

Pour mieux comprendre les difficultés psychiques de l'insuffisant rénal terminal

Pre D. Cupa¹, H. Riazuelo², M-L. Gourdon³, C. Causeret⁴

Unité de PsychoNéphrologie de l'A.U.R.A.

<http://www.unite-de-psycho-nephrologie.org>

Pour introduire

Les patients insuffisants rénaux terminaux souffrent d'une maladie chronique et mortelle que révèle la perte d'un organe vital : le rein. Comme alternative ils n'ont pour choix que la dialyse, la greffe ou la mort. Ainsi, ces patients viennent à l'hôpital non pas pour guérir, mais parce que les médecins leur proposent de reculer les limites de la mort les maintenant artificiellement en vie, grâce à des techniques avancées. Les patients se trouvent alors, par là même, dans la situation de survivants, voire de morts vivants et certains parmi eux présentent des états traumatiques extrêmes soit épisodiquement, soit chroniquement.

La greffe, lorsqu'elle est prescrite ouvre sur l'espoir et les chimères de la *restitutio ad integrum* grâce à un « don d'organe » qui en appelle à l'humanité d'un tiers. La techno-médecine moderne ne se pratique pas uniquement en colloque singulier, elle se joue en un drame collectif ayant pour acteurs le chirurgien qui autorise le don, le donneur mort et sa famille éplorée ou le donneur vivant et ses angoisses. La greffe est fantasmée comme « ce qui remet à neuf », comme « une re-naissance », ce qui, enfin, guérit le corps, dés-endeuille la psyché et défait de l'emprise de la dépendance des soins. Elle est redoutée dans un effroi à la hauteur de l'idéalisation.

Chez tous ces patients la relation au « corps médical » porteur de la toute-puissance du démiurge se fait surtout sur un mode idéalisant, voire passionnel. L'amour et la haine se partagent le champ, les passages à l'acte manifestent la saturation des angoisses de mort et la désolation dépressive, le désir de se libérer face aux contraintes médicales et le poids de la dépendance à l'égard des équipes. Quant aux équipes médicales et soignantes, elles sont confrontées aux investissements très lourds de ces patients, lourds de demande et de la rage associée à la dépendance.

I- Psychopathologie du patient insuffisant rénal terminal

¹ Psychanalyste et psychologue clinicienne, Chef de service de l'Unité de PsychoNéphrologie (U.P.N.) à l'A.U.R.A. (Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel), Paris 14^e. Directrice du L.A.S.I. (Laboratoire de psychopathologie psychanalytique des Atteintes Somatiques et Identitaires) de l'Université de Paris-Ouest-la Défense (EA 3460).

² Psychologue clinicienne et chercheuse de l'U.P.N. Adjointe au chef de service de l'UPN. Maître de Conférences à l'Université de Provence.

³ Psychologue clinicienne et chercheuse de l'U.P.N.

⁴ Psychologue clinicienne et chercheuse de l'U.P.N.

A – De nombreuses pertes

Tout d'abord du fait de sa maladie et des soins, le dialysé est confronté à de nombreuses pertes. En premier lieu il doit faire face à l'annonce de son insuffisance rénale terminale et donc à l'idée de sa propre perte, de sa mort repoussée un peu plus à chaque séance de dialyse. La défaillance de la fonction vitale rénale ouvre également sur d'autres pertes réelles comme la perte de la diurèse résiduelle, que le patient peut vivre comme une mutilation particulièrement blessante pour son narcissisme. Il peut se sentir moins puissant comme Vincent qui dit : « *depuis que je n'urine plus je me sens moins homme* », amputation de son sentiment de virilité.

D'autres types de pertes dans le registre corporel sont aussi douloureuses à vivre pour ces patients. Ce sont celles qui concernent la réduction de la motricité et de la motilité durant et hors les séances de dialyse du fait de la fistule, de l'arthrite, de fractures dues à la fragilisation osseuse consécutive à la dialyse. Par ailleurs, la perte de poids revient souvent dans les discours de mes patients comme Gérard qui dit, inquiet : « *je perds de plus en plus de poids, mes muscles fondent à chaque dialyse, je me sens nul* ».

Le narcissisme des patients dialysés est donc érodé par ces nombreuses pertes. Il est aussi éprouvé par la perte de liberté consécutive à la dépendance machinique qui est la contrainte la plus douloureuse à vivre psychologiquement pour les patients comme le repèrent H-S. Abram (1972) et plus récemment B. Hagren et coll. (2001), ce dont témoigne Pierre : « *La dialyse c'est être un prisonnier attaché à un boulet, c'est terrible, je me sens un esclave c'est avilissant* ». Les dialysés ne sont donc plus libres de poursuivre les activités incompatibles avec le traitement (travail, loisirs) ni aller où et quand ils le souhaitent. Ils dépendent de la société (ambulance, remboursement de la sécurité sociale, etc) et des différents soignants pour vivre.

La maladie et les soins bouleversent aussi la vie de famille : les patients perdent leur statut, leur rôle tenu jusqu'alors au sein de leur famille. Fanny dit ainsi au sujet de ses enfants : « *depuis que je suis malade, je ne suis plus un parent, je ne suis plus une mère, je suis devenue une enfant pour eux puisque je ne peux plus m'assumer seule* ». Il y a aussi des remaniements au sein de la vie sociale et affective : les amis peuvent fuir le patient car ils ont peur de ce qu'il leur renvoie : idée de leur propre mort, souffrances psychiques et angoisses etc. Ces pertes émoussent le plaisir de vivre des patients. Elles sont autant de deuils qu'ils ont à vivre.

B- Deuils multiples

Le deuil n'est pas seulement causé par le décès d'un être cher mais peut l'être par tout ce qui revêt une valeur pour la personne : perte d'un idéal, d'un travail, pertes évoquées précédemment. Pour continuer à vivre avec leurs deuils, les patients doivent faire un travail de deuil qui permet de les accepter, progressivement. En s'aidant de mécanismes de défenses comme le déni ou le refoulement, le travail du deuil se déroule normalement. Le patient sait qu'il a perdu sa santé mais n'y pense pas tout le temps et progressivement pourra investir de nouvelles choses, sortir, reprendre des loisirs compatibles avec le traitement il retrouvera du plaisir à vivre. Utilisées excessivement, ces défenses rendent ce travail psychique pathologique. Dans le cas du déni, le patient comprend qu'il est malade mais fait comme s'il ne l'était pas.

