

L'affrontement à la destructivité: un travail de parole avec des adolescents gravement malades

Danièle TOUBERT-DUFFORT¹

Résumé : Pour se reconstruire face à la maladie cancéreuse qui les a affectés les adolescents dont il est question dans cette contribution vont devoir reconstituer une autonomie de pensée et des ressources narcissiques suffisantes. Il leur faut penser leur nouvel état, élaborer l'expérience traumatique, « faire mentalement avec » les impératifs thérapeutiques. L'auteur de cette contribution a mis en place des dispositifs de parole groupaux à l'intention de ces adolescents : il s'agissait de les soutenir dans leur travail psychique c'est à dire aussi, comme on le découvre progressivement, de les aider à s'« armer », face aux risques de désobjectivation liés au soin.

Mots-clés : Adolescence, Cancer, Construction de l'autonomie, Groupes de parole, Intersubjectivité, Passivation, Réélaboration psychique, Travail groupal, Travail de la maladie, Travail de parole.

La survenue d'un cancer à l'adolescence constitue en soi un traumatisme lourd de conséquences : expérience de la maladie et de la douleur, confrontation à la mort possible, contraintes d'un traitement pénible qui imposent un lien de dépendance aux soins du corps, bouleversements dans la famille, dans la scolarité, dans la vie sociale, autant d'expériences traumatiques de rupture qui ont des effets psychiques sur les adolescents malades.

Dans le contexte hospitalier, de nouveaux besoins se font sentir : besoin de parole qui se manifeste parfois de façon impérieuse, auprès des infirmières, des éducateurs, de l'enseignante ou des médecins ; besoin de silence, dans un service où bruit des machines et sonorité des déplacements du personnel se font toujours entendre ; besoin de se rencontrer entre pairs, de se parler, d'être ensemble. Mais ce besoin s'accompagne aussi et de façon paradoxale d'une difficulté : celle de mettre en mots la détresse «innommable».

L'impact psychique de l'irruption de la maladie et de ses conséquences est en effet susceptible de délier les pulsions destructrices, de les désintriquer des pulsions de vie. Cependant, même si le corps se trouve pris dans la désorganisation cancéreuse, un travail d'ajustement psychique peut évoluer parallèlement, à condition que soit préservé un espace permettant au jeune d'assimiler l'expérience de la maladie.

C'est dans cette perspective clinique et avec le soutien de l'équipe - soignante et éducative – d'une unité d'onco-hématologie que nous avons institué un groupe de parole. Notre cadre de travail s'est donné pour visée de soutenir et d'accompagner les jeunes dans un travail psychique lié à l'intrication de deux processus : celui de

¹ Psychologue clinicienne chargée d'enseignement à l'Université Paris X, enseignante à l'INS HEA.

l'adolescence, celui du « *faire avec la maladie et ses traitements* ». Cinq à huit adolescents d'âge proche, pour permettre au groupe de se constituer en support d'identifications, sur lequel s'étayer ; un groupe ouvert, s'adaptant aux aléas du traitement et des états de santé. Il s'est agi pour nous d'accueillir et de mettre au travail les questions que les adolescents se sont posés dans la confrontation ou la réminiscence des épreuves traumatiques, le tissage de nouveaux liens, le processus de restauration et de restructuration engagé.

Une subjectivité de perte

La maladie cancéreuse fait irruption dans le déroulement d'une vie et bouleverse en profondeur les repères internes et externes. Elle constitue « un ébranlement de la subjectivité » (Leblanc, 2002) et confronte le sujet à une problématique de perte. Freud (1914) a magistralement décrit les effets économiques et subjectifs de la maladie grave sur le sujet : « celui qui est affligé de douleur organique et de malaises abandonne son intérêt pour les choses du monde extérieur, pour autant qu'elle n'ont pas de rapport avec sa souffrance. Une observation plus précise nous apprend qu'il retire aussi son intérêt libidinal de ses objets d'amour, qu'il cesse d'aimer aussi longtemps qu'il souffre. La banalité de ce fait ne doit pas nous empêcher de lui donner une traduction dans les termes de la théorie de la libido. Nous dirions alors : le malade retire ses investissements de libido sur son moi, pour les émettre à nouveau après la guérison. Libido et intérêt du moi ont ici le même destin, et sont à nouveau impossibles à distinguer l'un de l'autre ». Face à l'épreuve de réalité que constitue pour le sujet la maladie et ses conséquences, le malade désinvestit pour un temps les objets du monde extérieur, perd une partie des investissements de sa libido.

La maladie, et avec elle la confrontation aux traitements, provoque une modification de la subjectivité, tant dans le rapport au corps que dans la relation à l'histoire personnelle (Pédinielli, Bertagne et Montreuil, 1996). Il s'agit pour le jeune malade de réaliser une élaboration psychique de l'événement, de tenter de se représenter la maladie et de lui prêter des significations métabolisables.

Il importe de différencier les effets bruts de la maladie et du contexte de soins sur le psychisme d'une part, le travail de réélaboration en lui-même d'autre part : ce dernier constitue un processus fait d'opérations psychiques, de remaniements, de mises en représentation aboutissant à la possibilité de vivre avec la maladie. Un tel travail s'opère dans le temps – il suppose des étapes et des paliers (de régression, de structuration), implique des changements de position, aboutit à un dépassement de la situation que l'on peut qualifier de processus d'intégration de la maladie. Au cours de ce travail, l'adolescent poursuit quasiment toujours une recherche de vérité sur sa maladie, une vérité qui serait la sienne. Il s'agit pour lui de tenter de donner un sens à une expérience « insensée » et d'intégrer la maladie dans son univers psychique.

Au cours de ce travail, « *quelque chose de soi* » - de l'identité passée se perd. Les identifications imaginaires et symboliques vacillent en effet en même temps que les repères corporels. Daniel Oppenheim (1996, 2003) a décrit les éprouvés d'angoisse qui accompagnent ces phénomènes de perte subjective, à partir de l'analyse des dessins d'enfants et d'adolescents traités pour cancer. Ce chercheur présente notamment le cas d'un adolescent de 12 ans, Noël, qui s'est dessiné sous la forme d'un chien, le corps troué de grandes tranchées, le cœur en dehors. Au-dessus de sa tête, dans une bulle, est représenté un poulet fumant, séparé du mot « faim » par une barre horizontale. Noël exprimerait ainsi la crainte de *perdre son identité humaine*, d'être réduit à un corps de besoins, habité de pensées élémentaires.

