

Éros contre Thanatos : combattre la résignation

Manon Herzog

Quand la clinique du néant devient la clinique de « l'élan »

Si ce sont les machines et autres techniques médicales qui maintiennent le corps en vie lors d'une hospitalisation, c'est bien le désir, l'envie, la volonté qui « animent » le psychisme du sujet. En effet, il est essentiel de nous intéresser à ce qui est important pour le patient, sans ignorer le contexte difficile et menaçant qu'inspire la réanimation.

E. FERRAGUT écrit : « *Comment stimuler le désir de vivre ?* » En proposant un temps de parole, le psychologue réintroduit la question de la subjectivité et permet un instant où le corps n'a plus nécessairement d'emprise sur le psychisme. L'acte de soin et d'attention ne se focalise alors plus sur le *soma* et laisse la place à l'expression de mots, bien au-delà de la souffrance corporelle. Ces mots et cette présence peuvent « *faire renaître un peu d'espoir, ranimer un peu le désir de vivre et permettre au sujet de se remettre en contact avec ses forces de vie et ses ressources internes* » (FERRAGUT, 2005). Exit le clivage entre le corps et les émotions ; le patient peut se permettre ses propres liens, ses propres questionnements, en dehors de sa condition physique et exprimer ce qui, pour d'autres, semblerait hors de propos, mais qui pour lui prend tout son sens dans un élan de volonté et de désir.

S. FREUD indique que la pulsion « *serait une poussée inhérente à l'organisme vivant vers le rétablissement d'un état antérieur que cet être vivant a dû abandonner sous l'influence perturbatrice de forces extérieures* » (1920, p.96). Ici, cette proposition peut être entendue sous l'angle de l'influence du traumatisme de cette hospitalisation désorganisatrice survenue dans la vie du sujet et qui l'amène à la recherche d'un état plus apaisant à travers une réflexion sur sa « *potentialité de vie* ». S. FREUD étend ensuite sa réflexion à la dualité entre pulsion de vie et pulsion de mort, lesquelles peuvent être perçues à travers l'expérience de finitude qui a poussé le patient jusqu'en réanimation et la réflexion psychique « *positive* » qui en découle.

De plus, S. FERENCZI fait état que « *des douleurs violentes, de nature psychique et corporelle [peuvent se mêler] au travail d'association et de construction purement intellectuel* » (1932).

Ainsi, plus encore que la recherche d'un état antérieur, le sujet en réanimation semble se servir du passé pour mieux le projeter vers l'avenir et ainsi ré-ancrer son histoire dans la réalité. Si « *le silence équivaut à la communication, et l'immobilité au mouvement* » (WINNICOTT, 1958), nous pouvons alors transposer cette idée de mouvement comme élan psychique et l'entendre à travers la parole du patient.

Il est alors essentiel de s'attarder sur la véritable fonction de la pulsion que nous pouvons identifier dans le cas présent. En effet, l'Éros a pour but d'établir des unités toujours plus importantes et donc d'engager un processus de liaison. Ce même processus semble être mis en place à travers un effort de sublimation du psychisme du patient, qui tente alors de déplacer l'énergie sexuelle de la pulsion de vie, vers une énergie intellectuelle, vitale, utilisée pour se réorganiser dans le regard de l'autre.

Nous pouvons alors entendre cette pulsion sublimée comme une tentative de restaurer le *moi*, face au traumatisme physique et psychique subit et comme processus créateur dans l'ensemble du travail de pensée du sujet. Cela pourrait permettre une liaison dans l'idée du maintien d'un ensemble cohérent pour éviter l'effondrement et le morcellement d'un interne psychique, mais aussi dans l'idée de se lier à l'autre, de se (re)lier à son histoire.

