

Rester vivant avec la maladie. Naître à l'occasion de la maladie

Françoise Bessis, psychanalyste

Présentation à la Fédération des Ateliers de Psychanalyse, 27 février 2018¹

Il me paraît nécessaire de vous dire d'où me vient cet énoncé « rester vivant avec la maladie, naître à l'occasion de la maladie », c'est-à-dire à partir de quelle place, à partir de quelle expérience je suis apte à donner un contenu à cet énoncé.

Il y a vingt ans, j'ai créé avec des collègues psychanalystes et des malades ayant l'expérience d'une thérapie analytique, un Centre associatif d'accueil thérapeutique pour les malades atteints de cancer et leurs proches.

Cette initiative s'est fondée sur le trajet fait par Pierre Cazenave à l'occasion de son cancer, et sur l'impulsion qu'il a donnée à un groupe d'analystes, dont je faisais partie, pour approfondir et questionner les implications conceptuelles et thérapeutiques de cette expérience fondatrice pour lui de la maladie, expérience qui lui a donné accès à des parts retranchées de sa préhistoire infantile, à des traumatismes des liens précoces qu'il nomma « maladie du nourrisson dans l'adulte », qui donnait sens à un mal d'être profond, une impression de surnager qui l'avait toujours habité et n'avait pu être levée lors de ses deux analyses. L'exploration de cette découverte, dans une reprise de cure et avec ses patients, fut pour lui l'occasion d'un trajet créatif, en prise avec la vie, pendant toutes ces longues années de maladie et jusqu'à sa mort.

Ce qu'il faut dire aussi, c'est que ce trajet a fait rencontre avec mon intérêt pour l'abord analytique de la part psychotique rencontrée chez mes patients et lors de mes propres cures. A partir de là, le Centre a été conçu pour accueillir la détresse traumatique du malade confronté au cancer, qui réactualise la détresse infantile et souvent des situations d'effondrement et de catastrophes (agonies primitives, angoisses d'annihilation) et y répondre dans des conditions telles qu'elles permettent au sujet de survivre, voire de renaître ou de naître. C'est pourquoi le Centre a aussi été conçu pour permettre à cet enfant issu du trauma de faire un trajet vivant, inédit,

¹ Texte paru dans *Le Psychanalyste, la santé, le vivant*, Actes des Journées des Ateliers, samedi 27 et dimanche 28 janvier 2018, Paris, 2019, Fédération des Ateliers de Psychanalyse.

créatif, au gré de ses besoins, de ses attentes, de ses rencontres, qui accompagnent ce renouveau, ce regain d'énergie que peut susciter aussi le travail de la maladie et qui répond à son appétit d'expériences nouvelles.

Pour Winnicott, se sentir vivant est inséparable du fait de se sentir porté, engagé dans un mouvement créatif d'où procède, pour lui, le sentiment d'être soi, individué, séparé et relié à l'autre. Ainsi, c'est en étant créatif que le sujet découvre le soi. Toujours pour Winnicott, ce sentiment d'être vivant, d'exister, n'est pas inné chez l'*infans*, mais provient du fait d'avoir été, dit-il, « mêlé » à la mère des premiers temps, et d'avoir bénéficié, à travers cet espace intermédiaire ou transitionnel qu'elle a su instaurer, d'un champ d'expériences (espace de jeu – je) lui permettant, tout en s'appuyant sur la sécurité d'un lien qui assure sa continuité d'être, de construire sa subjectivité. C'est cette fameuse trouvaille du « créer-trouver », Winnicott repérant le génie subtil d'une mère capable de donner l'illusion à l'*infans* que c'est lui qui crée ce qu'en fait elle lui offre, ce qui lui permet, à cet *infans*, de s'approprier et d'introjecter cette expérience, processus symbolique d'inscription et de construction, d'enrichissement de son univers.

C'est dans cet esprit utopique, qui fait sa part au rêve, que le Centre a été conçu comme un espace partagé, soi et non-soi, ensemble organique vivant comportant des lieux séparés : groupes ouverts des permanences d'accueil, groupe adultes jeunes, ateliers (écriture, dessin, Qi Gong), entretiens avec le psychanalyste, mais reliés par la préoccupation de faire contenant à la détresse traumatique et de participer à la croissance du sujet. Cet espace de respiration, de détente tel qu'en parle Winnicott, dans des conditions de confiance, est propice à l'intégration du lien psyché-soma dont va parler Nathalie Bataillon.

