

# Processus psycho- pathologiques

Unité d'Enseignement 2.6



**NOUVEAU  
PROGRAMME**

**Comprendre le cours**

---

**Agir en situation**

---

**S'entraîner**

---

# Table of Contents

[Cover image](#)

[Front matter](#)

[Copyright](#)

[Avant-propos de la collection Les Essentiels en IFSI](#)

[Remerciements](#)

[1. Données générales](#)

[2. Facteurs favorisant l'apparition des troubles psychopathologiques](#)

[3. Mécanismes psychopathologiques](#)

[4. Conséquences psychopathologiques](#)

[5. Signes cliniques](#)

[6. Diagnostics](#)

[7. Axes thérapeutiques](#)

[8. Impact des maladies psychiques en santé publique](#)

[Bibliographie](#)

# Front matter

Processus psychopathologiques

Chez le même éditeur

**Dans la collection « LES ESSENTIELS EN IFSI »**

Volume 1 • *Biologie fondamentale*, par C. Desassis et H. Labousset-Piquet.

Volume 2 • *Processus traumatiques*, par K. Le Neurès

Volume 3 • *Raisonnement, démarche clinique et projet de soins*, par K. Le Neurès et C. Siebert

Volume 4 • *Législation – Éthique – Déontologie*, par C. Ponte et A. de Broca

Volume 5 • *Pharmacologie et thérapeutique*, par G. Roberton (à paraître)

Volume 6 • *Soins d'urgence*, par H. Labousset-Piquet, E. Aiguebonne et C. Siebert

Volume 7 • *Infectiologie et hygiène – Soins infirmiers et gestion des risques*, par C. Crouzilles

Volume 8 • *Psychologie – Sociologie – Anthropologie*, par J. Merklings et S. Langenfeld

Volume 10 • *Étapes de la vie et grandes fonctions*, par P. Debuigny, C. Dumora, C. Goursaud, H. L. Piquet, P. Proteau, D. Sebbane, C. Serandour, C. Siebert

Volume 11 • *Santé publique, économie de la santé*, par Béatrice Burlet, Yves Ponce et Katy Le Neurès

Volume 12 • *Soins éducatifs et préventifs*, Béatrice Burlet, Yves Ponce et Katy Le Neurès

Volume 13 • *Soins de confort et de bien-être*, par Katy Le Neurès et Carole Siebert

Volume 14 • *Processus inflammatoires et infectieux*, par C. Crouzilles et C. Siebert

Les Essentiels en IFSI

# Processus psychopathologiques

UE 2.6

Solange Langenfeld

Jacky Merklings

Ouvrage coordonné par

S. Langenfeld

avec la collaboration de

Albert Herfeld, cadre de santé



ELSEVIER  
MASSON

# Copyright



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, fait sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées, par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-70783-4

Elsevier Masson SAS – 62, rue Camille Desmoulins – 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

# Avant-propos de la collection Les Essentiels en IFSI

*Katy Le Neurès and Carole Siebert*

Les ouvrages de la nouvelle collection Les ESSENTIELS en IFSI ont été conçus et construits conformément au nouveau programme des études menant au Diplôme d'état infirmier défini par l'arrêté du 31 juillet 2009.

L'apprentissage repose sur des **mises en situation de soin au plus près de la réalité professionnelle**. En effet, le nouveau dispositif pédagogique se fonde largement sur ces mises en situation. Il prévoit une progression *en spirale* à partir des connaissances fondamentales et des savoir-faire professionnels acquis (UE 1 à 4, voir ci-dessous), lesquels sont ensuite mobilisés en situation à l'occasion des stages, explorés et interrogés lors des Unités d'intégration (UE 5), puis réutilisés dans d'autres situations de soins, ou remis en perspective dans la suite du cursus.

Les ESSENTIELS en IFSI couvrent, sur près de 20 volumes, toutes les **Unités d'enseignement (UE)** réparties sur les six semestres de formation et sur les 4 domaines constitués par :

- les Sciences humaines, sociales et droit ;
- les Sciences biologiques et médicales ;
- les Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ;
- et les Sciences et techniques infirmières, interventions.

Ils répondent en outre parfaitement à l'articulation de la formation en **trois paliers d'apprentissage : Comprendre, Agir, Transférer**.

Chaque chapitre est articulé en trois volets.

Le volet **COMPRENDRE** permet **d'acquérir les savoirs essentiels sous une forme claire et concise**.

Il regroupe :

- **les savoirs fondamentaux** couvrant point par point les thèmes prévus au programme des Unités d'enseignement, agrémentés d'exemples concrets ;
- **les savoir-faire et savoir-être professionnels** associés.

Le volet **AGIR** propose de **mobiliser ces savoirs et savoir-faire pour agir et prendre en charge en situation**. L'analyse des situations proposées, le questionnement suscité et la guidance dans le cheminement permettent l'émergence et le développement des **compétences infirmières**.

Ces situations professionnelles sont déroulées en quatre étapes, clairement exposées en **quatre tableaux** très didactiques, qui rendent compte de la progression du raisonnement clinique infirmier :

1 L'étudiant recherche les informations utiles pour comprendre et évaluer la situation. Cette première étape consiste ainsi à identifier les éléments significatifs, c'est-à-dire les données, sélectionnées dans l'énoncé, qui sont pertinentes et utiles à la compréhension et à la prise en charge.

2 L'étudiant analyse ces données et procède alors à l'évaluation de ces éléments. Pour y parvenir, il mobilise des savoirs fondamentaux tels que des connaissances en physiopathologie, en législation, en psychologie... Pour cette étape, chacun de ces savoirs est identifié et permet de vérifier ses acquis et d'apprécier la **mise en lien de ces savoirs et savoir-faire, essentielle au métier infirmier**.

3 L'étudiant met en œuvre les actions appropriées, mobilisant des savoir-faire professionnels tels que l'approche relationnelle ou les techniques de soins. Pour cette étape, chacun de ces savoir-faire

est également identifié.

4 L'étudiant ayant réalisé les actions nécessaires, analyse les résultats obtenus, pour adapter la suite de la prise en charge et assurer une transmission des données. Cette évaluation est également indispensable dans une **démarche d'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles**, désormais impérative.

Le volet **S'ENTRAÎNER** offre :

- de **tester ses connaissances** au moyen de QCM, questions à réponses ouvertes courtes (QROC) ou de textes à trous et schémas muets ;
- de **transférer ses connaissances à une situation nouvelle**. Cette situation nouvelle permet la transposition des savoirs dans un nouveau contexte. C'est également le moyen de mettre en lien les connaissances acquises dans l'UE avec d'autres savoirs ou de procéder à une recherche complémentaire le cas échéant. Ce volet permet aussi de mettre en application les méthodes de raisonnement clinique et de démarche clinique infirmière.

Les corrigés sont donnés à la suite.

Les **ESSENTIELS** en IFSI permettront aux étudiants infirmiers de maîtriser l'ensemble des Unités d'enseignement prévues au programme de leur formation et d'acquérir ainsi les ECTS (*European Credit Transfer System*) nécessaires à la qualification du Diplôme d'état infirmier au grade de licence universitaire, et bientôt sa transformation en diplôme de Licence santé...

# Remerciements

Pour leur relecture :

Dr. Jean-Charles Rouchiche, psychiatre, praticien hospitalier au C.H. de Jury-lès-Metz Aimé Hoffbeck, formateur humaniste, cognitivo-comportemental systémicien, superviseur.

# 1. Données générales



## INTRODUCTION GÉNÉRALE

---

L'histoire de la médecine psychiatrique est jalonnée de mouvements idéologiques très divers et l'explication des processus psychopathologiques s'appuie sur une grande variété de concepts provenant de modèles théoriques différents.

Aujourd'hui, il n'existe pas de théorie intégrative faisant consensus ni de modèle de soins permettant de rendre compte de l'influence mutuelle des différentes approches thérapeutiques existantes. Néanmoins, la pratique de l'infirmier qui travaille en psychiatrie est fortement influencée par ces différents modèles d'analyse et il est donc important pour lui de les connaître, et de repérer la manière dont ils se sont intégrés au développement de la médecine psychiatrique.

Il est intéressant de savoir que les troubles mentaux n'ont pas toujours été reconnus comme tels, la médecine ayant longtemps été indissociable de la magie et de la religion. Ainsi, au Moyen Âge, les maladies étaient considérées comme une souillure résultant d'une conduite pécheresse ou comme une manifestation de possession démoniaque. Le « traitement » était alors l'exorcisme, voire le bûcher.

Au XVII<sup>e</sup> siècle les **premiers asiles** sont apparus. Une loi sur les aliénés a alors été édictée, ceux-ci pouvant être enfermés par lettre de cachet royale, le plus souvent à la demande des familles. L'assistance aux aliénés relevait alors plus de la charité que du domaine médical.

Ce n'est qu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, sous l'impulsion de Necker, que **la notion de soins** a fait son apparition dans les asiles d'aliénés. C'est alors qu'est né le terme de « psychiatrie » qui a remplacé petit à petit celui de « médecine aliéniste ».

Le XIX<sup>e</sup> siècle marque la naissance de **la psychiatrie moderne**. Le médecin Philippe Pinel a alors développé une attitude médicale radicalement nouvelle vis-à-vis des malades mentaux. Il a fait accéder le « fou » **au statut de sujet** auquel il devenait possible de dispenser un traitement reposant sur une cause psychique de la maladie mentale. Cependant, juste après Pinel est apparu un fort courant dont l'objectif était de rechercher la cause des maladies mentales dans des lésions du cerveau : **l'organogénèse**. C'est l'échec de cette tentative qui va amener la découverte de l'inconscient par Sigmund Freud. Venu à la Salpêtrière pour apprendre la neurologie, il en est reparti avec la conviction que les névroses avaient une origine psychique et il a alors créé la psychanalyse avec pour objectif de les traiter.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, parallèlement aux travaux de Freud, le courant prônant l'organogénèse a mis en place un certain nombre de thérapeutiques biologiques. Certaines d'entre elles ont été totalement abandonnées à cause de leur danger et de leur inefficacité (lobotomie, cure d'insuline pour traiter la schizophrénie), mais d'autres (la sismothérapie) perdurent encore aujourd'hui. Dans les années 1920, **le modèle comportemental** apparaît. Se basant sur les travaux de Pavlov avec les animaux, ce modèle développe l'idée qu'il est possible de transformer un comportement pathologique au moyen d'exercices de déconditionnement. Dans les années 1940, **le courant humaniste** a commencé à émerger, dénonçant les pratiques déshumanisantes perpétrées dans les asiles et c'est dans les années 1960 que Carl Rogers a créé l'approche centrée sur la personne, introduisant le postulat qu'il existe fondamentalement en chaque personne une tendance permanente à l'auto-organisation en direction d'un mieux-être et que le thérapeute a pour tâche de faire son possible pour faciliter ce processus. **La relation d'aide** découle directement des travaux de Rogers.

Dans les années 1950, c'est par hasard qu'a été découverte une molécule chimique (la chlorpromazine) ayant des effets antipsychotiques. Avec beaucoup d'espoir se sont alors développées **les thérapeutiques biochimiques**, celles-ci étant soutenues par le développement **des neurosciences**. Ces nouveaux traitements médicamenteux ont favorisé la diminution des symptômes psychiques chez les patients psychiatriques et ceux-ci ont pu sortir de l'hôpital pour retourner vivre dans les cités.

Cette époque a marqué le début du travail de secteur. Dans les années 1960, enfin, en opposition aux organicistes, est apparu le courant de l'**antipsychiatrie** qui a favorisé notamment l'essor des thérapies familiales (École de Palo-Alto) ainsi que le développement de théories sociogénétiques concernant les troubles mentaux. Très décrié par la psychiatrie classique de l'époque, ce courant a donné naissance au **modèle systémique**.

Depuis une trentaine d'années, on voit émerger de nouvelles théories qui proposent une vision nouvelle de l'étiologie des troubles psychiques et de la manière de les traiter : **le modèle cognitif**. Négligeant les déterminismes inconscients, ce modèle se différencie des théories psychanalytiques. Son postulat est que les comportements seraient acquis selon des habitudes de pensée qu'il serait possible de transformer grâce à un processus de « reconstruction cognitive ». Du fait de sa parenté philosophique avec le modèle comportemental, le modèle cognitiviste s'en est rapproché pour former un courant que l'on nomme aujourd'hui : **le courant cognitivo-comportementaliste**.

Si aujourd'hui, grâce au progrès des neurosciences, de la psychopharmacologie et de l'imagerie cérébrale, la recherche sur les origines des troubles psychiques a indéniablement avancé, la psychiatrie reste toujours partagée entre des courants médicaux organicistes et d'autres qui relèvent de la psychologie dynamique individuelle et sociale. Et si les théories psychanalytiques ont eu et ont toujours un impact majeur sur la psychiatrie, les modèles humaniste et systémique y occupent également une place importante, au côté des neurosciences et des modèles cognitiviste et comportementaliste.

Actuellement, l'ensemble des champs d'intervention de la pratique infirmière est donc influencé par toutes les approches théoriques qui ont jalonné l'histoire de la psychiatrie et l'infirmier travaillant au contact de patients souffrant de troubles psychiques y puise des références conceptuelles sur lesquelles il s'appuie pour développer un savoir-être thérapeutique au quotidien.

Ce premier chapitre a pour objectif de présenter les processus psychopathologiques dans leur globalité, depuis leur définition, en passant par les facteurs qui les favorisent, les mécanismes d'apparition, les conséquences pathologiques et signes cliniques, ainsi que les axes thérapeutiques à développer pour les traiter. Chacun de ces paragraphes sera développé en détail au cours de l'ouvrage, avec un regard particulier apporté aux pathologies caractéristiques de ces processus.

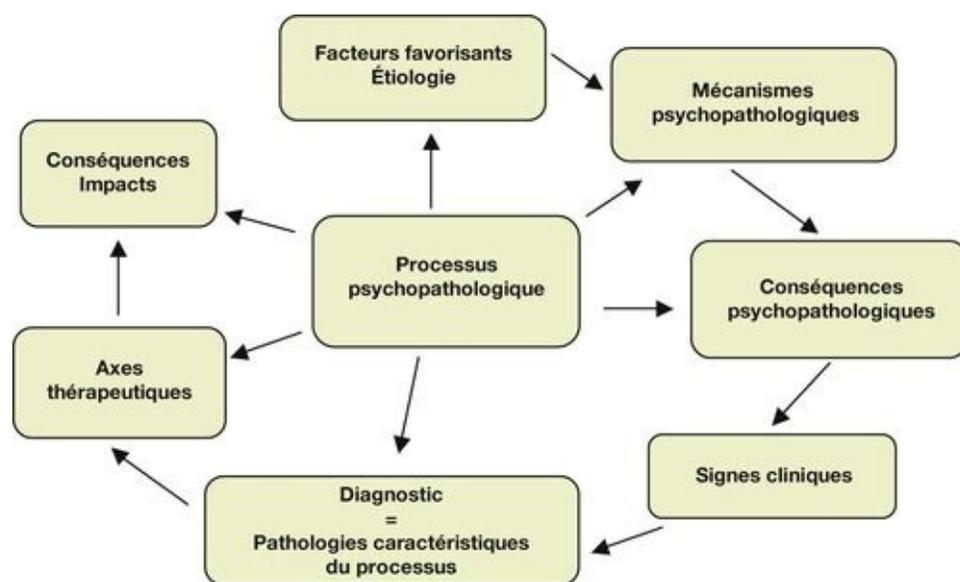


Figure 1.1.

Schéma structurant du processus psychopathologique

## DÉFINITION

La psychopathologie (en grec *psukhé* = esprit et *pathos* = souffrance) désigne les maladies du psychisme, c'est-à-dire **l'altération des processus conscients** chez un individu. La façon dont la personne perçoit le monde qui l'entoure et dont elle se perçoit elle-même est altérée, et cela provoque des conséquences problématiques dans son rapport à elle-même et au monde.

➡ Madame Olivier pense qu'elle n'a pas de valeur, qu'elle n'est pas digne d'être aimée et elle éconduit les personnes qui cherchent à lui venir en aide. Elle reste cloîtrée dans sa chambre et ne s'occupe plus ni d'elle-même ni de son appartement.

*La vision de Mme Olivier à propos d'elle-même et du monde est péjorative et négative, ce qui est typique d'un état dépressif, la maladie dont elle souffre.*

Monsieur Bernard pense que le monde est foncièrement hostile, surtout vis-à-vis de lui qui a découvert le complot que prépare le gouvernement contre les citoyens français. Il a la conviction que si on l'a enfermé dans un hôpital psychiatrique, c'est pour l'empêcher de parler. Il pense que tout le personnel de cet endroit est complice du gouvernement.

*Monsieur Bernard interprète de façon erronée les intentions et les informations qu'il reçoit du monde extérieur. Il vit dans la méfiance permanente et cela perturbe complètement son comportement vis-à-vis des autres. C'est la paranoïa.*

L'altération des processus conscients, quels qu'ils soient, s'accompagne d'angoisse et de souffrance psychique.

**L'angoisse** se manifeste par un malaise interne *a priori* indéfinissable et sans objet apparent. Elle s'accompagne généralement de manifestations somatiques : sensation d'étouffement, nœud dans l'estomac ou dans la gorge, palpitations, sueurs, etc. Contrairement à la peur qui se focalise sur un danger externe, l'angoisse est éprouvée face à un danger interne. Selon la pensée analytique, l'angoisse signale qu'un conflit interne est réactivé chez la personne qui l'éprouve.

**La souffrance** signe un travail d'assimilation interne des difficultés de vie auxquelles une personne se trouve confrontée. Elle peut surgir dès qu'une personne est confrontée à des pertes, à ses limites, etc. L'angoisse et la souffrance font partie intégrante de l'existence de tout être humain et la limite entre le normal et le pathologique n'est pas évidente à situer. On peut cependant parler d'état pathologique à partir du moment où l'angoisse et la souffrance deviennent trop importantes et trop difficiles à supporter pour un individu, occasionnant chez lui des troubles du comportement et de la communication, perturbant ses sphères de vie affective, sociale et/ou professionnelle. Sa qualité de vie est alors diminuée.

► Un état psychopathologique correspond à une altération des processus conscients chez un individu. Cette altération a pour conséquence une perturbation profonde de la façon dont la personne se perçoit, perçoit le monde ainsi que la manière dont elle y agit. Cet état s'accompagne d'angoisse et de souffrance.

► L'angoisse signale qu'un conflit interne est réactivé chez une personne.

► La souffrance signe un travail d'assimilation interne de difficultés de vie significatives pour une personne.

► L'état pathologique est manifeste quand l'angoisse et la souffrance deviennent trop difficiles à supporter pour une personne, l'handicapant dans les divers domaines de vie

(affectif, social, professionnel).

## LES FACTEURS FAVORISANTS

Étant donné la grande complexité du fonctionnement du psychisme, les causes exactes des pathologies mentales restent encore mystérieuses. En l'état actuel des recherches, elles apparaissent cependant multifactorielles.

Ces facteurs sont classés en deux catégories :

- **les facteurs précipitants** liés au contexte de vie et à l'environnement. Ce sont les éléments susceptibles de provoquer un état pathologique ;
- **les facteurs prédisposants** liés à la biologie humaine, à la génétique et au vieillissement. Ce sont des éléments qui prédisposent la personne à être concernée par le processus.

## Les facteurs précipitants

---

### ● Les facteurs environnementaux

Certains facteurs environnementaux susceptibles de provoquer des états pathologiques peuvent intervenir précocement, dans les tout premiers mois de vie de l'enfant, ou plus tardivement, au décours de la vie d'une personne adulte.

#### *Les facteurs environnementaux précoces*

Il a été mis en évidence que certaines carences environnementales précoces chez le bébé sont susceptibles de favoriser l'apparition de troubles psychiques. Il peut s'agir de **carences de stimulation**, la mère et l'environnement immédiat étant incapable de stimuler suffisamment l'enfant au niveau moteur, affectif, intellectuel et/ou relationnel, provoquant une perturbation de sa maturation psychique. Il peut s'agir également d'une **insuffisance d'étayage**, c'est-à-dire de support psychique et physique apporté par la mère à son bébé pour le soutenir dans son évolution. Ou encore de **maltraitance**, c'est-à-dire de mauvais traitements perpétrés de façon répétée, ceux-ci occasionnant des troubles psychiques importants chez l'enfant et pouvant se répercuter sur sa vie d'adulte.

#### *Les facteurs environnementaux de survenue tardive*

La survenue **d'événements de vie stressants** à forte teneur émotionnelle peut provoquer des troubles psychiques. **Une exposition au stress de façon durable**, un rythme professionnel trop soutenu conjugué à des injonctions contradictoires ou vécu dans la crainte d'une perte d'emploi (voire du harcèlement moral) peuvent également avoir des répercussions pathologiques sur la personne qui y est soumise de façon continue. Enfin, **la survenue d'événements traumatiques intenses** peut également provoquer un état pathologique.

### ● Les facteurs psychosociaux

La pression sociale peut occasionner de la souffrance chez certains individus, les amenant à se mettre en marge de la société et à développer divers troubles psychiques. Les principaux facteurs en cause sont **l'isolement social, l'exclusion professionnelle, un bas niveau économique et la vie en milieu urbain**.

### ● Les facteurs culturels

Le fait de vivre dans une culture différente de la sienne peut générer chez une personne immigrée une tension entre des valeurs, des principes constitutifs de son être et les prescriptions culturelles du pays qui l'accueille. La tension produite risque alors de générer une souffrance qui peut se cristalliser en symptômes.

### ● Les facteurs toxiques

L'absorption de **substances psychoactives** (telles que le cannabis, les amphétamines, l'héroïne, l'ecstasy, la cocaïne, l'alcool, etc.) peut provoquer des épisodes aigus chez celui qui les consomme, notamment des épisodes de type psychotique.

D'autres toxiques, tels que les **métaux** entrant dans la composition de produits industriels ou agricoles peuvent provoquer des réactions d'ordre psychiatrique après pénétration dans l'organisme.

## *Les facteurs prédisposants*

---

### *Les facteurs génétiques*

Même si dans l'étiologie des troubles psychiatriques, la responsabilité de facteurs génétiques semble se confirmer de plus en plus au niveau de la recherche, ceux-ci ne sont pas totalement spécifiques, c'est-à-dire qu'ils peuvent prendre des formes pathologiques variées.

### *Les facteurs neurobiologiques*

Des anomalies précoces dans les processus neurodéveloppementaux ont été mises en évidence dans un certain nombre d'études. Celles-ci peuvent être la cause d'une incapacité du nourrisson à recevoir les messages que lui envoie son environnement. Il est alors dans l'incapacité physiologique de recevoir un étayage conséquent de son entourage et peut développer des troubles psychiques.

### *Les facteurs dégénératifs*

Les troubles dégénératifs (démences) se traduisent par des manifestations psychiatriques qui affectent les sphères cognitive, affective et comportementale.

### *Les facteurs infectieux*

Certaines études démontrent une corrélation entre certaines maladies contractées par la mère durant la grossesse et l'apparition de schizophrénie chez l'enfant.

### *Les facteurs obstétricaux*

Des études récentes ont également démontré qu'il pouvait y avoir un lien entre des complications obstétricales et l'apparition de certains cas de schizophrénie.

# LES MÉCANISMES PSYCHOPATHOLOGIQUE

Nous l'avons vu en introduction, un grand nombre de courants idéologiques ont traversé l'histoire de la psychiatrie et chacun d'eux apporte sa vision sur les mécanismes en cause dans l'apparition des troubles psychiques.

**Selon le modèle analytique**, les troubles psychiques ont une **origine développementale**. C'est dans son histoire précoce que l'individu va structurer sa personnalité et construire sa capacité à gérer ses tensions internes ainsi que son rapport au monde. C'est donc également au décours des événements de son histoire que vont se constituer les différentes pathologies. La pathologie apparaît chez un sujet quand la souffrance due à **une gestion inadéquate (et inconsciente) de ses tensions internes** devient trop importante, cette souffrance ne lui permettant plus de s'investir de façon satisfaisante dans sa vie sociale, affective et professionnelle.

Quand « l'appareil à penser » de la personne est déficient, avec une altération de la perception de l'altérité et de la réalité, un état psychotique peut se développer. Dans la névrose, en revanche, la symptomatologie de la personne correspond à l'expression d'un conflit inconscient en lien avec son histoire.

**Selon le modèle humaniste**, l'être humain contient en lui-même les **potentialités** qui favorisent sa croissance de façon saine et créatrice. Il possède une tendance innée à actualiser ces potentialités et à les développer. Cependant, pour qu'un individu puisse croître de façon pleine, son environnement doit répondre à ses besoins. Un contexte social de **relations positives et acceptantes**, c'est-à-dire dépourvues de menaces vis-à-vis de lui et de l'image qu'il se fait de lui-même (estime de soi), lui est nécessaire. Pour qu'un enfant développe une image de lui-même positive, il devra se sentir considéré par des personnes de références (ses parents, professeurs, etc.). Si l'environnement ne répond pas de manière adéquate à ses besoins fondamentaux de considération personnelle, il va perdre sa liberté expérientielle, se coupant peu à peu de ce qu'il vit, pense et ressent de façon spontanée. Au fur et à mesure qu'il deviendra adulte, pour défendre son Moi contre les visions péjoratives qui le menacent, il va littéralement intégrer comme siennes les normes extérieures qui lui sont présentées, percevant ses expériences de vie de manière sélective en fonction de ce qu'il pense devoir faire pour être considéré. C'est ce **désaccord intérieur fondamental**, c'est-à-dire le fait qu'il devienne peu à peu comme étranger à lui-même, qui signe l'état pathologique.

➡ Yohan a 8 ans et c'est un enfant sensible et rêveur. Son père le critique quand il se montre ému devant la souffrance d'un animal ou d'une personne : « Tu n'es qu'une mauviette ! Un homme c'est fort, ça ne pleure pas. Mais qui est-ce qui m'a fichu un fils pareil ? ! ». En grandissant, Yohan fait de son mieux pour faire preuve de force, pour ne plus se montrer sensible, et au final, il devient un adulte complètement coupé de sa sensibilité. Il a cependant régulièrement des moments de mal-être qu'il a du mal à s'expliquer.

*Yohan vit sous l'influence des normes paternelles qui sont opposées à celles de sa nature profonde. Il vit donc un désaccord intérieur fondamental dont il n'est absolument pas conscient. Le fait de vivre ces tensions internes en continu peut l'amener peu à peu à développer un état pathologique (dépression, trouble, anxieux, etc.).*

**Selon le modèle cognitiviste**, l'individu mobilise en permanence ses processus de pensée et de raisonnement afin de s'adapter aux circonstances de sa vie. Cette adaptation résulte d'interactions permanentes entre les pensées, les émotions et les comportements mobilisés par la situation vécue. En fonction de son éducation, de la pression familiale et de ses apprentissages sociaux, la personne se

forge **une vision du monde**, des autres et d'elle-même. Et c'est la nature de ces croyances que l'on nomme **schémas de pensée**, qui va conditionner les modalités d'adaptation d'une personne au monde qui l'entoure.

Le système de pensée d'un individu (son système cognitif) va traiter en même temps les informations personnelles et environnementales, celles qui sont actuelles et celles qui sont stockées dans sa mémoire, l'objectif étant de se faire une représentation de la situation en question. De façon permanente, l'être humain est obombré par des **pensées automatiques** en lien avec sa vision du monde, qui influencent son comportement, celui-ci n'étant alors plus forcément adapté aux circonstances. **Des processus cognitifs** vont alors guider son raisonnement, l'amenant à privilégier certains événements à d'autres. Certains aspects de la situation pourront alors être amplifiés, dramatisés, minimisés, banalisés ou négligés en fonction de paramètres extraits du contexte.

Les états pathologiques apparaissent quand il y a une trop grande **distorsion** entre les schémas de pensée de la personne et la réalité. Ces schémas devenant trop rigides et péjoratifs, la souffrance de la personne va s'intensifier.

➡ Marc croise dans les escaliers son voisin qui a fait du bruit la veille au soir chez lui. Ce dernier le regarde en souriant. Marc ne supporte pas ce regard moqueur et interpelle le sourieur en lui demandant si ça l'amuse de se moquer de lui après avoir fait la foire toute la nuit. Le voisin, stupéfait, n'ose pas répondre tant le ton de Marc est brusque. Il voulait juste se montrer sympathique.

En arrivant au bureau, Marc remarque, là aussi, que chacun de ses collègues se tourne vers lui en arborant ce qu'il pense être un sourire ironique. Cette moquerie collective le met en colère et l'entraîne à menacer ses collègues de se plaindre à la direction s'ils n'arrêtent pas de se « f... » de lui. Il prend alors la direction du bureau de son supérieur pour se plaindre et au moment où il le croise dans le couloir, celui-ci lui fait lui aussi un sourire. Cette fois-ci c'en est trop. Marc empoigne son chef par le col et le gifle « pour lui apprendre à respecter les autres ».

Le lendemain, au PDG de l'entreprise qui le somme de s'expliquer sur son acte et lui demande de s'excuser de l'avoir fait, il dira : « J'ai bien compris votre petit manège, vous êtes de mèche avec tous ceux qui se fichent de moi mais vous allez voir, je ne vais pas me laisser faire ». Le soir même il allumera un incendie dans les sous-sols de l'immeuble de son lieu de travail.

*Les fonctions cognitives de Marc fonctionnent bien. Il perçoit correctement les stimuli en provenance de son environnement et raisonne de manière logique à partir de l'interprétation qu'il fait de ces stimuli. En revanche, l'interprétation qu'il fait de ces éléments issus de son environnement est fausse. Il prend pour moquerie des sourires qui ne sont que sympathie ou tout simplement bienséance. Cette interprétation, de type paranoïaque, illustre un fonctionnement pathologique.*

**Selon le modèle comportemental**, l'homme n'est pas tributaire de son inconscient et tous ses comportements sont acquis selon les lois de l'apprentissage. Ses processus émotionnels et biologiques (hormones) y sont reliés. Ces comportements, à force de se répéter deviennent des réflexes conditionnés qui surgissent automatiquement au décours des situations de vie. La pathologie apparaît quand les comportements sont en inadéquation avec les situations vécues, quand ils deviennent trop rigides et inadaptés.

**Pour le modèle systémique**, ce qui est au centre, ce n'est pas l'individu mais le contexte dans lequel il évolue, sa famille étant « un système compétent pour trouver des solutions et inventer de nouvelles

modalités communicationnelles satisfaisantes ». La famille se présente donc à la fois comme partie prenante d'un contexte socioculturel et une entité douée d'une certaine autonomie et d'un style propre formé par des modalités d'interactions issues d'une histoire commune. Pour ce modèle, une pathologie émergeant chez l'un des membres de la famille est considérée comme étant simplement révélatrice d'un système relationnel dysfonctionnel.

➡ Laurent est hospitalisé à 18 ans en psychiatrie pour des troubles du comportement (vols, auto-agressivité). Sa mère le désigne comme étant « le fou de la famille », expliquant au psychiatre qu'elle a été obligée de l'emmener en consultation pédopsychiatrie depuis qu'il a 8 ans. Interrogée sur l'origine des troubles de Laurent, elle dit : « Il est né coiffé, et ma mère a eu très peur en l'apprenant. Elle m'a dit que tous les enfants nés coiffés dans la famille sont tous devenus fous ». Les deux sœurs aînées de Laurent le maltraitent et son père l'ignore, se noyant dans le travail. Le psychiatre systémicien propose à la famille des séances de travail.

Pour le psychiatre systémicien, souffrance et symptômes sont à comprendre comme des modalités d'expression de l'aberration des relations au sein de la famille. La souffrance personnelle du porteur du symptôme n'étant que le résultat du système relationnel dysfonctionnel de la famille.

Dans cet exemple, il apparaît évident que la souffrance générée chez la grand-mère de Laurent à l'annonce du fait qu'il soit né entouré de sa poche amniotique (né coiffé) a modifié les relations parents/enfants dans la famille.

**Pour le modèle neurobiologique,** les pathologies ont une origine organique et ce sont les neuromédiateurs qui régulent l'influx nerveux à l'intérieur des synapses, qui sont à l'origine des états pathologiques.

# LES CONSÉQUENCES PSYCHOPATHOLOGIQUES

Les facteurs favorisant l'apparition des troubles mentaux ont des conséquences psychopathologiques. Celles-ci s'expriment sous la forme de symptômes variés qui, selon la classification classique issue du modèle analytique, peuvent se rattacher à trois grandes structures de personnalités :

- la structure **névrotique** ;
- la structure **psychotique** ;
- l'**organisation ou astructuration limite**.

Chacune de ces structures développe :

- un type d'angoisse préférentiel ;
- un type de relation d'objet (relation à l'autre et à son environnement) ;
- un rapport au principe de réalité spécifique ;
- un mode de fonctionnement psychique prévalent.

Chaque type de structure va également développer un mode de décompensation spécifique, donnant forme à des pathologies très diverses.

## *La structure névrotique*

---

La personnalité névrotique présente trois caractéristiques particulières :

- elle dispose d'un Moi structuré ;
- elle a conscience de ses troubles ;
- ses symptômes sont globalement compréhensibles par rapport à son histoire de vie, c'est-à-dire qu'il existe une logique entre des événements vécus (déclencheurs) et l'apparition des symptômes dont elle souffre.

La symptomatologie névrotique se manifeste de façon générale par des angoisses et de l'anxiété qui s'expriment par le biais de symptômes divers (selon les cas : phobies, obsessions, théâtralisme, etc).

## ● *La structure psychotique*

---

La personnalité psychotique présente trois caractéristiques particulières :

- son Moi n'est pas correctement structuré et sa conscience d'elle-même est altérée ;
- elle n'a pas conscience de ses troubles (anosognosie) ;
- la survenue de ses symptômes n'est pas compréhensible par rapport à son histoire de vie (c'est-à-dire que l'on n'y repère pas forcément d'élément déclenchant).

La caractéristique commune des psychoses est qu'il y a présence d '**un délire** (formulé ou non). C'est un trouble de la pensée marqué par une confusion des idées et une perception erronée de la réalité. Dans certains cas, il y a présence d '**hallucinations** (perceptions sans réalité objective). Les psychoses correspondent donc à un trouble grave de la personnalité. Les personnes développant ce type de structure peuvent développer des états aigus et chroniques.

### ● *Les états psychotiques aigus*

Ils se caractérisent par leur durée, inférieure à 6 mois et par un début brutal. Ils constituent une urgence psychiatrique car la personne qui en est atteinte présente un état délirant et des troubles du comportement importants (fugues, voyages pathologiques, actes médico-légaux, etc.). Un épisode aigu peut se manifester de façon unique dans l'histoire d'une personne, ou constituer pour elle un mode d'entrée dans la psychose ou dans les troubles de l'humeur.

Les principaux états psychotiques aigus sont la bouffée délirante aiguë (ou état psychotique aigu), la psychose réactionnelle brève (ou trouble psychotique bref), la psychose puerpérale (ou trouble psychotique bref du postpartum).

### ● *Les états psychotiques chroniques*

Ils se caractérisent par une durée d'évolution qui s'étend sur plusieurs années. Les principaux états psychotiques chroniques sont la schizophrénie, la paranoïa (ou personnalité paranoïaque), la psychose hallucinatoire chronique (ou schizophrénie paranoïde) et la paraphrénie.

## *L'organisation limite*

---

Selon J. Bergeret, les états limites (ou borderline) correspondent à une structure de personnalité qui oscille entre psychose et névrose sans pouvoir se fixer définitivement sur l'une ou l'autre de ces dynamiques pathologiques. Le narcissisme de la personne est atteint de façon importante et celle-ci manque d'identité stable.

## LES SIGNES CLINIQUES

En psychiatrie, les symptômes exprimés par une personne viennent signaler qu'un processus psychopathologique est en cours. Pour la psychanalyse, le symptôme représente une tentative de guérison, car il représente chez une personne une forme de compromis entre les désirs (Ça) et les interdits (Surmoi).

D'une manière générale, en psychiatrie, un symptôme est toujours à interroger en fonction de l'histoire de la personne qui en est atteinte, ainsi que du contexte de sa survenue. Chez l'enfant, le symptôme a une fonction d'alerte et doit toujours être considéré très sérieusement.

Les signes cliniques exprimés peuvent être classés en différentes catégories :

- les troubles de la présentation et du contact ;
- les troubles des fonctions intellectuelles supérieures ;
- les troubles du fonctionnement de la pensée ;
- les troubles de la conscience de soi et de l'environnement ;
- les troubles des perceptions ;
- les troubles psychomoteurs ;
- les troubles de l'état émotionnel ;
- les troubles des conduites instinctuelles :
- les troubles des conduites sociales.



## Les classifications des troubles psychiques

Toutes les spécialités médicales ont tenté de mettre en rapport les symptômes exprimés par les patients avec des origines suspectées (par exemples les virus et les bactéries sont les causes de pathologies infectieuses identifiées). En ce qui concerne la psychiatrie, la situation est délicate car il n'existe pas dans cette spécialité de causes précisément définies, celles-ci restant globalement mystérieuses et variables (selon les différents modèles idéologiques). Cet état de fait a une incidence importante sur la manière de classer les troubles psychiques et à l'heure actuelle, dans les services de psychiatrie coexistent deux grands types de classifications des troubles mentaux.

L'une, que nous venons de développer, est issue de deux siècles d'observation clinique et fortement imprégnée par le modèle psychanalytique, qui regroupe l'ensemble des troubles mentaux autour de trois grands axes : psychoses, névroses et états limites.

L'autre est nommée *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, selon la nouvelle classification américaine, dont la version actuelle est le DSM IV. Ce type de classification a fait son apparition au cours de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle et est fondée sur des données statistiques.

Elle obéit à deux grands principes :

- elle se veut athéorique en ce qui concerne les causes de maladies, c'est-à-dire que les pathologies ne sont plus classées en fonction de causes supposées mais réunies en fonction d'ensembles de symptômes associés fréquemment ;
- son mode de classification est multiaxial, c'est-à-dire que chaque patient peut être « classé » selon plusieurs niveaux d'observation :
  - l'axe 1 concerne les grands syndromes cliniques évolutifs (schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles de l'alimentation, etc.),
  - l'axe 2 concerne les troubles de la personnalité (personnalité paranoïaque, personnalité histrionique, personnalité borderline, etc.),
  - l'axe 3 concerne les affections médicales ayant une incidence sur l'état psychique de la personne (trouble de l'humeur due à une hypothyroïdie, par exemple),
  - l'axe 4 concerne les affections liées à des facteurs de stress psychosociaux et environnementaux (problèmes avec le groupe de support principal, problèmes liés à l'environnement social ou liés à l'éducation, etc.),
  - l'axe 5 évalue le niveau d'adaptation et de fonctionnement de l'individu et permet de mesurer l'impact de la maladie sur la personne malade. Cette évaluation se fait grâce à une *Échelle d'évaluation globale du fonctionnement* (échelle GAS ou EFG) allant de 1 à 100 ;
- La CIM10, (classification européenne) obéit aux mêmes principes athéoriques.

Si aujourd'hui les nouvelles classifications sont largement utilisées par les médecins et les soignants, l'ancienne reste cependant très présente car elle apporte un corpus théorique riche qui permet à la fois d'expliquer la plupart des développements psychopathologiques et d'élaborer une théorie des soins.

Pour permettre un meilleur repérage dans la lecture de cet ouvrage, les deux types de classification seront régulièrement indiqués, celles-ci pouvant être globalement mises en correspondance.

**Tableau 1.I.** Correspondances entre les principaux troubles psychiques, ancienne classification/ DSM IV

ANCIENNE CLASSIFICATION	DSM IV
-------------------------	--------

<b>Psychoses</b> Schizophrénie Paranoïa Psychose hallucinatoire chronique Bouffée délirante aigue Psychose puerpérale	<b>Troubles psychotiques</b> Schizophrénie Delire chronique Schizophrénie paranoïde Etat psychotique aigu Trouble psychotique bref avec début lors du postpartum
<b>Névroses</b> Névrose d'angoisse Névrose phobique Névrose obsessionnelle Névrose hystérique	<b>Troubles anxieux</b> Trouble anxiété généralisée Trouble phobique : agoraphobie, phobie sociale et phobies non spécifiques Trouble obsessionnel compulsif La symptomatologie de la névrose hystérique se répartit entre différents troubles : – Trouble de conversion – Trouble somatoforme – Trouble factice – Personnalité histrionique
Névrose traumatique	Etat de stress post-traumatique
<b>États limites</b>	<b>Personnalité borderline</b>
<b>États dépressifs</b> Dépression Psychose maniaco-dépressive	<b>Troubles de l'humeur</b> Troubles dépressifs Troubles bipolaires
<b>Psychopathie</b>	<b>Personnalité antisociale</b>

Les sujets relevant de la structure névrotique peuvent développer cinq grands types de troubles :

- **la névrose d'angoisse** (ou trouble anxieux généralisé), marquée par une anxiété massive qui envahit complètement la vie de la personne et des plaintes somatiques importantes ;
- **la névrose obsessionnelle** (ou trouble obsessionnel compulsif), marquée par des idées obsédantes qui envahissent la psyché de la personne. Celle-ci tente alors de lutter contre elles en mettant en place des rituels invalidants ;
- **la névrose phobique** (ou trouble phobique), marquée par une crainte irrationnelle d'un objet ou d'une situation n'ayant pas en soi de caractère objectivement menaçant ;
- **la névrose hystérique** (ou trouble de conversion) caractérisée par une symptomatologie qui s'exprime au travers du corps, par des manifestations somatiques sans cause organique identifiée et/ou du théâtralisme ;
- **la névrose traumatique** (ou état de stress post-traumatique) qui survient suite à un traumatisme important (agression, accident, guerre, tremblement de terre, etc) et qui est marquée essentiellement par une anxiété importante, une reviviscence répétitive du traumatisme et des troubles du sommeil.

## *Les pathologies relevant de la structure psychotique*

---

Les troubles les plus fréquents présentés par les sujets ayant une structure psychotique sont :

- **la schizophrénie** marquée par une désorganisation complète de la personnalité, avec des troubles de l'affectivité, de la pensée et du comportement.
- **la paranoïa**, marquée par un délire interprétatif construit sur une perception faussée du réel ;
- **la psychose hallucinatoire chronique**, marquée par un début tardif (après 30 ans) et se caractérisant par des phénomènes hallucinatoires importants ;
- **la paraphrénie** qui se caractérise par un délire imaginatif.