La spécificité chez ces patients, est que, normaux ou pathologiques, les deuils et le travail de deuil sont infinis (D. Cupa, 2002). Le caractère effractant et pénible des soins (piqûres itératives, hypotension, fistule bouchée), leur répétition et les symptômes permanents de la maladie (perte diurèse, etc...), font que les patients sont toujours confrontés à des pertes réelles et/ou psychiques qui les empêchent d'oublier leur maladie mortelle. Ils sont sans cesse en deuil et doivent sans cesse se reconstruire, comme l'explique Jacques : « C'est un travail de

reconstruction toujours à faire. Parfois je remonte du fond de la piscine et fait avec mais quand j'ai des chutes de tension... et quand je pense à cette machine qui ne me lâche pas, je replonge, on doit toujours renoncer et accepter, c'est ça la vie en dialyse ».

Ce travail de deuil est psychiquement coûteux pour le patient en énergie psychique et peut le conduire à une dépression plus ou moins pathologique selon sa personnalité. D'après les études internationales, la dépression est l'affection psychiatrique la plus fréquente chez les dialysés : (PL. Kimmel et coll., 2008 ; D. Cukor, 2006 ; J. Chilcot et coll., 2008). En moyenne, il y aurait environ 1/3 à la moitié de dépressifs chez les dialysés. En France, D. Cupa et coll. (2002) ont trouvé 32 % de patients dialysés dépressifs sur les 362 patients de leur recherche. La dépression n'est pas seulement imputable aux deuils que les patients dialysés traversent. Elle peut résulter d'un traumatisme psychique qui épuise le patient du fait de son état constant de détresse psychique.

C- Traumatismes psychiques

Il y a traumatisme psychique quand un événement imprévu ou brutal soulève un orage émotionnel que la personne ne peut contenir, comme un accident, un attentat ou l'annonce d'une maladie grave telle l'insuffisance rénale terminale et la mise en dialyse. Le patient frôle la mort ce qui est profondément traumatique en soi : « quand on m'a dit que j'allais être dialysé, c'est comme si un arbre s'effondrait », « ça a été comme un cyclone » me disent respectivement deux de mes patients. Ce n'est pas seulement l'annonce du traitement qui est traumatique. La dialyse en elle-même l'est aussi. Chaque dialyse peut « éroder psychiquement le patient, renforçant son sentiment d'insécurité, aggravant son état de détresse », ce que signifie Paul lorsqu'il dit : « un jour ça va et le lendemain on a la fistule qui se bouche et tout va mal. Et j'ai peur de nouveau ».

C'est aussi la répétition de micro-traumatismes propres à chaque séance de dialyse qui est traumatique. Elle renforce un peu plus à chaque fois le sentiment d'insécurité des patients, qui à la longue peuvent être plus perméables aux agressions extérieures, plus fragilisés, ils peuvent moins bien se protéger face aux aléas du traitement ou de leur vie en général. Comme le dit Agnès « *avant la dialyse ça allait mais depuis et avec mes autres problèmes, mes perte de poids, mes problèmes de tension, je suis devenue peureuse, le moindre souci m'atteint. J'ai peur de sortir dans la rue, j'ai peur que des cambrioleurs ne viennent chez moi, je suis toujours sur le qui vive et je fais des cauchemars.* ». Toutefois le traumatisme psychique n'est pas seulement provoqué par la rencontre avec la mort ou la sommation de soins effrayants. Il peut l'être par la confrontation à la castration réelle comme abordée ensuite.

Dans tous ces cas, la symptomatologie du traumatisme psychique que l'on peut rencontrer chez les dialysés est comparable à celle des traumatismes de guerre. On rencontre ainsi des cauchemars répétés, vécus intensément, qui reproduisent plus ou moins fidèlement la scène traumatique. A l'état de veille, le sujet anxieux, revit la scène traumatique sous forme de ruminations mentale, d'une remémoration avec images ou perceptions plus ou moins vives (odeurs, bruits, etc.), ou de brefs "flash back" comme Barbara, que je rencontre car les infirmières la trouvent anxieuse. Barbara les questionne sans cesse, guette le moindre de leur mouvement et sursaute quand la machine sonne. Elle dit alors en entretien son épuisement d'être ainsi anxieuse. Elle fait régulièrement des cauchemars où elle voit des seringues qui la piquent et ajoute « *j'ai l'impression d'entendre les sonneries des machines en leur absence, ça me stresse.* »

A l'instar de Barbara, l'anxiété est assez fréquente chez les patients dialysés. Selon les études (MD Arenas et coll., 2007 ; D. Cukor et coll., 2007), c'est un symptôme qui survient chez 20 à 30 % des dialysés en moyenne. D. Cupa et coll. (2002) notent dans leur recherche sur la qualité de vie subjective que le niveau d'anxiété moyen est relativement faible chez les dialysés⁵. Cette anxiété peut témoigner de différents vécus angoissants. L'angoisse de mourir est fondamentalement alimentée par la proximité de la mort, à l'annonce du traitement : « J'ai frôlé la mort, la dialyse m'a ressuscité, ça fait peur », dit Jérôme ou ensuite pendant les dialyses comme lors de baisse de tension pour Pierre : « *j'ai cru que j'allais y passer quand ma tension a chuté, ça fiche la trouille* ».

Ces angoisses peuvent aussi être d'une autre nature : ce sont des angoisses de castration. Elles peuvent se réactiver du fait de la perte réelle du rein et des autres types de pertes ou limitations qui rendent impuissants et vulnérable le patient comme Victor. Depuis qu'il est malade, Victor n'ose plus séduire les femmes et dit « avant la maladie j'étais un vrai séducteur. Maintenant, je ne suis plus vraiment un mec. Je n'ai même pas osé raccompagner une femme qui me plaisait. J'ai peur que dans le feu de l'action, ça chute et je m'en veux ». On peut repérer d'autres types d'angoisses que l'on qualifie de vampiriques : le patient craint d'être aspiré, sucé par la machine qu'il fantasme comme un vampire se nourrissant de sa substance (D. Cupa, 1985, 1995) : « *j'ai peur de cette machine qui me suce le sang avec ses aiguilles* » dit Xavier tandis que Jérôme dit craindre d'être absorbé par cette machine qu'il nomme « *Shadok* » « *car un Shadok ça pompe énormément* » c'est pourquoi il me dit devoir manger avant la dialyse pour ne pas être entièrement vidé par la machine.

