

24 Avril 2024

ASSOCIATION PSYCHOLOGUE ET SANTE EN ESSONNE
RÉFLEXION SUR LE
SUIVI PSYCHOLOGIQUE & ACCOMPAGNEMENT EN SOINS PALLIATIFS

« Ce que l'homme demande, c'est de partir sans savoir que la mort existe. »

Soins palliatifs, un peu d'histoire :

Freud, Lacan, Winnicott, Mélanie Klein...je ne pars pas du début : La séparation, ou plutôt, les séparations sont au cœur de notre métier.

1976 : De l'art à la mort. Michel de Muzan Les travaux psychologiques portent sur « la flambée transférentielle ». Il s'agit de reconstruire entre le « mourant » et le soignant une dyade primitive mère-enfant.

Avec E.Kübler Röss les concepts de « mouvements psychiques » et la notion de stades du mourir se déploient.

C'est une vision anglosaxonne de la psychologie adaptative du moi.

L'idéal véhiculé au début des accompagnements palliatifs en France est celui d'un accompagnement contenant (renforcement du moi) basé sur l'amour et la réconciliation...Isabelle Marin dénonçait « le manteau de tendresse et de compassion qui voile la violence brute de la mort ».

R.Higgins, de son côté, dénonce la catégorie du mourant, exclu malgré les sollicitudes et les soins. Il dénonce la psychologisation de la mort dans le sens d'un idéal où le patient doit être au clair avec sa mort, sans ambivalence, sans hésitation ni dans sa posture d'affrontement de la réalité, ni dans son désir de « devoir lâcher prise » ...bref, un sujet sans division, sans conscience et inconscience, un sujet au « diapason du savoir médical ».

Puis, avec Ricoeur, on « veut mourir vivant... »...aujourd'hui, le vœux de mort dans son sommeil devient réalité, la mort sans y être vraiment...c'est à dire le fantasme d'immortalité possible. On sait où mène la réalisation du fantasme...

Y-a-t-il une souffrance propre au mourir ? Y-a-t-il une spécificité de notre pratique en Soins palliatifs ? Oui et non.

Que peut ou ne peut pas le psychologue : le psychologue ne peut pas grand-chose si la douleur physique n'est pas soulagée. Avant toute chose donc : rechercher le soulagement de la douleur.

Que ne peut pas le psychologue :

- Nouer un transfert qui ne se fait pas.
- Soigner seul des souffrances qui relèvent de la psychiatrie.
- Résoudre une situation de crise.

Que peut un psychologue ?

- Évaluer une souffrance psychologique.
- Évaluer une demande de soutien psychologique en discernant qui demande le soutien. Dans les familles, souvent untel pour tel autre...
- Évaluer un désir de soutien psychologique- ce qui est autre chose qu'une demande d'aide ou de compagnie.

Que peut donc un psychologue qui accompagne une personne en phase palliative de sa vie ? **Tenir bon, au cœur de la maladie, du côté de la vie psychique** : parole, association libre, élaboration, liens : le psychologue est là pour écouter une subjectivité et la défendre. Il maintient une place pleine et entière au sujet, sans exclusion de lien social.

Face à la demande de confirmation existentielle, il est là : un humain face à un autre. Il lutte, avec ses armes (la parole - dans un cadre intersubjectif débarrassé des fantasmes et des représentations du psychologue)

Il s'oppose à la part irréductible à la médecine qui tend du côté du discours du maître : l'écoute de celui-ci est fondée sur celle des éléments signifiants qui seront triés pour produire un diagnostic et la prise en charge des symptômes. Cette écoute médicale fondée sur les preuves et en les nommant, peut parfois produire du soulagement.

Nous ne sommes pas une offre de soins psychiques car nous nous situons du côté du désir (seule solution pour rester vivant) et non du besoin. (Médical).

Le psychologue n'a pas de réponse et le supporte.

Il a une écoute disponible ; dans une immédiateté du contact avec la totalité de la personne. C'est là sa spécificité.

Équipe Mobile Territoriale d'Accompagnement & Soins Palliatifs

Il est face au renoncement du désir de pouvoir (notamment l'impuissance sur le pouvoir du corps. Il est face à la castration symbolique et ses conséquences : amour de transfert ou haine de transfert qu'il saura supporter pour permettre la possibilité d'un recours.

Il saura rester silencieux et renoncer à servir à quelque chose, renoncer avec savoir quelque chose, dans le partage de cet abîme.

