

**Présentation de la pratique analytique mise en œuvre
au Centre Pierre Cazenave à l'Elan Retrouvé**

25 avril 2017

Françoise Bessis, psychiatre psychanalyste

Bref historique

La création du Centre Pierre Cazenave est précédée d'une longue expérience comprenant plusieurs étapes :

- la création de l'Association Psychisme et cancer en 1991 sous l'impulsion d'une malade, Brigitte Benoît-Latour, avec ses deux thérapeutes (un pneumo-cancérologue et un psychanalyste), tant pour elle était vitale cette double prise en charge à la fois somatique et psychique. Elle souhaitait que d'autres malades puissent en bénéficier à une époque où la prise en charge psychique des malades était beaucoup moins développée qu'actuellement.
- L'élaboration du projet de Centre se fit à partir de l'intuition clinique, de la trouvaille de Pierre Cazenave, qu'il nomma maladie du nourrisson dans l'adulte, et qu'il expose dans *Le Livre de Pierre*, sous la plume de Louise Lambrichs¹ : l'accès, à l'occasion de sa propre maladie cancéreuse, à une détresse infantile aux racines extrêmement archaïques, jamais reconnue malgré ses deux analyses et même frappée de honte, accès qui lui permettait de se réapproprier des parts délaissées de lui-même et de donner sens à sa maladie somatique comme possible expression de cette pathologie des liens précoces. Il mit en œuvre cette recherche clinique dans la rencontre avec les malades atteints de cancer à la clinique de la Porte de Choisy et suscita la création d'un groupe de travail entre analystes dans lequel nous élaborâmes les bases de l'approche théorico-clinique et thérapeutique qui devait inspirer la conception d'un Centre destiné aux malades atteints de cancer. C'est en nous appuyant sur les travaux de l'école psychosomatique de Paris, l'IPSO, créée par Pierre Marty, mais surtout et de plus en plus sur les travaux de Ferenczi, Winnicott, Bion, Torok et Abraham, MacDougall, que nous élaborâmes cette clinique du trauma, base de notre pratique au Centre.

¹ Paris, Le Seuil, 2011 (pour la dernière édition complétée).

- Après la mort de Pierre Cazenave, j'ai créé le Centre en 1998 avec la collaboration de deux collègues psychanalystes du groupe de travail, les Dr Philippe Cros et Nicole Frey, et la cooptation de malades accueillants.

Bref exposé de la clinique du trauma

Après vingt ans d'expérience, et de la continuation de notre travail d'élaboration, dont deux colloques en 2004 et en 2014 ont témoigné, quels sont les outils cliniques et thérapeutiques qui nous permettent, en tant qu'analystes, d'aborder cette clinique du trauma et quel est l'apport spécifique pour les malades de ce lieu d'accueil thérapeutique qu'est le Centre ?

Est traumatique ce qui confronte le sujet à un danger mortel, le frappant dans son être psychique et corporel, menaçant son existence subjective ; l'impact mortifère du trauma, point essentiel de la théorie ferenczienne, étant provoqué ou aggravé par la défaillance de l'autre et son déni. C'est dire l'importance, la responsabilité de cet autre (ce *nebenmensch*, cet être proche des débuts de la vie, ce pair aidant, ce thérapeute) tant dans son effet destructeur que possiblement réparateur.

Au Centre, nous avons à répondre à différentes modalités du trauma, pour aider le malade qui vient nous voir à y faire face.

Nous avons ainsi, d'abord, à aider le malade à faire face au trauma actuel lié à cette maladie, le cancer, de survenue imprévisible, angoissante quant à son évolution, qui présente la mort, et qui peut provoquer un état de sidération débordant l'efficacité du recours aux défenses et repères habituels.

Les principes relationnels mis en œuvre par un médecin américain, Thomas Salmon, pour accueillir les soldats traumatisés pendant la Deuxième Guerre mondiale, cité dans l'ouvrage *Histoire et trauma* de Françoise Davoine et Jean-Max Gaudillière², sont d'une aide précieuse. Immédiateté, proximité, simplicité, et *expectancy* (espérance, espoir).

