

Françoise Bessis

*Psychiatre, psychanalyste  
Présidente du Comité scientifique du Centre Pierre Cazenave  
Association Psychisme et cancer*

## **Fécondité de la clinique du trauma dans la rencontre avec le patient atteint de cancer**

*Value of trauma clinics in the encounter with cancer – suffering patients<sup>1</sup>*

*30 mars 2019 – Université Paris 7 Denis Diderot*

### **Résumé**

*Dans ce texte, j'ai voulu montrer en quoi une approche psychodynamique du patient confronté au cancer, fondée sur l'abord transférentiel du trauma tel qu'exploré de façon décisive par Ferenczi, Winnicott, etc., pouvait répondre aux besoins d'un grand nombre de malades.*

*La spécificité de cette approche thérapeutique, tant dans la rencontre que dans le processus de cure, peut en effet contribuer, pour le patient, à faire du trauma du cancer, à côté de son impact destructeur, une expérience qui peut être mutative, porteuse de vie et d'espoir. Elle peut notamment être l'occasion d'avoir accès à ces traumas des liens précoces, transgénérationnels ou de la grande histoire, si toutefois le psychanalyste est apte, à partir de l'élaboration de ses propres traumas, à entendre l'appel à être et à naître de cet enfant issu du trauma n'ayant pas eu droit de cité, non attesté, et à le rejoindre dans ces confins entre la vie et la mort, lui permettant de traverser l'effondrement.*

### **Abstract**

*In this text, I have wished to convey how a psychodynamic approach with patients facing cancer-illness, is likely to meet the needs of a great number of cases. By psychodynamic, I mean the transferential approach of trauma, such as was decisively investigated by Ferenczi, D. W. Winnicott, etc.*

*The specificity of this therapeutic approach, as well when meeting the patient, as throughout the treatment, enables the actual trauma of illness, beside its destructive consequences, to contribute a life – and hope – enhancing experience. Providing the clinician's listening is based on the working-through of his / her own trauma, it may furthermore bring into reach those traumata of early bonds – such as are transgenerationally or historically induced - allowing the therapist to adjust to (tune into) the urge (call) for being and growth of an unclaimed-for child, and be willing to join in, at the borders between life and death, for a journey through – and out of – breakdown.*

---

<sup>1</sup> Texte publié : Bessis F. (2019), « Fécondité de la clinique du trauma dans la rencontre avec le patient atteint de cancer », *Psychiatrie, Psychanalyse et Sociétés*, vol.8.

## **Introduction : De quelle place je parle**

Plus de vingt ans de pratique thérapeutique avec des malades confrontés au cancer m'ont convaincue de la pertinence et de la fécondité, pour un certain nombre d'entre eux, d'une approche analytique basée sur la clinique du trauma, c'est-à-dire de l'abord transférentiel du trauma, et ce, dès la rencontre.

Ce qui fut fondateur, pour moi, de cette démarche, fut ma rencontre avec Pierre Cazenave, psychiatre psychanalyste dont l'expérience du cancer suscita chez lui une énergie nouvelle et une recherche, l'impact sur lui de la maladie donnant forme à un mal d'être profond qui l'avait toujours habité, une impression de surnager, de ne pas être en prise avec la vie, non prise en compte dans ses deux analyses.

Dans un désir d'explorer et de théoriser cet accès inédit, à partir du cancer, à des parts retranchées de sa préhistoire infantile, à ces traumas des liens précoces qu'il nomma « maladie du nourrisson dans l'adulte » (voir *Livre de Pierre*), il ouvrit, grâce à l'appui de son pneumo-cancérologue Pierre Baldeyrou, une consultation psychothérapique pour des malades confrontés au cancer à la clinique de la Porte de Choisy et créa, en marge de cette consultation, un groupe de travail avec des psychanalystes pour élaborer ensemble ce qui nous apparaissait, à la lumière du cas de Pierre Cazenave, comme une clinique spécifique dans laquelle la rencontre avec le cancer nous renvoyait directement à la clinique du trauma.