## *Les pathologies relevant d'une organisation limite*

---

Les états limites (ou personnalité borderline) correspondent à un type de trouble qui se situe entre psychose et névrose, sans pouvoir se fixer sur aucune de ces pathologies.

## *Les pathologies pouvant relever de diverses structures*

---

Par ailleurs, certaines pathologies peuvent, suivant les cas, relever de l'une ou l'autre des structures de personnalité précitées.

- **Les troubles de l'humeur** regroupent les **troubles dépressifs** et les **troubles bipolaires** au cours desquels il y a alternance entre des épisodes dépressifs et des états d'agitation maniaque.
- **Les troubles des conduites alimentaires** (l'anorexie et la boulimie), ou encore **les addictions** (conduite alcoolique, usage de drogues) sont également susceptibles de survenir sur ces trois types de terrain.
- **La psychopathie** (ou personnalité antisociale) se situerait quant à elle dans un registre limite.

# LES AXES THERAPEUTIQUES

## *Les orientations thérapeutiques selon les différents modèles de soin*

---

Chaque modèle de soin (analytique, cognitiviste, comportementaliste, etc.) propose un type d'orientation thérapeutique et l'infirmier travaillant en psychiatrie en tire des éléments qu'il intègre dans la prise en charge au quotidien des patients.

- Selon le modèle analytique, la thérapie doit permettre de mettre en lumière des éléments inconscients, ceci afin d'obtenir un remaniement psychique profond.
- Pour le modèle humaniste, représenté essentiellement par l'approche centrée sur la personne, l'objectif thérapeutique est d'aider la personne à s'accepter telle qu'elle est et à réapprendre à vivre en harmonie avec elle-même.
- Pour le modèle cognitif, la thérapie vise à soulager la personne de sa souffrance en l'aidant à modifier ses processus de pensées – les schémas cognitifs – basés sur des illusions et des idées fausses sur elle-même et sur le monde qui l'entoure.
- Pour le modèle comportemental, il s'agit d'aider la personne à remplacer un comportement coûteux en énergie ou dangereux par un autre comportement plus efficace par le moyen de l'apprentissage.
- Le modèle systémique propose de modifier le fonctionnement global du système familial dans lequel vit le sujet malade.
- Le modèle neurobiologique propose quant à lui des traitements médicamenteux visant à modifier certains processus biochimiques et physiologiques du système nerveux central. Ces substances induisent chez la personne des modifications de la perception, de la conscience, de l'humeur, du comportement, etc.

## *La prise en charge relationnelle*

---

Le savoir être soignant est l'un des principaux moyens thérapeutiques mis en œuvre pour soigner la personne malade psychiquement. Ce savoir être va teinter toutes les actions infirmières, depuis les soins de nursing jusqu'aux entretiens thérapeutiques.

### *Les grandes fonctions du soin relationnel*

D'une certaine manière, les soins relationnels ont pour fonction de suppléer aux carences initiales et aux manques momentanés ayant entraîné un état pathologique chez une personne.

Ainsi l'infirmier va assurer diverses fonctions, celles-ci se déployant suivant les besoins de la personne malade.

■ **La fonction d'étayage** (de support) alternatif vise à compenser une perte d'étayage interne. L'étayage sur le corps comprend toutes les actions d'aide à la toilette, à l'habillage, mais également l'apprentissage de la relaxation, etc.

■ **La fonction maternante**, est en lien avec la fonction d'étayage sur le corps. Elle s'exprime au travers de soins rappelant les premiers soins reçus par l'enfant (aide à la toilette, massages de détente, soins somatiques, etc). Le patient va profiter de cet espace pour entrer dans un état régressif au cours duquel il va tenter de réparer, colmater ses failles premières, du moins en partie.

■ **La fonction de contenance psychique** est assurée par le soignant qui reçoit les contenus psychiques indifférenciés du patient et les reformule afin d'aider le patient à se les approprier. Cette fonction aide le patient à constituer un espace psychique propre à contenir et traiter sa vie émotionnelle autrement que par la fabrication de symptômes.

■ Par **la fonction de pare-excitation**, l'infirmier établit un filtre protecteur entre le patient et ses pulsions. Il pose un cadre comportemental sécurisant qui lui apporte une structure.

■ **La fonction éducative-directive** est une fonction très importante dans le rôle soignant. L'infirmier éduque (ou rééduque) la personne malade, l'aidant à intégrer des comportements qui lui permettent de mieux assumer sa vie. Une certaine directivité peut être utilisée pour guider la personne vers des comportements lui permettant d'avoir une vie plus adaptée.

■ **La fonction de sollicitation** constitue un appel au lien et vise à remettre en route la relation à l'autre interrompue.

■ **La fonction transférentielle** permet aux patients de projeter sur les soignants (et les autres partenaires du soin) son monde intérieur et ses conflits non résolus. L'attitude juste du soignant pourra contribuer à aider le patient à dépasser ses conflits psychiques.

■ **La fonction personnalisante** se manifeste par une attitude d'humanité profonde du soignant envers le patient, celle-ci renforçant alors son sentiment d'exister.

### *Les éléments thérapeutiques participant au processus de soin*

C'est au travers d'une qualité de présence relationnelle, du regard, du toucher, ainsi que tous les petits riens du quotidien que l'infirmier va aider la personne à restaurer son estime d'elle-même, renforçant son sentiment d'exister. La personnalité du soignant constitue elle-même l'une des composantes du soin.

### *La relation de soin*

La relation de soin constitue la base fondamentale des soins dispensés en psychiatrie. Elle s'établit au décours de toutes les actions infirmières, avec un support privilégié – la parole – et une intention

thérapeutique présente en arrière-plan.

### ● *Les actions de l'infirmier en psychiatrie*

Les actions infirmières sont multiples et relèvent tant du pôle somatique que du pôle relationnel. Elles se composent d'actions centrées sur la vie quotidienne, d'actions en lien avec le cadre et la protection des patients, d'actions relationnelles proprement dites (entretiens infirmiers, animation d'ateliers de médiation thérapeutique), d'actions relevant du domaine somatique, d'actions en lien avec l'équipe pluridisciplinaire et enfin des actions relevant du travail de liaison.

## *Les conséquences de l'accueil de la souffrance de l'autre*

---

Accueillir la souffrance du patient peut avoir des répercussions sur l'infirmier qui le fait. Des zones de souffrance personnelle peuvent en effet être réactivées par phénomène de **résonance**. Par ailleurs, l'infirmier qui reçoit en permanence les contenus psychiques archaïques des patients (délire, agressivité, affects indifférenciés, etc) peut subir une véritable **contamination psychique**. Ces deux phénomènes peuvent provoquer chez l'infirmier un phénomène défensif : **les contre-attitudes soignantes**. Celles-ci se manifestent alors par diverses attitudes : la dérision, la rationalisation, le déni, la volonté de pouvoir, etc. Il est important pour l'infirmier de les repérer car elles peuvent nuire au patient.

Par ailleurs, le **burn out** (ou épuisement professionnel) peut être l'une des conséquences d'une charge de travail trop lourde, de la confrontation à trop de pertes, de deuils professionnels, à trop de souffrance au quotidien.

## *La juste posture professionnelle*

---

Il est nécessaire pour le soignant de développer une juste distance professionnelle, dans sa pratique relationnelle, celui-ci n'étant ni trop proche (c'est-à-dire dans une relation fusionnelle) ni trop éloigné (c'est-à-dire complètement distancé). L'infirmier doit être capable **de recevoir la souffrance d'autrui tout en percevant les résonances personnelles** qui peuvent se lever en lui. Il doit apprendre à **identifier les contre-attitudes** qui montent éventuellement en lui, afin d'éviter de les mettre en acte. Pour y parvenir, l'infirmier peut s'appuyer sur **l'analyse de pratique** qui l'aide à comprendre ce qui se passe en lui et dans la relation de soin. Il peut également s'inscrire dans une démarche de **formation professionnelle** qui peut l'aider à développer de nouvelles compétences et à renforcer son identité professionnelle.

## Démarche et projet de soin

---

Le suivi du projet de soin revient à l'infirmier qui est le garant constant **du suivi de la prise en charge et de la cohérence des interventions** opérées par les différents intervenants auprès du patient. Le projet de soin se conçoit dans **une dimension d'élaboration créative** avec des tâtonnements, des hypothèses et une analyse permanente en lien avec l'évolution du patient. Le développement du soin passe par des phases de recherche, d'essais et de réajustements. La prise en charge va évoluer en fonction de l'évolution symptomatique du patient. Quelle que soit la problématique rencontrée, l'infirmier va jouer le rôle d'un **catalyseur**, permettant que se créent des liens cohérents et signifiants dans la prise en charge.

Par ailleurs, il cherchera avant tout à rendre le patient **acteur de ses soins** le plus possible, et d'aider celui-ci à se positionner dans une demande.

## *Le dispositif de soin*

---

La pratique infirmière se déploie dans le cadre d'un dispositif de soin. Celui-ci correspond à la manière dont s'organisent les soins en vue d'une prise en charge optimale de la personne psychologiquement malade. Il repose sur deux piliers :

- **La sectorisation** qui est l'organisation des soins par secteurs géographiques définis permettant au patient d'être suivi au long cours par la même équipe pluridisciplinaire.
- **La loi du 27 juin 1990** qui définit les modalités d'accueil des patients dans les services de psychiatrie, ceux-ci pouvant être en hospitalisation libre (HL), en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ou en hospitalisation d'office (HO).

Par ailleurs, les patients incapables de veiller à leurs intérêts du fait de leur état psychique pourront bénéficier de mesures de protections : **la sauvegarde de justice, la curatelle ou la tutelle.**

## **IMPACT DES MALADIES PSYCHIQUES EN SANTÉ PUBLIQUE**

Les incidences des processus psychopathologiques peuvent être mesurées grâce aux données épidémiologiques mondiales. Ces incidences concernent l'individu malade, sa famille et le collectif. Selon l'OMS, les troubles mentaux représentent le principal handicap du 21<sup>e</sup> siècle et, actuellement ils constituent un véritable problème sociétal. Ils représentent donc un enjeu majeur de santé publique, leur prévention constituant un objectif prioritaire.

## **2. Facteurs favorisant l'apparition des troubles psychopathologiques**

## COMPRENDRE

Même si l'on a pu observer l'importance de certains facteurs, l'étiologie (la cause) exacte des troubles psychiques reste encore aujourd'hui mystérieuse. Et si l'apparition d'une maladie semble parfois liée à une cause directe (l'état de stress post-traumatique qui apparaît suite à une agression, ou un état confusionnel qui est lié à l'absorption d'une substance) la plupart du temps elle apparaît comme étant l'aboutissement d'une chaîne de causalités qui s'étend sur un laps de temps donné, celles-ci correspondant à une intrication complexe de données environnementales, organiques et/ou génétiques.

Deux grands types de facteurs peuvent être isolés :

- **les facteurs précipitants**, qui correspondent à une exposition du sujet à des facteurs externes ;
  - **les facteurs prédisposants**, appelés également facteurs de vulnérabilité, qui augmentent la probabilité de survenue d'un trouble.
- lesfacteursprécipitantsLes facteurs environnementaux

# LES FACTEURS PRÉCIPITANTS

## Les facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux peuvent intervenir précocement, dans les tout premiers mois de vie de l'enfant, ou plus tardivement, au décours de la vie d'une personne.

## Les facteurs environnementaux précoces

Les facteurs liés à l'environnement, et plus précisément au mode de vie, sont des éléments que l'on retrouve dans l'apparition des troubles psychiatriques. À la naissance, le nourrisson est totalement dépendant de son environnement sur les plans physiologique, moteur et psychique. Il dépend de l'autre pour sa survie et pour son développement. C'est la mère, et plus largement l'environnement proche, qui satisfait à ses besoins et qui lui apporte progressivement les stimulations et les encouragements propices qui vont permettre à ses différents potentiels de se développer.

Des réponses adaptées de l'environnement devront se faire à différents niveaux :

- au niveau physiologique, en satisfaisant ses besoins de base (alimentation, sommeil, protection contre les agressions...), en le stimulant sur le plan moteur, en filtrant les stimuli sensoriels qui l'impactent ;
- au niveau affectif, en lui assurant sécurité et stimulation, intérêt, rythmicité dans les échanges ;
- au niveau cognitif, en l'accompagnant et en l'encourageant dans la découverte de son corps et de son environnement ;
- au niveau langagier, en le stimulant grâce à un langage adapté.

Ces différentes réponses requièrent une régularité et une rythmicité qui vont permettre à l'enfant de se construire progressivement. Elles devront aussi s'adapter en permanence à ses progrès, tout en revêtant une forme adaptée au niveau comportemental.

 Par exemple, un adulte s'occupant d'un bébé adapte le son de sa voix, se rapproche, adoucit ses gestes, les commente, etc. La mère, après l'accouchement, entre dans un état spécifique que Winnicott a nommé « préoccupation maternelle primaire » : elle est particulièrement attentive aux besoins de son enfant, développe son empathie vis-à-vis de lui, y pense même en son absence (lorsqu'il dort). Cette préoccupation permet un ajustement des soins à l'enfant. La synchronisation du bébé au ton de la voix ou à la douceur des gestes de la mère est interprétée par celle-ci comme une réponse de sa part, ce qui initie un jeu d'échopraxies (la mère imitant les réactions de son bébé et celui-ci imitant les siennes).

Quand ces réponses ne sont pas présentes de façon continue, cela pourra occasionner des troubles chez l'enfant.

Les principales carences environnementales présidant à l'apparition de troubles psychiques chez l'enfant sont l'insuffisance de stimulation, l'insuffisance ou la discontinuité d'étayage et la maltraitance.

## *L'insuffisance de stimulations*

Nous venons de le voir, les différents champs de développement de l'enfant (moteur, intellectuel, affectif et somatique) nécessitent une évolution parallèle et corrélée. Ces quatre champs sont intimement liés.

Un enfant insuffisamment stimulé au niveau moteur voit ses capacités de déplacement limitées et a des

difficultés à aller à la découverte du monde qui l'entoure. Il fait alors moins d'expériences qu'un enfant dont les parents encouragent la motricité et est donc moins stimulé intellectuellement. Par ailleurs, une carence de stimulation motrice est souvent accompagnée d'une carence affective. Il est évident que les premiers pas d'un enfant nécessitent une aide, une stimulation, une protection et requièrent un investissement constant de l'environnement. Les premiers pas de l'enfant se font grâce à l'appui physique sur le parent, mais aussi grâce à sa disponibilité psychique et relationnelle. Le parent doit donner une attention soutenue à son enfant pour permettre à ce dernier de faire l'expérience de sa propre assurance, d'une autonomie nouvellement gagnée, d'un rapport à l'autre enrichissant fondé sur la confiance : c'est une véritable étape de la maturation psychique qui se joue à ce moment-là, moment pendant lequel les affects, l'intellect et la motricité sont stimulés de concert.

De la même manière, les progrès de l'enfant sont intimement liés à son développement biologique, les fonctions instrumentales s'appuyant sur son développement musculaire, tout comme le développement du psychisme accompagne le développement cortical.

➡ Madame Leroy est dépressive depuis la mort de son mari qui est survenue durant sa grossesse. Après la naissance de Marco, son fils, elle s'est repliée sur elle-même, se désintéressant de lui. Elle le laisse seul des heures durant, ne s'occupant de lui que de façon mécanique. Lors de sa visite de post-accouchement l'assistante sociale de secteur constate que Marco présente une importante passivité, qu'il répond peu quand on le stimule et qu'il a un regard vide. Elle alerte alors la PMI qui mettra en route une procédure d'évaluation de la situation.

### *L'insuffisance ou la discontinuité d'étayage*

Selon le modèle analytique, c'est au décours des liens premiers que le bébé met en place avec son environnement que des troubles psychiques peuvent apparaître. Il semble qu'un défaut d'étayage (de support physique et psychologique) conséquent et continu de la mère et de l'entourage immédiat du bébé laisse celui-ci aux prises avec des angoisses primitives importantes qui débordent sa capacité de gestion interne. Il peut alors développer des troubles psychiques (notamment des troubles psychotiques) si la situation perdure.

Les raisons de cette carence de capacité à apporter un étayage conséquent chez les parents peuvent être diverses :

- **une situation sociofamiliale chaotique** associant divers problèmes tels que : rupture à répétition dans le couple, conditions de vie précaires, agressivité intraconjugale, conduites addictives des parents, etc. Dans ce type de situations de vie, les mères oscillent entre des moments de surstimulation intrusive et des moments de distance voire d'absence ou de rejet. Le conjoint ou les conjoints successifs n'offrent pas la disponibilité régulière qui permettrait de compenser les errements de la mère. Le bébé subit alors les discontinuités qui le placent dans un climat d'insécurité permanent ;
- **des hospitalisations répétées** de la mère sans que l'environnement ne puisse assurer la continuité des soins. L'enfant passe de mains en mains (tante, nounou, sœur, etc.) sans pouvoir trouver de repères stables ;
- **une anxiété et une inadéquation parentale** (parents trop jeunes sans étayage eux-mêmes) ;
- **la présence d'une blessure narcissique des parents** causée par une infirmité du bébé. Bien souvent, dans ces situations, les parents alternent entre la fusion relationnelle et le rejet, plaçant ainsi l'enfant dans une discontinuité délétère ;

- une maladie psychique présente chez la mère :
  - une dépression qui se caractérise par une efficacité pratique dans les soins sans mobilisation affective. La mère fait les gestes qu'il faut mais sans affects (maternage opératoire),
  - un trouble psychotique qui, lors des épisodes féconds de la maladie, ne permet pas d'offrir à l'enfant la continuité et l'adaptation nécessaires à ses besoins.

➡ Nadia souffre de schizophrénie et ses symptômes sont plus ou moins bien gérés par une prise en charge relationnelle et médicamenteuse soutenue. Elle a un enfant avec un homme ne souffrant d'aucune pathologie mentale. Après son accouchement, elle va vivre avec lui, tout en étant suivie par les infirmiers du CMP. Ceux-ci se rendent vite compte que c'est Nadia qui s'occupe de façon quasiment exclusive de son fils (le père étant très souvent absent à cause de ses obligations professionnelles) et qu'elle le fait de façon discontinue, sans lui apporter le soutien psychique et physique nécessaire à sa croissance. Le père étant dans l'incapacité de diminuer son activité professionnelle, une décision du juge pour enfant place le bébé de Nadia chez une de ses tantes paternelles qui vit tout près de chez le couple. Nadia aura un droit de visite régulier mais ce ne sera pas elle qui élèvera son fils.

D'une manière générale, il est nécessaire que les événements se répètent ou que la situation se prolonge pour qu'il y ait impact et réactions pathologiques chez l'enfant. En effet, ce dernier vient au monde avec une capacité innée à résister au stress et ne nécessite en fait qu'un environnement « suffisamment bon » (expression de Winnicott signifiant que celui-ci s'adapte globalement mais non pas complètement aux besoins de l'enfant) pour se développer harmonieusement. C'est donc la répétition ou la durée d'une situation qui vont permettre au trouble de s'organiser, de se structurer et finalement de s'installer.

### *La maltraitance*

La maltraitance est également un facteur important de développement de troubles psychiques chez l'enfant. Elle se caractérise par des mauvais traitements résultant d'une action humaine réprouvée, qui se produit dans l'environnement immédiat, et qui peut être prévenue. L'action en question peut être intentionnelle (sévices) ou non (négligence). C'est la répétition qui signera la maltraitance. Il est à noter que l'on dénombre environ 20 000 enfants victimes de sévices de tous ordres chaque année.

Toutes les classes sociales sont concernées mais le repérage se fait plus facilement dans les milieux socioculturels carencés du fait de l'intervention fréquente de travailleurs sociaux. L'environnement institutionnel peut également être en cause de la part de personnes ayant autorité sur l'enfant : personnel soignant, éducateur, famille d'accueil, enseignant, entraîneur sportif, etc.

Les différents types de maltraitance sont :

- **la maltraitance physique** : les coups donnés à l'enfant sont repérables par des fractures, des hématomes, des brûlures, des morsures, des griffures et parfois même par des lésions internes (hématomes sous duraux, lésions viscérales, hémorragies). Les traces laissées par les maltraitances physiques sont d'autant plus visibles que l'enfant est jeune ;

➡ La nourrice de Mélinda (5 ans) remarque que celle-ci présente régulièrement des bleus et des ecchymoses sur l'abdomen, les bras et les jambes. Quand elle interroge l'enfant sur l'origine de ces marques, celle-ci répond qu'elle est tombée dans l'escalier. L'enfant est craintive, réservée et elle ne se mêle pas aux autres. Elle a tendance à rester prostrée dans un

coin, ne mangeant que du bout des lèvres. Quand sa mère vient la chercher, elle part se cacher derrière un canapé et la nourrice a beaucoup de mal à l'en déloger. Devant la répétition de ses constats, cette dernière finit par faire un signalement auprès de son assistante sociale de secteur. Il s'avère que Mélinda est une enfant battue.

- **la maltraitance psychologique** : dans ce cadre la maltraitance est caractérisée par des humiliations, des injures, des brimades, des attitudes terrorisantes, des menaces ou des manifestations de rejet ou d'abandon affectif, des punitions excessives ou encore des exigences disproportionnées par rapport à l'âge et au développement de l'enfant ;
- **la maltraitance sexuelle** : elle se caractérise par des attouchements, des viols, de l'incitation à la pornographie ou à la prostitution. La maltraitance sexuelle peut entraîner des lésions physiques sérieuses mais elle peut aussi passer inaperçue (attouchements). Les sévices sexuels peuvent être imposés avec violence à l'enfant ou dans le cadre de manœuvres de séduction ;
- **les négligences graves** : c'est l'absence de soins, de surveillance, de protection, ou encore l'inadéquation des soins par rapport à l'âge et au développement de l'enfant ;
- **le syndrome de Münchhausen par procuration** : c'est une attitude pathologique de la mère qui provoque volontairement un problème somatique chez son enfant afin de pouvoir consulter et être considérée comme une mère dévouée. Les troubles provoqués peuvent être des privations de nourriture, des infections provoquées, des intoxications diverses.



### Savoir repérer les symptômes révélateurs de maltraitance

C'est au cours de visites à domicile ou de consultations en pédopsychiatrie que l'infirmier sera souvent à même de repérer des symptômes révélateurs de maltraitance. La découverte d'une maltraitance peut relever également d'une confidence de l'enfant. Les signes de maltraitance se manifestent par :

- **des signes physiques** : ecchymoses, traces de coups, fractures, brûlures, plaies inexplicables ;
- **des troubles psychologiques** : troubles du langage, du développement psychomoteur, difficultés scolaires ou chute inexplicée de l'investissement scolaire ;
- **des troubles du comportement** : éléments dépressifs, anxiété, quête affective, hyperactivité, agressivité, provocations, absentéisme scolaire ou fugue, refus de retour à la maison ;
- **des troubles somatiques** : troubles du sommeil, énurésie, encoprésie, douleurs abdominales, anorexie, boulimie ;
- **des signes évocateurs d'abus sexuels** : difficultés de mémorisation, désir d'oublier, identification à l'agresseur dans les jeux (avec des poupées, des marionnettes), provocations érotiques, langage inadapté à l'âge de l'enfant. La plupart du temps, les parents ont tendance à rationaliser leurs comportements, invoquant le caractère particulièrement difficile de leur enfant, son absence de maturité, parfois même la volonté qu'il affiche de les provoquer. Ces constats peuvent être avérés mais ils peuvent être cause ou conséquence du comportement des parents et de toute façon ne minimisent en rien la responsabilité de

ces derniers. On retrouve souvent chez les parents des antécédents de sévices subis.

Dans le cadre d'une confiance le comportement soignant doit évidemment être accueillant et déculpabilisant. Il s'agit de soutenir l'expression de l'enfant

Après la révélation, l'infirmier doit impérativement partager l'information en réunion clinique afin de déterminer la marche à suivre : information à la cellule d'accueil de traitement et d'évaluation du département, entretien avec les parents.

Dans le cadre d'une suspicion ou de la découverte avérée de sévices, là encore il est impératif de partager ce qui a été observé afin de déterminer collectivement la marche à suivre. Il est possible de questionner l'enfant sans faire pression sur lui. Dire ce qui lui arrive peut être difficile pour l'enfant, voire impossible, car il peut craindre de ne pas être pris au sérieux ou encore d'attirer des ennuis à ses parents, de ne plus se sentir aimé. Il peut aussi avoir perdu confiance dans l'adulte ou même se penser coupable.

Il est à noter que le secret ne lie pas les professionnels de santé lors de la constatation ou la suspicion de sévices sur un enfant. En revanche, l'information aux autorités n'est pas systématique, cette démarche relevant tout d'abord d'une analyse collégiale. Cependant, la non-dénonciation de sévices avérés est considérée comme une non-assistance à personne en danger et est passible d'une condamnation.

### *La répétition de messages péjoratifs*

Selon le modèle cognitif, c'est au cours de sa croissance que l'enfant intègre une vision du monde et des habitudes de pensée en fonction des messages reçus de la part de son entourage ainsi que des expériences de vie qu'il fait, se forgeant peu à peu des croyances (schémas et postulats cognitifs) qui vont orienter ses pensées, influencer ses émotions et ses actes. Son fonctionnement cognitif pourra être perturbé quand les messages reçus auront une connotation péjorative répétée, provoquant chez lui une distorsion des schémas de pensée. Par exemple, des messages répétés poussant à la méfiance et/ou des expériences de trahison pourront provoquer chez lui une tendance à la méfiance. La personnalité qui va se développer alors pourra être une personnalité paranoïaque. Si plus tard cette méfiance s'étend à tout ce qui est perçu, la personne développant alors d'importantes difficultés dans ses sphères affective, sociales et/ou professionnelle, on parle alors d'état pathologique (la paranoïa).

### *● Les facteurs environnementaux de survenue tardive*

#### *La survenue d'événements de vie stressants*

Selon Hans Seyle, le stress correspond à un syndrome général d'adaptation de l'organisme aux agressions qu'il subit de la part de son environnement. À la base, le stress n'est pas pathologique puisqu'il sert à aider l'organisme à mobiliser ses ressources pour y faire face. S'il est trop important les ressources de l'organisme vont cependant s'épuiser et il pourra alors devenir pathologique. Les événements de vie à forte teneur émotionnelle, qu'ils soient positifs (mariage, gain d'argent brusque et important, etc.) ou négatifs (deuil d'une personne chère, d'une situation, etc.) sont susceptibles de provoquer un état pathologique chez une personne, surtout si celle-ci est déjà en état de fragilité psychique.

 Mireille, 38 ans, a perdu son mari au mois de juin suite à un accident de voiture. Sa mère, qui l'a beaucoup soutenue dans cette épreuve, est décédée à son tour au mois d'octobre d'une rupture massive d'anévrisme et enfin, son père a débuté au mois de janvier de l'année suivante une démence de type Alzheimer qui l'a obligé à être institutionnalisé. Elle a bien supporté ces

différentes pertes mais, lorsqu'au mois d'avril elle a appris qu'elle devait quitter son emploi car l'entreprise délocalisait son activité vers un pays d'Asie, elle a agressé son DRH avec violence. Celui-ci a appelé la police. Elle a été retrouvée par cette dernière 6 heures plus tard, errant dans une rue de la ville en apostrophant qui voulait l'entendre de manière agressive. *Les pertes affectives nécessitent la mise en place d'un travail de deuil qui impose du temps pour s'élaborer. Chez Mireille, la proximité dans le temps de ces différentes pertes n'a pas permis cette élaboration et a laissé des cicatrices affectives qui l'ont fragilisée. C'est une dernière perte (la perte de trop), c'est-à-dire celle de son travail, qui est venue faire rupture et l'a entraînée dans un débordement qui s'est traduit par un trouble majeur du comportement*

### *L'exposition au stress de façon durable*

Un rythme professionnel trop soutenu, conjugué à des injonctions contradictoires ou la crainte d'une perte d'emploi peut favoriser la survenue de troubles psychiques (des troubles de l'humeur notamment) si la situation perdure. La personne qui y est exposée de façon durable voit alors ses capacités de gestion dépassées. Le harcèlement moral, violence psychologique insidieuse, fait partie des stress les plus importants dans notre époque de précarisation de l'emploi.

➡ Monsieur Didier travaille depuis plus de 30 ans dans une entreprise dans laquelle il exerce une fonction de cadre. L'entreprise est rachetée et M. Didier est alors « muté » dans un service où on lui attribue un bureau placard sans fenêtre. On lui retire toutes ses missions précédentes, le cantonnant à du rangement administratif. Durant des mois, son nouveau chef lui fait quotidiennement des remarques insidieuses sur son âge, son « incapacité à effectuer les tâches les plus simples », sa stupidité « chronique », etc. M. Didier subit tout cela sans rien dire. Il a compris que l'on cherche à le faire partir. À son âge (56 ans), il pense qu'il ne trouvera pas d'emploi ailleurs. Étant donné que son revenu représente la seule source d'argent de son ménage, qu'il doit encore payer ses traites et les études de son fils, il ne peut se permettre de perdre son emploi. Il continue donc à subir la situation quotidiennement et peu à peu, il se met à penser qu'il ne vaut plus rien et que la situation est sans espoir. Quelques mois plus tard, l'un de ses collègues le retrouvera pendu dans son bureau.

*Le stress quotidien vécu par M. Didier du fait du harcèlement moral exercé sur lui l'a littéralement miné, attaquant fortement son estime de lui-même et déclenchant un état dépressif. Ce dernier n'étant pas repéré ni soigné, la situation a été jusqu'au suicide qui est l'un des risques de l'état dépressif majeur.*

### *La survenue d'événements traumatiques intenses*

La survenue d'une agression brutale, d'un viol, d'une guerre, d'un tremblement de terre, etc. sont des événements qui menacent potentiellement l'intégrité de la personne (a priori en santé psychique) qui les vit. Elle vit alors une peur intense avec un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur totale. Dans les semaines ou les mois qui suivent ce traumatisme, des symptômes risquent d'apparaître chez elle : une reviviscence de la situation traumatique, des cauchemars, un état d'hyper-vigilance permanent, etc. C'est ce que l'on nomme le syndrome de stress post-traumatique.

➡ Denis a été victime d'une agression un soir alors qu'il rentrait chez lui vers 22 h. Lors de cet événement il s'est senti totalement à la merci de son agresseur qui s'attaquait à lui sans raison apparente. Il a été pris d'un moment de panique qui lui a enlevé toute force. Pourtant

l'agression a duré moins d'une minute et il n'a pas été blessé, seulement menacé. Depuis il dort difficilement, hésite à sortir de chez lui, surtout le soir, car il se sent en danger dès qu'il se trouve à l'extérieur de son domicile. Il ne parvient pas à faire barrage à des images flash de ce qu'il a vécu. Elles s'imposent à son esprit, venant sans cesse lui rappeler l'événement traumatique initial.

*L'agression subie par Denis n'a pas été objectivement violente, pourtant elle a laissé sur lui des traces profondes. Cet impact est dû, non pas au caractère réel de l'acte, mais au caractère subjectif de son vécu. C'est cet aspect subjectif, lié au sentiment de se sentir en danger sans recours possible, qui joue un rôle prépondérant dans les troubles vécus par Denis.*

### Les facteurs psychosociaux

Pour le sociologue, la société exerce une pression sur l'individu et ne lui laisse que des possibilités de choix restreints. Dans des sociétés comme la nôtre, le modèle économique dominant n'offre guère la possibilité (volontaire) de s'extraire de la dynamique de production/ consommation et il pousse chaque citoyen à travailler pour satisfaire ses besoins. Ces derniers sont d'ailleurs fortement guidés par le modèle social dominant qui consiste à vivre dans le plus grand confort possible.

De la même manière, dans la relation à l'autre, les modalités de comportements sont régies par des codes de conduite et de valeurs imposées par le collectif. Chaque membre de la société suit donc un modèle de compréhension et d'action dans le monde dont il a été imprégné très tôt dans le cadre de ses relations familiales (socialisation primaire) ou, un peu plus tard, à l'école, avec ses pairs ou même, une fois devenu adulte, dans son travail (socialisation secondaire). Ce modèle pèse sur l'individu et ne lui laisse que des éventualités de choix limitées.

Il arrive que la pression soit trop importante sur certains de ses membres et qu'elle devienne source de souffrance pour lui. Il peut alors essayer d'échapper à cette pression et se placer hors société. Il devient alors asocial ou déviant. Mais si la contrainte est source de souffrance et que l'individu reste tout de même sous l'emprise de la société, il risque alors de vivre un tiraillement interne qui peut entraîner une cristallisation de sa souffrance et une évolution vers une pathologie. Les besoins, les normes, les prescriptions de comportement, les désirs même, imposés par la société, peuvent alors constituer pour lui un horizon inatteignable ou entraîner un épuisement, un sentiment d'incapacité, ou encore une agressivité voire même un refuge dans l'imaginaire et peuvent signer l'entrée dans une pathologie.

 Après avoir obtenu son bac avec une mention bien et suivi 6 années de faculté de médecine, Jean décide de tout quitter pour aller offrir son temps et son énergie aux chiffonniers d'Emmaus. Il explique au responsable de l'antenne de l'association qui le reçoit qu'il a toujours supporté les contraintes, toujours suivi la voie que ses parents lui avaient tracée, toujours écouté les conseils des autres, fait ce qu'il devait faire mais qu'aujourd'hui il n'en peut plus. Ce n'est pas lui qui a choisi cette voie mais qu'aujourd'hui il n'en peut plus.

Il a l'impression qu'il ne pourra jamais arriver au bout de ses études. Ce n'est pas lui qui a choisi cette voie mais il l'a acceptée parce qu'elle donnait de la fierté à ses parents, qu'elle correspondait, pour eux, à un idéal social. Lui en a assez de cet idéal, il veut maintenant vivre pour lui, aider les autres comme il l'entend, sans remplir de dossiers, ni faire de courbettes à un professeur de médecine.

Six mois plus tard il aura quitté le domicile de ses parents et ira vivre dans la rue, avec les routards, faisant la manche pour vivre, sale mais heureux de son sort. Il sera hospitalisé contre son gré dans un service de psychiatrie le jour où il se sera interposé avec violence aux

forces de l'ordre venues déloger un groupe de personnes sans domicile fixe qui squattait un immeuble.

*La pression exercée par les contraintes qu'une vie sociale imposée exerçait sur Jean a été trop forte. Après de nombreuses années d'effort il a abandonné et s'est laissé glisser dans l'existence qu'il souhaitait. Les exigences sociales l'ont rattrapé lorsque son engagement a dépassé certaines limites.*

### ● **L'isolement social**

Une situation initiale d'isolement social, conséquence d'une longue période de chômage par exemple, pourra favoriser l'apparition de troubles psychiques (dépression, troubles anxieux). De la même manière si les troubles psychotiques du fait de leur symptomatologie provoquent un isolement social, si ce dernier se prolonge et s'intensifie, il aura à son tour une répercussion négative sur l'évolution de la maladie, majorant les troubles.

### ● **L'exclusion professionnelle**

De la même manière que pour l'isolement social, l'exclusion professionnelle peut à la fois être cause et conséquence d'un trouble pathologique. À l'heure actuelle, le chômage représente un véritable problème de société, désinsérant le sujet du groupe social auquel il appartient, favorisant ainsi l'apparition de troubles psychiques divers : dépression, troubles anxieux, pathologies addictives, etc. La perte d'un statut social peut entamer gravement l'estime de soi d'un sujet surtout lorsque ce statut était un élément constitutif de son identité.

### ● **Un bas niveau socio-économique**

La pauvreté et la précarité peuvent également être des facteurs favorisant l'apparition de troubles mentaux de tous types. Ils peuvent entraîner des conditions de vie défavorables pour un enfant, par exemple : insécurité, stress, voire pathologies anxieuses ou dépressives des parents, incurie, etc.

 Romuald a 12 ans. Il vit avec sa mère dans une haute tour de l'un des quartiers défavorisés d'une grande ville. Sa mère essaie de faire des petits boulots pour subvenir à leurs besoins mais l'argent qu'elle gagne ne suffit pas à tout payer alors elle va chercher des bons alimentaires chaque semaine chez l'assistante sociale de son quartier. Parfois, Romuald la surprend en train de pleurer et cela l'inquiète beaucoup. Il arrive de plus en plus régulièrement que sa mère reste couchée dans son lit la journée entière, ne s'occupant pas de lui faire à manger et le laissant complètement livré à lui-même.

Romuald mange alors ce qu'il trouve dans la cuisine et souvent il n'y a pas grand-chose. Au bas de son immeuble, il rencontre souvent Jonas, un « grand » de 16 ans qui vend de la drogue à une clientèle fournie. De temps en temps, il en propose gratuitement à Romuald. Un jour celui-ci accepte d'en prendre. Ce sera l'escalade et à 15 ans, il sera complètement dépendant de toxiques et sera lui-même devenu revendeur pour se payer sa consommation quotidienne.

*Romuald vit dans l'insécurité matérielle et affective. Il manque de repères et d'étayage. Il va glisser peu à peu dans la toxicomanie.*

### ● **Le milieu de vie urbain**

Certaines études sociologiques démontrent qu'il existe une plus forte concentration de pathologies psychiques dans les villes que dans le milieu rural.

## Les facteurs culturels

La culture est un héritage social transmis dont la fonction est d'adapter l'individu à la société et celle-ci à son environnement<sup>1</sup>. La culture façonne les individus et participe à dessiner les contours spécifiques de la société. Elle est ce qui est commun aux différents individus qui la composent, c'est-à-dire un ensemble de valeurs, principes, convictions, savoirs, mais aussi de comportements, interdits, obligations. C'est globalement un mode d'appréhension du monde qui oriente l'existence et s'exprime dans chacun des actes des individus concernés. Parallèlement, la culture est un support et un élément de cohésion.

<sup>1</sup>Citation de Ralph Linton dans Jean-François Dortier, *Les Sciences humaines. Panorama des connaissances*, Éditions des sciences humaines, 2009.

Les normes culturelles sont intériorisées et participent à la compréhension que se fait l'individu de lui-même et du monde. L'écart vécu entre le sens donné par un individu, à partir de sa culture, à une situation dans un contexte donné confronté au sens que donnent à cette même situation les membres d'une autre culture peut produire une souffrance. Vivre dans une culture différente de la sienne peut générer chez le sujet une tension entre des valeurs et des principes constitutifs de son être et les prescriptions culturelles du pays qui l'accueille. La tension produite peut générer une souffrance qui peut se cristalliser en symptômes.

➡ Mme Bounama est arrivée en France il y a deux ans avec ses trois enfants en provenance de Somalie, suite au décès de son mari. La première année s'est déroulée sous l'auspice quasi exclusif de la recherche d'un logement qu'elle a fini par trouver. Elle habite une barre HLM de la banlieue d'une grande ville. L'année passée à la recherche d'un logement et de moyens de subsistance a été particulièrement coûteuse en efforts mais Mme Bounama n'a jamais baissé les bras lors de ce véritable parcours du combattant. L'obtention d'un logement où elle allait pouvoir se poser avec ses enfants n'a pourtant pas été le nouveau départ qu'elle semblait envisager. Rapidement, elle a diminué le rythme de ses démarches pour obtenir de l'aide alimentaire et trouver des petits travaux (non déclarés). Elle a inscrit ses enfants à l'école du quartier mais n'est jamais allée aux rendez-vous proposés par les enseignants. Progressivement elle a restreint ses sorties, limitant son environnement social déjà étroit. Au bout d'un an, elle a perdu le goût de se lever, de se laver et s'est cloîtrée chez elle, restant la plupart de temps couchée dans son lit. C'est l'état d'incurie des enfants qui a alerté les services sociaux. Plus tard, Mme Bounama expliquera au psychiatre qui la suit que le monde qu'elle voyait autour d'elle dans son HLM n'avait aucun sens pour elle. Elle savait ce qu'elle devait faire pour s'intégrer, les courses, les enfants, l'école, mais les codes relationnels, l'absence de contact réels avec les voisins, la nécessité de devoir entrer en contact en permanence avec des inconnus : enseignants, travailleurs sociaux, médecins, voisins qui changeaient souvent, etc. ne lui permettaient pas de se repérer. Ce qui, autrefois, avait sens pour elle pour comprendre et se situer dans son environnement n'avait pas cours dans le nouvel environnement qu'elle souhaitait intégrer. Le décalage trop grand entre ceux-ci, impossible à combler, l'a peu à peu découragée, l'entraînant dans la dépression.

## Les facteurs toxiques

### Les troubles psychiatriques liés à l'absorption de substances psychoactives

En dehors des aspects liés à l'addiction (et à donc à la dépendance), qui constituent un trouble caractéristique, les psychotropes peuvent induire des manifestations psychiatriques liées à leurs

propriétés pharmacologiques. Certaines **substances psychoactives** telles que le cannabis, les amphétamines ou la cocaïne peuvent provoquer des épisodes aigus chez celui qui les consomme (troubles délirants de type interprétatif, passages à l'acte violents). **Les stupéfiants** (héroïne) provoquent de l'anxiété, des troubles dépressifs avec un risque suicidaire important. L'absorption d'ecstasy peut entraîner des manifestations psychiatriques aiguës à type d'impulsivité et des troubles de l'humeur en cas de consommation chronique.

Selon certaines études, il semble que l'absorption de ces toxiques ait tendance à précipiter, chez certaines personnes, l'entrée dans une pathologie préexistante (schizophrénie, trouble de l'humeur). Il est à noter que ces études démontrent également que chez les sujets consommateurs de cannabis, il existe un risque accru de développer un trouble psychotique.

### ● *Les troubles psychiatriques liés à d'autres toxiques*

Différents métaux entrant dans la composition de produits industriels ou agricoles peuvent provoquer des réactions d'ordre psychiatrique après pénétration dans l'organisme par les voies cutanées ou respiratoires. C'est le cas de l'arsenic, du mercure, du phosphore ou du chlore. Les troubles développés alors pourront être d'ordre cognitif ou neurologique. On observe aussi des troubles de l'humeur ou des états confusionnels. Les intoxications au monoxyde de carbone peuvent se manifester par une symptomatologie psychiatrique trompeuse : troubles du comportement, trouble ébriété, confusion.