Il y a en effet urgence à rejoindre ce patient en détresse, menacé d'effondrement, figé dans un temps gelé. Nous sommes ainsi toujours disponibles pour accueillir un malade qui débarque au Centre.

Il est essentiel d'instaurer d'emblée une proximité avec le malade, ce qui constitue un espace de sécurité qui lui permet de prendre le recul suffisant pour sortir de son isolement, de sa sidération traumatique, et réintégrer le monde des vivants. En cela est précieuse la simplicité avec laquelle, au Centre, le patient peut s'agréger au groupe d'accueil où se réunissent autour d'une tasse de thé et de quelques douceurs anciens et nouveaux consultants, avec les accueillantes dont la présence dans ce groupe constitue un apport capital. En effet, par leur parcours (expérience de la maladie et d'un travail thérapeutique dont elles peuvent témoigner), ces accueillantes constituent pour le malade un appui fiable, c'est le *therapon*, c'est-à-dire le compagnon

² *Histoire et trauma*, la folie des guerres, Paris, Stock, 2006.

de combat, celui qui a été concerné par la catastrophe et y a survécu, ayant pu même s'enrichir à cette occasion d'énergies et de ressources nouvelles.

Par ailleurs, la manière dont le thérapeute, loin d'être dans une attente passive, se rend partie prenante de la détresse actuelle du malade, tout en lui témoignant de son espérance de vivre, de sa foi en son devenir de sujet, l'instaure en position d'autre symbolique, témoin fiable, garant de son existence.

Dans ce moment particulier d'ouverture psychique du patient, liée à l'ébranlement de ses systèmes défensifs et à une vulnérabilité qui favorise l'appel à l'autre, la rencontre avec le psychanalyste, dans ces conditions, peut permettre la réactualisation et l'accueil transférentiel de cette autre modalité traumatique que sont les traumatismes des liens précoces ; ceux-ci ont été mis en évidence et explorés de manière décisive par Ferenczi puis Winnicott qui ont ouvert ainsi l'accès thérapeutique à une pathologie psychique jusque-là méconnue.

Comment évoquer, rapidement, le mécanisme et l'impact mortifère de ces traumatismes ?

En ce temps initial où l'*infans* est dans un état d'extrême vulnérabilité liée à son immaturité constitutive, la non-réponse à son besoin vital, à sa détresse primaire, par l'adulte le prive de cette reconnaissance primordiale de son existence, condition de son développement psychique et de son devenir de sujet.

Cette maltraitance en négatif induit un clivage (auto-clivage narcissique) entre une part de soi issue de cette détresse infantile non attestée, non introjectée, restée sensible mais dévitalisée, et une autre, qui s'est prématurément identifiée à l'adulte et à son savoir en l'incorporant pour assurer la survie dans une adaptation plus soumise que créative à la réalité que Joyce McDougall décrit comme une normopathie. C'est le nourrisson savant de Ferenczi, le faux self de Winnicott.

Cet intellect clivé d'une psyché vivante, du corps émotionnel, peut induire une fragilité psychosomatique et un profond mal d'être avec le sentiment de ne pas être en prise avec la vie malgré de grandes performances et réussites.

C'est cet enfant issu du trauma à la rencontre duquel va l'analyste. Enfant retranché, en appel de naître, qui faute d'inscription psychique ne se manifeste pas à travers les formations de l'inconscient mais dans des agirs transférentiels, un langage corporel, un besoin fort d'étayage et de régression, qui réclame de la part de l'analyste une approche psychodynamique proche de l'abord thérapeutique des états limite et des psychoses.

L'enjeu de ce travail de symbolisation de ce réel traumatique peut être de taille, un renouveau au sens de Balint, c'est-à-dire puisant dans des forces vives, primitives, produisant, comme le dit Saint Augustin cité par Gaudillière, du commencement.