

Psychanalyse en néphrologie

Les patients insuffisants rénaux terminaux souffrent d'une maladie chronique et mortelle que révèle la perte d'un organe vital : le rein. Comme alternative ils n'ont pour choix que la dialyse, la greffe ou la mort. Ainsi, les patients que nous rencontrons à l'hôpital y viennent non pas pour guérir, mais parce que les médecins leur proposent de reculer les limites de la mort les maintenant artificiellement en vie, grâce à des techniques avancées. Les patients se trouvent alors, par là même, dans la situation de survivants, voire de morts-vivants et certains parmi eux présentent des états traumatiques extrêmes, soit épisodiquement, soit chroniquement. Le Moi de ces patients se dévoile dans sa pluralité, ses fragilités et stratifications. Les enveloppes corporelles se font évanescences, fluctuantes, prises dans la houle de la maladie et des soins, menaçant de "déconstruire" l'illusion de la consistance identitaire.

La greffe, lorsqu'elle est prescrite, ouvre sur l'espoir et les chimères de la *restitutio ad integrum* grâce à un "don d'organe" qui en appelle à l'humanité d'un tiers. La technomédecine moderne ne se pratique pas uniquement en colloque singulier, elle se joue en un drame collectif ayant pour acteurs le chirurgien qui autorise le don, le donneur mort et sa famille éplorée ou le donneur vivant et ses angoisses. Entre receveurs et donneurs, la vie et la mort se partagent, la vie se connecte à la mort et l'incommunicable communique. La greffe est fantasmée comme "ce qui remet à neuf", comme "une re-naissance", ce qui, enfin, guérit le corps, dés-endeuille la psyché et défait de l'emprise de la dépendance des soins. Elle est redoutée dans un effroi à la hauteur de l'idéalisation.

Nous avons aussi à faire un travail avec des patients mourants après une longue vie de maladie chronique, à la suite des complications qui peuvent survenir lors de ces lourds traitements. Chez tous ces patients le transfert sur le "corps médical" porteur de la toute-puissance du démiurge se fait surtout sur un mode idéalisant, voire passionnel. L'amour et la haine se partagent le champ, la cruauté est à la hauteur du désir de vivre, les passages à l'acte manifestent la saturation des angoisses de mort et la désolation dépressive, le désir de se libérer face aux contraintes médicales et le poids de la dépendance à l'égard des équipes. Quant aux équipes médicales et soignantes, elles sont confrontées aux investissements très lourds de ces patients, lourds de demande et de la rage associée à la dépendance. Mais aussi ces médecins, infirmières et autres personnels sont lourds du poids des échecs et de leur impuissance face à une maladie qui ne guérit pas, de la présence de *Thanatos* qui rôde et recouvre de son ombre en permanence les services entraînant avec elle la violence d'images de corps qui se cadavérisent, la chronicité qui n'arrête pas de s'imposer infligeant un deuil sans fin.

Comme cela a été souligné dans l'introduction du *Carnet Psy* n°126 / mai 2008 (1^{ère} partie de ce dossier), il ne s'agit pas dans le champ de la psychosomatique de castration symbolique ou de mort symbolique mais de castration réelle, de mort réelle. Ce qu'écrit J. Cain semble très juste : "Nous sommes toujours à l'aise dans la névrose car dans le voyage à deux de l'analyse, nous sommes dans le même wagon. Même si la mort est envisagée, il s'agit toujours de mort symbolique, dont nous savons qu'elle est un leurre et que nous survivrons sur ce plan par notre nom, nos objets, notre souvenir. D'une certaine façon, accepter la mort symbolique c'est refuser la mort réelle dont le propre est qu'on ne peut qu'en parler, c'est-à-dire la nier par le processus même qui la fait passer dans le discours."¹

Des équipes médicales et soignantes ont demandé l'aide des "psys" et après un certain temps les directions d'hôpitaux et les pouvoirs publics les ont entendues. Ainsi repère-t-on maintenant dans de nombreux services de médecine, des psychologues, la présence ponctuelle d'un psychiatre, parfois de psychanalystes et beaucoup plus rarement d'un véritable service de soins psychiques. C'est

pourtant notre cas. Nous allons relater notre travail dans l'Unité de Psycho-Néphrologie.