## Les facteurs génétiques

La responsabilité de facteurs génétiques dans l'étiologie des troubles psychiatriques se confirme de plus en plus. Par exemple, des études ont pu mettre en évidence le fait que le risque de schizophrénie était dix fois plus élevé chez les parents de premier degré de personnes schizophrènes que dans le reste de la population. De la même manière, le risque de psychose maniaco-dépressive (trouble de l'humeur) est huit fois plus élevé que dans la population générale si un frère ou une sœur souffre de cette pathologie. Cependant, ce facteur génétique n'est pas totalement spécifique, c'est-à-dire que les gènes de susceptibilité à une maladie peuvent prendre des expressions variées. Par exemple, les apparentés à une personne porteuse de troubles de l'humeur peuvent présenter des troubles d'allure schizophrénique et inversement.

Par ailleurs, on a pu observer que des jumeaux homozygotes (vrais jumeaux portant donc le même bagage génétique) séparés à la naissance ne développaient pas systématiquement de façon concomitante une maladie psychique, l'environnement dans lequel ils avaient évolué ayant probablement été déterminant dans l'éclosion de celle-ci.

En ce qui concerne l'autisme, le facteur de concordance chez les jumeaux monozygotes est très élevé : entre 80 et 100 %. En revanche, en ce qui concerne les jumeaux dizygotes, le taux chute à 2 à 3 %. Selon le professeur Axel Kahn, cela peut indiquer qu'il n'y a pas dans l'autisme un déterminant monogénétique (c'est-à-dire porté par un seul gène), mais que plusieurs gènes sont probablement concernés, chacun intervenant de manière faible dans le développement de la pathologie.

Malgré des avancées évidentes, le bilan de la recherche des vingt dernières années postulant pour une étiologie génétique des troubles psychiques reste donc mitigé. L'identification de facteurs de vulnérabilité génétiques purs reste difficile à établir du fait de l'intrication complexe existant entre ceux-ci et les facteurs environnementaux.

## Les facteurs neurobiologiques

L'hypothèse neurobiologique dans l'apparition des troubles mentaux, notamment la schizophrénie, l'autisme et certaines psychoses infantiles, a été explorée dans un certain nombre d'études s'appuyant à la fois sur l'observation clinique et l'imagerie cérébrale. Des anomalies précoces (c'est-à-dire très en amont de l'apparition des premiers troubles) dans les processus neurodéveloppementaux ont été mises en évidence dans un certain nombre de cas étudiés. Par exemple, des anomalies structurelles ont été observées dans le cortex cérébral du fœtus durant le deuxième trimestre de gestation. D'autres études démontrent cependant que toutes les phases du développement neuronal peuvent être concernées, depuis l'étape de prolifération des cellules souches jusqu'au processus de myélinisation. Ces anomalies neurobiologiques peuvent être donc la cause d'une incapacité du nourrisson à recevoir les messages que lui envoie son environnement.

Donc si, comme nous l'avons évoqué précédemment, certaines formes de souffrances psychotiques semblent relever d'un mauvais ajustement du comportement parental vis-à-vis du nourrisson, d'autres apparaissent liées à une problématique neurodéveloppementale qui empêche celui-ci de recevoir ces messages de façon correcte.

## Les facteurs dégénératifs

Les troubles démentiels ne sont pas considérés comme faisant partie intégrante des pathologies psychiatriques, puisqu'ils sont le fait d'un processus dégénératif. En revanche, les démences se manifestent fréquemment par des troubles à coloration psychiatrique : troubles de la pensée (délire, hallucination), de l'humeur (états dépressifs, irritabilité) et du comportement : déambulations,

stéréotypies, agressivité, agitation, désinhibition, troubles de l'appétit et du sommeil.

### *Les facteurs infectieux*

Des études utilisant des sérums maternels collectés durant la grossesse d'un certain nombre de femmes ont démontré qu'il pouvait y avoir une corrélation (pour un tiers des sujets observés) entre l'exposition au virus de la rubéole ou de la grippe et l'apparition de la schizophrénie chez l'enfant.

### *Les facteurs obstétricaux*

Des études récentes ont démontré qu'il pouvait y avoir un lien entre des complications obstétricales et l'apparition de certains cas de schizophrénie.

#### **Points clés à retenir**

- ▶ Malgré des avancées scientifiques indéniables, les causes exactes des pathologies mentales restent encore mystérieuses aujourd'hui. Elles semblent correspondre à une intrication complexe entre des facteurs précipitants et prédisposants.
- ▶ Les facteurs précipitants peuvent être :
  - environnementaux (précoces et de survenue tardive) ;
  - psychosociaux ;
  - culturels ;
  - toxiques.
- ▶ Les facteurs prédisposants peuvent être :
  - génétiques ;
  - neurobiologiques ;
  - dégénératifs ;
  - infectieux ;
  - obstétricaux.
- ▶ Les maladies psychiques apparaissent comme étant l'aboutissement d'une chaîne de causalité qui s'étend sur un laps de temps donné.

### 3. Mécanismes psychopathologiques

## COMPRENDRE

Il n'existe pas, en psychiatrie, une théorie unique explicitant les mécanismes d'apparition des troubles psychopathologiques. Chacun des modèles explicatifs existants propose sa vision de l'homme normal ainsi qu'une vision spécifique des mécanismes qui président à l'apparition de la maladie.

Certains l'inscrivent dans des dysfonctionnements dont l'origine est développementale, accompagnant **l'histoire du sujet** (psychanalyse, modèle cognitivo-comportemental). D'autres modèles proposent une lecture plus synchronique et placent les pathologies dans le cadre du **fonctionnement actuel** du sujet lié à un défaut d'acceptation de soi (modèle humaniste) ou à **une cristallisation de ses interactions avec son environnement le plus proche dans un équilibre** problématique (modèle systémique). Le modèle neurobiologique quant à lui, considère que l'élément fondamental à prendre en compte est **le substrat biologique du psychisme**, c'est-à-dire le système cortical, et que les troubles trouvent leur source dans des dysfonctionnements de l'activité synaptique.

## **SELON LE MODÈLE PSYCHANALYTIQUE**

La psychanalyse, avec un siècle d'existence, est aujourd'hui la plus ancienne des théories psychologiques et c'est celle qui a donné lieu à la plus large littérature dans le domaine des sciences humaines. Elle a permis l'élaboration de différents courants dont nous ne reprendrons que les bases communes dans le présent ouvrage.

D'un point de vue sociétal, la psychanalyse a permis d'avancer dans la compréhension du fonctionnement psychique de l'homme normal. Cela fait d'elle un modèle de référence et ce sont sur ses propositions qu'ont été isolées et caractérisées les grandes formes pathologiques repérées aujourd'hui : les structures de personnalités.

## Du normal au pathologique

Pour la psychanalyse, c'est dans son histoire et en particulier dans son histoire précoce, que l'individu va structurer sa personnalité et construire sa capacité à gérer ses tensions internes ainsi que son rapport au monde. C'est donc également dans celle-ci que vont se constituer les différentes pathologies.

### Le fonctionnement psychique normal

L'existence d'un inconscient et son impact sur la qualité de vie et le comportement de l'individu est l'élément fondamental mis en évidence par la psychanalyse. À partir de cet inconscient, le point de vue psychanalytique permet d'appréhender le fonctionnement psychique à travers trois démarches complémentaires :

- **une démarche descriptive** permettant de définir l'architecture du psychisme ;
- **une démarche dynamique** mettant au jour les notions de tension, de force et de conflit à l'œuvre dans le psychisme ;
- **une démarche économique** rendant compte de la recherche d'équilibre indispensable au bon fonctionnement de l'appareil psychique.

Dans ce cadre, l'individu normal est celui qui parvient à gérer ses tensions internes de manière suffisamment économique pour ne pas trop en souffrir et pour se montrer efficace dans sa vie sociale et familiale. Le fait que ces différentes instances soient perturbées dans leur fonctionnement va signer divers états pathologiques.

### **La démarche descriptive**

Le système inconscient – préconscient – conscient comprend :

- **l'inconscient** qui est un espace psychique, non accessible à la conscience de manière volontaire, dans lequel cohabitent des éléments pulsionnels et des désirs et souvenirs refoulés ;
- **le préconscient** qui est un espace de stockage d'éléments non conscients mais accessibles à la conscience volontairement (souvenirs). C'est aussi un espace de transformation dans lequel le système de pensée traite des informations sensorielles et émotionnelles afin de leur donner du sens et de devenir gérable par la conscience (représentations) ;
- **le conscient** qui est l'espace des événements internes traités par la conscience dans l'immédiat, il permet la relation du sujet avec son environnement en temps réel.

 Dans son ouvrage *Psychopathologie de la vie quotidienne*, S. Freud donne de nombreux exemples du fonctionnement psychique inconscient. Il parle des actes manqués en prenant l'exemple d'un homme qui, se promenant dans une rue, trébuche alors qu'il n'y a aucun obstacle sur le trottoir. En principe, la marche, une fois acquise, relève de mécanismes automatiques qui nous permettent d'éviter des obstacles sans vraiment les voir. Pourtant notre homme trébuche. Pour Freud, il y a une raison à ce faux pas, celle-ci est inconsciente et liée à la culpabilité. En effet, un instant avant de trébucher, notre marcheur a croisé une jolie jeune femme qu'il a regardée avec envie. Ce regard masculin renvoie à un désir érotique que l'éducation interdit d'exprimer en public.

Cette interdiction est enfuie dans l'inconscient ce qui fait que lorsque le marcheur croise et regarde la jolie passante il ne se dit pas, consciemment, que son regard est osé mais son inconscient le lui rappelle et « le fait » trébucher

Le système Ça – Moi – Surmoi comporte :

- **le Ça** qui est le réservoir d'énergie de l'individu qui tire sa force des pulsions et des désirs inconscients qu'il abrite. Il fonctionne selon le principe de plaisir c'est-à-dire qu'il tend systématiquement à la satisfaction des besoins générés par les pulsions ;
- **le Surmoi** qui se construit progressivement (au cours de l'Œdipe) dans la confrontation et la prise en compte du sujet aux interdits sociaux qu'il intériorise. C'est une force structurante qui limite le sujet dans la satisfaction de ses pulsions ;
- **le Moi** qui se développe progressivement, c'est l'instance qui assure la cohérence et l'adaptation du sujet à son environnement à travers un pôle fonctionnel, siège des fonctions cognitives (volonté, conscience, mémoire) et d'un pôle défensif utilisant des mécanismes de défense qui le protègent lorsqu'il est face à des difficultés. Il gère en permanence les poussées du Ça (besoins, pulsions, désirs) et les interdits du Surmoi. Enfin, le Moi est régi par le principe de réalité, c'est-à-dire qu'il tient compte des contraintes sociales ;
- par ailleurs, une quatrième instance peut être distinguée, **l'Idéal du Moi**, qui représente un modèle d'identification pour le sujet bâti sur des valeurs positives auxquelles il se réfère. Cet idéal du moi se construit sur la base de l'identification aux personnes qui comptent pour l'enfant tout au long de son développement

 Jean est calmement installé sur son canapé devant la télévision. Une publicité pour une marque de chocolat particulièrement savoureuse le fait saliver et réveille chez lui une envie pressante de chocolat. Il se lève et va jusqu'au petit placard dans lequel il sait avoir rangé ses réserves. En passant devant son réfrigérateur il voit les compléments alimentaires à base de légumes lyophilisés que lui a conseillés son médecin pour lutter contre son surpoids. Cette vision le stoppe dans son élan, le goût du chocolat s'étiole et Jean tend la main vers un complément alimentaire... qu'il repose aussitôt. « Je n'ai pas besoin de manger, je ne vais tout de même pas me laisser guider par la publicité », se dit-il avec conviction.

Au début de cet exemple c'est le Ça de Jean qui s'impose, stimulé par le rappel publicitaire du chocolat, et qui le conduit à se lever pour satisfaire son envie (pulsion provenant du Ça). La vue d'un complément alimentaire le renvoie à la réalité de son poids en progression et place son Surmoi sur le devant de la scène en activant le levier de la culpabilité. Pour finir, son Moi et ses capacités de rationalisation s'imposent à leur tour et replacent gourmandise et régime à leur juste place.

### **La démarche dynamique**

La démarche dynamique est basée sur la notion d'échange d'énergie. L'énergie, générée par les éléments pulsionnels stockés dans l'inconscient et par la confrontation du sujet avec son environnement, crée une tension au sein de l'appareil psychique. Cette tension génère un vécu d'insatisfaction (parfois même de souffrance) qui doit être évacuée afin que le psychisme, et donc le sujet, retrouve son apaisement.

La meilleure solution serait de satisfaire les besoins ressentis mais la réalité sociale ne le permet pas toujours. Le psychisme doit alors trouver d'autres issues pour libérer cette énergie, c'est ce qu'il va faire en utilisant :

- soit **des mécanismes de défense** ;

- soit **son corps** par le biais de la motricité ;
- soit **la pensée**, grâce à une mise en sens des éléments pulsionnels, et plus globalement des affects, autorisant par cette voie une libération progressive de leur charge d'énergie.

➡ Lorsque, pour la quatrième fois, le préposé au service après-vente de l'hypermarché où il a acheté son téléviseur lui déclare que son appareil n'est toujours pas réparé, Thomas se sent submergé par la colère. Il commence à hausser le ton, crie à destination de l'employé qui semble apeuré et lui signifie chaudement à quel point « ils sont tous nuls dans cette boutique »... Il sort rapidement en prévenant qui veut l'entendre qu'ils vont entendre parler de lui.

En fait Thomas préfère sortir car il sait que lorsqu'il laisse parler la colère cela peut parfois l'em mener à des extrémités qu'il regrette après coup. Toujours furieux, il décide alors d'aller aussitôt à la piscine où il n'avait prévu d'aller qu'en fin d'après-midi. Là, dans l'eau, il nage pendant plus d'une heure à un rythme inhabituel pour lui. Après sa douche, fatigué mais pas encore tout à fait calme, il décide de se rendre chez Paul, un ami, à qui il exposera son problème et son mécontentement pendant une bonne heure. Suite à cette conversation, cette fois-ci calmé, il décide de se rendre à nouveau au service après-vente « si nul » et, arrivé sur place, demande à voir le responsable. Celui-ci arrive rapidement, écoute patiemment Thomas (qui expose son insatisfaction de manière relativement posée) et va à la recherche d'informations. Il revient dix minutes plus avec une explication claire des causes du retard de la réparation du téléviseur de Thomas et lui promet que celui-ci lui sera restitué la semaine prochaine. Rendez-vous est pris.

*Une frustration et un sentiment d'injustice ont entraîné chez Thomas une forte réaction affective (colère générée par l'insatisfaction). Celui-ci utilise deux moyens différents pour gérer sa colère : la décharge motrice (nager) et la mise en sens (parler). Ces deux moyens, parfaitement adaptés socialement, lui ont permis, l'un d'évacuer sa colère, donc de diminuer sa tension interne, et l'autre de la transformer, pouvant par la suite gérer la situation avec calme et efficacité.*

### **La démarche économique**

La démarche économique relève des échanges entre Ça, Moi et Surmoi. La pression exercée par les pulsions et affects siégeant dans le Ça pour faire irruption dans le champ de la conscience et obtenir leur satisfaction est contenue par le Moi puis, grâce à la transformation en pensée (préconscient), est libérée progressivement. Le Moi doit donc composer non seulement avec les exigences pulsionnelles et les possibilités de la réalité sociale mais aussi avec la pression « interdici trice » du Surmoi.

➡ Erwan marche dans la rue ce dimanche matin, tout est très calme, il fait doux, il est 9 heures et il va chercher ses croissants pour prendre son petit-déjeuner. Il est brusquement tiré de ses rêveries par un énorme coup de klaxon qui le fait sursauter. Son rythme cardiaque et sa respiration s'accélèrent, il sent ses poils se hériss er sur ses bras : il a peur. Très vite sa machine à penser (psychisme) se met en route et il se dit : « C'est un idiot qui se croit drôle ». Sa tension interne décroît, ses pulsations et sa respiration ralentissent, il retrouve son état de calme.

*Le psychisme d'Erwan lui a permis de mettre en pensée des affects. Ce travail s'appelle mentalisation ou symbolisation, il est dévolu en particulier au préconscient.*

Quelques-unes des notions permettant de comprendre le développement normal de l'être humain sont essentielles à connaître pour appréhender les processus psychopathologiques. Parmi elles, on trouve la dimension unifiante et personnalisante des soins premiers, la construction de la capacité de penser et le processus d'élaboration du schéma corporel.

### ***La dimension unifiante et personnalisante des soins premiers***

Winnicott explique que c'est au travers des soins premiers prodigués au bébé que celui-ci va commencer à appréhender le monde et se construire en tant que sujet. C'est durant la gestation que se met en place la **préoccupation maternelle primaire** : la mère se replie narcissiquement sur elle-même pour se préparer à l'accueil de son enfant, se centrant sur lui. Après la naissance cet état va lui permettre de prodiguer au bébé des soins corporels et psychiques adéquats qui vont l'aider peu à peu à se sentir « sujet ». C'est au travers de ces soins que la fonction psychique du bébé va mûrir et se structurer peu à peu. Winnicott explique que le soin et l'attention apportés aux soins corporels dispensés chaque jour ont une répercussion sur l'enfant dans la mesure où ceux-ci tiennent compte des besoins de son Moi. Deux de ces besoins sont définis comme étant le Holding et le Handling :

– **le Holding** (ou portage) correspond à la manière dont la mère porte son bébé. Il doit se sentir soutenu, maintenu, contenu. C'est cette « contenance » qui lui permet de se sentir unifié. Certains types de portage peuvent se faire dans un manque d'assurance et de contenance, faisant ressentir au bébé la sensation d'être sur le point de tomber. Cela va lui donner une impression d'insécurité. La manière dont le bébé va être porté représente pour lui un premier message sur la manière dont son environnement va le porter et le contenir ;

– **le Handling** (ou maintenance) correspond à la rythmicité dans une alternance de présence/absence bien tempérée ainsi qu'à l'adéquation des soins apportés au bébé dans leur continuité. C'est la manière dont la mère va effectuer ces soins et surtout leur adéquation aux besoins du bébé qui va peu à peu donner à celui-ci l'impression qu'il est une personne. Le Handling a une **fonction personnalisante**.

➡ Martha entend pleurer Tom, son bébé de trois mois. Elle va le chercher dans son lit et le prend dans ses bras avec des gestes doux et contenant, tout en lui parlant avec gentillesse : « Qu'est-ce qui se passe mon chéri ?... Viens chez maman. ». Elle constate à l'odeur que Tom a souillé sa couche. Elle se rend dans la salle de bains et le pose doucement sur la table à langer. Sa gestuelle est harmonieuse et assurée. Elle reste en contact constant avec Tom, effleurant son corps de ses mains douces au fur et à mesure qu'elle lui enlève la couche sale, opère le nettoyage de ses fesses, puis remet une nouvelle couche en place. Elle constate que le nez de Tom est un peu sale. Elle le nettoie alors en douceur, faisant attention à ne pas lui faire mal. Elle sait qu'il n'aime pas ça car il fait toujours une petite grimace quand elle touche son nez. Pendant qu'elle le rhabille, Tom babille en la regardant et elle lui répond en souriant. Il a l'air de se sentir à l'aise et en sécurité.

➡ Léa a une structure de personnalité limite. Elle vient d'avoir un bébé, François, et vit dans un foyer maternel où sont placées les mères nécessitant une surveillance et un accompagnement dans la relation mère/enfant. C'est l'heure du bain qui se fait sous la surveillance d'une éducatrice. Léa manipule François avec brusquerie, le porte « comme un sac à patate » sans le maintenir contre elle. En le changeant, ses gestes sont mécaniques. Elle ne prend pas garde au fait que les fesses de François soient rouges et irritées en le nettoyant et

il se met à pleurer. Malgré les conseils constants de son éducatrice, Léa a du mal à intégrer un comportement maternel adapté. L'éducatrice est obligée de la reprendre quand elle maintient François de force en lui nettoyant à fond le nez. Dès qu'il est propre, elle le remet aussitôt au lit et le laisse pleurer. C'est son éducatrice qui lui conseille de le reprendre dans ses bras pour tenter de le calmer.

*Du fait de sa pathologie, les soins prodigués par Léa à son fils ne sont ni contenantants ni maintenant. Ils sont peu sécurisants et peu personnalisants. Il est fort probable que François doit être placé dans une famille d'accueil afin qu'il puisse recevoir des soins de Holding et de Handling adaptés (tout en recevant des visites de sa mère). Un accompagnement mère-enfant sera nécessaire.*

## **La construction de la capacité de penser**

En passant du stade oral à l'Œdipe, l'enfant développe peu à peu une capacité à faire la différence entre Moi/non-Moi et intérieur/extérieur. C'est ce qui va permettre l'émergence de sa capacité de penser. Il est important de comprendre ce phénomène étant donné que c'est la pensée qui est perturbée dans les processus psychopathologiques. En fait, la structuration psychique de l'enfant est tributaire de deux processus fondamentaux : le développement de la perception de l'altérité et l'acquisition d'un appareil à penser ses pensées.

## **Le développement de la perception de l'altérité**

Dès les toutes premières heures, une partie importante de la relation mère/enfant s'élabore autour de l'alimentation du nourrisson. La sensation de faim provoque chez celui-ci un malaise intense qu'il est incapable d'identifier du fait de son immaturité. Cette sensation provoque en lui une tension interne qui va en partie s'évacuer par un agir (pleurs, gesticulation). Au tout début, la mère va répondre de façon immédiate au besoin de son bébé, l'anticipant même. Dès qu'il est rassasié, la tension interne s'apaise.

En fait c'est la répétition de ces réponses positives qui va créer les premières traces mnésiques (de satisfaction) chez le nourrisson. À ce stade, il ne différencie pas « le sein » de lui-même, car dans une forme de toute puissance fantasmatique, il l'a « créé » (c'est le trouvé-créé dont parle Winnicott).

Cependant, au fur et à mesure que l'enfant grandit, la mère, reprenant peu à peu ses investissements de vie, va répondre de manière moins immédiate à son besoin. Le bébé va alors faire l'expérience de l'attente. C'est l'alternance mesurée de présence/absence de la mère qui va lui faire découvrir l'altérité (le sein, sa mère ne sont pas lui) et qui va permettre de s'individualiser. Cela correspond à ses premières expériences de deuil et de récupération. C'est la constitution de la **relation d'objet**, (ou relation objectale). Celle-ci définit le type de relation qu'entretient un sujet avec l'objet (le monde extérieur vers lequel se tournent ses pulsions et duquel il va essayer d'obtenir satisfaction).

Dans chaque problématique psychique se met en place une relation d'objet particulière, les difficultés vécues par l'enfant durant son développement ayant une influence sur son rapport au monde.

➡ Maxime a huit mois. À chaque fois que sa mère s'éloigne de lui (deuil), il pleure, puis il manifeste sa joie, les larmes encore dans les yeux, quand elle revient (récupération). Il comprend peu à peu, à force de réitérer l'expérience que sa mère revient toujours. Plus tard, quand il subira des pertes significatives pour lui, il sera capable, après un temps de flottement, de les dépasser.

Terry à huit mois, lui aussi. Sa mère subit un deuil important. Très secouée émotionnellement, elle devient brutalement moins disponible, laissant souvent Terry pleurer seul dans sa

chambre. Se répétant chaque jour, cette expérience constituera un traumatisme initial pour Terry. Au bout de quelques semaines, sa mère retrouvera un investissement normal vis-à-vis de lui, mais le traumatisme restera ancré en lui. Plus tard, quand il subira des pertes significatives pour lui, ce traumatisme initial sera réactivé, pouvant créer un état pathologique (trouble anxieux, dépression).

### *L'acquisition d'un appareil à penser ses pensées*

C'est au cours de la phase de préoccupation maternelle primaire que se crée la mise en phase des perceptions mère/enfant. Après la naissance, celle-ci va être en capacité d'accueillir les états psychiques de son bébé, de les interpréter, de les lier aux siens, de les transformer puis de les lui réadresser sous une forme supportable. En faisant cela, elle offre une « contenance » aux éléments psychiques bruts (malaise, angoisses, perceptions, affects, etc.) de son bébé qu'elle va ensuite transformer en éléments psychiques « digérables » par lui de par le fait qu'ils sont mis en mots et en sens. C'est ce que Bion nomme la fonction alpha.

Et même si le bébé ne comprend pas le sens des mots prononcés par sa mère, il fait l'expérience répétée de projeter vers l'extérieur ses contenus psychiques bruts vers un contenant (l'appareil psychique maternel) capable de les mettre en sens, de les symboliser, et de les lui restituer ainsi sous une forme assimilable par lui. Il va ainsi également intégrer progressivement la capacité de sa mère à les penser, donc à symboliser. On parle alors **d'étayage sur le psychisme de la mère**.

➡ Mathilda est à la maternité. Deux jours plus tôt, elle a accouché de son premier enfant qu'elle a appelé Evan. Elle vient de le nourrir et maintenant qu'il est douillettement recroquevillé contre elle, sur son lit, elle le couve d'un regard attendri. Soudain Evan se met à bouger, commence à faire des grimaces, puis se met à pleurer en gesticulant. Mathilda semble comprendre immédiatement ce qui se passe. Elle prend Evan dans ses bras puis le pose contre son épaule tout en lui parlant d'une voix douce :

– Eh bien, qu'est-ce qui t'arrive mon chéri ?... Tu as un rot qui est peut-être coincé... Attend, je vais t'aider à l'évacuer.

Elle lui tapote alors doucement le dos en lui disant des paroles rassurantes et affectueuses. Evan gesticule encore un peu mais il ne pleure plus. Il semble attentif à la voix de sa mère. Il fait soudain un gros rôt.

– Eh bien voilà, dit aussitôt Mathilda. Tu vas pouvoir te rendormir tranquillement maintenant.

Evan se rendort effectivement dès qu'elle le recouche contre elle.

Evan a un an maintenant. Sa mère le promène en poussette dans une rue très passante. Elle l'a installé de façon à le voir et Evan ne la quitte pratiquement pas des yeux.

Il a l'air inquiet. Sa mère lui rend ses regards et lui parle par intermittence :

– Eh bien, il y a du monde aujourd'hui. Tu n'as pas l'habitude de cela, mon chéri. Rassure-toi, nous allons vite rentrer à la maison. Soudain, un gros chien se met à aboyer juste à côté d'eux, et Evan, l'air très inquiet, commence à pleurer. Sa mère le prend alors dans ses bras, tout en continuant à lui parler pour le rassurer. Elle lui caresse la tête en lui souriant.

– Rassure-toi, ce n'est qu'un gros chien. Il ne va pas te faire de mal. Il n'a pas l'air content. La foule doit le perturber lui aussi...

– Blotti tout contre sa mère, Evan se calme rapidement. Il regarde le chien qui continue d'aboyer, tout en écoutant sa mère lui parler.

À trois ans, alors qu'il se promène à nouveau en ville avec sa mère qui le tient par la main pour le faire marcher à côté d'elle, Evan aperçoit soudain un chien qui est en train d'aboyer. Cela ne le perturbe pas. Il tend alors son doigt vers lui en disant :

– Gros chien pas content.

Durant la croissance de son enfant, la mère va littéralement « contenir » celui-ci dans une enveloppe invisible constituée de présence rassurante, d'attention et de soins. C'est l'addition de sa qualité de mise en pensée d'une part et sa capacité à être dans une alternance mesurée et adaptée de présence/absence d'autre part qui va créer peu à peu chez l'enfant la capacité à se percevoir lui-même en tant que Moi (sujet) et à percevoir l'altérité (l'objet).

Dans *L'infirmier en psychiatrie*<sup>1</sup>, les auteurs font un parallèle entre le soin et la position maternelle primaire face à son bébé : « le soin, à l'image de ce qui s'est passé entre la mère et son enfant durant la psychogénèse, repose pour une bonne part sur notre capacité à transformer les émotions et éléments psychiques bruts de nos patients en contenus, paroles et mises en sens plus secondarisés et donc plus apaisants et intégrables par eux. »

<sup>1</sup>L.Morasz, A. Périn-Niquet, J.-P. Véro, C. Barbot, Éditions Masson.

Il s'agit donc d'un véritable étayage sur le psychisme du soignant.

### ***Le processus d'élaboration du schéma corporel***

Le schéma corporel correspond à l'image de son corps telle que la perçoit un sujet, tant à l'état statique que dynamique. L'élaboration de cette image interne se fonde sur des données sensorielles intéroceptives (viscères), proprioceptives (muscles, articulations) et extéroceptives (peau, surface).

Elle s'est élaborée en s'appuyant sur ce que l'on nomme **le stade du miroir** : vers un an, l'enfant comprend que l'image qu'il voit dans le miroir est son propre corps. Il commence à se percevoir comme un tout unifié. C'est la mère qui, en lui disant : « Ce que tu vois là, c'est toi » lui permet de s'identifier à l'image réfléchie. Cette image se construit donc petit à petit chez l'enfant (on considère qu'elle n'est pleinement ressentie que dans sa 6e année).

Suivant sa problématique psychique spécifique, chaque personne va avoir une manière différente d'appréhender son schéma corporel.

### ***L'introduction du Tiers***

S'il a été prouvé scientifiquement qu'un bébé reconnaît très tôt la présence du père, la fonction symbolique de celui-ci n'est pleinement intégrée qu'au moment de l'Œdipe. Le père est alors celui qui vient se poser en tant que Tiers qui vient rompre la fusion de la dyade mère enfant. Il représente alors la limite, l'interdit (de l'inceste), le principe de réalité faisant face au principe de plaisir. Dans la névrose, le Tiers est intégré, la personne va tenir compte du réel et de ses limites. Dans la psychose, il est ignoré et la personne va donc avoir tendance à ignorer les limites du réel. Dans les états limites, le Tiers est connu mais la personne n'en tient pas compte et elle est dans un déni constant du principe de réalité.

### ***Le développement psychopathologique***

Selon le modèle analytique, la normalité contient en germe des tensions internes ainsi qu'une certaine dose de souffrance. La pathologie apparaît lorsque la souffrance, due à une gestion inadéquate et

inconsciente des tensions, devient trop importante et ne permet plus au sujet de s'investir de façon satisfaisante dans sa vie affective, sociale et/ou professionnelle. Cette souffrance excessive se manifeste par des symptômes qui renvoient moins à des difficultés actuelles qu'à des situations de détresse antérieures, situations ayant participé au développement du sujet et à la structuration de son rapport au monde et à lui-même.

Chaque état pathologique est caractérisé par :

- **une manifestation symptomatique**, c'est-à-dire des signes cliniques observables tels qu'un délire, des obsessions, des phobies, etc. ;
- **une structure de personnalité** qui sous-tend l'ensemble des symptômes et leur donne une cohérence. Il y a trois types de structures : névrotique, psychotique et limite.

### **Aux origines de la névrose**

Le terme de névrose correspond à des organisations pathologiques caractérisées par une symptomatologie qui est l'expression symbolique d'un conflit trouvant ses racines dans l'histoire du sujet.

### **L'échec du refoulement**

Les symptômes névrotiques constituent un compromis entre le désir (le Ça) et la défense (le Surmoi). Le mécanisme de défense préférentiel qui protège le sujet des angoisses provoquées par ce conflit interne émergeant entre ces deux instances est le refoulement. La symptomatologie névrotique apparaît quand le refoulement n'est plus suffisamment opérant. Pour faire face aux **retours du refoulé** la personne va se rigidifier sur des défenses et développer toute une série de symptômes (obsessions, phobies, rituels) qui bien que la protégeant dans une certaine mesure de ses angoisses, vont invalider sa vie.

### **Des expériences de vie insuffisamment subjectivées**

L'existence actuelle d'une personne s'inscrit dans la trame composée de toutes ses expériences passées. Quand ces dernières n'ont pas été suffisamment « parlées », symbolisées et soutenues, le sujet peut alors plonger dans des états de détresse. C'est alors comme si le présent s'abolissait pour lui et qu'il ne vivait le présent qu'à la lumière de ses douleurs passées.

➡ Madame Duchemin a 39 ans et elle a vécu un deuil très important alors qu'elle avait 15 ans : elle a perdu ses deux parents dans un accident de voiture. Le choc l'a laissée sans réaction et elle n'a pratiquement pas pleuré à leur enterrement. Elle a alors été recueillie par une tante qui l'a fait par devoir plus que par envie et elle a réussi à construire sa vie de façon normale. Cependant, à chaque fois qu'elle subit une perte significative pour elle (la mort de son chat, puis d'un neveu) elle plonge dans un abîme d'angoisses qui la font se replier sur elle-même, avec des symptômes dépressifs. Hospitalisée, elle accepte petit à petit de parler avec Sylvie, une infirmière qu'elle trouve gentille et qui persévère à venir vers elle malgré ses refus de contact. À un certain moment, Mme Duchemin se met à sangloter, parlant de la perte de ses parents, et Sylvie va alors l'aider à mettre en mots son ressenti, tout en lui offrant une qualité de présence par ses gestes (main posée sur l'épaule), son regard bienveillant et sa capacité empathique.

*Les expériences traumatiques insuffisamment subjectivées (mises en mots) de Mme Duchemin ont refait surface à l'occasion d'un traumatisme moins important. À ce moment-là pour elle le temps s'est aboli et elle s'est retrouvée à exprimer sa douleur (ancienne et présente) devant Sylvie qui lui a alors offert sa capacité de contenance (physique et psychique), l'aidant à*

*mettre en mots (symboliser) sa souffrance. Suite à cela (ainsi qu'à la mise en place d'un traitement antidépresseur), Mme Duchemin a vu ses symptômes dépressifs diminuer. Par la suite, elle a mieux vécu les deuils qui l'ont frappée n'hésitant pas quand c'était nécessaire à reprendre un suivi psychothérapeutique.*

## **Aux origines de la psychose**

Même si à l'heure actuelle il est évident que la survenue de la psychose repose sur des données complexes et multifactorielles, certaines constantes environnementales ont pu néanmoins être observées. Selon le modèle analytique, c'est dans une carence fondamentale d'étayage que l'incapacité du sujet psychotique à percevoir la réalité trouve son origine.

### **La carence d'étayage sur le corps**

Quand les soins premiers au bébé ne tiennent pas compte de ses besoins essentiels de Holding et de Handling de façon importante, c'est-à-dire quand il ne bénéficie pas d'un soutien physique et psychique sécurisants, celui-ci étant contenant sur la durée, la constitution de son identité même peut être entravée :

- **une incapacité à se différencier de l'autre** : quand l'alternance de présence/absence de la mère est globalement inadaptée, le sujet ne peut se construire une identité stable (le Moi). Il a du mal à faire la différence entre lui et l'autre, entre le Moi et le non-Moi et entre l'intérieur et l'extérieur. Il projette alors une partie de son monde interne à l'extérieur ;
- **une perturbation au niveau du schéma corporel** : dans la psychose, le schéma corporel n'est pas intégré correctement. N'ayant pas été suffisamment « contenu » physiquement et ne disposant pas d'un Moi unifié qui lui permette de se percevoir lui-même de façon unifiée, le sujet psychotique se perçoit comme morcelé. Il peut avoir la perception que son corps se déforme, se transforme, se scinde, etc. Son schéma corporel est donc perturbé. À chaque fois que le soignant entre en contact avec une personne psychotique, il doit faire l'effort de partir à la découverte du type de perception que celui-ci a de son corps et il est important qu'il réfléchisse à la manière de l'aborder au niveau corporel, chacun étant différent.

### **La carence d'étayage sur l'appareil à penser de la mère**

Chez le sujet psychotique, il y a une incapacité à pouvoir penser ses pensées, c'est-à-dire à symboliser. Il semble que la mère n'ait pas pu assurer une fonction d'étayage psychique suffisant (pour diverses raisons : psychose, dépression, deuil, maladie organique nécessitant de fréquentes hospitalisations, etc.). Elle n'a pas été globalement en mesure de reconnaître et nommer les pulsions de son bébé et celui-ci est alors resté aux prises avec ses impressions sensorielles et émotions inchangées (le Ça) et celles-ci l'ont littéralement intoxiqué psychiquement. Il est resté en quasi-permanence aux prises avec ses angoisses primitives. Il s'est vu dans l'incapacité de transformer ses contenus pulsionnels en pensées cohérentes et les a alors projetés de façon massive vers l'extérieur. Ceux-ci sont alors revenus vers lui sous forme de délire et/ou d'hallucinations (ses perceptions), d'une part, et il a développé une tendance à les mettre en acte de façon directe (mise en scène immédiate de la pulsion dans le champ externe), d'autre part.

 Anita est schizophrène. Elle déteste se regarder dans un miroir car elle se voit alors avec la tête coupée en deux. Un matin, elle aperçoit son reflet dans la vitre de l'une des portes du service. Très angoissée, elle court aussitôt vers le bureau infirmier et elle interpelle Myriam, une infirmière qu'elle apprécie.

– Myriam, j'ai la tête coupée en deux, il faut absolument que vous me la remettiez en place !

Myriam s'avance alors calmement vers elle, et elle lui dit d'une voix rassurante :

– Tout va bien aller, Anita. Rassurez-vous.

Sachant par expérience que cela va calmer la jeune fille, elle prend celle-ci dans ses bras avec un mouvement contenant et elle lui caresse la tête tout en lui répétant :

– Vous êtes toute tremblante. Vous semblez très angoissée. Tout va bien. Votre tête va bien. Au bout d'un instant, Anita se calme. Elle fait alors un mouvement pour se dégager et aussitôt Myriam relâche son étreinte. Anita a le sourire. Elle dit à Myriam avant de sortir :

– Merci de m'avoir reconstruit ma tête.

*Anita était en proie à une intense angoisse de morcellement, basée sur la perception de se sentir coupée en deux. Connaissant sa tolérance à être touchée, Myriam l'a prise dans ses bras dans une attitude contenant et rassurante. Elle a ensuite caressé l'ensemble de sa tête afin de lui permettre de l'éprouver comme étant entière. Elle a accepté dans son psychisme les projections délirantes d'Anita avec calme et lui a restitué verbalement des éléments du réel ainsi que ses émotions afin que celle-ci puisse se les approprier. L'ensemble de ces attitudes a permis à Anita de se sentir mieux.*

*Il est intéressant de remarquer que dans la prise en charge d'une personne psychotique, la contenance soignante (c'est-à-dire la capacité à transformer les éléments psychiques bruts de la personne en éléments intégrables par elle) représente l'un des éléments essentiels du soin.*

Pour le soignant, il est important de comprendre que le sujet psychotique vit dans un monde intérieur terrifiant, ses perceptions délirantes constituant pour lui le réel, et que sa souffrance psychique est considérable. Il vit en quasi-permanence dans l'angoisse d'être anéanti, de ne pas exister, de se morceler. Suivant l'importance des troubles, tous ses domaines de vie pourront être atteints.

### **Aux origines des états limites**

#### **La perte précoce de l'objet**

Les facteurs environnementaux semblent prépondérants dans l'apparition des pathologies limites. L'histoire des sujets qui en souffrent est marquée par des traumatismes précoces survenus durant l'enfance (séparation ou perte précoce, maltraitance, négligence émotionnelle grave). L'objet (la mère, l'autre) a été présent durant un certain temps, puis il est venu à manquer de façon brutale. Souvent, l'enfant a été « trahi » par un adulte (viol, inceste, agression physique). L'appareil psychique encore immature de l'enfant a alors été débordé et s'est montré incapable de gérer la détresse ressentie. Le développement de l'attachement à l'adulte a été insécurisant.

### **Points clés à retenir**

- ▶ Selon le modèle analytique, c'est dans l'histoire précoce du sujet que ses problématiques psychiques trouvent leur origine.
- ▶ L'état pathologique apparaît quand la souffrance due à une gestion inadéquate et inconsciente des tensions internes devient trop importante, empêchant le sujet de s'investir dans sa vie affective, sociale et professionnelle de façon satisfaisante
- ▶ Il existe trois grands types de structures de personnalité :

- **les névroses** qui apparaissent chez un sujet dont le Moi est constitué. La névrose manifeste un conflit symbolique qui va s'exprimer au travers de la symptomatologie présentée par la personne. La maladie névrotique apparaît quand les mécanismes de défense (notamment le refoulement) ne sont plus suffisamment opérants et que l'angoisse envahit la personne, invalidant sa vie. Ce qui a été refoulé va s'exprimer sous la forme de symptômes divers (phobies, obsessions, conversion, etc.). C'est ce qu'on appelle le retour du refoulé ;

- **les psychoses** qui apparaissent quand il y a carence ou discontinuité grave d'étayage (soutien psychique et physique) de la part de l'environnement immédiat. Les conséquences sur le sujet sont une incapacité à constituer un fonctionnement psychique opérant, à se différencier de l'autre ainsi qu'une perturbation au niveau du schéma corporel. Le développement opérant de la structuration psychique d'un enfant est donc tributaire de deux choses importantes : le développement de sa perception de l'altérité et l'acquisition d'un appareil à penser les pensées. Des carences environnementales importantes peuvent les perturber et les empêcher, générant ainsi des troubles psychotiques ;

- **l'état limite** qui apparaît quand il y a une perte précoce de l'objet sécurisant (maltraitance, abandon, etc.). L'objet a été là de façon opérante au départ, puis il a manqué, plongeant l'enfant dans l'insécurité et l'angoisse.

- ▶ **La contenance soignante** correspond à la capacité du soignant à transformer les contenus psychiques bruts que le patient projette sur lui en éléments intégrables par lui (par la parole).

## SELON LE MODÈLE HUMANISTE

Le modèle humaniste développe l'idée que les événements de l'existence (agressivité, indifférence, conditions de vie) tout comme la prégnance de conflits intérieurs peuvent rendre difficile la croissance de l'être humain vers la maturité (voire l'interrompre). D'une manière plus générale c'est la poussée même de la société qui peut empêcher le développement de l'individu en faisant pression sur lui par ses codes et ses règles souvent implicites.

Le modèle humaniste est principalement porté par Carl Rogers, psychologue américain et créateur d'une psychothérapie non directive appelée **approche centrée sur la personne**. Il est dit « humaniste » parce qu'il est basé sur une conception positive de l'homme et sur une approche thérapeutique dans laquelle le sujet est appelé à faire des choix personnels.