Ce souci d'offrir au patient, en dehors du lieu des traitements médicaux, un espace pensé à partir de ce lieu matriciel, matrice du sujet à venir, qu'est l'espace transitionnel de Winnicott, me paraît nous caractériser et même nous distinguer par rapport à ce qu'on appelle les soins de support. En effet, ceux-ci s'attachent à permettre au patient de supporter la maladie organique, en lui offrant un éventail de soins et de techniques spécialisés destinés à maintenir un confort et une qualité de vie *malgré* la maladie. Cette aide à la gestion de la maladie, ce type de soutien est loin d'être négligeable évidemment.

De notre côté, nous concevons la maladie, en particulier cette maladie qu'est le cancer, pas seulement comme une atteinte destructrice qu'il faut aider le malade à surmonter, ni comme un non-événement ou un épisode qu'il s'agirait de combattre et d'effacer, mais, à l'écoute des patients qui nous orientent dans cette voie, comme une expérience aux enjeux vitaux, possiblement mutatifs, pouvant donc s'inscrire, comme le dit Canguilhem, comme un drame de leur histoire.

Pourquoi aborder les malades atteints de cancer à travers la clinique du trauma ?

Parce que ce sont les patients eux-mêmes qui me mettent à cette place d'analyste en prise avec le trauma. D'après mon expérience au Centre, le trauma se manifeste et m'arrive schématiquement selon deux modalités, trauma auquel l'analyste doit répondre sous peine, comme le dit Ferenczi, de le redoubler par un abandon qui opère comme un déni.

Première modalité : L'annonce initiale de cette maladie qui présentifie la mort, ou une récurrence, révélation brutale, souvent sans signe avant-coureur, fait basculer violemment le patient dans une nouvelle réalité qui bouleverse ses repères habituels, le plongeant dans la contrainte envahissante de traitements éprouvants, dans une angoisse, une insécurité du fait de l'imprévisibilité de la maladie, le privant de la capacité d'imaginer un avenir. Il en résulte souvent un état de sidération avec arrêt du temps, suspension de l'activité de pensée et de perception – souvent les malades ne peuvent rien intégrer des informations que leur donne leur oncologue – ce qui laisse la personnalité dans une passivité dépourvue de toute résistance, sans aucune protection. Le psychanalyste doit pouvoir alors être présent, dans ce moment d'extrême détresse, et pas seulement dans son après-coup, car le lien qui se noue à ce moment-là peut être fondateur et déterminant quant à la possibilité de l'engagement dans un travail thérapeutique.

Mais le trauma peut aussi m'arriver, 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, voire avec un certain soulagement, comme donnant forme et consistance à un mal d'être, un vide, une absence à soi qui les a toujours habités, ou plutôt inhabités, les plongeant dans un sentiment de solitude extrême, de désespoir, convaincus d'être exclus de toute aide possible venant d'un autre malgré une adaptation extrêmement performante à la réalité.

Dans ces cas-là, la survenue du cancer devient pour moi l'occasion d'entendre ce cri de désespoir en creux, cet appel à exister, voire à naître.

Voici le rêve d'une patiente qui m'avait été adressée, autoritairement m'avait-il précisé, par son cancérologue, frappé par l'absence totale de réaction de cette malade alors qu'elle venait de faire, à un an d'intervalle, deux cancers primitifs, l'un du sein et l'autre du poumon.

Ce rêve est survenu très vite après notre premier entretien où elle me fait le récit distancié de son histoire, et a marqué le début de notre rencontre et d'un véritable travail d'élaboration. 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 voies 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.

C'est Ferenczi qui a ouvert, de manière décisive, le champ du trauma à l'exploration analytique et à la possibilité de son accès thérapeutique par l'intermédiaire de son outil transférentiel.

Ferenczi a donné une importance cruciale à l'environnement et à l'autre, donc au psychanalyste, tant dans son impact meurtrier que dans sa capacité à aider le patient à sortir de l'emprise traumatique dans un processus de réanimation de l'infans des premiers temps et de construction psychique rendant finalement obsolètes ces mécanismes de défense extrêmes – clivage, incorporation de l'agresseur – mis en place pour assurer la survie, mais aux dépens de l'existence du sujet.

Pour Ferenczi, participant de l'impact meurtrier du trauma, ce qui le révèle et le scelle, c'est d'abord la défaillance de l'autre, l'abandon émotionnel dans un moment de danger de mort, d'extrême détresse, et le déni à la fois de cette défaillance et de son impact meurtrier sur l'autre – ce qui aboutit à un déni du trauma, et de l'autre. Ce déni provoque la disparition du témoin, du tiers, détruisant par là même le témoin intérieur, cet autre en soi qui permet de se penser et d'introjecter, d'inscrire ce qui vous arrive. Cette défaillance de l'environnement est particulièrement lourde de conséquences chez l'*infans* pour sa construction psychique, compte tenu de sa prématuration et de sa dépendance totale à l'environnement, mais aussi chez le patient chez qui la maladie vient réactualiser cette extrême vulnérabilité précoce.