Une Unité de Psycho-Néphrologie. Travail du “psy” avec les équipes

Accepter de travailler dans des services “d’organicistes” n’implique pas, bien au contraire, que nous partagions les mêmes théorisations que les équipes de néphrologues, transplantateurs, etc., sur les jeux subtils de l’organisation somato-psychique. La dénomination de notre Unité n’est d’ailleurs pas bonne, nous aurions préféré “Unité de Psychosomatique”.

Quoique l’on puisse dire, les médecins “non-psys” s’intéressent aux éprouvés de leurs patients, à leur bien-être, à l’individu pris dans une histoire et la présence de “psys” confirme leur intérêt pour le psychologique. Le travail avec des équipes médicales et infirmières ne se fait pas sans difficultés qui tiennent à trois grandes raisons. Premièrement, le “psy” a peu d’efficacité immédiate, et se faisant il n’accroît ni l’efficacité médicale, ni le pouvoir médical. Deuxièmement, le “psy” prétend qu’il existe des pulsions, des désirs en nous, un Inconscient qui nous gouverne. Troisièmement, pour le “psy”, le corps du patient est un corps érogène qui souffre et éprouve du plaisir et n’est pas régi uniquement par des faits biologiques, anatomiques, physiologiques.

Travailler avec ces équipes, lorsque l’on est psychanalyste nécessite de montrer d’abord que nous sommes psychanalystes et non pas que nous faisons de la psychanalyse, il nécessite un véritable engagement, la psychanalyse ici, peut-être plus qu’ailleurs, ne se pratique pas du bout des doigts. Il nous faut alors préciser un cadre, le nôtre, afin qu’il soit clairement reconnu. C’est le cadre de la cure-type qui sert de modèle. Il conduit à observer une attitude neutre et bienveillante ainsi qu’une attitude abstinentes dans l’ensemble de la vie institutionnelle ce qui n’est pas simple car nous sommes privées d’un certain nombre d’échanges affectifs et de rituels dont l’importance est grande dans ces services. Ainsi par exemple, nous ne faisons que passer et ne restons pas lors des fêtes bien connues dans ces services. Celles-ci permettent que se tissent des liens qui rechargent libidinalement et intriquent pulsion de vie et de mort, fêtes dont la valence maniaque autorise, pour un moment au moins, le déni des deuils trop lourds. Ou encore, nous restons hors des jeux de pouvoir dans lesquels les plaisirs phalliques ouvrent aux ressourcements narcissiques. Notre retrait permet que s’instaure un espace à part où se noue une alliance de travail spécifique dans laquelle un certain plaisir de travailler au sujet de patients et sur soi-même se partage, où nous avons une liberté d’intervention plus facile du fait de la distance maintenue et où peut circuler une parole où l’inconscient, le pulsionnel, l’autre avec son histoire ont une place. L’écoute des patients par les somaticiens et les “psys”, écoute plurielle, espace de co-pensées et de coconstruction, permet que dans et par le travail élaboratif en commun soit rendu aux patients ses différentes facettes, souffrances et douleurs et qu’en particulier, ne s’instaure pas un clivage corps/psyché dont on connaît les effets délabrants. Le désir engagé de part et d’autre est centré sur le savoir : en savoir plus sur le patient, sa maladie, ses souffrances, sur sa mort et par conséquent sur soi-même. Désir de savoir qui nous pousse aussi à faire des recherches qui permet de ne pas trop nous décourager, l’espace de recherche étant un autre espace de reprise, de dégagement.