Pour conclure ...

L'insuffisance rénale terminale et la dialyse, avec leurs souffrances psychiques et physiques sont donc éprouvantes pour le psychisme. Pourtant, malgré cela, les patients continuent de se faire dialyser, de passer de nombreux examens médicaux. Cela témoigne avant tout de la suprématie de leur force de vie sur celle de mort, mais aussi d'un appui recherché auprès de l'entourage (familial, social, des soignants) qui, suffisamment contenant, soutient cet élan vital en aidant le patient à reconstituer une enveloppe plus protectrice pour son narcissisme régulièrement écorché par la maladie et les soins.

II- Le vécu corporel et psychique des patients en dialyse péritonéale

A- Un nouveau regard porté sur le ventre

Lorsqu'on pénètre dans l'univers de la dialyse péritonéale, on est d'abord assailli par des termes plus ou moins techniques comme poche, péritoine, stase, filtration, cathéter..., puis toute l'attention se porte sur un endroit précis : le ventre. Un ventre qui se transforme, un ventre qui peut être regardé, montré, dont le patient prend soin car il devient un élément essentiel du traitement. Si à l'origine le terme « ventre » vient de l'estomac (*venter* en latin), sa définition fait état d'une indistinction entre ses fonctions digestives ou sexuelles, c'est à la fois le siège de la digestion et le siège de la gestation. Dans la théorie psychanalytique, le ventre est un « carrefour fantasmatique » dans lequel s'entremêle oralité, analité et génitalité. Aussi, dans le langage courant,

⁵ Résultats obtenus sur 276 patients dialysés sur 362 qui ont rempli l'auto questionnaire STAI (State-Trait Anxiety Inventory), (C.D. Spielberger, 1983) permettant de quantifier de façon indépendante l'anxiété actuelle au moment de la passation et le tempérament anxieux habituel du sujet.

le ventre infiltre bons nombres de représentations et de métaphores. La dialyse péritonéale ajoute d'autres fonctions et représentations concernant le ventre. Sa surface comme sa cavité deviennent le point de mire des médecins, des infirmières et du patient. En immerge le cathéter, « *un trou avec un long tube qui pend* » comme le décrivent les patients, est à l'origine d'un bouleversement corporel et psychique. Dans les jours qui suivent son implantation, la souffrance des patients s'exprime souvent à travers une douleur : douleur dans le ventre, douleur de regarder son ventre. Certains patients parlent avec effroi de leur ventre « *troué* », « *transpercé* ».

Plus ou moins rapidement selon les patients, le cathéter s'intègre dans leur image corporelle, devient plus familier. Sa localisation sur le bas ventre, une zone du corps sexuellement connotée et source d'excitation, joue ici un rôle important. Le cathéter va en quelque sorte bénéficier de l'excitation suscitée par les soins et l'attention qui lui sont prodigués, et ainsi faciliter son acceptation (Consoli, 1990). Baigné de libido, il va pouvoir aider à colmater la brèche narcissique ouverte par la maladie. L'érotisation du cathéter est une étape dans le processus d'investissement et de mentalisation du traitement. Le cathéter se dote ainsi des attributs qui caractérisent habituellement les orifices naturels comme la bouche, les yeux, les organes génitaux. Il a pour le patient une « *fonction vitale* » et devient un secteur « *érotiquement important* ». Ce processus est transparent lorsque Simon me dit, parlant de son cathéter : « *Maintenant on peut plus dire que j'ai rien dans la culotte* », ou bien lorsque Julien donne un « *petit nom* » à son cathéter, pourtant, il demeure le plus souvent inconscient chez les patients. Ce mouvement psychique apparaît aussi à travers ce que disent les infirmières qui évoquent des patients « *qui se déshabillent facilement et plus que nécessaire* ».

Le plus souvent, ce surcroît d'excitation se manifeste dans le plaisir que les patients associent à leur dialyse. Ainsi Martin, 70 ans, qui trouvant que « *faire les poches* » était trop long, lit des romans policiers exclusivement sur le temps des échanges. Lorsque le suspens est trop grand il a hâte de voir arriver l'heure de la dialyse, et trouve même parfois les échanges trop courts. Pour Brigitte, c'est un moment de détente : « *J'essaie que ce soit un petit moment agréable plutôt qu'un moment embêtant. (...) Souvent je fais un thé, je m'installe, je mets ma musique, mes trucs et puis...je ferme les yeux, je me repose, je médite... il m'arrive de m'endormir à moitié. Franchement, je me sens mieux après.* ». Cette notion de plaisir, de détente est récurrente. Elle témoigne d'une bonne intrication de la libido au soin, et permet de se protéger de l'angoisse associée aux échanges de liquide. Le cathéter comme porte d'entrée d'un risque infectieux demeure en effet le point le plus anxiogène du traitement, car il préserve la vie tout en menaçant son équilibre fragile.

B-Une enveloppe contenant interne

Avec la dialyse péritonéale, on découvre « ce que l'on a dans le ventre », et en particulier le péritoine. Pour les profanes, cette membrane est bien souvent inconnue et ses fonctions ignorées. Son rôle est de maintenir les organes en place afin qu'ils ne se précipitent pas vers le bassin, ou bougent avec les mouvements de l'individu. Il sert de structure porteuse aux vaisseaux et nerfs des organes et assurer le glissement des viscères grâce à une mince lame lubrifiante qu'il contient, le liquide péritonéal qui existe en quantité minime chez le sujet sain. Cette membrane, ce sac, est un élément essentiel de la dialyse puisqu'il contient le liquide dialyseur et filtre les impuretés du sang. Le péritoine remplace d'une certaine manière le rein défaillant, avec l'aspect rassurant pour le patient, d'être interne et d'appartenir à son corps. Au début du traitement, le péritoine est cependant difficilement représentable, et souvent, les patients doutent de son aptitude à contenir tout le liquide qu'ils doivent y injecter. Avant d'avoir commencer les dialyses, l'idée même de la stase peut être angoissante. Pierre,

par exemple, se représente le dialysat dans le péritoine, comme un liquide dans une poche qui se déplace dans son abdomen : « *Je suis sûr que c'est complètement idiot* » dit-il, « *mais je me demande si je ne vais pas avoir des sensations d'étouffement à cause du liquide, ...peut être que lorsqu'on bouge, quand on s'allonge ou que l'on s'assoit, il va remonter et comprimer la cage thoracique.* ». Ces inquiétudes disparaissent dès les premières dialyses, et les préoccupations se tournent d'avantages vers la nouvelle gamme sensorielle qui accompagne la stase : des sensations de pesanteur dans le ventre, dans le dos, des reflux gastro-oesophagiques. A ceci s'ajoute la transformation de son visage dans le miroir, de l'idée que le patient se fait de son corps. Ce « *gros ventre* » est alors vécu comme un stigmate supplémentaire de la maladie : « *J'ai du faire reprendre mes pantalons* », « *je me sens bouffi, gros, énorme* ». La dialyse est alors une souffrance pour le patient, il doit s'adapter à cette nouvelle image de son corps tant physique que psychique.