L'impact mortifère du trauma atteint l'individu dans tout son être, endommageant le sens du corps vivant dit Ferenczi, et paralyse la psyché dans son travail de symbolisation, c'est-à-dire de réunification d'éléments hétérogènes – en particulier corps, psyché – pour la construction d'un ensemble vivant participant de l'émergence du sujet. Cet impact mortifère provoque des clivages entre émotions et représentations qui privent le sujet du ressenti de ses émotions et de leur introjection, et par conséquent de leur inscription psychique. Ce défaut d'inscription psychique se traduit par une impossibilité de l'élaboration des formations de l'inconscient, notamment des symptômes, métaphores d'un discours refoulé.

Quel est donc le lieu d'inscription du trauma ? Comment se manifeste le réel traumatique dans la cure ?

Selon Ferenczi, inspiré en cela par Groddeck, ce réel traumatique peut s'inscrire dans le corps, constituant une mémoire corporelle. Le corps et les organes acquièrent là non pas seulement une capacité de conversion, de représentation de ce qui est refoulé comme dans l'hystérie, mais, dit Ferenczi, une capacité de matérialisation ; dans son

livre, *L'île des rêves de Sandor Ferenczi*², José Jimenez Avello dit à juste titre que cette matérialisation peut être entendue comme une somatisation, un processus corporel de symbolisation. Dans son Journal clinique, Ferenczi va jusqu'à écrire : « Quand le psychisme est gravement entravé dans son fonctionnement, alors des forces très primitives se mettent en action et l'organisme se met à penser ». Pour Groddeck et Ferenczi, ces pionniers de la psychosomatique selon Nicolas Abraham, dans l'inconscient il n'y aurait pas que des représentations de choses, mais des choses elles-mêmes. Ne serait-ce pas là le versant corporel, somatique de l'inconscient, inconscient retranché, réel auquel l'analyste aura à faire dans la cure ? Concernant cette participation active de l'organique à révéler, prendre en charge le réel traumatique, Winnicott, dans son article « Aspects positifs et négatifs de la maladie psychosomatique », dit que la maladie, signe selon lui du clivage du lien psyché-soma, témoigne aussi d'une tentative de restaurer ce lien auquel l'analyste peut contribuer par cette expérience transférentielle qu'est la régression à la dépendance.

Pierre Delaunay, dans son livre *Les quatre transferts*, indique comment l'analyste peut avoir accès à ce réel traumatique, vécu non symbolisé du patient et mécanismes de survie, par l'intermédiaire de ses agirs traumatiques auxquels l'analyste doit survivre pour que le trauma se répète dans des conditions qui, symboliquement, le répare. Cette survie de l'analyste, au sens de Winnicott, signifie que l'analyste, sans exercer de représailles, reste pour le patient cet autre vivant qui participe de sa naissance subjective. Réfabert, dans son texte « Les parages de l'originaire », 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, au bord du sans fond sur lequel il fait fond ».

Le Centre

C'est donc cette approche psychodynamique transférentielle du trauma qui est mise en œuvre au Centre Pierre Cazenave. Quelle est donc la spécificité de ce dispositif thérapeutique incarné par la permanence d'accueil dont la praxis analytique ne se réduit pas aux entretiens avec le psychanalyste tout en les intégrant, en revanche, de manière essentielle. Il s'agit d'un groupe ouvert, hebdomadaire, animé pendant trois heures par un ou deux psychanalystes et des malades accueillants (il y a quatre permanences de ce type au Centre), acteurs – ou plutôt actrices, puisqu'il se trouve qu'il n'y a que des femmes – indispensables de ce dispositif thérapeutique. En effet, compte tenu de leur expérience personnelle, tant de la maladie que d'une cure analytique, ayant induit chez elles un cheminement fécond, mutatif, qu'elles souhaitent poursuivre en en donnant témoignage, elles constituent un point d'accroche et d'étayage nécessaire, une source d'espoir pour le malade. Dans ce contexte de trauma, d'entame du tissu signifiant, de maladie au risque mortel, il est essentiel que les écoutants thérapeutes soient animés et porteurs d'espoir, ce qui indique au patient qu'il n'est pas seul, qu'un autre s'allie aux forces vitales en lui, à cet

² Paris, Campagne Première, 2013.

enfant des temps archaïques qui s'efforce de naître, et qu'il sera toujours là pour l'aider à faire face aux renoncements, pertes auxquelles peut le contraindre la maladie. Ce nouage symbolisant entre renoncement et espoir, et l'établissement d'un lien à ce niveau primordial, constituent un espace de sécurité pour le patient qui contribue à sa continuité d'être.