Le travail avec les médecins et les soignants s’organise selon plusieurs modalités. D’une part, nous participons à tous les staffs médicaux lors desquels sont évoqués les patients et nous y apportons notre contribution tentant de lier ce qui nous est rapporté avec nos propres élaborations et en montrant les ressemblances et les différences. Il nous paraît aussi important de faire admettre que chacun peut être dépositaire d’un discours différent du patient, d’une partie différente de celui-ci. D’autre part, nous cultivons le “glandouillage” à certains moments de la journée. Cela consiste à rester “traîner” auprès des médecins et personnels soignants dans l’attente incertaine d’une souffrance qui pourra s’exprimer dans un contexte plus intime, permettant une rencontre plus

singulière, duelle. Si nous travaillons sur les demandes concernant les patients, en particulier une analyse des contres-attitudes, nous ne le faisons pas lorsque cela concerne des demandes personnelles que nous adressons systématiquement, après une écoute longue et attentive, à des collègues extérieurs à l'institution. Enfin, nous animons un "groupe de parole" en partant de l'analyse de cas de patients que nous présentons. Chacun peut alors à la fois évoquer sa compréhension et ses propres ressentis à l'égard du patient.

La reconnaissance de ce travail commun, le nombre important de patients, plus de quatre cents environ actuellement ont conduit à un projet de service de soins psychiques : l'Unité de Psycho-Néphrologie qui lors de la restructuration demandée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation a été acceptée. L'Unité comprend actuellement cinq psychologues psychanalystes (ou en voie de devenir psychanalystes). Elle propose des prises en charge psychanalytiques des patients, des membres de leur famille plus particulièrement pour les enfants. Chaque demande est travaillée en équipe et ensemble nous élaborons tous les projets de prises en charge. Nous assurons donc aussi un espace de co-pensées pour les équipes médicales et soignantes. De plus nous avons la charge d'articuler certains services de l'hôpital avec les réseaux de soins. Pour les membres de l'Unité, celle-ci fonctionne comme un pôle de recharge libinale et de régulation des désirs agressifs, comme une enveloppe contenant des éprouvés, en particulier les angoisses de castration ; elle maintient dans la mesure où ce travail élaboré ensemble permet de tenir le coup dans cet univers de morts annoncées.

Prise en charge des malades

Prendre en charge ces malades exige bien souvent de les écouter sans pour autant qu'un désir de changement ne soit là, mais parce que la douleur psychique est délabrante, parce que la psyché est mourante. Il faut les écouter presque malgré eux, écouter l'inaudible, et entendre des vérités aussitôt déniées car trop abrasantes. Notre tâche consiste d'abord à les réanimer psychique-ment afin de les aider parfois à vivre leur mort, à les faire sortir de la "neutralisation énergétique"² dont parle R. Roussillon. De l'écoute proposée peut émerger une activité interprétative chez ces sujets qui s'interrogent sur leur souffrance, leurs désirs, leur histoire, ce qui conduit à une dynamique auto-transformatrice soutenue par le transfert, lui-même transformateur. Le travail thérapeutique avec eux exige de tenir d'emblée ensemble deux lignes de force : celle de l'oedipe et ses aléas comme processus intégratif et celle des traumatismes réels avec leurs états de détresse et leur processualité désintégrative. Contre-transférentiellement, dans ces moments-là, nous percevons ces patients plutôt comme des nourrissons malades dans "une carcasse d'adulte". Ils semblent rechercher plus que d'autres, à cause de leur état de détresse, l'objet de tendresse pour une de ses principales qualités : la continuité d'être, le transfert tendre pouvant se manifester là, sous une forme passionnelle, captative dans lequel les aspects négatifs ne sont pas négligeables. La réflexion de M. de M'Uzan sur "le travail du trépas"³ a été très éclairante pour nous. Dans cet article, il décrit combien les proches peuvent souvent faire défection en raison du travail de deuil qu'ils doivent entreprendre, tandis que chez le patient se développe une appétence relationnelle, une expansion libidinale et une relation transférentielle intenses. Dans de nombreux cas nous avons pu repérer ces mouvements chez nos patients gravement atteints. L'important étant d'être capable de nous exposer, sans angoisse excessive, au large mouvement captatif qui tend à nous envelopper.

