



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Reprendre le chemin des soins après la mort accidentelle d'un thérapeute : quelle articulation des soignants et des patients ?

Return to treatment after the accidental death of a therapist: What articulation for the medical staff and the patients?

Yann Auxéméry^{a,*,b,c}

^a Service de psychiatrie et de psychologie clinique, hôpital d'instruction des armées Legouest, 27, avenue de Plantières, BP 90001, 57077 Metz cedex 3, France

^b Centre de recherche psychanalyse, médecine et société, université Paris VII, UFR sciences humaines cliniques, 26, rue de Paradis, 75480 Paris cedex 10, France

^c École du Val-de-Grâce, 1, place Alphonse-Laveran, 75005 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 7 mai 2011

Accepté le 18 octobre 2011

Disponible sur Internet le 9 juin 2012

Mots clés :

Deuil post-traumatique

Deuil traumatogène

État de stress posttraumatique

Mort du thérapeute

Psychopathologie

Psychothérapie

Recommandations

Traumatisme psychique

RÉSUMÉ

La problématique du deuil normal ou pathologique fait l'objet d'une multitude de publications. Au sein de cette pléthore éditoriale, un seul sujet manque à l'appel : le psychothérapeute lui-même, pourtant instigateur de ces études. La mort du thérapeute viendra interroger le patient sur le sens de la vie, le réel de la mort, la possibilité d'obtenir un socle de soutien durable. Une relation thérapeutique qui s'établit depuis de nombreuses années et au sein de laquelle le praticien a été l'archiviste et le dépositaire des secrets les plus intimes ne peut s'interrompre brutalement sans souffrance. Le deuil du thérapeute peut être « compliqué » c'est-à-dire inhabituel, avec une souffrance marquée et persistante. Le deuil peut aussi être « pathologique », avec le déclenchement d'une pathologie physique ou mentale, par définition absente avant le décès mais classiquement retenue *a posteriori* comme latente et témoignant d'une vulnérabilité préalable, vulnérabilité pour laquelle le sujet avait peut-être engagé une thérapie. Les patients devront être reçus individuellement et rapidement pour l'annonce du décès. Cette annonce permettra une évaluation du tableau psychopathologique latent et des défenses psychiques qui pourraient être opérantes. Dans tous les cas, un second rendez-vous sera proposé et une invitation à un groupe de parole remise. Une question cardinale est de savoir si les patients peuvent se rendre aux obsèques de leur thérapeute. Nous partageons cette idée car elle limite la capacité de déni et demeure un rite social opérant qui canalise les passions. Également, la possibilité d'un groupe de parole joignant patients et soignants permettra de partager ces craintes et de dissiper les malentendus. À l'échelon individuel, la poursuite de la psychothérapie intégrera nécessairement cet événement récent de confrontation à la possibilité de la mort. L'événement traumatogène du deuil pourra être en lui-même réinscrit dans la trajectoire du sujet via une perspective thérapeutique qui permettra de « faire son deuil » et de poursuivre les soins déjà engagés. Alors que la mort brutale de son thérapeute a fréquemment été vécue dans une absence du dire, l'acceptation de la fatalité et du néant s'établira sur une production du sujet.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

Introduction. – The world of medicine, hospitals, is in close contact with and is interested in death; many practitioners deny it and attempt to avert it themselves. Much research deals with the reaction of patients in the face of their own death or that of a family member or a friend. The problem of normal and pathological bereavement has been the subject of numerous publications. Within this editorial superabundance, one subject is missing: the psychotherapist, often the instigator of these studies. The death of the therapist, sudden or expected, is a difficult issue for their patients as well as their colleagues and certainly for the therapist themselves. This death, always sudden, will surely lead the patient to question the meaning of life, the reality of death, the possibility of obtaining lasting support. This question of denial of the death of the aging and ill psychiatrist is undoubtedly ingrained in the history of

Keywords:

Dying psychotherapist

Guidelines

Post-traumatic grief

Post-traumatic stress disorder

Psychic trauma

Psychopathology

Psychotherapy

Traumatogenic grief

* Service de psychiatrie et de psychologie clinique, hôpital d'instruction des armées Legouest, 27, avenue de Plantières, BP90001, 57077 Metz cedex 3, France.

Adresse e-mail : yann.auxemery@hotmail.fr.

the father of psychoanalysis who, suffering from a particularly painful post-smoking neoplasia, continued to smoke and see his patients until the day he died. Let us suppose that the psychiatrist had an unconscious mind; within it he may therefore be persuaded of the absence of possibility of his own death and live in the present of immortality. It is thus how Freud lived, like everybody he thought. Thus, structural elements of the analytical treatment increase this feeling of immortality.