De même, le péritoine est physique, mais je le considère aussi comme quelque chose de psychique, ceci pour mieux comprendre le retentissement que le traitement peut avoir sur nos patients. Dans un jeu de correspondance et de métaphore, le rôle contenant et filtrant du péritoine peut être rapproché des fonctions du *Moi-peau*. Le *Moi-peau*, est notre enveloppe psychique, comme la peau est notre enveloppe corporelle. Le *Moi-peau* nous contient et nous protège psychiquement, comme la peau enveloppe et protège notre corps (Anzieu, 1985). Comme le *Moi-peau*, le péritoine est associé fantasmatiquement à un « *un sac qui contient et retient à l'intérieur le bon* », car le *Moi-peau* du nourrisson lui permet de conserver « *le bon et le plein* » de l'allaitement, des soins et du bain de parole (Anzieu, 1985). Le péritoine contient quant à lui le dialysat qui peut alors être investi comme « *un bon objet* » à l'intérieur du corps. Comme le lait ou le liquide amniotique pour le nourrisson ou le fœtus, c'est un liquide qui permet à l'insuffisant rénal de rester en vie (Gourdon, 2000). Ainsi d'autres représentations, plus rassurantes, peuvent aider les patients à faire avec leur corps soumis aux transformations et au traitement. Le ventre de la dialyse associé au ventre de la grossesse en est une. Ici, la fonction contenant est sollicitée, et place la dialyse du côté de la vie plus que de la maladie (Gourdon, 2000).

Par contre, les patients dont les fonctions psychiques de contenance et de protection ont été abîmées par un environnement, un entourage insuffisamment pare-excitant et contenant, le début du traitement peut rééditer des traumatismes antérieurs à la maladie. A défaut d'en avoir un interne, ils ont besoin d'un contenant auxiliaire externe. Cette fonction est recherchée auprès de leurs proches, mais aussi des équipes médicales et soignantes qui tiennent une place très importante auprès des patients. Ses personnes en souffrance sont rapidement repérées par les infirmières du centre, et me sont généralement adressées peu après la pose du cathéter. Une prise en charge psychologique s'enclenche parallèlement au début des dialyses. Le travail psychothérapeutique offre au patient ce cadre contenant et sécurisant dont il a besoin, et dans lequel il pourra mettre du sens sur les difficultés et souffrances qu'ils rencontrent.

Pour conclure ...

Pour les patients, qu'ils le fassent eux-mêmes ou avec l'aide d'une infirmière, leur existence se ritualise autour des moments où ils se vident et se remplissent le ventre. Cette temporalité, qui n'est pas s'en rappeler le rythme digestif des nourrissons les premiers temps de la vie, invite à une certaine forme de régression psychique qui rend à certains plus acceptable cet état de dépendance. Pour d'autres, cette temporalité est susceptible de réactiver des angoisses qui témoignent de la fragilisation des enveloppes psychiques à un stade précoce du développement.

Bien sûr, cette dynamique psychique influence la relation soignant-soigné, qui, sur le plan fantasmatique, se rapproche des soins maternels précoces. Cela va dans le sens d'un soin vécu comme « *moins agressif* » par les soignants, mais explique aussi pourquoi la relation de soin a aussi peut être présentée comme coûteuse psychiquement par les soignants. En effet, avec leurs patients, comme dans la relation mère-enfant, les soignants doivent gérer « une identification-consciente, mais aussi profondément inconsciente. » (Winnicott, 1956).

III-Aspects psychopathologiques du processus de vieillissement du patient dialysé

Le vieillissement est un processus naturel, universel et irréversible. D'un point de vue psychopathologique, nous pouvons considérer le vieillissement psychique comme un processus, c'est à dire un mouvement dans le temps, débutant lorsqu'un sujet rencontre la mort qui s'impose à lui comme incontournable. Il admet qu'il est mortel. C'est ce processus qui sous-tend la « crise du milieu de la vie » décrite par E. Jaques (1974). Les fantasmes d'éternité, de toute puissance infantile, perdent leur efficacité psychique. Ils s'émeussent, ils sont remis en cause dans cette rencontre avec la mort. Dans cette perspective, une relation intime entre vieillissement et mort est posée. Si le vieillissement est une dégradation progressive de l'organisme, il est aussi constitué par la succession des pertes provoquées par les maladies invalidantes, la succession des pertes des liens affectifs et sociaux. La perte ultime étant de plus en plus proche à l'horizon.

Ce travail met en avant un certain nombre d'indicateurs du fonctionnement psychique des patients dialysés vieillissants afin de les aider à « réussir » leur vieillissement malgré la maladie, la lourdeur des soins et leurs effets secondaires. Comment en effet peut-on les aider à supporter une souffrance qui n'est pas seulement existentielle, liée au vieillissement, mais aussi les surplus de souffrances que la maladie chronique et les soins « machiniques » très lourds provoquent ?

A- Perte narcissique et le narcissisme gardien de vie

L'entrée dans la dialyse s'inaugure par une perte traumatique car le patient perd une fonction vitale ce qui le confronte à sa mort. Partant de la définition proposée sur le processus de vieillissement, nous pouvons avancer que le dialysé entre dans ce processus à son entrée en dialyse. C'est une blessure narcissique profonde où le sujet est remis en cause dans ses capacités les plus profondes à s'auto-conserver. La toute puissance infantile présente chez tout un chacun est mise à mal, d'autant plus que les dialyses rappellent répétitivement aux dialysés leur mortelle condition, ouvrant ainsi sur un deuil infini.

