

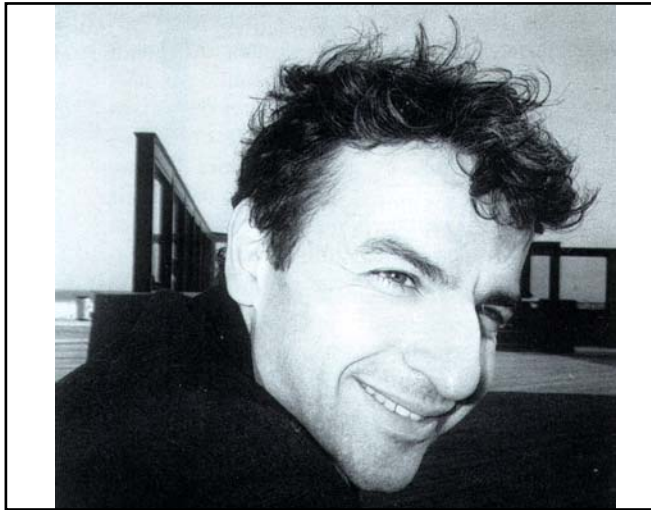
L'engagement thérapeutique

Serge Héféz

"à quoi te sert Socrate d'apprendre à jouer de la lyre, puisque tu vas mourir ?... "
"... à jouer de la lyre avant de mourir "

PLATON. Phédon. cité par Paul VECCHALI dans "corps à coeur".

L'irruption du VIH a, on le sait, bouleversé le champ de la lutte contre la toxicomanie. Toxicomanie et Sida sont de plus en plus associés dans les discours, souvent dans un amalgame entre un mode de vie et de jouissance revendiquée, et une infestation accidentelle par un corps étranger, accroissant ainsi les processus de "boucémisseriesation". Les usagers de drogues cumulent souvent tous les handicaps exclus des systèmes de prévention (cf. la difficulté d'accès aux seringues propres et aux traitements de substitution), ils sont aussi de fait exclus des essais thérapeutiques sur l'exigence qui leur est imposée d'arrêter leur toxicomanie pour soigner leur déficit immunitaire (1). Notre pratique de thérapeute s'est vue considérablement modifiée ; outre le travail avec des familles où un ou plusieurs membres est malade (que la maladie soit le motif de consultation ou survienne au cours d'une thérapie déjà commencée depuis longtemps), certains thérapeutes de l'équipe ont collaboré à la prise en charge d'individus porteurs du virus, venant consulter seul ou en couple aux différents stades de la rencontre avec le VIH (dès l'annonce de la séropositivité ou après



l'entrée dans la maladie Sida) et ce, bien évidemment, quel que soit le mode de contamination. Une journée de consultation peut ainsi s'effectuer dans le passage de thérapie familiale, thérapie de couple ou thérapie individuelle autour de questionnements ayant trait à la maladie et à l'épidémie. Bien plus, le caractère très particulier de ce ques-

tionnement m'a souvent amené à passer très souplesse d'un cadre à l'autre : solliciter avec son accord, et lorsque c'est nécessaire la présence d'un ou plusieurs proches pour un patient venu d'abord seul, rencontrer seul un patient venu d'abord en couple ou en famille, etc... Cette souplesse n'a fait que confirmer l'idée suivante : les mécanismes psychiques, en réponse au traumatisme qu'est l'irruption du VIH, qui sont habituellement reconnus comme des réactions psychiques individuelles (peur, colère, sidération, déni, refoulement...) se retrouvent homothétiquement au niveau micro-social (couple, famille, pairs) voire macro-social dans un mécanisme de feed-back permanent. Sans vouloir superposer tous les modes de prises en charge, j'aimerais dans ce que j'appellerais l'engagement thérapeutique dégager quelques analo-

gies constitutives à ces situations. La révolution conceptuelle introduite par la deuxième cybernétique à ouvert de nouvelles voies pour la plupart des thérapeutes familiaux. La dichotomie entre contenu interne et comportements exprimés n'a plus grand intérêt. Si les voies permettant de conceptualiser l'individu en relation avec le système auquel il appartient sont encore tâtonnantes, il n'en demeure pas moins que l'on se tourne beaucoup plus vers les éléments non observables dans l'interaction comme les émotions, les sensations, les besoins, les attentes. A cet égard rappelons nous que Bateson affirmait monstrueux de séparer l'intellect des émotions. (2)