Les processus psychiques mis en place dans le but de revisiter une histoire personnelle s'apparentent, ici, à la confrontation de la réalité d'une finitude. Cela s'appuie sur l'environnement *réanimatoire* « hors du temps », qui n'inscrit pas le patient dans un carcan d'urgence, dans le sens où celui-ci subit et attend les soins. Cette passivité physique est ainsi propice à une activité psychique intellectuelle mise au service d'une certaine réorganisation : le sujet utilise ce temps pour *se penser* et s'approprie le dispositif d'écoute et de parole proposé par le psychologue, ou stagiaire-psychologue, pour mettre en mots et partager ses préoccupations.

Nous avons pu constater que du discours du patient émerge une certaine temporalité, mais aussi un échelonnement de l'importance des différents aspects de sa vie. En effet, celui-ci ne semble pas accorder une importance notable pour le présent, de par son caractère transitoire. Mais alors que le passé est caractérisé par le fait qu'il définit en partie l'actuel d'une personne, il est relativisé, et questionner le futur s'impose même s'il est nourri d'incertitudes : l'avenir demeure malléable. L'importance ainsi révélée du futur des patients nécessite, afin de concrétiser les différents projets, que ceux-ci se réorganisent dans une temporalité « commune » et « extérieure ».

Le processus d'appropriation du temps de parole se fait au fur et à mesure que le patient identifie l'importance de sa vie et se réinscrit dans une temporalité globale.

La narration de l'enfance, ou plus largement de l'histoire antérieure du sujet, lui sert à l'identification de ce qu'il juge comme des « erreurs ». Cependant, même s'il n'élabore pas nécessairement le lien passé/présent, il en considère toutefois la portée passé/futur. Il fait preuve d'une acceptation face à ce qu'il a été en remettant en question le sens de sa vie et nomme sa volonté d'évoluer à travers des éléments

considérés comme meilleurs. Sa capacité à éprouver du plaisir augmente et il trouve dans son propre discours ce qui est susceptible de faire naître l'espoir en envisageant l'avenir malgré l'état précaire dans lequel il se trouve. Finalement, c'est l'incertitude du présent qui pousse la réflexion au-delà de l'instant afin de retrouver une capacité de rêverie. La problématique d'être et d'avoir est au centre de ces pensées positives quelle que soit la condition somatique et les conséquences de celles-ci.

Ainsi, favoriser, stimuler, à travers une rencontre la reprise et/ou la mobilité du fonctionnement psychique pourrait être une réponse pour éviter que ses fonctions ne soient figées, sidérées, ainsi qu'un « *enkystement du trauma dans une névrose traumatique* » (CHABEE-SIMPER, 2005). Cette reprise permettrait finalement au patient d'envisager pouvoir reconstruire sa vie d'une manière différente. La parole réorganise et permet de s'entendre pour ainsi mieux s'écouter, et mieux appréhender la réalité de ses idées.

Nous pouvons en conclure que « *l'approche globale [médicale et psychologique] recentre la prise en charge sur la personne humaine et prend en compte sa parole de sujet, replaçant la maladie dans un contexte de vie et d'événement* » (FERRAGUT, 2005), ce qui permet une recontextualisation ou tout du moins d'envisager un potentiel de vie au-delà de la réanimation, au-delà des murs et au-delà du traumatisme.