De son côté, le vieillissement physique rapproche de la scène mentale la mort qui est associée au vécu des baisses de performance et aux modifications corporelles conduisant à un sentiment de déclin d'autant plus qu'apparaissent les effets secondaires de la dialyse aggravant le sentiment d'impuissance. La séduction s'altère, plaire à soi-même et aux autres devient de plus en plus difficile. Du coup, l'activité auto-érotique peut diminuer. Le sujet a de moins en moins les moyens de se rétablir narcissiquement. Peut alors apparaître le sentiment douloureux de déchéance, l'incapacité à se forger une image de soi suffisamment digne.

Le narcissisme comme gardien de la vie est alors central. Il se décline selon quatre procédés :

- Premièrement, l'auto-conservation implique de faire attention à soi, de se préserver et se protéger voire de façon cruelle. Chez le sujet dialysé, sa capacité à s'auto-conserver a été mise en défaut et il peut se sentir

particulièrement incapable de le faire, délaissant à autrui cette tâche, ce qui augmente sa dépendance. Il est alors d'autant plus important pour lui de prendre en charge ses soins, de se sentir davantage capable de se protéger.

- Deuxièmement, l'amour de soi à travers l'amour pour l'autre : l'amour de l'autre alimente narcissiquement car le sujet dépose chez l'autre des parties précieuses de lui-même qui lui permettent en retour de recolorer, « redorer » son Moi.

- Troisièmement, l'amour de l'autre : les marques de l'attachement à l'autre propres aux relations affectives constituent autant d'aliments nécessaires au métabolisme d'un narcissisme de vie. L'équipe médicale et soignante, par exemple, est considérée par certains patients comme une famille.

- Quatrièmement, la sublimation qui consiste à la recherche du plaisir dans des activités intellectuelles permet face aux processus de déssexualisation en jeu dans le vieillissement, un maintien de l'homéostasie narcissique. Au cours du vieillissement, la création relance la toute puissance comme source de jubilation, l'idéal étant de créer et aussi de se créer dans la satisfaction. On notera que la sublimation est mise à mal dans la détérioration mentale, ce qui conduit à une véritable désertification psychique qui ne permet pas la restauration narcissique si importante pour le vieillard.

B- Perte des relations affectives et les nouvelles modalités affectives

Les patients au narcissisme fragilisé par la maladie, la chronicité et le vieillissement vivent la séparation de façon particulièrement douloureuse. La séparation peut aboutir à une véritable hémorragie narcissique qui déstabilise profondément leur organisation psychique. Les dépressions sont alors à craindre ainsi que des mouvements régressifs graves, à régresser vers des positions infantiles. Le patient a besoin de se sentir protégé par une équipe soignante et médicale très puissante, l'autre versant étant une grande détresse dès qu'il a le sentiment d'être délaissé, la crainte d'être tué.

Au niveau des relations génitales propres à la relation amoureuse adulte, elles sont perturbées chez le patient dialysé pour des raisons biologiques et psychogènes.⁶ Concernant l'aspect psychogène des difficultés sexuelles du dialysé, elles sont très proches de celles qui sont liées au vieillissement. Le sentiment d'impuissance, le constat de ses insuffisances renforcent les angoisses de castration liées à la culpabilité œdipienne. L'impossibilité de trouver une satisfaction orgastique étant fantasmée comme une punition imposée par la maladie vécue elle-même comme sanction.

Faute de trouver suffisamment de satisfaction au niveau génital, le dialysé et notamment le dialysé vieillissant investit surtout le domaine de l'analité, en particulier l'argent, le rangement ou le désordre, le don ou la rétention. La colère, les griefs, l'hostilité, l'ambivalence, la cruauté sont monnaie courante chez la personne âgée. Bien souvent, l'agressivité déployée à l'égard de l'entourage n'est pas sadique dans le sens où faire souffrir l'autre apporte du plaisir. Elle a plus un but auto-conservatif. La cruauté joue là un rôle essentiel. Les attaques hostiles peuvent également viser à ébranler l'autre afin de lui donner à sentir ce qui se passe chez quelqu'un de révolté par l'approche de la mort.

Pour se revitaliser psychiquement, la personne âgée peut également tenter de se remplir du stock

⁶ Ainsi 45% des hommes réduisent leurs activités sexuelles dès l'annonce de la maladie rénale, à cela s'ajoutent 35% des hommes dès le début de la dialyse. (H.S. Abram, 1974). De plus, 65 à 70% des hommes hémodialysés souffrent d'un déclin de leur libido ou d'un dysfonctionnement sexuel tandis que 10% des femmes dialysées ont des menstruations anormales et 50% à 80%, une baisse de leur libido et des difficultés pour atteindre l'orgasme. La moyenne d'âge préférentiellement affectée par les troubles sexuels est de 50-59 ans (T.M. Brown, 1995).

énergétique des plus jeunes et se montrer très avide affectivement recherchant toujours des faveurs supplémentaires.

C- Perte de l'indépendance

Une autre particularité de la psychopathologie du dialysé concerne sa position existentielle. Il est dans une « dépendance absolue » à la machine. Il dépend de façon vitale à cette machine comme le tout petit enfant à sa mère. A cette dépendance s'ajoute celle à l'équipe médicale et soignante et pour la personne âgée la dépendance psychique du fait de sa dépendance fonctionnelle et de la nécessité de se dessaisir des rôles sociaux. Il y a donc chez le dialysé vieillissant une forte dépendance qui est à l'origine d'une souffrance par moment intolérable et peut engendrer des passages à l'acte, comme ne pas venir se faire dialyser par exemple, revendication à une certaine liberté.

De plus, on sait combien le patient dialysé est prisonnier de la temporo-spatialité des dialyses. Ces difficultés s'aggravent avec la personne âgée dont les capacités à se mouvoir se réduisent progressivement. Lorsque la personne est apte à sortir de son domicile, elle restreindra progressivement son périmètre de déplacement. Une dépendance au domicile existe également, cependant cette activité domestique est indispensable pour maintenir une vie autonome et décente au domicile et est aussi un exercice qui entretient psychologiquement et physiquement la personne âgée dans un état de santé assez favorable. Cependant, il existe une condition fondamentale pour que ces activités se poursuivent avec entrain : il faut qu'elles procurent du plaisir. Un repli narcissique sur le domicile, pas forcément du à des handicaps physiques objectifs, peut témoigner d'un syndrome dépressif ou encore d'un conflit avec l'extérieur.

