

À propos de la crainte de l'effondrement et autres situations cliniques de D.W. Winnicott

Marc Espié

Pourquoi demander à un oncologue spécialisé dans la prise en charge des cancers du sein de réfléchir sur l'article de D.W. Winnicott consacré à la crainte de l'effondrement; ni psychanalyste, ni philosophe, mon approche sera obligatoirement réductrice, mais par contre appuyée sur une pratique clinique de plus de vingt ans. Mon point de vue concernera donc l'effondrement dans le cancer, tant d'un point de vue physique que psychique, tout du moins dans ce qu'il m'est donné d'en apercevoir. Le cancer va en effet entraîner une rupture de la continuité d'exister, et placer le médecin en face de l'effondrement du malade. Le cancer représente une faillite d'une organisation défensive, celle du corps, où les cellules cancéreuses vont prendre le pas sur les défenses de l'individu et où les digues vont lâcher.

Des spécificités du travail en oncologie

Travailler en oncologie impose un autre rapport au patient et à la parole que dans beaucoup de services de médecine, en raison tout d'abord du mot cancer associé obligatoirement, qu'on le veuille ou non, dans l'esprit de tout le monde à l'idée de mort. Cette confrontation à la mort, celle de l'autre et donc de la sienne, impose un regard et une réflexion propre sur la conscience de l'illusion de notre immortalité quotidienne. Travailler en oncologie impose également une confrontation avec le corps souffrant, se déroband; souffrances liées à la maladie, excroissances parfois ulcérées, plaies béantes surinfectées, métastases osseuses insomniantes, atteintes pulmonaires asphyxiantes...

Travailler en oncologie va également nécessiter de pouvoir être confronté à l'angoisse des patients, et rien n'est plus contagieux que l'angoisse, à leurs moments dépressifs, à leurs espoirs en la toute puissance du médecin, à leur agressivité et donc à la possibilité ou non de la gérer. Le rôle d'un médecin en oncologie est d'offrir les meilleures chances de guérison dans les meilleures conditions possibles, en essayant d'éviter le maximum des effets indésirables liés aux traitements, mais jamais au détriment de l'efficacité. Il va se tisser entre le médecin et le patient une relation forte, avec des rendez-vous réguliers pour un parcours au long cours.

La relation avec les patients n'est pas enseignée, l'écoute, le recul, l'empathie, la maîtrise de ses émotions bref ce qui fait l'essentiel d'un travail de consultation, ce qui va permettre de mettre un peu d'humanité sur un univers impitoyable est laissé à la bonne volonté et à l'intuition de chacun. Cela s'apprend petit à petit au prix d'erreurs et de souffrance et à condition d'en avoir envie. Il existe donc une prise en charge psychologique indispensable des patientes par leurs médecins, elle est le plus souvent intuitive. Elle nécessite à la base que le médecin soit attiré et intéressé par l'autre et qu'il ait envie de l'entendre.

Je me suis laissé dévorer lors de mes débuts en cancérologie, la vie « personnelle » ne devait me poser aucun problème, tout me semblait dérisoire par rapport à ce que je vivais à l'hôpital et encore ne m'en suis-je rendu compte qu'au bout de plusieurs années... Il m'a fallu du temps pour comprendre que mon rôle essentiel, en dehors des connaissances médicales, base bien sûr indispensable, était d'accompagner les malades non seulement pour des raisons d'humanité, mais aussi pour les aider à accepter les traitements proposés. En effet, pour offrir les meilleures chances de guérison, toute la relation avec le patient sera tendue vers un but premier : arriver au bout du traitement envisagé. L'accompagnement fait partie intégrante de la fonction médicale elle-même. Il est une des conditions du traitement. Le cancérologue est probablement le médecin qui a le plus de mauvaises nouvelles à annoncer, étant parfois même pour le patient celui qui crée la maladie jusque là insoupçonnée. Le médecin en devient responsable aux yeux du patient. Peut-être chez certains d'entre eux est-il donc celui qui vient incarner ces formes d'angoisse extrêmes que décrit Winnicott.

Le cancer du sein

La deuxième spécificité de mon travail est de m'occuper de patientes atteintes, non pas de n'importe quel cancer, mais d'un cancer du sein. Le sein occupe une place centrale dans le psychisme des deux sexes. Il est symbole de féminité, fierté de femme, appât sexuel, mamelle nourricière... L'annonce d'un diagnostic de maladie du sein est toujours génératrice d'inquiétude pour l'esthétique, pour l'image de soi, pour la féminité et pour la maternité. Ceci vaut pour la femme mais également pour le partenaire sexuel, le retentissement sur la vie de couple est immédiat.

