



HAL
open science

Crise d'identité du Mourir

Axelle Van Lander

► **To cite this version:**

Axelle Van Lander. Crise d'identité du Mourir. Soins palliatifs en 54 notions - 2e édition, Dunod, pp.229-235, 2020, Aide-mémoire, 9782100804054. 10.3917/dunod.bioy.2020.03.0229 . hal-04666509

HAL Id: hal-04666509

<https://uca.hal.science/hal-04666509v1>

Submitted on 1 Aug 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

PARTIE 8

L'expérience palliative pour le patient

Crise d'identité du Mourir

Axelle VAN LANDER

C'est Erik Erikson (Erikson, 1972) qui développe pour la première fois le concept de crise d'identité pour compléter les stades psychosexuels de Freud. Les crises d'identité permettent à notre psychisme de mûrir. C'est le cas de la crise d'adolescence mais également des crises du « milieu de vie » et « crise de sénescence » qui sont moins connues. Plus récemment, la crise du Mourir a également été mise à l'étude (Van Lander, 2015). La comprendre comme ultime crise d'identité (Rodin, 2008) face à la maladie létale est essentiel pour que l'entourage de la personne gravement malade propose une écoute et des interventions adéquates.

LA RENCONTRE PSYCHIQUE DE LA FINITUDE ET MORTALITE

Notre identité se construit donc laborieusement par étapes successives. Chacun se souvient de sa crise d'adolescence qui permet d'assimiler les nombreux changements (aussi bien ce qui a disparu que les nouveaux constituants) dans une identité de jeune adulte.

Les périodes de crise se répètent à chaque nouvelle étape : le passage à un âge plus mur puis au grand âge. Elles sont extrêmement difficiles : les sentiments éprouvés vis-à-vis de soi sont douloureux. Plus généralement, les sentiments d'identité sont atteints :

- le sentiment d'unité ou de cohérence (se sentir fidèle à soi)
- le sentiment de continuité (le sentiment de rester le même malgré les changements)
- le sentiment de diversité (être capable d'être père, ami, conjoint, salarié...)
- le sentiment d'originalité (se sentir unique, le seul à ...)

- le sentiment de se réaliser par l'action (se sentir être ce que l'on fait)
- l'estime de soi (se sentir quelqu'un de valeur).

Une véritable panique sociale est ressentie ainsi que des angoisses, des affects dépressifs et un rapport au corps dévalorisé.

La crise du milieu de vie

Vécue autour de la quarantaine, elle est souvent causée par le départ des enfants (le syndrome du nid vide) qui révèle avec un effet de domino les changements passés sous silence comme le subtil et progressif vieillissement du corps (Jacques, 1979).

Cette soudaine prise de conscience que la vie n'est pas illimitée s'impose. Antérieurement, la notion de finitude n'était qu'un concept sans réalité. Le sujet éprouve dorénavant la sensation d'avoir déjà vécu une moitié de son existence, et, d'être en équilibre entre son passé et l'avenir, qui dans ce moment de crise, ne lui apparaît pas comme le plus réjouissant.

Identité et crises

Notre vieillissement psychique : une succession de phases d'équilibre et de périodes de crises identitaires. La crise est « synonyme de tournant nécessaire, de moment crucial dans le développement lorsque le sujet doit choisir entre des voies parmi lesquelles se répartissent toutes les ressources de croissance, de rétablissement et de différenciation ultérieure » (Kaes, 1979).

La crise de senescence

A l'âge de la retraite ou à l'approche de l'âge de décès des parents, le sujet se sent très vulnérable physiquement. La mort n'est plus vécue comme hypothétique mais s'impose comme une certitude : elle viendra de son propre corps avec un avenir incertain.

Pour se rassurer vis-à-vis de ce danger en soi, la personne peut développer des conduites de vérification : vérification du transit, de l'alimentation, de ses constantes ... Certaines personnes iront jusqu'à demander des examens ou des soins invasifs.

LA CRISE DU MOURIR

La détresse

La spécificité de cette crise, par rapport aux précédentes, c'est qu'elle peut survenir à tout âge puisque son origine est causée par la maladie létale, donc possiblement à un moment de grande immaturité psychique. Dans ce cas de figure la détresse sera plus intense, violente avec des mécanismes de défense submergés.

Une autre spécificité c'est que la détresse est élevée au moment de la rencontre avec la réalité de la maladie mais qu'elle décroît ensuite, notamment à l'aide d'un accompagnement adapté, et ceci même à proximité du décès (Van Lander, 2012). C'est un état d'affects forts de désarroi, d'abandon, de solitude profonde, de vulnérabilité, de tristesse, de peurs et de danger (Van Lander, 2015).