D-La perte des capacités à penser

Enfin, nous pouvons aborder un dernier indicateur du fonctionnement psychique du patient âgé dialysé : la perte des capacités de penser. L'appareil psychique du sujet âgé peut se révéler transitoirement (lors d'un syndrome dépressif par exemple) ou durablement appauvri. Les données cognitives s'effacent au fur et à mesure des années du fait « usuel » de l'âge ou à cause de pathologies (comme les détériorations intellectuelles). Les acquisitions les plus récentes partent les premières, puis progressivement les capacités d'abstractions et de se représenter se perdent, ainsi que celles d'associer.

La perte de ses capacités à penser provoque une désorganisation mentale et chacun des aspects abordés dans ce travail sont ici exacerbés. Au fil du temps, le sujet âgé, comme le sujet âgé dialysé, a un appareil à contenir ses pensées de moins en moins efficace, ce qui renforce son sentiment d'insécurité, d'anxiété voire de détresse. Par ailleurs, la baisse de l'efficacité intellectuelle isole plus encore et amplifie la perte des relations affectives, participant à une dévitalisation. Elle est une cause essentielle de la perte de l'indépendance et notamment des mauvaises adaptations au domicile. La perte des capacités intellectuelles rend la personne vieillissante plus démunie.

E-La prise en charge psychique du patient âgé

Le narcissisme vieillissant se rétracte. Il perd des fragments de lui-même, notamment au niveau des performances intellectuelles. Il peut même se révéler transitoirement trop appauvri par des situations conflictuelles, par des pertes et des angoisses de mort. La pensée devient squelettique, privée de développement, d'associations et d'émotions qui colorent et donnent de l'originalité au discours. La pensée est aussi portée par une ligne mélancolique monotone et lente. Les productions mentales sont rares, dévitalisées, distantes les unes des autres.

Elles se dessèchent. On est en présence d'un processus de désertification qui n'est pourtant pas démentiel. On constate une sorte d'anorexie psychique qui peut être cachée par la superposition d'une anxiété débordante. Le malade se plaint de façon monotone et insistante, voire capricieuse et rien ne l'apaise. Il use successivement les meilleures volontés jusqu'à ce qu'on découvre, derrière cette exigence désordonnée et lancinante, une dépression.

Lorsque l'appareil psychique est dévitalisé, seul un travail de stimulation psychique peut le ranimer. Dans ce cas, le thérapeute n'est plus à la recherche d'un conflit, source de souffrance, mais de *l'activité mentale résiduelle*. Il s'agit d'être à l'affût des productions survivantes, des images, des souvenirs, des appréciations, des éléments de jugement, des réactions affectives dans ce qu'ils ont de plus spécifiques et personnels. Il convient d'accompagner, de stimuler voire de relancer autant que possible le patient. Nous l'aidons à reconstruire sa vision du monde, sa manière de penser, ses capacités à vivre seul et à vivre sa dépendance. Ses activités artistiques et intellectuelles, sources de respiration psychique, sont les lignes de force qui orientent notre travail psychothérapeutique.

Ce travail, qui fait suite le plus souvent à une demande de l'équipe soignante ou médicale, est lent, difficile, partiel, constamment menacé de séparation par lassitude. Seule une attitude confiante et très patiente permet de mettre en place une certaine alliance de travail.

Comment s'orienter dans un espace psychique en voie de désertification ? Trouver un bon tempo est la règle : surtout ne pas anticiper, prendre le temps de régler son allure, celle du patient, doucement, avec précaution. Le tempo, la prévenance, la patience offerts par l'interlocuteur jouent un rôle déterminant. L'accordage temporel, rythmique au patient est central, et témoigne au fond de l'accordage affectif au patient ce qui lui confère une sécurité de base, proche du holding maternel (D. Winnicott, 1960). Un cadre qui règle les temps des rencontres et son rythme, doit être minutieusement mis en place et être scrupuleusement respecté, toutes modifications pouvant être vécues comme des déchirures psychiques.

L'activité pulsionnelle du sujet âgé s'est modifiée et elle peut paraître endormie. La proximité montre souvent des hyperinvestissements très ambivalents. Nous nous confrontons alors à des orages où l'amour et la haine se côtoient. La personne âgée a une grande soif d'affection et investit fortement, mais elle apparaît aussi facilement jalouse, envieuse vivant l'autre très vite comme persécutif à cause de ses fragilités narcissiques.

Le thérapeute est chargé d'une double mission : contenir, supporter et comprendre ces vifs mouvements pulsionnels. Il faut contenir l'intensité des mouvements transférentiels positifs qui donnent lieu par exemple à des constructions idéalisantes par lesquelles le thérapeute est paré de vertus curatives magiques. Lorsque ces mouvements sont négatifs, ils libèrent des attaques hostiles, méchantes visant à ébranler le thérapeute aussi fortement que possible, afin de lui donner à sentir ce qui se passe chez un homme révolté par l'approche de la mort. Ensuite, il cherche à donner du sens à ces mouvements transférentiels qui en étant compris arrivent à mieux se réguler.

Le travail du vieillir prépare le travail du mourir mais le travail autour de la dépression reste le plus souvent à faire. Le patient sentant sa mort approcher soit s'enferme de plus en plus dans un monde autistique, soit cherche à s'engager dans une ultime expérience relationnelle très vive. Pour M. de M'Uzan (1977) qui propose une réflexion remarquable sur le « travail du trépas » souligne que celui-ci ne commence qu'après la dépression de préparation. Il correspond à un développement mentalisé de l'acceptation, une activité pour laquelle la présence d'une personne réelle est nécessaire. Cette personne dispose, en particulier, d'un pouvoir considérable sur les phénomènes algiques. La présence d'une personne réelle est donc indispensable à la plupart des mourants pour leur épargner la solitude qui

préfigure trop violemment la mort. Ce qui nous paraît central est que le patient puisse mourir vivant psychiquement.

Pour conclure

Il nous paraît primordial d'apprécier et de soutenir le support familial. Le conjoint, les enfants, la fratrie fournissent des Moi auxiliaires qui sont les meilleurs garants de la préservation heureuse du patient. Ils garantissent le maintien d'une reconnaissance pourvoyeuse de réconforts narcissiques. Ce soutien procuré par les relations affectives permet une dilution de la solitude mortifère. Lorsque ce soutien manque, il est nécessaire que les soignants y remédient, sachant que chez les dialysés âgés, le personnel de dialyse constitue leur famille, et comme le souligne M-C Célérier : « on ne vieillit pas seul, on vieillit avec les autres dans un tissu de liens qui permet de pallier plus les manques qui s'accumulent au fil des ans ». (2001) L'entourage (soignants, proches) en étant contenant peut ainsi aider les patients à reconstituer une enveloppe plus protectrice, et c'est ce qu'indique une étude sur la qualité de vie que nous avons menée sur 362 patients (D. Cupa et al., 2000).