Clinical findings. – A therapeutic relationship established over several years and for which the practitioner was the archivist and the guardian of the most intimate secrets, to prepare a better future, cannot be interrupted suddenly without suffering. The mourning of the therapist can be complicated that is to say unusual with a marked and persistent suffering; or pathological triggering a physical or mental pathology by definition absent before the death but traditionally retained afterwards as latent and evidence of a prior vulnerability, vulnerability for which the subject had undertaken the therapy. The risk of anaclitic depression or even melancholic breakdown is to be feared. A psychotic decompensation can occur in the face of bereavement and when the secondary treatments are stopped lead to a medical escheatment. Acting out suicide or self-harm can bring into question the relationship between the therapist and the patient through the spectrum of pain and death. Of course the reaction of the subject can be strictly foreseeable due to the inter-subjective relationship uniting the protagonists. How can the patient therefore move on to another therapist and will this procedure necessarily be therapeutic?

Guidelines. – A non psychotraumatic announcement must be made to the patients to pre-empt a fortuitous discovery via another patient or the press, which requires good reactivity on the part of the medical team. The patients must be seen individually quite quickly to announce the death in person. It is a good idea for the patient to be seen by a doctor they already know, for example having met them when their referring therapist was absent. This announcement will enable an evaluation of the latent psychopathological picture and the psychic defences, which may or not be operative. The follow-up will depend on each clinical situation after looking very carefully at the anamnesis, detailing the psychiatric examination and evaluating the patient's reaction to the announcement of the tragedy. In any case, a second appointment will be proposed and the subject will be invited to join a therapy group. A cardinal question is to know if the patients can go to their therapist's funeral. We share this idea as it limits the capacity of denial and remains an operative social ritual which channels emotions. This event should be managed by the medical team and will retain a therapeutic value. Also, the possibility of group therapy bringing together patients and medical staff will enable them to share their fears and dispel any misunderstandings. An equivalent to a debriefing can be organised in the days following the announcement of the death. Subsequently, a place where they can come and talk freely can be set up in order ensure a group follow-up. The medical staff are thus regularly solicited to explicit the exact cause of the tragedy and the circumstances. The response provided is difficult as it concerns finding the right positioning between the necessary private life of the therapist, as the medical confidentiality has not been lifted by the death of the subject, and their public function, which justifies providing information. Refusing this is undoubtedly deleterious for the patients who will let an imagination favourable to unresolved bereavements run wild. The continuation of individual psychotherapy will necessarily integrate this recent confrontation with the possibility of death. The traumatogenic event of bereavement could be itself reinstated in the subject's trajectory via a therapeutic perspective, which will enable them to mourn and to continue the treatment already begun. Whereas the sudden death of a therapist is often lived in silence, the acceptance of the inevitability and the emptiness will on the contrary establish itself in the response of the subject.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Nous-mêmes confrontés au décès accidentel d'un ami et confrère psychiatre hospitalier, nous dûmes surmonter cette disparition impromptue. Une fois la période de deuil résolue, vint la question de notre évaluation : avions-nous pris les bonnes décisions pour les patients comme pour nous-mêmes ? Cherchant *a posteriori* une aide via la littérature internationale, nous avons été surpris d'en constater la pauvreté éditoriale. Au silence de Freud sur sa propre mort fait écho un déni de cette dernière dans les publications subséquentes, probable témoignage de la conception freudienne du sentiment inconscient d'immortalité. Si chaque médecin a un jour été en difficulté avec le décès d'un malade, pourquoi le cas inverse est-il si peu théorisé ? Notre réflexion cheminera vers des lignes de conduites pour les équipes médicales et les autorités administratives lorsqu'un thérapeute exerçant au sein d'une institution ou dans le milieu libéral viendrait à décéder brutalement. La fin forcée de la thérapie nécessite un repositionnement du patient en fonction de son histoire clinique et transférentielle. Le temps de l'annonce et les premiers moments du deuil devront être particulièrement soignés pour éviter la survenue d'un deuil pathologique, notamment de type traumatique.

Cet écueil pourra être éloigné grâce à une prise en charge institutionnelle, elle-même en cours de restructuration du fait du décès et donc incluant encore davantage les sujets qui la reconstruisent en associant patients et soignants. Une telle perspective sera thérapeutique pour tous face à cette « maladie normale » qu'est le deuil d'un être cher [13]. Enfin, grâce à la possibilité d'un accompagnement psychothérapique mené par un autre praticien, l'événement potentiellement traumatique pourra être théorisé comme vertu thérapeutique en le réinscrivant dans la trajectoire singulière du patient.

2. La mort du thérapeute

2.1. La mort silencieuse du docteur Freud

Alors que l'univers de la médecine côtoie sans cesse la mort, nombre de praticiens la dénie et tentent de la conjurer pour eux-mêmes. Qui d'entre nous ne connaît pas tel chirurgien thoracique qui fume trois paquets de cigarettes par jour ou tel infectiologue qui voyage en zone impaludée sans prophylaxie malarique ? En médecine somatique comme en psychiatrie, la relation médecin-malade s'intéresse à la fin de vie, question particulièrement

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/314751>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/314751>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)