La réalité matérielle et le vécu transférentiel comme outil dynamique

L'influence traumatique ne se résume pas uniquement au seul vécu des patients. Notre intérêt ici se porte sur la fonction du psychologue en réanimation et plus encore sur le vécu de celui-ci, entre le sentiment d'impuissance face à la sur-activité médicale et sa capacité à maintenir et partager son espace interne dans la rencontre, et ce à la faveur de la création « *d'une relation transférentielle [qui] est le moyen de réintégrer peu à peu le sujet dans le monde des vivants* » (LEBIGOT, 2005). Ainsi, le psychologue praticien, plus particulièrement à cause de son investissement dans la souffrance psychique du patient, peut lui aussi être atteint par une certaine forme de sidération, qu'il peut exploiter pour initier un processus de liaison avec le patient, dans une tentative de « *partage de traumatisme* ». Comprenant et partageant, dans une certaine mesure, les souffrances et les attentes du sujet, il peut donc l'aider à les mettre en mots et constituer ainsi une évolution du traumatisme vers une redynamisation de sa réalité psychique. Les certitudes narcissiques du sujet liées à l'insouciance et à l'idée d'une certaine immortalité sont morcelées lorsque la réalité d'une finitude fait soudainement surface. Cette même potentialité est renvoyée à l'analyste, qui n'a d'autre choix que de se confronter à sa propre mort et à ses propres angoisses liées à la fin de la vie. De fait, « *la maladie, (...) produit forcément, inévitablement, des effets conscients, mais aussi inconscients sur celui qui va être amené à recevoir, écouter, suivre et s'entretenir avec le patient* » (DUMET, 2012). L'aspect désorganisateur de la réanimation, pour le patient, mais aussi pour le psychologue, est ainsi mis au travail dans une tentative de restructuration.

Dans cette dynamique, le psychologue doit pouvoir prêter attention aux éléments transféro-contre-transférentiels mis en jeu dans la rencontre clinique avec le patient, mais aussi ceux induits par l'environnement réanimatoire. L'engagement, l'implication, la disponibilité du thérapeute autant que sa capacité à être empathique face à la souffrance sont en effet des outils nécessaires et essentiels pour mieux penser et appréhender la rencontre. Mais, au-delà d'être à l'écoute du patient, le psychologue doit être à l'écoute de son propre psychisme, malgré la sensation de « *s'exposer* », tout en tentant de préserver un « *cadre interne* » et une certaine intégrité psychique lui permettant neutralité et absence de jugement face au sujet souffrant.

Pour S. FREUD, notre propre mort n'est pas représentée dans notre inconscient (1915). Plus encore, tout individu est convaincu de son immortalité, qu'il en ait conscience ou non ; il est donc aisé de faire le lien avec cette potentialité soudaine et la sidération qu'elle amène face à sa confrontation en réanimation.

Le thérapeute ne déroge pas à cette réflexion, puisque la violence tant visuelle de la réanimation, face aux soins invasifs et aux corps souffrants, que psychologique, par la confrontation avec l'ambiance morbide qui y règne, fait vivre un réel blocage psychique à travers des sentiments de culpabilité injustifiés. En effet, cela nous confronte à des questionnements que d'ordinaire nous évitons.

Ce postulat établi, on peut dire que le psychologue et le patient partagent les réalités matérielles traumatiques de la réanimation. M. GROSCLAUDE parle de « *remettre en marche son propre appareil à penser mis en défaut par les conditions psychiques et matérielles de la réanimation* » (2010, p.39). Il s'agit en effet de prendre en compte ses ressentis à travers ce que le sujet et l'environnement suscitent comme images internes dans un processus d'élaboration, mais aussi à les entendre comme « *éclairant les contenus et les enjeux de l'expérience du patient* ». Ancré dans une dynamique transféro-contre-transférentielle, mise au travail grâce à la réflexion et l'associativité du thérapeute, celui-ci sera ainsi mieux outillé pour faire face à la détresse du sujet.

Malgré le caractère singulier de la rencontre et l'absence de suivi en réanimation, le psychologue peut tenter d'amorcer un processus de transformation des angoisses du patient, l'accompagner vers une réorganisation psychique et ainsi lui faire prendre conscience qu'il n'est pas uniquement défini par son état physique.

Écoute et positionnement de l'acteur du soin psychique

Le déroulement de l'entretien clinique en lui-même est symbole de cette configuration difficile. Le psychologue en milieu hospitalier est souvent amené à aller lui-même à la rencontre du patient et le plus souvent à son chevet, dans le sens le plus littéral du terme. L'entretien ne peut se pratiquer, en ce qui concerne les proches ou l'équipe de soins, qu'au détour d'un couloir, que dans une salle d'attente. L'infrastructure médicale ne prévoit en effet que rarement une place pour le travail de l'acteur de soin psychique.