Du diagnostic

Le mot cancer est toujours compris comme synonyme de douleur, de mutilation et de mort pour celui qui le reçoit et pour celui qui l'annonce. Le cancer compromet la certitude d'exister, accule au cauchemar. Le patient est généralement sidéré par cette annonce, K.O. debout, il a entendu le mot cancer et n'entendra parfois rien d'autre malgré nos efforts. La pensée est arrêtée, figée. Une rupture fondamentale s'opère, rien ne sera plus jamais comme avant, la perception du monde vacille, les repères s'effondrent. Leur corps les trahit, se dérobe. La vie affective, familiale, professionnelle est remise en cause, « sacré caprice de l'environnement » si l'on veut paraphraser Winnicott.

Le médecin est alors celui qui vient faire irruption, compromettant cette continuité d'exister par l'annonce de la maladie. Il est alors souvent nécessaire de laisser faire le temps, d'offrir d'autres possibilités, d'autres moments pour poser les questions qui n'ont pas pu être énoncées. Cette période de sidération semble correspondre au temps nécessaire à la mise en place de mécanismes de défense. Notre parcours commun va bien souvent débiter à ce moment dans un contexte d'urgence. Urgence, car il faut répondre à la maladie, il n'est pas question de tergiversations. Le cancer s'installe dans le corps de ces femmes et dicte sa loi, relayé en cela par une autre loi, celle du corps médical. Le temps particulier de la consultation, celui ou corps et paroles se mêlent et se dévoilent, puisqu'il s'agit à la fois de l'examen clinique mais aussi de la possibilité pour les patientes de nous faire connaître leurs angoisses, leurs douleurs, mais aussi leurs revendications, voire leur agressivité qui devient notre lot commun. La maladie est alors un voyage au long cours où la malade est accompagné quotidiennement, le temps est rythmé par les séances de radiothérapie, de chimiothérapie, les consultations. Tout ce qui va concourir au fait qu'une fois le traitement terminé ces femmes se sentent souvent déprimées, abandonnées. C'est un véritable parcours du combattant depuis l'annonce de la maladie, son traitement, son arrêt, mais aussi parfois la rechute.

C'est dans ce contexte d'une activité de cancérologie que l'on peut observer certaines manifestations cliniques que l'on peut relier à la crainte de l'effondrement. Le cancer du sein va induire une perte de tous les repères antérieurement établis. Ceux qui existaient jusque là perdent leur fonction contenante et protectrice. Les patientes vont être plongées dans un état de précarité où tous ce qu'elles avaient construit antérieurement s'écroule pan par pan sans avoir pour autant la possibilité immédiate de reconstruire d'autres équilibres, d'autres repères.

Cette destruction s'opère à chacune des étapes de la prise en charge de leur cancer que sont l'annonce du diagnostic, la période des traitements, la fin des traitements et le retour à la vie normale. Les femmes vont avoir au cours de ces périodes un travail psychique à accomplir, travail, qui consistera à reconstituer des repères provisoires qui seront remis en cause à l'étape suivante. C'est à l'occasion de ces périodes de reconstruction qu'elles auront besoin d'être aidées, soutenues et que pour certaines un réel travail de psychothérapie sera possible et nécessaire.

Le choc du diagnostic se déroule souvent en plusieurs étapes, la première, celle de la découverte de la tumeur, survient parfois de manière inopinée, par exemple, à l'occasion d'une visite de routine chez le médecin ou lors d'une mammographie systématique, alors que la patiente ne présente aucun symptôme. La femme a la surprise de découvrir qu'elle possède en elle des cellules malignes, ce qui suscite immédiatement des inquiétudes, des interrogations et des doutes. Qu'est-ce que c'est que ces cellules dont on lui parle, qu'elle ne ressent pas, qu'elle ne voit pas, dont elle ne souffre pas!