Une certaine subjectivation

En général, lorsque ces patients formulent une demande c'est pour une résolution ponctuelle de leurs difficultés. Si le cadre de notre travail avec eux est garant de certaines règles à admettre, cadre de l'angle oedipien ayant une valeur symbolique, il apparaît surtout ici dans sa valeur de contenance et de continuité qui façonne la vie psychique, il se comprend dans son aspect maternel

de tendresse. J. Bleger a insisté sur la fonction d'étayage du cadre comparable dans son aspect symbiotique à ce qui se passe entre une mère et son bébé. Le cadre est un creuset pour l'image du corps, il donne force à l'intériorité psychique. Sur fond de continuité, de disponibilité, en supportant l'agressivité que ces patients déploient à notre égard lorsqu'ils peuvent avec nous s'autoriser à se déprendre fantasmatiquement de l'emprise médicale, de la dépendance absolue dans lesquelles ils sont dans la réalité, nous arrivons à leur donner des limites plus fiables, un dedans plus à eux. A travers cela, ils retrouvent un corps qui peut encourir les risques du plaisir sans pour autant en mourir. La parole et l'écoute sont porteuses d'un sens, pas uniquement d'un contenu, elles portent parce qu'elles apaisent, enveloppent, protègent.

Notre présence permet que s'amorce un processus de subjectivation nous constituant comme dépositaires de l'horreur liée aux craintes de la mort et des douleurs liées à la maladie et aux soins. Ce qui nous est demandé est de pouvoir entendre sans être rejetantes par les peurs et douleurs induites en nous. De notre côté nous devons nous laisser approcher à bonne distance en étant ni trop protectrices, ni trop vulnérables, permettant ainsi que s'établisse une confiance en la solidité de l'autre et en soi-même. Le travail du "psy", et plus précisément psychanalytique auprès des patients, s'appuie sur certains types d'interventions dont quelques-uns ont été bien mis en évidence par B. Brusset (1998). Il paraît central que nous intervenions :

- de façon à témoigner d'une écoute au-delà et en deçà de ce qui est effectivement dit par le patient prenant acte de ce qu'il veut dire avant d'analyser ce qu'il dit sans le vouloir ;
- en proposant des formulations qui ouvrent de nouvelles dimensions de sens ;
- en mettant en correspondance les émotions et des images proposées par le patient lui permettant ainsi de créer de nouveaux liens ;
- en témoignant de notre attention, de notre mémoire, de notre souci de compréhension de l'expérience du patient, en particulier de sa souffrance et de ses craintes de la mort.

Le processus qui s'engage permet alors que le patient, au-delà de ses souffrances, arrive à éprouver un certain plaisir, à s'intéresser à son propre fonctionnement psychique et à retrouver sa propre histoire. Ainsi pouvons-nous commencer à redonner et rétablir une meilleure homéostasie narcissique chez ces patients, et faire en sorte que la blessure narcissique que constitue la maladie soit moins hémorragique. Les événements dépressifs pourront s'atténuer et permettront une reprise de l'activité et un rapport à la passivité moins angoissant, moins pris dans la dépendance traumatique aux soins. Les relations interpersonnelles deviendront plus souples, l'agressivité et les conflits seront ressentis comme moins désastreux. Le vécu des soins sera moins persécutif malgré sa dimension aliénante. La pensée se libérera, plus créatrice, moins entravée par la lutte anxieuse face aux pertes et au risque de mourir. Le patient se réappropriera, dans l'écoute empathique de son intimité et ce qu'elle a de plus inédit, son histoire et son corps, son destin devenant alors moins menaçant.