## *L'approche centrée sur la personne*

---

Pour Rogers l'être humain est mû par un principe de croissance qui l'anime depuis la naissance jusqu'à la mort et qui lui permet de progresser vers la maturité, c'est-à-dire vers la capacité de se connaître et de s'accepter tel qu'il est et de faire des choix en toute conscience.

Plusieurs postulats sont à prendre en compte.

### *L'existence d'un champ phénoménal*

Le champ explicatif auquel se réfère Carl Rogers est la phénoménologie, mouvement philosophique qui s'attache à décrire les phénomènes, c'est-à-dire les faits qui apparaissent à la conscience. Pour Carl Rogers, ce sont les expériences immédiates vécues dans **l'ici et maintenant** qui importent pour le sujet, préférentiellement aux phénomènes conscients. Celui-ci ne subit pas le poids de son histoire ni de conditionnements divers. En revanche, il évolue en permanence en fonction de ses expériences de vie et des choix qu'il pose dans son existence. Dans ce monde d'expériences, ce qui compte avant tout, pour l'homme « mature », ce sont les expériences subjectives, c'est-à-dire **l'impact émotionnel vécu au travers de ces expériences**.

### *La finalité du développement de l'homme mature : l'acceptation de soi et l'acceptation de l'autre*

La finalité du développement de l'homme est la maturité. Celle-ci correspond à la capacité de connaître et d'accepter la nature profonde de sa personnalité, incluant qualités et défauts. L'homme « mature » est donc celui qui ne se ment pas à lui-même. Il est un solide défenseur de ses propres sentiments, il les connaît, les accepte et les revendique. Il développe également la capacité de placer l'autre en qualité d'interlocuteur à égale valeur de soi, tel qu'il est avec ses qualités et ses imperfections. Cette acceptation n'est possible pour celui qui écoute l'autre que s'il est lui-même suffisamment fort dans sa propre distinction, dans sa propre singularité (capacité de différenciation). Ainsi, il ne se laisse pas entraîner dans des réactions incontrôlables liées aux difficultés d'existence de l'autre : agressivité, dépendance, dépression, peur, manipulation.

L'acceptation de soi et de l'autre demande à l'individu de lutter contre le tropisme social qui impose aux relations entre individus l'adoption de rôles spécifiques ainsi qu'une certaine distance voire de la méfiance.

### *La tendance à l'actualisation de l'être humain*

Cette notion, que Rogers a reprise à A. Maslow, affirme qu'il existe fondamentalement en chaque personne une tendance permanente à l'auto-organisation en direction d'un mieux-être et d'un mieux vivre. Selon Rogers, l'être humain possède naturellement en lui toutes les potentialités d'une croissance saine et créatrice. Tout comme un gland possède en lui le potentiel pour se développer et devenir un chêne, s'il rencontre les conditions de base nécessaire (eau, lumière, éléments nutritifs, etc.), l'être humain possède en lui une tendance innée à actualiser ses potentialités et à les développer pour autant que son environnement réponde à ses besoins dans leur ensemble, c'est-à-dire à la fois physiologiques, affectifs, sociaux (etc.), mais également ses besoins de reconnaissance, de considération et de réalisation personnelle. Cette tendance à l'actualisation représente donc un critère fondamental dans la capacité d'une personne à orienter ses choix comportementaux en fonction de ses besoins internes.

### *Moi, image du Moi et Idéal du Moi selon l'approche centrée sur la personne*

Pour Rogers, l'instance du Moi se définit comme étant « la configuration essentielle composée des perceptions se rapportant au Moi, aux relations du Moi avec autrui, avec le milieu et la vie en général, ainsi que des valeurs que le sujet attache à ces diverses perceptions. Cette configuration se trouve en

continuel état de flux, autrement dit : elle est constamment changeante, encore qu'elle soit toujours organisée et cohérente. »

**Le Moi** possède donc la caractéristique fondamentale d'être une configuration qui se modifie au fur et à mesure que des événements de vie surviennent. Il est pris dans un processus permanent de construction et de réorganisation interne (la tendance actualisante). Cette configuration interne est potentiellement disponible à la conscience (ce qui implique également qu'elle n'est pas forcément pleinement consciente). Le Moi va également réguler le comportement de la personne, dans la mesure où il va filtrer les éléments qui sont en accord avec lui, les rendant disponibles à la conscience, et écarter ceux qui ne s'harmonisent pas avec lui (et qui sont alors « interceptés »).

**L'image du Moi** (self-concept) correspond à la partie de la conscience d'une personne qui lui permet de se différencier de l'autre. L'expérience constante des interactions entre l'organisme et le milieu permet la survenue de la conscience d'exister en tant qu'être différencié de l'autre, formant graduellement l'image du Moi.

**Le Moi idéal** (ideal-self) correspond quant à lui à l'ensemble des caractéristiques idéales que la personne voudrait pouvoir posséder comme représentatives et descriptives d'elle-même.

## Du normal au pathologique

---

Une personne en état de santé psychique, qui fonctionne pleinement (the fully functioning person, selon Rogers) se caractérise donc par une grande capacité de congruence entre ce qu'elle est réellement (sentiments, pensées, actes) et la manière dont elle s'exprime dans la vie. Cette capacité peut cependant être entravée par divers éléments à la fois externes et internes.

### La perte de liberté expérientielle par besoin de considération positive

Au fur et à mesure que l'enfant se développe grâce aux relations qu'il établit avec les personnes importantes pour lui, l'image qu'il a de lui-même demande sans cesse à être assurée et considérée. S'il vit dans un environnement critique qui juge et condamne ce qu'il ressent, il apprend (pour se protéger et être apprécié) à se couper de ce qu'il ressent de façon spontanée. C'est la perte de la liberté expérientielle.

L'enfant, puis l'adulte, est alors dans l'incapacité d'être dans l'acceptation de soi, de se montrer aux autres tel qu'il est en toute sincérité et d'accepter les autres tels qu'ils sont.

### L'incongruence fondamentale entre l'expérience vécue et le moi

Afin de conserver de l'estime à ses propres yeux, il arrive alors qu'une personne introjecte (intègre comme siennes) les valeurs des personnes qui constituent une référence pour elle. Afin de s'assurer une appréciation positive de la part de son entourage, elle peut avoir tendance à placer son centre d'évaluation à l'extérieur d'elle-même. Elle finit parfois par ne plus avoir comme critères et normes personnels que celles importées des autres. La possibilité pour elle de vivre authentiquement sa vie se voit alors restreinte. Elle perçoit ce qui lui arrive de façon sélective, en fonction de ce qu'elle pense devoir faire pour être appréciée et considérée par son entourage. C'est ce que Rogers appelle l'incongruence ou le **désaccord fondamental**. Afin de défendre son Moi, la personne « intercepte » sa réalité intérieure, et un décalage progressif s'opère entre son expérience de vie et son Moi conscient. Sa tendance naturelle à réaliser pleinement ses potentialités est empêchée. Un état de souffrance s'installe alors, la personne utilisant l'essentiel de son énergie à se leurrer elle-même ainsi que son entourage, se trouvant dans l'impossibilité de se déployer dans le monde.

### La désorganisation psychique

Au cours d'une expérience critique de vie qui dévoile son désaccord interne, la personne voit l'image qu'elle a d'elle-même atteinte. Son état d'incongruence fondamentale l'empêchant de prendre conscience de ce qui lui arrive réellement, c'est-à-dire de symboliser l'expérience vécue, un effondrement psychique se produit (le choc de la prise de conscience). Elle devient vulnérable, est envahie par l'angoisse et sombre dans la désorganisation psychique.

La perte de liberté expérientielle et l'état d'incongruence fondamentale vécus par la personne pourront alors avoir pour conséquence :

- **une incapacité à évaluer ses propres besoins** : l'incongruence interne vécue par la personne l'amène à devenir incapable d'évaluer correctement ses propres besoins. Ses choix et décisions de vie pourront alors l'amener à se mettre dans des situations qui lui feront vivre des stress plus ou moins importants ;

- **une désorganisation psychique** : au cours d'une expérience critique de vie qui dévoile son désaccord interne, la personne peut voir l'image qu'elle a d'elle-même atteinte. Son état d'incongruence fondamentale l'empêchant de prendre conscience de ce qui lui arrive réellement, c'est-à-dire de symboliser l'expérience vécue, un effondrement psychique se produit (le choc de la prise de conscience). La personne devient vulnérable, est envahie par l'angoisse et sombre dans la

➔ René a une nature douce et empathique mais son père lui a fait comprendre par des messages verbaux (« Arrête de pleurer comme une femmelette », « Être un homme c'est être un meneur, un dur ! ») et non verbaux (regards ironiques, ou absence de regards valorisants lors d'attitudes congruentes non acceptées) que cette manière d'être au monde n'est pas recevable. Pour recevoir des remarques et des regards valorisants de la part de son père il a alors accepté de s'inscrire au rugby alors qu'il aurait aimé faire de la danse classique, de devenir chef de classe alors que parler devant les autres et aux professeurs le terrifie et de devenir chef d'équipe dans son travail alors qu'il aurait préféré rester anonyme dans la masse des ouvriers. Vers 40 ans, il accepte une nouvelle promotion et se rend compte soudain avec effroi qu'il sera totalement incapable d'assumer les actions qu'il devra alors faire dans le cadre de sa nouvelle fonction (licencier ses anciens collègues). Envahi par l'angoisse, il sombrera alors dans un état dépressif.

*Par besoin de considération positive de la part de son père, René a appris à devenir incongruent par rapport à lui-même. Son incapacité fondamentale à évaluer ses propres besoins l'a amené à agir de façon inappropriée par rapport à ceux-ci. Une tension interne s'est développée au cours des années et à l'occasion d'une expérience critique (sa dernière promotion), son désaccord interne lui est apparu sans qu'il soit capable de mettre des mots dessus (du fait de son incapacité à percevoir ce qui l'habite vraiment). Cela l'a amené à la désorganisation psychique.*

Dans ce modèle de compréhension de l'humain ce sont les expériences inscrites dans le présent, dans l'ici et maintenant, qui conditionnent la capacité de l'individu à se voir, à s'accepter et à se montrer tel qu'il est. Mais plus le temps passe, plus le sujet, contraint par ses expériences de vie, doit dissimuler ce qu'il est réellement, plus il doit se refuser à lui-même pour se conformer aux exigences d'autrui. Sa vérité intérieure devient de plus en plus incongrue à ses propres yeux, comme si ses propres sentiments étaient inacceptables. Il ne peut vivre alors qu'en n'étant jamais réellement lui-même. L'individu devient alors un véritable étranger à lui-même, et cela signe un état pathologique.

### Points clés à retenir

- ▶ Selon le modèle humaniste, l'état pathologique apparaît quand :
  - une personne se coupe de ce qu'elle ressent de façon spontanée afin de plaire aux personnes significatives pour elle, celles-ci n'acceptant pas ses sentiments réels ;
  - elle vit en désaccord fondamental avec ses propres valeurs, toujours par besoin d'être acceptée par autrui.
- ▶ La personne devient alors incapable d'évaluer ses propres besoins et ses choix de vie s'en ressentent, ne lui correspondant pas forcément, cela occasionnant un stress intense chez elle.
- ▶ À la moindre expérience critique, elle risque alors de s'effondrer, étant incapable d'objectiver ce qui lui arrive.

## SELON LE MODÈLE COGNITIVISTE

Le modèle cognitiviste reconnaît l'existence de l'inconscient et celui-ci a selon lui une autre nature que celle de la psychanalyse : il est fait d'habitudes comportementales, idéiques et émotionnelles spécifiques qu'il est possible de transformer par des exercices spécifiques.

Le modèle cognitiviste considère qu'il n'y a pas de monde objectif et que chaque individu construit sa perception subjective du monde et sa relation avec lui, à la faveur du sens qu'il donne aux informations issues de celui-ci.

Les thérapies cognitives (souvent associées aux thérapies comportementales) postulent en faveur du fait que les systèmes de croyances, de pensées et d'interprétation de la réalité de l'individu ont un impact prééminent sur ses émotions et ses comportements. Le sujet traite l'information qui lui vient du monde extérieur ou de lui-même à partir de dispositions inconscientes qui vont sélectionner et biaiser les informations reçues. Ces dispositions l'entraîneront à estimer le monde comme étant dangereux, inquiétant, immuable, inintéressant ou, à l'inverse, à l'appréhender de manière sereine, en mouvement, exaltante, etc. Toujours selon ces dispositions, il se sentira plein de capacités, de valeur, ou au contraire inutile et sans valeur.

Pour le modèle cognitif, les cognitions sont des habitudes de pensées. Les représentations mentales sont organisées **en schémas cognitifs** (croyances) inconscients et ceux-ci s'actualisent en permanence en fonction des stimuli extérieurs. Ces schémas de pensée acquis par l'apprentissage restent stockés dans la mémoire de la personne et des processus cognitifs les transforment en pensées automatiques facilement accessibles à la conscience.

Ces schémas cognitifs trouvent leur origine dans l'éducation, l'apprentissage social et les expériences individuelles de chaque individu et celui-ci se forge à partir d'eux des règles et des principes de vie plus ou moins impératifs, des **postulats** silencieux qui guident son raisonnement quotidien. Ces schémas définissent la vision du monde, des autres et de soi-même d'un individu.

Les pathologies psychiques s'expliqueraient par une distorsion des schémas cognitifs et ceux-ci sont la cible des thérapies cognitives.

## *Le fonctionnement psychologique normal*

Le champ d'investigation des thérapies cognitives concerne donc le traitement de l'information. Les comportements et affects vécus par le sujet sont en lien avec les informations qu'il reçoit en provenance du monde extérieur et de son propre organisme. Ces informations prennent sens pour lui après avoir été sélectionnées et traitées par son système cognitif à partir de deux types d'éléments :

- des éléments structurels (schémas et postulats) ;
- des éléments processuels (processus et événements cognitifs).

### *Les schémas cognitifs*

Les schémas cognitifs s'élaborent en lien avec les premières expériences relationnelles du sujet immergé dans son environnement sous la forme de traces sensorielles et affectives. Ces traces s'organisent en schémas à force de répétition qui orientent ensuite la perception que se fait le sujet des informations qu'il perçoit.

 Un enfant entouré d'attention et de douceur perçoit les marques de cette attention et de cette douceur à travers les paroles et les comportements de ceux qui l'entourent. Il ressent un bien-être lié à ces marques et intègre progressivement un schéma de compréhension et d'appréhension du monde et de lui-même basé sur un sentiment de sécurité et de valeur personnelle.

Ce schéma devient un élément structurel de sa personnalité et il conditionnera sa relation au monde. Les schémas cognitifs sont « des identités organisées qui contiennent à un moment donné tout le savoir d'un individu sur lui-même et sur le monde : ils guident l'attention et la perception sélective des stimuli environnementaux <sup>22</sup>».

<sup>2</sup>Jean Cottraux, Les Thérapies comportementales et cognitives, Masson, 2004.

### *La construction des schémas cognitifs chez l'enfant*

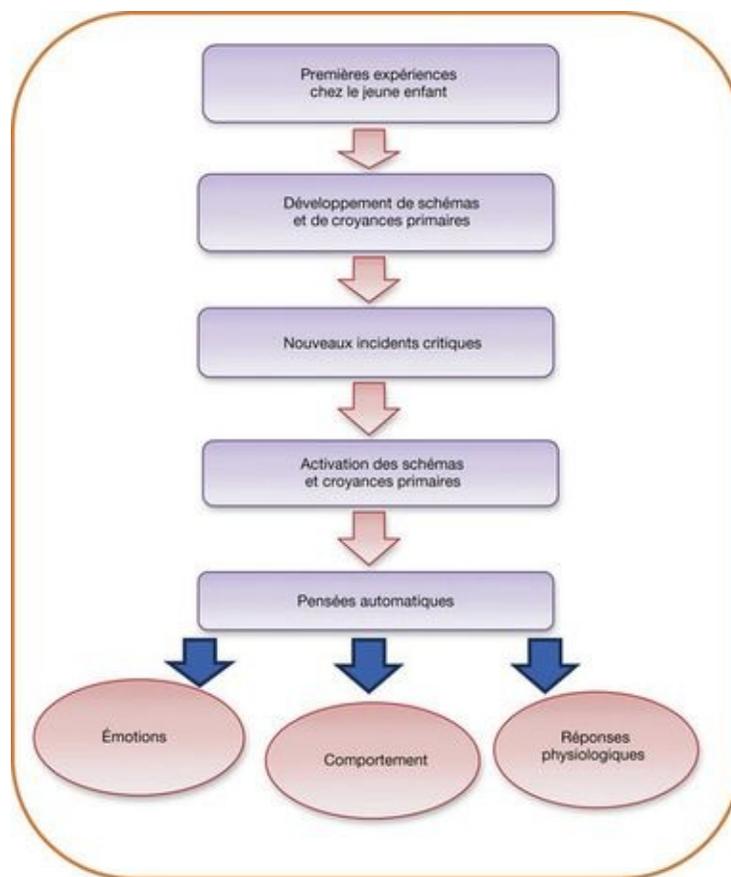


Figure 3.1.

Construction des schémas cognitifs chez l'enfant

Ces schémas jouent un rôle décisif dans la manière dont l'individu perçoit le monde qui l'entoure, ainsi que sur la place qu'il occupe dans ce monde. Ils induisent pour cela des déformations de l'information qui arrive à la conscience de l'individu, ceci afin de la rendre compatible avec les informations déjà stockées dans l'inconscient (les schémas cognitifs) : c'est le **mécanisme d'assimilation**.

Les schémas cognitifs sont donc des structures adaptatives qui s'expriment à un niveau inconscient. Ils sont stockés dans la mémoire à long terme et sont constitutifs de la personnalité du sujet.

### ● *Les principaux types de schémas cognitifs*

Jeffrey Young a défini 18 schémas précoces inadaptés. Une même personne peut présenter plusieurs schémas dysfonctionnels.

#### *Les schémas précoces de séparation et de rejet*

##### *Schéma d'abandon/instabilité*

Il est généré par un manque de soutien et de fiabilité de la part de ceux qui sont censés offrir une sécurité à l'enfant qui développe alors le sentiment que les personnes importantes pour lui ne lui donneront pas appui, force et protection. Ces schémas peuvent être présents dans les états névrotiques en général, les troubles dépressifs ou les états limites.

##### *Méfiance/abus*

Il est généré par des situations d'insécurité profondes vécues par l'enfant qui peut avoir vécu des abus ou une trahison de la part des adultes. Ce schéma est très présent chez les personnes paranoïaques, ou encore celles souffrant d'état limite.

##### *Manque affectif*

Il peut être généré par une expérience réitérée de vide affectif vécue durant l'enfance, de manque d'empathie et d'attention et de manque de protection. La personne en tire la certitude que les autres ne lui donneront jamais le soutien affectif dont elle a besoin. Ce schéma peut être présent dans les états dépressifs, ou dans les états limites.

### *Imperfection/honte*

Dans l'enfance, la moindre des lacunes était mise en évidence, critiquée. La personne se juge imparfaite, incapable, inférieure aux autres. Elle manque de confiance en soi et d'estime de soi, est hypersensible aux critiques. Ce schéma est très présent dans les troubles dépressifs, ainsi que dans les névroses.

### *Isolement/aliénation*

La personne développe le sentiment d'être coupée des autres et du monde. Elle se sent différente des autres.

### *Les schémas précoces de manque d'autonomie et de performance*

#### *Dépendance/incompétence*

La personne a vécu dans un milieu favorisant la dépendance et la fusion. Elle en a tiré l'impression d'être incapable de faire face au quotidien. Les autres sont considérés comme des béquilles. Ce schéma peut être présent chez les personnes souffrant de névrose phobique, d'état dépressif, d'état limite, etc.

#### *Peur des événements inévitables/incontrôlables*

Dans l'enfance (souvent surprotégée), le monde peut avoir été présenté comme étant source de danger et d'insécurité. La personne vit dans la terreur d'une catastrophe imminente, elle ne se sent pas en sécurité. Elle a peur de faire des crises d'angoisse, d'attraper un virus, etc. Ce schéma est présent dans le trouble panique, la névrose phobique, la névrose d'angoisse, etc.

#### *Surprotection/personnalité atrophiée*

Les personnes ayant ce schéma développent un attachement excessif à une ou plusieurs personnes et sont incapables de développer une adaptation sociale normale. Il est présent chez les personnes souffrant de trouble dépressif, d'état limite, etc.

#### *Échec*

C'est un sentiment d'infériorité inculqué dans l'enfance. Enfant, la personne a pu être qualifiée de « nulle », d'« incapable » au moindre échec. Elle a développé un sentiment d'inaptitude au succès, pense qu'elle n'est jamais à la hauteur des situations qu'elle affronte, un sentiment d'infériorité. Le sentiment de honte est très présent. Ce schéma est souvent présent dans les états dépressifs, la névrose d'angoisse, phobique, etc.

### *Les schémas précoces de manque de limites*

#### *Droit personnels/dominance*

Ce schéma découle d'un manque ou d'une absence de limites dans l'enfance. La personne estime qu'elle doit tout avoir sur le champ. Il y a chez elle une absence de discipline personnelle et une incapacité à supporter la frustration. Elle a une tendance excessive à vouloir affirmer sa force et à contrôler les autres pour son propre avantage. Ce schéma est dominant chez la personne antisociale et celle souffrant de paranoïa.

#### *Manque de contrôle de soi/discipline personnelle*

Il y a chez la personne une incapacité ou un refus de se contrôler dans ses émotions et ses actions face à la frustration de ses désirs. Ce schéma est présent chez les personnes état limite et antisociales.

### ***Les schémas précoces de dépendance aux autres***

#### ***Assujettissement***

La personne a tendance à sacrifier ses propres désirs pour plaire aux autres ou répondre à leurs besoins. Elle permet aux autres de la dominer. La culpabilité est très présente, ainsi que la peur des représailles ou de l'abandon. Ce schéma peut être présent dans de nombreuses pathologies.

#### ***Abnégation***

La personne a sans cesse la peur de faire de la peine aux autres et a le souci exagéré de toujours considérer les autres avant elle-même.

#### ***Besoin d'approbation***

La personne a développé un besoin excessif d'attention et d'approbation des autres. Ce schéma est présent dans les états névrotiques, notamment la névrose hystérique.

### ***Les schémas précoces de survigilance et inhibition***

#### ***Peur d'événements évitables/négativité***

La personne développe une perception négative des choses, de ce qui lui arrive et de ce qui arrive à ses proches. Elle minimise les aspects positifs et survalorise les événements négatifs. Elle a peur de faire des erreurs et de leurs conséquences (ruine, humiliation, etc.). C'est un schéma très présent dans la névrose d'angoisse.

#### ***Surcontrôle***

La personne est dans un contrôle excessif de ses réactions spontanées par peur, le plus souvent, de faire des erreurs ou de la désapprobation d'autrui. Ce schéma est souvent généré par une enfance vécue dans un contexte non valorisant où la critique était très présente. Ce schéma est présent dans la névrose obsessionnelle.

#### ***Idéaux exigeants***

Alors qu'elle était enfant, on s'attendait à ce que la personne soit exceptionnelle en tout et tout autre résultat était considéré comme un échec. Elle a tendance à développer des aspirations personnelles démesurément élevées. Il lui est difficile de prendre du plaisir aux choses, de se détendre et elle souffre d'un déficit d'estime de soi. Elle se montre exigeante envers elle-même et envers les autres, facilement critique. C'est un schéma présent dans la névrose obsessionnelle.

#### ***Punition***

La personne se montre intolérante et critique et « punit » facilement les autres s'ils n'atteignent pas le niveau exigé (selon elle). Elle manque d'empathie et de flexibilité. Ce schéma est présent dans la paranoïa.

### ***Les postulats cognitifs***

Le schéma cognitif s'exprime par le biais de postulats. Ceux-ci sont des éléments psychiques conscients ou préconscients, se manifestant par un ensemble de règles plus ou moins explicites et plus ou moins flexibles : « Je ne dois pas faire confiance aux hommes », « Les femmes sont toutes frivoles », etc.

➡ Pour Max, « le monde est une jungle » (*postulat cognitif*) dans laquelle il faut se méfier et se battre en permanence pour survivre (*schéma de méfiance et de danger*). Rien n'est donné à personne sans effort et « plus on en fait, plus on est méritant dans la vie » (*autre postulat cognitif*). En revanche, pour Isabelle, son épouse, « la vie est une aventure. » Elle pense qu'il faut savoir saisir les opportunités qui se présentent et rester toujours ouverte au nouveau, même si c'est déstabilisant, parfois. Elle pense également qu'il est important de faire confiance au destin qui finit toujours par ouvrir des opportunités (*schéma de confiance*). Elle répète régulièrement : « Qui n'essaie rien n'a rien. » (*postulat cognitif*).

Max et Isabelle ont une fille de 20 ans nommée Esther. Celle-ci suit des études à la fac et travaille dans un restaurant en tant que serveuse chaque fin de semaine afin de gagner de quoi « mettre de côté » pour un projet professionnel futur. Elle n'hésite pas à accepter de faire des heures supplémentaires à son travail, disant que son projet ne se montera pas si elle ne se donne pas la peine de se battre pour le mettre en place. Et comme elle ne ménage pas sa peine dans ses études également, elle a tendance à s'épuiser. Quand elle est en vacances, en revanche, elle change complètement d'état d'esprit. Elle saute sur toutes les occasions qui se présentent pour voyager et découvrir de nouveaux univers et de nouvelles personnes et vit de façon décontractée.

*Max et Isabelle ont chacun une vision du monde différente. Les événements de vie qu'ils vivent sont interprétés suivant le prisme de leurs schémas et postulats cognitifs respectifs. Esther a intégré un mélange de ces deux types cognitifs, alternant l'un et l'autre suivant les situations.*

Postulats et schémas cognitifs sont donc les deux faces de la même structure, le schéma présentant la face immergée (inconsciente), le postulat la face émergée (préconsciente). Les postulats sont en quelque sorte la mise en mots des schémas.

➡ L'enfant qui a baigné dans un environnement chaleureux percevra le monde à travers un schéma de confiance qui se traduira verbalement, dans ses situations de vie, par des pensées du type : « J'en suis capable », « Je peux lui faire confiance ».

Celui qui a baigné dans un environnement critique et dévalorisant percevra le monde à travers un schéma de méfiance et de peur du contact qui se traduira verbalement par des pensées du type : « Tout le monde m'en veut », « Je n'ai aucune valeur ».

Les postulats (comme les schémas) se construisent dans l'expérience régulière, répétée, confirmée par le quotidien familial et scolaire. Ils sont le résultat des pressions parentales et environnementales : injonctions, prescriptions, principes moraux, mais aussi modèles de comportements.

L'absence de règles fait elle aussi pression et génère tout autant la construction de postulats, car l'enfant laissé seul ou sans repère va rechercher l'attention de l'autre, de quelque nature qu'elle soit.

➡ Maxime, 6 ans, vit avec sa mère qui, séparée, travaille tôt le matin et tard le soir. Pendant les absences de sa mère il est chez une nourrice qui garde quatre autres enfants et qui ne peut lui accorder toute l'attention qu'il réclame. Progressivement Maxime va remarquer que lorsqu'il agresse les autres enfants il obtient de l'attention même si, souvent, cette attention n'est guère chaleureuse.

*Un enfant ne peut pas rester sans exister dans le regard de l'autre; il doit attirer l'attention même si celle-ci est dévalorisante ou facteur de souffrance. Dans une absence d'intérêt pour*

lui, il va chercher, par des comportements inadaptés de violence ou d'agitation par exemple, à capter le regard de l'autre (le parent ou l'éducateur). Ces expériences participent à la construction de schémas cognitifs très péjoratifs sur sa propre valeur et sur l'installation de postulats impératifs du genre : « Je dois agresser l'autre sinon je n'existe pas ».

Quand la force des postulats et leur orientation sont extrêmement impératives et péjoratives, leur impact sur l'existence d'un individu est important, pouvant générer des états pathologiques.

### ● *Les processus cognitifs*

Les processus cognitifs sont des règles logiques de transformation et de sélection de l'information. Dans le quotidien de son existence, un individu reçoit en permanence des informations en provenance de son environnement. Il doit alors impérativement les hiérarchiser et les sélectionner en fonction de l'activité dans laquelle il est engagé. Par exemple, lorsqu'un employé est en conversation avec son patron, il place en arrière-plan les informations telles que : « C'est l'heure de la pause », « Mon collègue qui doit me rendre un dossier vient d'arriver » ou « Le ciel bleu aperçu par la fenêtre m'indique qu'il fait beau ce matin ». Si chaque information avait la même valeur, il ne pourrait pas faire de choix et passerait d'une action à l'autre sans cohérence. Il doit donc donner de l'importance aux informations qui ont le plus de valeur à un moment donné en fonction du contexte. C'est là qu'interviennent les processus cognitifs :

- la sélectivité et l'intensité de l'attention ;
- la catégorisation ;
- la conceptualisation ;
- la mémorisation ;
- le raisonnement (déduction, induction, abduction, analogie) ;
- la formation de représentation, la communication.

Ces processus fonctionnent de manière automatique mais le sujet peut agir sur eux de manière volontaire. Dans certaines pathologies, les troubles psychotiques par exemple, ces processus ne sont pas opérants.

### ● *Les événements cognitifs*

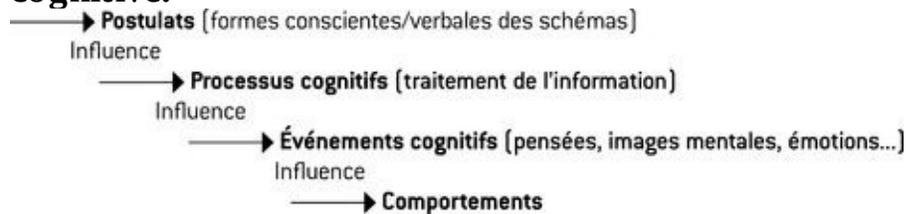
Ce sont les traductions internes des informations qui parviennent au sujet en provenance de son environnement ou de son organisme : pensées discursives, images mentales, sensations, émotions. Ces informations envahissent en permanence le champ de la conscience mais nombre d'entre elles restent hors de ce champ.

## Du normal au pathologique

Les informations perçues par un sujet sont systématiquement traitées par le biais des processus cognitifs. Nous venons de le voir, ces derniers traitent l'information en fonction des situations vécues et sont également influencés par le type de structures inconscientes qui ont été sculptées progressivement au décours de l'histoire d'un individu. L'influence des schémas (structures profondes) sur les événements cognitifs (structures superficielles) se fait donc par l'intermédiaire des processus cognitifs. Ces processus permettent de passer des schémas inconscients aux pensées préconscientes (automatiques) puis à la pensée consciente.

### Le principe de consonance cognitive

Le fonctionnement psychique nécessite une cohérence forte entre les schémas inconscients (exprimés par les postulats conscients) et les expériences vécues par le sujet : c'est le principe de **consonance cognitive**.



Ces cinq étages de fonctionnement sont en cohérence les uns avec les autres grâce au principe de consonance cognitive qui consiste à offrir au sujet une unité de traitement dans l'appréhension des informations reçues sur lui-même et sur le monde.

Par exemple, un sujet ayant intégré un schéma de méfiance vis-à-vis de l'autre vit en permanence avec la certitude que l'autre n'est pas fiable. Pour confirmer cette absence de fiabilité, il sélectionne en permanence les informations qui confirment son schéma (c'est la consonance cognitive) et infirme celles qui seront en opposition avec lui (c'est-à-dire celles qui sont en dissonance cognitive). Il y a assimilation de la réalité au schéma.

Lorsque les schémas sont trop rigides ou trop péjoratifs, ils génèrent alors souffrance et inadaptation et entraînent un rapport au monde biaisé. C'est la pathologie.

➡ À chaque fois qu'une personne sourit à Léo, celui-ci pense qu'elle est animée de mauvaises intentions vis-à-vis de lui. Si une femme lui sourit au restaurant, il pense qu'elle se moque de lui, si c'est un collègue, que celui-ci a préparé un mauvais coup dans son dos et qu'il s'en réjouit d'avance, etc.

*Ce principe de consonance cognitive est bien illustré dans le cas de Léo qui se trouve sous l'influence d'un schéma lui imposant la méfiance vis-à-vis de l'autre. Ce schéma lui impose donc une compréhension de son environnement qui confirme ce schéma. Le sourire de l'autre ne peut que représenter moquerie ou mauvaise intention. C'est le fonctionnement paranoïaque.*

### Les différents dysfonctionnements des processus cognitifs

Les distorsions cognitives sont des portes d'entrée dans l'univers cognitif du sujet :

- **l'inférence arbitraire** consiste à tirer des conclusions sans preuves. C'est imaginer un scénario catastrophiste qui a peu de chance de se réaliser : « Si je parle à cette femme, elle va rire, tout le monde va se retourner et se moquer de moi, je vivrai le moment le plus ridicule de mon existence » ;
- **l'abstraction sélective** (ou filtre mental) consiste à se centrer sur un détail d'une situation en

occultant le contexte global ;

- **la surgénéralisation** consiste à étendre à toutes les situations possibles une expérience négative vécue dans une situation isolée ;
- **la minimalisation** consiste à attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs, et à dévaloriser les réussites ainsi que les situations heureuses ;
- **la personnalisation** consiste à surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu ; par exemple : « C'est de ma faute si ma femme m'a quitté » ;
- **le déni ou disqualification du positif** se manifeste par exemple par une affirmation telle que : « C'est un hasard si j'ai réussi » ;
- **le raisonnement émotionnel**, c'est présumer que ce que l'on ressent correspond à la réalité ;
- **la lecture de pensées d'autrui**, c'est déduire que quelqu'un pense quelque chose de négatif sur soi sans l'avoir vérifié, par exemple : « Il ne m'a pas tenu la porte de l'ascenseur, donc il veut m'éviter ».

➡ Jean est employé dans les bureaux d'une entreprise de services. Il est inhibé, peu sûr de lui et en retrait dans son rapport à l'autre. Il a l'impression de ne jamais être à sa place et de ne jamais parvenir à réussir ce qu'il entreprend, aussi il n'entreprend rien.

*Il est sous l'influence d'un schéma cognitif de dévalorisation se manifestant par des postulats du type « Tu ne vauds rien », « Tu ne réussiras jamais rien ». Selon le principe de consonance cognitive, il sélectionne toujours dans son environnement des informations qui confirment la « vérité » de ce schéma.*

Lorsqu'un jour, le supérieur hiérarchique du bureau dans lequel il travaille vient dire au groupe de professionnels qu'il faut qu'ils se remuent un peu parce que les objectifs du bureau n'ont pas été atteints, il est persuadé que le chef l'a principalement regardé en disant cela et que c'est lui qui est le plus concerné par cette remarque. De plus, il réinterprète, a posteriori, différents événements et en particulier le fait que cela fait plusieurs jours que son chef a changé de comportement vis-à-vis de lui et qu'il se montre plus froid et distant que d'habitude. Il ne lui viendra pas à l'esprit que ce même chef a dû lui-même subir une remarque désagréable de son propre supérieur, ce qui a pu miner son humeur.

*Cette compréhension orientée des événements est une distorsion par personnalisation et inférence arbitraire des processus cognitifs de traitement de l'information.*

C'est le caractère excessivement rigide des distorsions des processus cognitifs et leur utilisation massive qui signent un état pathologique. Dans ce cas, les symptômes (perte de l'estime de soi, angoisse, incapacité à agir, etc.) sont à comprendre comme des traductions cliniques de la perturbation du traitement de l'information.

Il est vrai qu'un schéma cognitif péjoratif, de dangerosité du monde par exemple, impose au sujet sa confirmation régulière dans les rapports qu'il entretient avec le monde. Il vit donc dans un monde qu'il perçoit comme dangereux, ce qui est certes angoissant et contraignant, mais qui lui permet de conserver une impression de cohésion et d'accord avec lui-même (et son histoire) car ce qu'il constate correspond à ce qu'il pense et ressent.

Cependant, à un certain moment, le décalage entre la réalité partagée et celle perçue par le sujet est telle qu'elle crée des difficultés dans ses interactions avec le monde. C'est le symptôme.

Les thérapeutes cognitivistes postulent que chaque trouble psychopathologique peut être mis en

relation avec des schémas spécifiques : schémas d'interprétation négative des événements (dépression), schémas de danger (phobies, attaques de panique), schémas de sur-responsabilité (trouble obsessionnel compulsif).

### Points clés à retenir

- ▶ Selon le modèle cognitif, chaque individu se construit sa vision subjective du monde et organise sa relation avec lui en fonction du sens qu'il donne aux informations qu'il reçoit.
- ▶ Les systèmes de croyances, de pensées et d'interprétation de la réalité d'une personne ont un impact sur ses émotions et ses comportements.
- ▶ **Les schémas cognitifs** correspondent à des croyances inconscientes acquises par l'éducation, l'apprentissage social et les expériences individuelles. Ils sont stockés dans la mémoire.
- ▶ À partir des schémas cognitifs, l'individu se forge des règles et des principes qui vont régenter sa vie de façon inconsciente, ceux-ci s'exprimant de façon consciente par **des postulats cognitifs** (ensemble de règles de vie).
- ▶ **Les processus cognitifs** correspondent aux mécanismes de transformation et de sélection de l'information qui sont à l'œuvre dans le psychisme d'un individu (classement, catégorisation, mémorisation, etc.).
- ▶ **Le principe de consonance cognitive** correspond à un besoin fondamental du fonctionnement psychique exigeant une cohérence entre les schémas inconscients et les expériences vécues par un individu. Celui-ci va chercher à éliminer les informations qui sont en dysharmonie avec ses schémas internes, c'est-à-dire ceux qui sont en dissonance cognitive avec eux.
- ▶ L'état pathologique apparaît quand les schémas cognitifs deviennent trop rigides ou trop péjoratifs, générant souffrance et inadaptation chez la personne.

## **SELON LE MODÈLE COMPORTEMENTAL**

Composant un système théorique et thérapeutique à part entière, il est à noter cependant que le modèle cognitiviste est à l'heure actuelle souvent lié au modèle comportemental. C'est la raison pour laquelle on parle donc de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) pour désigner les approches qui rassemblent ces deux modèles.

## *Le fonctionnement psychologique normal*

Pour le comportementaliste le sujet humain se caractérise par ses comportements. Un comportement est un enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète. Il est le résultat d'apprentissages et a pour objet l'adaptation de l'individu à son environnement. Par ailleurs, les comportements ne s'expriment pas seulement sur le plan externe, c'est-à-dire moteur, ils ont aussi une composante interne c'est-à-dire émotionnelle et donc biologique. Cependant, les comportements d'un individu ne sont en aucun cas régulés par des instances inconscientes. Fruits d'apprentissages, ils deviennent des réponses réflexes : chaque situation rencontrée (stimulus) déclenche les comportements correspondants dont la base est physiologique. Une situation dangereuse entraîne une réponse hormonale (augmentation d'adrénaline), une accélération du rythme cardiaque, un routage particulier du flux sanguin. Cela provoque, in fine, la fuite, le combat, etc.

### *Le conditionnement de l'individu*

Les réponses comportementales (externes et internes) réflexes se construisent dans les premières années de vie de l'enfant en fonction des appuis et des modèles dont il dispose autour de lui. Il apprend à réagir à des stimuli et mémorise des réponses qu'il utilisera plus tard lorsqu'il rencontrera des situations entrant en résonance avec ses expériences primaires. Ce sont donc les réponses acquises dans l'enfance qui vont servir de soubassement aux comportements de l'adulte.

Par exemple, l'enfant qui a construit une réponse de peur et de fuite face à l'agression a enregistré cette réponse et la reproduira systématiquement dans des situations analogues tout au long de sa vie.

La notion de conditionnement est donc très prégnante dans ce modèle. Le conditionnement est le mécanisme par lequel une réponse (un comportement) se met en place de manière automatique suite à la perception d'un stimulus.

On parle de **conditionnement opérant** lorsqu'un comportement évolue en fonction de ses conséquences.

 Erwan fait, à la maison, l'expérience qu'en utilisant la force il parvient à obtenir ce qu'il souhaite de la part de ses frères. Fort de ces expériences, le désir de posséder un objet que détient un autre déclenche chez lui une réaction d'agressivité automatique qui le place en situation de prendre par la force ce qu'il convoite (conditionnement). Une fois entré à l'école maternelle, ce comportement toujours automatique le place régulièrement en situation d'être repris et puni par l'enseignante. Celle-ci intervient systématiquement et l'empêche de jouir de l'objet convoité. Progressivement son comportement automatique d'agressivité va s'éteindre et se modifier pour s'adapter aux nouvelles contraintes de la situation qui privilégie plutôt la demande négociée que la force.

*On dit alors d'Erwan qu'il est alors capable d'entrer dans un conditionnement opérant.*

### *L'utilité fonctionnelle du conditionnement*

Le conditionnement permet une adaptation économique sur le plan de l'énergie intrapsychique à l'environnement en évitant au sujet d'avoir à faire un choix dans des situations qui se répètent et en lui permettant de réagir avec rapidité et efficacité en tenant compte de son expérience. Un comportement efficace est un comportement qui permet au sujet d'atteindre le résultat escompté sans dépense d'énergie inutile.

Dans toute société, le fait pour un individu d'adapter son comportement aux normes établies est plus

facile du point de vue de son économie interne. Au contraire, un comportement en inadéquation avec les normes sociales en vigueur entraîne des dépenses, soit d'explications, soit de défenses, chez celui qui le produit.

Par ailleurs le conditionnement n'exclut pas la possibilité, pour le sujet, de se dégager de la contrainte d'automatisme d'une réponse pour en choisir une autre en fonction de l'analyse qu'il fait d'une situation donnée.

Dans les situations dans lesquelles les enjeux sont maîtrisés, l'automatisme d'un comportement permet donc d'économiser une analyse trop coûteuse en énergie.

➡ Noémie arrive au travail détendue ce matin. Elle aperçoit Karine, sa collègue, elle lui sourit mais lorsqu'elle voit Hubert, son supérieur hiérarchique, elle sent la colère monter et ses muscles se tendre en lien avec une remarque que ce dernier lui a adressée hier. Ces deux réactions sont automatiques. Noémie n'a pas besoin de se poser la question de savoir si elle est contente de voir sa collègue ni en colère de croiser son chef. L'automatisme de ses réactions lui permet donc de faire des économies en énergie et en temps.

