle résulte du blocage d'une représentation par la barrière perception-conscience, générant un vide psychique, un « espace vacant » (Green, 1993, p. 236).

Le travail du négatif n'est pas nécessairement de l'ordre de pathologie, il nous permet de tolérer l'incertitude, sans en exiger immédiatement la résolution. De plus, le travail du négatif contribue à la sublimation en lien avec les exigences de l'idéal du Moi (Green, 2002). Dans les dérives pathologiques, le narcissisme négatif est conceptualisé comme une aspiration à un « degré zéro de la subjectivité » mobilisant une fonction désobjectalisante (Green, 2022, p. 38). L'individu ne se contente pas de désinvestir ses objets ou leurs substituts, mais porte ce désinvestissement sur le processus même d'objectalisation dans une « destruction par désinvestissement » (Green, 2002, p. 294). Green l'explique sur le plan théorique avec la pulsion de mort, qui par la dél liaison, remplit une fonction désobjectalisante, qui vise d'abord « la relation à l'objet », puis, s'étend au « Moi » et enfin à « l'investissement » lui-même (1993, p. 122-123). Le Moi se retrouve appauvri et perd progressivement son organisation et son identité (Green, 2002).

Cliniquement, cela se manifeste par des sensations de trous, d'abîme, de futilité et de mort psychique, accompagnées d'angoisses impensables et des craintes d'annihilation ou d'effondrement (Green, 1993). Le narcissisme négatif se retrouve dans certains troubles dont l'anorexie, les désorganisations somatiques ainsi que la dépression essentielle développée plus tôt (Green, 2002). Pour ces exemples, le retrait narcissique vient paradoxalement jouer un rôle défensif où le désinvestissement sert de rempart final contre le débordement pulsionnel (Green, 2002).

Au centre du tableau clinique, la négation de l'objet conduit à une « auto disparition », une désincarnation du moi (Green, 2002, p. 295). Le sujet vit alors un « fantasme de dél liaison subjectale du moi », le moi paraît se détacher de son enveloppe corporelle menant à une perte de sa « subjectivité désirante » (Green, 2017, p. 178). Cette séparation est vécue comme paradoxale ; vers un « non-être » qui s'articule à la fois comme mécanisme subi et comme désir actif de disparition (Green, 2002, p. 298). Issu de traumatismes précoce marqués par l'abandon maternel, la « mère morte » ou la « mère ailleurs », ce sentiment naît d'une fixation ambivalente à l'objet maternel (Green, 2002, p. 295). L'enfant, confronté à une présence-absence, oscille entre la nécessité de maintenir ce lien envahissant et un désir de s'y soustraire en s'effaçant lui-même. C'est cette toute-puissance maternelle que le sujet ne peut ni assouvir ni défier, mais qui se fissure dès qu'il convertit son abandon subit en choix de se détacher de sa mère (2002). Dès lors, l'autre apparaît systématiquement hostile et dépourvu d'amour (2002). La sexualité prend une forme traumatique ou perverse, d'une décharge dans les passages à l'acte, plutôt qu'à la recherche de plaisir (2002). Le sujet se retrouve pris dans une fixation durable du deuil de l'objet

primaire, une impasse identificatoire fondée sur l'impression d'avoir toujours été incompris. Menant à la déshumanisation des objets substituts parentaux, à l'exception de ses propres enfants unis par une « même chair » (Green, 2002, p. 297).

Dans la prise en charge, la résolution de l'auto disparition exige la reconnaissance tardive de l'Edipe et l'accomplissement d'un « deuil différé » (Green, 2002, p. 297). Ce processus s'enclenche lorsque le père devient objet de désir, permettant la représentation du lien parental et le développement de sentiments d'amour et de tendresse pour les deux parents (Green, 2002).

Synthèse :

Le cancer, en tant qu'épreuve de réalité, vient brutalement rappeler la finitude. Appuyée sur la notion freudienne d'examen de réalité, cette confrontation à l'objet perdu, ici le corps en bonne santé ou l'image de soi invulnérable, oblige à un travail de deuil dont les symptômes vont de la sidération au clivage, selon les défenses mobilisées. Le tableau dépressif se déploie au fil d'un parcours historique : des humeurs antiques et de l'excès de bile noire à la mélancolie freudienne, marquée par une identification pathologique du moi à l'objet perdu, jusqu'à la normalisation nosographique du DSM-5 qui fusionne mélancolie et épisode dépressif majeur. Parallèlement, la notion de dépression essentielle souligne une forme silencieuse de désinvestissement libidinal, entre perte d'élan vital et maintien d'un conformisme. Enfin, la pensée opératoire et l'alexithymie illustrent des modalités de fonctionnement ; l'une privilégie l'action et la réalité factuelle, l'autre la difficulté à repérer et nommer les affects. Ensemble, ces constats ouvrent vers la question du négatif, mécanisme qui sous-tend restructuration et déstructuration psychique face à l'insupportable.

Deuxième partie : Méthodologie de la recherche

I. Contexte et recueil des données

Dans cette recherche, il a été choisi de se centrer sur l'étude de cas unique de Mme H, une patiente de 58 ans récemment diagnostiquée d'un carcinome canalaire infiltrant métastatique. C'est la première fois qu'elle bénéficie d'un suivi psychologique, qui s'intègre à la prise en charge pluridisciplinaire du centre médical SSR. Dans ce contexte institutionnel, l'objectif du psychologue est d'accompagner la personne vers une acceptation de sa fin de vie en atténuant les crises, en apaisant les tensions et en offrant une écoute attentive à sa souffrance (Amar, 2019).

Le recueil des données cliniques s'est appuyé sur deux sources complémentaires. D'une part, ont été recueillis les éléments de l'anamnèse extraits du dossier médical et des échanges de la patiente, vérifiés avec l'équipe pluridisciplinaire. D'autre part, cinq entretiens, répartis entre le 18 décembre 2024 et le 31 janvier 2025, ont fait l'objet de comptes rendus établis après chaque rencontre. Les cinq entretiens s'inscrivent chacun dans une durée comprise entre vingt et cinquante minutes. Ces entretiens ont eu lieu dans sa chambre du service lors de nos visites programmées, à l'exception du deuxième qui a été initié à sa propre demande. Bien qu'elle ait d'abord refusé nos visites spontanées, nous avons continué à lui proposer des rencontres qu'elle a toujours fini par accepter.

II. La méthodologie choisie

À la manière de Kaës, la prise en charge s'est basée sur l'objectif de respecter la libre parole associative de la patiente (2010). L'association libre a été choisie pour favoriser l'« association d'idée inattendue, inédite, dont la puissance tient à ce qu'elle n'est pas consciente » (Corcos, 2018, p. 29). Bien que de nombreuses relances aient dû être réalisées durant les échanges, nous avons tenté de respecter au mieux les principes de la libre association. Le traitement des données a été entamé par la reprise de comptes rendus et des signaux non verbaux les plus significatifs. Il a ensuite été procédé à une analyse de contenu, selon la méthode de L'Écuyer, visant à classer les éléments recueillis en différentes catégories pour mieux cerner le sens global du récit (1991). Quatre grandes catégories de base ont ainsi été dégagées ; le vécu somatique de la maladie, les modes de communication avec l'entourage, la perception de la prise en charge et les projections vers l'avenir. À partir de ces axes, les adjectifs et qualificatifs employés par la patiente ont été regroupés et codifiés, permettant l'émergence de thèmes et la structuration de l'interprétation. Les données ainsi obtenues seront analysées dans la quatrième partie d'analyse théorico-clinique pour éclairer les enjeux relevés spécifiques à Mme H.

Synthèse :

Le cadre méthodologique de la recherche est fondé sur une étude du cas de Mme H, 58 ans, atteinte d'un cancer métastatique. Elle a bénéficié, pour la première fois, d'un suivi psychologique, intégré à la prise en charge pluridisciplinaire, pour accompagner et soutenir un travail d'acceptation de fin de vie et proposer un lieu d'écoute. Les données ont été recueillies à partir des éléments issus du dossier médical, des échanges avec l'équipe soignante, ainsi que cinq entretiens cliniques réalisés. Ces entretiens, menés majoritairement à l'initiative du soignant, ont permis de construire une matière clinique progressive, malgré les réticences initiales de la patiente. La méthodologie s'appuie sur la libre association, visant à favoriser l'émergence de contenus inconscients. Le traitement des données s'articule autour de quatre axes ; le vécu somatique de la maladie, les modes de communication, la perception de la prise en charge et les projections vers l'avenir. Ces catégories permettent une structuration du matériel clinique en vue de l'analyse théorico-clinique développée dans la suite du travail.

Troisième partie : Présentation des données cliniques et de la problématique

I. Eléments d'anamnèse :

Mme H, âgée de 58 ans, est née en 1967. Ancienne caissière, elle est femme au foyer depuis une dizaine d'années. Elle vit au domicile familial avec son mari, actuellement en télétravail, et leur fils unique âgé de 28 ans, technicien informatique. Elle a grandi dans un cadre familial modeste, marqué par la maladie génétique d'ordre ostéoporotique de son père, décédé à l'âge de 61 ans, en 2001. Elle est la cadette d'une fratrie de quatre enfants, ayant deux grandes sœurs et un grand frère. De septembre 2024 et jusqu'à sa première hospitalisation, elle avait le statut d'aînée familiale auprès de son frère, atteint de la même pathologie génétique que leur père. Mme H se trouve en situation de surpoids depuis son adolescence.

En novembre 2024, Mme H s'est initialement présentée à l'hôpital en raison de malaises répétés et d'un état de fatigue qu'elle attribuait jusqu'alors à son « train de vie ». Un bilan biologique ainsi qu'un scanner thoraco-abdomino-pelvien ont alors été réalisés, mettant en évidence plusieurs lésions évocatrices de métastases. Ces résultats ont conduit à la réalisation d'une mammographie et d'une échographie mammaire, qui ont révélé une masse suspecte de 5,3 cm. Une biopsie mammaire a confirmé le diagnostic de tumeur infiltrante du sein. Un TEP-TDM

complémentaire a ensuite permis de préciser l'étendue de la maladie, révélant des métastases multiples au niveau osseux, hépatique et pulmonaire. Le diagnostic final est celui d'un carcinome canalaire infiltrant de grade 3, RH+/HER2-, expliquant l'évolution rapide vers un stade IV. Mme H présente par ailleurs une anémie inflammatoire.