Passer de la nécessité du contrôle et de la visualisation des relations en termes de pouvoir, à l'inclusion de l'observateur dans la constitution de la réalité observée, introduit une continuité organique entre le moi et son monde relationnel ; les limites du moi s'effritent et opposer un travail thérapeutique basé sur les relations réelles à un travail basé sur une représentation des relations perd son sens. Que l'on soit en relation individuelle ou familiale, le travail porte toujours à la fois sur ces deux niveaux : l'individu est un individu relationnel, "un corps impressionné par des relations" (3), et la famille un individu clivé dans des liens internes complexes d'identification projective, de collusion, de dénégation, etc... En ce sens, toute connaissance venue compléter la compréhension des processus internes va enrichir le processus systémique, toute connaissance portant sur la nature des relations dans un système va enrichir une rencontre individuelle. Les processus émotionnels de part leur violente individualité liée à leur enracinement corporel, leur liaison secondaire à des représentations, leur possibilité de transmission à l'autre et donc de lien relationnel, leur destin de cohésion groupale ou au contraire de désorganisation, illustrent au mieux cette conjonction. En deçà des émotions des processus difficilement accessibles à la conscience car non représentables, et jamais représentés, d'acceptation ou de rejet de l'autre, me paraissent à la source de toute rencontre.

I - L'appropriation

I *est toujours possible d'unir les uns aux autres par les liens de l'amour une plus grande masse d'hommes, à la seule condition qu'il en reste d'autres en dehors d'elle pour recevoir les coups"*

S. FREUD,
Malaise dans la civilisation.

Nous voici confrontés avec notre patient et son entourage à quelque chose qui n'a pas de sens : l'amalgame discursif entre un état pathologique et un choix sexuel ou un mode de vie tourné vers la prise de toxiques. L'homme est une machine à fabriquer des hypothèses disait Jay Haley. Tout le monde (patient et thérapeute) va chercher à donner du sens à ce qui au départ n'en a aucun.

Sans parler des discours médiatiques et des prises de position scandaleuses de certaines personnalités, on pourrait donner comme exemple l'article d'un confrère où est fait un subtil rapprochement entre la fragilité causée par la mère intrusive de l'homosexuel et la possibilité d'intrusion par le virus.

Avec tout son cortège d'idées, de fautes, de malédiction, de châtiement, la recherche incohérente d'une causalité passée à l'état somatique actuel va souvent occuper le devant de la scène. Plutôt que cette absence de sens, on va inscrire la contamination dans la trame d'une histoire, lui conférer une résonance qui apparaîtra comme un début de réappropriation et qui donnera l'illusion d'éviter d'être objet de la médecine, objet de sa souffrance, objet de la pitié ou du rejet, en devenant sujet (4). L'engagement dans la thérapie va avant tout consister à tenir fermement cette position que la contamination, et ce qui en découle n'a aucun sens, que de cette absence de sens il n'y a rien à dire, et que c'est à partir de ce rien que nous allons pouvoir entrer en relation. Le plus souvent, le patient et son entourage viennent

avec la question du pourquoi : pourquoi moi, pourquoi lui, pourquoi maintenant, ... dans une tentative de reconstruire une histoire en y intégrant logiquement l'infection par le virus. La neutralité qui consisterait à laisser, voir à encourager un patient à parler d'emblée de son histoire, alors qu'il est dans un mouvement de crise lié à sa rencontre avec le virus ou à l'entrée dans tel ou tel stade de la maladie, me paraît de l'ordre d'une neutralité malveillante. Bien sûr mieux vaut intégrer la séropositivité et la maladie à sa propre réalité, l'intérioriser plutôt que la dénier, l'éviter ou l'ignorer. La difficulté est précisément de l'intégrer comme hasard et non comme conséquence ou nécessité logique de tel ou tel mode de vie. Nous ne sommes surtout pas dans le domaine du psychosomatique où l'on pourrait se laisser glisser, mais dans celui du somatopsychique, soit des répercussions dans l'ici et maintenant, d'un événement traumatique d'une catastrophe somatique. C'est cet ici et maintenant qu'il s'agit d'évaluer d'emblée avec le patient et le cas échéant avec son entourage, et c'est dans l'ici et maintenant qu'il sera question d'ouvrir des choix possibles.