Il arrive, cependant, qu'une réponse comportementale soit apprise dans des conditions défavorables et que sa généralisation se révèle par la suite problématique dans la vie d'une personne.

Pour les comportementalistes, les troubles psychiques sont considérés comme des ensembles de comportements devenus inadaptés. Les conditions de l'apprentissage du comportement ayant disparu, le maintien de ce dernier peut devenir trop coûteux et aberrant. La personne malade est incapable d'entrer dans un comportement opérant.

▶ Yoann, 6 ans, a un frère plus âgé que lui d'un an. Il entre très souvent en compétition avec lui pour obtenir ce qu'il convoite. Ce comportement est encouragé par ses parents car, disent-ils, cela fortifie le caractère. Progressivement, ce comportement de compétition se généralise et se cristallise, il devient un trait de caractère de Yoann. Une fois l'âge adulte atteint, cette modalité d'interaction est immuable et non interrogeable spontanément quel qu'en soit le coût. À chaque fois qu'il sera en situation relationnelle, Yoann se placera en position de compétition avec l'autre. À chaque fois qu'il travaillera dans un environnement dans lequel la collaboration s'avère indispensable, il sera en difficulté.

Les comportements « pathologiques » sont donc ceux qui ont un coût sans commune mesure avec le résultat obtenu. Bien que devenus péjoratifs et inhibants, la personne se sent dans l'obligation interne d'y souscrire, ce qui la place en difficulté dans son environnement et entraîne souffrance et inadaptation. Les comportements d'agressivité, d'incapacité à agir, d'évitement, de perversité, etc., sont à inscrire dans ce schéma de compréhension.

### Points clés à retenir

- ▶ Selon le modèle comportemental, l'enfant construit des réponses comportementales (externes et internes) réflexes durant les premières années de sa vie. Celles-ci vont servir de base à ses comportements d'adulte.
- ▶ **Le conditionnement opérant** correspond à la capacité d'une personne à évoluer dans ses comportements en fonction des circonstances de vie, au fur et à mesure de ses expériences.
- ▶ La pathologie surgit quand une personne n'est plus capable d'entrer dans un conditionnement opérant. Elle se sent alors obligée de souscrire à des comportements figés devenus inadaptés aux situations.

## **SELON LE MODÈLE SYSTÉMIQUE**

Dans ce paragraphe, nous parlerons indifféremment de thérapie familiale ou de thérapie systémique, comme si ces deux termes étaient synonymes. Cependant il est intéressant de savoir qu'en fait, les thérapies familiales sont construites *sur la base du modèle systémique* de compréhension du fonctionnement humain. Elles sont donc dérivées de ce modèle.

## *L'individu normal*

---

Pour les tenants du modèle systémique l'être humain ne peut pas être considéré en dehors des systèmes dans lesquels il évolue. Il est un élément de ces systèmes et n'existe que par eux. Le plus important de ces systèmes est naturellement sa famille.

### *Le système : définition et propriétés*

#### *Définition*

Le mot « système » dérive du grec systema qui signifie « ensemble organisé ». Pour Joël de Rosnay, « un système est un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but <sup>33</sup> ». Un système est donc un ensemble d'éléments interdépendants, c'est-à-dire liés entre eux par des relations telles que, si l'un est modifié, les autres le sont aussi et, par conséquent, tout l'ensemble est transformé.

<sup>3</sup>Joël de Rosnay, Le Macroscopie. Vers une vision globale, Le Seuil, 1975.

#### *Les propriétés du système*

##### *La finalité*

Tous les systèmes ont une finalité. Il existe de nombreuses variétés de systèmes humains (famille, équipe professionnelle, équipe sportive, groupe de vacances, etc.). Chacun de ces systèmes existe et fonctionne pour atteindre un but particulier, ce dernier influençant fortement la nature des interrelations existant en son sein sous la forme de consensus, de compromis, de divergences ou d'oppositions. Les membres d'un système perdent cependant souvent de vue la finalité de ce même système.

##### *La complexité*

Un système constitue un tout cohérent qui est plus que la somme de ses éléments ; cela signifie qu'un système permet l'émergence de qualités qui ne sont pas contenues dans les éléments qui le constituent et qui sont le fruit de la mise en relation des différents éléments du système.

##### *La communication*

Un système n'est pas un tout inerte mais c'est au contraire un ensemble dynamique dont les éléments sont en interaction régulière. Les relations entre les différents éléments d'un système réagissent à des lois de la théorie de la communication dont les principes majeurs ont été posés par l'école de Palo-Alto en Californie <sup>44</sup>.

<sup>4</sup>L'école de Palo-Alto est un courant de pensée et de recherche qui a pris le nom de la ville de Palo-Alto en Californie, en lien avec l'université de cette même ville.

#### *Les deux principes fondamentaux*

La théorie systémique repose sur deux principes fondamentaux :

- **il est impossible de ne pas communiquer**, le refus de communiquer étant un élément de communication significatif en soi ;
- **il existe en permanence deux niveaux de communication**, le premier niveau étant explicite, concernant ce qui est signifié volontairement ou de manière claire, le second niveau étant implicite et renvoyant à tout ce qui est signifié involontairement ou de manière détournée. Les attitudes corporelles, les mimiques, le ton de la voix, les hésitations participent de ce second niveau de communication.

➔ Lors du premier entretien avec une famille composée du père, de la mère et des deux enfants (un fils de 22 ans hospitalisé pour schizophrénie et une fille de 31 ans), le père ne dit rien mais intervient corporellement à chaque prise de parole de l'un des membres de la famille en haussant les épaules, en levant les yeux au ciel ou encore en hochant la tête. Pourtant chaque fois qu'il est sollicité, il dit ne pas avoir d'avis, affirme que chacun peut faire comme il veut ou encore qu'il a d'autres chats à fouetter.

*Ces messages corporels ne sont certainement pas volontaires mais ils viennent infirmer la volonté exprimée du père de ne pas prendre parti. Il donne ainsi son avis implicitement sans prononcer de paroles.*

L'approche systémique propose une compréhension du phénomène pathologique en le situant à l'intérieur d'un système et donc d'un ensemble de communication. Dans ce cadre les symptômes psychiatriques sont compris comme des réponses à une structuration particulière des interactions au sein d'un système, en général familial.

Pour comprendre la souffrance d'un individu il importe donc de considérer la dynamique des interactions au sein du système dans lequel il évolue. Le systémicien considère que ce n'est pas le porteur du symptôme qui est malade mais l'ensemble du système. Le symptôme n'est alors que l'élément révélateur qui vient signifier un problème dans le système familial : il fait partie intégrante du fonctionnement de la famille.

### *Place du symptôme dans l'économie familiale*

Le systémicien accorde une place significative au symptôme.

Le symptôme est utile :

- à la famille car il lui permet d'équilibrer les relations en son sein. Le symptôme est un mécanisme d'adaptation de la famille vis-à-vis des facteurs d'instabilité externes ou internes ;
- au patient car il lui offre la possibilité d'accéder à une situation de pouvoir au sein de la famille en contrepartie de la souffrance que lui inflige le symptôme. Il est le centre de l'attention de tous les membres de la famille qu'il contrôle émotionnellement ;
- à la fratrie, car le porteur du symptôme attire l'attention sur lui et augmente ainsi la liberté d'action de ses frères et sœurs ;
- au couple parental, car le symptôme et donc la souffrance, les problèmes ou les préoccupations qui y sont liés s'interposent dans la relation du couple parental. Il rend les parents pri-
- sonniers de leur rôle parental au détriment de leur relation conjugale, le couple équilibrant ses échanges à travers l'enfant malade.

Dans ce contexte explicatif, souffrance et symptômes ne sont à comprendre que comme des modalités d'expression de l'aberration des relations au sein de la famille. Leur installation s'est faite progressivement dans une fonction d'équilibrage du système familial. La souffrance personnelle du porteur du symptôme est bien réelle, mais elle n'est que le résultat d'un système relationnel dysfonctionnel, c'est-à-dire d'un système qui ne vise pas le développement et l'autonomie de ses membres.

#### **Points clés à retenir**

- ▶ Selon le modèle systémique, l'être humain doit être considéré en fonction des systèmes dans lesquels il évolue (familial, social, professionnel).
- ▶ Les deux principes fondamentaux de ce modèle sont :
  - il est impossible de ne pas communiquer ;
  - il existe en permanence deux niveaux de communication, l'un explicite et l'autre implicite.
- ▶ La souffrance pathologique d'une personne est le résultat d'un système familial dysfonctionnel.

- ▶ Les symptômes d'une personne sont compris comme une réponse à des interactions ayant cours au sein d'un système.
- ▶ Le symptôme d'une personne malade n'est que le révélateur d'un problème qui existe au sein de la dynamique familiale. Le symptôme de l'un des membres d'une famille est utile à tous.

## **SELON LE MODÈLE NEUROBIOLOGIQUE**

Dans ce modèle la pathologie est considérée selon un angle neurologique. Les théories neurobiologiques postulent pour une origine organique des troubles mentaux.

## *Le rôle des neuromédiateurs dans l'apparition des psychopathologies*

---

Le cerveau est le support de l'activité mentale et les pensées, les émotions, les affects, tout comme la perception, la mémoire et la volonté sont des éléments inscrits dans l'architecture et la dynamique du cortex. Dans ce cadre, ce sont des substances chimiques, les neuromédiateurs, qui régulent le passage de l'influx nerveux dans les synapses, et qui seraient responsables des états mentaux. Le dysfonctionnement prolongé de la régulation de ces médiateurs signerait l'état pathologique. Le postulat du modèle neurobiologique est qu'il suffit alors d'agir sur le déficit et l'excès de neuromédiateurs (sérotonine, noradrénaline, dopamine) pour traiter la maladie. Des médicaments psychotropes sont donc utilisés pour stimuler ou inhiber les neuromédiateurs concernés.

Par exemple, chez les personnes souffrant de schizophrénie, on a pu observer qu'il y avait une hypersécrétion de la dopamine. Les neuroleptiques, de par leurs propriétés antagonistes à la dopamine, vont alors provoquer une diminution de celle-ci, entraînant une diminution des symptômes psychotiques chez la personne.

La recherche neurobiologique a émis certaines hypothèses concernant une origine biologique de la schizophrénie. Par exemple, chez certains de ces patients, il est possible d'observer une perturbation du programme d'élimination des synapses dans le cortex préfrontal (I. Feinberg). Il est également observable chez eux une vulnérabilité accrue des cellules neuronales. Cependant, en l'état des recherches actuelles, ces avancées ne peuvent en aucun cas être généralisées.

## *L'impact des neuromédiateurs sur la qualité de vie des patients*

---

Les traitements chimiothérapeutiques ont joué un rôle immense dans la prise en compte des pathologies mentales depuis 50 ans et ils ont permis, entre autres, l'ouverture des portes dans les services de psychiatrie (les patients ayant des comportements plus gérables pour eux-mêmes et pour leur environnement). C'est également grâce aux nouveaux traitements chimiothérapeutiques qu'ont pu se déployer les prises en charge de secteur.

Certains défauts des premiers antipsychotiques liés au caractère extrêmement limitant des effets secondaires (ralentissement, dyskinésies, troubles de type parkinsonien, prise de poids), sont aujourd'hui en partie corrigés ce qui permet au patient d'accéder à une qualité de vie correcte et facilite son adhésion au traitement.

## L'impact des neuromédiateurs sur la relation thérapeutique

Mais à côté de l'impact des psychotropes sur les symptômes, c'est leur effet sur la relation thérapeutique qui doit être pris en compte car, en favorisant l'accès au dialogue avec la personne malade, ils ont permis de mieux l'accompagner dans la gestion de ses troubles.

Les médicaments neuroleptiques, antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, facilitent l'entrée dans le processus thérapeutique et gagnent à être utilisés en complémentarité avec une relation thérapeutique qui permet au sujet d'interroger et peut-être de modifier son rapport au monde et à lui-même et ainsi de mieux fonctionner.

➡ Lorsque Laurent est hospitalisé dans le service, il est délirant et agressif. Il est à l'affût du moindre geste des infirmiers qu'il soupçonne d'être liés à un réseau terroriste. Lors de chaque tentative de dialogue il refuse de parler de peur que ses propos ne soient enregistrés. Il demande d'ailleurs à changer de chambre car il est persuadé que des caméras sont dissimulées dans le système de protection incendie (système qu'il tentera de démonter plus tard dans la soirée). L'entretien d'accueil ne pourra avoir lieu. Un traitement par neuroleptique est instauré. Une semaine plus tard Laurent accepte l'entretien que lui propose Jean, son infirmier référent. Il revient sur son arrivée dans le service et sur ses craintes et explique qu'il était dans un état de suspicion permanent depuis plusieurs semaines. Aujourd'hui il est toujours méfiant mais accepte néanmoins de parler de lui avec Jean en qui il a confiance.

*Laurent est schizophrène. Le traitement ne lui enlève pas sa pathologie mais il atténue ses symptômes ce qui lui permet d'accepter la proximité et lui donne la confiance nécessaire à l'acceptation d'un entretien thérapeutique. En diminuant la symptomatologie, le traitement rend possible la relation.*

### Points clés à retenir

- ▶ Le passage des influx nerveux dans le cortex cérébral est régulé par des neuromédiateurs spécifiques et, selon le modèle neurobiologique, certains sont en cause dans la survenue des maladies psychiques. Il s'agit de la sérotonine, de la noradrénaline et de la dopamine.
- ▶ Les médicaments psychotropes ont pour objectif de stimuler ou d'inhiber ces neuromédiateurs, provoquant ainsi un changement dans l'état psychique de la personne malade.



# VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

---

## 1. QROC (Questions à réponses ouvertes courtes)

1. Selon le modèle analytique :

- a. Donnez la définition de l'inconscient, du préconscient et du conscient selon la démarche descriptive.
- b. Comment se développe l'appareil psychique d'un enfant ?

2 Selon le modèle humaniste :

- a. Qu'est-ce que l'assertivité ?
- b. Quelles sont les causes de l'apparition des maladies psychiques ?

3 Selon le modèle cognitif :

- a. Qu'est-ce qu'un schéma cognitif ? Qu'est-ce qu'un postulat cognitif ? Et quelle relation peut-on établir entre eux ?
- b. Quels sont les types de dysfonctionnements possibles dans les processus cognitifs ?

4 Selon le modèle comportemental :

- a. Qu'est-ce que le conditionnement opérant ?

5 Selon le modèle systémique :

- a. Quels sont les deux principes relationnels fondamentaux ?
- b. À quoi et à qui le symptôme d'un membre d'une famille peut-il être utile ?

**Corrigés**

## 1. QROC (questions à réponses ouvertes courtes)

1.a. L'inconscient est un espace psychique, non accessible à la conscience de manière volontaire, dans lequel cohabitent des éléments pulsionnels et des désirs et souvenirs refoulés.

Le préconscient est un espace de stockage d'éléments non conscients mais accessibles à la conscience volontairement (souvenirs). C'est aussi un espace de transformation dans lequel le système de pensée traite des informations sensorielles et émotionnelles afin de leur donner du sens et de devenir gérable par la conscience (représentations).

Le conscient est l'espace des événements internes traités par la conscience dans l'immédiat, il permet la relation du sujet avec son environnement en temps réel.

1.b. Le bébé, en faisant l'expérience réitérée de projeter ses contenus psychiques bruts (pleurs, malaise, angoisses, affects indifférenciés) vers un contenant (l'appareil psychique de sa mère) capable de les mettre en sens, de les parler et de les lui restituer sous une forme assimilable, construit peu à peu son propre appareil psychique. Il devient peu à peu capable de « penser ses pensées ». C'est ce qu'on appelle l'étaillage sur le psychisme de la mère.

2.a. L'assertivité correspond à la capacité qu'à une personne à s'affirmer en restant dans le respect de ce qu'elle est, tout en respectant l'autre.

2.b. Selon le modèle humaniste, les maladies psychiques peuvent venir de deux types d'expériences :

– **la perte de liberté expérientielle par besoin de considération positive.** Pour préserver une image valorisée de lui-même, l'enfant qui vit dans un environnement critique qui juge et condamne ce qu'il exprime spontanément, apprend à se couper de ce qu'il ressent. Une fois adulte, il pourra être dans l'incapacité d'être dans l'acceptation de lui-même, de se montrer aux autres tel qu'il est en toute sincérité et d'accepter les autres tels qu'ils sont.

– **L'incongruence fondamentale entre l'expérience vécue et le moi.** Dans un contexte qui dévalorise ce qu'il est spontanément, afin de conserver de l'estime à ses propres yeux, il arrive alors qu'une personne introjecte (intègre comme siennes) les valeurs des personnes qui constituent une référence pour elle. Elle a alors tendance à placer son centre d'évaluation à l'extérieur d'elle-même et finit parfois par ne plus avoir comme critères et normes personnels que celles importées des autres. Afin de défendre son Moi, la personne « intercepte » sa réalité intérieure, et un décalage progressif s'opère entre son expérience de vie et son moi conscient. Un état de souffrance s'installe alors, la personne utilisant l'essentiel de son énergie à se leurrer elle-même ainsi que son entourage, se trouvant dans l'impossibilité de se déployer dans le monde.

3.a.

– **Les schémas cognitifs** correspondent à des croyances inconscientes acquises par l'éducation, l'apprentissage social et les expériences individuelles. Ils sont stockés dans la mémoire. Ce peut être des schémas de méfiance, d'abandon, d'échec, etc.

– **Les postulats cognitifs** sont des éléments psychiques conscients ou préconscients se manifestant par un ensemble de règles plus ou moins flexibles qui vont régenter la vie

d'une personne. Ces règles s'expriment par des axiomes : « je ne dois faire confiance à personne », « je risque toujours de perdre ceux que j'aime », etc.

– Postulats et schémas cognitifs sont donc les deux faces de la même structure, le schéma présentant la face immergée inconsciente (par exemple : schéma de méfiance), le postulat la face émergée consciente ou préconsciente (par exemple : « je ne dois faire confiance à personne »). Les postulats sont en quelque sorte la mise en mots des schémas.

3.b.

– **L'inférence arbitraire** consiste à tirer des conclusions sans preuves.

– **L'abstraction sélective** (ou filtre mental) consiste à se centrer sur un détail d'une situation en occultant le contexte global.

– **La sur-généralisation** consiste à étendre à toutes les situations possibles une expérience négative vécue dans une situation isolée.

– **La minimalisation** consiste à attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs, et à dévaloriser les réussites ainsi que les situations heureuses.

– **La personnalisation** consiste à surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu.

– **Le déni ou disqualification du positif** amène la personne à ne pas reconnaître la valeur des choses positives, invoquant le hasard plutôt que ses mérites personnels par exemple.

– **Le raisonnement émotionnel**, c'est présumer que ce que l'on ressent correspond à la réalité.

– **La lecture de pensées d'autrui, c'est déduire** que quelqu'un pense quelque chose de négatif sur soi sans l'avoir vérifié.

4.a.

**Le conditionnement opérant** correspond à la capacité d'une personne à évoluer dans ses comportements en fonction des circonstances de vie, au fur et à mesure de ses expériences.

5.a.

Les deux principes fondamentaux de la théorie systémique s'énoncent ainsi :

– **il est impossible de ne pas communiquer**, le refus de communiquer étant un élément de communication significatif en soi.

– **il existe en permanence deux niveaux de communication**, le premier niveau étant explicite, concernant ce qui est signifié volontairement ou de manière claire, le second niveau étant implicite et renvoyant à tout ce qui est signifié involontairement ou de manière détournée (attitudes corporelles, les mimiques, le ton de la voix, les hésitations, etc)

5.b.

– Le symptôme est utile à la famille car il lui permet d'équilibrer les relations qui s'expriment en son sein. Le symptôme est un mécanisme d'adaptation de la famille vis-à-

vis des facteurs d'instabilité externes ou internes.

– Le symptôme est utile au patient car il lui offre la possibilité d'accéder à une situation de pouvoir au sein de la famille en contrepartie de la souffrance que lui inflige le symptôme. Il est le centre de l'attention de tous les membres de la famille qu'il contrôle émotionnellement.

– Le symptôme est utile à la fratrie, car le porteur du symptôme attire l'attention sur lui et augmente ainsi la liberté d'action de ses frères et sœur.

– Le symptôme est utile au couple parental, car la souffrance, les problèmes ou les préoccupations qui y sont liés s'interposent dans la relation du couple parental. Le couple équilibre ses échanges à travers l'enfant malade.

## 4. Conséquences psychopathologiques

## COMPRENDRE

Les conséquences pathologiques liées à l'exposition de facteurs favorisants se manifestent par des symptômes spécifiques qui, une fois rassemblés, constituent ce qu'on appelle selon le modèle analytique un **type de structure de personnalité**. Il en existe trois :

- la structure de personnalité névrotique ;
- la structure de personnalité psychotique ;
- l'organisation (ou astructuration) limite.

Chaque structure de personnalité développe un mode de décompensation particulier et donne forme à trois types de pathologies : les névroses, les psychoses, et les états limites. Certaines pathologies telles que les troubles de l'humeur, les troubles des conduites alimentaires et les addictions (alcool, drogue) sont susceptibles de survenir sur ces trois types de terrain. La personnalité antisociale (psychopathie) présente des points communs avec l'organisation limite.

# LES STRUCTURES DE PERSONNALITÉ

Étant donné que la notion de structure de personnalité vient du modèle analytique, les développements théoriques qui suivent en sont directement issus.

## Définition

---

La structure de personnalité correspond à une organisation psychique profonde et stable du sujet (relevant du pathologique ou non) structuré de façon stable et définitive. Cette structure est façonnée par des éléments métapsychologiques profonds et fondamentaux.

Pour aider à mieux comprendre de quoi il s'agit, Freud a comparé cet assemblage à un minéral structuré de manière particulière : quand ce minéral tombe, il va se fissurer en fonction de lignes de forces précises en rapport avec sa structuration de base. Ainsi, en cas de dépassement de ses capacités défensives globales, une personne présentant une structure de personnalité psychotique développera un état psychotique, alors qu'une personne présentant une structure de personnalité névrotique développera plutôt une névrose, etc.

Il est cependant important de comprendre que le psychisme d'une personne peut fonctionner sur un mode structurel sans pour autant présenter de pathologie avérée. En effet, tant que cette personne ne rencontre pas de situation dépassant ses capacités défensives globales, elle ne décompense pas.

Il existe trois types de structures de personnalité :

- la structure névrotique ;
- la structure psychotique ;
- l'organisation (ou astructuration) limite.

J. Bergeret explique cependant que les symptômes exprimés par une personne ne suffisent pas à définir de façon évidente son type de structure psychique. Ainsi, des symptômes d'allure névrotique tels que des rituels obsessionnels ou un théâtralisme d'allure hystérisiforme peuvent s'inscrire dans le cadre d'une structure de personnalité névrotique tout autant que psychotique.

Pour définir la structure sous-jacente de la personne, il convient donc d'observer attentivement d'autres facteurs :

- le type d'angoisse qui l'anime et les mécanismes de défense qu'elle met en place pour la contrer ;
- le type de relation d'objet qu'elle développe (c'est-à-dire le type de rapports qu'elle entretient avec les autres et son environnement) ;
- son rapport au principe de réalité ;
- son mode de fonctionnement psychique prévalent.

### Aux sources de l'angoisse

L'angoisse fait partie de la vie, et nul ne peut y échapper. Elle ne représente pas un signe pathologique en soi, chacun y étant confronté au cours de situations de la vie courante (deuil, perte d'un emploi, situation d'examen, divorce, etc.). Elle a une fonction de signal : elle vient nous alerter du fait qu'une situation est signifiante pour nous, représentant un danger interne. L'angoisse est liée à la survenue d'une représentation inacceptable (la représentation étant ce qui n'a pas encore été mis en mots), celle-ci étant liée à des affects et des désirs qui cherchent à s'exprimer. C'est la pulsionnalité qui pose problème.

Selon le modèle analytique, l'angoisse trouve sa source dans **une carence environnementale** précoce à contenir les éprouvés du bébé. Dans son développement normal, quand sa pulsionnalité (le Ça) l'envahit, celui-ci vit une expérience d'angoisse qui demande à être soutenue par son environnement en qui il trouve un écho de ce qu'il ressent. Ses éprouvés d'angoisse lui sont alors réadressés de façon tolérable et grâce à cela, plus tard, il sera en mesure de saisir et interpréter lui-même les signes d'angoisse qui l'envahissent. Dans les situations où l'entourage n'est pas capable de l'aider à traiter l'angoisse qu'il ressent, le jeune enfant est abandonné à lui-même, dans un état de détresse intense. Suivant les cas et les situations, l'enfant aura alors recours à différents mécanismes défensifs pour se protéger de l'angoisse qui l'habite. Par la suite, lorsqu'il sera adulte, il aura tendance à reproduire ce fonctionnement qui deviendra alors prévalent.

L'angoisse se retrouve donc au cœur de tous les processus psychopathologiques, et, chaque type de structures de personnalité a sa manière spécifique de la gérer, utilisant préférentiellement certaines défenses plutôt que d'autres. Angoisse et mécanismes de défense sont intimement liés, les seconds venant aider à juguler la première.

### Les mécanismes de défense

Pour lutter contre l'angoisse qui l'envahit, le sujet va mettre en place des mécanismes de défense. Dans le fonctionnement sain de l'individu, ceux-ci seront mobiles, se mettant en place quand c'est nécessaire, et disparaissant dès que la personne est en capacité d'affronter la situation vécue (exemple : le déni transitoire faisant partie du processus de deuil). Cependant, quand toutes les défenses restent mobilisées de façon prolongée, figeant l'économie psychique du sujet, le mécanisme de défense devient alors un symptôme. Celui-ci constitue alors pour elle, quoiqu'il lui en coûte en énergie, le dernier rempart contre une désorganisation psychique.

Des mécanismes de défense aident donc la personnalité à lutter contre l'angoisse générée par des conflits pouvant exister entre les différentes instances psychiques (Ça, Moi, Surmoi). Ces mécanismes sont mis en place de façon inconsciente et non volontaire, l'objectif étant de protéger le Moi. En fait, le rôle de ces mécanismes est de rendre gérable le conflit interne. Ce dernier ne disparaît cependant jamais totalement, et la pulsionnalité trouve alors une manière indirecte de s'exprimer au travers de symptômes (phobies, rituels, délire, hallucinations, etc.).

Si tous les mécanismes de défense sont susceptibles d'apparaître à un moment ou à un autre dans n'importe quel type de structure de personnalité, certains d'entre eux seront utilisés préférentiellement selon les types d'angoisses expérimentés.

#### Points clés à retenir

- Les structures de personnalité correspondent à un état de structuration psychique stable et définitif. Chacune a une symptomatologie spécifique, cependant celle-ci ne suffit pas

pour affirmer l'appartenance d'un sujet à un type de structure particulier. Pour la préciser, il est important de définir également le type d'angoisse qui anime la personne, ses mécanismes de défense spécifiques, le type de relation d'objet (relation à l'autre) qu'elle met en place, son rapport au principe de réalité et son mode de fonctionnement psychique prévalent.

## La structure névrotique

Le modèle analytique considère que tout individu sain développe à la base une structure névrotique, son mode de fonctionnement au monde étant le plus efficient. La personne ne versera dans le pathologique que quand ses capacités défensives seront dépassées, en regard des épreuves vécues durant son histoire.

La personnalité névrotique présente trois caractéristiques particulières :

- elle dispose d'un Moi structuré ;
- elle a conscience de ses troubles ;
- ses symptômes sont compréhensibles par rapport à son histoire de vie, c'est-à-dire qu'il existe une logique entre des événements vécus (déclencheurs) et l'apparition des symptômes dont elle souffre.

Par ailleurs, la symptomatologie névrotique se manifeste de façon générale par des **angoisses et de l'anxiété** qui s'expriment par le biais de symptômes divers (selon les cas : phobies, obsessions, théâtralisme, etc.).

Dans les névroses en général, **l'estime de soi est atteinte**, de façon plus ou moins forte selon les cas (en lien avec le sentiment latent de culpabilité). La personne a l'impression que **le contrôle de son corps lui échappe**, celui-ci, du fait de l'angoisse, se mettant à fabriquer des symptômes en dehors de sa volonté propre. Le sentiment de **honte** peut également être présent, notamment dans la névrose phobique où la personne a conscience du caractère *a priori* absurde de ses peurs

### ● *Rappels sur le développement de la personnalité névrotique au travers des différents stades*

Dans la structure névrotique, les différentes pulsionnalités partielles vécues par l'enfant durant les stades oral, anal, phallique et œdipien ont été réunies pour constituer une personnalité structurée. Le mode d'organisation du psychisme de la personnalité névrotique s'articule autour du complexe d'Œdipe, c'est-à-dire de la reconnaissance et de l'acceptation de la différence des sexes et des générations. Par la prohibition de l'inceste, le complexe d'Œdipe structure le groupe familial et la société humaine dans son ensemble. Il joue également un rôle fondamental dans la constitution de la personnalité névrotique, dans le sens où il permet l'avènement d'une sexualité génitale. La personne névrotique a donc accès à la triangulation (elle reconnaît l'existence du tiers), est capable de symbolisation (mentalisation).

### ● *L'articulation entre les instances psychiques*

Dans la névrose, les trois principales instances (Ça, Moi, Surmoi) fonctionnent de façon à assurer une certaine cohérence dans la personnalité. Le fait que la personne soit régie par un Surmoi constitué lui permet de prendre en compte les règles sociétales et les limites de l'autre (on dit qu'elle a intégré le tiers). Cependant, le Moi subit de fortes exigences de la part du Surmoi pour combattre les pulsions venant du Ça. Cela peut amener une tendance à contrôler ou à s'interdire tout plaisir. Chez la personne névrotique, le principe de réalité est prévalent, c'est-à-dire qu'elle est capable d'aménager les situations conflictuelles qu'elle vit de façon à trouver un compromis entre la satisfaction qu'elle recherche (principe de plaisir) et la réalité et ses limites (principe de réalité). Il est à noter cependant que, du fait d'un Surmoi interdisant de façon forte l'accès à la satisfaction liée à la jouissance et au plaisir, le sentiment de culpabilité est toujours présent chez elle.

### ● *Les types d'angoisse*

Les angoisses névrotiques sont de deux ordres : l'angoisse de castration et l'angoisse de pénétration :

■ **L'angoisse de castration** est liée au complexe d'Œdipe. Selon Freud, le petit garçon, pris entre des mouvements de désir pour sa mère et des mouvements de haine vis-à-vis de son père craint que celui-ci, par vengeance, ne lui ôte son pénis en représailles. Cette angoisse est en lien avec l'acceptation de la différence des sexes, le psychisme du sujet névrotique étant le siège d'un conflit entre le Surmoi (les interdits) et le Ça (la pulsion) ;

■ **L'angoisse de pénétration** se manifeste chez la petite fille, en lien avec l'intrusion ou l'effraction dans les orifices corporels. Il y a à la fois désir et punition par rapport au désir.

Si l'angoisse de castration concerne *a priori* le petit garçon et l'angoisse de pénétration concerne la petite fille, ceci étant en lien avec les fonctions anatomiques, les deux peuvent être éprouvées par chacun des sexes, en lien avec une bisexualité psychique.

L'angoisse de castration se situe au cœur de la problématique névrotique. Elle va se déplacer sur tout ce qui peut représenter la force, la capacité créative et productive et elle va générer chez la personne la crainte de perdre sa créativité, sa force de travail, sa capacité de séduction, etc. Cette angoisse peut générer chez elle une forte culpabilité, dans la mesure où elle est sous l'emprise d'un Surmoi très puissant lui interdisant l'accès au plaisir et à la réussite, colorant négativement toute expérience positive.

### ● **Les mécanismes de défense prévalents**

Afin d'échapper à l'angoisse, la personne névrotique va mettre en place un mécanisme de défense privilégié qui est le refoulement, avec son corollaire, le déplacement :

■ **le refoulement** est un mécanisme défensif relié à la formation même de l'inconscient. Il vise à maintenir hors de la conscience des représentations jugées dangereuses pour l'équilibre du sujet. Le refoulement est le mécanisme de défense préférentiel de la structure névrotique et il signe l'émergence d'un Surmoi post – œdipien. Il ne coupe pas le sujet de ses pulsions mais transforme celles-ci de façon symbolique. Il permet à la personne de rejeter dans son inconscient ses représentations conflictuelles, celles-ci restant actives tout en étant inaccessibles à sa conscience. Ce qui est refoulé est conservé dans l'inconscient et peut ressurgir (retour du refoulé) au travers des rêves, des lapsus ou encore par le biais d'une symptomatologie (phobies, conversion, troubles obsessionnels). Ce refoulement est donc rarement parfait et, en cas de débordement, la personne aura recours à des mécanismes de défense additionnels pour tenter de juguler son angoisse : *le déplacement, le contre-investissement, la formation réactionnelle, la dénégation et l'isolation*. En fait, les symptômes névrotiques viennent parler de façon symbolique de ce qui est refoulé et ne peut être élaboré par le Moi ;

■ **le déplacement**. Si dans le refoulement, c'est la représentation inacceptable qui est refoulée dans l'inconscient, le déplacement lui porte sur les affects et l'énergie psychique qui y sont liés. Ceux-ci sont déplacés de la représentation initiale (le pénis par exemple) sur une autre représentation qui aura certaines caractéristiques semblables (les souris qui se faufilent et peuvent pénétrer partout, traînant leur longue queue derrière elles). C'est ce mécanisme qui opère dans la névrose phobique.

### ● **Le développement de la capacité de pensée**

Dans la névrose, la capacité de penser a pu se développer de façon opérante et les processus psychiques sont de *type secondaire*, c'est-à-dire que la mère (ou toute autre personne s'occupant de l'enfant de façon privilégiée) a su mettre à la disposition de l'enfant son appareil à penser disponible et mature, aidant ainsi peu à peu ce dernier à transformer ses impressions sensorielles, émotions et hallucinations (éléments primaires) en contenus psychiques pensables et sensés (éléments secondaires). En offrant à son enfant une réponse comportementale globalement adaptée au fil des

jours (réassurance, douceur, tendresse) elle a permis à celui-ci d'intérioriser son image (qui a constitué sa première pensée), ainsi que sa capacité à maîtriser ses tensions internes. Le **fonctionnement préconscient** est opérant chez la personne névrotique, c'est-à-dire qu'elle est capable **de penser ses pensées** (c'est la conscience réflexive).

La conscience qu'elle a d'elle-même entraîne également le fait qu'elle soit capable de reconnaître qu'elle est malade.

### ● *Le type de relation d'objet*

La relation d'objet étant le mode de relation qu'entretient le sujet avec l'autre, celle qui est mise en place dans la structure névrotique est d'ordre génitale, c'est-à-dire que l'autre est reconnu et recherché pour ce qu'il est.

C'est au tout début de la vie d'un enfant (durant le stade oral) que son monde intérieur, caractérisé au départ par le chaos et la confusion, s'organise progressivement grâce aux actions de la mère et de son environnement proche. Dans la constitution d'une personnalité névrotique, ces actions ont été globalement adaptées (Winnicott parle de mère suffisamment bonne) et elles ont permis au bébé de faire la différence entre son monde intérieur et le monde extérieur, entre le Moi et le non-Moi. En parallèle à sa maturation biologique, les différentes étapes du développement psychique de l'enfant se sont déroulées de façon à lui permettre de développer un appareil psychique capable de percevoir l'altérité.

La personnalité névrotique a accès à la symbolisation et à la triangulation : l'autre existe et est reconnu comme tel, c'est-à-dire différent de soi.

### ● *Les conséquences sur le lien soignant*

Dans le cadre de la structure névrotique, le soignant est reconnu dans son altérité, en tant que personne différenciée et la relation se pose dans le cadre d'une relation triangulaire (le Sujet + l'Objet + le Tiers). La limite et le principe de réalité sont reconnus et cet état de fait facilite grandement la relation car la personne souffrant de troubles névrotiques va fonctionner dans le respect global des règles sociales, légales, institutionnelles. Leur transgression relèvera plutôt d'un jeu adaptatif qui pourra être repris en entretien avec le soignant. Le conflit qui s'exprime se fait globalement dans un cadre de respect de l'intégrité et de l'individualité du soignant, reposant essentiellement sur l'échange et la verbalisation, la personne névrotique ayant développé un fonctionnement préconscient prévalent. Le rapport de force ne s'inscrit en principe pas dans la violence ni le déni de la réalité de l'autre, et si cela arrive, c'est de façon ponctuelle au décours d'épisodes critiques.

 Jérôme est hospitalisé pour un sevrage alcoolique. Le contrat qu'il passe avec son médecin et l'équipe soignante lors de son admission stipule que ses sorties du service doivent se limiter à la terrasse qui se trouve devant l'unité, et cela durant une semaine. Durant l'après-midi, les soignants remarquent qu'il a tendance à s'en écarter peu à peu, s'éloignant vers tel patient qui se promène, ou prétextant vouloir s'asseoir à l'ombre d'un arbre qui se trouve plus loin. À chaque transgression, les soignants vont le voir pour lui rappeler les termes du contrat. Après quelques tentatives, Jérôme cesse son manège. Il a compris que le « cadre » tient.

### ● *Les modes de décompensation névrotique*

Nous l'avons vu, c'est pendant la traversée de la crise œdipienne que vit l'enfant de 4 à 6 ans, que les interdits parentaux soutenant la différence des sexes, la différence des générations et la différence entre la sexualité enfantine et la sexualité adulte vont l'aider à se structurer dans un certain équilibre.

Cependant, quand les interdits parentaux ne sont pas suffisamment structurants, cela peut avoir un effet désorganisateur sur le psychisme de l'enfant, provoquant chez lui un surcroît de positions défensives qui pourront être réactualisées à l'âge adulte lors de situations de vie.

Du fait de la prévalence du mécanisme de refoulement dans la clinique névrotique, la symptomatologie de celle-ci est essentiellement marquée par le retour du refoulé, c'est-à-dire que la conflictualité psychique ne pouvant être totalement maintenue dans l'inconscient, va alors s'exprimer au travers de symptômes très divers : obsessions, phobies, angoisse, etc. :

Les névroses sont : **la névrose d'angoisse** (ou trouble anxieux généralisé), **la névrose obsessionnelle** (ou trouble obsessionnel compulsif), **la névrose phobique** (ou trouble phobique), **la névrose hystérique** (ou trouble de conversion), **la névrose traumatique** (ou état de stress post-traumatique). Ces pathologies sont développées dans le [chapitre 6](#).

### Points clés à retenir

- ▶ La structure névrotique présente trois caractéristiques :
  - elle dispose d'un Moi structuré
  - elle a conscience de ses troubles
  - ses symptômes sont compréhensibles par rapport à son histoire de vie, c'est-à-dire qu'il existe une logique entre des événements vécus (déclencheurs) et l'apparition des symptômes dont elle souffre.
- ▶ La symptomatologie névrotique se manifeste de façon générale par des angoisses et de l'anxiété qui s'expriment de façon symbolisée par le biais de symptômes divers (phobies, obsessions, théâtralisme, etc).
- ▶ Le type d'angoisse prévalent dans la névrose est **l'angoisse de castration**.
- ▶ Les mécanismes de défense mis en place de façon préférentielle sont **le refoulement et le déplacement**.
- ▶ L'instance psychique dominante est le **Moi**.
- ▶ La relation d'objet qu'elle développe est **génitale**, c'est-à-dire qu'elle tient compte de l'autre qui est reconnu comme étant différent de soi.
- ▶ **Le principe de réalité** est prévalent sur le principe de plaisir.
- ▶ Son mode de fonctionnement psychique prévalent est **le système préconscient** qui permet à la personne de faire des liens, de symboliser. Ce sont les processus secondaires qui dominant.

## *La structure psychotique*

---

Les personnes de structure psychotique présentent **une perturbation fondamentale du rapport à la réalité**. Celui-ci est altéré ou aboli. **La personnalité et l'identité profonde sont perturbées** radicalement, la personne n'étant pas capable de raisonner de la même manière que le sujet « normal ». En fait, les modalités d'approche du monde et la logique communément admise de jugement, présentes dans son groupe social et ethnique, ne sont pas reconnues par elle.

Trois éléments caractérisent les psychoses :

- une absence de conscience des troubles (c'est l'anosognosie) ;
- un détachement du réel (avec apparition d'une néo-réalité : le délire) ;
- des symptômes qui ne sont pas compréhensibles en fonction de l'histoire de la maladie.

Il existe une cassure dans le psychisme et cela amène la personne à être coupée d'elle-même. Du fait de la gravité de ses troubles, le patient atteint de troubles psychotiques nécessite souvent une prise en charge importante en psychiatrie.

La caractéristique commune des psychoses est qu'il y a toujours présence d' **un délire** (formulé ou non). C'est un trouble de la pensée marqué essentiellement par une perception erronée de la réalité. Dans certains cas, on note la présence d' **hallucinations**, c'est-à-dire de perceptions sans réalité objective.

### *Rappels sur le développement de la personnalité psychotique au travers des différents stades*

Nous l'avons vu précédemment, c'est durant le stade oral que se mettent en place deux choses très importantes pour le développement et l'épanouissement futur de l'enfant : les premières bases de la relation d'objet (la relation à l'autre) et la construction de l'appareil à penser. La carence de messages renvoyés par son environnement (que cela soit à cause d'un mauvais ajustement environnemental ou de l'incapacité neurophysiologique du bébé à recevoir ces messages) va laisser le bébé aux prises avec ses impressions sensorielles et des émotions non transformées, et celles-ci vont provoquer chez lui un état de détresse important.

La personne psychotique n'a pas eu accès au complexe d'Œdipe, donc à la triangulation. Elle ne reconnaît pas le tiers (la Loi).

### *L'articulation entre les instances psychiques*

La psychose résulterait d'un conflit se situant non pas entre les instances internes (Ça, Moi, Surmoi) mais plutôt entre **le Ça et la réalité**. En fait, dans la psychose, il s'agit avant tout d'une perte de contact avec la réalité. Le Moi, qui est l'instance permettant à la personne d'être en contact avec le monde est sous l'emprise du Ça (les pulsions venant de l'inconscient) et sa fonction synthétique est abolie.