Cette absence de symptomatologie va favoriser tous les fantasmes facilitant l'angoisse, que va renforcer dans un deuxième temps l'annonce du diagnostic, qui confirme les inquiétudes apparues lors de la découverte de la tumeur. Cette annonce est vécue comme une sentence, le tribunal a rendu son verdict. Chaque patiente va essayer d'y réagir comme elle le peut, mais le plus souvent elle est sidérée et dans l'incapacité d'assimiler la moindre information. Elles vont osciller entre l'incrédulité et l'angoisse. En pratique, certaines patientes peuvent sombrer dans l'hyperactivité, le déni ou se refermer sur elles-mêmes, devenant muettes.

L'annonce du diagnostic par le médecin est accompagnée de commentaires sur la gravité plus ou moins importante de la maladie. Celle-ci peut être de plus ou moins bon pronostic. L'évaluation du médecin repose sur un savoir que la femme ne possède pas, aussi bien informée soit-elle. Les explications données sur les stades, les grades... les différents facteurs pronostiques sont difficiles à comprendre et à assimiler, et sont souvent réinterprétés par les malades en fonction d'un contexte qui n'a rien à voir avec leur problème « objectif ». Cette interprétation va dépendre par exemple des cas de cancers dans la famille ou dans l'entourage, des commentaires plus ou moins bienveillants des amis...

On ne peut demander à une patiente d'interpréter de manière impartiale des données qui concernent son risque de vie ou de mort, la charge affective de tels facteurs, neutres en théorie (grade, stade...), est « colossale » pour les malades, et d'ailleurs souvent également pour les médecins, même si beaucoup ne s'en rendent pas compte ou font tout pour essayer de l'évacuer. La brutalité de l'annonce de certains diagnostics ou pronostics s'explique en partie par le caractère submergeant de l'angoisse qui monte chez ces médecins et qui évacuent le plus vite possible cette mauvaise nouvelle qui les menace, eux également. Que de quiproquos, « vous avez un tout petit cancer, un cancer qui ne donne jamais de métastases » se réjouit le médecin, énervé que la patiente ne comprenne pas cette banalisation, car ce petit cancer de rien du tout vient pour elle de faire basculer sa vie...

Avec le diagnostic de cancer, elle est contrainte de réaliser qu'elle est mortelle, confrontée à la perspective de la dégradation physique et psychique, à la souffrance, à la mutilation; les patientes ne peuvent plus maintenir le *statu quo* antérieur. Elles n'avaient aucune perception de leur vulnérabilité, maintenant elles ont le sentiment que leur corps les a trahies et ne peuvent plus lui faire confiance.

Comme le dit Winnicott : « Il n'est pas besoin de beaucoup modifier la thèse générale de la crainte de l'effondrement pour la transférer à la crainte spécifique de la mort ».

Du contexte du diagnostic

Certains cancers du sein surviennent dans un contexte familial; en plus du traumatisme personnel, les patientes vont être renvoyées à une sensation de déjà vu, de déjà vécu à laquelle il est impossible d'échapper. Le cancer va donc réactiver des blessures familiales anciennes dont beaucoup n'auront donné lieu à aucune élaboration. La crainte de ces événements du passé qui n'avaient pas été éprouvés au niveau individuel et qui avaient été le plus souvent refoulés va faire irruption avec force. Vivre avec un risque familial n'est pas facile et soulève de multiples problèmes au sein des familles atteintes. Si certaines patientes veulent savoir et souhaitent faire un test de dépistage génétique, d'autres ne le souhaitent pas.

Madame H, âgée de 35 ans est venue consulter il y a dix ans, avant la connaissance des mutations chromosomiques responsables, avec une demande de mastectomie bilatérale. Dans la famille, sa mère, sa grand-mère, deux tantes sont atteintes d'un cancer du sein. Elle semble très déterminée vu ce contexte familial. Nous en discutons, et je la pousse à l'époque à temporiser en lui expliquant qu'il n'y a pas d'urgence, que c'est un geste lourd de conséquences et qu'il faut prendre le temps de la réflexion. Je l'encourage à en parler avec la psychologue du service. Elle opte finalement pour une surveillance avec une mammographie annuelle et un examen clinique tous les six mois. Une routine s'installe, avec angoisse et soulagement à chaque consultation. Au

cours de cette surveillance, son frère est atteint d'un cancer du sein. Nous proposons alors à cette patiente d'effectuer une recherche de mutation chromosomique, ce qu'elle refuse. « Je préfère continuer comme avant... »