Traverser le cancer et l'adolescence

Dans les organismes vivants chaque cellule est morphologiquement individualisée, mais elle se trouve fonctionnellement intégrée à l'ensemble, comme le sont les membres d'une société. L'équilibre dynamique qui règne dans l'organisme ainsi constitué suppose une coordination de la vie et de ses cellules. Chez l'humain, un ensemble de mécanismes physiologiques concourt à assurer une relative stabilité, un état d'homéostasie. La cellule cancéreuse est essentiellement caractérisée par le fait que sa prolifération n'est plus commandée par les mécanismes de régulation de l'organisme, mais par un rythme propre. Le cancer peut être ainsi défini comme désorganisation de la vie cellulaire, désorganisation du biologique aboutissant à une atteinte qui touche en premier lieu le corps. Mais le corps n'est pas réductible à l'ordre du biologique. Il se construit à la croisée de deux ordres, biologique et psychique. Et donc « quelle que soit son histoire, le sujet adolescent est en risque permanent de division, de cassure, de rupture ». Qu'est-ce qui pourrait le garantir, y compris face aux traumatismes graves dont il est question ici ?

Peut-être surtout la dimension du rapport à l'autre. Ainsi le travail de l'enfance peut-il se définir comme une appropriation du corps, de la perception, des sensations de sa limite, dans une mise en mots que l'entourage induit, autorise ou interdit. Au-delà de la satisfaction pulsionnelle émerge la capacité de penser, de désirer par soi-même. Le travail de la puberté, lui, se conçoit comme une appropriation d'un corps capable de procréer, en même temps que comme une réorganisation des logiques du plaisir sous le primat de la génitalité acquise. Il s'agit pour le sujet de se réapproprier son histoire infantile dans un projet désormais sexué. A la nécessité de liaison du psychique et du somatique s'ajoute celle, ponctuelle certes mais éprouvante, de continuité entre la sexualité infantile et la sexualité génitale. Avec, comme l'indique Freud, « la redécouverte de l'objet » et l'émergence de la pulsion sexuelle qui cherche son objet, le sujet adolescent est soumis à une nécessaire remise en question de ses représentations antérieures. L'unité psyché-soma s'en trouve menacée. Ainsi, confronté à l'afflux

des pulsions sexuelles et agressives, le jeune va-t-il devoir gérer des changements brutaux, internes et externes, tout en réélabrant une continuité du sentiment d'identité afin que la division, la désorganisation potentielle, les remaniements n'induisent pas la rupture.

Comment l'adolescent, atteint dans son intégrité corporelle, conscient d'un « soi diminué » peut-il structurer son espace psychique, dans lequel se traduisent ses besoins et ses désirs, se métaphorise son corps ? Quel rapport psychique « suffisamment bon » à son « *nouvel état* », c'est-à-dire suffisamment distancié, suffisamment juste, l'adolescent peut-il construire, de façon à ce que soit préservée sa subjectivité, de façon à ce qu'il ne se trouve pas réduit à un statut de « malade » ou de « patient », dans un rapport à l'autre qui sera nécessairement vécu comme mortifère ?

L'expérience déstabilisante du changement de corps

Pour l'adolescent malade, les raisons de connaître l'angoisse du changement de corps sont doubles. Il y a celles qui tiennent à la puberté, il y a celles qui tiennent à la confrontation au corps malade. Cependant, dans la mesure où elles s'inscrivent dans le même espace temporel, ces deux réalités s'interpénètrent, se lient et se confondent au point de n'en faire qu'une.

S'y joue d'abord la fascination du réel, du corps réel, que ces malades sont contraints de livrer aux soignants, sous peine de menace mortelle. Martine Derzelle (2003) évoque ainsi l'inquiétante étrangeté d'un corps pensable et impensable comme cadavre, qui fascine et donne envie de fuir tout à la fois. Pour elle, face à ce réel, aucune distanciation ne tient et c'est la culpabilité qui souvent fige le spectateur, culpabilité d'avoir joui d'un spectacle interdit. La douleur, les traitements qui effracent le corps et en percent l'enveloppe, qui exposent la chair au regard des autres, les opérations chirurgicales mutilantes que la maladie nécessite, sont autant d'expériences qui chosifient le corps, le présentifient au point de ne plus pouvoir le rêver, le penser dans sa globalité, dans son humanité. Cette expérience de la maladie et des traitements risque ainsi de réduire l'individu à son éprouvé corporel, c'est-à-dire au réel de son corps organique.

Le cancer transforme ainsi le corps de l'adolescent, mais également le rapport à son corps, en le soumettant à des transformations, à l'altération de ses capacités physiques, des désirs qu'il porte, de son apparence, des signes de son identité sexuelle. L'adolescent (e) malade, face aux changements parfois brutaux que provoquent sur son visage, sur son corps, la maladie et les traitements, se trouve confronté à la problématique des « marques » imposées de l'extérieur, de la « laideur subie » (Oppenheim, 1997). L'alopécie provisoire (crâne chauve), due aux chimiothérapies lui impose la perte des cheveux et la dépossession d'une partie de son identité. Cette situation peut donner lieu à une forme d'acceptation passive ou au contraire amener l'adolescent(e) à des prises d'initiatives, comme celle de se raser le crâne. Chauve, il ou elle, doit reconnaître son visage, qui est mis à nu. Il lui

faut s'habituer à sa nouvelle enveloppe corporelle, l'accepter, l'habiter, la soutenir face au regard des autres, de l'autre en soi-même et de l'autre différent de soi, tous deux génitalement sexués. Avec le bouleversement du corps et du rapport au corps, c'est aussi le rapport à l'autre qui se trouve modifié et qui est en partie à trouver-retrouver.

Océane, âgée de 16 ans, 3^{ème} d'une fratrie de six, a malgré son jeune âge, déjà connu de nombreuses expériences douloureuses au sein de sa famille avant d'être elle-même touchée par la maladie : atteinte d'un sarcome alvéolaire du sinus maxillaire, elle est prise en charge dans une unité d'onco-hématologie de la région parisienne. Dans le cadre d'un groupe de parole, ouvert aux adolescents de l'unité et animé par un psychologue, Océane aborde à plusieurs reprises la question du regard de l'autre. L'autre qui, extérieur à elle, étranger, la dévisage avec horreur. L'autre en elle-même, qui cherche à quérir/reconquérir son image, trouver la ressemblance avec elle-même, c'est-à-dire avec celle qu'elle a toujours été pour elle-même et pour les autres tout en prenant la mesure des changements. Elle ne peut en effet prétendre être inchangée, (et lui affirmer qu'elle reste inchangée supposerait pour elle notre incapacité à l'accepter malade), n'avoir rien de commun avec l'image dans le miroir. Prendre la mesure de cette différence et chercher la ressemblance avec elle-même dans tous les aspects de sa vie, permet à Océane de ne pas s'aliéner au cancer, de penser sa maladie et d'affirmer son sentiment d'identité.