Depuis décembre 2024, la patiente a intégré mon lieu de stage, le centre médical SSR, pour un accompagnement pluridisciplinaire adapté à son état général et à l'évolution de sa pathologie. En raison du caractère avancé de son cancer, la chirurgie n'étant plus possible, le traitement repose essentiellement sur une prise en charge palliative à visée symptomatique, visant à améliorer sa qualité de vie et à soulager les douleurs liées aux métastases osseuses et hépatiques. Elle reçoit un traitement hormonal (anti-aromatase), prescrit en lien avec le profil de sa tumeur (RH+/HER2-), accompagné d'un traitement antalgique régulier, incluant des antalgiques de palier 2 à 3 en fonction de l'intensité des douleurs. Des biphosphonates lui sont également administrés dans le but de freiner l'extension des métastases osseuses et de prévenir les fractures pathologiques. La patiente bénéficie chaque jour de séances de kinésithérapie, centrées sur le maintien de la mobilité, la prévention de la fonte musculaire et l'accompagnement à l'effort. Un suivi diététique est également mis en place, dans le cadre d'une perte d'appétit persistante et d'un amaigrissement progressif. Un accompagnement psychologique lui a été proposé, bien qu'elle n'ait jamais entrepris de suivi par le passé. Le centre médical a l'habitude de proposer des ateliers de soins esthétiques (maquillage, manucures, etc.), qu'elle refuse systématiquement. Malgré une grande fatigue et des douleurs osseuses récurrentes, Mme H conserve une certaine autonomie. Elle peut encore se lever seule et marcher un peu, même si ses déplacements restent limités et fatigants. Elle a toutefois besoin d'être accompagnée pour certains gestes du quotidien, comme la toilette ou l'habillage.

II. Compte rendu du suivi psychologique de Mme H :

1. Premier entretien :

Ce premier entretien a eu lieu le 18 décembre, dans le cadre du passage inaugural que le psychologue fait habituellement auprès des nouveaux patients du service. Lorsque nous sommes entrés dans la chambre, Mme H est assise dans un fauteuil près de son lit. Après nous être présentés, elle nous dit qu'elle n'avait jamais rencontrée de psychologue, mais qu'elle connaît le métier à travers des films et des séries. Le psychologue ouvrit l'échange en lui demandant comment elle se sent aujourd'hui. Elle répondit avoir du mal à trouver ses mots « surtout aujourd'hui ». Elle mentionna ensuite son cancer, en disant qu'il lui a donné un teint «

encore plus pâle qu'avant ». Lorsqu'on lui demande si elle avait toujours eu ce teint pâle, elle répond après un temps de réflexion : « je ne suis plus trop sûre, mais il me semble que oui ». Après un silence, nous relançons la discussion en évoquant les fêtes de fin d'année. Mme H nous dit qu'elle n'a « rien prévu », et qu'elle ne souhaite pas sortir en permission car ses symptômes sont plus difficiles à gérer le soir. Lorsqu'on l'interroge sur ce point, elle explique que les douleurs tendent à s'intensifier en fin de journée, et qu'elle préfère rester au centre médical, où elle se sent « plus accompagnée » en cas de besoin, plutôt que de risquer un déplacement. Elle ajoute que ses deux sœurs lui rendent visite régulièrement, et que cela lui suffit. À nouveau un silence s'installe, le psychologue lui demande alors si elle a d'autres proches. Mme H évoque son fils, à qui elle a récemment pu dire qu'elle était fière de lui par rapport à son parcours professionnel. Elle parle aussi de son mari, qui travaille à distance comme responsable informatique dans une compagnie aérienne. Grâce au télétravail, il peut venir la voir quotidiennement et s'installer dans sa chambre pour travailler à ses côtés. L'entretien s'interrompt peu après, Mme H nous informant qu'elle doit recevoir une injection dans la journée. Comme à notre habitude, nous lui proposons de revenir la voir pour poursuivre les entretiens si elle le souhaite. Mme H décline, en nous remerciant pour notre passage et en précisant qu'elle nous sollicitera « si besoin ». L'entretien s'est ainsi terminé au bout d'une vingtaine de minutes. Tout au long de cette première rencontre, j'ai été marqué par le ton froid et monotone de Mme H ainsi que par l'expression figée de son visage, qui est restée relativement inchangée tout au long de l'entretien. Son regard, globalement fixe, alterna entre le psychologue et moi, et elle garda la même position assise tout au long de l'entretien.

2. Deuxième entretien :

Une semaine après notre premier échange, Mme H nous sollicite par l'intermédiaire d'une aide-soignante, exprimant son angoisse. Nous la retrouvons dans sa chambre, où elle est comme à son habitude assise sur le siège. Elle nous confie revenir tout juste d'un déplacement à l'hôpital, qu'elle juge inutile, ce qui a ravivé chez elle la peur d'une aggravation de sa maladie. Son regard est cette fois plus fuyant, et son timbre de voix tantôt vive, tantôt ralenti, contrastant avec l'attitude plus contenue et stable observée lors du premier entretien. Au fil de l'échange, Mme H revient sur les mois précédent son hospitalisation. Elle décrit ce qu'elle a vécu depuis septembre, après s'être occupée de son frère qui a une pathologie génétique ostéoporotique, avec des fragilités osseuses, et que ne plus pouvoir le faire lui laisse un « vide ». Elle nous dit même avoir mis ses douleurs et sa fatigue en contre coup de son implication dans l'aide de son frère. On la questionne, alors, sur son entourage. Mme H mentionne le soutien de son mari, sur

qui elle dit pouvoir s'appuyer dans cette épreuve. Nous interrogeons la place de son fils dans ce contexte. Elle nous parle de son fils unique, âgé de 28 ans, qu'elle décrit comme autonome, travaillant et vivant encore au domicile familial pour des raisons économiques. Elle explique qu'elle s'efforce de préserver son fils de ses inquiétudes : « Je reste positive avec lui, je ne lui dis pas quand ça ne va pas. » Reprenant son ton de voix froid habituel, elle se décrit comme une battante, affirmant : « Ce n'est pas ma maladie qui va gagner » et qu'il « faut rester positif », car c'est « une bonne partie de la guérison ». Elle revient sur les débuts de la maladie, qu'elle avait sous-estimés en raison de symptômes qu'elle jugeait bénins, et qu'elle avait attribués à la fatigue. Elle ajoute : « J'ai failli mourir, mon foie lâchait. ». Mme H évoque spontanément le lien qu'elle perçoit entre l'aggravation de sa maladie et une période où elle s'est beaucoup investie dans le soutien de son frère. Elle explique que, après avoir consacré tant d'énergie et de temps à l'aider, son corps n'a pas tenu et a fini par « lâcher », par « fatigue », ce qui aurait précipité la progression de sa propre pathologie. Nous lui demandons si elle considère cet épuisement comme une cause majeure de l'aggravation de sa propre maladie. Mme H, répond rapidement en disant ne pas savoir mais que cela a « dû jouer un rôle ». Nous lui suggérons alors qu'elle pourrait en discuter avec le médecin du service ou son oncologue pour obtenir des réponses précises sur le plan médical, si elle le souhaite. Mme H acquiesce en silence. Nous décidons de la relancer sur sa conviction selon laquelle « il faut rester positive ». Elle répond que cela vient d'elle-même, sans approfondir davantage. Un silence de quelques secondes s'installe, avant qu'elle ne reprenne la parole, nous expliquant nous avoir appelés car elle était dans un moment où elle n'a pas pu « maîtriser » car elle était « fatiguée par ce déplacement qui n'a servi à rien ». Nous lui disons que nous croyons en son ressenti de fatigue et que cela peut rendre les choses plus difficiles. Nous lui assurons que nous restons disponibles si elle souhaite en parler davantage. Elle nous remercie et dit, alors, avoir dit ce qu'elle « avait à dire ». Comme à notre habitude, nous lui proposons de continuer à passer régulièrement, proposition qu'elle décline une nouvelle fois avec politesse, en précisant qu'elle nous appellera si elle en ressent le besoin. Nous lui indiquons également que nous restons disponibles pour rencontrer, si elle le souhaite, son mari ou son fils. Elle nous répond savoir que son fils a déjà rencontré un psychologue à deux reprises lors d'une précédente hospitalisation. On lui explique que c'est également possible ici, nous répondant simplement ; « D'accord. ». Nous finissons par nous saluer mutuellement, l'entretien ayant duré une quarantaine de minutes.

3. Troisième entretien :

Une semaine plus tard, nous nous rendons spontanément dans la chambre de Mme H, qui accepte notre visite. Lors de cet entretien, elle nous fait part du « choc » qu'elle a ressenti après avoir reçu une nouvelle de son oncologue, qu'elle a récemment rencontré. Ce dernier lui aurait montré les premières radios de son cancer, puis les aurait comparées aux dernières. Elle exprime sa surprise devant l'amélioration visible, qui lui permet de mieux comprendre pourquoi son pronostic vital avait été engagé. Nous lui répondons, un peu sur le ton du questionnement, que cela constitue donc une « bonne » nouvelle. Elle acquiesce, en expliquant que cette nouvelle a été un « reboost » pour son moral. Mme H nous dit maintenant pouvoir envisager un retour à domicile, possibilité confirmée par une infirmière, qu'elle perçoit comme source d'« appui ». Cependant, elle relativise rapidement cette perspective en soulignant que plusieurs obstacles demeurent, notamment sa perte d'appétit persistante, sa « fatigue » et ses douleurs qui restent parfois difficiles « à contrôler ». Avant elle prenait « plaisir à manger » mais depuis « un certain temps » elle a l'impression de se forcer. Elle revient sur ses expériences d'hospitalisation, qu'elle qualifie d'éprouvantes en nous décrivant son quotidien avec des examens répétés, des perfusions, des moments d'attente, et des changements de chambre fréquents. Après un silence de quelques secondes, le psychologue lui demande si elle a partagé cette bonne nouvelle avec sa famille. Mme H répond qu'elle l'a uniquement annoncée à son mari, précisant qu'elle n'a pas informé son fils afin de ne pas alimenter de « faux espoirs ». Nous lui répondons qu'il pourrait être bénéfique pour son fils d'être informé de la situation, car cela pourrait alléger ses craintes et lui permettre de mieux comprendre ce qu'elle traverse. Nous ajoutons que, pour elle-même, cela pourrait être une manière de soulager une partie du poids qu'elle porte, tout en renforçant le lien familial. Mme H nous répond que partager une bonne nouvelle implique de devoir aussi partager les mauvaises, ce qu'elle ne souhaite pas faire. Elle explique qu'elle préfère préserver son fils de l'instabilité de la situation, ajoutant : « je ne veux pas lui faire vivre ça. » et qu'elle préfère qu'il continue à la voir « comme quelqu'un qui tient bon ». Nous répondons que la décision lui revient, et l'entretien d'une trentaine de minutes s'achève ainsi, après nous avoir dit qu'elle nous demandera si besoin.