Le Surmoi, en tant qu'instance prenant en compte les interdits sociaux et moraux régis par le principe de réalité, est oblitéré. La personne est donc incapable d'aménager les situations conflictuelles qu'elle vit de façon à trouver un compromis entre la satisfaction qu'elle recherche et la réalité et ses limites (principe de réalité). Chez elle, c'est le **principe de plaisir** qui prédomine.

### *Les types d'angoisse prévalente*

Chez la personne psychotique, ce sont **les angoisses primitives** qui prédominent, à savoir l'angoisse d'anéantissement, l'angoisse de vidage et surtout l'angoisse de morcellement.

Ces angoisses correspondent aux éprouvés les plus précoces du bébé, durant les tout premiers mois de sa vie. Chez la personne psychotique, les angoisses primitives sont majeures, très envahissantes et invalidantes.

## ***L'angoisse de morcellement***

Elle est considérée comme étant typique de la structuration psychotique. La perte de cohérence et la désorganisation sont au cœur de cette angoisse, le patient étant envahi par la sensation de tomber en morceaux et de se déconstruire en tant que sujet.

➡ Sandra souffre de schizophrénie. Elle aime prendre des bains et peut y rester des heures. Cependant, elle refuse de rester dans la baignoire pendant que celle-ci se vide, car elle a l'impression que son corps va partir en morceaux et « être aspiré dans le trou ».

## ***L'angoisse d'anéantissement***

Elle est décrite par Winnicott comme une crainte d'un effondrement interne que la personne ressent *a priori* comme en lien avec un événement catastrophique à venir, mais qui constitue en fait une réactualisation de l'expérience vécue par la personne en tant que bébé, quand son Moi n'était pas en capacité de s'en forger une représentation.

## ***L'angoisse de vidage***

Elle correspond à la sensation de se vider de sa substance, de ses contenus.

### **● *Les mécanismes de défense prévalents***

Pour lutter contre ces angoisses, la personne psychotique pourra développer un certain nombre de mécanismes défensifs très invalidants car relevant tous d'une distorsion majeure de l'image de soi et des autres.

## ***Le clivage du moi***

Il est mis en place essentiellement pour protéger le patient psychotique contre l'angoisse de morcellement. Pour éviter sa propre disparition, le Moi se scinde en deux parties distinctes. L'une reste en contact avec la réalité et l'autre se construit une néo-réalité : le délire.

➡ Madame Grosjean est secrétaire dans une petite entreprise. Elle fait bien son travail et son patron apprécie son efficacité et sa rigueur, même si elle est souvent difficile à vivre à cause de son caractère rigide. Il sait cependant qu'il doit absolument éviter un sujet de conversation avec elle : la politique. Car, aussitôt, elle se met à s'énerver et à s'angoisser, parlant d'un complot existant entre le président de la République et des extraterrestres venus de Neptune. Elle met ensuite beaucoup de temps à se calmer.  
*Mme Grosjean présente un délire d'interprétation. Celui-ci se cantonne à un thème et tant qu'il n'est pas évoqué, elle est globalement capable de fonctionner normalement.*

## ***Le clivage de l'objet***

Il correspond au fait de scinder l'autre et le monde en deux parties disjointes, l'une étant porteuse de bons objets, l'autre de mauvais.

➡ Suite à un événement très stressant pour elle (une lettre la prévenant d'un prochain contrôle fiscal), le délire a finalement envahi toute la psyché de Mme Grosjean, et sa famille, très inquiète, l'a fait hospitaliser contre son gré. Dans le service, elle a vite fait le tri entre les bons infirmiers et les mauvais : les bons sont ceux qui l'écou- tent, les mauvais ceux qui interrompent son discours pour « soi-disant » aller travailler. Suivant les situations, les rôles

changeant, chacun devenant bon ou mauvais à son tour.

## *L'identification projective*

C'est un mécanisme par lequel le sujet imagine s'introduire partiellement ou entièrement dans l'autre, ceci afin de le posséder fantasmatiquement, de le contrôler ou de lui nuire, en y introduisant ses propres sentiments. Il se débarrasse d'un contenu mental lié à des états émotifs intolérables, en le projetant sur autrui ou sur l'environnement extérieur. C'est alors, pour le sujet, comme si cet extérieur sur lequel il se projette devenait une extension de lui-même. Le vécu de celui qui est dans ce mécanisme est alors celui de la fusion (dans cette situation, le sujet n'est pas différencié de l'objet), abolissant toute distance.

 Lara est schizophrène. Elle entre dans le bureau infirmier et dit brutalement à Dominique l'infirmière : « J'ai remis de bonnes émotions dans votre cœur. Vous ne serez plus une méchante à partir de maintenant ! ».

## *La projection*

Ce mécanisme localise à l'extérieur d'une personne ce qui en fait se trouve à l'intérieur de lui. Le vécu de danger intérieur est déplacé sur l'autre et sur le monde extérieur.

### *● Le développement de la capacité de pensée*

Nous l'avons vu précédemment, chez la personne psychotique, **la fonction alpha** (W.R. Bion), qui est la capacité de transformer des éléments psychiques n'ayant pas de sens (éléments primaires) en contenus psychiques pensables (éléments secondaires), n'a pas pu se constituer au travers des contacts avec l'environnement immédiat. D'un point de vue psychodynamique, les réponses de l'entourage proche de l'enfant ayant pour fonction de lui signifier son ressenti interne n'ont donc pas été suffisamment adaptées et la capacité de mentalisation et de symbolisation n'a pas pu se mettre en place. Les impressions sensorielles et émotionnelles du bébé, du fait de son immaturité, n'ont pu être ni refoulées, ni pensées et, étant non contenues par le psychisme maternel, elles ont opéré **une véritable intoxication psychique** chez lui.

Les patients psychotiques se retrouvent envahis par des éléments psychiques peu différenciés et c'est alors qu'ils fabriquent **un délire** (c'est-à-dire une néo-réalité), celui-ci leur permettant de diminuer leur charge d'angoisse devant cet envahissement. Le délire représente alors un moyen de tenir face à l'insoutenable. Ce symptôme, comme tout autre symptôme, représente donc un compromis, une tentative d'auto-guérison.

### *● Le type de relation d'objet*

La relation avec une personne psychotique est surtout marquée par l'incapacité pour cette personne de faire la distinction entre le soi et le non-soi, entraînant chez celui qui y fait face une impression d'étrangeté et un sentiment de malaise interne.

Par ailleurs, la personne psychotique va sans cesse **alterner entre la fusion et le clivage**, ce qui peut exercer une certaine violence psychique chez celui qui y fait face, le mettant en position d'insécurité.

Le fait que l'identification projective soit employée comme mécanisme défensif préférentiel peut également occasionner une contamination chez l'autre et lui faire vivre des expériences de confusion.

### *● Les conséquences sur le lien soignant*

Instaurer un lien avec une personne psychotique relève d'un véritable défi pour le soignant, du fait de

plusieurs difficultés.

### ***Le phénomène de contamination psychique***

La contamination psychique trouve sa source dans le fait que la personne alterne sans cesse entre la fusion et le clivage, sans position intermédiaire. Cela peut exercer une véritable violence psychique sur le soignant. En effet, celui-ci aura à accueillir en lui, à son corps défendant, **les contenus archaïques** que le patient projette sur lui. À l'inverse, étant donné la perméabilité psychique de la personne psychotique, elle sera en mesure d'être elle-même envahie par les contenus inconscients du soignant, les **fonctionnements primaires** réciproques étant favorisés par le fait que le Moi psychotique n'est pas structuré. C'est ce qui donne parfois l'impression au soignant que le patient psychotique est capable de « lire » en lui (c'est-à-dire de percevoir ce qui l'habite sans qu'aucun mot n'ait été prononcé).

➡ Béatrice est infirmière et elle n'apprécie pas beaucoup de devoir s'occuper de Martine qui est schizophrène et qui demande toujours un gros accompagnement à la toilette. De son côté, Martine n'apprécie pas le fait que ce soit Béatrice qui s'occupe d'elle. Durant son bain, elle n'arrête pas de répéter :

– Vous ne m'aimez pas ! Vous êtes une méchante.

Béatrice dément les propos de Martine, mais tout au fond d'elle, elle se sent un peu mal à l'aise.

### ***La présence d'un délire***

Sans cesse le soignant devra tenir compte du fait que **le délire « colore » l'intégralité de la relation**. Il devra donc mesurer tout ce qu'il dit, cela en fonction de l'univers propre à chaque patient.

➡ Monsieur Lelong souffre de paranoïa. Il entre dans la salle de soins et demande à Pedro, l'infirmier qui travaille ce soir-là :

– Est-ce que vous pouvez me donner mon cachet ?

Pedro plaisante alors en souriant :

– Ah, s'il est caché, je ne peux pas vous le donner...

Aussitôt, M. Lelong fronce les sourcils d'un air suspicieux :

– Pourquoi l'avez-vous caché ? ! Vous en avez après moi ? !

Aussitôt Pedro rectifie la situation en expliquant à M. Lelong qu'il a plaisanté. La collègue de Pedro qui a assisté à la scène, lui expliquera un peu plus tard qu'il est déconseillé de plaisanter avec une personne souffrant de paranoïa, car celle-ci a tendance à prendre au pied de la lettre et à interpréter tout ce qui lui est dit.

### ***Le recours à l'agir comme mode de fonctionnement prévalent***

Une autre difficulté vient du fait que la personne psychotique a une propension à être dans l'agir. Du fait de l'envahissement permanent de son psychisme par des éléments archaïques qu'elle se voit incapable d'élaborer en pensées, elle aura alors une propension à être plutôt dans le registre de l'agir, et cela tant en pensée – elle projette des paroles sans filtre ni réflexion à l'extérieur d'elle, livrant de

façon brute ce qui vit dans son psychisme (idées délirantes, pensées incongrues ou déplacées) – qu'en acte (violence physique, passage à l'acte).

➡ L'infirmier Vincent entre comme chaque matin dans la chambre de Mélanie qui souffre de schizophrénie, pour lui dire de se lever. Il a un bon contact avec elle et, habituellement, après une ou deux sollicitations de sa part, elle finit par se lever pour aller faire sa toilette. Ce matin-là, il est très surpris quand Mélanie se redresse brusquement et lui envoie une gifle monumentale, criant :

– Moi, je dors !!

### *L'incapacité à se situer dans le temps*

L'incapacité pour la personne à se situer dans un axe temporel va également entraîner une difficulté particulière dans la relation. En effet, pour elle, il n'y a que le présent qui compte et elle est **incapable d'intégrer passé et futur**, de supporter l'attente et la séparation, du fait d'une incapacité fondamentale à la symbolisation. La personne sera alors globalement dans l'incapacité de savoir attendre et elle aura une propension à revenir sans cesse poser les mêmes questions au soignant. Face à cette attitude, le soignant devra faire preuve de patience, sachant que la personne ne fait pas « exprès » de revenir sans cesse poser les mêmes questions.

➡ Christophe est schizophrène et il est hospitalisé en psychiatrie. Il doit partir trois jours plus tard en vacances avec un organisme spécialisé. À longueur de journée, il demande aux soignants :

– On part maintenant ?

Ceux-ci ont beau lui répondre, il continue à poser sa question jusqu'au moment du départ...

### *L'incapacité à intégrer des limites comportementales*

Par ailleurs, l'incapacité de la personne à intégrer des limites comportementales (du fait de l'inopérance de son Surmoi) l'amène à ignorer littéralement les règles du service et à ne pas respecter les limites d'autrui. L'infirmier aura alors à gérer la personne et les conflits éventuels générés avec les autres patients qui ne comprennent pas son comportement.

➡ Christophe aime bien les montres. Il les étale sur la table qui se trouve dans sa chambre et peut rester des heures à les contempler. Il a tendance à entrer sans autorisation dans la chambre des autres patients et dès qu'il trouve une montre il la « prend » pour l'ajouter à sa collection. Certains patients le prennent très mal, notamment M. Lelong qui pense que Christophe est un envoyé secret du gouvernement animé de mauvaises intentions à son égard.

### ● *Les modes de décompensation psychotique*

Les pathologies psychotiques peuvent être de nature différente mais elles se caractérisent toutes par des troubles de la pensée (délire) et des perceptions (hallucinations) ainsi que des troubles du comportement (inadaptation au réel).

Les états psychotiques se subdivisent en états aigus et chroniques.

**Les principaux états psychotiques aigus** (dits brefs) sont :

- la bouffée délirante aiguë (ou trouble schizophréniforme) qui peut apparaître de façon instantanée et inattendue dans la vie de la personne ;
- la psychose puerpérale (ou trouble psychotique bref du postpartum) qui apparaît dans les quatre semaines suivant l'accouchement.

**Les principaux états psychotiques chroniques** sont :

- la schizophrénie ;
- la paranoïa (ou personnalité paranoïaque) ;
- la psychose hallucinatoire chronique (ou schizophrénie paranoïde) ;
- la paraphrénie.

Certaines de ces pathologies (celles qui sont caractéristiques du processus psychopathologique) sont développées dans le [chapitre 6](#).

### Points clés à retenir

- ▶ La personne de structure psychotique présente **une perturbation fondamentale du rapport à la réalité**. La personnalité et l'identité profonde sont perturbées radicalement.
- ▶ Trois éléments caractérisent les psychoses :
  - une absence de conscience des troubles (c'est l'anosognosie)
  - un détachement du réel avec apparition d'une néo-réalité : le délire.
  - des symptômes qui ne sont pas compréhensibles en fonction de l'histoire de la maladie.
- ▶ Le type d'angoisse prévalent dans la psychose est **l'angoisse de morcellement**. Les mécanismes de défense mis en place de façon préférentielle sont le clivage du moi, **le clivage de l'objet, l'identification projective et la projection**.
- ▶ L'instance psychique dominante est **le Ça**.
- ▶ La relation d'objet qu'elle développe est **fusionnelle**.
- ▶ Son rapport au principe de réalité est fondé sur **le déni** de celle-ci et le principe de plaisir est prévalent.
- ▶ Son mode de fonctionnement psychique est dominé par les **processus primaires**, c'est-à-dire les contenus psychiques non encore mis en sens (contrairement à la névrose dans laquelle ce sont les processus secondaires qui prévalent, la personne étant alors capable de « penser des pensées »). C'est **l'inconscient** qui régit la personne psychotique.

## L'organisation limite

---

J. Bergeret explique qu'en fait l'état limite ne relève pas d'une structure au sens propre, mais présente plutôt un état d'instabilité structurelle (astructuration) qui oscille entre le pôle névrotique et le pôle psychotique sans pouvoir se fixer sur aucun des deux. Les symptômes des états limites sont assez peu spécifiques, c'est-à-dire qu'ils peuvent être présents dans de nombreuses pathologies (contrairement aux psychoses par exemple, qui sont signées clairement par un délire).

Les symptômes des états limites sont :

- une angoisse permanente, importante et envahissante, avec un sentiment de vide, de manque et d'insécurité intérieure insupportables, que la personne limite n'arrive pas à mentaliser et qui va s'exprimer la plupart du temps sous la forme d'un agir de décharge ;
- un comportement dominé par l'impulsivité, avec des passages à l'acte d'allure psychopathique, toute la tension interne étant évacuée dans une mise en acte (raptus suicidaires, passages à l'acte, conduites addictives, etc.) ;
- des symptômes dépressifs, qui témoignent de la lutte intérieure que le sujet mène contre l'effondrement et contre lesquels il lutte en mettant en place une conduite anaclitique (qui s'appuie sur l'autre de façon forte) et une hyperactivité ;
- des symptômes névrotiques divers (symptômes de conversion hystérique, phobiques, obsessionnels) la plupart du temps atypiques ainsi que des troubles de l'humeur.

### Le rapport à la réalité

L'adaptation de la personne à la réalité n'est que de façade et c'est pour cette raison que l'on dit qu'elle fonctionne **en faux-self**. Tel le caméléon, elle va s'adapter à n'importe quel milieu, mais cette adaptation sera fragile, la personne se désadaptant à la moindre difficulté par manque d'identité stable. Par ailleurs, elle est en permanence dans un état de grande dépendance, **dans une quête permanente d'étayage** avec appui littéral sur l'autre (c'est-à-dire recherche de relation anaclitique) et une incapacité à supporter la solitude. Selon Kernberg, il y a chez le sujet limite « un défaut du concept de soi et des autres. C'est un vécu subjectif de vide chronique, de perceptions contradictoires de soi et de ses comportements ; s'y ajoutent des perceptions appauvries et contradictoires des autres, une inaptitude à rendre compte de ce qu'ils sont. »

### Rappels sur le développement de la personnalité limite au travers des différents stades

Les personnes état limite ont connu un traumatisme désorganisateur précoce (à l'orée du stade œdipien) que leur Moi immature s'est démontré incapable de gérer. Il y a eu menace de l'intégrité narcissique de la personne. Cela l'a amenée à se développer de façon particulière : elle a échappé aux grandes étapes organisatrices du psychisme. Elle ne fait qu'« emprunter » aux autres organisations des modalités défensives et organisatrices, en d'autres termes, comme l'expliquent A. Ferrant et A. Ciccione dans *Le manuel de psychologie et de psychopathologie* : « elles miment la névrose ou la psychose sans réellement être organisée comme de véritables névroses et psychoses ».

Chez la personne limite, l'Œdipe se présente sous la forme d'une triade qui ne fait que distinguer les grands (les parents) des petits (l'enfant) ou les forts des faibles. La personne limite cherche à être aimée de l'autre (le fort) et à s'appuyer sur lui (relation anaclitique). La différence entre les sexes et les générations n'est pas pleinement intégrée dans le fonctionnement psychique.

### L'articulation entre les instances psychiques

Le Moi limite est anaclitique, c'est-à-dire qu'il ne peut se maintenir sans prendre appui sur l'autre de

façon constante. Bien qu'adapté à la réalité, il reste très dépendant des variations du monde extérieur. Le Surmoi de la personne limite est peu développé, ce qui explique la facilité avec laquelle celle-ci est dans le passage à l'acte (émergence du Ça). En fait, c'est l'Idéal du Moi qui se pose en pôle organisateur, un Idéal du Moi très infantile et inatteignable tant il est élevé. Le conflit psychique de la personne se situe donc entre le Ça, l'Idéal du Moi et la réalité. L'identité est fragile, facilement atteinte par la moindre attaque de la réalité (confrontation à l'autre, aux limites inhérentes à la réalité). L'état limite est une pathologie du narcissisme.

### ● *Les types d'angoisse*

Le type d'angoisse exprimée par la personne limite fait partie des éléments qui vont aider à établir un diagnostic fiable du trouble (avec le type de mécanisme de défense et de relation d'objet). Les angoisses présentes dans les organisations limites sont essentiellement liées à la différenciation et à la séparation :

■ **l'angoisse de perte** existe chez le tout petit enfant. Elle est en lien avec le risque de perdre l'objet premier (la mère), de perdre son amour. Dans l'organisation limite, elle est surtout liée à la perte réelle du support, de l'appui premier qui a donc existé et qui est venu à manquer brusquement ;

■ **l'angoisse d'abandon** est en lien direct avec l'angoisse de perte. Elle se manifeste chez le bébé par la crainte d'être abandonné en réponse aux mouvements agressifs et à la destructivité qu'il adresse à sa mère. Celle-ci, en restant et continuant à lui dispenser soins et amour malgré ses agressions, va l'aider à diminuer cette angoisse. Quand pour des raisons diverses (troubles psychiques, difficultés ponctuelles de vie) la mère n'est pas en mesure de le faire de façon satisfaisante, l'angoisse ressentie par le bébé va générer une position dépressive.

Il arrive également que les personnes souffrant de troubles limites développent des angoisses primitives (angoisse de morcellement, d'anéantissement) lors de crises anxieuses importantes.

### ● *Les mécanismes de défense prévalents*

#### *Le clivage de l'objet*

Dans ce mécanisme, le Moi n'est pas coupé en deux mais déformé. Le clivage ne concerne que l'objet, c'est-à-dire les autres et le monde. L'objet est coupé en deux. L'une des parties est porteuse de bons aspects, alors que l'autre renferme les mauvais. Il y a incapacité chez le sujet à accepter que les deux aspects bons et mauvais puissent coexister chez le même objet.

➡ Anna souffre d'un état limite. Pour elle, dans le service de soin, il y a les « bons » infirmiers qu'elle idéalise et dont elle recherche le contact de façon adhésive, et les « mauvais » qui sont porteurs selon elle des pires défauts et qu'elle rejette. Lorsqu'un infirmier « idéalisé » se met à avoir un comportement qui ne lui convient pas (pose de limite, refus générant une frustration), il est immédiatement descendu de son piédestal et devient illico un mauvais objet, porteur des pires défauts.

*Anna est dans un mécanisme de clivage de l'objet qui l'aide à diminuer la prégnance de ses angoisses de perte.*

#### *La projection*

Ce mécanisme localise à l'extérieur d'une personne ce qui en fait se trouve à l'intérieur d'elle. Le vécu de danger intérieur est déplacé sur le dehors.

#### *L'identification projective*

Tout comme dans la psychose, la personne limite va utiliser l'identification projective comme mécanisme défensif préférentiel (voir les mécanismes de défense de la psychose).

### ***Le déni de la réalité***

Par ce mécanisme, le sujet nie de manière inconsciente une réalité vécue comme dangereuse. Il se comporte comme si la réalité (décès d'un proche, perte d'un emploi, etc.) n'avait pas de répercussion sur lui (déni des sentiments).

### ***L'idéalisation***

Elle va servir à la personne limite à protéger son image d'elle-même. Elle va avoir tendance à amplifier les qualités des personnes qui l'entourent et s'occupent d'elle. Ces bons objets lui servent de supports d'identification narcissique.

### ***L'omnipotence***

La personne limite va facilement glisser dans la toute-puissance, celle-ci lui permettant de nier les contraintes du réel.

### ***La dévalorisation***

Elle va être d'emblée utilisée contre l'autre à la moindre frustration occasionnée par celui-ci.

### ***Le développement de la capacité de pensée***

Tout comme chez la personne névrotique, le développement de la capacité de pensée a été opérant chez la personne limite.

### ***Le type de relation d'objet***

Avec la personne limite, la relation d'objet est caractérisée par le fait que celle-ci **reconnait l'objet**, donc l'autre, mais **qu'elle n'en tient pas compte**. Pour elle, le tiers (la Loi) est dénié, et étant donné que le tiers représente la réalité, la personne est dans un déni de celle-ci. Elle est dans une dynamique de « Maintenant et tout, tout de suite ! », ce qui l'amène à rejeter toute forme de limite posée par le réel, dès qu'il s'oppose à son désir spontané. Le principe de réalité est perçu mais insupportable, et son rappel provoque un débordement pulsionnel immédiat.

Le sujet limite met en place une **relation d'objet anaclitique**, c'est-à-dire qu'il va sans cesse chercher à prendre appui sur l'autre, soit dans une attente passive de satisfactions positives, soit en cherchant à manipuler l'autre d'une façon plus ou moins agressive et violente pour obtenir ce qu'il veut et éviter la frustration. Lorsque cet autre fait défaut, l'angoisse et la dépression apparaissent.

Chez le sujet limite, **la différenciation soi/autre n'est pas solide** (aspect psychotique). La relation à l'objet, en revanche, est marquée par une reconnaissance suffisante de l'altérité (aspect névrotique). Le lien à l'objet est caractérisé par la nécessité vitale de prendre appui sur l'autre. La personne état limite n'a pas intégré suffisamment les caractéristiques de l'objet (mentalisation) et elle a un besoin permanent de sa présence effective. Elle est dans un processus permanent d'idéalisation de l'autre et de soi. Dès que l'autre la déçoit (et cela arrive toujours) elle le rejette alors avec haine. Cela donne une grande instabilité à ses relations interpersonnelles.

### ***Les conséquences du fonctionnement limite sur le lien soignant***

L'apparente normalité de comportement que ces personnes présentent à certains moments, contraste avec des états d'effondrement psychique marqués par la violence (rage destructrice, passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs, addiction massive, etc.) et cela peut être très déstabilisant pour le soignant.

La mise en place et surtout le maintien du lien avec une personne limite est l'une des choses les plus ardue à réaliser, car celle-ci va confronter le soignant à une véritable violence psychique. En fait, ce

sont ses mécanismes de défense qui posent problème. **Le clivage de l'objet** fait qu'elle scinde l'équipe en deux, mettant d'un côté les bons objets (qu'elle aime et idéalise) et de l'autre les mauvais (qu'elle rejette avec haine). Le même soignant peut passer d'un statut à l'autre dès qu'il la confronte à des limites et cela peut être perturbant. D'autre part, le mécanisme **d'identification projective** qui amène la personne à se débarrasser de ses vécus sur l'autre peut plonger le soignant soit dans un vécu de fusion très désagréable et angoissant. Elle cherche à s'appuyer de façon massive sur lui (relation anaclitique) et il va vite être dépassé par l'ampleur de la demande.

Par ailleurs, le déni de la réalité et de ses limites entraîne la personne dans un **rapport de force** permanent avec l'équipe soignante, le médecin, les partenaires sociaux, avec des **tentatives de manipulation du cadre** réitérées en permanence. Cela demande à l'équipe soignante beaucoup de constance dans le maintien du lien et du cadre, ce qui est très usant nerveusement. Face à la destructivité limite, une équipe tout entière n'est pas de trop.

➡ Laly est une jeune femme de 35 ans. Elle exprime un vécu dépressif intense avec une grande douleur morale. Son histoire personnelle est très chaotique, parsemée d'abandons et de ruptures. C'est Marie-France qui l'accueille à son arrivée. Très empathique, elle fait de son mieux pour mettre Laly en confiance et tenter de créer du lien avec elle. Durant son entretien d'accueil, Laly dira au médecin que Marie-France « est une infirmière formidable, vraiment compétente » et qu'elle se sent bien avec elle. Durant le reste de l'après-midi, Laly suit Marie-France comme son ombre dans le service, lui demandant sans cesse quelque chose. À 21 h 45, au moment de la relève, Laly demande à Marie-France de lui ouvrir la salle de bains. Celle-ci refuse, expliquant que la règle veut que les salles de bains soient fermées après 21 h. Laly insiste mais devant le refus réitéré et calme de Marie-France, son regard devient noir et elle part en hurlant dans le couloir que « Marie-France est méchante, sournoise », qu'elle la déteste et ne veut plus jamais la revoir. Dix minutes plus tard, un patient se précipitera vers le bureau infirmier, affolé : Laly s'est scarifié les deux bras avec une lame de rasoir qu'elle avait cachée dans la doublure de son sac à main.

### ● *Les modes de décompensation limite*

Ce que l'on nomme « états limites » correspond à un seul grand trouble oscillant entre psychose et névrose sans pouvoir se fixer définitivement sur l'une ou l'autre de ces dynamiques pathologiques.

Le sujet état limite peut présenter différents modes de décompensation. Quand son Surmoi est suffisamment fort, cela se fera plutôt sur un mode névrotique, la personne gardant une certaine cohérence interne. Sinon, c'est une décompensation d'allure psychotique qui peut survenir, les pulsions n'étant plus du tout contenues.

### **Points clés à retenir**

- ▶ L'organisation limite ne relève pas d'une structure au sens propre, mais présente plutôt **un état d'instabilité structurelle** qui oscille entre le pôle névrotique et le pôle psychotique sans pouvoir se fixer sur aucun des deux.
- ▶ Les personnes état limite présentent **une angoisse permanente**, importante et envahissante, **un comportement dominé par l'impulsivité**, **des symptômes dépressifs**, et **des symptômes névrotiques divers**.
- ▶ Le type d'angoisse prévalent dans l'organisation limite est **l'angoisse de perte et d'abandon**.

- ▶ Les mécanismes de défense mis en place de façon préférentielle sont **la projection, l'identification projective, le déni, l'idéalisation, l'omnipotence, la dévalorisation.**
- ▶ L'instance psychique dominante est **l'idéal du Moi.**
- ▶ Le type de relation d'objet qu'elle développe est **de type anaclitique** avec le développement d'un fonctionnement **en faux-self.**
- ▶ Elle reconnaît le principe de réalité mais n'en tient pas compte, le principe de plaisir étant souvent prévalent.

**Tableau 3.II.** Caractéristiques des trois types de structuration de la personnalité

	Type de conflit intrapsychique	Type d'angoisse	Mécanismes de défense préférentiels	Rapport au principe de réalité	Type de relation d'objet	Modes de décompensation	Symptomatologie
<b>Structure de personnalité névrotique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflit entre le Surmoi et le Ça</li> <li>• Instance dominante : le Moi (stable)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Castration (pénétration)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refoulement</li> <li>• Déplacement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principe de réalité prévalent</li> <li>• Le principe de plaisir est régulé par le principe de réalité</li> </ul>	Génitale (reconnaissance de l'autre pour ce qu'il est, c'est-à-dire différencié)	Névrose d'angoisse, phobique, obsessionnelle, hystérique ou traumatique	Caractérisée par le retour du refoulement : phobies, obsessions, etc.
<b>Structure de personnalité psychotique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflit entre le Ça et la réalité</li> <li>• Instance dominante : le Ça</li> <li>• Le Moi est morcelé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morcellement</li> <li>• Anéantissement</li> <li>• De vidage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clivage du Moi</li> <li>• Clivage de l'objet</li> <li>• Identification projective</li> <li>• Projection</li> </ul>	Principe de réalité déniée et non reconnue fondamentalement	Fusionnelle (l'autre n'existe pas en tant que tel)	<p><b>Mode aigu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bouffée délirante aiguë</li> <li>• Psychose</li> <li>• puerpérale</li> </ul> <p><b>Mode chronique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schizophrénie</li> <li>• Paranoïa</li> <li>• Psychose hallucinatoire chronique</li> <li>• Paraphrénie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délire</li> <li>• Hallucinations</li> <li>• Dissociation</li> <li>• Mise en jeu immédiat de la pulsion</li> </ul>
<b>Astructuration limite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflit entre le Ça, l'Idéal du Moi et la réalité</li> <li>• Instance dominante : l'Idéal du Moi</li> <li>• Surmoi peu développé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De perte</li> <li>• D'abandon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clivage de l'objet</li> <li>• Projection</li> <li>• Identification projective</li> <li>• Idéalisation</li> <li>• Dévalorisation</li> <li>• Omnipotence</li> </ul>	Principe de réalité Reconnu mais dénié	Anaclitique (avec alternance de tentative de fusion avec l'autre et de rejet de celui-ci)	États limites	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angoisse diffuse permanente</li> <li>• Dépression</li> <li>• Passage à l'acte</li> <li>• Symptômes divers (phobies, obsessions, addiction, boulimie, etc.)</li> </ul>

**À noter :** des recherches actuelles en psychopathologie suggèrent que la théorie sur les structures de personnalité ne suffit pas à expliquer l'ensemble des phénomènes psychopathologiques observés au sein des unités de soin. Par exemple, il arrive qu'une personne ayant une structure de personnalité

névrotique fasse brusquement un épisode psychotique suite à un événement traumatisant, ce qui selon la théorie des structures est impossible, étant donné que la limite entre celles-ci est supposée être « étanche ». De nouvelles théories émergent, telle celle classant les pathologies en **pôles d'organisation psychique** principaux : névrotique, psychotique, narcissique identitaire et psychosomatique<sup>1</sup>. Tout en ayant un pôle organisateur principal, la personne peut, selon ce modèle, « glisser » vers un autre mode de décompensation en fonction du lien d'objet et des types d'angoisse et de défense sollicités spécifiquement.

<sup>1</sup>R. Roussillon, C. Chabert, A. Ciccione, A. Ferrant, N. Georgieff, P. Roman, *Manuel de psychologie et de psychopathologie*, Masson, 2007.

# LES PATHOLOGIES POUVANT RELEVER DE DIVERSES STRUCTURES

## *Les troubles de l'humeur*

---

La dénomination de troubles de l'humeur utilisée actuellement pour les problématiques de la thymie est issue du DSM-IV. Elle vient remplacer celle de « psychose maniaco-dépressive » longtemps employée.

Dans les troubles de l'humeur, on distingue deux grands types de problématiques :

- les troubles dépressifs majeurs (sans épisodes maniaques ou hypomanes), ou troubles unipolaires qui se caractérisent par la survenue d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs ;
- les troubles bipolaires qui regroupent un ensemble de pathologies caractérisées par une oscillation de l'humeur entre épisodes dépressifs, maniaques et/ou hypomaniaques. Selon le DSM IV, il existe deux types de troubles bipolaires :
  - Type I : caractérisé par des accès maniaques alternant avec des épisodes dépressifs majeurs,
  - Type II : caractérisé par des épisodes hypomaniaques alternant avec des épisodes dépressifs majeurs.

## *Les troubles des conduites alimentaires*

---

Les principaux troubles des conduites alimentaires sont l'anorexie et la boulimie.

## *Les conduites addictives (ou troubles liés à une substance)*

---

Les conduites addictives se caractérisent par un état de **dépendance** à une substance (alcool, drogue, médicament) avec un besoin irréprensible d'en consommer, associée à une perte de contrôle de sa consommation. Il y a alors abus d'utilisation de cette substance, celui-ci ayant **des conséquences néfastes** pour la santé, mettant en jeu la situation familiale, financière, sociale, affective, etc.

Il existe également **des addictions sans substance**, ou addictions comportementales : jeux d'argent, jeux vidéo, achats compulsifs, addiction au travail.

Il s'agit donc pour la personne d'une perte de contrôle avec la poursuite d'un comportement malgré la connaissance de ses conséquences négatives.

## *Les états psychopathiques (personnalité antisociale)*

---

Les états psychopathiques se caractérisent par une agressivité et une impulsivité qui génère des troubles du comportement importants : crises clastiques (destruction d'objets), bagarres, délits mineurs et majeurs.

L'ensemble de ces pathologies sera développé dans le [chapitre 6](#).



# Mlle LÉOTAUD, 25 ANS, ATTAQUE DE PANIQUE

Mlle Léotaud est hospitalisée depuis une semaine en service de psychiatrie avec un diagnostic de trouble anxieux généralisé. Sa voisine de chambre affolée vient prévenir l'infirmière que Mlle Léotaud « est en train de faire une crise » dans la chambre. L'infirmière s'y rend aussitôt et trouve Mlle Léotaud dans un état d'agitation psychomotrice important. Une patiente de la chambre voisine est présente et elle semble inquiète et désemparée face à la jeune femme. Elle n'arrête pas de répéter d'un air anxieux : « Mais calme-toi donc ! ». Mlle Léotaud est pâle, en sueur et sa respiration est haletante. Voyant l'infirmière, elle s'écrie d'un air paniqué : « J'ai l'impression que je vais mourir... Que plus rien n'est réel... Je me sens oppressée... Mon cœur bat à 100 à l'heure. Qu'est-ce qui m'arrive ? !! »>

## 1. IDENTIFIER LES DONNÉES SIGNIFICATIVES

Quelles données relève-t-on ? 	Pourquoi sont-elles significatives ?
Nom de la personne	Appeler la personne par son nom est important dans l'établissement du contact et de la communication
Son âge 25 ans	L'âge peut être significatif par rapport à la survenue d'une pathologie
Agitation psychomotrice intense, pâleur, sueurs, tachycardie, polypnée, sensation d'irréalité	Ce sont des données cliniques évoquant un état pathologique spécifique qui va nécessiter une prise en charge infirmière et médicale
Les voisines de chambre sont affolées et désemparées	Leur état sera à considérer après la prise en charge de la patiente car cela peut avoir un impact sur elles du fait de la spécialité

## 2. COMPRENDRE ET ÉVALUER LA SITUATION

Que faut-il comprendre ? 	Évaluation
Mlle Léotaud est dans une période de vie durant laquelle la survenue d'attaques de panique est plus fréquente. Il pourrait s'agir d'une crise inaugurale	Facteur de risque cohérent avec les données de santé publique
Les signes cliniques sont significatifs d'une attaque de panique que l'infirmière doit être capable de repérer car cette pathologie relève d'une <b>urgence psychiatrique</b> et justifie une prise en charge immédiate. Étant donné son état d'anxiété intense, il est possible (même si ce n'est pas la majorité des cas) que la personne se nuise à elle-même (fuite inconsidérée).	Il s'agit d'une crise de panique qui nécessite une prise en charge d'urgence
Les voisines de chambre sont présentes et parlent à la patiente d'un air affolé. Or, dans un contexte de crise panique, il est indispensable de réduire les stimuli externes. C'est la raison pour laquelle les propos des voisines ne calment pas la patiente, c'est donc à l'infirmière de veiller à ce qu'elles n'interviennent pas et elle doit prendre en charge la patiente	Soustraire la patiente aux stimuli externes
L'état de Mlle Léotaud provoque de l'anxiété chez les voisines de chambre. Une infirmière (autre que celle qui va s'occuper de Mlle Léotaud) va prendre en charge leur état	Besoin de rassurer les voisines

## 3. METTRE EN ŒUVRE LES ACTIONS

Quelles actions met-on en place ? 	Pourquoi ?
Faire immédiatement appeler le médecin (par une autre infirmière que celle qui s'occupe de Mlle Léotaud)	L'attaque de panique est une urgence qui demande en elle-même une intervention médicale rapide
Conduire la personne dans une pièce où elle pourra être au calme	La personne en panique voit son anxiété majorée par les éléments environnementaux et il est important de diminuer les stimuli qu'elle reçoit (effet de pare-excitation recherché)
Rester constamment auprès de la jeune femme	Laissée seule dans la situation dans laquelle elle se trouve, son angoisse risquerait de se majorer et elle risquerait de se nuire à elle-même sous l'effet de la panique. La présence d'un soignant est nécessaire pour prévenir les risques
Demander à Mlle Léotaud de respirer plus lentement, bouche fermée, en gonflant	L'aider à modifier son rythme respiratoire va diminuer les sensations de vertige causées par l'hyperventilation et entraînera une diminution de la fréquence cardiaque

l'abdomen et non la poitrine	
Ne pas lâcher le contact visuel, lui tenir la main	Cela vient contrer son sentiment de déréalité : quelqu'un est là, présent pour elle (présence relationnelle)
Parler de façon calme à la personne, lui dire des paroles rassurantes, lui expliquer que la crise a un cycle et qu'elle va passer	Le calme et les paroles rassurantes de l'infirmière vont contribuer à aider la personne à se calmer
Prendre ses paramètres : TA, pouls dans la mesure du possible, dès que la personne commence à se calmer	La surveillance somatique permettra de donner au médecin des indications précises concernant le déroulement de la crise
À l'arrivée du médecin, rester présent durant l'examen et l'entretien médical	L'infirmière qui a accompagné Mlle Léotaud durant sa crise est devenue un élément de réalité rassurant auquel elle s'accroche. Le soignant identifié comme tel ne quitte donc pas la patiente

#### 4. NOTER ET ANALYSER LES RÉSULTATS OBTENUS

Résultats 	Évaluation des résultats de la prise en charge
Le médecin a diagnostiqué une attaque de panique	Le diagnostic de la crise de panique est confirmé et les caractéristiques sont notées dans le dossier médical
Diminution de l'angoisse et de l'état d'agitation de Mlle Léotaud	Les mesures de pare-excitation (isolement dans une pièce au calme, attitude directive de l'infirmière) et l'attitude rassurante de l'infirmière ont été efficaces avec Mlle Léotaud
Les deux patientes présentes lors de la crise de Mlle Léotaud sont calmées	L'intervention infirmière les a rassurées. Elles ont compris ce qui s'est passé, ce qui facilite leur apaisement



# VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

## 1. QROC (questions à réponses ouvertes courtes)

1.

Pour chaque structure de personnalité, quel est le type d'angoisse et de mécanisme de défense prévalent ? Quelle est l'instance psychique dominante ? Quel type de relation d'objet est mis en place ? Quel est son rapport au principe de réalité ?

### Corrigés

1.

– Dans la structure névrotique

Le type d'angoisse prévalent est l'angoisse de castration.

Les mécanismes de défense préférentiels sont le refoulement et le déplacement.

L'instance psychique dominante est le Moi.

La relation d'objet qu'elle développe est génitale.

La personne est régie par le principe de réalité.

– Dans la structure psychotique

Le type d'angoisse prévalent est l'angoisse de morcellement.

Les mécanismes de défense préférentiels sont le clivage du moi, le clivage de l'objet, l'identification projective et la projection.

L'instance psychique dominante est le Ça.

La relation d'objet qu'elle développe est fusionnelle.

Son rapport au principe de réalité est fondé sur le déni de celle-ci et le principe de plaisir est prévalent.

– Dans l'organisation limite

Le type d'angoisse prévalent est l'angoisse de perte et d'abandon.

Les mécanismes de défense préférentiels sont la projection, l'identification projective, le déni, l'idéalisation, l'omnipotence, la dévalorisation.

L'instance psychique dominante est l'idéal du Moi.

Le type de relation d'objet qu'elle développe est de type anaclitique avec le développement d'un fonctionnement en faux-self.

Elle reconnaît le principe de réalité mais n'en tient pas compte, le principe de plaisir étant souvent prévalent.

## 5. Signes cliniques



# LE SYMPTOME

---

## Définition

En psychopathologie, le symptôme est un phénomène qui à la fois révèle l'état pathologique d'une personne et qui représente la manifestation d'un trouble psychique telle que la vit subjectivement celle-ci.

Les symptômes sont donc différents des signes cliniques qui, eux, sont des manifestations objectives de la maladie, relevées par le médecin.

## *Le sens du symptôme*

---

Pour la psychanalyse, le symptôme représente une tentative de guérison. C'est un compromis entre le désir et la défense. Le symptôme exprime donc à la fois un conflit psychique et une tentative de construire une solution, même si celle-ci est malheureuse.

## *Le mécanisme à l'œuvre dans le symptôme*

---

Quand une représentation pulsionnelle tombe sous le coup d'un interdit interne, elle est refoulée dans l'inconscient de la personne par le phénomène de censure opérée par le Surmoi. Cependant, elle n'est pas éliminée complètement. Les éléments refoulés vont alors tenter de revenir à la surface, de se manifester d'une manière ou d'une autre : c'est ce qu'on appelle **le retour du refoulé**.

Ce qui est refoulé peut utiliser plusieurs artifices pour déjouer la censure du Surmoi : **le rêve, les lapsus, les oublis et les actes manqués** ou encore **les symptômes**.