Quand elle parle d'elle et de ce que lui renvoie l'image du miroir, Océane utilise la troisième personne, comme si elle éprouvait l'impérieuse nécessité de se mettre à la place d'un autre qui la dévisage et la trouve différente.

« Elle porte le bandana, elle a plus de cheveux, elle est malade, elle a plus de sourcils, elle est toute maigre, elle est toute blanche ! »

Sa description ne correspond en rien à la réalité du moment où elle s'exprime, ses cheveux ayant repoussé, son visage ayant retrouvé ses couleurs et ne présentant aucune marque de la maladie ou des traitements subis. Océane, dans le groupe, met en scène avec force une situation revisitée dans laquelle elle s'est sentie dévisagée, réduite à son état de malade, dans un rapport à l'autre vécu comme mortifère. Elle précise à un autre moment, dans le cadre d'un entretien individuel ultérieur :

« J'en parle pas de ma maladie parce que déjà, rien que quand on se regarde dans la glace, qu'on voit les autres nous regarder, on voit qu'ils nous trouvent différents... parce que nous, les malades, n'importe comment qu'on nous regarde, on a toujours l'impression que les gens nous regardent méchamment. Si quelqu'un sourie, on pense qu'il a pitié, on ne sait plus vraiment interpréter le regard des gens » (Levine, 2001).

Juliette, 14 ans, atteinte d'un ostéosarcome, a subi une amputation de la jambe quelques semaines avant ses retrouvailles avec le groupe constitué par la « communauté des malades », comme Océane le nomme, en opposition à « ceux

qui sont à l'extérieur de l'hôpital ». Dès le début de la séance, avant même que tous les adolescents soient installés, Juliette cherche à s'écarter des garçons du groupe. A Homère, qui la cherche du regard et lui demande pourquoi elle se détourne, elle crie qu'elle « ne supporte pas qu'on la regarde ».

Le thème du regard de l'autre comme intrusion insupportable prédomine ici. Pour Océane, ce regard étranger la confronte à son identité de cancéreuse, d'« autre », étrange et inquiétante, image qui la trouble profondément et qu'elle associe à la mort. Pour Juliette, le transfert négatif est rapidement agi : le regard des garçons, porté sur sa nouvelle image, atteinte sur le plan corporel et psychique, est vécu comme menaçant, comme s'il lui renvoyait, en miroir, son amputation.

La maladie et les traitements sont causes de traces visibles diverses, dont certaines sont ponctuelles (alopécie, décoloration de la peau, amaigrissement ou au contraire prise de poids liée aux corticoïdes, etc.), d'autres plus durables ou définitives (cicatrice, amputation, déformation provoquée par la tumeur). Il devient nécessaire à l'adolescent, dans son rapport aux autres, d'expliquer les transformations corporelles, de les assumer, de les intégrer dans son image du corps. Tous ces éléments peuvent contribuer à déstabiliser profondément le sentiment d'unité, de réalité et de permanence d'identité, à susciter « l'angoisse de non conformité, l'angoisse d'être rejeté dans le camp des non-conformes » (Lévine, 2001).

L'espace psychique de l'adolescent est un espace en remaniement structural, un espace aux limites incertaines. L'adolescent se demande ainsi si les sensations qu'il éprouve dans son corps pubère lui appartiennent en propre ou viennent de l'extérieur, si ce qu'il ressent est normal ou pas. Philippe Jeammet évoque à ce à ce propos l'« espace psychique élargi » pour rendre compte de cette difficulté du jeune à distinguer l'intérieur de l'extérieur, ce qu'il éprouve de ce que les autres éprouvent. Son agressivité, sa haine, sont souvent attribuées à l'interlocuteur, signant son incapacité à contenir ses affects et à les identifier. Pour l'adolescent malade, la prégnance de sensations corporelles, multiples, inhabituelles, intenses, difficiles à formuler, viennent troubler l'image du corps : toxicité touchant la peau et les muqueuses, fonte musculaire, douleur, sensations de brûlures, d'irritations, nausées et vomissements, diarrhées, anorexie... Ces sensations se confondent pour l'adolescent avec celles qui sont liées à la puberté, renforçant alors l'étrangeté de son corps, le risque de confusion et l'absence de limites entre intérieur et extérieur, Moi et non-Moi.

Le corps, comme objet de référence spatial, est inadéquat à rendre compte de la dimension de l'environnement, aussi bien qu'à donner lieu à une représentation sécurisante de ce dernier. Dans le contexte particulier de la maladie sont ainsi ébranlées les bases narcissiques premières, l'amour que l'adolescent se porte « de l'intérieur », mais aussi son sentiment de sécurité, lié au sentiment continu d'exister.

L'expérience déstabilisante du changement de place dans les systèmes d'affiliation et d'appartenance

L'hôpital isole l'individu en le situant dans un temps et un espace d'exception. Au-delà du contexte de soins, il nous paraît essentiel de nous intéresser à ce qui se joue pour le sujet sur une scène plus large que celle de l'hôpital, dans le rapport dialectique entre le sujet et ses groupes d'appartenance, groupe familial et groupes sociaux. Cette question complexe renvoie à la difficile relation entre psyché et socius, en même temps qu'aux problèmes posés par son analyse ; elle nous fait mettre au travail la question, pour le sujet, de sa filiation (c'est-à-dire de sa place transgénérationnelle), et de son affiliation (c'est-à-dire de son appartenance à un groupe social).

Dès 1913, dans *Totem et tabou*, Freud introduit l'idée d'une transmission psychique intergénérationnelle des contenus inconscients archaïques de l'humanité, qui doit être envisagée à l'échelle phylogénétique ou encore dans le lien synchronique de plusieurs sujets formant couple, famille ou groupe. Les sociétés, en identifiant les tabous, assurent la transmission intra groupale et intergénérationnelle et se chargent de punir celui qui les viole ou met en danger la communauté. Les tabous seraient ainsi, pour Freud, des prohibitions autrefois imposées de l'extérieur à une génération d'hommes primitifs ; elles auraient été « inculquées » à partir de l'action d'une génération antérieure. Transmises de génération en génération par l'autorité paternelle et sociale, elles représenteraient des « formations sociales ». L'individu ayant violé une prohibition, dont les plus importantes seraient constituées par les deux lois fondamentales du totémisme, à savoir l'interdit du meurtre du père (ou de son représentant symbolique l'animal totem) et l'interdit de l'inceste (évitement des rapports sexuels avec des individus du sexe opposé appartenant au même totem), devient lui-même tabou, c'est-à-dire entièrement prohibé et interdit, « comme s'il avait reçu la totalité de la charge dangereuse » ; la « transgression d'un tabou a pour sanction un châtiment, le plus souvent une grave maladie ou la mort ».