4. Quatrième entretien :

Comme à son habitude, Mme H accepte de nous recevoir lors de notre passage spontané dans sa chambre, une semaine après notre dernier entretien. Souriante, elle nous confie être « satisfaite » de la récente hausse de son taux de globules rouges. Lorsqu'on lui demande si elle se sent mieux, elle répond par la négative, précisant qu'à l'origine, elle n'avait pas « senti le cancer » et « qu'aucun changement » notable n'est survenu depuis notre dernière rencontre.

Interrogée sur son vécu au sein de l'établissement, Mme H évoque avoir trouvé une « routine », qu'elle décrit sous la forme de tâches « l'infirmière s'occupe du traitement », « le médecin passe tous les jours », « les aides-soignantes m'aident à me lever », ... Elle poursuit ses séances avec la kinésithérapeute, bien que les douleurs, notamment au niveau des bras, demeurent présentes. Elle note toutefois que son nouveau traitement pour le cancer « semble bien fonctionner ». Elle exprime néanmoins des interrogations après avoir lu sur Internet que ce traitement ne permettrait pas de « supprimer » la tumeur, mais uniquement de la « stabiliser ». Lorsqu'on lui demande si elle a pu discuter de cette information avec un médecin, elle répond que non, pas récemment. Elle précise avoir compris que ce traitement n'a pas vocation à guérir totalement la maladie, mais reste incertaine quant à ce qu'elle peut réellement en attendre. Mme H revient alors sur la possibilité d'un retour à domicile, qu'elle évoque de façon réservée. Elle partage ses inquiétudes concernant son logement, peu adapté à sa condition actuelle en raison des escaliers et de l'encombrement général. Elle explique qu'ils ont déménagé en 2022, dans l'urgence, et que depuis, elle ne s'est jamais réellement installée : de nombreux cartons restent fermés, et elle ne s'est jamais sentie véritablement chez elle dans cette « nouvelle maison ». Elle ajoute que son mari a tendance à accumuler des objets, notamment dans le garage, rempli selon elle de « bricoles inutiles », mais qu'elle a fait le choix de ne pas intervenir pour ne pas entrer en « conflit » avec lui. Lorsqu'on l'interroge sur la possibilité d'échanger à ce sujet avec son mari, elle répond ne pas le faire et préfère le « laisser faire ce qu'il veut » pour éviter toute confrontation. Elle mentionne également ne pas se sentir à l'aise dans son quartier, et dit garder ses chats à l'intérieur, craignant qu'ils se fassent écraser. Nous lui demandons si c'est déjà arrivé par le passé, elle nous répond que non, mais qu'elle préfère éviter tout risque. Un silence s'installe et nous lui demandons s'il n'est pas possible que son fils et son mari aient fourni des efforts pour entretenir la maison durant son absence. Elle répond avec scepticisme, estimant que cela est peu probable. Elle précise qu'elle assure habituellement seules les tâches ménagères, et s'attend à retrouver une maison en désordre, malgré les promesses de son mari qui lui aurait « assuré » avoir fait des efforts pour maintenir le lieu propre en vue de son retour. À ce moment, une infirmière entre dans la chambre pour des soins prévus, mettant fin à l'entretien, qui aura duré une quarantaine de minutes.

5. Cinquième entretien :

Toujours dans le cadre d'un passage spontané, une semaine plus tard, nous retrouvons Mme H dans sa chambre. Assise dans son fauteuil, elle nous accueille en nous disant être dans l'attente de nouvelles médicales, précisant ne pas avoir d'« éléments nouveaux » à partager pour le

moment. Un silence s'installe, et nous lui demandons alors comment elle vit cette attente. Elle évoque ce qu'elle qualifie de « moments de faiblesse » récents, au cours desquels l'émotion surgit, notamment par des pleurs. Elle précise que ces épisodes surviennent principalement la nuit, lors de réveils soudains. Il s'agit de larmes silencieuses qu'elle « laisse couler en attendant qu'elles passent », avant de tenter longuement de se rendormir. Mme H nous dit continuer à se rendre chez la kinésithérapeute, où elle rencontre d'autres patients. En se comparant à eux, Mme H se dit affectée par sa présence au centre médical, en raison de l'écart d'âge avec les autres patients. Elle dit ressentir un « décalage » en se demandant ce qu'elle fait ici et qu'à son âge on ne « devrait pas être dans un lit d'hôpital ». Mme H se met à pleurer en nous partageant cela, elle ne cherche pas à cacher ou essuyer ses larmes, elle les laisse couler en restant dans sa position habituelle. Elle nous explique qu'être confrontée de manière directe à la réalité du vieillissement crée chez elle des craintes quant à son propre devenir. Après un court silence, elle finit par dire que « de toute façon » elle n'avait pas une vie « très active » même avant la maladie. Lorsqu'on l'interroge sur ce point, elle précise que, hormis la prise en charge de son frère, elle dit avoir eu une vie limitée aux charges « qu'il faut faire » en tant que femme au foyer, en énumérant quelques-unes (l'administration, la vaisselle, le linge, etc.). Elle enchaîne en abordant son histoire familiale, marquée par plusieurs suicides, dont celui de sa grand-mère, ainsi que de ses arrière-grands-parents. Elle mentionne également la situation de sa mère, « distante », aujourd'hui en situation d'obésité morbide et « diagnostiquée dépressive », qui aurait fait trois tentatives de suicide dont elle n'a eu connaissance que bien plus tard, alors qu'elle était déjà adulte. Elle nous explique avoir grandi dans un environnement empreint de non-dits, se sentant maintenue à « distance » des événements familiaux. Plusieurs accidents, où des proches ont « frôlé la mort », ont eu lieu sans qu'elle en soit informée, n'en découvrant l'existence que des années plus tard. Nous faisons alors un lien avec sa propre posture vis-à-vis de son fils, en lui demandant : « Puisque ces silences ont pu être douloureux pour vous, pourquoi reproduire cela aujourd'hui avec votre propre fils ? ». Mme H répond aussitôt que « ce n'est pas la même chose ». Selon elle, son fils n'a pas besoin de savoir lorsqu'elle est proche de la mort, estimant que cela « ne servirait à rien ». Elle poursuit en relatant un événement marquant survenu lorsqu'elle avait une vingtaine d'années. Elle aurait « failli mourir » électrocutée en manipulant une machine à laver, perdant connaissance avant de se réveiller seule. Bien que sa mère fût présente ce jour-là, elle n'a alerté personne et s'est rendue seule aux urgences à pied. Elle précise n'avoir jamais évoqué cet incident avec ses proches. Plus récemment, lors de sa première hospitalisation, elle raconte s'être étouffée dans son sommeil et avoir été sauvée de justesse grâce à l'intervention de son voisin de chambre, qui

a rapidement alerté les soignants. Elle conclut en affirmant que ces expériences ne sont pas des choses qu'elle juge nécessaire de partager avec son fils, qu'elle souhaite avant tout « protéger », pensant qu'il n'a « pas besoin de savoir ». Lorsque nous lui demandons si elle adopte la même attitude de retenue avec son mari, elle répond que non. Elle explique lui confier ses difficultés, car il la questionne « beaucoup » sur son état de santé. Elle le qualifie comme présent mais aussi comme « impuissant » face à sa maladie, où il « ne peut pas faire grand-chose ». Mme H enchaîne en disant qu'elle a une séance de kinésithérapie prévue aujourd'hui dans peu de temps et qu'elle ne devrait pas tarder. Nous en profitons pour lui proposer de repasser spontanément et à notre surprise, après deux mois de refus, elle accepte. L'entretien se termine, au bout d'une cinquantaine de minutes devenant, ainsi, le plus long jusqu'à maintenant.

III. Points d'étonnement et élaboration de la problématique de recherche :

Plusieurs éléments d'étonnement ressortent de l'étude de Mme H. Bien qu'elle refuse d'abord nos visites spontanées, elle finit systématiquement par accepter de nous recevoir. Mais aussi lors du deuxième entretien, elle s'ouvre sur son angoisse avant de se refermer brutalement, soulevant la question dans cette oscillation entre refus et acceptation des rencontres thérapeutiques. Par ailleurs, le non-verbal de Mme H surprend, comme figé, il fallait expliquer cette forme de contrôle corporel. Ces points d'étonnement conduisent à formuler une série de questions articulées entre elles : comment expliquer la réticence aux entretiens comparé à l'acceptation de l'échange ? Qu'est-ce qui provoque cette ouverture puis ce repli au cours du deuxième entretien ? Dans quelle mesure la comparaison aux patients plus âgés intensifie-t-elle sa propre souffrance ? Comment distinguer les effets d'une pensée opératoire , d'une éventuelle alexithymie ? L'identification de manifestations dépressives, a servi de base, sans aboutir à un diagnostic formel, elle interroge sur la genèse et l'évolution de cet état : s'agit-il d'une réaction adaptative à l'épreuve du cancer, ou d'un processus psychopathologique indépendant ? Quel est le véritable rôle de l'épreuve du cancer et comment l'a telle intégrée ? Qu'est-ce qui explique le retard initial de consultation ? Quel type de dépression conviendrait alors le mieux et pourquoi ? En reprenant ces questionnements, il a semblé qu'il manquait une clé pour saisir le fonctionnement de Mme H. Est-ce la dimension de la clinique du négatif, et plus particulièrement le travail du négatif chez cette patiente ? Il s'agit alors de montrer comment ses quatre sens du négatif se manifestent dans son discours et son attitude, de déterminer si l'on peut parler d'une forme d'« hallucination négative » face à l'épreuve des symptômes visibles.