Pour les accueillants et psychanalystes, accueillir le malade qui franchit la porte du Centre, c'est se porter à la rencontre de sa détresse, d'une détresse qui réactualise toujours la détresse infantile, dans une disposition d'écoute dont l'empathie émotionnelle, le « sentir avec » et non « le sentir comme » est l'élément vital pour attester authentiquement, non seulement de cette détresse, mais de son existence ; une attitude plus attentiste, disons plus neutre, risque de fonctionner comme un déni dont Ferenczi a bien souligné l'effet d'aggravation du trauma.

Nous sommes conscients de l'urgence à constituer avec le patient cet alliage subjectif lui offrant un point de recul pour sortir du hors temps de la sidération traumatique et lui permettre de retrouver un espace de respiration, de pensée, et de se reconnecter avec le monde des vivants.

Ainsi une patiente, juste après m'avoir rencontrée au Centre, fait le cauchemar suivant dont elle dit qu'il exprime exactement sa situation. Elle passe devant une vitrine de Noël de grand magasin et y repère un baigneur dans lequel elle reconnaît soudain son petit neveu. D'abord saisie d'effroi devant le fait qu'il a été abandonné là, elle devient elle-même ce baigneur et se sent en proie à une terrible solitude. Elle quête alors désespérément mais en vain le regard d'un passant. Elle sent alors ses yeux chavirer vers l'intérieur et elle se voit tourner mécaniquement, telle une autiste me dit-elle, son index sur sa tempe. Elle se réveille avec un sentiment de mort imminente. Ce cauchemar lui paraît très positif car il lui permet enfin, dit-elle, d'exprimer sa vérité.

Accueillants et psychanalystes du Centre ont le souci de donner toute leur importance aux expériences et aux difficultés concrètes qui occupent le malade du fait de sa maladie et de sa confrontation aux traitements. Cet intérêt manifeste notre préoccupation d'être au plus près des besoins vitaux du patient, ce qui peut lui faire faire une expérience inédite de soutien vivant à l'enfant, en lui, des premiers temps. Une patiente, à qui sa psychanalyste disait qu'elle devait laisser au vestiaire avant la séance tous ses récits prosaïques relatifs à ses traitements et à leurs effets corporels lui répondit que c'était elle qu'elle mettait au vestiaire et la quitta sur-le-champ.

Nous sommes aussi très attentifs à la manière dont le patient est affecté par son rapport au médical, élément essentiel de son environnement actuel ; en effet, même si l'exercice de la pratique médicale implique une certaine objectivation, donc désobjectivation du corps, la relation de soin, si elle ne se réduit pas à un acte technique, anonyme, mais s'adresse à un sujet singulier, peut, dans ce moment de

vulnérabilité, relayer les soins porteurs de la mère des premiers temps et participer ainsi, selon Winnicott, du processus d'intégration psychosomatique.

Le groupe d'accueil est un lieu ouvert, sa composition est différente chaque semaine, le patient peut l'utiliser librement en choisissant son temps et son rythme de fréquentation en fonction de ses besoins, de ses attentes, mais cette liberté qui respecte la créativité de son trajet est une liberté accompagnée. Ainsi n'hésitons-nous pas à le rappeler pour lui manifester qu'il existe pour nous et lui témoigner de notre engagement qui peut précéder voire conditionner le sien tout en contribuant à créer le lien avec lui.

Le temps pressant, j'évoquerai une des fonctions importantes de ce groupe : restaurer, développer des relations d'altérité mises à mal par le trauma, et qui permettent au sujet d'exister.

- Pouvoir faire valoir toute la violence de ce que l'on vit et ressent en faisant l'expérience que l'autre peut y survivre sans vous abandonner ou réclamer de vous un soutien culpabilisant par rapport à ce que vous lui faites endurer ;
- Par ce jeu des interactions, avoir accès à des parts de soi non éprouvées, non nommées, non pensées ;
- Pouvoir bénéficier des expériences de l'autre, de son savoir, de ses rêves, pour sortir de sa solitude, pour se reconnecter avec soi-même et le monde sans être enfermé dans le carcan de la maladie.