

Demande

Transfert

Lien (attachement)

Du non-sujet au sujet

Aline Marquinez

Je voudrais situer mon article en rappelant quelques définitions du dictionnaire choisies pour éclairer des observations cliniques que je désire partager ensuite avec les lecteurs.

Demande : Forme ordinaire que prend l'expression d'un souhait, dans le cas où il s'agit d'obtenir quelque chose de quelqu'un et à partir de laquelle le désir se distingue du besoin.

Transfert : (dictionnaire Larousse)

Lien affectif intense s'instaurant de façon automatique et actuelle du patient à l'analyste et témoignant de ce que l'organisation subjective du patient est commandée par un objet, appelé par J.Lacan objet a.

Attachement : (vocabulaire de psychanalyse de H. Piéron)

Lien réciproque établi entre la mère (ou la nourrice) et l'enfant et qui a des conséquences importantes sur les comportements futurs de l'un comme de l'autre, (Ajuriaguerra, Bowlby,) empreinte.

Lien : (dictionnaire Larousse)

Tout ce qui sert à lier, tout ce qui attache, unit : les liens du sang

Empreinte perceptive (vocabulaire de psychanalyse de H. Piéron)

Forme d'apprentissage perceptive décrite par Lorenz (1935) et concernant l'acquisition par de jeunes animaux, du schéma perceptif du congénère. L'empreinte perceptive ne peut se constituer que pendant une durée assez brève de la vie néo-natale (période sensible). Elle est, en principe, irréversible dans son objet. Elle peut être acquise en l'absence de tout renforcement immédiat, ce qui l'apparenterait à l'apprentissage latent. Enfin, elle s'accompagne de réactions caractéristiques de poursuite du parent ou « *following reponse* »

* * *

Le service dans lequel je travaille comprend 27 lits et un hôpital de jour où se font 800 chimiothérapies par mois.

Au bout de quelques mois de travail dans ce service, je me suis dit que j'avais à distinguer la demande du patient de sa démarche. Une demande peut ne pas être formulée verbalement, ne pas être portée ou assumée par le malade et rester enfouie en lui.

Beaucoup de patients rencontrés acceptent ma visite en chambre, disent leur soulagement, voire leur contentement ; ils ne vont pas nécessairement plus loin et attendent (sans attente réelle d'ailleurs) que je leur rende à nouveau visite, comme si chaque visite était sans lien avec la précédente, chacune représentant un instant à part, l'électron libre d'une phase séquentielle.

Je parle de patients hospitalisés en chambre dont la vie reflète le marquage de moments liés à la maladie et aux traitements.

Je n'ai pas pour autant la prétention de faire une analyse statistique de ces éléments et d'en tirer un quelconque résultat global.

Je remarque cependant que la plupart des patients rencontrés estiment, me disent n'avoir jamais été malades, au sens sans doute de gravité de la maladie tel que le cancer ; encore que nous pouvons supposer que chacun a sa définition subjective de ce qu'est la maladie.

Où est le Désir porteur de vie de chacune de ces personnes allongées ? Ils s'en remettent à la médecine oncologique pour découvrir, diagnostiquer, expertiser, soigner, traiter leur maladie comme si elle venait uniquement de l'extérieur, du haut, de Dieu, du destin, de la fatalité, ou de l'environnement sur lequel, selon eux, ils ont peu ou pas de prise. De même, ils s'en remettent, pour la plupart, à la venue de la psychologue, si elle le veut bien, pour s'entretenir avec elle de leur souffrance .

Des phrases telles que : « je ne sais pas... comme vous voulez... si vous avez envie... passez me voir.. » ne sont pas rares.

Cette attitude se constate au pied du lit du malade. Le comportement du patient venant pour sa chimiothérapie en hôpital de jour, prenant rendez-vous avec la psychologue est différent ; mais dans les deux contextes, il n'est pas rare de relancer l'énergie de la personne, de remobiliser sa psyché, le premier travail se fait autour de la libido figée du patient, fixée en un point qui est bien souvent l'annonce du diagnostic.

Libido : désir, envie, aspiration

Beaucoup de patients se sentent concernés par cette maladie qui les habitent et ont beaucoup de courage pour la porter et la comprendre.

Beaucoup de choses ont été écrites sur les divers aspects psychologiques et socio-culturels du cancer. Mon propos n'est pas de les reprendre.

Cependant notre vision occidentale moderne de la maladie cancer et de la maladie tout court est sans doute responsable de cet « hors champ » du sujet.

Mon travail de psychologue clinicienne consiste à ramener ce désir qui a fui, qui s'est fait « la belle » en dehors des limites du sujet et à le travailler là où nous, la personne désireuse et moi-même pouvons l'atteindre.