« A 50 ans vulnérable comme un enfant »

Les médecins viennent d'annoncer à M. Laurent, âgé de 50 ans et atteint d'un cancer du poumon, l'inutilité de la chimiothérapie et le pronostic maintenant très réservé. Le lendemain il est très agité. Il se lève à de multiples reprises et n'est bien nulle part. Il exprime l'impression d'être perdu, de ne plus se reconnaître dans ce corps amaigri et d'avoir peur. Il refuse que son épouse le voit ainsi. La psychologue, accompagnée du médecin, l'informe du fait que les médecins se soucient de lui et que l'équipe a longuement parlé de sa situation : l'objectif est de créer autour de sa détresse une bulle contenant et ré-étayante de son identité. Les propos l'apaisent puis il exprime l'impression de découvrir qu'il a encore de la valeur pour ces « autres ». Il donne l'image d'un homme qui se redresse, retrouve de la prestance. Il fait le lien avec son propre rôle d'instituteur dont le travail était de faire penser aux enfants en difficulté qu'ils étaient en capacité d'apprendre à lire. Peut-être est-il capable de mourir...

Rupture des sentiments d'identité

M. Laurent et les autres patients vivent une rupture au moment de l'annonce du diagnostic et pronostic : une rupture du sentiment de continuité. De l'identité de bien-portant et de vivant, ils chutent à celle de malade avec la présence en soi d'une menace mortelle. Pour la maîtriser, ils doivent supporter que leur corps soit constamment examiné, surveillé... Son intimité n'est plus préservée.

Au niveau de l'image de soi, ils éprouvent culpabilité, colère et honte à se montrer dégradés. La pluralité identitaire (rôle professionnel, familial...)

progressivement disparaît et ils ne se vivent plus pour les autres que comme un patient parmi tant d'autres (perte du sentiment d'originalité).

UNE RESILIENCE OU ACCEPTATION POSSIBLE ?

Cette crise peut-elle se résilier ? Comment les aider ? On peut soutenir un certain nombre de mécanismes psychiques qui permettent de mieux la supporter.

Les mécanismes de résilience

La rêverie est peu écoutée chez les malades et pourtant elle est essentielle pour développer un espace de liberté hors des murs de la maladie. Comme pour tout un chacun elle permet de s'évader dans un espace imaginaire plus agréable (des souvenirs, des projets...). C'est un espace de création qu'utilisent les techniques de sophrologie, relaxation...

L'humour, comme le jeu, est également essentiel. Il permet de métamorphoser une pesante tragédie en légère euphorie. C'est cette « capacité peu commune... de muer en terrain de jeu le pire désert » (Leiris, citation en préface in Winnicott, 1975). Les équipes peuvent le manier au plus grand plaisir des malades (sans le confondre avec l'ironie).

L'espoir ? L'espoir est à respecter comme complètement adapté à la part d'improbabilité. Il exprime le fait que le malade sait que c'est hors de sa maîtrise mais qu'il peut toujours espérer une amélioration voir une guérison. Il « n'attend pas » la guérison mais il en exprime le désir bien légitime.

Une crise résiliée par une nouvelle identité ?

Sous quelle forme ces mécanismes résilient-ils la crise du Mourir ?

La résilience signifie quelque chose de différent que l'acceptation : le sujet est à la fois en crise et résilient. Il réagit au mourir en continuant à se projeter et à tirer bénéfice du fait d'être en vie. C'est une forme de résistance compatible avec des sentiments de colère et révolte face à l'évènement du mourir.

A l'image d'un oxymoron (ou oxymore), le sujet construit une nouvelle identité alliant les extrêmes : l'horreur de la maladie dans son corps avec une partie « saine » qu'il développe avec l'énergie du désespoir pour se donner encore un peu de bonheur et de sens à vivre.

Pour Cyrulnik (1999) le sujet résilient est une sorte de funambule qui vit le merveilleux caché au sein de l'évènement traumatique. C'est ce que confirment ses familles qui confient que « *le plus important était d'être ensemble et que c'était très fort* ».

L'entourage et les professionnels se retrouvent alors en position de « tuteurs de résilience ». Ils interviennent à l'endroit même de la crise identitaire pour aider, par un regard revalorisant, à résilier les sentiments d'identité douloureux. Cela implique une présence fortement étayante.

La fin de vie est une étape de développement marquée par une crise identitaire intriquée avec une forte détresse. Selon si le sujet a déjà vécu la crise du milieu de vie et de sénescence, il a déjà intégré les notions de finitude et de mortalité, ce qui pour autant ne l'épargne pas de cette nouvelle crise.

BIBLIOGRAPHIE

- Cyrulnik B. (1999), « *Un merveilleux malheur* », Paris, Odile Jacob.
- Jaques E. (1979), « Mort et crise du milieu de vie », in *Crise, rupture et dépassement*, Kaës R. et al., Paris, Dunod, p. 277-305.
- Kaës R. (1979), « Introduction à l'analyse transitionnelle » in *Crise, rupture et dépassement*, Kaës R. et al., Paris, Dunod, p. 1-83.
- Rodin G., & Zimmermann C. (2008), Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration, *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 36(1), p. 181-96.
- Van Lander A. (2005), « *Apports de la psychologie clinique aux soins palliatifs* », Toulouse, Erès.
- Van Lander A. (2012), L'identité à l'épreuve de la maladie létale, thèse de doctorat de psychologie, Université Lumière Lyon 2, http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2012/van_lander_a#p=0&a=top
- Winnicott D. W. (1975), « *Jeu et réalité* », Saint-Amant, Folio, 2008.