Le psychologue doit renoncer à être un antalgique. Mais il peut être **un objet transitionnel**...parfois le dernier objet a...transitionnel entre l'avant de la maladie, le présent et l'avenir incertain, indéfinissable, impensable (de la mort). Le psychologue est donc un passeur. Il va rendre possible la création d'un lieu imaginaire où les investissements du patient et du psychologue vont pouvoir se rencontrer pour former un cadre. Un lieu imaginaire où la relation se produit, avec ses limites et ses règles. (D'autant plus important à domicile).

Le psychologue, en offrant les conditions de la mise en œuvre de la vie psychique du sujet (rien à voir avec un soutien moral) , porte la pulsion de vie et de préservation, notamment grâce à ce cadre intérieur qui l'habite, en étant radicalement du côté du sujet désirant.

[on pointera que mon propos ne se situe pas du côté des psychologues de la santé présent dans le champ de la maladie chronique et souvent formés au coopings , c'est-à-dire avec l'enjeu de s'adapter à la maladie (Echelles d'adaptation). Le soutien adaptatif que vise ces méthodes ne peut soutenir en aucune manière la perte d'objet d'investissement...à moins de devenir un coach au service du bien mourir, en pleine conscience...suicide assisté ou euthanasie ?]

Nous sommes des passeurs, susceptibles de pouvoir maintenir ou relancer le fonctionnement psychique dans l'objectif de limiter ce que le désordre somatique provoque comme désorganisation psychique ou même, parfois, chaos intérieur.

En soins palliatifs, le corps n'est jamais loin et souvent sur le devant de la scène. Par le corps nous sommes voués à l'urgence des besoins (travaillés par les pulsions), livrés aux aléas de la santé et de la maladie, condamnés à la mort. « Entre naître et mourir, il y a le corps ».

Pour le patient, le sentiment de continuité d'être est attaqué par l'annonce de la phase palliative (souvent la deuxième effraction après l'annonce de la maladie grave).

Dans notre travail, ce qui fait particularité, c'est l'inscription du cadre transférentiel dans une relation promise à la rupture ; Une posture ambiguë entre impasse et urgence...quand le patient, lui, est le plus souvent dans une ambivalence. La phase palliative nous confronte souvent à un concentré d'ambivalence de la part du sujet.

L'ultime liberté du patient ? « *Refuser la maladie, tout en l'acceptant sans jamais s'y soumettre* » Martine Ruzniewski.

Psychanalytiquement, l'inconscient « est rebelle ». Il s'accroche à trouver un objet a quand ici, on va tous les perdre petit à petit...l'ultime défense du moi pour retrouver l'identité voire l'intégrité menacée, c'est de maîtriser tout et n'importe quoi.

Le psychologue, face à la maladie grave, forme anticipée de la destruction du sujet, propose un espace où la maladie est reprise dans un travail interne de recreation, de sujet (le psy) à sujet (le patient).

Où se recréé,

- Une relation dans l'imaginaire (Nos modes de relation à un autre, issues du stade du miroir),
- Une relation inscrite dans l'ordre symbolique du langage, avec en toile de fond
- Le Réel dont on ne peut rien dire, le Réel de la mort, on ne peut rien en dire, comme disait Lacan :
« Ce qui est est, tel le Dieu de la Bible, ni représentable, ni prononçable ».

Dans un premier temps, nous sommes donc moins dans la déconstruction des défenses que dans le renforcement du Moi pour le temps qui reste à vivre. Souvent le patient « veut rentrer chez moi »...ce qui veut dire vulnérabilité moi que donc étayage, l'aide relationnelle demandée signifie que « l'Autre doit se tenir là », demande implicite que nous avons à respecter.

Néanmoins, nous devons pouvoir rester ouverts aux remaniements psychiques sans les rechercher mais sans les éviter non plus. Rester ouverts aux effets d'inattendu dans le discours, faire avec l'inconscient dès qu'il apparait, pour que dans cet espace, le patient puisse exprimer ce qui échappe au savoir médical, à son propre savoir.

Dans ce temps de la phase palliative, avançant vers la phase terminale, le sujet est suspendu dans un temps où il ne sait plus bien qui il est, où il est, vers un autre temps où il va être quelque chose où il ne pourra pas se retrouver.

C'est dans ce climat intérieur de désintégration psychique que nous travaillons. Si le patient vit cette épreuve d'une manière violente « tout est de la faute du trauma de la vie...c'est la vie qui me tue » la dimension psychique mobilisée va parfois jusqu'au registre projectif paranoïde.

Si le patient est plus structuré sur le registre oedipien, les éléments de culpabilité vont produire un retournement sur soi de l'agressivité.