IV- Soins psychiques et maladie chronique

A- Travail du « psy » avec les équipes

Quoique l'on puisse dire, les médecins « non-psy » s'intéressent aux éprouvés de leurs patients, à leur bien-être, à l'individu pris dans une histoire et la présence de « psy » confirme leur intérêt pour le psychologique. Le travail avec des équipes médicales et infirmières ne se fait pas sans difficultés qui tiennent à trois grandes raisons. Premièrement, le « psy » a peu d'efficacité immédiate, et se faisant il n'accroît ni l'efficacité médicale, ni le pouvoir médical. Deuxièmement, le « psy » prétend qu'il existe des pulsions, des désirs en nous, un Inconscient qui nous gouverne. Troisièmement, pour le « psy », le corps du patient est un corps érogène qui souffre et éprouve du plaisir et n'est pas régi uniquement par des faits biologiques, anatomiques, physiologiques.

L'écoute des patients par les somaticiens et les « pys », écoute plurielle, espace de co-pensées et de co-contruction, permet que dans et par le travail élaboratif en commun soit rendu aux patients ses différentes facettes, souffrances et douleurs et qu'en particulier, ne s'instaure pas un clivage corps/psyché dont on connaît les effets délabrants. Le désir engagé de part et d'autre est centré sur le savoir : en savoir plus sur le patient, sa maladie, ses souffrances, sur sa mort et par conséquent sur soi-même. Désir de savoir qui nous pousse aussi à faire des recherches qui permet de ne pas trop nous décourager, l'espace de recherche étant un autre espace de reprise, de dégageement.

Le travail avec les médecins et les soignants s'organise selon plusieurs modalités. D'une part, nous participons à tous les staffs médicaux lors desquels sont évoqués les patients et nous y apportons notre contribution tentant de lier ce qui nous est rapporté avec nos propres élaborations et en montrant les ressemblances et les différences. Il nous paraît aussi important de faire admettre que chacun peut être dépositaire d'un discours différents du patient, d'une partie différente de celui-ci. D'autres parts, nous cultivons le « glandouillage » à certains moments de la journée. Cela consiste à rester « traîner » auprès des médecins et personnels soignants dans l'attente incertaine d'une souffrance qui pourra s'exprimer dans un contexte plus intime, permettant une rencontre, duelle. Si nous travaillons sur les demandes concernant les patients, en particulier une analyse des contre-attitudes, nous ne le faisons pas lorsque cela concerne des demandes personnelles de soignants que nous adressons systématiquement,

après une écoute longue et attentive, à des collègues extérieurs à l'institution. Enfin, nous animons « un groupe de parole » en partant de l'analyse de cas de patients que nous présentons. Chacun peut alors à la fois évoquer sa compréhension et ses propres ressentis à l'égard du patient.

B-Prise en charge des malades.

Prendre en charge ces malades exige bien souvent de les écouter sans pour autant qu'un désir de changement ne soit là, mais parce que la douleur psychique est délabrante, parce que la psyché est mourante. Il faut les écouter presque malgré eux, écouter l'inaudible, et entendre des vérités aussitôt déniées car trop abrasantes. Notre tâche consiste d'abord à les réanimer psychiquement. De l'écoute proposée peut émerger une activité interprétative chez ces sujets qui s'interrogent sur leur souffrance, leurs désirs, leur histoire.

En général, lorsque ces patients formulent une demande c'est pour une résolution ponctuelle de leurs difficultés. Le cadre de notre travail avec eux est garant de certaines règles à admettre qui ont valeur de contenance et de continuité. La fonction d'étayage du cadre est comparable dans son aspect symbiotique à ce qui se passe entre une mère et son bébé. Sur fond de continuité, de disponibilité, en supportant l'agressivité que ces patients déploient à notre égard lorsqu'ils peuvent avec nous s'autoriser à se déprendre fantasmatiquement de l'emprise médicale, de la dépendance absolue dans lesquelles ils sont dans la réalité, nous arrivons à leur donner des limites plus fiables. A travers cela, ils retrouvent un corps qui peut encourir les risques du plaisir sans pour autant en mourir. La parole et l'écoute sont porteuses d'un sens pas uniquement d'un contenu, elles portent parce qu'elles apaisent, enveloppent, protègent.

Nous sommes par ailleurs dépositaire de l'horreur liée aux craintes de la mort et des douleurs liées à la maladie et aux soins. Ce qui nous est demandé est de pouvoir entendre, sans être rejetantes, les peurs et douleurs induites en nous. De notre côté nous devons nous laisser approcher à bonne distance en étant ni trop protectrices, ni trop vulnérables permettant ainsi que s'établisse une confiance en la solidité de l'autre et en soi-même. Le travail du « psy », et plus précisément psychanalytique auprès des patients, s'appuie sur certains types d'interventions dont quelques-uns ont été bien mis en évidence par B. Brusset (1998) :

- de façon à témoigner d'une écoute au-delà et en deçà de ce qui est effectivement dit par le patient prenant acte de ce qu'il veut dire avant d'analyser ce qu'il dit sans le vouloir ;
- en proposant des formulations qui ouvrent des nouvelles dimensions de sens ;
- en mettant en correspondance les émotions et des images proposées par le patient lui permettant ainsi de créer de nouveaux liens ;
- en témoignant de notre attention, de notre mémoire, de notre souci de compréhension de l'expérience du patient, en particulier de sa souffrance et de ses craintes de la mort.

Le processus qui s'engage permet alors que le patient, au-delà des ses souffrances, arrive à éprouver un certain plaisir, à s'intéresser à son propre fonctionnement psychique et à retrouver sa propre histoire. Ainsi pouvons-nous commencer à redonner et à rétablir un meilleur narcissisme chez ces patients, et faire en sorte que la blessure que constitue la maladie soit moins hémorragique. Les évènements dépressifs pourront s'atténuer et permettront une reprise de l'activité et un rapport à la passivité moins angoissant, moins pris dans la dépendance traumatique aux soins. Les relations interpersonnelles deviendront plus souples, l'agressivité et les conflits seront ressentis comme moins désastreux. Le vécu des soins sera moins persécutifs malgré sa dimension aliénante. La pensée se libèrera, plus créatrice, moins entravée par la lutte anxieuse face aux pertes et au risque de mourir. Le patient se

réappropriera, dans l'écoute empathique de son intimité et ce qu'elle a de plus inédit, son histoire et son corps, son destin devenant alors moins menaçant.