## **Le cheminement théorico-clinique**

Ceci nous amena à nous appuyer sur ces auteurs analystes, Ferenczi, Winnicott, Bion, Torok, Abraham etc., qui, se démarquant d'une conception plus solipsiste de Freud, ont exploré le rôle essentiel de l'environnement, tant dans la construction psychocorporelle de l'infans, matrice du sujet, que dans ses défaillances, sa potentialité traumatique, et donc son rôle dans les traumas précoces et transgénérationnels.

Je me permets d'insister sur cette clinique analytique du trauma car c'est à partir d'elle que nous avons conçu et élaboré le cadre de ce lieu d'accueil thérapeutique pour les malades atteints de cancer que j'ai créé, après la mort de Pierre Cazenave, avec les collègues analystes du groupe de travail et des malades accueillants ayant fait l'expérience d'une cure analytique.

C'est Ferenczi qui, le premier et de manière décisive, a exploré, via le transfert, l'impact mortifère du trauma et les mécanismes de défense mis en place par l'infans pour assurer sa survie, en conservant une adaptation à son environnement, à la réalité, mais au prix de l'abandon de parts vivantes de soi. Il a aussi, dans une préoccupation thérapeutique, mis en évidence le rôle majeur que peut avoir le psychanalyste s'il est capable d'accueillir dans le transfert le trauma dans des conditions qui, comme le dit le psychanalyste Nicolas Abraham, symboliquement le réparent.

Ce qui constitue et scelle le trauma, c'est la double défaillance de l'autre, consistant à la fois dans son abandon émotionnel dans un moment de danger de mort, de grande détresse, qui laisse l'infans dans un vide agonique, car dans l'impossibilité de faire face seul à cet anéantissement, et dans le déni de l'impact meurtrier de cet abandon émotionnel, ce qui l'aggrave, fait disparaître l'autre comme témoin, celui qui authentifie, atteste, empêchant par là la constitution du témoin intérieur, cet autre en soi qui permet de se voir et de se penser et d'intérioriser, d'introjecter ce qui vous arrive.

Pour Ferenczi, le trauma grave est celui qui déborde les capacités d'intégration psychique du sujet, celui qui atteint le sujet dans tout son être, notamment son sentiment d'existence, endommageant le sens du corps vivant, le lien psyché-soma, et paralysant la psyché dans son travail de symbolisation, notamment ce travail essentiel de liaison entre émotion et représentation, qui permet au sujet de s'enrichir du ressenti de ses émotions en se les appropriant, en les introjectant, en les inscrivant psychiquement. Quel est donc le lieu d'inscription de ce réel traumatique, qui n'est pas représenté dans les formations de l'inconscient ? Selon Groddeck, c'est le corps qui peut en être l'archive sensori-motrice, constituant une mémoire corporelle, la somatisation pouvant en être une des manifestations.

C'est le clivage qui pour Ferenczi est la marque du trauma grave, sa preuve en quelque sorte, portant la marque de son impact destructeur, mais aussi des capacités de la psyché de le limiter et de le surmonter, de s'en défendre au prix d'une mort partielle.

Face à la défaillance de l'autre, au non-portage radical de l'autre comme outil de symbolisation essentiel à la construction du sujet, se produit un clivage du soi primitif. Cet auto-clivage narcissique consiste en la partition du self en deux fragments dissociés et interdépendants pour assurer la survie : d'un côté, un enfant qui a capitulé, en quelque sorte, privé de la capacité de faire valoir ses sensations et perceptions, voire même de les ressentir, pouvant aller jusqu'à l'incorporation de cet autre défaillant qu'il fait en quelque sorte vivre à sa place, dans une soumission absolue pour garder un lien ; c'est le mécanisme de l'incorporation de l'agresseur, si difficile à mobiliser ; c'est cet enfant laissé pour mort, en quelque sorte gelé dans sa sensibilité, que l'analyste aura à rejoindre, à réanimer, et à authentifier. Et d'un autre côté, se développe une part insensible, trop précocement adulte, omnisciente, ayant perdu son lien avec l'enfant vivant, assurant le maintien d'un lien à l'environnement

par une adaptation parfois extrêmement performante, mais plus soumise et normative que créative à la réalité. C'est le faux-self de Winnicott, que le trauma actuel du cancer, qui bouleverse les repères et les défenses habituels, peut ébranler de manière féconde ; ce moment d'ouverture pouvant permettre que se manifeste et que soit entendu l'appel à être de cette part de l'infans, retranchée mais restée sensible, et jusque-là étouffée. Dans ce processus de mutation, le psychanalyste constitue un relais essentiel.