De fait, le psychologue, ou le stagiaire-psychologue, se perçoit comme un « vagabond », presque un imposteur, porteur d'une blouse blanche sans être ni dans « l'acting » médical, ni mêlé au mouvement permanent de l'équipe soignante. Déambuler dans les couloirs ou s'arrêter pour se permettre un temps d'observation semble toujours synonyme de gêne, d'inutilité voire de non-travail et l'on en ressent toujours le *prima* du corps sur l'esprit dans cette excitation presque constante de l'urgence médicale. Ceci cristallise une première difficulté dans le positionnement du psychologue, celle d'être différent des autres acteurs du soin hospitalier.

Les résistances de l'équipe médicale se manifestent à travers un mécanisme de défense caractérisé par la peur d'être jugée sur leur propre pratique – le psychologue regarde, observe, interprète – et la représentation plus ou moins « mystique » de la capacité du thérapeute à analyser toute phrase. Un mouvement de recul est finalement observable, tant spatialement dans la difficulté de rentrer en relation avec les professionnels de soins, mais aussi verbalement lorsque l'on a la sensation que ceux-ci prêtent attention à tout ce qu'ils disent en présence du psychologue. Ce questionnement est ainsi projeté, plus ou moins violemment, sur le thérapeute à travers des éléments transféro-contre-transférentiels que celui-ci doit identifier et comprendre pour se laisser lui-même saisir par la nature de son travail et le « bien-fondé » de sa présence.

Par ailleurs, le malade perçu comme un « objet à réparer » par le corps médical est de ce fait largement désubjectivé, démuné d'intimité et non-érotisé. Il ne s'agit plus d'une question de genre, il n'est qu'uniquement question d'affections somatiques plus ou moins graves auxquelles il faut trouver une solution de guérison. Dans le même temps, la conception de la présence d'un psychologue dans certains services hospitaliers, ici en réanimation, est très résistante : qu'est-ce qu'un psychologue va bien pouvoir *faire* face à un patient qui ne communique pas verbalement ? Quand bien même, va-t-il réellement écouter ? En quoi cela va-t-il aider le patient dans son état somatique actuel ? Autant de questions auxquelles nous avons pu être confronté lorsque certains soignants tentaient de rationaliser les objectifs de la présence d'un stagiaire psychologue. Cette dynamique défensive s'entend aussi dans le fait que le psychologue, en tant que tel, renvoie la subjectivité, reflète la présence humaine et rappelle que le patient est sujet, est « je », est « être » avec une histoire et des aspirations ; ce que l'équipe tente d'occulter quotidiennement à travers un clivage fonctionnel, tel que défini par les travaux de G. BAYLE (2012). En effet, la réanimation renvoie à de nombreuses représentations et figures qui peuvent rapidement faire l'objet d'identifications ; lesquelles les soignants ne peuvent réellement se permettre pour continuer à pratiquer ces soins très invasifs. Mais « *l'absence, en apparence, de subjectivité du patient, fragilise également le soignant dans sa subjectivité.* » (MIMOUNI & SCELLES, 2013, p.84), et face à la non-communication des patients, à ce que l'on peut appeler un « manque de gratitude » de ceux-ci qui ne ressentent parfois pas réellement les soins dus aux sédations, le soignant peut se sentir dévalorisé, non-reconnu – voire non qualifié, quand la réanimation est mise en échec – ce qui l'amène à élaborer des défenses pour faire face à ce vide.