Pour rappel, l'être humain manifeste (tout le temps en principe) une appétence pour la recherche de quelque chose qui le complète, ce qui suppose toujours une rencontre avec un autre. C'est de la qualité de cette rencontre et de l'attachement plus ou moins sécurisant qui en découlera, que va naître pour chacun la possibilité d'organiser la violence inhérente à la pulsion. « Sans un être humain proche, l'homme n'est pas possible » disait Freud.

« *Ma maison, ce lieu entre la terre d'où je viens et le ciel où je vais* » Gaston Bachelard

Y-a-t-il une spécificité du domicile. Sans hésitation, oui.

- Le retour à domicile est le moment d'oublier que la mort existe...refoulement++.
- Superposition des cadres : interne du psychologue, dans un domicile saturé de réalités, sensations, odeurs, dimensions scopiques, entourage...il faut un certain temps pour réussir à s'en dégager et pouvoir se situer dans le registre symbolique, issu de la création du lieu imaginaire.
- Le domicile est le lieu de vie, des amours intimes et des conflits qui s'y donnent à voir et à entendre parfois. Le lieu aussi que le médical a envahi de temps en temps, le lieu de l'entretien., et tout ceci sans la médiation institutionnelle. Ce qui est envahi par la maladie,

c'est le lieu des investissements passés et souvent interrompus.

Les soins palliatifs à domicile ? Un lieu transitionnel entre l'hôpital et la mort ? la part d'incroyance radicale en sa propre mort est nécessaire à la possibilité même d'exister, la maison est souvent le lieu d'une recherche d'équilibre entre pulsion de vie et de mort...l'investissement du sujet dans son désir de voir un psychologue (ce n'est pas une prescription médicale) le positionne comme agent principal du soutien autrement dit, il se soutient du dispositif qu'on lui propose , il se soutient du psychologue, de sa propre parole (ce qui est différent d'un bénéficiaire d'une prestation venue du dehors). Notre travail consiste, si la méthodologie s'y emploie, à soutenir, maintenir la vivacité du désir (et non satisfaire le désir, ce qui le fait taire.)

Conclusion : Avant on voulait mourir vivant...cela permettait de ne pas prendre le mot au pied de la lettre...le fantasme au sérieux, la demande d'euthanasie comme telle...ça laissait à la parole la place d'une possible élaboration psychique, le partage, puis, peut-être, la posture de s'en remettre à l'autre...pour un gain de confiance et d'humanité jusqu'au bout...du moins nous voyions cela comme cela jusqu'à présent.

Mais le progrès fait rage, à l'aune d'une loi qui ne nomme même pas ce qu'elle autorise, demain sera encore autre chose...

O. DAVID 24.04.2024

Quelques symptômes

La violence en soins palliatifs apparaît quand il se produit quelque chose :

- D'impossible
- D'ingérable
- D'inélaborable pour le patient.

ANXIÉTÉ :

Traduction émotionnelle et cognitive face à une menace.

Un trouble cognitif, un trouble du sommeil, parfois attaque panique peuvent signaler sa présence.

Les traitements sont possibles mais on rencontre beaucoup de sur-médication.

Les traitements empêchent l'accès aux émotions et donc à l'éventuel travail psychique. Tout est question d'intensité...

Mettre des mots sur la peur demande du temps, temps que l'on n'a pas toujours en soins palliatifs.

Attention : ne pas confondre ou amalgamer anxiété et angoisse. (Qui ne vient de nulle part et ne va nulle part.)

DÉPRESSION : Dépression réactionnelle à la maladie grave, à l'annonce, aux deux à la fois, à autre chose...dans la maladie grave le patient est comme anesthésié (je ne peux pas pleurer), il ressent une douleur morale, parfois on rencontre de l'auto-dépréciation (Si le patient est structuré sur le registre œdipien), du désespoir, de l'altération des fonctions végétatives, une incapacité à ressentir du plaisir, une certaine anhédonie, un ralentissement.

- Ne pas confondre ou amalgamer à la tristesse
- Ne pas confondre ou amalgamer
- À un syndrome dépressif (maladie psychiatrique)

SYNDROME DE DÉMORALISATION : Le patient ressent une détresse profonde, une perte de sens de la vie, l'impossibilité de penser l'avenir, parfois des idées suicidaires (plus souvent que dans la dépression), de l'épuisement, sans syndrome dépressif, il n'y a pas de repli sur soi, l'humeur est normale, le plaisir préservé et pas de ralentissement.

On sait que les antidépresseurs sont inefficaces sur ce syndrome.