En quelque sorte, le symptôme constitue une forme de déguisement de la représentation refoulée, celle-ci étant rendue alors acceptable pour la conscience (le Moi). Le symptôme est donc une forme de compromis entre les désirs (Ça) et les interdits (Surmoi). Il apparaît quand les mécanismes de défense ne suffisent plus à contenir l'angoisse. Toute l'économie psychique du sujet se fige alors autour de ceux-ci.

Ce mécanisme explique la capacité de résistance de certains symptômes, ceux-ci étant fondamentalement utiles à l'équilibre du sujet. Face au symptôme, le soignant devra donc toujours s'interroger sur la manière dont celui-ci s'inscrit dans l'histoire de la personne.

## Les bénéfiques du symptôme

### Les bénéfiques primaires

L'apparition du symptôme déclenche de façon immédiate une décharge pulsionnelle qui entraîne elle-même une diminution du conflit interne. C'est ce qu'on appelle le *bénéfice primaire* du symptôme.

➡ Daniel est aide-soignant. De façon générale, il aime que les choses soient rangées et propres, ce qui constitue une qualité dans sa profession. Il remarque cependant que lorsqu'il est mis sous pression par la quantité de travail à accomplir, il a tendance à s'activer et son activité de prédilection est de faire une désinfection complète de la paillasse. Certains jours, il peut recommencer cette action 3 ou 4 fois sur son poste, alors que cela n'est pas nécessaire. Quand ses collègues repèrent son manège, ils sourient et lui disent :

– Ça y est, tu es reparti dans le nettoyage...

Daniel ne répond pas. Nettoyer lui « fait du bien » car il se sent moins sous pression ensuite. *En nettoyant, Daniel ressent une diminution de la pression interne qui l'habite, c'est le bénéfice primaire de son symptôme d'allure obsessionnelle qui s'apparente ici à un mécanisme de défense (activisme).*

Le modèle analytique suggère que le symptôme permettrait l'expression d'un désir inconscient de façon déguisée, constituant une sorte de métaphore. C'est la raison pour laquelle il serait vain et nuisible pour la personne de chercher à la débarrasser à tout prix de son symptôme : il lui est utile pour maintenir un équilibre (malheureux) au sein de son psychisme.

### Les bénéfiques secondaires

La personne peut également tirer **un bénéfice secondaire** de son symptôme, en jouissant de l'attention déployée autour d'elle quand elle est malade (assistance, attention, soutien).

➡ Madame Lantier souffre d'une dépression chronique qui réapparaît de façon cyclique dans sa vie. Quand elle est malade, ses symptômes (fatigue, inhibition psychomotrice, tristesse) l'amènent à rester prostrée chez elle, se plaignant de ne plus être capable de faire quoi que ce soit. Son mari est entrepreneur et est souvent absent. Cependant, quand son épouse présente des symptômes amplifiés, il passe plus de temps à la maison, étant aux petits soins pour elle. Il lui fait sa toilette, lui fait à manger, etc. Ses amis aussi viennent plus souvent la voir.

*Si les symptômes de Mme Lantier lui apportent un bénéfice primaire par la diminution du conflit psychique qui l'habite, elle en tire également un bénéfice secondaire par le surcroît d'attention dont elle est l'objet quand elle est malade.*

La personne malade a donc deux bonnes raisons de « s'accrocher » à son symptôme, et il serait vain d'essayer de l'en priver. En hospitalisation, quand ce phénomène est repéré chez un patient, il convient, parallèlement au soutien donné, de l'aider à réinvestir peu à peu d'autres espaces de la relation dans lesquels il pourra tirer bénéfice à terme.

➡ Madame Lantier est hospitalisée. Elle a tendance à reproduire dans le service les attitudes qu'elle avait à la maison, demandant à Josiane, l'aide-soignante qui s'occupe d'elle le matin, de

la laver et de « tout faire à sa place ». Au départ, Josiane répond à sa demande (et son besoin) tout en l'encourageant à participer aux activités sociothérapeutiques qui ont lieu dans le service. Mme Lantier commence par refuser, mais encouragée également par son psychiatre et par le reste de l'équipe soignante, elle finit par accepter. Peu à peu, elle noue des liens et tire des satisfactions de ce qu'elle fait, les soins relationnels reçus et son traitement antidépresseur l'accompagnant dans sa remontée thymique. Au fil des jours, Josiane diminue peu à peu l'aide qu'elle apporte à Mme Lantier, stimulant celle-ci avec une douceur ferme.

Par ailleurs, le psychiatre rencontre le mari, lui expliquant qu'il serait bon pour son épouse (et pour lui-même) qu'il dégage du temps afin de « passer des bons moments » avec elle, la maladie n'étant un obstacle de rapprochement entre les époux.



### **Conduite infirmière face au symptôme**

Il est important de ne pas chercher à débarrasser une personne de son symptôme, celui-ci représentant une protection contre un effondrement psychique. Toutefois, dans la prise en charge thérapeutique, il sera important de travailler sur deux fronts à la fois avec la personne malade :

- faire un travail de fond, par des entretiens pendant lesquels la personne va exprimer sa souffrance sous-jacente et travailler sur ce qui a provoqué la mise en place des défenses ;
- aider la personne à gérer son symptôme et les aspects limitant de celui-ci.

Par exemple, un patient toxicomane ayant des conduites agressives sera d'une part invité à exprimer son mal-être en thérapie individuelle et de groupe, et, d'autre part, l'équipe soignante opposera un cadre thérapeutique clair à ses débordements agressifs.

## La fonction d'alerte du symptôme chez l'enfant

Le symptôme exprimé par l'enfant est à la fois le signe d'une souffrance qui souvent ne peut être dite verbalement et l'expression d'une difficulté.

La consultation en pédopsychiatrie est provoquée par un symptôme existant chez l'enfant, symptôme dont les parents (plus souvent que l'enfant) espèrent la disparition. C'est donc souvent lorsque le symptôme devient dérangent ou inquiétant pour l'entourage et que ses possibilités d'y faire face sont dépassées, que le recours aux spécialistes devient nécessaire.

Dans ce cadre, la force avec laquelle se manifeste le symptôme n'est pas uniquement fonction de la gravité du trouble en lui-même, mais également fonction des capacités de tolérance de l'entourage à un moment donné. Il s'agit donc pour le soignant de considérer deux choses :

- les manifestations du trouble ;
- le contexte dans lequel il s'inscrit.

De la même manière ce n'est pas seulement le caractère bruyant du trouble qui caractérise sa gravité. Un enfant insupportable pourra être simplement inquiet de l'arrivée d'un petit frère alors qu'un enfant trop réservé et qui dort mal pourra présenter un syndrome dépressif qui, s'il perdure, risquera d'avoir des effets limitant sur son développement.

Par ailleurs, il est important de considérer le fait que chez un enfant, les symptômes sont labiles, que les signes pathologiques sont d'évolution variable. Un changement de situation environnementale et/ou une prise en charge précoce et adaptée peuvent grandement influencer sur une symptomatologie *a priori* impressionnante.



### L'infirmier face au symptôme de l'enfant

L'éradication du symptôme et sa correction ne constituent pas une fin en soi. Au contraire, si le symptôme est expression, il importe de le considérer et de le replacer dans la dynamique de vie de l'enfant. Bien sûr, il peut parfois être souhaitable de modifier l'expression de ce symptôme ou d'en réduire l'acuité afin d'apaiser la situation, avant de prendre en compte la dynamique familiale.

Globalement, l'intention soignante sera d'accompagner l'enfant vers un développement, une maturation et de soutenir voire de guider la famille dans ce sens.

### Points clés à retenir

- ▶ Pour la psychanalyse, le symptôme représente une tentative de guérison. C'est un compromis entre le désir et la défense.
- ▶ Quand les défenses restent mobilisées de manière prolongée, l'économie psychique du sujet se fige et le mécanisme de défense devient un symptôme. Le symptôme représente alors le dernier rempart contre la désorganisation psychique.
- ▶ La personne tire des bénéfices primaires et secondaires de son symptôme. Les bénéfices primaires correspondent à la décharge pulsionnelle occasionnée par la mise en place du symptôme en lui-même. Les bénéfices secondaires correspondent à l'attention déployée autour de la personne à cause de sa maladie.

► Chez l'enfant, le symptôme est le signe d'une difficulté et d'une souffrance psychique qui n'arrivent pas à être verbalisées. Il a une fonction d'alerte. Ses symptômes sont labiles et d'évolution variable. Un changement de situation environnementale et/ou une prise en charge précoce et adaptée peuvent grandement influencer sur une symptomatologie *a priori* impressionnante.

► L'infirmier doit toujours tenir compte de deux éléments : le type de symptôme qu'un enfant présente et le contexte dans lequel celui-ci s'inscrit.

## La Sémiologie Psychiatrique

Les signes cliniques exprimés par une personne viennent caractériser sa symptomatologie. La sémiologie psychiatrique est donc l'étude des signes et des symptômes observables chez les personnes atteintes de troubles psychiques. On appelle signe ce qui est repéré par l'observateur (infirmier, médecin, etc.), et le symptôme, même s'il est également observable, correspond plus spécifiquement à ce que décrit la personne quand elle parle de son trouble. Quand un ensemble de signes et de symptômes est associé de façon significative, on parle alors de syndrome (exemple : le syndrome dépressif).

L'expression sémiologique est importante car elle vient caractériser une symptomatologie. Tout comme les autres fonctions de l'organisme, la finalité du psychisme est de contribuer à l'adaptation adéquate d'une personne à son environnement. Pour y arriver, il va utiliser deux éléments :

- **des données fournies par les organes des sens** qui vont le renseigner à la fois sur son environnement extérieur (perceptions visuelles, auditives, reconnaissance des formes, etc.) et son état intérieur (émotions, douleurs, sentiments, appréhension des besoins personnels, pensées, etc.) ;
- **des réponses motrices réflexes et instinctives** qui, prenant appui sur les données sensorielles, vont s'exprimer sous forme de conduites, de comportements sociaux, de stratégies comportementales, etc. Il est à noter que dès qu'elles s'expriment, ces réponses motrices font elles-mêmes l'objet d'une perception chez la personne.

L'ensemble de ces mécanismes donne lieu à la description de multiples fonctions et facultés : la perception, la vigilance, l'attention, la mémoire, l'humeur, le jugement, etc. Le dérèglement de ces différentes facultés va pouvoir être assimilé à divers troubles psychiques : la paranoïa correspond à un trouble du jugement, la dépression à un trouble de l'humeur, l'anorexie à un trouble des conduites instinctives (ou instinctuelles), etc.

La connaissance du vocabulaire sémiologique est importante pour l'infirmier à divers titres : elle lui permet de comprendre les observations médicales et lui-même va utiliser quotidiennement ce vocabulaire au cours de ses échanges professionnels ainsi que dans ses écrits dans les dossiers de soin des patients.

La sémiologie peut être classifiée en différentes catégories :

- les troubles de la présentation et du contact ;
- les troubles des fonctions intellectuelles supérieures ;
- les troubles du fonctionnement de la pensée ;
- les troubles de la conscience de soi et de l'environnement ;
- les troubles des perceptions ;
- les troubles psychomoteurs ;
- les troubles de l'état émotionnel ;
- les troubles des conduites instinctuelles ;
- les troubles des conduites sociales.

## Les troubles de la présentation et du contact

Lors d'un premier contact avec une personne, la première chose que l'on observe est sa présentation générale, sa tenue vestimentaire et son apparence physique, ainsi que sa manière d'entrer en contact avec les autres. Ces éléments sont importants à noter car ils sont susceptibles de donner d'emblée des indications sur l'état psychique et émotionnel d'une personne.

### La présentation générale

La manière dont la personne effectue ses soins personnels peut être significative de certains troubles psychiques. Dans les états dépressifs, la personne pourra avoir tendance à négliger ses soins personnels, ceci pouvant aller jusqu'à **l'incurie** qui se manifeste par un manque total de soins personnels et d'hygiène avec une indifférence aux conséquences de ce comportement. L'incurie peut également venir signer des troubles psychotiques ou un état démentiel. **La tenue vestimentaire** peut également donner des indications sur l'état psychique d'une personne. Ainsi, une tenue débraillée ou loufoque pourra signer un état maniaque et une tenue étrange respectant peu les codes vestimentaires avec un certain laisser-aller (taches sur les vêtements, pan de chemise sorti du pantalon, etc.) peut indiquer un état schizophrénique, etc.

### Les mimiques

La personne peut présenter une **hypermimie**, c'est-à-dire une exagération des mimiques (exemples : l'euphorie dans l'état maniaque ou le théâtralisme, dans l'hystérie), une **hypomimie** avec une diminution notable des mimiques par rapport à la normale, une **amimie** c'est-à-dire une absence totale de mimiques. L'hypomimie et l'amimie peuvent être observées au cours des états dépressifs, des états mélancoliques (la mimique est alors douloureuse et figée), ou dans les états schizophréniques. Dans l'**échomimie**, la personne a tendance à reproduire en miroir les mimiques de son vis-à-vis (retard mental, simulation, hystérie, schizophrénie). Enfin, dans la **paramimie**, la personne a des mimiques en discordance avec ses affects (schizophrénie).

### Le contact

La personne peut manifester une **réticence dans le contact**. Celle-ci est toujours à noter car, au-delà de la réticence normale à se livrer lors d'une première rencontre, le refus ou l'évitement du contact peut masquer un délire sous-jacent (trouble psychotique) ou encore signer un état dépressif grave avec risque suicidaire. Au contraire, une **familiarité** excessive peut signer un état maniaque ou une névrose hystérique. La **bizarrie** ou la **froideur** peuvent indiquer une schizophrénie. Le **ludisme** (calembours inappropriés, moqueries envers le personnel ou les autres patients, relation de jeu permanente) se retrouve dans les états maniaques. La **glyschroïdie** est l'état d'une personnalité qualifiée d'« adhésive », la personne « collant » littéralement au soignant.

➡ Bernard est schizophrène et il vit dans un studio en ville. Il est suivi par les infirmiers de secteur et son état est relativement stable. Chaque jour, il va au bureau de tabac pour acheter deux paquets de cigarettes et son comportement bizarre inquiète assez la clientèle. Pendant tout le temps où il doit faire la queue, il regarde les gens en tournant la tête de façon brusque et il les interpelle en prononçant des onomatopées sonores, le regard exorbité.

## Les troubles des fonctions intellectuelles supérieures

Les fonctions intellectuelles supérieures recouvrent la vigilance, l'attention, la mémoire, le langage et les gnosies. Chacune de ces fonctions peut présenter des altérations. En dehors des atteintes organiques cérébrales (démence, retard mental ou confusion mentale non psychogène) qu'il sera important de repérer, l'altération de ces fonctions signe de nombreux troubles psychopathologiques (dépression, troubles anxieux, états psychotiques, etc.).

### Les troubles de la vigilance

La vigilance traduit un état de présence au monde et résulte de l'activation de structures spécialisées du tronc cérébral. La vigilance d'une personne est évaluée selon ses capacités répondre aux stimuli, ainsi que son aptitude à soutenir un entretien. Il existe des niveaux croissants de déficits de la vigilance :

■ **l'hypervigilance** (ou vigilance augmentée) qui est un état de surexcitation psychique qui se rencontre de façon adaptée dans les situations de danger et de manière inadaptée dans les états anxieux, le syndrome maniaque ou dans les cas de prise de substances (caféine, amphétamines, cocaïne) ;

■ **l'hypovigilance** est une diminution de la vigilance, pathologique en dehors du sommeil. Selon le degré de la baisse de la vigilance, on distingue plusieurs stades :

– **l'obnubilation** (ou obtusion) qui se traduit par un émoussement de la conscience avec une lenteur de la pensée, difficultés de compréhension, de repérage dans le temps et l'espace, ainsi qu'une difficulté à produire un effort,

– **la confusion** qui correspond à une dissolution de la conscience avec une désorientation temporo-spatiale et des troubles mnésiques,

➡ Monsieur Wiener a 68 ans et il vient d'être hospitalisé dans un service de psychiatrie adulte car il a été retrouvé errant dans les rues de son village. Arrivé dans le service, il se montre incapable de lire une feuille sur laquelle son nom est écrit afin qu'il puisse mieux la retrouver, ce qui arrive au bout de quelques jours. Ils viennent également le chercher pour le conduire aux repas, sinon, il ne s'y rend pas. Monsieur Wiener souffre d'un syndrome démentiel, un trouble dégénératif qui provoque notamment un état de confusion avec une désorientation temporo-spatiale.

– **l'hébétude** qui se manifeste par une sidération de la pensée, de la mémoire avec un état d'indifférence à l'environnement,

– **la stupeur** est une diminution très importante de la vigilance avec arrêt des opérations mentales, arrêt de la production verbale (mutisme) et indifférence affective. La stupeur peut se retrouver dans les troubles psychotiques, dans le trouble panique ainsi que dans les états de stress post-traumatique,

– **le coma** traduit une perte totale de la conscience avec absence totale ou partielle de la réactivité aux stimulations douloureuses.

### Les troubles de l'attention

L'attention correspond à la capacité de concentrer son activité mentale sur un secteur déterminé. Il

existe deux types d'attention : **l'attention spontanée** (ou flottante) qui est la disponibilité à se fixer sur un stimulus, et **l'attention volontaire** (ou réfléchie) qui marque la capacité à se concentrer pendant un temps donné. Il existe divers niveaux de troubles de l'attention :

- **l'hypoprosexie** se manifeste par une difficulté ou une incapacité partielle ou totale (on parle alors d'aproxexie) à fixer son attention sur un sujet précis. Ce symptôme est retrouvé dans la schizophrénie et les troubles dépressifs ;
- **l'hyperprosexie** désigne un état où l'attention est augmentée (méfiance paranoïaque, attente anxieuse) ou polarisée sur un champ limité (hypocondrie, état délirant) ;
- **la distractibilité**, où l'attention ne peut se fixer que de manière transitoire au gré des sollicitations de l'environnement immédiat (état maniaque).

D'une façon générale, il est à noter que les troubles de la vigilance s'accompagnent toujours d'un trouble de l'attention.

### ● *Les troubles de la mémoire*

À côté des troubles de la mémoire d'origine neurologique transitoire (amnésie transitoire, amnésie post-confusionnelle) ou définitive (amnésie antérograde, rétrograde ou globale), il existe des altérations mnésiques d'ordre purement psychiatrique :

- **l'amnésie post-émotionnelle** survient après un stress. La personne a oublié l'événement lié à la situation de stress ;
- **l'amnésie élective** concerne uniquement l'abolition du souvenir d'un moment précis de la vie d'une personne (ou d'un événement, ou d'une personne) ;
- **l'ecmnésie** se traduit par l'émergence brutale de souvenirs anciens vécus comme une expérience actuelle (le passé est pris pour le présent) ;
- **les distorsions mnésiques** se produisent quand des éléments imaginaires ou délirants viennent infiltrer les souvenirs de la personne (dans la schizophrénie) ;
- **les paramnésies ou illusions de la mémoire**, sont des productions imaginaires plus ou moins riches, prises pour des souvenirs. Contrairement à l'ecmnésie, il ne s'agit pas de sensations ou de situations qui ont déjà été vécues. On en distingue plusieurs types :
  - **les fausses reconnaissances**, qui sont des identifications erronées de personnes ou de lieux. Le patient pense avoir déjà été en contact avec telle personne ou telle situation. Ce symptôme peut être présent dans la démence ;
  - **les fabulations**, qui sont des récits imaginaires, souvent riches de détails, pouvant se modifier selon les moments et les circonstances. Elles viennent compenser un déficit mnésique ;
- **la désorientation temporo-spatiale** est l'incapacité de se repérer par rapport au temps et à l'espace. On rencontre ces troubles dans le syndrome confusionnel, la démence et certaines formes de troubles de l'humeur.

### ● *Les troubles du langage*

Le langage est l'un des principaux vecteurs de communication et si certains troubles du langage peuvent être liés à des troubles neurologiques (comme par exemple les aphasies), d'autres sont d'ordre psychiatrique. Le langage peut être perturbé dans sa dynamique ou/et dans son contenu.

#### *Les perturbations de la dynamique du langage*

■ **La logorrhée** se traduit par un discours accéléré et prolixe (on parle aussi de diarrhée verbale) et témoigne d'une accélération des processus psychiques (tachypsychie). La logorrhée se rencontre au cours des états maniaques et hypomaniaques. Une logorrhée importante s'accompagne généralement d'une fuite des idées (le discours est tellement accéléré qu'il devient complètement décousu).

■ **Le ralentissement du discours** peut être observé dans la dépression ou dans certains cas de schizophrénie.

■ **Le mutisme** : il s'agit d'une absence de communication verbale sans cause organique à cela. La signification est variable : conversion hystérique, opposition chez un patient sous l'effet d'un délire (méfiance paranoïaque), anxiété, état dépressif, simulation, ou encore repli autistique au cours de la schizophrénie.

Il est à noter que le barrage et le fading (voir page suivante), qui sont des troubles de la pensée, peuvent également expliquer une interruption brusque du discours.

### ***Les perturbations du contenu du langage***

■ **Le lapsus** est l'utilisation involontaire d'un mot à la place d'un autre. Pour la psychanalyse, le lapsus n'a pas de signification pathologique et traduit simplement l'émergence d'un désir inconscient.

■ **L' écholalie** est la répétition en écho par le patient qui répète des mots de son interlocuteur (schizophrénie, démence).

■ **La coprolalie** est une impulsion verbale à émettre de façon brusque et indépendante de la volonté de la personne, des séries de mots à caractère grossier.

■ **Les paralogismes** correspondent à l'utilisation de mots détournés de leur sens et les **néologismes** sont des créations de mots. Ils sont fréquemment observés au cours de la schizophrénie.

■ **La glossolalie** (ou schizophasie) est un paralangage créé dans certains cas par la personne schizophrène et compréhensible de lui seul.

■ **Les stéréotypies** sont des répétitions de mots ou de phrases, de manière automatique sans signification ni relation avec le contexte (mélancolie délirante, schizophrénie).

■ **Le parasitage** se manifeste par un discours du patient émaillé de sons, mots ou phrases hors de propos.

■ **La persévération** est la répétition en boucle d'une réponse qui en fait était adaptée à une question antérieure. Cette réponse est redonnée à toutes les questions qui suivent au cours de l'entretien (démence, confusion mentale, schizophrénie).

### ***Les troubles gnosiques***

Les gnosies sont le résultat des fonctions d'intégration perceptive.

**L'anosognosie** est l'incapacité d'une personne à se reconnaître malade. Elle est caractéristique des troubles psychotiques en général.

### ***Les troubles du jugement***

Le jugement correspond à la fonction intellectuelle la plus élevée et la plus complexe. Dans le jugement, la qualité de l'activité intellectuelle dans son ensemble est appréciée sous l'angle de la raison :

■ **les carences du jugement** s'observent à chaque fois que les capacités intellectuelles sont

diminuées (confusion mentale, arriération mentale, démence) ;

■ **les distorsions du jugement** peuvent être de plusieurs sortes :

- les interprétations sont des jugements faux portés sur une perception exacte et peuvent se rencontrer dans les états délirants en général,

➡ Claudie entend des bruits de craquement durant la nuit dans sa vieille maison. Aussitôt elle pense que ce sont les esprits vengeurs qui viennent pour l'emporter dans les limbes de la nuit vers le fin fond de l'enfer. Elle s'enferme alors dans un petit cagibi et y reste toute la nuit.

- **la fausseté du jugement** qui est typique de la paranoïa où la personne développe un raisonnement rigoureux logique pour aboutir à des conclusions erronées,

➡ À chaque fois que quelqu'un le regarde dans les yeux, M. Paul est persuadé que celui-ci fait partie du complot qui vise à l'emmener dans les prisons de Guantanamo.

- **le rationalisme morbide** qui est observé dans la schizophrénie et se compose d'abstractions ordonnées de façon pseudo-logiques et floues.

## Les troubles du fonctionnement de la pensée

Les troubles de la pensée sont importants à repérer car ils sont significatifs de nombreux troubles psychiques. De façon générale, on distingue les troubles du cours de la pensée de ceux de son contenu.

### Les troubles du cours de la pensée

Dans la **tachypsychie**, la personne présente une accélération de la pensée accompagnée généralement d'une fuite des idées, c'est-à-dire un relâchement du lien associatif entre les idées. La tachypsychie est présente dans les états maniaques, ainsi que dans les intoxications par des substances psychostimulantes. Dans la **bradypsychie** au contraire, la pensée est ralentie (états dépressifs, syndrome confusionnel). Le **barrage** se manifeste par une brusque suspension du discours au cours d'une phrase, puis par une reprise de celui-ci sur le même sujet ou sur un autre. La personne est incapable d'expliquer ce qui s'est passé en elle pendant l'intervalle de temps, il y a eu un « blanc », un « vide » dans la pensée. Dans le **fading mental** la pensée s'engluie pendant quelques instants et le débit de la personne diminue puis reprend de façon progressive. Ces deux derniers symptômes sont caractéristiques de la schizophrénie.

### Les troubles du contenu de la pensée

Ces troubles sont essentiellement de deux sortes et, suivant les cas, ils signifient la présence soit de troubles psychotiques, soit de troubles névrotiques. Ainsi, les phobies et obsessions indiquent plutôt une problématique névrotique (même si elles apparaissent parfois chez les sujets psychotiques), alors que la symptomatologie délirante relève d'une problématique psychotique (même s'il peut arriver, dans certaines circonstances, qu'une personne de structure névrotique puisse faire un épisode délirant aigu isolé).

### Les phobies

La personne est envahie de crainte irraisonnée en rapport d'un objet ou d'une situation sans danger objectif. Les phobies se rencontrent dans la névrose phobique. Il est à noter que le processus phobique appartient au fonctionnement psychique normal, ne représentant alors qu'un moyen défensif pour la personne de traiter à l'extérieur d'elle-même (par exemple, la peur des vers de terre) une représentation interne qui ne peut être acceptée et traitée par la conscience (la vision fortuite du sexe du père). On ne parle de pathologie que quand le mécanisme de défense utilisé se rigidifie, se transformant en une symptomatologie qui va envahir la psyché de la personne de façon à l'handicaper dans son fonctionnement global de vie.

A l'heure actuelle, sont définis trois types de phobies :

- l'agoraphobie : peur de se retrouver dans des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper rapidement ou d'obtenir de l'aide ou encore peur de se retrouver dans des espaces découverts ou des lieux publics ;
- les phobies spécifiques : peur irraisonnée d'animaux (souris, araignées, serpents, etc.), d'objets offensifs (objets tranchants, armes à feu), phobies d'impulsion (crainte de blesser autrui avec une arme, de l'étrangler, peur de se défenestrer, de se jeter sous un train, etc.) ;
- les phobies sociales : peur du regard de l'autre, celui-ci étant perçu *a priori* comme dévalorisant (crainte de parler, de manger en public, etc.). La personne a peur de se retrouver dans certaines situations sociales ou dans des situations de performance.

### Les obsessions

L'obsession correspond à une idée ou un sentiment qui s'impose à la conscience de la personne qui les ressent comme contraignant. Malgré tous ses efforts, il lui est impossible de les chasser. Elles se rencontrent dans les troubles obsessionnels compulsifs (névrose obsessionnelle).

Les obsessions peuvent se décliner sous trois grands thèmes.

### ***Les thèmes liés à la propreté, la pureté, la protection corporelle***

- La peur de se salir.
- La peur d'être contaminé (microbes, poison, irradiation, etc.).
- La peur irrationnelle d'être atteint par une maladie grave.

Face à ces peurs, la personne va mettre en place des **conduites compulsives de protection** :

- les rites de lavages (la personne se lave sans cesse les mains, nettoie sa maison plusieurs fois par jours, etc.) ;
- la mise en place d'un « délire » du toucher (la personne évite de toucher les autres, les poignées de portes, etc.).

### ***Les thèmes liés à l'ordre, à la précision et la vérification***

Il y a chez la personne une incapacité à supporter le désordre, ou de voir bouger un objet de sa place, ne serait-ce que d'un millimètre.

Les conduites compulsives mises en place pour contrer l'angoisse pourront être :

- une manie du rangement, du classement méticuleux ;
- une manie de vérifier sans cesse (vérification sans fin qu'une porte est fermée, que le gaz est éteint, etc.).

### ***Les thèmes liés au besoin de contrôler le temps***

Ces thèmes seraient fortement liés à une angoisse de mort envahissante :

- L'incapacité à être en présence d'un instrument mesurant le temps, montre horloge, etc. ;
- L'obsession du classement des souvenirs ;
- La rédaction de listes sans fin de tâches à accomplir ;
- La ponctualité à la seconde près.

### ***Le délire***

Le mot délire vient du latin *délirare* qui signifie : « sortir du sillon ». Le délire vient donc remplacer la réalité communément admise. Délirer, signifie sortir du réel sans pouvoir s'en rendre compte, le délire faisant alors office de réalité pour la personne. Le délire correspond donc à **un trouble du contenu de la pensée** caractérisé par la permanence **d'idées déréelles** auxquelles la personne **adhère** de façon forte. Ces idées sont manifestement en désaccord avec les faits observés et les croyances habituellement partagées dans un contexte culturel donné. Ces idées ne sont pas modifiables : la personne est totalement convaincue de leur véracité, malgré la démonstration factuelle de l'inexistence de celles-ci. Les idées délirantes sont symptomatiques des psychoses, de la mélancolie, et dans certains cas, de la manie.

Le délire est caractérisé par :

- des mécanismes (le mode de production des idées délirantes) ;
- des thèmes ;

– une organisation structurale spécifique.

### **Les mécanismes du délire**

Ce sont les modes de production selon lesquels la pensée délirante s'exprime. Dans les descriptions classiques ; cinq mécanismes principaux sont décrits.

– **L' imagination.** Le délire se construit comme une histoire imaginaire dans laquelle la personne délirante joue le premier rôle. Ce sont des élaborations le plus souvent grandioses, plus ou moins vraisemblables qui ont tendance à s'enrichir avec le temps. Ce type de délire a souvent trait à des thèmes grandioses et extraordinaires (paraphrénie).

➡ Exemple : « Je suis le fils du roi d'Espagne », « j'ai été enlevé par des extraterrestres », etc.

– **L' interprétation.** La pensée de la personne est distordue, celle-ci interprétant de façon erronée un fait réel. Elle a l'impression d'être persécutée (paranoïa).

➡ Exemple : « Le regard que vous m'avez lancé tout à l'heure signifiait que vous vouliez ma mort.

– **L' intuition.** La personne admet de façon immédiate et intuitive une idée fausse comme étant réelle, sans vérification ou tentative de justification logique.

➡ Exemple : « Je suis le Christ revenu parmi les hommes, je le sais, c'est un fait. »

– **L' illusion.** C'est la perception réelle mais dénaturée et déformée par le sujet qui perçoit, celui-ci ne reconnaissant à aucun moment qu'il s'agit d'une erreur.

➡ Exemple : la personne entend des cloches sonner sur quatre tons et croit en fait entendre à la place des sons émis : « Tu – vas – mou – rir ».

– **Les hallucinations.** Il s'agit d'une perception sans qu'il y ait quoi que ce soit à percevoir. Il existe divers types d'hallucinations :

Les hallucinations psychosensorielles mettent en jeu les cinq sens ;

– *les hallucinations auditives* sont les plus fréquentes. Il peut s'agir de simples sons, ou encore d'une ou plusieurs voix. Celles-ci peuvent commenter les actes ou les pensées de la personne délirante,

– *les hallucinations visuelles* sont plus rares. Certaines sont assez typiques, comme la vision d'animaux effrayants,

– les hallucinations olfactives ou gustatives sont encore plus rares,

– *les hallucinations tactiles* peuvent se manifester sous forme de fourmillements, de sensations de froid, de chaud, de piqûre, etc.,

– *les hallucinations cénesthésiques* concernent la sensibilité proprioceptive (perception interne) de

la personne .

**Les hallucinations psychiques** sont des perceptions dépourvues de spatialité et de temporalité. Difficiles à distinguer de l'activité mentale de la personne, elles sont composées d'idées, de perceptions et de comportements qu'elle ressent comme imposés. Il est fréquent qu'elle les explique par des phénomènes de télépathie ou de transmission de pensée :

– *dans le délire d'influence*, la personne a l'impression d'être dirigée de l'extérieur (par les ondes, la télévision, un gourou immatériel, etc.),

– *dans l'automatisme mental*, la personne a l'impression qu'elle n'est plus maîtresse de ses pensées. Elle entend un écho de la pensée, de la lecture, de l'écriture ou encore un écho des intentions ou des gestes qui sont commentés. La personne a la conviction délirante qu'une force extérieure et étrangère agit en elle et contrôle sa vie psychique, ses actes, ses pensées et ses perceptions. L'automatisme mental est l'un des symptômes caractéristiques de la psychose hallucinatoire chronique.

### **Les thèmes du délire**

Ils concernent le contenu du délire. Ceux qui sont les plus fréquemment rencontrés sont :

– **le délire de persécution.** La personne a la conviction absolue qu'on a l'intention de lui nuire. Les formes de persécution perçues peuvent être multiples : surveillance, menaces, calomnies, espionnage, tentative d'empoisonnement, etc. (typique de la paranoïa) ;

– **le délire de revendication.** C'est un thème proche du précédent, avec cette fois la conviction d'avoir subi un préjudice avéré. La personne entreprend de nombreuses démarches administratives et judiciaires afin d'obtenir réparation. (paranoïa) ;

– **le délire mégalomane.** Ou encore délire de grandeur. Il s'agit d'une surestimation de soi qui n'est pas conforme à la réalité. La personne élabore des projets pharaoniques, des dépenses démesurées, se lance dans des entreprises grandioses ;

➡ Dès son arrivée dans le service de soins psychiatriques où il est hospitalisé, Monsieur Charbonnier précise aux membres du personnel soignant qu'il est le Ministre de la Santé et qu'ils ont intérêt à bien s'occuper de lui. Chaque jour il renvoie des infirmiers ou des aides-soignants parce qu'ils ne font pas ce qu'il leur ordonne, qu'il repère « des manquements graves au code de la santé publique », etc. Il se met dans une colère noire quand il les voit malgré tout revenir travailler le lendemain. Il écrit presque chaque jour au Président de la République pour lui signaler la situation.

– **le délire mystique.** Le thème du délire est basé sur les Ecritures Saintes, la parole divine. La personne se sent investie d'une mission ésotérique ou messianique à accomplir ;

– **le délire hypochondriaque.** Il s'agit de préoccupations corporelles centrées sur la maladie n'ayant aucun fondement réel : transformation corporelle, mort d'un organe, intestin infecté, cœur gelé, possession par un organisme étranger, etc. (mélancolie) ;

– **le délire de référence.** La personne pense être le centre du monde. Toutes les paroles et les attitudes des personnes qui l'entourent sont interprétées comme porteuses d'une intention à son égard ;

– **le délire érotomane.** C'est « l'a conviction délirante d'être aimé ». La personne est persuadée

d'être aimée par un personnage jouissant la plupart du temps d'un prestige social (médecin, acteur, etc). La personne passe par trois phases : la phase d'espoir et d'attente avec la mise en place d'une forme de harcèlement de la personne aimée (coups de téléphones, visites, cadeaux, lettres), la phase de dépit quand elle se fait éconduire puis la phase de rancune, pendant laquelle il y a un risque majeur de passage à l'acte agressif, voire de meurtre ;

– **le délire d'influence**. La personne a l'impression d'être agie et commandée par une force extérieure qui a un pouvoir sur elle.

Certaines pathologies ont des thèmes de prédilection (la persécution pour la paranoïa, par exemple). Quand les thèmes sont multiples, la personne passant de l'un à l'autre, on parle de **délire polymorphe** (schizophrénie).

### ***Les caractéristiques structurales du délire***

Le délire peut être structuré de différentes manières.

#### ***Le degré de systématisation du délire***

Certains délires sont systématisés, c'est-à-dire qu'ils partent d'une conviction délirante et se développent ensuite de façon ordonnée et cohérente. Les propos de la personne sont logiques et ils peuvent parfois rencontrer l'adhésion d'autrui (paranoïa).

Lorsqu'un délire n'est pas systématisé, on dit alors qu'il est polymorphe (schizophrénie). Il y a alors un enchevêtrement de thèmes multiples qui coexistent sans enchaînement logique. Les propos sont alors incompréhensibles et les réactions de la personne sont imprévisibles.

#### ***Le degré d'extension du délire***

Le délire peut ne concerner qu'un secteur de la vie de la personne (par exemple le milieu professionnel), la personne étant totalement cohérente dans les autres domaines. On parlera alors *d'extension en secteur*. C'est le cas du délire paranoïaque ou de la paraphrénie.

Le délire peut aussi s'étendre à l'ensemble de la vie psychique du sujet, touchant tous ses secteurs de vie. On parlera alors *d'extension en réseau*. C'est le cas du délire du patient schizophrène.

#### ***Le degré d'adhésion à son délire***

La conviction de la personne en ce qui concerne ses idées délirantes doit être évaluée. Plus elle est affirmée et investie affectivement, plus le trouble est avéré. Le fait que la personne devienne capable de remettre en cause ses idées délirantes (critique du délire) signifie que l'état délirant est en voie de régression.

### ***L'ancienneté du délire***

On peut différencier deux types de délires – aigus ou chroniques – suivant leur ancienneté dans le temps

#### ***Le délire aigu (ou états psychotiques aigus)***

Pour qu'un délire soit caractérisé d'aigu, il faut qu'il soit :

– à début brutal, la plupart du temps. Il y a souvent émergence d'anxiété, d'asthénie, de tristesse et de comportements insolites dans les jours qui précèdent l'éclosion du délire ;

– d'une durée brève (moins de 6 mois).

Ce type de trouble correspond à la bouffée délirante aiguë, la psychose puerpérale, les états maniaques délirants, les états mélancoliques délirants, les pharmacopsychoses induites par des substances (cannabis, LSD, cocaïne, amphétamines), les états de décompensation aiguë de psychose

chronique (schizophrénie), certaines pathologies organiques (neurologiques) ou encore la confusion mentale.

### ***Le délire chronique***

Un délire est considéré comme chronique quand il est persistant et qu'il dure plus de 6 mois. Dans la classification classique, il signe des pathologies telles que la schizophrénie, la psychose paranoïaque, la psychose hallucinatoire chronique ou la paraphrénie.



## **Conduite à tenir face au délire**

De façon générale, plus le délire d'une personne est important, moins on discute avec elle, car cela risque d'augmenter celui-ci, ou elle risque de nous y « incorporer ». Les contacts verbaux sont donc courts, centré le plus possible sur le réel.



## *L'infirmier face au délire schizophrène*

Le délire schizophrène est polymorphe (enchevêtrement de thèmes multiples), avec une extension en réseau (qui envahit l'ensemble de la vie psychique) et la personne y adhère totalement. Il n'est donc pas simple de communiquer avec une personne qui en souffre, car ce type de délire est très déroutant. Les perceptions déréelles de la personne sont très réelles pour elle et elle les projette sur l'infirmier en permanence. Face au délire, l'infirmier doit :

- **resituer la personne dans la réalité avec tact :**

- Marjorie dit d'un air angoissé à Pedro qui lui tend son traitement : « Vous avez mis mes bébés dans vos gélules ! Vous êtes un assassin ! »

- Pedro répond avec calme : « Ces gélules contiennent des médicaments, elles sont prescrites par le médecin, Marjorie. Ce sont les mêmes que celles que vous prenez tous les jours »,

- Marjorie le regarde d'un air dubitatif : « Vous êtes sûr ? »

- Pedro, toujours calme : « Tout à fait sûr, Marjorie, prenez vos médicaments maintenant, s'il vous plaît ».

- **reformuler éventuellement l'émotion** de la personne car là on peut communiquer avec elle sur quelque chose de réel qui peut être partagé : (« Vous avez l'air triste – fâché – en colère, etc. »)

**Si le délire s'accompagne d'angoisse et d'agitation**, pour aider la personne à les diminuer, l'infirmier pourra selon les cas (et là, la connaissance de ce que la personne tolère et de ce qui « marche » avec elle est importante) :

- **lui proposer de prendre un bain et rester avec elle** (lui masser la tête lors d'un shampoing pour la ramener à des sensations de réel, évoquer les parties du corps dans leur ensemble au fur et à mesure qu'elles sont lavées pour la situer dans un schéma corporel unifié) ;

- lui proposer de sortir se promener et l'accompagner (quand il n'y a pas de risque de fugue avéré et que cela la calme d'habitude) pour une évacuation des tensions psychiques par un agir ;

- **lui proposer de s'allonger sur son lit et toucher de façon calme et contenante tous les contours de son corps en les nommant** : « Je touche la tête de Marjorie, je touche les épaule de Marjorie, je touche les bras de Marjorie, etc » (là également la connaissance de la personne et de ce qu'elle tolère au niveau du contact est importante.) ;

***À ne pas faire absolument :***

- reformuler le délire, ce qui risquerait de l'augmenter, avec une majoration notable de l'angoisse ;
- toucher une personne schizophrène qui ne supporte pas le contact (risque de majoration de l'angoisse).

## *L'infirmier face au délire paranoïaque*

Les convictions délirantes de la personne paranoïaque partent d'un fait réel (regard, geste, information, etc) que la personne interprète de façon fautive et elles se développent ensuite de façon ordonnée et cohérente (délire systématisé) avec une adhésion totale de la personne. La méfiance et la rigidité de caractère majorent la difficulté de la relation avec elle. En fait, communiquer avec une personne souffrant d'un délire paranoïaque est l'une des choses les plus difficiles à réaliser pour l'infirmier, car bien souvent elle va l'intégrer dans son délire et lui faire jouer le rôle de persécuteur.

- Étant donné la méfiance de la personne et ses capacités de perception intuitives de l'autre, il s'agira pour l'infirmier **d'être le plus congruent possible** (authenticité) avec elle : « Oui, je suis énervé. Voilà plusieurs matins que je vous aide à vous préparer et vous me faites sans cesse des procès d'intention alors que je ne souhaite que faire mon travail, c'est-à-dire vous aider ! »
- Il est recommandé à l'infirmier **d'expliquer tous ses comportements propices à l'interprétation sans attendre** : « Si j'ai pointé le doigt dans votre direction tout à l'heure, ce n'était pas dirigé intentionnellement vers vous car j'étais en train de montrer à une personne la direction à prendre pour aller à l'administration. C'est un hasard si vous étiez sur la trajectoire » ; « Si je suis en retard à notre rendezvous, c'est parce que j'ai été retenu au téléphone, je suis désolé de vous avoir fait attendre ». Cela va éviter le développement d'interprétations supplémentaires.
- **Ménager la susceptibilité** de la personne (qui est immense).
- **La ramener à la réalité des choses sans s'opposer à elle de façon rigide**, ce qui est extrêmement difficile et délicat. Les tentatives de communication avec elle sont souvent vouées à l'échec.