Ainsi expliquer en quoi et pourquoi tout semble désinvesti ? Et comment le mettre en lien avec les différents concepts ?

Toutes ces questions ont orienté ce mémoire autour du cas de Mme H et ont conduit à un travail théorico-clinique visant à comprendre, **en situation de pensée opératoire, en quoi la dépression est-elle une solution dans l'épreuve du cancer ?**

Synthèse :

Cette troisième partie présente les données cliniques issues du suivi psychologique. L'anamnèse retrace un parcours de vie marqué par une histoire familiale complexe, des responsabilités d'aidante et un statut de mère au foyer. Le diagnostic oncologique tardif s'inscrit dans un contexte d'épuisement, révélateur d'une tendance à minimiser ses propres symptômes. Le suivi a reposé sur cinq entretiens cliniques, au cours desquels se sont exprimés des éléments significatifs : ambivalence vis-à-vis de la relation thérapeutique, silences fréquents, contrôle du discours et du corps, mais aussi quelques moments d'ouverture face à une angoisse présente. Mme H oscille entre le besoin de soutien et un repli défensif, notamment dans sa manière de protéger son fils du réel de sa maladie. Les entretiens révèlent également une difficulté à se projeter, un rapport au corps déprécié, ainsi qu'une structuration affective marquée par des non-dits familiaux et un héritage traumatogène. Les différents questionnements ont conduit à formuler la problématique suivante : **En situation de pensée opératoire, en quoi la dépression est-elle une solution dans l'épreuve du cancer ?**

Quatrième partie : Analyse théorico-clinique et discussion

I. Elaboration de la perte et manifestations dépressives chez Mme H : dépression essentielle face au cancer

A. L'épreuve du corps malade et le travail de deuil

Afin de proposer une analyse théorico-clinique du cas de Mme H, il convient tout d'abord de revenir sur les circonstances de son entrée dans la maladie cancéreuse. Mme H rapporte avoir décidé de consulter essentiellement parce que son fils l'y a fortement encouragée, jusque-là, elle attribuait l'ensemble de ses symptômes, même des malaises répétés à une simple fatigue. Or, chez une patiente présentant un carcinome mammaire de stade IV avec une tumeur mesurant 5,3 cm de diamètre, de nombreux signes cliniques peuvent déjà alerter. Comme l'indiquent Denys et Stragier, il existe tout un faisceau de manifestations objectives dont la découverte

d'une masse palpable ou d'une zone indurée qui n'existe pas auparavant, une rétraction cutanée, un changement global de l'aspect du sein ou de son volume, un écoulement mamelonnaire, une anomalie cutanée, un érythème cutané, voire de la douleur persistante (2009). Bien qu'elle n'en parle pas, il est très probable qu'elle ait présenté l'un ou plusieurs de ces signes visibles qui ont progressivement pris de plus en plus de place dans sa réalité. Confrontée à ses symptômes, Mme H semble désinvestir son corps et décide de poser la responsabilité sur une cause extérieure (s'occuper de son frère), allant jusqu'à dire au quatrième entretien qu'elle n'avait pas « senti le cancer » à l'origine. L'explication de la fatigue joue ici le rôle d'une satisfaction hallucinatoire, qui la maintient dans l'illusion d'un fonctionnement corporel intact (Freud, 1915b). Le diagnostic n'étant pas encore établi, cette phase d'épreuve « d'actualité » reposant sur des « signes » somatiques, pousse Mme H à mimer le principe de plaisir en vivant comme si rien de grave ne la menaçait (Leclaire & Scarfone, 2004, p. 24).

Il n'est pas anodin que Mme H décide de consulter suite aux sollicitations de son fils. Kapsambelis écrit « la réalité, c'est le désir de l'autre », dans un rapport d'investissement réciproque entre l'autre et soi (2020, p. 71). Les inquiétudes verbalisées par son fils viennent remettre en question la dynamique dans laquelle elle se trouve, dans un conflit entre son désir et celui de son fils. En cédant à la volonté de son fils, Mme H est diagnostiquée et le cancer comme explication réelle des symptômes s'impose, accompagné des lourdes représentations autour de cette maladie signant la fin du fantasme d'invincibilité (Pujol, 2012). Cela est d'autant plus violent car on lui a signifié que son pronostic vital était engagé et qu'une hospitalisation s'imposait dans l'immédiat.

Dès lors, Mme H se retrouve obligée d'entreprendre un travail de deuil, ses conditions de vie passées n'étant plus possibles. Elle se doit de se séparer et de désinvestir son rôle d'aidante, son rôle de femme au foyer et son rôle de mère. À la manière de Lanouzière, on peut voir ce deuil sous l'angle de l'atteinte narcissique, où la promesse du sein de complétude et de puissance féminine s'effondre (2007). Par ailleurs, la relation conflictuelle qu'a entretenu Mme H avec sa famille, et plus particulièrement avec sa mère, fragmente davantage le processus de deuil. Dans une « mélancolie somatique », l'expérience infantile de frustration liée à l'absence ou au retrait maternel se réactualise, dans un va-et-vient entre la maladie du sein et les blessures narcissiques précoces, où la rivalité implicite avec sa mère dépressive entrave toute tentative d'élaboration symbolique (Lanouzière, 2007, p. 43).

Suite à l'annonce du diagnostic, on peut reprendre plusieurs moments clés dans son parcours médical. L'hospitalisation initiale constitue une première confrontation concrète de Mme H à son statut de patiente. Mme H évoque un vécu « éprouvant », accompagné d'une expérience d'asphyxie dans son sommeil, qui renvoie à une confrontation aiguë avec le réel de la mort, mettant à mal le système pare-excitation (Pinault, 2020). Par la suite, l'admission dans le CSSR et l'annonce d'une prise en charge palliative l'obligent à reconnaître l'irréversibilité de son état, générant des angoisses de mort (Van Lander et al, 2016). L'environnement hospitalier, la réorganisation temporelle, les soins quotidiens, les douleurs corporelles, la dépendance partielle dans les gestes du quotidien imposent à la patiente un nouveau rapport au corps et au monde. Le corps ne répond plus aux attentes ; il devient lent, douloureux, résistant au traitement, obligeant une rupture de l'Idéal de Soi (Clément-Hryniwicz, 2012). L'univers familier se transforme en espace médicalisé. Ce passage d'une vie autonome à une existence encadrée par des soins palliatifs vient redoubler le travail de deuil psychique, il ne s'agit plus seulement de renoncer à une image corporelle idéalisée, mais aussi à une place sociale, à des rôles identificatoires et à des projets suspendus. Cet aspect ressort particulièrement dans le cinquième entretien, quand Mme H revient sur le « décalage » qu'elle ressent dans la confrontation aux autres patients du centre, majoritairement âgés. En disant être « trop jeune » dans un contexte de fin de vie elle témoigne de l'injustice du réel qu'elle ressent, accentuant l'effet d'irréversibilité et l'angoisse de mort, et réactualise une fois encore le travail d'acceptation du manque, de la dépendance et de la perte. C'est d'ailleurs l'un des rares moments où Mme H s'autorise à pleurer en entretien, rendant visible la blessure narcissique qu'elle subit à l'approche de la mort (Clément-Hryniwicz, 2012).

B. La dépression face au réel

C'est dans ce contexte que la dépression se relève pour Mme H comme issue à cette épreuve. Bien qu'elle n'ait pas été diagnostiquée comme telle, de nombreux éléments laissent à penser à des manifestations dépressives.

Pour les mettre en évidence, on peut reprendre la pensée freudienne de la mélancolie. Chez Mme H, le travail de deuil entravé tourne les accusations contre l'objet perdu (la santé physique) sur le moi (Freud, 1915b). On entend cela dans le deuxième entretien, où elle se tient pour responsable de la progression de son propre cancer, estimant s'être surinvestie au détriment de sa santé pour prendre soin de son frère.

En reprenant les critères du DSM-5, on observe chez Mme H une humeur dépressive à travers les entretiens, avec un pessimisme prononcé au quatrième entretien lorsqu'elle minimise la portée de son retour à domicile, un sentiment d'inutilité vis-à-vis des traitements (« n'a servi à rien »), des larmes relevées dans le cinquième entretien et une anhédonie traduite par une perte d'appétit. Ces manifestations concordent avec la définition d'une humeur dépressive selon Benyamin (2023). On voit chez elle des modifications de l'appétit, une insomnie, une fatigue persistante et un ralentissement psychomoteur. Dans la théorie, la présence de cinq de ces symptômes suffit à caractériser un épisode dépressif, plus du côté de caractéristiques mélancoliques, même dans ce cadre d'affection médicale (American Psychiatric Association, 2013). Toutefois, leur interprétation se complique ici, en particulier les symptômes somatiques qui pourraient tout aussi bien être attribués à l'évolution de son cancer.

Cependant le tableau clinique qui apparaît comme le mieux adéquat à son cas se retrouve dans la clinique des psychosomatiques avec la dépression essentielle (Marty, 1995). Bien que la perte de l'objet s'inscrive effectivement dans le parcours médical de Mme H, de nombreux éléments amènent à penser à cette dépression sans objet. Tout d'abord, par l'absence de certains signes cliniques habituellement présents, cités plus tôt, dont une culpabilité apparente, une tristesse permanente et une faible estime de soi fragilise l'hypothèse d'une dépression à caractéristiques mélancoliques. Mais surtout à travers une symptomatologie mentale en creux (Marty & M'Uzan, 1963). Déjà sur le plan narcissique, on constate un faible investissement de soi qui semble remonter à avant l'annonce du cancer et qui s'illustre dans le retard de consultation. En entretien, bien qu'elle se plaigne des symptômes actuels qu'elle a, on note que Mme H se plaint très peu de ce qu'elle ne peut plus faire depuis l'entrée dans le cancer. Précisément, on le voit dans le cinquième entretien, où elle cherche à minimiser la blessure narcissique subie par l'admission en soins palliatifs, en disant n'avoir pas eu « une vie active » même avant la maladie, laissant penser à un tonus vital faible même à l'époque. Cet effondrement global de l'investissement libidinal se traduit également dès le premier entretien, quand on la questionne sur son teint avant le cancer, elle a besoin de réfléchir pour répondre avec hésitation, signalant un rapport à soi flou et distancié, où l'investissement narcissique est trop faible pour permettre au Moi de soutenir une représentation stable du corps et du vécu. Ce désengagement transparaît également dans son refus systématique des soins esthétiques, comme si elle ne concevait sa prise en charge qu'en termes purement médicaux.