Les homosexuels et les toxicomanes sont très habitués à subir (et à intérioriser) les inversions logiques entre cause et conséquence. Etre dès l'enfance l'objet d'attaques liées à une différence, détruire en soi les affects qui s'y rapportent jusqu'à un repli narcissique plus sécurisant, puis voir attribuer son choix sexuel à ce même narcissisme.

Chercher un refuge et un remède à sa dépression dans un produit, se trouver pris dans une escalade de marginalité et d'exclusion jusqu'à ne plus accorder la moindre importance à son existence, puis voir attribuer au goût du jeu avec la mort, l'origine de sa prise de toxique.

II - La rupture

L'annonce de la séropositivité peut être la première expérience de rupture mais il peut s'agir également de l'entrée dans tel ou tel stade de la maladie. Cette annonce comme beaucoup l'ont déjà souligné, prend souvent l'allure de la clinique d'une "mort annoncée". En fait, les progrès thérapeutiques mettent plutôt le SIDA du côté d'une maladie chronique. Un individu devient porteur sain : désignation éminemment paradoxale qui nomme un sujet et non un corps potentiellement souffrant. Certains patients l'ont bien compris, qui viennent en consultation en annonçant d'emblée "je suis toxico et je suis séro...", problématique de l'être et non de l'avoir. De nombreux auteurs ont décrit les réactions possibles à cette annonce. Sur le plan émotionnel : la sidération psychique, la colère, la peur, l'anxiété, ou sur celui des mécanismes psychiques : déni, refoulement, contre-investissement pathologique (par exemple : transmettre la maladie à tout prix par vengeance), investissement compensatoire d'activités de soutien lié à la maladie... L'annonce de la séropositivité est avant tout une discontinuité, discontinuité annonciatrice de crise. La crise est le contraire d'un état pathologique, elle tente d'éviter une catastrophe. La crise est un processus subjectif lié à la conscience ; elle signe une menace vitale pour l'organisme qui prend conscience du risque de sa propre disparition (5) : de fait la crise semble fonctionner comme le passage possible d'une catastrophe physique à une catastrophe psychique (soit une transformation qualitative, un changement de "type 2"). Nous pouvons être confrontés par le patient ou par son entourage à une demande d'aide à la gestion de cette crise. En ce sens, il ne s'agit pas du tout d'une gestion de la maladie mais d'une gestion de la vie et des processus qui permettent au maintien de la vie, et c'est bien là que notre place peut se justifier comme maillon de la chaîne des prises en charge.

La crise peut ne pas avoir lieu (déni : pas de signe morphologique visible ou être spectaculaire: crise

d'angoisse massive, délire aigu...). A l'opposé: sidération de la vie psychique, identification à la mort, faire le mort, c'est à dire mettre en place une dénégation très brutale qui porte sur les affects qui entourent l'idée de la mort (je ne pense pas à la mort, je ne pleure pas un mort, je me fais mort). Si une demande d'aide se fait jour à ce moment de crise, c'est le plus souvent l'angoisse qui envahit le sujet et la relation, l'angoisse comme réaction à un danger. La situation à laquelle le moi réagit est l'abandon par le surmoi protecteur -disons par les puissances du destin- abandon qui le laisse sans défense (6). L'énergie investie sur des objets externes, des relations, reflue dans le psychisme sous forme d'angoisse massive qui accélère l'abandon. Il y a anticipation du rejet: s'écarter de l'autre et en retour se sentir exclu de ce lien.

Considérer ces mécanismes psychiques (sidération, déni, ou rejet), non comme des modalités de fonctionnement repérables chez un individu mais aussi, comme production de son groupe d'appartenance, voire de la relation thérapeutique me paraît fondamental. Cette expérience de la discontinuité est très loin d'être une aventure individuelle. Si l'on devait évoquer une "clinique de la séropositivité", il s'agirait bien d'une clinique de la séparation dans son acceptation individuelle et collective (7). Séparation qui n'est pas un arrêt, mais une phase du processus de vie qui va continuer sous une forme différente. Cette séparation porte sur des mécanismes temporels et sur des mécanismes relationnels qui auront tous deux des conséquences fondamentales quant à l'engagement thérapeutique.