Freud prolonge sa réflexion sur les liens entre individu et formations collectives dans *Psychologie des foules et analyse du Moi*, en évoquant le processus d'identification primaire, identification au père primitif, procréateur de la race. Cette identification au père de la préhistoire constitue, comme le montre Kaës (1993, 1996), une identification directe et immédiate située antérieurement à tout investissement d'objet. On devrait même, selon lui, la qualifier d'originaire, dans la mesure où elle constitue « la condition permanente et préalable à toute possibilité de lien » (Kaës, 1996). Cette identification à l'espèce, qui inscrit le sujet dans la lignée des humains, définit la condition de possibilité des liens interhumains.

L'identification primaire ou identification à l'humain est proche de ce que recouvre l'« Idée du Moi », développée par Racamier (1979, 1992) et précisée par Jean-Pierre Vidal ⁽²⁰⁰²⁾. Il s'agit d'une imago intermédiaire entre la représentation de soi et de l'objet qui, tout en participant des deux à la fois, « vient à constituer

une représentation fondamentale de l'humain » ; à « travers elle, nous pouvons préjuger ou pressentir que toute personne, avant que d'être connue, avant que d'être aimée ou détestée, est de même sorte et de même pâte que nous : de cette glaise commune, dont il est dit que l'homme est fait. Il s'agit moins d'une identification à tel objet qu'à l'espèce ». Ce processus d'identification permet d'approcher l'étranger, l'inconnu sans trop de frayeur et de se sentir toujours avec l'autre dans un rapport de familiarité mais surtout il rend possible la communicabilité entre sujets.

En 1908, dans *La morale sexuelle « civilisée »* et la maladie nerveuse des temps modernes, Freud avait déjà émis le postulat de la nécessité du renoncement pulsionnel (*der Verzicht*) pour que le lien puisse se former et se maintenir : l'« homme civilisé a fait l'échange d'une part de bonheur possible contre une part de sécurité ». La communauté n'assure la protection de chacun que pour autant qu'il y prend sa place et qu'il contribue au maintien et au développement du groupe. Ceux qui y sont étrangers sont, à la lettre, hors la loi, et peuvent être soumis à la force brutale. Freud fournit ainsi des indications précieuses pour penser ce que René Kaës (1987) appelle des « espaces psychiques communs » : des économies et les topiques qui se croisent et s'associent dans le rapport de l'individu au groupe.

Le double statut narcissique de l'individu le conduit à mener une double existence : « en tant qu'il est lui-même sa propre fin et en tant qu'il est membre d'une chaîne (*als glied einer Kette*) à laquelle il est assujéti contre sa volonté ou du moins sans l'intervention de celle-ci » (Freud).

Mais Freud, ne dit pour autant rien de très précis sur la conflictualité interne de ce double statut, ni sur l'organisation des rapports entre la chaîne et ses maillons. Piera Castoriadis Aulagnier (1975) prolonge donc le débat engagé en soulignant que tout sujet vient au monde de la société et de la succession des générations avec mission d'assurer la continuité de l'ensemble auquel il appartient. En échange, cet ensemble doit investir narcissiquement le nouvel individu. Un tel « contrat narcissique » correspond à l'attribution à chacun d'une place déterminée dans le groupe, et indiquée par les voix qui ont tenu, avant sa naissance, un discours conforme au mythe fondateur du groupe. Ce discours, qui contient les idéaux et les valeurs du groupe et transmet la culture de celui-ci, doit être repris à son compte par chaque sujet. La définition donnée au contrat narcissique implique son universalité et c'est par ce discours et cet investissement narcissique qu'il est relié à l'ancêtre fondateur. Nous voyons ainsi d'une part que ce contrat narcissique est la forme positive de tout lien, puisqu'il offre une place au nouveau venu dans la famille : il engage à la fois l'enfant, le couple parental, le groupe familial et le groupe social ou institutionnel, autant d'espaces liés entre eux et emboîtés définissant « l'espace où le je peut advenir ». Nous constatons d'autre part que le contrat narcissique contient une violence à la fois *structurante* et *fondamentale*.

Comme contre face complémentaire du contrat narcissique, René Kaës introduit le concept de « pacte dénégatif » (1988). Ce pacte, au sein du groupe, recouvre ce dont il ne doit pas être question, dans l'affect ou la représentation, pour que le lien se constitue et se maintienne. Il représente ce qui, dans tout lien, de couple, de groupe ou d'institution, est voué d'un « inconscient et commun accord » soit à être l'objet d'un refoulement, soit à ne pas trouver inscription. Il concerne ainsi le déni, la dénégation, le désaveu ou le rejet et se situe en deçà du renoncement. Toute déliaison, précise René Kaës à la suite de Piera Aulagnier, met en crise les termes de ce lien du contrat narcissique et du pacte. Il est ainsi légitime de se demander en quoi la révélation d'une maladie grave, mettant en jeu le pronostic vital, vient modifier pour l'enfant qui en est porteur, sa place dans les systèmes d'affiliation et d'appartenance que constituent pour lui le groupe familial et les autres groupes sociaux .

Le sentiment de « non-conformité » du corps, évoqué précédemment, peut amener l'enfant à douter de sa désirabilité pour les parents et, au-delà, pour ses divers environnements. Ce qui peut être atteint est ce que Lévine appelle l'« illusion familiale » en tant qu'aspect de l'illusion groupale, c'est-à-dire la croyance dans la coïncidence entre l'attente individuelle et son comblement par le groupe. L'illusion familiale réside dans l'attente d'une famille idéalisée où l'on est inconditionnellement accueilli. « Lorsque la famille est maltraitante, ou lorsque l'enfant est malade, cette attente est exacerbée, en même temps qu'elle fait l'objet d'une désillusion. L'enfant fait l'expérience du « tomber de haut ». Il se voit condamné à quelque chose qui est de l'ordre de l'épreuve de solitude, il ne pourra plus s'alimenter comme avant des formes de vitalisation que donne l'illusion groupale. Il est atteint dans les désirs très profonds qui caractérisent le Moi groupal : le besoin que le corps soit plus que le corps, le besoin de faire corps avec d'autres corps, le bonheur d'être ensemble dans la fusion ». Cela rejoint le propos d'André Green (1970) : « Le Narcissisme est le désir de l'Un », une « utopie unitaire, totalisation idéale que tout vient mettre en question ». Dans l'illusion familiale qui fonctionne comme une croyance en l'unité narcissique du groupe, chaque sujet constituant le groupe familial se verrait, sur le plan fantasmatique, assigner une place lui conférant une identité et l'instituant comme partie d'un tout.