Sylvie est enseignante, elle a 39 ans. Elle consulte en raison d'antécédents familiaux de cancers du sein et de l'ovaire. En effet, sa sœur aînée est décédée d'un cancer de l'ovaire vers 40 ans, sa sœur cadette est décédée suite à un cancer du sein et de l'ovaire métastasé, sa mère est décédée semble-t-il d'un cancer de l'utérus à l'âge de 48 ans et sa grand-mère maternelle est également décédée d'un cancer du sein. Elle souhaite une chirurgie préventive et demande l'ablation des ovaires et une mastectomie bilatérale. Nous discutons avec elle des différentes alternatives et nous lui conseillons de réfléchir et de temporiser, en lui proposant une surveillance régulière. Nous lui demandons de contacter notre psychologue. Elle reste très décidée et est finalement opérée. Elle revient tous les ans. Elle s'inquiète pour sa descendance, elle a deux fils, et souhaite une consultation d'oncogénétique. Elle ne donnera pas suite, l'oncogénéticien lui ayant semble-t-il dit « je vais voir s'il reste des cellules de votre sœur au congélateur ».

Généalogie, gènes et génétique font souvent un mélange détonnant, l'oncogénéticien devient détenteur d'un savoir sur l'origine, le destin et la lignée, mais il ne peut jamais répondre précisément pour un individu aux seules questions qui comptent: « aurai-je un cancer, un autre cancer et quand? Mes enfants seront-ils menacés et quand? » Il prédit cependant un hypothétique effondrement à venir.

Les représentations et les significations du risque oncologique sont complètement différentes pour les médecins et pour les patientes. Nous sommes, en tant que médecins, habituellement marqués par une conception épidémiologique du risque, à partir de l'observation et de la pratique nous essayons de mettre au point un concept descriptif de risque tendant à définir de manière objective voir prédictive, ces phénomènes. Mais ces conceptions ne peuvent pas être transposées aux niveaux des vécus et des représentations personnelles des risques par les patientes où une connaissance vécue des risques familiaux ne peut pas être comprise comme une connaissance objective, neutre, de ceux-ci. La perception et l'idée du risque individuel et/ou familial - réel ou fantasmatique - sont médiatisées par la structure défensive mobilisée par l'angoisse produite par le risque lui-même. Lors des consultations, bien souvent lorsque médecins et malades discutent des risques d'un cancer probable, ils ne parlent pas la même langue.

Des traitements

Le début des traitements signe la maladie, il n'y a plus de doute possible, la malade est acculée à la réalité, c'est bien un cancer. Il va donc falloir se soumettre aux traitements. Ceux-ci ont bien sûr été expliqués par les médecins mais rarement intégrés par les patientes et, de fait, en dépit de toutes les explications, l'expérience vécue par chacune sera indispensable pour en réaliser les effets.

La prise de conscience de la maladie est donc progressive. Elle ne peut se réaliser d'un seul coup. La mise en route des traitements, l'hospitalisation, le rythme des traitements et des consultations fixent sa réalité et la représentation du cancer. C'est dire qu'aux différentes étapes de la prise en charge correspondent différents niveaux de prise de conscience de la maladie et d'approfondissement de ses implications.

La maladie, les hospitalisations vont imposer des modifications dans la vie familiale, professionnelle, conjugale et la déstructuration du cadre de vie antérieur; parallèlement la patiente n'est pas en état d'interpréter les signes qui lui viennent de son corps. Elle est souvent incapable d'établir la distinction entre ce qui relève de la progression de la maladie et ce qui est à attribuer aux effets des traitements. C'est le cas notamment des chutes des globules, des douleurs, des symptômes digestifs.

Dans ce contexte de confusion, de « faillite de l'environnement » habituel et de soi, les rythmes imposés par le fonctionnement de l'hôpital et les traitements apportent de nouveaux repères provisoires. Les malades ont besoin de cette régularité, de cette nouvelle routine, astreignante et sécurisante, à laquelle elles peuvent se raccrocher pendant que, dans le même temps, les effets des traitements accentuent la perte des repères antérieurs en portant atteinte à l'image du corps et au sentiment de soi en créant un sentiment d'étrangeté.

La chirurgie avec ses modifications corporelles : l'ablation d'un sein, la pose d'une prothèse, va accroître ce sentiment d'étrangeté, « ce n'est plus moi », « je ne me reconnais plus », « je ne sens plus rien »....