III - Les bouleversements temporels

Le temps est un processus circulaire récursif. L'impossibilité d'élaborer un projet fait prendre le passé en haine. Le passé devient lettre morte, le futur n'est plus représentable, le présent se dissout entre ces deux butées ; c'est une attente immense, démesu-

rée, qui envahit le présent (8) et c'est bien cette attente qui est le contraire de la vie. Cette question du temps réel et du temps psychique est évidemment présente dans toute prise en charge psychothérapeutique. Quiconque entame une psychothérapie à l'idée magique que son passé va se transformer et pourra ainsi être dérouteré par la question "que voulez-vous changer dans votre futur". C'est bien le passé qui insiste et il n'y a pas là qu'une question de conditionnement culturel (le patient parle là où il pense intéresser son thérapeute). Le "je veux comprendre" masque bien un "je veux réellement revenir en arrière" comme dans le conte, la princesse n'est pas morte pour de vrai, cent ans ne se sont pas écoulés mais ont duré une seconde, ... Bref, "je veux réellement modifier dans le passé le rapport que j'ai eu avec ma mère, le réaménager, et ainsi recommencer une vie plus sereine". Et c'est souvent la prise de conscience de la dimension fantasmatique de ce futur antérieur plus que la compréhension d'un mécanisme qui permet de dénouer le noeud psychique et qui engage la thérapie sur une autre voie (on connaît l'importance de cette dimension temporelle pour les familles psychotiques fonctionnant sur un mode paradoxal de toute éternité et les catastrophes induites parfois par un réengagement trop brutal dans un défilé temporel : infarctus, suicide, décompensation grave, etc...) Ce travail de séparation d'avec une représentation du temps me paraît fondamental dans toute psychothérapie.

Cette rupture temporelle, cette discontinuité (et aussi cet extravagant savoir sur le temps), peut se produire à l'annonce d'une maladie réputée mortelle. Cette rupture va porter sur des conflits mais aussi des ressources acquises. Patient et thérapeute se rencontrent alors en un point temporel : cette minute, cette seconde du présent. C'est à partir de ce point qu'un travail pourra se faire. Quelle émotion maintenant, quelle ressource aujourd'hui, comment se construit la réalité interne et externe au présent, comment

reperméabiliser la vie relationnelle au quotidien, comment soutenir, voir suggérer un projet, un investissement, comment faire intervenir l'entourage, la famille, comment orienter vers telle structure associative... Lorsque cette reperméabilisation pourra s'effectuer, un travail plus spécifique, plus singulier pourra éventuellement se mettre en place. Certes la réalité n'épuise pas la vie psychique mais tout de même, nous nous rejoignons médecins et thérapeutes dans une ignorance, nous ne savons pas ce que va devenir la maladie et cette ignorance permet aussi une temporalisation.

IV - Les bouleversements relationnels

Le bouleversement d'un lien social préexistant, d'un équilibre subjectif souvent durement acquis, accompagne une redéfinition de l'altérité par une possible contamination. Je ne voudrais pas aborder ici comment le patient modifie ou non son mode de relation avec son entourage. Les réactions qui vont de l'isolement absolu à un surinvestissement de certaines activités ou relations ont été amplement décrites. Tous ces gens ont un passé, ne sont pas identiques entre eux, et leur singularité ne réside pas dans le fait d'être porteur d'une maladie grave (9). Je souhaiterais plutôt amener quelques réflexions sur l'impact que peut avoir cette maladie du côté des thérapeutes. Le thérapeute fait partie du lien social et est à ce titre porteur d'une opinion. Dans un moment où l'on indemnise les transfusés, c'est à dire tout de même où l'on désigne des victimes innocentes et des victimes coupables qui l'ont bien cherché, il est difficile de ne pas prendre en compte l'impact de cette réalité.