Si, comme on vient de le voir, cette défaillance de l'autre est particulièrement mutilante en ces temps primordiaux de la construction psychique de l'infans, compte tenu de sa dépendance absolue à l'environnement, comme l'a si justement montré Winnicott, la non présence du thérapeute à l'urgence traumatique du patient confronté au cancer, son abandon émotionnel qui opère comme un déni, ont un effet ravageant sur ce patient dont la maladie réactualise chez lui la vulnérabilité et la détresse infantiles.

### **Illustrations cliniques**

A travers différentes modalités de rencontres au Centre Pierre Cazenave avec des malades atteints de cancer, j'aimerais montrer comment la sensibilité à cette clinique du trauma m'a permis d'enrichir cette rencontre, de la rendre plus efficiente sur le plan thérapeutique, me permettant de rejoindre à cette occasion cet enfant des temps archaïques, notamment cet enfant issu du trauma, jamais attesté, laissé mortellement seul face à son vécu traumatique.

La rencontre avec le psychanalyste peut donner au patient la possibilité de sortir de manière vivante du trauma actuel du cancer, mais aussi de faire de cette expérience de la maladie, surtout si elle est relayée par un autre, un événement lui permettant d'initier un trajet donnant lieu à une véritable naissance au sens de Winnicott, se sentir vivant, engagé dans un mouvement créatif, d'où procède le sentiment d'être soi, à la fois séparé et relié à l'autre.

#### ***Première modalité***

Au Centre, le psychanalyste est amené à se porter, dans l'urgence, à la rencontre de ce patient qui débarque et que l'annonce d'un cancer ou d'une récurrence, par sa brutalité, son imprévisibilité, la mort qu'il présente, plonge dans un état de sidération traumatique. C'est l'instauration d'emblée d'une proximité, empreinte de simplicité, qui constitue un lien fiable, vital, qui permet au patient de reprendre souffle et espoir, et d'avoir le recul suffisant pour sortir de ce temps figé du trauma qui suspend son activité de pensée et de perception, et de réintégrer le monde des vivants. L'instauration de ce lien, l'attestation de sa détresse créée, dans l'actualité, un étayage porteur pour affronter les vicissitudes de la maladie et peut aussi donner confiance à un certain nombre de malades pour aborder ces traumas des liens précoces qui, souterrainement, ont entamé leur sentiment d'existence.

### *Deuxième modalité*

Mais le trauma peut aussi arriver au psychanalyste, et c'est la deuxième modalité, en quelque sorte en négatif, sous une forme silencieuse, plus masquée, mais tout aussi prégnante et interpellante. Ainsi, pour certains patients, le cancer est accueilli sans surprise, sans impact traumatique apparent, voire avec un certain soulagement, comme donnant forme et consistance à un mal d'être, un vide, une absence à soi, auxquels ils s'étaient résignés, faute d'une reconnaissance qui aurait pu légitimer une demande d'aide. Dans ces cas-là, la survenue du cancer devient pour moi l'occasion d'entendre chez eux ce cri de désespoir en creux comme un appel à exister voire à naître.

Voici le rêve d'une patiente qui m'avait été adressée par son oncologue, de manière directive m'avait-il dit, frappé qu'il avait été par son absence totale de réaction, d'angoisse de cette malade alors qu'elle venait de faire, à un an d'intervalle, deux cancers primitifs graves, l'un du sein et l'autre du poumon. Ce rêve est survenu très vite après notre premier entretien, où je m'étonnais du peu de cas qu'elle semblait faire de sa vie. « Oh oui, me dit-elle, la vie, la mort, apparemment, j'ai toujours eu l'air d'aller bien. Et d'ailleurs, que puis-je espérer d'autre ? » Elle est surprise par ce rêve, le premier depuis une éternité, me dit-elle.