De même, au décours de la chimiothérapie, les patientes ne se reconnaissent plus. Les sensations basales, tels le goût, l'odorat, parfois le tact sont altérées. Les cheveux tombent, le teint change, le visage devient lunaire, les membres gonflés par de l'œdème... A cela, s'ajoute parfois une sensation d'épuisement rendant tous les gestes de la vie antérieure éprouvants.

Pourquoi, pourquoi moi?

Le choc lié au diagnostic, le déroulement des différents traitements, renvoient la femme à sa situation de malade, et la confrontent à la peur de la mort. Les conséquences directes ou indirectes du cancer (les mutilations, les bouleversements, les situations de passivité...) suscitent un retour sur soi, un retour à l'histoire personnelle et familiale, une tendance à l'isolement. Elles renvoient également aux deuils non faits et aux pertes traumatiques.

C'est dans ce même mouvement que la femme en vient à s'interroger sur les origines de son cancer, et sur sa signification. A ce stade, les effets de la maladie et des traitements, entrent en résonance avec des blessures antérieures, les conflits familiaux non résolus, les relations difficiles, les frustrations, les pertes et deuils qui ont jalonné l'existence. Cette interrogation est présente dès que le diagnostic de cancer est formulé. Il existe fréquemment une culpabilité des malades qui vont chercher ce qu'elles ont bien pu faire de mal pour mériter cela.

Madame M., prostituée, consulte avec un cancer du sein ulcéré qui ne l'empêchait cependant pas de travailler. « Si j'ai ça c'est parce que je me suis trop laissé mordre les seins » me dit-elle.

Mademoiselle V., médecin, m'interroge : n'est-ce pas dû aux amphétamines que j'ai prises avant de passer mes examens...

Les malades ont des théories sur la genèse de leur cancer qui sont multiples. Presque tous ont besoin de donner un sens à ce qui leur arrive peut-être pour contrecarrer ce cancer qui lui n'en a pas. Il y a ceux qui vont l'intégrer dans une histoire familiale, la mort d'un proche, une séparation, un divorce ... ceux qui vont le relier à des événements marquants de leur vie.

J'ai mon cancer du sein à la place de l'étoile jaune que je portais adolescent m'a dit un homme. J'avais trop de soucis, mon père est mort d'un cancer du colon récemment et je m'en suis beaucoup occupé, mon frère vient de décéder récemment le lendemain du diagnostic de mon cancer. Ils sont toujours présents, j'entends leurs voix qui m'agacent constamment, vous pensez donc que cela devait m'arriver...

Une autre patiente va signaler comment elle avait essayé d'allaiter son enfant en vain et qu'un abcès était apparu au niveau de l'aréole gauche, rendant son allaitement définitivement impossible. Elle en était très culpabilisée. *C'est à cet endroit que j'ai développé mon cancer* me confiera-t-elle.

Certaines patientes sont très troublantes pour les médecins, ce sont celles qui laissent évoluer leur cancer en toute connaissance de cause, dans une démarche suicidaire et qui ne viennent consulter que contraintes et forcées, généralement en raison de l'odeur pestilentielle qu'elles dégagent. Dans la majorité des cas, brutalement, dès le début de la prise en charge, un changement d'attitude s'opère, ces malades reprennent le goût de vivre, s'épanouissent et deviennent de bonnes malades, telles que les médecins les aiment : dociles et faciles à traiter, même s'ils savent bien que c'est malheureusement trop tard et que l'évolution sera inexorable. Ne peut-on imaginer que ces agonies qui hantent la vie de certaines patientes ont trouvé dans le cancer à se faire reconnaître et les soulagent temporairement puisque ce qu'elles craignaient à savoir un effondrement est bien advenu, l'expérience catastrophique est là incarnée dans le cancer.

Les angoisses archaïques affleurent de différentes façons, sous la forme de rêves ou d'autres formations imaginaires, mais aussi dans les actes et les comportements, sous la forme de troubles de l'humeur. Elles s'expriment par de la terreur, des angoisses de morcellement, des accès de rage ou des crises d'allure mélancolique. Le passé et le présent sont étroitement intriqués, et la femme se trouve plongée pour un temps au moins, dans un état de crise. Le travail psychique est alors possible et souvent nécessaire, car il l'aidera à sortir de cette délicate situation dans la mesure où il pourra être effectivement réalisé grâce à notre collaboration avec les psys de l'équipe.