L'annonce d'un cancer, et avec elle la confrontation à la mort possible, laisse sur le psychisme de la mère (Brun, 2001) comme sur celui des adolescents (Oppenheim, 1996) une trace durable et dévastatrice, qui porte l'empreinte de la représentation intolérable de la perte - l'image obsédante, souligne Danièle Brun à propos des parents concernés, de « l'enfant donné pour mort ». La maladie mortelle impose, avec toute la brutalité liée à l'événement, une fracture entre l'avant et l'après diagnostic, un clivage entre la représentation de l'enfant réel et celle de l'enfant donné pour mort. De ce bouleversement durable, peut résulter une incommunicabilité entre parents et enfants.

Du côté parental, la confrontation à la mort possible de l'enfant modifie en profondeur les termes du contrat narcissique et du pacte dénégatif ; de façon durable, bien au-delà, précise Danièle Brun, du temps réel de la maladie. Le narcissisme des parents qui, comme l'avait indiqué Freud, a trouvé refuge dans l'enfant, est brusquement atteint, de plein fouet et de façon catastrophique. « *Je suis la mère de cet enfant malade de la mort et vous ne l'êtes pas, vous ne pouvez pas savoir ce que c'est* » (Brun, 2001). On peut faire l'hypothèse qu'en place et lieu du discours structurant offert par les parents à l'*infans* puis à l'enfant, « aliment » psychique remodelé permettant au sujet de se penser après avoir été lui-même désiré et pensé par d'autres, s'installent le vide, le silence, l'absence de rêverie. Cet état traduit la sidération de l'élaboration fantasmatique induite par l'impact d'une maladie somatique grave et par l'angoisse de mort qui lui est associée. Pire, l'incommunicabilité, comme le suggèrent les paroles de mère « universalisées » par Danièle Brun, peut également toucher les échanges entre père et mère ainsi qu'entre parents et groupe social, atteindre et modifier donc la relation avec les groupes d'affiliation.

Du côté de l'éprouvé chez l'adolescent, au sentiment de « non conformité » peut être associée la perte de l'étayage narcissique qu'offraient jusque-là les différents groupes d'appartenance, groupe familial et groupes sociaux. De plus, comme les parents, l'adolescent est confronté à l'impensable de la mort qui crée en lui une sorte de « trou noir » l'isole et risque de le figer dans la solitude, avec le sentiment d'être seul à pouvoir mourir alors que tous les autres vivent. Enfin, sur le plan identitaire, il peut être réduit à un statut de cancéreux et perdre ainsi la vitalité que lui conféraient sa place et son statut identitaire au sein du groupe, en tant que maillon d'une chaîne signifiante.

C'est au cours d'un entretien individuel initié à sa demande qu'Océane évoque une situation sociale dans laquelle, témoin silencieux et objet du discours de sa mère, elle s'est sentie exclue de sa place de vivante au sein de la famille, réduite à un statut de « malade » et ainsi exposée aux yeux du monde. La maladie a brusquement été utilisée par sa mère comme un « faire-valoir », permettant peut-être à cette dernière la reconnaissance sociale de sa propre atteinte narcissique. Océane, ainsi dévoilée au regard des autres, a éprouvé un sentiment de honte. Le trouble vécu resurgit avec toute son actualité à travers l'évocation qu'elle en fait, notamment lorsqu'elle s'écrit avec véhémence : « *Je regrette qu'une chose, c'est d'être une petite souris* ».

A un premier niveau d'analyse, on peut entendre qu'Océane éprouve de la honte à être ainsi dévoilée, mise à nu, au regard des autres en tant que malade par sa mère. La formulation « correcte » aurait alors du être : « Je regrette de ne pas être une petite souris, cachée dans un trou de souris ». Mais on peut également faire l'hypothèse qu'Océane parle de son désir d'être autre chose qu'une petite souris.

Le récit de cette expérience la fait associer sur la « peur de la maladie », dans une formulation intéressante parce que traduisant non seulement la conscience qu'elle a de la peur suscitée chez l'autre mais aussi, et de façon plus inconsciente cette fois, sa propre angoisse face à la mort : « Il y a beaucoup de gens qui ont peur des gens malades. La plupart de ceux qui ont peur, c'est ceux qui ont le cancer ou le sida. »

Par ailleurs Océane, questionnée sur sa perception du dispositif groupal mis en place dans l'unité d'onco-hématologie et ouvert aux adolescents hospitalisés, insiste à plusieurs reprises sur l'importance d'avoir une place et d'être tous ensemble.

« Tous pareils » insiste-t-elle, « tous à la même hauteur, sans différence, aussi faibles les uns que les autres, aussi forts ».

« On forme un ensemble ordonné, co-ordonné ; on va tous dans le même sens, on n'est pas différents... »

Tout se passe comme si, pour un temps, la « communauté des malades » investie en tant que groupe d'appartenance idéalisé, remplissait pour Océane une fonction d'étayage et de support au narcissisme atteint. Ce groupe, dans lequel on doit être inconditionnellement accepté, fonctionne sur la base d'une illusion groupale forte, fantasme qui soutient la croyance en l'unité narcissique du groupe. Toute expression d'une différenciation est alors vécue comme une trahison et suscite de l'agressivité à l'égard de celui qui en est à l'origine.

La passivation dans l'affrontement à la maladie et à ses traitements

Les soins prodigués mettent les adolescents hospitalisés en situation de « *passivation* » face aux médecins et à leur savoir, aux gestes des infirmières (perfusions, sondes, pompes de chimiothérapie, etc.), parfois à ceux des parents. A la différence de la passivité, la *passivation*, telle que définie par Green, serait « *ce qui contraint à subir* » et ne pourrait correspondre initialement à « *un mode de jouissance recherché* ». L'état de grande dépendance aux soins et aux soignants n'est pas sans faire penser à la situation du nourrisson immature qui, pour sa survie biologique et psychique, dépend entièrement des soins prodigués par l'objet maternel. Comme ce dernier, l'adolescent est contraint de subir le traitement que lui réservent « ceux qui prennent soin de lui », dans un état très régressif de maintien à une position de grande immaturité. Dans la confrontation à la maladie, la situation du jeune est alors celle de l'impossibilité de quelque prise sur le cours de sa vie que ce soit. Le sujet en risque de mort se trouve brutalement soumis à une importante exigence d'adaptation au monde extérieur, celui de l'espace, du temps et des actes du traitement ; celui également provenant d'autres facteurs existentiels comme l'absence ou la restriction de l'intimité (irruption des soignants, promiscuité avec d'autres patients dans la chambre, absence de lieu privé), l'aménagement des relations aux autres, soumis, le plus souvent, à un regard adulte. Ce qui caractérise cet état est sans doute la *détresse*

qui accompagne à la fois le sentiment de perte de contrôle sur le cours de sa vie et celui d'une dépendance absolue à l'objet.