Sur le plan relationnel, on retrouve ce décrochage libidinal dans son discours. Mme H décline toute demande d'autorisation de sortie pour les festivités de fin d'année, qui auraient pourtant été possible dans son cas, la percevant uniquement comme un « risque » et sans manifester de regret à cet égard. De même, la présence de ses deux sœurs reste anecdotique, évoquées une seule fois, leur passage lui « suffit », et elle ne reviendra plus sur leur rôle malgré nos nombreuses questions sur son entourage. Concernant son mari et son fils, Mme H ne les évoque qu'en réponse à nos questions : elle ne parle jamais spontanément de son fils et ne mentionne son mari qu'une seule fois sans y être invitée. À propos de son époux, le lien semble être présent, elle parle de « soutien », elle dit se confier à lui mais seulement parce qu'il l'a questionnée, et qu'il « ne peut pas faire grand-chose », laissant un ressenti d'un lien désaffecté. L'unique fois où elle parle de son mari spontanément, c'est pour se plaindre de son habitude à garder les objets, dans un « laisser faire », elle semble coupée de tout désir dans la relation reposant seulement sur des intérêts machinaux (Marty, 1995, p. 300). Le discours de Mme H laisse peu transparaître « la circulation continue du don » qui constitue la vie de couple (Schneider et al., 2017, p. 208). Dans ses échanges avec son fils, elle adopte une posture distante, dissimule une partie de son vécu pour préserver une image de mère positive. Elle n'attend rien d'eux et est pessimiste sur leurs efforts. Les relations de Mme H, bien que présentes, sont dénuées d'un quelconque engagement pulsionnel et semblent « dévitalisées », caractéristique d'une dépression essentielle (Michaud-Quarton, 2004, p.410).

Poser le diagnostic de cette dépression, remet en perspective les somatisations et la fatigue dont elle se plaint. Son report de la consultation initiale suggère d'emblée une tendance à banaliser cette fatigue, d'autant plus notable qu'elle ne rapporte, au fil des entretiens, aucune amélioration de son ressenti physique, malgré les traitements et l'amélioration objectivée de son état ; elle affirme ne ressentir « aucun changement », qu'on entend ici du côté de la carence du tonus vital. Dans ce contexte, la somatisation, qui se superpose à la pathologie oncologique, complique la distinction entre effets biologiques et retentissements psychiques, mais c'est précisément l'absence de toute « contrepartie économique positive » pour compenser cette perte d'énergie qui amène à penser à une dépression essentielle plutôt qu'un état adaptatif à la maladie (Marty, 1995, p. 210). L'absence de projection, d'identification ou encore de condensation dans son discours amène à penser à un « morcellement fonctionnel » passant par la voie somatique (Marty, 1995, p. 211). Donnant lieu à un discours marqué par une absence manifeste de dimension symbolique, imagée ou métaphorique. La douleur est vue comme quelque chose « à

contrôler » et le traitement est jugé dans sa qualité de fonctionnement (« bien fonctionner ») faisant écho avec les intérêts machinaux retrouvés dans la sphère relationnelle (Marty, 1995). Ses entretiens débutent par un compte rendu des avancées médicales, elle ne mobilise de représentations internes pour évoquer ce qu'elle traverse, seuls comptent les faits bruts (« aucun changement », « éléments nouveaux »). Quand elle revient sur ses expériences d'hospitalisation, Mme H adopte un ton descriptif qui illustre cette carence de symbolisation, peu d'adjectifs valorisants ou dépréciatifs ne viennent qualifier les faits, elle énonce la succession des actes médicaux et des gestes quotidiens. Elle affirme qu'« il faut rester positive », mais sans conviction, aucune image réparatrice ou consolatrice durable ne transparaît. Avant le deuxième entretien, dans un mouvement d'ouverture de réinvestissement libidinal, elle exprime son angoisse à un tiers. À notre arrivée, Mme H consent alors à se confier, évoquant la peur, visible même dans le non-verbale, éprouvée à la perspective d'une décompensation. Cependant, rapidement elle tente de reprendre le contrôle en imposant une positivité, qui sert à refermer la porte à toute exploration affective, et bascule son discours dans le passé. Elle parle de cette angoisse comme d'un épisode désormais révolu, vu comme une perte de « maîtrise », comme si l'émotion en question n'appartient plus à sa vie actuelle. Finalement, elle se fige dans un silence, suggérant que notre présence ne lui est plus nécessaire. Ce mouvement d'ouverture et de fermeture traduit l'irruption de l'instinct de mort, « le calme renaît » et neutralise la maigre impulsion de vie libidinale dont elle venait d'ébaucher le tracé (Marty, 1995, p. 211). Laissant place à son Surmoi collectif et actuel qui l'empêche d'élaborer son angoisse de mort, en prônant la positivité pour rester cachée derrière « le masque social de la bienséance » (Marty, 1995, p. 210).

II. Pensée opératoire et alexithymie : un frein à la symbolisation

A. La pensée opératoire

Plusieurs éléments amènent à penser que cette dépression essentielle a débouché sur une vie opératoire. Dans le quatrième entretien lorsqu'elle décrit sa routine, le discours ne préfigure pas l'acte parce que cela lui apporte, mais se contente de répéter, à l'identique, l'action, comme si la parole n'était qu'un calque du geste technique. Chaque étape de sa routine est énoncée, allant du passage des soignants aux séances de kinésithérapie, sans interroger le sens de ces démarches ni en proposer un avis. Décrit sous la forme de « morceaux de présent », c'est également le cas pour les tâches qu'elle remplissait avant son hospitalisation, énumérée successivement sans élaboration dépassant l'acte lui-même (Marty & M'Uzan, 1994, p. 201). Cette pensée s'illustre en particulier dès lors qu'on tente de la faire se projeter au-delà de

l'instant présent, où elle semble enfermée dans un « champ temporel limité » (1994, p. 198). Lorsqu'on l'interroge sur ses projets pour les fêtes de fin d'année, elle répond qu'elle « n'a rien prévu » et refuse toute sortie à cause de ses douleurs. Ici, le futur est appréhendé non comme un champ de possibles, mais comme une simple extension des douleurs du moment « dans une relation immédiate avec la sensorio-motricité », renvoyant, une nouvelle fois, à l'instant présent (1994, p. 201). Lorsque le retour à domicile devient possible, elle peut dire que c'est un « appui » mais modère ses propos aussitôt en revenant sur ses symptômes somatiques. À l'entretien suivant, Mme H segmente sa potentielle sortie en sous-problèmes (escalier, encombrement, quartier insécurisé). Ce basculement justifié par la carence d'*« activité phantasmatique »*, rend toute anticipation limitée à la gestion de symptômes et problématiques présentes, avec peu, voire sans aucune dimension émotionnelle pour investir le futur (Marty & de M'Uzan, 1994, p. 197). Son discours repose sur la réalité sensible et la causalité, par exemple au deuxième entretien quand elle justifie toutes ses angoisses par un déplacement fatigant, plutôt que sur des productions de l'*« imagination »* ou sur des *« expressions symboliques »* (Marty & de M'Uzan, 1994, p. 197).

À l'exception du dernier entretien, elle refuse les passages spontanés à chaque fois, en disant nous appeler « si besoin », comme si la relation thérapeutique ne lui était utile que face à l'angoisse, faisant écho à la relation « blanche » définie plus tôt (1994, p. 198). L'engagement affectif des rencontres est faible, ses prises de parole sont le plus souvent brèves, comme pour évacuer rapidement la tension, laissant penser à un processus secondaire entravé dans une logique de décharge immédiate (1994). Il est souvent nécessaire de la relancer pour l'amener à approfondir ses propos, tant son discours reste généralement factuel et peu élaboré. Toutefois, lors du cinquième entretien, elle parvient à développer une réflexion plus personnelle, en exprimant ses inquiétudes face à son avenir, notamment en se comparant à d'autres patients. Pourtant, cette ébauche d'élaboration est rapidement suivie d'une mise à distance, voire d'une minimisation, traduisant la tension opposant *« activité-passivité »* dans le lien au processus inconscient (Marty & de M'Uzan, 1994, p. 204).

La faculté de jugement paraît également altérée, dès qu'on tente de la confronter à la répétition des non-dits familiaux dans sa relation avec son fils, Mme H nie toute ressemblance, arguant qu'il n'a pas besoin de savoir qu'elle a failli mourir, alors même qu'elle se plaint de ne pas avoir été informée lorsque certains de ses proches ont, eux, « frôlé la mort ». Mme H porte un jugement binaire, une *« évaluation oligo-dimensionnelle »*, sans évocation symbolique ou sublimatoire dans son lien entre passé et présent (1994, p. 201). Sans l'objet intérieur réellement vivant, c'est le surmoi qui reprend le relais même dans la sphère du jugement, dans une «

identification superficielle » à la mère constamment positive avec son fils (Marty & de M'Uzan, 1994, p. 201).

Toujours sur le modèle de Marty et M'Uzan, on peut expliquer ce surmoi conformisme par l'absence de l'objet intérieur réellement vivant, qu'elle compense par une projection globale du sujet (1994). C'est-à-dire qu'elle conçoit l'enfant comme partageant nécessairement sa façon de traiter l'information et qui ne saurait retenir en suspens la tension d'un savoir douloureux. Le fils est ainsi perçu comme un sujet identique à elle-même, dépourvu d'un espace psychique suffisant pour accueillir une vérité qui risquerait de l'ébranler (1994). Cette projection se retrouve également avec son mari, dans le dernier entretien, elle dit qu'il est présent mais « ne peut pas faire grand-chose » face à son cancer. Il est donc, pour elle, apte à entendre les faits mais limité dans sa puissance d'action, limité « au ras de ses gestes » à la manière du sujet opératoire (Marty & de M'Uzan, 1994, p. 200). Sa plainte d'insomnie va également dans le sens d'un mode de fonctionnement opératoire de sa pensée (1994).