Elle me raconte qu'elle est assise en face de moi, et que se trouve posé sur ses genoux un nourrisson dont elle vient d'accoucher, sans que pourtant il n'y ait trace de cordon ombilical ni de placenta. Elle voit ce nourrisson blanchâtre, entièrement enveloppé de voiles translucides, et elle se demande s'il est mort ou vivant. Elle lui donne une pichenette pour savoir s'il est vivant, et il réagit à peine. Elle ne sait que faire de ce nourrisson. Et elle se réveille. Après le récit de son rêve, dont elle ne sait que dire et qui ne suscite en elle aucune association, je lui dis : « Eh bien, nous allons nous occuper ensemble de ce nourrisson. » Cette rencontre marqua le début d'un travail de cure, au départ inenvisageable.

### *Troisième modalité*

Je rencontre pour la première fois au Centre Léa, qui vient en fin de traitement de deux cancers successifs du sein, adressée par sa gynécologue. Malgré le choc traumatique de cet événement, dont elle ne dénie pas la possible menace mortelle, elle n'a pas éprouvé le besoin d'être soutenue par un psy, me dit-elle, pour supporter la maladie et les traitements, ayant trouvé dans la qualité des soins médicaux la bonne réponse à ses besoins de malade, me dit-elle. Elle vient car son cancer ne cesse de la travailler et attise des tas de choses, dit-elle. « Ça ranime une flamme, mais j'ai un peu peur de me brûler », me dit-elle en riant et en me regardant. Elle me dit aussi avoir eu recours, à deux reprises, pendant plusieurs années, à la psychanalyse pour sortir de périodes creuses. Cela l'a boostée, mais elle n'a jamais abordé ce qui lui semble réellement la plomber, l'entraver, la couper d'une relation « pleine » avec les autres (ce sont ses mots). C'était sûrement de sa faute, me dit-elle, car elle était dans un refus absolu, dans la terreur de se laisser approcher. D'un côté, considérant son expérience

au cours de ses deux précédentes cures, elle nourrit certaines réserves à l'égard de la psychanalyse, et en même temps, depuis son cancer, ça se présente pour elle comme une sorte d'urgence.

La permanence étant ce jour-là extrêmement chargée, je suis obligée d'abrégé l'entretien, malgré mon vif désir de le prolonger, ce dont je lui fais part, lui donnant rendez-vous la semaine suivante en l'assurant de ma disponibilité pour un long moment. Elle paraît satisfaite et prend rendez-vous. J'ai l'impression d'avoir fait une rencontre, d'où ma profonde déception de ne pas la voir la semaine suivante. C'est comme si j'étais déjà engagée, avant qu'elle ne le soit, comme si elle existait déjà pour moi sur le mode, décrit par Bion et Réfabert, d'une mère rêvant son enfant avant de le rencontrer réellement, ce rêve rendant possible qu'elle le reconnaisse. Pensant que j'avais peut-être redoublé, réactualisé un abandon ancien catastrophique, je décide alors de lui envoyer un message oral, lui faisant part de mon inquiétude qu'elle ait pu vivre la brièveté de notre entretien comme une fin de non-recevoir de ma part, alors qu'elle prenait le risque, peut-être pour la première fois, d'aborder avec un autre des pans jusque-là verrouillés de son histoire. Et j'ajoutai que cet entretien écourté avait pu lui infliger une blessure d'abandon, et l'avoir découragée du fait d'être laissée seule et peut-être, une fois de plus, avec sa détresse. Quel plaisir de revoir Léa la semaine suivante ! Elle me dit combien mon message l'a touchée, mais aussi interloquée. Comment ai-je pu m'adresser à elle de cette manière alors que je ne la connais pas ? Comment ai-je pu « attraper », me dit-elle, cette enfant autiste qu'elle pense avoir été, et qui revient de tellement loin ? Cette enfant qui, vers deux ans, s'est arrêtée une longue période de parler et de marcher, se réfugiant comme dans une tanière sous une petite table recouverte jusqu'au sol d'un tapis – épisode rapporté en riant et comme une bizarrerie par les parents, déniait le caractère alarmant d'une telle conduite, ce qui l'a toujours choquée. Cet épisode est survenu, me dit-elle, après le départ à New York d'une sœur de seize ans son aînée – départ imposé par les parents pour la séparer d'un fiancé jugé par eux indésirable. Cette sœur, psychotique me dit-elle, aussi abandonnée qu'elle et laissée sans soin, lui servait de mère, dans un immense et luxueux appartement géré par des bonnes – les parents étant totalement absents et aveugles, absorbés par leurs affaires respectives. Mariée, cette sœur délirera et se défenestrera après la naissance d'une fille qui, elle aussi, s'est défenestrée récemment, peu après son accouchement. Léa a ressenti à ce moment-là un terrible choc qui est resté enfoui, précise-t-elle, et il lui a été impossible d'en parler. Mon cancer est peut-être parti de là, me dit-elle.