Jean Baptiste, 17 ans, hospitalisé depuis quinze jours pour la seconde fois à la suite d'une rechute, se présente dans le groupe en déclarant :

- Moi, je suis né ici. Un matin, je me suis réveillé tout nu dans le parc et depuis, je vis ici. J'ai pas de souvenir qui remonte à plus de deux semaines mais par contre, je connais tout sur tout !

La question de la présence/absence dans le groupe confronte les jeunes malades aux angoisses que suscite la maladie et à la détresse qui accompagne le sentiment de perte de contrôle sur le monde et sur son corps. L'affirmation d'une connaissance absolue signe ici l'aveu d'un sentiment d'impuissance et de grand dénuement. Je ne possède plus rien, je ne suis plus rien, je ne me souviens de rien et pourtant je sais tout !

Le temps d'hospitalisation est un temps suspendu qui gèle les possibilités de projet et rend douloureux le recours au passé, avec lequel il introduit une rupture. En rupture avec la « vie d'avant la maladie », l'hospitalisation impose à Jean Baptiste son rythme, son espace, son cadre, sa logique, ses lois et son discours. Les adolescents se sont exprimés sur ce temps et cet espace vécus comme paradoxaux :

- Nous devons nous soumettre pour notre survie et notre bien à « ce qui nous empêche de vivre », « à quelque chose qui nous attache, nous entrave et nous transforme en chien en laisse ». Nous devons accepter ce qui nous fait souffrir, nous transforme malgré nous et contre nos désirs.

Pour ces adolescents, investir le temps et l'espace offerts par l'hôpital dans la continuité, c'est-à-dire s'« installer » à l'hôpital est source d'angoisse et de souffrance autant que d'en partir et d'envisager la vie sans l'accompagnement des soignants et l'entrave des soins. Le cadre du groupe de parole a offert à ces jeunes malades la possibilité d'exprimer ce vécu et par là-même a permis que soit entendu et reconnu le paradoxe de leur situation d'adolescents confrontés à la passivation.

Dans le groupe de parole, la dimension temporelle est très prégnante et signe l'angoisse de finitude :

Eliane évoque qu'elle se sent nulle, qu'elle voudrait avoir le temps d'apprendre, qu'elle s'énerve quand elle n'y arrive pas à temps. Baptiste ajoute qu'il a parfois envie de donner des coups de poing parce qu'il se sent dans l'impossibilité de réussir comme il voudrait, c'est-à-dire rapidement.

La perte de contrôle sur le cours de sa vie, sur son corps, produit des angoisses de castration, confronte l'adolescent à un vécu d'impuissance. Ce qu'Eliane, porte-parole du groupe des filles, évoque avec insistance et colère, relayée par Eléna et Alice, c'est donc très logiquement des sentiments de détresse et d'impuissance : « Elles n'ont pas pu dire, elles n'ont pas le temps... » Dire l'indicible, l'insensé. La continuité du dispositif groupal, élément primordial du

cadre apporte l'assurance du maintien d'un lieu-lien de parole, d'un espace de médiation favorisant la liaison et offrant la possibilité de déposer les parties « mauvaises » de soi, en sécurité.

A partir de l'analyse du matériel recueilli dans les différents groupes de parole, constitué des associations verbales ou des questionnements que les adolescents ont spontanément apportés, on relève des éléments traduisant l'expérience subjective des adolescents maintenus de façon paradoxale en situation de passivation, c'est-à-dire forcés à être passifs. Ceux-ci apparaissent de manière récurrente et répétée dans les différents groupes de parole et chez les différents sujets (16) constituant ces groupes. Ils traduisent un vécu d'intrusion et d'effraction particulièrement prégnant et présent aux différents niveaux intriqués, somatique, psychique et sonore.

La pompe médicale, reliée par un cathéter au système veineux du malade, permet l'administration de la chimiothérapie jour et nuit en toute sécurité, une alarme alertant les soignants en cas d'incident particulier ou en fin de goutte à goutte. Mais sa présence obligée et inlassable n'est pas sans conséquences psychiques négatives.

- *Les pompes, ça nous réveille la nuit, ça nous surprend* (Eliane, 15 ans).

- *On saute comme des singes* (Alice, 14 ans).

- *Ça nous empêche de vivre. Ça nous attache, on peut pas faire ce qu'on veut, se déplacer comme on veut ; On est comme des chiens en laisse.* (Eléna, 11 ans).

Eliane et Alice se lèvent et se mettent à dessiner sur le tableau, avec des feutres. Eliane dessine un personnage sans cheveu, asexué, qui pleure, attaché à une pompe bien détaillée, avec une « attache » qui part du cœur, dessinée en rouge et « qui saigne ». Alexandra écrit une phrase que tout le groupe reprend en chœur : « les pompes surprennent » (Groupe de parole n° 1).

- *Parfois, c'est assourdissant ! Les pompes, les sonnettes, les infirmières, les autres enfants. ..* (Jean-Baptiste, 17 ans)

- *Les autres.* (Fatima, 15 ans)

- *Le bruit, c'est l'autre.*

- *C'est la vie du service. Elna, elle fait un service à elle toute seule ! Y'a du bruit qui dérange, qui m'arrange... Il est clair que si le bruit de la journée arrive à une certaine heure de la nuit, ça dérange. Et puis, comme y'a beaucoup de bruit dans le couloir... moi, en fait, j'aime le silence. Je préfère la nuit.* (Jean-Baptiste, 17 ans)

- *Moi aussi j'aime le silence.* (Fatima, 15 ans)

- *Y a t-il des moments où on peut retrouver le silence ?* (la psychologue)

- *La nuit.* (Fatima et Ocine)

- *Quand il n'y a personne dans le service. Chez moi !* (Jean-Baptiste, 17 ans)

- *C'est quoi le silence, chez soi ?* (la psychologue)

- *A n'importe quel moment chez moi, je peux faire le silence ; c'est moi qui décide !* (Jean-Baptiste, 17 ans ; groupe de parole n° 2)