Entre le patient et le thérapeute se glisse un mot, un signifiant, un inter-dit : Sida. Mot qui, avec son poids de réel écrasant, a un effet médusant. Ce réel, c'est disons cette dimension de cadavre que nous portons en nous et que nous oublions, lorsque le réel corporel est masqué par le signifiant. Dans la relation thérapeutique, la maladie va constituer un point d'émer-

gence du réel que chacun va chercher à colmater d'urgence. L'idée de sa propre mort, non pas celle des autres à laquelle on survit, mais la sienne à laquelle on ne survit pas est inconcevable. Au plus quotidien de sa vie le sujet n'en sait rien ou peut être tout simplement la vie psychique l'ignore. La mort est une découverte subjective, découvrir incidemment que nous ne sommes pas immortels et, au prix d'un bouleversement de tous nos repères, en prendre acte (10). L'événement qui fonde cette découverte et qui fonctionne par là même comme "analyseur" est très variable (deuil, moment particulier d'un processus transférentiel...). L'annonce d'une séropositivité, l'entrée dans un stade de la maladie, peut fonctionner comme cet analyseur et amener à ce décentrement subjectif. La commune soumission à la condition d'être mortel devient alors pour le thérapeute source d'une tristesse féconde et non d'une angoisse paralysante.

Ce double niveau de fonctionnement (mort réelle, mort symbolique, discours rationalisé par des opinions, possibilité d'une écoute vierge) est très complexe. La confrontation avec des femmes séropositives enceintes est un bon exemple de cela : le discours médical sur les risques du sida et de la grossesse est rationnel, le désir d'enfant ne l'est pas. Souvent l'exclusion, les problèmes sociaux, la désorganisation relationnelle et familiale encadrent la désorganisation et la souffrance psychique. Accompagner, soutenir ce désir dans son ambivalence même va commencer par ne pas réduire ces femmes à leur séropositivité. De la même façon nous risquons d'être encombrés par ce si pesant savoir du rapport des toxicomanes avec le désir et la jouissance, les courts-circuits relationnels, le comportement ordalique, le jeu avec la mort, le déni des risques mortels, ... et faire de ce savoir un pré-supposé quand à leur attitude face au virus superposant ainsi nous-mêmes deux niveaux logiques (une histoire et un événement traumatique) qui ne sont pas superposables.

V - déliaison - reliaison

J'aborderai ici deux mécanismes de déliaison qui viennent envahir la relation à autrui et à fortiori la relation thérapeutique. Un mécanisme interne : l'angoisse, et un mécanisme relationnel : les deuils à répétition. La gestion des deuils à répétition pose des questions très spécifiques à cette épidémie. Certains patients se retrouvent dernier survivant au sein d'un groupe de proches. Face à cette accélération des décès, le deuil, qui consisterait à prendre acte de la mort en se détachant du mort, se produit difficilement (11). Une dénégaration très brutale portant sur les affects qui entourent la mort accroît les processus de sidération de la vie psychique et oriente vers un désinvestissement de la vie. La maladie conserve d'autant plus son extériorité, son étrangeté totale, et la ramène encore plus vers une épreuve, un jugement de Dieu, une ordalie. Ce sentiment d'étrangeté envahit le cadre thérapeutique alors même que pour le thérapeute, trois, quatre, cinq patients viennent à mourir en quelques mois, ce qui pose très crûment la possibilité d'investissement de nouvelles relations thérapeutiques. Pour le thérapeute se pose alors avec une grande violence, la question de son investissement à des processus de vie, soit à ce qui le constitue lui même comme être vivant. Le sida fait voler bon nombres d'idées reçues, il n'existe plus, ni modèle, ni principe, mais une expérience humaine qui se renouvelle à chaque rencontre avec un patient ou une famille. La souffrance est source d'envie de partage, il faut savoir la repérer pour établir une communauté avec celui qui souffre (12) car c'est cette souffrance qui est la garantie même de son maintien en vie.

La pulsion de vie, la vie elle même, admet la coexistence de ces deux mécanismes de liaison et de déliaison et tous les avatars de construction et de destruction de la relation de cohésion et de différenciation qui font partie de

son processus. Il est par contre une émotion purement relationnelle, anobjectale, anhistorique, une pure énergie de déliaison, une force de mort à l'état brut, un effroi, une peur, qui apparaît dans la relation thérapeutique sous forme d'angoisse. La thérapie va consister ici à rendre cette émotion, cette angoisse relationnelle soit à redonner à cet effroi une dimension possible de liaison.