C- De l'affect au langage à l'affect

Chez ces patients nous travaillons dans et avec le langage comme avec tous nos patients. Mais bien souvent nous travaillons avec les affects⁷ et parfois uniquement avec eux, affects d'angoisse, dépressifs, douleurs sourdes ou aigus (Parat, 1993). Nous sommes là, dans ces moments particuliers pris comme porte-corps et porte-parole d'affects qui doivent trouver leur place dans l'espace thérapeutique que nous proposons.

Nous travaillons en « accordage affectif » pour reprendre le terme de D. Stern (Stern, 1985). Notre attitude intérieure se fait écoute du mouvement, du rythme, du tempo, de la couleur de la voix. Sur le fond mouvant de nos éprouvés, la sonorité de notre voix, notre ton, la scansion de nos paroles, la qualité de nos silences, la tension ou l'affaissement de notre écoute organisent le cadre analytique dans sa dimension de sensorialité. Le langage étant de moins en moins organisateur de l'échange, c'est un transfert dans et par les interactions affectives et comportementales qui se met en place, un transfert sur l'objet de tendresse

Par cette écoute, qui se soutient du langage mais en est aussi désancré, s'opère une mise en sens qui a pour particularité de mettre en avant un sens éprouvé, agi et à peine dit. Le vécu à deux de mêmes affects conforte le sentiment d'être du patient et consolide son narcissisme. Si le travail d'accordage affectif nécessite une écoute des affects de l'autre et de nous-mêmes dans une sensibilité particulière à la présence du corps de l'autre et de son propre corps, si les mouvements, les tensions, les modifications qui apparaissent sont perçus renseignant sur certains états, ils sont aussi accompagnés de représentations et de fantasmes permettant d'inscrire notre travail dans le réseau associatif de la séance.

Pour finir soulignons que l'utilisation de nos éprouvés affectifs avec nos patients dans un jeu de co-éprouvés de co-perceptions, est toujours nécessairement jumelée à notre neutralité. Ce travail est possible parce qu'une partie de nous-mêmes participe à la relation transféro-contre-transférentielle et une autre partie observe l'autre partie de nous-même grâce à nos connaissances spécifiques de l'analyse, nos outils techniques et notre investissement affectif sublimé du patient. A. Green propose cette magnifique description du travail du psychanalyste : « En outre, l'analyste n'entend pas seulement avec son oreille – fût-ce la troisième –, mais avec son corps tout entier. Il est sensible non seulement aux paroles, mais aussi aux intonations de la voix, aux suspensions du récit, aux silences et à toute l'expression émotionnelle du patient. Sans la dimension de l'affect, l'analyse est une entreprise vaine et stérile. Sans le partage avec les émotions du patient, l'analyste n'est qu'un robot-interprète qui ferait mieux de changer de métier avant qu'il ne soit trop tard. » (Green, 1971).

⁷ Ce qu'a constaté aussi C. Parat qui parle d' « affects partagés ». Voir « L'ordinaire du psychosomaticien », *Rev. de med. Psychosom*, 3, 1993.

Bibliographie

- Anzieu D. (1974), *Le Moi-peau*. Paris, Dunod.
- Arenas M-D. et coll. (2007), Emotional distress and health-related quality of life in patients on hemodialysis : the clinical value of COOP-WONCA charts, in *J. Nephrol.*, May-Jun, 20 (3), pp. 304-310.
- Brown TM. Neuropsychiatric consequences of renal failure. *Psychosomatics* 1995; 336, 3 : 744-749.
- Brusset B (1998) « Relation de compréhension psychologique et écoute métapsychologique », in *Psychothérapies psychanalytiques, Monographies*, Paris, PUF, 1998.
- Consoli S-M. (1990) Troubles psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques, *La Revue du Praticien, Complications à long terme de l'hémodialyse chronique*, 40, 7, 640-643.
- Cukor D. et coll. (2007), Depression and anxiety in urban hemodialysis patients, in *Clin J Am Soc Nephrol.*, May;2(3), pp. 484-490.
- Cupa D et al. (2000) La qualité de vie subjective de patients en hémodialyse en centre, en autodialyse, en dialyse péritonéale et à domicile. In *Psychologie en néphrologie*. Paris : EDK ; 125-148.
- Cupa D. & coll. (2002), *Psychologie en néphrologie*, Paris, EDK.
- Cupa D. (1995), Fantômes et relations vampiriques, in *Champ psychosomatique*, 1, pp.81-99.
- Cupa-Pérard D. (1985), La grand-mère machine vampire de Marie-Sophie, in *Perspectives psychiatriques*, 5, 104, 23, pp.386-396.
- Cupa-Pérard D. (1992), La psychologie du dialysé : entre contraintes et liberté, in *Soins*, 565, pp.34-38.
- De M'Uzan M. (1977), *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard.
- Ferrey G, Le Gouès G. *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris : Masson ; 2000.
- Garcia Valderrama F-W. et coll. (2002) Poor adherence to dialysis : role of anxiety and depression symptoms, in *Nefrologia*, 22 (3), pp. 244-252.
- Gourdon M-L., Cupa D., Riazuelo H. (2002) Psychopathologie du patient en dialyse péritonéale continue ambulatoire, in *Psychologie en néphrologie*, Paris, EDK, 49-54
- Kimmel P-L. et coll. (2008), Depression in patients with chronic renal disease : where are we going ?; in *J. Ren. Nutr.*, Jan., 18 (1), pp. 99-103.
- Parat C. (1993) « L'ordinaire du psychosomaticien », *Rev. de med. Psychosom*, 3, 1993.
- Winnicott D. La théorie de la relation parent-nourrisson. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* ; Paris : Payot ; 1960 : 358-378.
- Winnicott D.W. (1956) *La préoccupation maternelle primaire*, Paris, Payot, 1969.
- Wright R-G., Sand P., Livingston G. (1966), Psychological stress during hemodialysis for chronic renal failure, in *Ann. Intern. Med.*, 64, 293, PP611-621