Conclusion

L'équipe médicale est ainsi en dichotomie avec les psychologues. Pour permettre l'efficacité des soins, il faut éviter les projections individuelles et considérer le patient comme « objet de soin ». Mais là où cela garantit les « bons soins », ce n'est en aucun cas un garant de l'efficacité du soin psychique, puisqu'accorder un temps de parole au patient et respecter l'expression de sa singularité constitue le fil conducteur de l'entretien psychologique malgré la particularité de la réanimation. Cependant, en préservant sa neutralité, le psychologue doit comprendre les défenses des professionnels de soins sans pour autant chercher à les faire « tomber », car certaines sont à conserver, ou du moins à respecter et à entendre dans la préservation de chacun face à la douleur quotidienne qu'il rencontre au contact des malades. Être praticien en milieu hospitalier demande ainsi un large champ d'attention et de compréhension et il est impossible de s'enfermer dans la souffrance des patients et de ses proches sans entendre, simultanément, celle du corps médical.

En effet, dans un premier temps l'acteur de soin psychique accompagne le patient lors de son hospitalisation, mais plus encore dans l'expression de ses désirs et sa volonté de recontextualisation dans cet environnement traumatique. Dans un second temps, il est amené à définir sa place auprès des professionnels de soins somatiques dont les objectifs sont similaires, mais les méthodes différentes. Il lui faut donc établir un lien entre soins physiques et soins psychiques. Le « *travail se poursuit dans la réflexion sur leurs actes et leurs paroles, dans un devoir de bienveillance, assurant l'effet apaisant de la parole et du "penser ensemble"* » (MIMOUNI & SCELLES, 2013, p.83) amenant ainsi à une certaine synergie entre ces deux domaines, différents et pourtant complémentaires.

Si ces réflexions peuvent concerner d'autres domaines de la médecine, l'exemple de la réanimation contribue ainsi à cerner la pratique psychologique dans le champ de la médecine somatique.

Finalement, l'écoute en réanimation se réfère toujours à des principes de bases et fondamentaux de la psychanalyse comme écouter la subjectivité au moyen d'un appareil à penser psychique, partageable, et impliquant l'inconscient du patient et celui du thérapeute. Cependant elle est convoquée par une spécificité due à l'environnement et aux problématiques somatiques « extrêmes » rencontrées.

Manon HERZOG
étudiante en M1 de Psychopathologie
et Psychologie Clinique,
Université Lumière Lyon 2.



Références :

- BAYLE, G. (2012). *Les clivages – Moi et défenses*, Paris, P.U.F.
- CHABEE-SIMPER, S. (2005). Réanimation et reconstruction psychiques post-traumatiques à long terme, in *Émotion et traumatisme, le corps et la parole*, Paris, Ed. Masson, pp.76-95.
- DUMET, N. (2012). L'entretien psychologique à l'hôpital général, in *L'entretien clinique*, Paris, Ed. Armand Colin, pp.147-163.
- FERENCZI, S. (1932). *Le Traumatisme*, Paris, Ed. Payot & Rivages, 2006.
- FERRAGUT, E., & coll. (2005). *Émotion et traumatisme, le corps et la parole*. Paris, Ed. Masson.
- FREUD, S. (1915). *Notre relation à la mort*, Paris, Ed. Payot & Rivages, 2012.
- FREUD, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, Ed. Payot & Rivages, 2010.
- GROSCLAUDE, M. (2010). Le réanimateur : quelle écoute du psychologue ? in *Le Journal des psychologues*, n°275, pp.38-43.
- LABRO, P. (1996). *La traversée*. Paris, Ed. Gallimard.
- LEBIGOT, F. (2005). Le traumatisme psychique, in *Émotion et traumatisme, le corps et la parole*, pp.67-75.
- MIOUMI, A. & SCELLES, R. (2013). Psychologues en service d'éveil de coma : complexité et diversité des missions, in *Bulletin de psychologie*, n°523, p.77-85.
- MINJARD, R. (2014). *L'éveil du coma. Approche psychanalytique*. Paris, Ed. Dunod.
- WINNICOTT, D.W. (1958). *La capacité d'être seul*. Paris, Ed. Payot & Rivages, 2012.