A côté de l'angoisse névrotique, de la peur relationnelle, il existe une forme d'effroi indépendante de la peur de vivre ou de mourir, une première matérialité psychique de la mort. Cet effroi est peut être lié au départ à la tension extrême d'un besoin physiologique sans réponse, ou un appel relationnel resté muet. Il inaugure les pulsions de mort (13). L'effroi retentit sur les fonctions vitales désorganisant les liens jusqu'à la rupture de la communication, réalisant aussi une répétition qui maintient en vie ce qui a été insoutenable. Attiré par les états de crise, cette angoisse agit comme une soude caustique qui dissout les liens et les idéaux du moi déjà en perte. Ce désinvestissement, cette angoisse de déliaison envahit l'entourage relationnel et familial du patient. Il envahit aussi la relation thérapeutique. Il y a une transmission d'angoisse à proprement parler, et cette opération ne peut avoir lieu si le thérapeute n'y participe pas ; C'est à dire s'il ne connaît pas l'angoisse ou ces propres certitudes et ses connaissances s'obscurcissent pour laisser place à la circulation de tous les possibles. Il ne s'agira pas ici de confondre cette angoisse avec la peur de la mort ou l'anticipation de la mort réelle.

L'anticipation de la mort, même probable ne suffit pas à former son angoisse. C'est l'effroi qui constitue le passage d'un fonctionnement silencieux de pulsion de mort à un déploiement audible et tangible. La mort n'engendre pas inévitablement la terreur, mais la terreur engendre des rejets de volonté de mort (13). Meurtre, suicide, perte de l'autonomie de pensée, perte de l'individualité et de son respect.

Jean-Baptiste à 44 ans, Universitaire brillant, romancier, homme de théâtre, il a mené une existence passionnante et passionnée. Lorsqu'il vient me voir, il est extrêmement chaleureux et confiant, malgré les divers avatars de la maladie : taches de Kaposi sur tout le corps, décollement de la rétine, diverses allergies dues au traitement.

En 1975, le décès successif de ses deux parents le précipite dans une dépression intense et le conduit à deux tentatives de suicide. Il lui faudra dira-t-il, dix ans pour intégrer et digérer cela. Dix ans plus tard, en 1985, il apprend sa séropositivité qu'il accueille sans angoisse ; il va prendre une revanche sur son destin et prouver qu'il est plus fort que la mort. Quelques séances plus tard, Jean Baptiste vient me voir en urgence. Son visage est déformé par la peur et l'angoisse, il a fait la nuit précédente un horrible cauchemar ; il a été envahi par un effroi insupportable, par la certitude de sa mort imminente. Il est dans le même moment assailli par des paroles de chansons, des chansons d'auteurs qu'il connaît bien et qu'il aime. Toutes ces paroles sont autant de sentences qui annoncent sa mort prochaine, il ne peut s'en débarrasser. Très rapidement cette angoisse envahit massivement notre relation, me laissant sans voix dans une sidération proche de la sienne. Au bout d'un temps, je réalise que je suis en train de chanter intérieurement des chansons qui, elles, me rassurent ; il me vient alors à l'esprit que lorsque l'on a peur et que l'on marche dans une rue sombre et vide, on chante pour se donner du courage. Je lui suggère que ces chansons qu'il a pris pour des ennemis, pour des attaques, sont en fait là pour le soutenir dans cette traversée et que, en quelque sorte il s'est trompé d'adversaire. Ainsi j'allais essayer avec lui de repérer des éléments internes ou des éléments relationnels qui étaient là pour l'aider et qu'actuellement il retournait contre lui. Intervention qui a sur son angoisse un effet presque magique.

Olivier à 28 ans, il est actuellement dans un état somatique extrêmement précaire. Ancien toxicomane, il a été très rejeté par ses parents et ses cinq frères et sœurs, dans une période où il leur en a fait voir de toutes les couleurs. Il est redevenu à présent l'enfant chéri de sa famille, et tous se pressent autour de lui pour le soutenir, tous sauf son père qui maintient distance et rigidité et qui se dérobe à tout contact avec son fils. Olivier avait déjà confié à plusieurs reprises à quel point cette distance entre son père et lui était pénible. Au cours d'une séance, le père évoque sa propre adolescence avec sa distance habituelle. Il n'a que des mauvais souvenirs dit-il ; il était pensionnaire, il se sentait abandonné de tous, et dans l'incapacité à se relier avec ses camarades ou ses professeurs. Seule la campagne environnante lui était d'un grand réconfort ; il évoque avec une certaine nostalgie les longues promenades solitaires qu'il faisait dans la région. Olivier manifeste alors le souhait de connaître cette région, dont son père a déjà tant parlé et qu'il n'a jamais visité. Je connote très positivement le projet possible entre le père et le fils tout en le sentant très chargé émotionnellement. Le père est très embarrassé, puis bouleversé, puis "il craque" et pour la première fois brise la glace entre son fils et lui. Il a commis à l'âge de 16 ans, une tentative de suicide gravissime (il a tenté de se pendre dans le grenier de cet établissement et ne doit sa vie qu'à la miraculeuse intervention d'un des surveillants). Il n'a jamais parlé de cela à personne, s'étant même arrangé à l'époque pour que sa famille ne soit pas au courant.