Pour Eliane (16 ans), la pompe qui ressemble « à un porte manteau » ressemble en même temps à « un ami particulier » :

- *Il faut le tirer, il fait que nous embêter la nuit, il nous passe des produits qui nous rendent malades, on doit nous piquer...*
- *Il est toujours fourré avec nous, même sous la douche ! j'en reviens pas ! oui, même sous la douche ! mais moi, je le laissais derrière la porte. Il m'embêtait tellement, il fallait pas le mouiller ! alors, je le mettais derrière la porte, à la porte, je tirai légèrement les fils, j'allais me doucher ! comme ça quand il sonnait, les infirmières pouvaient venir le voir sans entrer dans la douche. Parce que, ça va 5 minutes, mais rentrer comme ça, même quand on est tout nu !*
- *Oui, on est pas des objets ! pour les soignants, c'est leur travail, ils s'en foutent mais pas nous ! on est pas des pantins ! déjà, ils nous tripotent dans tous les sens...*
- *Et puis, prends ce médicament- là ; t'es obligée. On sait que ça vous embête mais t'es obligée. Sinon on va se faire disputer par les médecins...c'est bon ! Mets tes gouttes 6 fois par jour, bain de bouche, 5 fois par jour, ta crème, ausculter, mets-toi tout nu, gningningnin...*

La pompe « empêche de vivre » parce qu'elle nous rappelle sans cesse, dans le réel, qu'on ne peut l'oublier. Vivre, c'est pouvoir oublier qu'on est en danger de mort, qu'on est effracté. Confronté à la passivation, le jeune malade court le risque de se voir anéanti par l'effroi, rendu incapable de symboliser l'événement traumatique, qui ne pourrait alors être ni métabolisé dans le tissu psychique ni transformé.

Le dispositif groupal a offert aux adolescents un espace-réceptacle sur lequel il est possible de projeter en sécurité des parties de soi mauvaises et de transférer des éléments de vécu, aussi massif soit-il. Le travail du négatif rend possible, dans un tel cadre, un déplacement, un changement de position. La proposition de « nommer » la pompe, offerte par le psychologue animateur et garant du groupe de parole, ouvre la voie à l'énonciation ; énonciation de ce qui, objectivement, est insupportable ; énonciation de ce qui est subjectivement transformé, du fait du lien in-humain entre homme et machine (« on est comme des chiens en laisse, on saute comme des singes »...) ; énonciation de ce qui est objectalement attaqué (« la pompe casse-pieds, la pompe à vendre ») en lieu et place de l'autre, c'est-à-dire du soignant avec lequel le lien est ainsi préservé.

La colère, l'agressivité, la haine ont émergé dans tous les groupes de parole : haine des « petits », haine de la sexualité déplacée sur l'autre sexe, haine des adultes dans le « groupe des adolescents ». A côté de ces thématiques que l'on retrouve, d'après Chapelier, dans la plupart des groupes d'adolescents et surtout des pubertaires, la « haine des pompes », dès le premier groupe de parole, nous semble remplir une fonction importante. Elle permet l'expression d'un vécu d'intrusion. Les pompes effractent à la fois le corps de l'adolescent et le corps

groupal. Le travail groupal (au sein du groupe de parole), en abordant la question de l'effraction du bruit des pompes dans l'espace sonore, a permis au groupe d'associer sur le vécu d'effraction corporelle mais aussi d'effectuer un travail de différenciation du Moi et de l'objet pompe. Pour Freud, haïr, est lié à l'augmentation des tensions internes, à l'insatisfaction, au déplaisir. Haïr signifie rejeter, expulser, mettre à distance, mais permet en même temps la constitution de l'objet, en le différenciant du Moi. Ce phénomène psychique participe à la distinction dedans-dehors. Dans les affects de haine et de colère qui s'expriment contre les pompes mais aussi à l'égard des bruits qui effracent le pare-excitations, on peut donc reconnaître à la fois un lien entre haine et débordement pulsionnel (par excitation interne ou manque de contenance externe) qui génère une menace narcissique mais aussi une tentative d'individuation.

Comme le souligne Gutton (1997), « *la haine est à penser comme un affect limite empêchant une bascule du sujet. Haïr l'objet afin d'en empêcher la toute-puissance, sans le perdre* ».

Les jeux visant à « mettre ensemble » plusieurs pompes pour émettre une « mélodie », de même que les stratégies qui protègent l'adolescent de l'intrusion des soignants dans la douche, espace intime, ou encore le jeu qui consiste à modifier ou couvrir le son des pompes, sont autant de « créations », de fantaisies qui aident à recouvrer une position de sujet actif, à transformer l'expérience dé-subjectivante, angoissante, en expérience incorporable, supportable. Il s'agit bien là d'une forme d'adaptation à la maladie et aux traitements qui atteste d'un véritable « travail de la maladie ».

Au-delà de la mise en jeu de la maîtrise des situations, c'est-à-dire d'une domination -certes illusoire au regard du réel du soin - exercée par l'adolescent et d'une tentative de dépassement d'une épreuve, se manifeste encore autre chose. En effet, la permutation du sujet et de l'objet entraîne un retournement de la position passive en position active, restituant à l'adolescent sa position de sujet.

L'image de « cet ami toujours fourré avec nous », traduit par ailleurs, la possibilité d'un travail de fantasmatisation, la pompe devenant un objet sexualisé - mais aussi d'appropriation et d'investissement du traitement par les adolescents qui par ailleurs se défendent contre une passivation et retrouvent une forme de contrôle sur l'objet.

Ajoutons que le groupe, qui à la fois contient, expose à l'angoisse de la proximité avec autrui, et produit contamination émotionnelle, est propice à une élaboration de la dimension traumatique, en particulier par sa capacité à mimer psychodramatiquement le traumatisme pour le maîtriser en l'exacerbant. Lors de la deuxième séance du groupe sonore, alors qu'une pompe se met à sonner, les enfants commencent à imaginer un texte qu'ils déclament de plus en plus fort, de plus en plus vite : « *achetez nos pompes, on n'en veut plus ! J'ai la haine, nous ne sommes plus des branchés, c'est fini !* » Comme dans les *procédés autocalmants*, décrits par Szwec et Smadja (1993), la surexcitation, quête d'intensité, peut

s'avérer ici calmante. Le « j'ai la haine » du groupe mimant la révolte éprouve la consistance des adultes et du cadre dans lequel il s'exprime. Il correspond à une intensification antitraumatique du traumatisme.