On peut constater une certaine difficulté thérapeutique dans les rencontres, ses phantasmes inconscients sont peu accessibles, surtout dans les premiers entretiens dominés par un retrait, similaires à « un contact n'en est pas un » (Marty & de M'Uzan, 1994, p. 198). Conformément à la théorie des auteurs, ses représentations demeurent « en deçà du plan réel de la relation », imposant de nombreuses relances pour tenter d'ouvrir la voie des représentations mentales (1994, p. 204). Mais il semble que ces difficultés s'atténuent au fil des rencontres. À partir du quatrième entretien, on entend bien plus qu'elle a conservé une capacité de réception aux sollicitations affectives. Au cinquième entretien elle s'ouvre plus et accepte qu'on repasse, pour la première fois. Cette évolution positive amène à penser à un mode opératoire, pour Mme H, imposé ou exacerbé par les contraintes extérieures en lien avec la maladie (Marty & de M'Uzan, 1994).

B. L'alexithymie

En plus de la pensée opératoire, l'alexithymie s'ajoute au tableau clinique de Mme H comme frein supplémentaire à la symbolisation. Pour la mettre en évidence, nous allons reprendre quatre dimensions de l'échelle de Toronto de Taylor et son équipe (1985). Premièrement concernant la difficulté à identifier et distinguer les émotions des sensations corporelles, dès le premier entretien, Mme H avoue éprouver des difficultés à trouver ses « mots ». Lorsqu'on lui demande comment elle se sent, elle se réfère alors à une manifestation physique de sa pathologie

(son teint « pâle »). De même, lorsqu'elle évoque l'intensification de ses douleurs le soir, son discours reste focalisé sur l'aspect pratique (« je préfère rester au centre médical ») pour bénéficier d'un meilleur accompagnement somatique. Lors du deuxième entretien, l'angoisse qu'elle a évoquée se mue en « fatigue » à la toute fin de la séance, comme si elle ne pouvait la nommer autrement. La deuxième dimension de l'échelle paraît alors évidente, la difficulté à décrire ses sentiments s'illustre lorsqu'elle parle de « moments de faiblesse » ou de « larmes silencieuses » qu'elle « laisse couler en attendant qu'elles passent », comme s'il s'agissait d'un phénomène purement physique, à subir, et non d'une expression émotionnelle. Troisièmement les rêveries diurnes réduites s'interprètent dans la carence aux références imaginaire et fantasmatique qui sont « peu fréquents » (Farges & Farges, 2002, p. 50). Mais aussi dans l'enfermement dans le présent, mis en évidence avec la pensée opératoire, notamment dans l'apprehension du retour à domicile ou encore avec l'absence de projection positive avec une famille qui « ne peut pas faire grand-chose » et serait incapable de maintenir l'ordre du foyer. Enfin, la dernière dimension de l'échelle, la pensée tournée vers l'extérieur, s'illustre dans la « description détaillée des faits», dans sa « routine » hospitalière et de sa focalisation sur ses « symptômes physiques », avec une pauvreté des mots et tournures employées (Farges & Farges, 2002, p. 50). Par exemple, le mot « fatigue » est relevé quatre fois durant le deuxième entretien, et revient régulièrement au fil des rencontres. À l'instar de Bonnet et al., cette facette de l'alexithymie chez Mme H peut être interprétée comme un mécanisme de défense destiné à prévenir une activation psychique excessive, contribuant ainsi négativement à sa dépression et se traduit par une pensée opératoire (2012).

III. Le travail du négatif comme clé d'intégration

A. Les quatre sens et l'hallucination négative

En parvenant à ces conclusions théorico-cliniques, il a été possible d'identifier et nommer les modalités du fonctionnement psychique de Mme H. Toutefois, il restait à déterminer un repère explicatif qui a conduit la dépression, l'alexithymie et la pensée opératoire à s'imposer comme solution dans l'épreuve de Mme H. C'est là qu'intervient la clinique du négatif comme processus intégrant les précédentes modalités. Le travail du négatif de Mme H s'illustre sous l'angle sémantique, linguistique et psychique. Le sens « oppositif » se reflète par exemple dans le « laisser faire » où elle se soustrait à la « domination » du mari ce qui l'amène à détruire ses propres désirs en « se détruisant » elle-même (Green, 1993, p. 31). Cela va dans le sens d'une dépression, fréquemment définie par « une absence de désir » (Robin, 2005, p. 78). Le sens symétrique du négatif chez Mme H, se lit dans son refus de communiquer les bonnes nouvelles

à son fils, parce que les annoncer impliquerait, de façon symétrique, de devoir également lui transmettre les mauvaises. L'information positive et négative est traitée « de valeur équivalente », où positif et négatif sont « interchangeables » autour d'un « neutre référentiel » (Green, 1993, p. 32). Le troisième sens du travail du négatif chez Mme H se révèle dans ses nombreux silences en consultation. Ce silence n'est pas vide, il porte une angoisse qui ressurgit la nuit sous forme de larmes lors de réveils brusques. La référence au « réel » prend toute la place durant les entretiens, là où l'imaginaire s'éveille dans la nuit, comme l'a théorisé Green, l'absence ou la présence est relative aux « contextes » et pas par la volonté du sujet, mais tout continue d'exister et n'est mis qu'en « latence » (1993, p. 31). À une vingtaine d'années, Mme H a été électrocutée en manipulant une machine à laver, elle a perdu connaissance et s'est réveillée seule, puis a marché jusqu'aux urgences. Pourtant, elle n'en a jamais informé ni sa mère, ni ses proches. Cet événement, bien qu'ayant eu lieu, n'a jamais existé dans le récit familial, s'énonçant « comme rien », elle « fait exister ce rien » en entretien qui ne sert que d'explication à ses non-dits avec son fils, car sinon cette expérience serait « autrement inconcevable » (Green, 1993, p. 33). Cette expérience met en lumière le « processus de résilience » de Mme H, qui puise ses racines dans sa structure familiale et qui se répète aujourd'hui face au cancer (Rexand-Galais et al., 2017, p. 114). Elle permet de soutenir l'hypothèse d'un travail du négatif à l'œuvre bien avant l'émergence de la maladie.

Dès lors, si le travail du négatif se met en place avant le diagnostic posé, on peut expliquer le retard initial de Mme H à consulter par une hallucination négative, dans un phénomène d'effacement des symptômes perceptibles. Confrontée à la représentation insupportable d'un sein malade, sa conscience se bloque derrière une barrière perception-conscience, niant l'image du corps atteint et créant un « espace vacant » qu'elle comble alors par la seule « fatigue » (Green, 1993, p. 236). Face à une épreuve de réalité jugée trop violente, le moi choisit « d'interrompre ses relations à la réalité » via cette hallucination négative, au point que le corps se trouve désinvesti (Green, 1993, p. 237). Mme H, déjà inscrite dans une dépression essentielle, a eu recours à cette hallucination négative pour que « l'aspect affectif demeure entièrement inconscient » et pour ne pas sombrer dans le « trop perçu » (Green, 1993, p. 262–263). En restant une mère au corps saint, Mme H peut toujours assumer ses rôles imposés par les exigences de l'idéal du Moi et continuer ainsi de s'occuper de son frère et de sa vie familiale (Green, 2002). Le moment du diagnostic, appuyé par la confrontation aux radiographies après l'amélioration visible (qu'elle qualifie d'ailleurs de « choc »), constitue un véritable

« rétablissement » des « perceptions occultées », puisque les résultats médicaux font office de « preuves » comblant le « manque » d'une « donnée du perçu » (Green, 1993, p. 262).

B. Déliaison et effondrement narcissique : une fonction désobjectalisante à l'œuvre

Bien que l'hallucination négative en elle-même ne relève pas forcément de la sphère pathologique, la prédominance de la fonction désobjectalisante chez elle amène à penser à un narcissisme négatif (Green, 1993). Dans la relation qu'entretient Mme H avec sa mère et son histoire familiale d'origine, on perçoit déjà les prémisses d'une fonction désobjectalisante. Élevée dans un climat de non-dit, où on l'a tenue à l'écart des drames familiaux, Mme H dit se sentir « à distance ». Ce sentiment de distance réapparaît au centre médical, quand elle dit se sentir « en décalage » avec les autres patients. Avec son mari, la désobjectalisation se poursuit sous la forme d'une déliahison, par les adjectifs qu'elle choisit pour le qualifier, il semble « désamouré », sans moyen d'action, « comme s'il était requis ailleurs sans que l'on sache ni où, ni comment, ni pourquoi » (Green, 2002, p. 296). La fonction désobjectalisante rendant passives ses relations, continue et s'étend au Moi, avec un effacement de ses désirs et de l'investissement du corps.

Dans la relation thérapeutique, on constate que c'est l'investissement lui-même qui est atteint. Pour se protéger de toute transformation, Mme H refuse nos propositions de suivi psychologique, ponctue ses prises de parole de silences, et décrit une sensation de « vide » au deuxième entretien, de trou, en ne trouvant pas ses mots au premier, accompagnés d'angoisses impensables (Green, 1993). Sa parole est détachée, les conflits psychiques semblent « survoler » sa psyché, elle ne se projette plus, et l'entretien ne semble servir qu'à nous mettre à jour sur ce qu'elle a « pris conscience hors séance » (Green, 2002, p. 296-297) Les difficultés thérapeutiques rencontrées s'expliquent alors par un processus de déliahison laissant Mme H avec un Moi appauvri, sans identité (Green, 2002). Cela l'oblige à s'appuyer sur le Surmoi collectif et actuel, la fonction désobjectalisante est d'ailleurs « dominante » dans les cas de dépression essentielle et de pensée opératoire (Green, 1993, p. 124). Pour des auteurs comme Cupa, cette déliahison engendrée par la pulsion de mort, est alors à comprendre comme « défense » face à la « souffrance », expliquant le recours de Mme H à l'hallucination négative (2006, p. 10).