Du médecin soutenant

La prise en charge va être marquée par la durée. A la valse folle du début : consultation initiale, annonce du diagnostic, annonce de la thérapeutique, bilan, hospitalisation en chirurgie, irradiation et ses allées et venues quotidiennes à l'hôpital pendant plusieurs semaines, a ensuite succédé la chimiothérapie, là encore rythmée par les séances de perfusions bimensuelles ou toutes les trois semaines et les consultations médicales qui les encadrent. Le malade a alors besoin d'un référent

attitré pour éviter l'éclatement qui lui est imposé par la thérapeutique en plus de l'éclatement que lui fait vivre la maladie. Ce référent nous semble fondamental pour aider le patient à retrouver, de par cet interlocuteur privilégié, le chemin de la pensée, de la parole, et à sortir de sa sidération initiale. Ce référent va « porter » le malade à travers le monde hostile et les agressions qu'il subit.

Cette attitude n'est malheureusement pas généralisable à l'ensemble des services de cancérologie, la caricature étant représentée par certaines structures où le malade n'a jamais affaire au même intervenant pendant toute la durée de son traitement. Il ne s'agit bien sûr pas du médecin seul, ignorant l'environnement dans lequel le malade évolue, à savoir l'hôpital. Les infirmières, les aides saignantes, les manipulatrices de radiothérapie, les kinésithérapeutes ... vont avoir un rôle fondamental, dépassant de bien loin leur qualification technique. Combien de malades se confient à elles, leur racontant ce qu'elles n'ont pas osé dire au médecin, leur parlant de leurs soucis de la vie quotidienne avec lesquels elles ne veulent pas embêter leur docteur.

Travailler en équipe n'est pas un vain mot à l'hôpital, et peut-être encore plus en cancérologie, où la confrontation à la mort et à la souffrance renforce bien souvent la cohésion des soignants. Mais travailler en équipe ne veut pas dire remplacer le référent de la patiente par la structure hospitalière, protectrice plus pour ceux qui y travaillent que pour ceux qui y sont soignés.

La possibilité d'un travail sur soi

Comme nous l'avons donc évoqué, le cancer va souvent réactiver des souffrances psychiques antérieures, il va favoriser le retour sur soi, il va faire ressurgir des souvenirs du passé, raviver des plaies plus ou moins cicatrisées. Le souvenir d'épisodes pénibles antérieurs refait surface et il peut exister des confusions entre le passé et le présent, des points de passage, de chevauchement qui peuvent nécessiter d'être remis « en ordre ».

Le cancer, la confrontation à la mort possible et le travail psychique qu'ils peuvent induire va souvent modifier le regard porté sur la vie et sur l'existence antérieure. Certaines malades en « profitent » pour changer de vie, pour réaliser des rêves ou pour régler des comptes avec leur entourage, leurs parents. De nouveaux repères vont être mis en place.

C'est ainsi que le travail d'élaboration ouvre des nouvelles perspectives qui permettent à certaines patientes de passer d'un état de stagnation régressive à une étape de maturation et de changement.

Le médecin peut être à l'écoute de ces bouleversements, de ces remises en cause, en comprenant que les angoisses, les doutes, les souffrances des patientes, verbalisés ou non, doivent pouvoir avoir un lieu pour s'exprimer et être repris par et avec des psys, car ils ne sont pas tous, et loin de là, linéairement liés au cancer en tant que maladie somatique mais au cancer comme catalyseur et révélateur d'un mal-être antérieur parfois insoupçonné.

J'ai bien conscience que ces remarques ne peuvent s'inscrire que partiellement dans la réflexion de Winnicott sur la crainte de l'effondrement, de par ma fonction de médecin, mais j'espère qu'elles vous auront permis de comprendre la possibilité de travail psychologique et parfois la nécessité de l'offrir à ces patientes à un moment où leur effondrement corporel remet toutes les constructions et les défenses antérieures en cause, et où resurgit peut-être l'angoisse primitive autour de laquelle la personnalité s'était structurée. Certaines patientes, au moment de l'annonce

du cancer, maladie potentiellement mortelle, revivent peut-être quelque chose qui leur est déjà arrivé, un effondrement de leur environnement initial, et craignent que ce désastre ne se reproduise, comme si elles renouaient avec une pathologie ancienne; mais cela, c'est aux psychanalystes de nous le dire.