On peut également penser que les pompes servent de support à l'expression de la haine, affect nécessaire aux adolescents pour faire le deuil de l'enfance dans un meurtre fantasmé des parents. Pour ce groupe de jeunes, on voit bien que processus de l'adolescence et processus de la maladie sont intriqués. Le dispositif groupal aura alors rempli une fonction de cadre étayant le processus de l'adolescence. Pour que, malgré l'affrontement à la destructivité, le processus d'adolescence poursuive son cours, tout en intégrant le travail de la maladie.

En conclusion....

Le groupe de parole a ouvert une porte sur l'imprévu, en même temps advenu, au risque de bouleverser les représentations ou les idées établies, au risque d'entendre la souffrance, la colère, la haine, la dépression. Il me semble indispensable, pour préserver une qualité d'écoute que je qualifierai de flottante, de s'appuyer sur un cadre externe permettant d'élaborer la dimension transférentielle.

Un sens du « groupe de parole » s'est construit pour les adolescents, qui ont très vite « attendu » ce moment du dispositif. La fonction épistémique que cet espace était destiné à remplir, afin de nous permettre, dans le cadre de la recherche conduite, d'analyser le vécu des adolescents confrontés à l'expérience de la maladie et des traitements, a été en quelque sorte « récupérée » par les adolescents eux-mêmes. Ils se sont en effet emparés de cet espace, non simplement pour se retrouver comme nous l'avions imaginé, mais pour s'entendre et s'éprouver : entendre la production musicale du groupe mais surtout apporter leurs questionnements, éprouver dans la relation à « l'autre groupal » leur vécu singulier, leur « folie adolescente ». Le groupe a ainsi rempli une fonction de miroir, comme le regard structurant de la mère sur l'enfant, permettant une véritable rencontre : rencontre de l'autre, autre en soi-même et autre différent de soi, tous deux génitalement sexués ; rencontre de l'autre en soi et du soi dans l'autre.

Rencontrer le monstre en soi et le confronter au monstre à l'extérieur de soi, sans pour autant en mourir, peut être comparable, pour ces adolescents, à une expérience initiatique et structurante. Le groupe a rempli une fonction transitionnelle en offrant à ces adolescents la possibilité de s'opposer sans en être détruit, d'exprimer de la haine sans avoir besoin de recourir à la transgression, dans un cadre qui autorise la verbalisation de l'agressivité et des fantasmes sans crainte d'être puni en retour. Nous faisons l'hypothèse que ce type de cadre facilite et étaye le processus d'adolescence et le travail de la maladie.

Rezumat : Pentru a se reconstrui în fața bolii canceroase de care suferă, adolescenții despre care vorbim în această cercetare vor trebui să activeze suficiente resurse narcisiste și să-și reconstruiască autonomia de gândire. Ei trebuie să se gândească la noua lor stare, să elaboreze experiența traumatică, să „facă față mental” imperativelor terapeutice. Autoarea acestui articol a pus în funcțiune dispozitive de discuții de grup pentru adolescenți în scopul de a-i susține în travaliul lor psihic, ajutându-i să se «înarmeze» în fața riscurilor de desubiectivizare provocate de situația de îngrijire din cadrul spitalului.

Cuvinte cheie : Adolescență, Cancer, Construcție de autonomie, Grupuri de cuvânt, Intersubiectivitate, Pasivare, Reelaborare psihică, Travaliu de grup, Travaliul maladiei, Travaliu de cuvânt.

Abstract: To rebuild themselves vis-a-vis the cancerous disease affected them, the injured teenagers of whom it is question in this contribution will have to reconstitute sufficient autonomy of thought and narcissistic resources. They should think their new health condition, to work out l' traumatic experiment, “to make mentally with” the therapeutic requirements. The author of this contribution set up devices of group work to l' intention of these teenagers: it acted to support them in the psychic work which is theirs. I e also, as gradually discovered, to help arming themselves against risks of desubjectivation related to the care.

Key words: Adolescence, Cancerous, Construction of autonomy, Emprise/Influence, Intersubjectivity, Group Work, Speech Work, Psychic Work.

Bibliographie

Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF.

Birraux, A. (1990). *L'adolescent face à son corps*. Paris : Editions Universitaires.

Brun, D. (2001). *L'enfant donné pour mort*. Paris : Eshel.

Derzelle, M. (2003/2). Temps, identité, cancer. *Cliniques méditerranéennes*, 68.

Freud, S. (1908). La morale sexuelle « civilisée » et la maladie nerveuse des temps modernes. *La vie sexuelle*, Paris, P.U.F, 1969.

Freud, S. (1912-1913). *Totem et tabou*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1965.

Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. *La vie sexuelle*. Paris : P.U.F, 1969.

Green, A. (1980). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Editions de Minuit.

Gutton, Ph., (1997). Le trait, la trace, l'écart. *Esthétiques, Adolescence*, no. du printemps.

Kaës, R. (1987). Le malaise du monde moderne et l'expérience transitionnelle du groupe. *Les groupes d'enfants*, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 7-8, Erès.

Kaës, R. (1988). Le pacte dénégatif. Eléments pour une métapsychologie des ensembles trans-subjectifs. Missenard A. et coll. (Eds.), *Figures et modalités du négatif*, Paris: Dunod.

Kaës, R. (1996). Souffrance et psychopathologie des liens institués. Kaës R. (dir.), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris: Dunod.

Jeammet, P. (1980). Réalité interne et réalité externe. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, P.U.F, XLIV, 3-4.

- Leblanc, A. (2002). *La vie humaine. Anthropologie et biologie chez Georges Canguilhem*. Paris : PUF.
- Levine, J. (2001). A propos du vécu du corps de l'enfant malade. *Revue JE est un autre*, Paris, janvier.
- Oppenheim, D. (1996). Sortie du cancer à l'adolescence. *Trajectoires* (dossier), revue *Adolescence*, XIV, 1.
- Oppenheim D., Hartmann O. (2003). L'expérience du cancer des enfants illustrée par leurs dessins. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51.
- Pedinielli J-L., Bertagne P., Montreuil M. (1996). L'enfant et la maladie somatique : Le travail de la maladie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, tome 44, 1-2.
- Racamier, P.-C. (1979). *De la psychanalyse en pédiatrie*. Paris: Payot.
- Racamier, P.-C. (1992). *Le génie des origines*. Paris : Payot.
- Smadja, C. (1993). À propos des procédés autocalmants du Moi. *Revue française de Psychosomatique*, 4.
- Szwec, G. (1993). Les procédés autocalmants par la recherche répétitive de l'excitation. *Revue française de Psychosomatique*, 4.
- Vidal, J.-P. (2002). L'embolie psychique : une conséquence diabolique. *Narcissismes en groupe, narcissisme de groupe, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 38, Erès.