L'intrication de mon désir de les aider dans leur cancer, de les soutenir, de les guider, de les contenir, va de pair avec leur désir à eux, centré sur la « lutte », « le combat », « le tenir bon. »

Du non- sujet au sujet :

Le sujet n'est pas considéré comme tel dans le milieu médical mais est appelé un patient. La personne malade attend des médecins et des soignants d'être soignée, traitée et si possible guérie même si ce mot est quasi-tabou dans mon service. Le malade fait rarement appel au psychologue, il lui est suggéré de voir le « psy » et il acquiesce dans le meilleur des cas. Qu'en est-t'il de sa potentialité à dire oui ou non ? La personne sujet va t'elle se l'autoriser ? Sait- elle qu'elle est « acteur » de sa vie et donc de sa maladie ? Que connaît- elle de sa puissance à faire ?

Je me demande parfois si mon désir ne s'insurge pas en lieu et place du désir du patient. Cette interrogation régulière qui est mienne est le fondement d'une clinique et d'une pratique qui se veulent évolutives. Pour illustrer ces propos, j'ai choisi des cas cliniques que je vais présenter.

* * *

Vignettes cliniques

Notion de transfert

Monsieur O. (45 ans) : cancer de la plèvre

Très en attente de guérison et de traitements médicamenteux pouvant le guérir. Le médical est fortement investi par le patient, notamment en la personne du chef de service qui est aussi le médecin qui le soigne.

Il est également vu par l'équipe mobile de soins palliatifs dont la psychologue, qui parle d'homosexualité en ce qui concerne M. O ; en ce qui

me concerne rien ne me permet d'énoncer la même chose malgré des éléments de manque du père et de mère mais qui demanderaient à être approfondis. Je ne vois pas M. en suivi psychologique.

Ayant perdu son père à un âge préadolescent, il a été investi par une sœur qui a vu en lui une force et une protection sans faille. Il semble que cet homme n'ait pas pu tout à fait se réaliser en tant qu'homme et se détacher de cette image projetée sur lui, de cette attente familiale, de cette responsabilité endossée de chef de famille.

A son tour, il fait un transfert massif sur la personne du chef de service.

Il demande qu'on lui présente d'autres patients à pathologie similaire, qui s'en sont sortis.

M. O ne pouvant assumer ses propres repères, sa propre stabilité psychique, le médecin dispensateur de soins, pas seulement de son corps, lui apporte la réalité d'un contenant physique et psychique.

Notion d'attachement (lien) et de transfert

Madame H. (40 ans)

Femme atteinte d'un cancer du sein en rémission.

Ablation du sein . Complications post-opératoires. Douleurs au bras.

Première reconstruction mal faite.

Seconde reconstruction : satisfaisante.

Orientée pour une psychothérapie de soutien par le chirurgien qui a tout à la fois opéré et reconstruit son sein.

Elle fait la démarche et s'y tient. Cependant, tout en reconnaissant le bienfait et le bien-fondé de cette thérapie de soutien, M^{me} H. manque les rendez-vous, par moments sans prévenir ou dit qu'elle prévient en cas d'impossibilité mais ne le fait pas.

Je me suis demandée ce que voulaient dire ces coupures, ces césures, dans un espace-temps. Est- ce un déplacement au sens freudien du terme, du désir de couper avec le milieu médical synonyme de maladie et de soins de longue durée, déplacement fait sur les entretiens psychologiques ? ou plus simplement une réponse à ma demande, à notre demande qui n'est pas la sienne...

Les consultations psychologiques, contrairement aux consultations médicales, ne sont pas synonymes de risque léthal ou d'aggravation de la maladie, pour les patients.

Peut-être ceux-ci se donnent-t-ils ainsi la possibilité de faire coupure là où ils leur restent la liberté de le faire, dans un milieu médical extrêmement contraignant par ailleurs.

Demande - Transfert - Lien

J'ai relancé récemment M^{me} H. en lui téléphonant, en lui proposant un rendez-vous qu'elle a accepté et honoré ; je lui ai proposé, après avoir argumenté et débattu avec elle, de rencontrer un psychologue à l'extérieur de l'hôpital, qui travaille en réseau¹ avec des lieux de soins.

M^{me} H. n'est pas revenue me voir pour que je lui transmette ses coordonnées, bien qu'elle se soit montrée intéressée...

* * *

Ces quelques réflexions sur ma pratique professionnelle me poussent à évoluer dans ma clinique et je n'ai donc pas de conclusion figée à apporter. La place du psychologue en hôpital est singulière.

Elle ne se compare en rien aux autres professionnels de la psychologie clinique. Il semble qu'elle soit à faire et à refaire, elle est semblable et différente à chaque fois.

C'est sur cette place singulière à laquelle nous ramènent les patients et leurs familles que les interrogations s'imposent à moi.

¹ Réseaux d'oncologie rémunérant des psychologues-psychothérapeutes libéraux inscrits sur une liste, désireux de travailler avec des patients et familles demandeurs autour de la pathologie cancéreuse.