L'origine de cette déliahison, de cette perte de sa subjectivité désirante, et de cette auto disparition du Moi, nous permet de revenir sur la fixation ambivalente à l'objet maternel évoquée avec la

« mélancolie somatique » (Lanouzière, 2007, p. 43). Mme H décrit sa mère comme « distante » et diagnostiquée dépressive, nous laissant penser à des expériences traumatisantes précoce marquées par l'abandon maternel, à la manière de la « mère morte » ou la « mère ailleurs » de Green (2002, p. 295). Cette toute-puissance maternelle est aujourd'hui fissurée par une mise à distance, elle semble détachée de sa mère et, par contagion, a désinvesti ses pairs. Dès lors, « la figure de l'Autre est toujours adverse », en se comparant avec les autres patients, en ne voyant la discussion avec le mari que sous l'angle de la confrontation, et c'est donc un « Autre qui n'aime plus » (Green, p. 296, 2002). Comme l'a théorisé Green, le fils de Mme H semble ici exempté de l'adversité et du désamour, car elle cherche à le « protéger » et nous partage lui avoir dit qu'elle était « fière » de lui (Green, 2002). Bien que cet amour pour son enfant reste limité par le fonctionnement opératoire et alexithymique de Mme H, ne voyant la protection que sous l'angle des non-dits, dans une répétition de la frustration infantile qu'elle a subie.

Synthèse :

Cette analyse théorico-clinique met en évidence, chez Mme H, un enchevêtrement de mécanismes psychiques mobilisés face à l'épreuve du cancer et à la proximité de la mort. D'abord, la phase d'épreuve du corps malade se double d'un travail de deuil narcissique. Mme H désinvestit son corps et reporte sa fatigue sur une cause externe, retardant la prise de conscience de la gravité de son état et obligeant un renoncement progressif à ses rôles sociaux et familiaux. Parallèlement, apparaissent des manifestations dépressives qui ne relèvent pas d'une simple réaction adaptative mais d'une dépression essentielle, marquée par un effondrement global de l'investissement libidinal, une carence des positions affectives et un morcellement fonctionnel se traduisant par une somatisation et un discours factuel. La pensée opératoire et de l'alexithymie prennent le rôle de freins à la symbolisation. Mme H s'enracine dans une expérience en morceaux de présent, où l'action se répète sans sens émotionnel, tandis que la difficulté à identifier et exprimer ses affects renforce sa dépendance à la réalité sensible. Enfin, la clinique du négatif apparaît comme principe unificateur : antérieure à l'apparition du cancer, cette fonction désobjectalisante et l'hallucination négative ont permis à Mme H de neutraliser l'affect, de nier l'apparition des symptômes et de préserver temporairement son idéal du Moi. Au moment du diagnostic, la restitution brutale des perceptions occultées rompt cette défense, confrontant la patiente à l'irréversibilité de la perte et au travail de deuil qu'elle doit maintenant achever.

Conclusion :

Dans ce mémoire, l'articulation entre une revue de la littérature psychanalytique, psychosomatique ou encore neuropsychologique a permis de proposer une analyse du cas de Mme H à la fois théoriques et pratiques.

En partant des travaux fondateurs sur l'épreuve de réalité, ce mémoire s'est attaché à montrer que l'annonce et la présence du cancer constituent, pour la patiente, une intrusion du réel qui déborde les capacités symboliques habituelles. Les « fantasmes d'immortalité et d'invincibilité » étant brisés, cette rencontre brutale suscite une désorganisation des processus associatifs (Pinault, 2020, p. 66). Le travail de deuil narcissique est alors marqué par un désinvestissement progressif du corps malade et des manifestations dépressives qui dépassent la simple réaction adaptative pour s'inscrire dans le cadre d'une dépression essentielle antérieure au diagnostic initial, caractérisée par un effondrement global de l'investissement libidinal. La pensée opératoire limite l'expérience psychique à un registre essentiellement somatique et l'alexithymie entraîne une difficulté à identifier et à exprimer les émotions. La clinique du négatif apparaît comme principe unificateur ; c'est la déliaison qui explique la désobjectalisation relationnelle et l'« auto disparition » de Mme H qui a pu être mise en lien avec l'hypothèse de vécu infantile de mère morte (Green, p. 295, 2002).

Cependant, plusieurs limites méritent d'être soulignées. D'abord les contraintes inhérentes au contexte médical en SSR ont impacté le déroulement des entretiens cliniques. Le passage des infirmières, les séances de kinésithérapie ou encore les injections ont mis fin à trois des cinq entretiens. En effet, les hospitalisations brèves, ponctuées de décompensations, de transmission ou d'interventions médicales, rendent difficile la tenue d'entretiens réguliers et fragmentent la continuité de la relation psychothérapeutique. Le nombre restreint d'entretiens a, à lui seul, constitué une limite, d'autant plus compte tenu de l'ouverture progressive dont Mme H a fait preuve au fil des séances. Disposer de davantage d'éléments cliniques, notamment concernant son enfance ou sa relation à sa mère aurait sans doute facilité la compréhension du cas.

Bien que la dépression essentielle soit caractérisée par l'absence de symptômes expressifs, il convient de souligner qu'aucun diagnostic de dépression n'a été posé, ce qui fragilise les hypothèses de ce mémoire (Marty, 1995). Ce constat illustre la difficulté de prendre en charge les pathologies psychosomatiques dans un contexte de cancer. La frontière entre somatisation et manifestations propres à l'évolution oncologique demeure fragile, soulignant la nécessité de recherches futures pour l'éclaircir.

Par ailleurs, la méthode de l'association libre, bien qu'inspirée de Kaës (2010) pour laisser émerger des associations d'idée inattendues, s'est souvent trouvée prise entre les nombreuses relances et questions posées par le psychologue, face à une patiente qui investit relativement peu l'échange. Pour des auteurs comme Fromm, des questions de type « Que pensez-vous de tel ou tel comportement ou de tel ou tel événement ? » brisent la libre association qui devient une « pensée » et pas « une association libre » (2005, p. 77-78). Mais face à des patients dont la capacité de symbolisation est faible, ces questions ne s'avèrent-elles pas indispensables ? Une approche plus directive aurait-elle facilité l'échange, ou au contraire, risqué de le priver de toute portée symbolique ? Ces questionnements servent de perspectives envisagées dans la prise en charge de patients au fonctionnement similaire, où des recherches futures pourraient apporter des réponses plus précises.

Ma posture de stagiaire, dans un « lien oblique », où l'ici et maintenant de la rencontre va déterminer mon intervention ou non, est également à interroger (Pérot & Ouardi, 2017, p. 129). En amenant une triangulation dans la rencontre, ma simple présence impacte l'échange et, par conséquent, influe sur les interprétations. Avec mon tuteur de stage, nous avons pu questionner mon vécu contre-transférorentiel en faisant des liens entre mon expérience et ma position de stagiaire. Aborder le vieillissement et la mort résonne chez chacun de nous. Cette confrontation au réel de la mort a éveillé des mouvements de sidération et de projection chez moi que j'ai pu progressivement repérer. Comme le souligne Le-Berre, le sentiment d'impuissance des soignants, confrontés à leur désir inconscient de sauver le patient de l'inéluctabilité mortifère, est fréquent dans la prise en charge palliative (2020). C'est dans le travail de l'après-coup, mené avec mon tuteur de stage et mon entourage, ainsi qu'à travers une réflexion personnelle sur la mort, que j'ai pu élaborer cette question. Ces échanges ont été déterminants pour que je puisse penser, le cas de Mme H au cœur de la vulnérabilité humaine.

Pour conclure, l'ensemble de ce travail s'inscrit dans le parcours « Lien social et familial », que j'envisage pour la rentrée prochaine. Ce choix de parcours a premièrement guidé le lieu de terrain de stage, avec une prise en charge en SSR et en EMSP de patients et de leurs proches. Et, deuxièmement, a influencé le choix de Mme H comme sujet de mémoire, motivée par la compréhension de ses dynamiques familiales singulières. J'aimerais et j'envisage d'approfondir la clinique des relations et des transmissions intergénérationnelles, en m'inscrivant dans des dispositifs où la dimension sociale et familiale occupe une place centrale.

Bibliographie :

- Amar, S. (2019). *L'accompagnement en soins palliatifs : approche psychanalytique*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.amar.2019.01>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arétée de Cappadoce. (1834). *Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques* (L. Renaud, Trad.). Paris : Lagny.
- Aristote. (1991). *Problèmes. Tome I, Sections I-X* (P. Louis, Éd. & Trad.). Les Belles Lettres.
- Baldassarro, A., Traduction de Cecotti-Stievenard, L. (2017). André Green et le négatif à l'œuvre. *Revue française de psychosomatique*, 52(2), 135-150. <https://doi.org/10.3917/rfps.052.0135>
- Benyamin, M. (2023). *La dépression : Du mal-être à la vie*. In Press. <https://shs.cairn.info/la-depression--9782848358796?lang=fr>
- Bonnet, A., Bréjard, V., Pasquier, A., & Pedinielli, J.-L. (2012). Affectivité et alexithymie : deux dimensions explicatives des relations entre symptômes dépressifs et anxieux. *L'Encéphale*, 38(3), 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.03.006>
- Brian, M. (2001). Sur l'expansion de la dépression : Comment se construit une maladie. *Le Débat*, 114(2), 153-164. <https://doi.org/10.3917/deba.114.0153>
- Bui, É., & Schmitt, L. (2010). 10. Dépression mélancolique. Dans M. Goudemand, *Les états dépressifs* (p. 86-92). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.goude.2010.01.0086>
- Chaumet, H. (2019). 1. Cancer du sein et de l'ovaire. *Cancer du sein et de l'ovaire : Une histoire de famille ?* (p. 15-22). Mardaga. <https://stm.cairn.info/cancer-du-sein-et-de-l-ovaire--9782804707378-page-15?lang=fr>
- Clément-Hryniewicz, N. (2012). Face à la mort à venir et la dégradation physique et/ou psychique : souffrance des patients, des proches. *L'information psychiatrique*, 88(9), 735-741. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0980>
- Corcos, M. (2018). Associations libres. *Le Carnet Psy*, 218(6), 28-29. <https://doi.org/10.3917/lcp.218.0028>