Lors d'un entretien ultérieur, Léa m'apporte des photos d'elle, vers quatre ou cinq ans, des photos de mode enfantine imposées par sa mère et dans lesquelles elle pose, maquillée, de façon complètement factice. Je regarde ces photos glaçantes d'une poupée de cire, figée dans des poses et un sourire artificiels, comme enchâssée dans des tenues hypersophistiquées, absolument inadaptées à un enfant vivant. On dirait une momie, me dit-elle.

Voyant ma stupeur, elle me dit : Je voulais que vous voyiez ça, dans quelle cage dorée on m'avait enfermée.

Léa est photographe. Elle me dit avoir repéré dans ses propres photos le motif qui s’y répète : un univers sombre, confus, chaotique – broussailles, objets, matériaux enchevêtrés, concassés – avec toujours quelque part, dans la photo, un minuscule point lumineux, mais très présent. Cela lui paraît important de me dire ça.

Nous sommes déjà engagées, Léa et moi, dans cette approche mutuelle, cette aventure de travail thérapeutique utilisant le transfert comme outil. Mais quel mode de transfert ? Il me paraît important d’évoquer, fût-ce trop brièvement, au moins une des particularités cruciales du transfert dans les cures des traumatismes mortifères, destinée à permettre le travail de symbolisation garant de l’efficacité thérapeutique. Dans ce contexte, le psychanalyste doit pouvoir accueillir, dans le transfert, ce réel traumatique, vécu non symbolisé du patient, par lequel celui-ci lui communique, par des agissements traumatiques parfois extrêmement violents, ce qu’il a vécu sans l’avoir ressenti. L’analyste doit non seulement en être affecté, mais y survivre en tant qu’analyste, pour permettre leur élaboration. Cette survie de l’analyste, au sens de Winnicott, signifie que l’analyste qui a ainsi survécu au trauma infligé par le patient, devient pour celui-ci cet autre vivant qui va l’accompagner dans sa propre naissance subjective. Philippe Réfabert, dans son chapitre « Les parages de l’originare », parle de cette survie de l’analyste comme d’une capacité de rester présent et vivant « tout en se laissant reconduire au bord de l’effondrement, là où il a le souffle coupé, sur le bord du sans fond sur lequel il fait fond. »

## Conclusion

Notre expérience au Centre Pierre Cazenave nous a aussi sensibilisés à l’importance de la qualité des autres relations de soins, et au rôle capital que peuvent jouer les médecins, les infirmiers, et tous les interlocuteurs de ces patients dans la reconnaissance et la nomination de leur détresse masquée qui affleure et devient perceptible à l’occasion du trauma du cancer. Cette attestation, qui peut prendre valeur d’adresse thérapeutique, permet en effet à ces patients de se sentir légitimes pour demander une aide et faire valoir leurs besoins.

## Bibliographie

Nicolas Abraham et Maria Torok, *L’écorce et le noyau*, Paris, Aubier-Flammarion, 1992.

Jan Abram, *Le langage de Winnicott*, Paris, éd. Popesco, 2003.

Carlo Bonomi, « Trauma et la fonction symbolique de la psyché », *Le Coq Héron* n°174, 2003, p. 50-56.

Sandor Ferenczi, *Œuvres complètes*, tome 4, Paris, Payot, 1990.

Sandor Ferenczi, *Journal clinique*, Paris, Payot, 1932-2014.

Philippe Réfabert, *Comme si de rien, témoignage et psychanalyse*, Paris, Campagne Première, 2019.

Donald W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989.

### **Mots clés**

Trauma précoce/early trauma ; défaillance de l'environnement/environmental failure ; meurtre d'âme/soul murder ; clivage/split ; déni/denial ; rencontre/encounter ; tranfert/transference ; espoir/hopefulness ; naissance/birth ; effondrement/breakdown.