Conclusion

Lors d'un récent colloque, le chef d'un important service de médecine interne, très investi dans la lutte contre le Sida, disait à quel point il lui était apparu maintenant important de s'appuyer sur un back ground de

connaissances en sciences humaines (psychologie sociale, sociologie, anthropologie, etc...). Ce back ground lui est autant utile dans ses recherches et dans ses rencontres avec les malades que ses connaissances médicales et biologiques sur le virus. Nous faisons tous partie de cette chaîne ou fantasme et réalité s'interpénètrent très intimement, et nous devons apprendre à nous appuyer aussi bien sur la réalité externe que sur la réalité psychique pour réaliser des mécanismes de liaison, là où n'existent que des mécanismes de déliaison. Nous sommes avec notre patient du côté de la gestion de la vie et non de la gestion de la maladie. Pour cela évitons un simple partage de l'attente (qui consisterait de vouloir se débarrasser d'un autre dans

une salle d'attente) évitons aussi de prêcher, consoler, compatir, ce qui consisterait à répéter la même recette, et aller chercher dans notre arrière boutique une réserve de mots trop connus, un même remède pour codifier la douleur morale.

Il ne tient qu'à nous à repenser et à recréer dans un même mouvement logique les liens qui nous unissent à nos patients, qui unissent nos patients à leur entourage et qui nous unissent tous au discours social. C'est seulement par l'interpénétrabilité de ces trois mouvements que nous pourrons éviter la prévalence du rejet sur le lien, ou de la mort sur la vie, dans une fascination complice.

Serge HEFEZ : Né en 1955 au son des sirènes du port d'Alexandrie.

Psychiatre, psychanalyste, thérapeute familial, formateur. Aime initier des projets : membre créateur de l'APRTF (Association Parisienne de Recherche et de Travail avec les familles) en 1980, fondateur de plusieurs unités de thérapie familiale en secteur psychiatrique et d'un contre intersectoriel d'accueil pour toxicomanes en 1986 ("La Terrasse") ; met actuellement en place un réseau intersectoriel de soutien psychologique et de prise en charge pour les personnes touchées par le virus du SIDA ("réseau ESPAS"). Fait partie de l'équipe de Monceau depuis 1983.

BIBLIOGRAPHIE

1. **A. Marty Lavauzelle**, Bulletin de AIDES Décembre 1991.
2. **A.M. Nicolo-Corigliano**, "Soigner à l'intérieur de l'autre" in cahiers de thérapie familiales et de pratiques de réseaux, 1990, n°2.
3. **F. Roustang**, Influence, Editions de Minuit.
4. **A. Abelhauser**, "La mort et l'inconscient" in Esquisses Psychanalytiques, 1990, n°13.
5. **R. Thom**, "Crise et catastrophe" in la Notion de Crise Communales, n°25, 1976.
6. **S. Freud**, Inhibition, Syndrome, Angoisse PUF.
7. **F. Legueil et D. Silvestre**, "Psychanalystes confrontés au SIDA" in Ornicar ?, n°45, Avril, juin 1988.
8. **A. Marty Lavauzelle**, "Associations libres pour association de thérapeutes" in Entre Dépendances et Libertés, Echo Centurion.
9. **Y. Edel**, "Le travail transférentiel" in Pluralis Auto Formation, 1989-90.
10. **R. Bombery**, "Qu'est-ce qu'un thérapeute" in Pluralis Auto Formation, 1989-90.
11. **S. Hefez**, "La mort désavouée" in Entre Dépendances et Libertés, Echo Centurion.
12. **F. Weil Halpern**, Oubliés des fées, Calman Levy.
13. **N. Saltzman**, "Une volonté de mort" in Topique n°41.