- Crosali, C. (2012). Le sans limite de la dépression. *Psychologues et Psychologies*, 224(4), X-XIII. <https://doi.org/10.3917/pep.224.0003c>
- Cupa, D. (2006). Psychanalyse de la destructivité. Dans D. Cupa, *Psychanalyse de la destructivité* (p. 9-15). EDP Sciences. <https://doi.org/10.3917/edk.cupa.2006.01.0009>
- De Perrot, É. (2004). 2. La dépression. *Psychiatrie et psychothérapie : Une approche psychanalytique* (p. 35-44). De Boeck Supérieur. <https://shs.cairn.info/psychiatrie-et-psychotherapie--9782804146726-page-35?lang=fr>
- Denys, H., & Stragier, B. (2009). *Comprendre et traiter le cancer du sein*. Bruxelles : Vivio.
- Farges, F., & Farges, S. (2002). Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature. *Psychotropes*, 8(2), 47-74. <https://doi.org/10.3917/psyt.082.0047>
- Fischer, G.-N. (2013). Chapitre 4. Le cancer comme expérience psychique. Dans *Psychologie du cancer : Un autre regard sur la maladie et la guérison* (p. 93-103). Odile Jacob. <https://stm.cairn.info/psychologie-du-cancer--9782738128898-page-93?lang=fr>
- Fromm, E. (2005). Remarques sur les problèmes posés par l'association libre. *Le Coq-héron*, no 182(3), 75-80. <https://doi.org/10.3917/cohe.182.0075>
- Freud, S. (1900a [1899]). L'interprétation du rêve. In *Œuvres complètes IV : 1899-1900* (pp. 14-756). Paris : Puf, 2003.
- Freud, S. (1915a). pulsions et destin des pulsions. In *Œuvres complètes – Psychanalyse, vol. XIII* (pp. 163-188). Paris : PUF, 1994.
- Freud, S. (1915b). Deuil et mélancolie. In *Métapsychologie, Œuvres complètes, vol. XIII* (p. 264). Paris : PUF, 1988.
- Freud, S. (1920g). Au-delà du principe de plaisir. In *Œuvres complètes XV : 1916-1920* (pp. 273-338). Paris : Puf, 1996.
- Freud, S. (1925a). La négation. In *Œuvres complètes, vol. XVII* (p. 170). Paris : PUF, 1992.
- Freud, S. (1925b). Inhibition, symptôme et angoisse. In *Œuvres complètes, vol. XVII* (p. 286). Paris : PUF, 1992.
- Freud, S. (2004). Deuil et mélancolie [Extrait de Métapsychologie]. *Sociétés*, 86(4), 7–19. <https://doi.org/10.3917/soc.086.0007> (Œuvre originale publiée en 1917)

- Galien. (1994). *Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales* (C. Daremberg, Trad.; A. Pichot, Éd.). Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1854-1856)
- Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris : Éditions de Minuit.
- Green, A. (2002). Chapitre 7. Le travail du négatif. Dans *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine : Méconnaissance et reconnaissance de l'inconscient* (p. 280-298). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/idees-directrices-pour-une-psychanalyse-contemporaine--9782130532125-page-280?lang=fr>
- Green, A. (2017). Négatif et négation en psychanalyse. *Revue française de psychosomatique*, 52(2), 163-190. <https://doi.org/10.3917/rfps.052.0163>
- Hum, P., Lévêque, P., & Naneix, B. (2010). 1. Histoire de la dépression, de la mélancolie aux troubles de l'humeur. Dans M. Goudemand, *Les états dépressifs* (p. 5-14). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.goude.2010.01.0005>
- Juranville, A. (2009). Dépression et mélancolie. *Le Carnet Psy*, 132(1), 46-50. <https://doi.org/10.3917/lcp.132.0046>
- Kapsambelis, V. (2020). Chapitre 2. Objet, perception et réalité. Dans *Le schizophrène en mal d'objet* (p. 51-88). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/le-schizophrenie-en-mal-d-objet--9782130822752-page-51?lang=fr>
- Kaës, R. (2010). Chapitre 10. Les chaînes associatives et les processus qui les organisent dans les groupes. Dans *La parole et le lien : Processus associatifs et travail psychique dans les groupes* (p. 297-334). Dunod. <https://shs.cairn.info/La-parole-et-le-lien--9782100549528-page-297?lang=fr>
- Keller, P.-H. (2016). *La dépression*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.kelle.2016.01>
- Lanouzière, J. (2007). Peines de cœur, peines de seins ? Notes sur les rapports entre le sein et la dépressivité féminine. *Revue française de psychosomatique*, 31(1), 41-58. <https://doi.org/10.3917/rfps.031.0041>
- Lardon, F. (2014). Introduction. Dans *Comprendre le cancer : Quand une cellule déraille* (p. 13-15). Mardaga. <https://stm.cairn.info/comprendre-le-cancer--9782804701956-page-13?lang=fr>
- Le-Berre, R. (Éd.). (2020). *Manuel de soins palliatifs : clinique, psychologie, éthique* (5^e éd.). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.centr.2020.01>
- Leclaire, M., & Scarfone, D. (2004). Épreuve de réalité et jeu. *Revue française de psychanalyse*, 68(1), 19-37. <https://doi.org/10.3917/rfp.681.0019>

- L'Écuyer, R. (1991, 5 avril). La pratique de l'analyse de contenu : définitions, étapes, problèmes d'objectivation. *L'analyse des données qualitatives*, Université du Québec à Chicoutimi.
- Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). *L'investigation psychosomatique : Sept observations cliniques* (Coll. Le fil rouge). Presses Universitaires de France.
- Marty, P., & De M'Uzan, M. (1994). La « pensée opératoire ». *Revue française de psychosomatique*, 6(2), 197-208. <https://doi.org/10.3917/rfps.006.0197>
- Marty, P. (1995). La dépression essentielle. *Revue française de psychosomatique*, 8(2), 209-214. <https://doi.org/10.3917/rfps.008.0209>
- Michaud-Quarton, N. (2004). Dépression essentielle, dépression primaire, mélancolie. *Perspectives Psy*, 43(5), 407-416. <https://shs.cairn.info/revue-perspectives-psy-2004-5-page-407?lang=fr>
- Negri, A., & Baas, C. (2014). Les effets de l'annonce du cancer. *Le Journal des psychologues*, 317(4), 18-23. <https://doi.org/10.3917/jdp.317.0018>
- Pérot, C., & El Ouardi, A. (2017). De la rencontre en cothérapie : Danse des identités dans le couple et le binôme thérapeutique. *Thérapie Familiale*, 38(2), 127-141. <https://doi.org/10.3917/tf.172.0127>
- Pinault, P. (2020). L'annonce du diagnostic de cancer : de l'expérience traumatique vers un ajustement des défenses. *Le Journal des psychologues*, 382(10), 66-69. <https://doi.org/10.3917/jdp.382.0066>
- Pujol, J.-L. (2012). L'annonce du cancer, entre corps-symptôme et langage traumatique (Thèse de doctorat, Université Paul Valéry – Montpellier III; NNT : 2012MON30017). <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00755418>
- Pull, C. (2018). 12. Critères diagnostiques qualitatifs d'un épisode dépressif. Dans F. Bellivier & E. Haffen (Éds.), *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 131-140). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.belli.2018.01.0131>
- Rexand-Galais, F., Maillard, B. et Héry, C. (2017). La dimension transgénérationnelle dans la clinique de la douleur et de la maladie somatique grave. *Psychothérapies*, 37(2), 113-124. <https://doi.org/10.3917/psys.172.0113>.
- Robin, D. (2005). La dépression est la vérité inversée du désir. *Cahiers de psychologie clinique*, 24(1), 63-82. <https://doi.org/10.3917/cpc.024.063>

- Sadowsky, J., recueillis et traduit par Hiridjee, K. (2024). « L'histoire de la dépression est une histoire de faux choix ». *Le Carnet Psy*, 271(6), 32-35. <https://shs.cairn.info/revue-le-carnet-psychologie-2024-6-page-32?lang=fr>
- Sander, D., & Scherer, K. R. (2014). *Traité de psychologie des émotions*. Paris : Dunod.
- Schneider, B., Mietkiewicz, M.-C., Fromage, B., Rexand-Galais, F., Bonnet, M. et Garnier, F. (2017). Chapitre 7. La famille et l'avancée en âge. Dans A. Vinay La famille aux différents âges de la vie : Approche clinique et développementale (p. 195-244). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.vinay.2017.01.0195>.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of ‘alexithymic’ characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191–199.
- Van Lander, A. (Dir.). (2016). *Référentiel des pratiques des psychologues en soins palliatifs*. HAL Archives Ouvertes. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03119526>
- Wakefield, J. C., Horwitz, A. V., & Parot, F. (2010). Chapitre 2. Tristesse avec ou sans cause : De l'Antiquité au xixe siècle. Dans *Tristesse ou dépression ? : Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses* (p. 73-96). Mardaga. <https://shs.cairn.info/tristesse-ou-depression--9782804700416-page-73?lang=fr>

L'épreuve du cancer : la solution dépressive en situation de pensée opératoire

RESUME :

Ce mémoire explore la manière dont la dépression se déploie comme solution chez une patiente atteinte de cancer accueillie en SSR. Mme H, âgée de 56 ans, nous livre dans cinq entretiens cliniques sa confrontation aux enjeux d'une maladie mettant à l'épreuve son rapport au corps et aux liens familiaux. À la croisée de travaux psychanalytiques, des recherches psychosomatiques et neuropsychologiques, le fonctionnement de Mme H met en lumière une pensée opératoire et une alexithymie. Dans ce cadre, la clinique du négatif apparaît comme principe unificateur dans son travail de déliaison et de désobjectalisation, prise dans des racines infantiles.

MOTS-CLES : épreuve de réalité, dépression essentielle, pensée opératoire, alexithymie, clinique du négatif

ABSTRACT :

This research work examines how depression unfolds as a solution in a cancer patient admitted to a rehabilitation unit. Mrs H, aged 56, reveals through five clinical interviews her confrontation with the challenges posed by an illness that tests her relationship to her body and to family bonds. At the intersection of psychoanalytic theory, psychosomatic and neuropsychological research, Mrs H's functioning highlights operative thinking and alexithymia, with the clinic of the negative emerging as a unifying principle in her processes of disconnection and deobjectalization rooted in early childhood.

KEYWORDS : reality testing; essential depression; operative thinking; alexithymia; negative clinic