Entre affect et langage

Chez ces patients nous travaillons dans et avec le langage comme avec tous nos patients. Mais bien souvent nous travaillons avec les affects⁴ et parfois uniquement avec eux, affects d'angoisse, dépressifs, douleurs sourdes ou aiguës. Ces affects ressentis et donnés à ressentir prennent place dans les éprouvés contre-transférentiels à la fois comme répétitions de traces anciennes réactivées et comme témoins du transféré, d'une douleur acceptable/inacceptable pour nous. Nous sommes là, dans ces moments particuliers pris comme porte-corps et porte-parole d'affects qui doivent trouver leur place dans l'espace thérapeutique que nous proposons.

Nous travaillons en "accordage affectif" pour reprendre le terme de D. Stern⁵. Notre attitude

intérieure se fait écoute du mouvement, du rythme, du tempo, de la couleur de la voix. Sur le fond mouvant de nos éprouvés, la sonorité de notre voix, notre ton, la scansion de nos paroles, la qualité de nos silences, la tension ou l'affaissement de notre écoute organisent le cadre analytique dans sa dimension de sensorialité. Le langage étant de moins en moins organisateur de l'échange, au transfert dans et par l'appareil de langage se substitue de plus en plus une autre forme de transfert : le transfert dans et par les interactions affectives et comportementales, un transfert sur l'objet de tendresse. Mais si le thérapeute est un objet pare-excitant contenant les mouvements pulsionnels qui peuvent être débordants, il est aussi un objet d'excitation par sa présence, incitant à associer, à penser, à trouver du sens.

Cette écoute qui se soutient du langage mais en est aussi désancrée, constitue cependant un véritable processus de transformation dans lequel s'opère un transfert du passé, une mise en sens qui a pour particularité de mettre en avant un sens éprouvé, agi et à peine dit. Le vécu à deux de mêmes affects conforte le sentiment d'être du patient et consolide son narcissisme. Si le travail d'accordage affectif nécessite une écoute des affects de l'autre et de nous-mêmes dans une sensibilité particulière à la présence du corps de l'autre et de son propre corps, si les mouvements, les tensions, les modifications qui apparaissent sont perçus renseignant sur certains états, ils sont aussi accompagnés de représentations et de fantasmes permettant d'inscrire notre travail dans le réseau associatif de la séance.

Pour finir, soulignons que l'utilisation de nos éprouvés affectifs avec nos patients dans un jeu de co-éprouvés de co-perceptions, comme production contre-transférentielle, est toujours nécessairement jumelée à notre neutralité. Ce travail est possible parce qu'une partie de nous-mêmes participe à la relation transféro-contre-transférentielle et une autre partie observe l'autre partie de nous-mêmes grâce à nos connaissances spécifiques de l'analyse, nos outils techniques et notre investissement affectif sublimé du patient. A. Green propose cette magnifique description du travail du psychanalyste : "En outre, l'analyste n'entend pas seulement avec son oreille -fût-ce la troisième-, mais avec son corps tout entier. Il est sensible non seulement aux paroles, mais aussi aux intonations de la voix, aux suspensions du récit, aux silences et à toute l'expression émotionnelle du patient. Sans la dimension de l'affect, l'analyse est une entreprise vaine et stérile. Sans le partage avec les émotions du patient, l'analyste n'est qu'un robot-interprète qui ferait mieux de changer de métier avant qu'il ne soit trop tard."⁶

Notes

1. J. Cain (1990), *Le Champ psychanalytique*, Paris, Puf.
2. R. Roussillon (1999), *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, Puf, p.26.
3. M. de M'Uzan, (1972), *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, 1977.
4. Ce qu'a constaté aussi C. Parat qui parle d' "affects partagés". Voir "L'ordinaire du psychosomaticien", *Rev. de med. Psychosom*, 3, 1993.
5. D. Stern, (1985), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, Puf.
6. A. Green (1971), *La Déliaison*, Paris, Les Belles Lettres, 1992, p. 46.