## Conduites à éviter absolument :

- renoncer à expliciter les malentendus : la personne paranoïaque peut s'appuyer sur le moindre détail (retard dans un rendez-vous, regard appuyé machinal) pour enclencher sa dynamique délirante ;
- la critiquer en tant que personne. Quand il y a quelque chose à dire, toujours le situer dans le registre du comportement de la personne (utiliser l'expression : « Votre comportement est inacceptable » et non : « Vous êtes insupportable ») ;
- s'opposer à la personne de façon rigide (augmentation du rapport de force), la difficulté étant cependant que l'infirmier se trouve souvent dans un rapport de force avec elle du fait de certaines choses qu'elle refuse (des soins, son hospitalisation, etc.).

Tableau 5.1. Résumé des caractéristiques générales des syndromes délirants

État pathologique	Durée	Type de mécanisme	Type de thématique	Type d'organisation	Participation thymique	Adhésion	Signes associés
Bouffée délirante aiguë	Délire aigu < 6 mois	Ils peuvent être multiples : <ul style="list-style-type: none"> <li>• hallucinatoire</li> <li>• interprétatif</li> <li>• intuitif</li> <li>imaginatif</li> </ul>	Polymorphe	Délire non systématisé	Intense avec une grande labilité de l'humeur	Totale	Début brutal chez un jeune adulte n'ayant <i>a priori</i> pas d'antécédents psychiatriques
État maniaque délirant	Délire aigu < 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imaginatif</li> <li>• Intuitif</li> </ul> Et dans de rares cas hallucinatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mégalomane avec sentiment de toute-puissance</li> <li>• Sexuelle</li> <li>• Filiation</li> <li>fabuleuse</li> <li>• Messianique</li> </ul>	Délire systématisé	Congruent à l'humeur	Totale	Syndrome aniaque
Mélancolie délirante	Délire aigu pouvant s'installer dans le temps	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hallucinatoire</li> <li>• Interprétatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Honte</li> <li>• Indignité</li> <li>• Culpabilité</li> <li>• Incurabilité</li> <li>• Ruine</li> </ul>	Délire systématisé	Congruent à l'humeur	Totale	Syndrome dépressif majeur
États schizophréniques	Délire chronique > 6 mois	Tous sont possibles mais certains sont plus fréquents : <ul style="list-style-type: none"> <li>• hallucinations psychiques (= automatisme mental)</li> <li>• hallucinations psychosensorielles</li> </ul>	<b>Polymorphe</b> Certains thèmes sont plus fréquents : <ul style="list-style-type: none"> <li>• dépersonnalisation</li> <li>• étrangeté au monde (déréalisation)</li> <li>• syndrome d'influence</li> <li>• persécution</li> </ul>	Délire non systématisé	Si la participation thymique est variable selon les cas, elle est habituellement importante dans les phases de	Totale, avec cependant une possibilité de critique au fur et à mesure que la personne est traitée pour ses troubles délirants	Syndrome dissociatif Repli autistique

		(acoustici- verbales)	Mégalomanie, mystique, hypocondriaque, etc.		délire aigu		
Psychose paranoïaque	Délire chronique > à 6 mois	• Interprétatif • Intuitif (moins souvent)	• Persécution • Mégalomanie • Erotomanie • Revendication • Filiation • Jalousie	Très systématisé	Très importante Risque majeur de passage à l'acte hétéro- agressif envers le persécuté désigné, voire auto-agressif dans certains cas	Massive et sans possibilité de remise en question	Il s'agit en principe d'adultes ayant plus de 35 ans
Psychose hallucinoïde chronique	Délire chronique > à 6 mois	• Hallucinoïde • Interprétatif • Intuitif • Automatismes mentaux	• Persécution • Mystique • Délire d'influence	Systématisé	Variable suivant les cas	Totale	Il s'agit en principe d'adultes ayant plus de 35 ans
Paraphrénies	Délire chronique > à 6 mois	Imagination	• Fantastique • Cosmique • Messianique	• Variable Inconstante	Variable suivant les cas	Très importante	Il s'agit en principe d'adultes ayant plus de 35 ans

## *Les troubles de la conscience de soi et de l'environnement*

---

Dans les troubles de la conscience de soi, la personne est atteinte dans son sentiment d'identité. La plupart du temps, ces troubles sont caractéristiques des états psychotiques :

- **la dépersonnalisation** est le sentiment très angoissant de n'être plus soi-même. La personne peut avoir l'impression de perdre son identité corporelle ou psychique. Les sentiments de dépersonnalisation se retrouvent dans les états d'anxiété aiguë, dans les états limites ou dans le cas de prise de substances hallucinogènes. Dans la schizophrénie, le sentiment de dépersonnalisation peut être très important et il est souvent accompagné d'une impression de morcellement du moi ;
- **la déréalisation** correspond à une impression d'étrangeté ainsi qu'une perte de familiarité avec l'ambiance. La personne a une perception correcte de la réalité mais elle a un éprouvé inhabituel et étrange (attaque de panique) ;
- **les états crépusculaires** ressemblent aux états confusionnels avec cependant une persistance de la capacité à avoir une activité cohérente ;
- **les états seconds** sont souvent rencontrés chez les patients hystériques qui effectuent de façon inattendue des actes en contradiction avec leur personnalité habituelle ;
- **les états oniriques** sont des états de rêve dans lesquels la personne conserve une certaine conscience de la réalité qui l'entoure.

## Les troubles des perceptions

Les troubles des perceptions ont un intérêt sémiologique majeur en psychiatrie, car ils peuvent être significatifs, la plupart du temps, de troubles psychotiques.

### Les troubles de la perception quantitative de l'environnement

Les activités perceptives peuvent être très atteintes chez les patients souffrant de troubles de l'humeur :

- **l'hypoesthésie** est l'état dans lequel la personne s'intéresse moins à son environnement et a l'impression de moins le ressentir. Elle est significative des états dépressifs et on la retrouve également dans certains cas de schizophrénie ;
- **l'hyperesthésie** est l'état de perception accrue de l'environnement. Elle se rencontre dans les états maniaques, dans les états anxieux (avec une réactivité accrue aux stimuli extérieurs) ainsi que dans la prise de certains toxiques.

### Les fausses perceptions

Elles comprennent essentiellement les hallucinations et les illusions :

- **les hallucinations** sont « des perceptions sans objet à percevoir ». Elles peuvent être psychosensorielles (c'est-à-dire ressenties à travers les sens comme une perception normale et venant de l'extérieur de soi), ou psychiques (c'est-à-dire avec des représentations idéiques ou des images mentales). Elles sont très présentes dans les états psychotiques (schizophrénie, psychose hallucinatoire chronique, bouffée délirante aiguë) ;
- **les illusions** naissent de la déformation d'un objet réel. Elles peuvent être présentes dans la névrose hystérique, dans les états confusionnels ou après la prise de substances hallucinogènes.

### Les troubles du vécu corporel

Les troubles du vécu corporel sont nombreux. On distingue :

- **les hallucinations cénesthésiques** (ou corporelles) qui concernent un organe ou tout le corps avec sentiment de modification corporelle, voire de dématérialisation, de possession, de métamorphose en animal, etc. ;
- **la dysmorphophobie** qui concerne l'apparence corporelle. Le patient est convaincu de souffrir d'une disgrâce corporelle qui lui apparaît comme un obstacle infranchissable à une existence normale. La partie corporelle concernée est variable (organes sexuels, seins, nez, etc.). Il peut s'agir d'un trouble isolé de l'adolescence, d'un symptôme signant une entrée dans la schizophrénie ;
- **l'hypocondrie** est un souci exagéré à propos de l'état de santé corporelle. Elle donne lieu à des préoccupations anxieuses et obsédantes et peut prendre un tour délirant.

➡ Marianne est persuadée d'avoir un gros nez qui la défigure. Elle n'ose pas se montrer en public et ne sort que « masquée » par une écharpe, hiver comme été. Son entourage a beau lui dire que son nez est normal, elle ne l'entend pas. Elle aura recours à la chirurgie esthétique mais suite à l'opération, elle restera persuadée que son nez reste encore trop gros et qu'il n'a pas été assez réduit. Devant son insistance à se faire réopérer alors que l'opération lui a laissé un nez de petite taille, le chirurgien esthétique l'adresse à un psychiatre. Marianne souffre de dysmorphophobie.

Les troubles psychomoteurs, hormis les anomalies qui résultent d'un problème de développement de la motricité, peuvent traduire des processus psychopathologiques sous-jacents. L'agitation motrice est l'expression d'une pression psychique interne. L'agitation est alors une tentative de réduire la tension interne. L'état d'agitation motrice peut être défini selon trois niveaux d'intensité croissante :

■ **l'hyperactivité**, dans laquelle le comportement reste coordonné et efficace. On la retrouve dans certains troubles anxieux où elle joue le rôle de mécanisme de défense ;

■ **l'état d'agitation** proprement dit, dans lequel le comportement de la personne va devenir dispersé et inefficace sans qu'elle puisse y faire quoi que ce soit ;

■ **la fureur** dans laquelle la personne perd tout contrôle sur elle-même. Les manifestations cliniques de l'agitation peuvent être motrices (déambulation, mouvements brutaux et incoordonnés, manifestations d'agressivité) et/ou verbales (voix forte, hurlements, parole précipitée). Ces divers états peuvent être brefs et réactionnels (à un choc, une frustration). Quand ils sont durables, ils s'intègrent à un tableau plus complexe : état maniaque, troubles caractériels, troubles psychopathiques, état délirant, confusion mentale, démence.

■ **Les compulsions** sont des actes inutiles ou absurdes, très ritualisés, que la personne est incapable de s'empêcher d'accomplir, alors même qu'elle perçoit leur caractère absurde. La compulsion est un symptôme qui a pour rôle d'aider la personne à lutter contre son angoisse. Les compulsions peuvent être très variées : vérifications diverses, lavage de main, rangements compulsifs, etc. À partir d'un certain degré d'envahissement, on sera en présence d'un trouble obsessionnel compulsif. Il est à noter que les compulsions peuvent également exister dans certains états psychotiques, mais ils perdent alors tout caractère anxieux.

■ **L'impulsion** correspond au besoin impérieux et irrésistible à la réalisation d'un acte délictueux, absurde ou agressif. Les impulsions peuvent être dirigées contre des choses (kleptomanie, pyromanie) ou contre des personnes (agression, homicide). Contrairement à ce qui se passe dans les compulsions, il n'y a pas de lutte anxieuse chez la personne. On peut rencontrer des impulsions dans un grand nombre de troubles psychopathologiques, mais elles sont particulièrement fréquentes chez les personnes ayant une personnalité antisociale. Certains troubles de l'impulsion sont également classés dans les troubles des conduites sociales :

– **la fugue** est un comportement inhabituel et imprévu de fuite du lieu habituel de résidence. On distingue les fugues symptômes d'une pathologie psychiatrique telles la confusion mentale, la démence ou la schizophrénie (on parle alors de voyage pathologique), de la fugue impulsive à caractère passager (fugue d'adolescent) ;

➡ Jean-Claude souffre de schizophrénie. Il vit dans un appartement protégé en compagnie de trois autres patients atteints du même trouble que lui. Un matin, il a une recrudescence d'angoisse et sans même enfiler un manteau ni manger de petit-déjeuner, il sort de l'appartement, se rend à la gare et prend le train pour une destination lointaine. Il n'a aucun but défini. Quand le contrôleur viendra lui demander son titre de transport, l'attitude bizarre de Jean-Claude (refus de répondre, monologue incompréhensible, regards anxieux) l'alertera. Au prochain arrêt du train, Jean-Claude sera conduit au poste de contrôle de la gare et une équipe médicale le prendra en charge, constatant le voyage pathologique.

- **la pyromanie** correspond à une impulsion à allumer des incendies (troubles psychopathiques, troubles caractériels, schizophrénie, paranoïa) ;
- **la kleptomanie** correspond à une impulsion à voler sans nécessité économique ni recherche de l'utilité de la chose volée ;
- **le raptus** est une impulsion brusque entraînant un passage à l'acte immédiat en général violent (raptus agressif, raptus suicidaire).
- **Les parakinésies** sont des mouvements anormaux, répétitifs, stéréotypés, qui se surajoutent à l'activité motrice normale qu'ils viennent parasiter. Lorsque ces mouvements sont répétitifs, on parle de **stéréotypies**. On les rencontre dans la schizophrénie, les psychoses infantiles, et dans certaines démences.
- **Les tics** sont des mouvements anormaux, brusques, brefs et involontaires qui ne concernent généralement que quelques groupes musculaires synergiques, le plus souvent au niveau du visage (clignement des yeux, tics de bouche). Des tics transitoires peuvent être observés au cours du développement normal de l'enfant.
- **La stupeur** (ou état stuporeux) correspond à la suspension de toute activité motrice. Sous un calme apparent, l'activité psychique sous-jacente peut être intense, rendant possible un passage à l'acte. L'état stuporeux peut être observé consécutivement à un traumatisme psychique, dans la mélancolie (on parle alors de mélancolie stuporeuse), dans certains états schizophréniques, ou dans le syndrome confusionnel.
- **Le ralentissement psychomoteur (ou bradykinésie)** correspond à un ralentissement de l'activité motrice observé principalement dans les états dépressifs.
- **L' apragmatisme** est une incapacité à mener jusqu'au bout des actes coordonnés adaptés aux besoins. Ce symptôme accompagne souvent le ralentissement psychomoteur et est très fréquent dans la schizophrénie.

➡ Quand Josiane, l'aide-soignante qui s'occupe d'Amélie, lui demande de se coiffer, après l'avoir accompagnée à la toilette, celle-ci attrape alors sa brosse et commence à la passer dans sa chevelure emmêlée de façon énergique sans même enlever l'élastique qui tient encore ensemble une partie des cheveux. Josiane l'arrête alors dans son mouvement et la guide étape par étape.

- **L'asthénie** (ou difficulté à l'effort) se traduit par une diminution du dynamisme psychomoteur, avec une impression subjective de fatigue, des difficultés de concentration, et un manque d'initiative et d'entrain. Présente dans les états dépressifs, l'asthénie est, selon la psychanalyse, la traduction d'une tension liée à une conflictualité interne.
- **L'aboulie** : diminution de la volonté entraînant indécision et impuissance à agir. L'aboulie est présente dans la dépression.
- **Le syndrome catatonique**. Il associe deux états, qui sont en général alternants :
  - le négativisme moteur qui correspond à une immobilité avec une amimie (absence de mimiques), un mutisme ainsi qu'un refus actif de toute tentative de mobilisation ;
  - la catalepsie qui correspond à une rigidité musculaire (dite « plastique »), associant l'absence de toute initiative motrice à une passivité totale et un maintien des attitudes (quand on élève le

bras d'un patient, il maintient indéfiniment cette attitude au mépris de toute fatigue musculaire). La catalepsie peut se trouver dans certains cas de schizophrénie, de confusion mentale ou d'hystérie.

Il est à noter que de brusques passages à l'acte sont possibles, en dépit de l'immobilité apparente.

■ **Les tremblements** sont des mouvements rythmiques et oscillatoires qui touchent essentiellement les extrémités. On distingue le tremblement physiologique peu marqué, accru par l'émotion et le stress, du tremblement dit essentiel (sans cause connue et ayant tendance à s'accroître avec l'âge), ainsi que du tremblement symptomatique d'une autre affection telle qu'un dysfonctionnement de la thyroïde, une maladie de Parkinson, ou en rapport avec la prise d'un traitement médicamenteux psychotrope. Dans la maladie alcoolique, des tremblements apparaissent durant les temps de sevrage.

■ **Les dystonies** correspondent à des troubles du tonus musculaire perturbant le mouvement volontaire ou la posture. Elles peuvent être spectaculaires et douloureuses. Elles peuvent apparaître suite à la prise d'un traitement neuroleptique.

L'émotion correspond à un ressenti interne et subjectif face à une situation donnée. Elle comprend l'ensemble des phénomènes affectifs et elle se compose d'un versant psychique et d'un versant somatique, celui-ci étant essentiellement végétatif. L'humeur, ou thymie, est la disposition affective de base amenant un éprouvé agréable ou désagréable qui oscille entre les pôles du plaisir et de la douleur. On retrouve des troubles émotionnels dans la quasi-totalité des troubles psychiques :

■ **les dysthymies** sont des altérations de l'humeur. Celle-ci peut être orientée sur le versant de la tristesse, on parle alors d'humeur dépressive, ou sur le versant de l'exaltation euphorique, caractéristique des états maniaques et hypomaniaques :

– dans l'humeur dépressive, par un phénomène de distorsion cognitive, la personne a un ressenti négatif en ce qui concerne sa relation au monde et à elle-même. Elle peut ressentir une anesthésie affective (incapacité à ressentir en général), présenter une anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir). L'humeur dépressive s'observe bien entendu au cours du syndrome dépressif, mais elle peut être également présente dans les troubles anxieux (on parle alors de comorbidité). Dans la mélancolie, l'humeur pénible est poussée à son paroxysme : on parle alors de douleur morale,

– dans l'humeur expansive, tout est perçu sur le mode euphorique. La personne est joyeuse, optimiste et conquérante. On parle alors d'exaltation de l'humeur. C'est une caractéristique essentielle des épisodes maniaques et hypomaniaques ;

➡ Monsieur Dino entre brusquement dans la salle de soins. Sa tenue est débraillée et sale. Il tombe à genoux devant Emmanuelle en déclamant emphatiquement :

– Emmanuelle, vous êtes la plus belle femme du monde !

Il se met alors à jouer d'un violon imaginaire pour lui faire la sérénade. Emmanuelle lui demande alors de sortir, expliquant qu'elle est en train de préparer les traitements, mais il ne semble même pas l'entendre. Il saute sur la table d'examen à pieds joints et s'y tient accroupi, disant avec un air extatique :

– Je veille sur vous ! Je vous aime !

Et il se met à chanter un air d'opéra en italien à tue-tête.

Emmanuelle est obligée de demander l'aide d'Albert, le cadre du service pour le faire sortir. M. Dino continuera alors à chanter dans les couloirs du service.

*M. Dino fait un épisode hypomaniaque. Son humeur est expansive et exaltée.*

■ **l'hyperémotivité** se caractérise par une vivacité des réactions affectives. Celle-ci peut être transitoire, suite à un choc affectif, ou au contraire durer dans le temps. Dans ce dernier cas, elle s'intègre à un état pathologique (hystérie, état maniaque, personnalité immature) ;

■ **l'apathie** correspond à une perte de l'affectivité se traduisant par une indifférence, une absence de réaction et souvent une inertie psychique marquée. L'apathie est présente dans les états dépressifs et dans certains états psychotiques ;

■ **la froideur émotive** fait partie des traits de personnalité paranoïaque et obsessionnelle ;

■ **l'indifférence affective** se rencontre dans la schizophrénie ;

- **l'ambivalence affective** correspond au fait d'avoir en même temps deux sentiments de nature opposée (haine et amour par exemple). Elle peut être également présente dans la schizophrénie ;
- **la discordance idéo-affective** correspond à une inadéquation entre la pensée et l'affect. C'est l'un des symptômes caractéristiques de la schizophrénie ;
- **l'alexithymie** correspond à une incapacité à exprimer verbalement des émotions. Ce symptôme est très présent chez les sujets anorexiques et ceux présentant des troubles psychosomatiques.

## *Les troubles des conduites instinctuelles*

---

Les conduites instinctuelles correspondent aux conduites instinctives permettant le déroulement et le maintien de la vie. Au cours de certains états pathologiques, ces conduites peuvent être perturbées avec parfois un risque vital pour la personne.

### *Les troubles du sommeil*

Le sommeil correspond à un état physiologique naturel et périodique pendant lequel la personne est au repos et tend à la récupération de ses capacités physiques et psychiques. Les troubles du sommeil sont fréquents chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques, les principaux étant l'insomnie, l'hypersomnie et l'inversion du rythme nyctéméral.

#### *L'insomnie*

L'insomnie correspond à une diminution quantitative et/ou qualitative du sommeil qui n'est plus perçu comme réparateur.

- L'insomnie aiguë dure quelques jours ou quelques semaines et est souvent liée à une période de stress qui entraîne un état d'hypervigilance. Elle peut également accompagner une pathologie psychiatrique aiguë, par exemple dans les épisodes dépressifs ou maniaques.
- L'insomnie chronique durera quelques mois à plusieurs années. Elle est caractéristique des troubles anxieux en général. Elle peut également être générée par une pathologie somatique (neurologique) ou faire partie des effets secondaires à la prise d'antidépresseurs au long cours .

Les différents types d'insomnies sont :

- l'insomnie d'endormissement avec une difficulté à trouver le sommeil,
- l'insomnie de milieu de nuit avec réveil nocturne et difficulté à se rendormir,
- l'insomnie de fin de nuit, classiquement associée à la dépression,
- l'insomnie totale, qui est très rare. Elle peut être un signal d'alerte annonçant un basculement vers une phase maniaque ;

#### *L'hypersomnie*

L'hypersomnie correspond soit à une durée de sommeil nocturne augmentée (généralement supérieure à 10 heures), soit à un état de somnolence diurne excessive. Elle peut être secondaire à une pathologie somatique (apnée du sommeil, narcolepsie), à une prise de médicaments (antalgiques, psychotropes) ou à une pathologie psychiatrique (trouble dépressif).

#### *L'inversion du rythme nyctéméral*

L'inversion du rythme nyctéméral correspond à l'association d'une insomnie nocturne avec une hypersomnie diurne. Elle peut se rencontrer dans les états de confusion, les états délirants, etc.

### *Les troubles du comportement alimentaire*

- **L'anorexie** correspond à la diminution et la perte de l'appétit. Elle peut représenter un trouble en soi (on parle alors **d'anorexie mentale**) quand elle est centrale, mais peut aussi être fréquemment observée au cours des états dépressifs.
- **L'hyperphagie** correspond à l'ingestion de trop grandes quantités de nourriture.
- **La boulimie** se manifeste par l'ingestion brutale d'une grande quantité d'aliments, dans un contexte de culpabilité importante. L'ingestion d'aliments peut être suivie de vomissements

provoqués de façon répétée.

■ **La sitiophobie** est le refus alimentaire, généralement dans le cadre d'une pathologie délirante (par exemple par crainte d'être empoisonné).

■ **La potomanie** correspond à un besoin irrépessible de consommer une grande quantité de liquide non alcoolisé. Elle se rencontre dans les troubles psychotiques, la névrose hystérique, etc.

■ **La dipsomanie** correspond au besoin de consommer de façon épisodique de grandes quantités d'alcool. Elle est l'une des formes cliniques des problématiques alcooliques.

■ **Le mérycisme** correspond, la plupart du temps chez l'enfant, à la régurgitation et à la rumination du bol alimentaire.

■ **Le pica** se caractérise par l'ingestion de substances non comestibles. Il se rencontre dans les cas d'arriération mentale ou dans certains états psychotiques. La **coprophagie** (ingestion de matière fécale) est l'une des variétés fréquentes de pica.

### ● *Les troubles du contrôle sphinctérien*

Les troubles sphinctériens peuvent survenir pendant l'enfance ou concerner plus particulièrement des patients adultes très déficitaires :

■ **l'énurésie** correspond, chez un enfant de plus de cinq ans, à l'émission involontaire d'urine, le plus souvent la nuit, à un âge où le contrôle mictionnel est normalement acquis. On parle d'énurésie primaire quand le contrôle sphinctérien n'a jamais été acquis, et d'énurésie secondaire, quand celle-ci survient après une période plus ou moins longue de propreté. Elle peut durer plus ou moins longtemps et traduit une conflictualité interne ;

■ **l'incontinence** correspond à l'émission involontaire d'urine chez un adulte et est observée la plupart du temps chez les personnes démentes, lors d'épisodes confusionnels ou dans certains cas de schizophrénie ;

■ **l'encoprésie** est l'absence de contrôle sphinctérien anal à un âge où la propreté est normalement acquise. On la rencontre dans certains états psychotiques, dans la démence, lors d'épisodes confusionnels et dans l'arriération mentale.

### ■ *Les conduites suicidaires*

Les conduites suicidaires correspondent chez une personne à la tentative d'atteinte de sa propre vie. On parle de tentative de suicide ou de tentative d'autolyse. La gravité sera variable selon les cas, la tentative de suicide pouvant être commise soit sous le coup d'une impulsion irrépessible (on parle alors de **raptus suicidaire**), soit préméditée. Il arrive également que ces tentatives aient un objectif de manipulation de l'entourage avec pour but une fuite transitoire d'une situation difficile. Divers moyens pourront être utilisés :

■ la prise de médicaments ou de toxiques ;

■ la phlébotomie correspond à la coupure des veines du poignet et du bras ;

■ la défenestration ;

■ la pendaison ;

■ le suicide par arme blanche ou arme à feu ;

■ le suicide par noyade ;

■ le suicide par le gaz, etc.



## *Les troubles des conduites sociales*

---

Les troubles des conduites sociales correspondent à un non-respect des codes sociaux chez une personne en âge de les avoir intégrés :

- **le passage à l'acte agressif** signe la plupart du temps des troubles caractériels ou psychopathiques. Ils peuvent également intervenir dans le cadre de la maladie alcoolique, quand la personne est sous l'emprise de l'alcool, ou dans la toxicomanie ;
- **la perversité** est la satisfaction à transgresser les règles et à infliger des souffrances à autrui sans ressentir aucun sentiment de culpabilité ni de regret. Quand il y a en plus une déviation des conduites sexuelles, on parle de perversion ;
- **l'attentat aux mœurs** correspond à un trouble des conduites sexuelles et peut se manifester par de l'exhibitionnisme (obtention de plaisir sexuel par l'exhibition de ses organes génitaux devant une personne prise au dépourvu) ;
- **la kleptomanie** correspond à une impulsion obsédante à voler des objets ;
- **le jeu pathologique** est une addiction à jouer à divers jeux (casino), sans pouvoir s'arrêter ;
- **la pyromanie** correspond à une impulsion obsédante à allumer des incendies. Elle apparaît le plus fréquemment chez les adolescents ou au début de l'âge adulte.

# Les Manifestations Symptomatiques Spécifiques

## La somatisation et les troubles psychosomatiques

Si dans la somatisation, le corps conserve son intégrité fonctionnelle et anatomique, et représente surtout un instrument, une scène qui va parler du conflit psychique qui est à l'œuvre (névrose hystérique), le trouble psychosomatique, lui, relève d'un autre processus. En effet, dans le trouble psychosomatique, il y a une atteinte pathologique de l'organe qui semblerait être la conséquence somatique d'affects et de pulsions réprimés. Dans le trouble psychosomatique, c'est la dimension psychologique qui prévaut dans la survenue et l'évolution de la problématique physique existante.

De façon générale, les personnes souffrant de troubles psychosomatiques sont peu en contact avec leurs émotions, leurs pensées restant collées au réel, au factuel, comme anesthésiées. Extérieurement, leur comportement reste adapté en apparence.

Dans certains troubles somatiques, la dimension psychologique est contingente, c'est-à-dire qu'elle est reconnue comme étant en partie la cause du trouble (affections dermatologiques, ulcère gastroduodéal). Elle peut être également en cause dans certaines pathologies dites « fonctionnelles », c'est-à-dire sans substratum organique (ex. : colopathie fonctionnelle).

 Monsieur Donnadiou est dirigeant d'entreprise. Il passe ses journées en réunion, passe des heures au téléphone à négocier avec les clients. Malgré ses efforts, le bilan est dans le rouge et cela fait plusieurs mois que l'avenir de l'entreprise est en jeu. Il a des douleurs gastriques importantes et avale des antiacides à la pelle. Il ne parle pas de ses problèmes à sa famille, faisant croire (ou voulant encore croire) que tout va bien dans le meilleur des mondes. Une grève inopinée de ses employés fait déborder le vase. Une douleur brutale à l'estomac, suivie de vomissements sanglants vont le conduire à l'hôpital : on diagnostique alors un ulcère gastroduodéal perforé.

**Selon le modèle analytique**, c'est le retour du refoulé qui apparaît sous la forme de symptômes physiques.

**Selon le modèle cognitivo-comportemental**, l'individu ne dispose pas toujours des moyens affectifs et cognitifs adaptés pour traiter l'événement traumatique qui lui arrive, souvent par défaut d'apprentissage. Les réactions biologiques concomitantes sont alors excessives, pouvant alors être délétères pour l'organisme et engendrer une pathologie somatique.

## Les phénomènes régressifs

La régression se définit comme le retour d'un sujet à des états psychiques de croissance antérieurs et *a priori* dépassés. Elle correspond à un processus défensif normal permettant à la personne de s'adapter à une situation nouvelle et/ou stressante.

Ce phénomène peut être utilisé de manière transitoire par le sujet sain, au moment où ses capacités de gestion de ses conflits internes sont dépassées.

➡ Dylan a trois ans quand naît son frère Théo. Il se remet alors à faire pipi au lit et il demande à sa mère de lui mettre des couches, comme elle le fait pour son petit frère. Sa mère refuse, mais, consciente que Dylan a besoin d'un surcroît d'attention, elle passe un peu plus de temps avec lui de façon privilégiée pendant que son frère dort. Après quelques semaines, la situation finit par s'arranger.

Marie-Danielle est infirmière en psychiatrie et elle est très investie dans son travail. Elle ne compte pas ses heures et n'hésite pas à rester plus longtemps que prévu pour aider ses collègues dans ce service difficile. Le soir venu, elle est épuisée et régulièrement, elle s'enroule dans une couette et installée devant la télévision, elle dévore une énorme plaque de chocolat.

*Dylan et Marie-Danielle ont tous deux recours à une attitude de régression transitoire afin de mieux gérer leurs tensions internes.*

La maladie favorise le processus de régression. Il appartient à l'infirmier de le respecter mais également d'accompagner la reprise d'autonomie de la personne.

Chez le sujet malade, le phénomène régressif va perdurer. La personne abandonne alors son fonctionnement normal pour adopter un comportement plus primitif, et cela de façon durable. L'état régressif manifesté par la personne deviendra alors un problème, du fait du handicap que cela créera dans sa vie, empêchant la participation active de la personne au processus thérapeutique.

### Les phases de régression au cours du processus thérapeutique

Il est très important de savoir qu'au cours d'un accompagnement thérapeutique un patient va connaître des avancées vers un état de santé souhaité, mais qu'il va également passer par des phases nécessaires de régression, comme si, devant certaines difficultés, il avait besoin de « reculer pour mieux sauter ». L'infirmier qui l'accompagne, au fait de ce phénomène, ne s'inquiétera donc pas de le voir passer par des comportements régressifs.

➡ Marina souffre d'anorexie. Après deux ans d'hospitalisation, elle s'apprête à quitter l'unité de soins pour intégrer un appartement thérapeutique. C'est une grande avancée et l'équipe soignante est à la fois heureuse pour elle et fière d'avoir réussi à l'accompagner jusque-là. Trois jours avant sa sortie, cependant, Marina se remet à avoir les comportements qu'elle présentait à son arrivée (refus de nourriture, clinophilie, repli sur soi, agressivité verbale). Certains membres de l'équipe baissent alors les bras, disant que tout est à recommencer. Lors d'une séance de supervision, le superviseur explique alors à l'équipe que Marina passe par une phase de régression nécessaire et qu'il faut simplement tenir bon face à elle, en étant soutenant et doucement stimulant à la fois. Rassurés, les infirmiers mettent ses conseils en pratique, et la sortie de Marina se passe relativement bien finalement. Deux semaines après l'intégration de son appartement, elle revient toute souriante au service pour raconter sa nouvelle vie aux infirmiers.

## Points clés à retenir

- ▶ Dans la somatisation, le corps conserve son intégrité fonctionnelle et anatomique et représente surtout un instrument, une scène qui va parler du conflit psychique qui est à l'œuvre.
- ▶ Le trouble psychosomatique, lui, relève d'un autre processus : il y a une atteinte pathologique de l'organe qui semble être la conséquence somatique d'affects et de pulsions réprimés. La dimension psychologique prévaut dans la survenue et l'évolution de la problématique physique existante.
- ▶ La régression correspond chez un sujet sain à un processus défensif transitoire qui permet à une personne de s'adapter à une situation stressante alors que ses capacités internes de gestion sont momentanément dépassées.
- ▶ La régression devient problématique quand elle perdure. Elle devient alors un handicap dans la vie du sujet.

## *Le syndrome confusionnel*

---

Le syndrome confusionnel correspond à un état pathologique caractérisé par une désorganisation globale des processus psychiques. Il traduit un dérèglement du système nerveux central.

La confusion se traduit par plusieurs symptômes :

- un trouble de l'attention (déficit) ;
- une désorientation temporo-spatiale ;
- une perturbation des opérations intellectuelles complexes.

Il s'agit la plupart du temps d'un état aigu qui est réversible si l'on en corrige la cause. Cependant, il arrive qu'il marque le début d'une affection non réversible.

Les causes peuvent être multiples :

- **les causes neurologiques** (syndrome méningé, hypertension intracrânienne, tumeurs cérébrales, crises d'épilepsie, etc.) ;
- **les causes vasculaires** (hémorragies méningées, hématomes sous-duraux, etc.) ;
- **les causes infectieuses** (méningite, septicémie, etc.) ;
- **les carences vitaminiques (vitamine B1) ;**
- **le sevrage brutal** suite à une intoxication prolongée (alcool, drogue, hypnotiques, etc.) ;
- **les carences métaboliques** (hypoglycémie, acidose diabétique, hyponatrémie, hypercalcémie, insuffisance rénale, etc.) ;
- **les causes endocriniennes** (maladie de Basedow, insuffisance surrénale aiguë).
- **les causes psychiques** (bouffée délirante aiguë, psychose puerpérale, troubles de l'humeur, modalités réactionnelles de la personne âgée aux agressions extérieures, événements de vie traumatisants) ;

Un syndrome confusionnel doit être considéré comme ayant une cause organique jusqu'à preuve du contraire, certaines causes physiologiques pouvant mettre en jeu le pronostic vital.



## Action infirmière

Certaines causes somatiques pouvant mettre en cause le pronostic vital, il est important d'avertir le médecin en cas d'apparition d'un syndrome confusionnel soudain.

### ● *La confusion chez la personne âgée*

Chez la personne âgée, le syndrome confusionnel va souvent être caractérisé par un aspect onirique (délire proche du rêve, vécu et agi). Le sujet est hagard, vêtu de façon négligée et a le regard flou. Ses paroles sont inaudibles, bredouillées. Il est souvent figé dans un état d'hébétéude.

La confusion va entraîner chez lui plusieurs risques :

- une perte importante d'autonomie ;
- une durée longue d'hospitalisation ;
- un syndrome de glissement (modification du comportement caractérisé par la détérioration globale des fonctions intellectuelles, un refus de se mouvoir, de se nourrir et un désintérêt généralisé) dont le pronostic peut être très péjoratif, la personne âgée se laissant glisser vers la mort.

## La violence et le risque de passage à l'acte

L'agressivité et la violence sont des symptômes très présents au sein des services de psychiatrie. Cela peut concerner tous les types de pathologies, cependant, certaines y sont plus sujettes de par leur construction psychique (psychose, personnalité antisociale, états maniaques, etc.), les patients étant dans l'incapacité de gérer leurs pulsions.

### Les causes de la violence

Dans les faits, la violence peut être déclenchée par une situation provoquant une atteinte narcissique chez la personne. Selon le modèle analytique, les causes de la violence sont multiples et peuvent correspondre à :

- **une quête d'objet** : la violence correspondrait à une recherche d'un contact, d'une relation avec une personne qui va reconnaître le sujet comme une personne digne d'être aimée et qui va se montrer capable de résister à la destructivité qui est dirigée vers elle. Ce fonctionnement se trouverait à la base des comportements antisociaux ;
- **une recherche de contenance** : lorsqu'une personne se montre incapable de contenir et de transformer en représentations et en mots son vécu intérieur émotionnel et pulsionnel, il aura tendance à passer à l'acte de façon violente pour échapper à son état intolérable de confusion interne. C'est comme si elle recherchait au dehors les limites et la contenance qui lui font défaut à l'intérieur d'elle-même. Ce type de violence peut être présent chez tous les types de structuration psychique (névrotique, psychotique et limite) ;

Rayan a huit ans. Il souffre de troubles du comportement de type caractériel. Il se rend chaque jour à l'hôpital de jour pour y faire des activités et voir le médecin. Un matin, il fait une énorme colère et se met à frapper violemment les autres enfants puis les infirmiers qui cherchent à le retenir. Alain, un infirmier assez costaud, le saisit alors par derrière et le contient dans ses bras contre lui de façon ferme. Rayan cherche à se dégager par tous les moyens, hurlant tout ce qu'il peut. Alain ne lâche pas, maintenant sa position sans faillir, prononçant des mots calmes : « Tu as le droit d'être énervé, mais pas de frapper les autres », « Je te lâcherai quand tu seras calmé ». Rayan, ne semble pas l'entendre, tant il est dans la lutte agressive. Au bout d'un moment, Alain sent que la tension musculaire de Rayan se relâche. Quand il est tout à fait calme, il lui demande : « Tu es calmé maintenant ? » Rayan répond « Oui », d'un air renfrogné. Il semble épuisé.

*Alain a offert à Rayan la contenance qu'il était incapable de se donner à lui-même. En le contenant physiquement pour l'empêcher d'agresser les autres, Alain lui a permis peu à peu d'intégrer cette contenance. Cette attitude sera à recommencer autant de fois que cela sera nécessaire, la répétition aidant peu à peu Rayan à intégrer une capacité à se contenir.*

- **une défense contre une menace narcissique** : les atteintes narcissiques, parfois minimes pour l'observateur (remarque anodine interprétée de façon péjorative), parfois avérées (propos dévalorisants) peuvent déclencher, de façon récurrente, des comportements violents ;
- **une recherche de toute-puissance** : par la violence, la personne cherche à affirmer une domination sur l'autre.

D'une manière générale, l'investissement de la motricité et le recours à l'agir sont des voies d'évacuation d'expériences émotionnelles insupportables, que la personne ne peut contenir ou

transformer. L'agir violent se substitue alors au travail psychique.

Quant à la violence retournée contre soi, elle vise à apaiser l'angoisse et à soutenir le sentiment d'existence (états limites).

### ● *La destructivité*

Ce qui permet à une personne de contenir sa pulsionnalité (destructivité, désir de violence envers autrui), c'est le sentiment de culpabilité insufflé par un Surmoi (les interdits) bien constitué. Ce Surmoi a commencé à se façonner au cours du second trimestre de vie du bébé, à la faveur de ses interactions avec son environnement immédiat (mère/père).

## ➡ Exemples de transformation de la destructivité chez le bébé

À chaque fois que le bébé tente de frapper, de griffer sa mère, celle-ci réagit en contenant son geste : elle tient la main du bébé de façon ferme et sans agressivité pour l'empêcher de lui faire mal. Cette attitude a tendance à rassurer le bébé : sa tentative de destruction a échoué, sa mère « tient le choc » face à lui.

Dans un deuxième temps, elle lui montre comment transformer son geste en caresse et en agissant ainsi, elle montre au bébé comment transformer sa destructivité en action aimante. Dans un troisième temps, elle va jouer avec son bébé à des jeux où cette violence pulsionnelle va être symbolisée (jeux où elle va faire semblant de dévorer son bébé), aidant le bébé dans sa capacité à développer la symbolisation.

Selon cette théorie, quand au cours de son développement, un bébé n'a pas pu voir ses pulsions destructrices transformées de cette manière (quand par exemple il aura subi de la violence en retour), il aura tendance à devenir un enfant/adolescent/adulte risquant à tout instant d'être submergé par sa propre violence.

On peut d'une certaine manière rapprocher l'action infirmière, face à la violence, de celle de la mère de cet exemple : face à un patient menaçant ou ayant des conduites violentes, l'infirmier aura pour tâche de contenir par la parole ou/et par l'acte (contention, comme avec Rayan, intervention de personnel de sécurité, mise en isolement). Par la suite, dans un contexte plus calme, la personne pourra être invitée et aidée à verbaliser ses affects et/ ou à canaliser sa violence au travers d'activités de médiation (percussions, danse, modelage, etc.), l'aidant ainsi à exprimer sa violence dans un registre symbolique.

## **Le risque suicidaire**

---

Selon Emile Durkheim, « on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ».

Avec plus de 12 000 décès par an, le suicide représente un important problème de santé publique à l'heure actuelle. Le suicide et les tentatives de suicide représentent une urgence et un risque majeur en psychiatrie.

### **Les conduites suicidaires s'expriment selon trois modes :**

- *l'idéation suicidaire*, qui correspond à l'élaboration mentale d'un désir de mort. On parle alors de personne suicidaire ;
- *la tentative de suicide* correspond à un acte par lequel la personne met consciemment sa vie en jeu et auquel elle survit ;
- *le suicide* en lui-même, qui correspond à une tentative réussie.

### **La conduite suicidaire peut avoir divers objectifs:**

- *le suicide agressif* dont la finalité est d'atteindre l'autre ;
- *le suicide escapist* qui témoigne d'un désir de fuite ;
- *le suicide oblatif* dans lequel la personne se sacrifie (pour quelqu'un d'autre) ou « recherche un monde meilleur » ;
- *le suicide ludique* qui correspond à une mise en jeu de la vie en se remettant entre les mains du hasard, de Dieu, etc. (roulette russe).

### **Les situations repérées comme étant à risque sont :**

- la personne exprime clairement des idées suicidaires. Cette attitude pourra avoir différentes significations : soit la personne prévient de ce qu'elle va faire juste avant le passage à l'acte, soit elle est en recherche d'aide face à une idéation suicidaire envahissante et angoissante, soit elle tente d'utiliser de telles idées dans des enjeux relationnels ;
- la personne a déjà réalisé une tentative de suicide ;
- la personne présente un trouble mental (90 % des suicidés). La dépression sévère, la schizophrénie et les troubles de personnalité limite sont des pathologies à fort risque suicidaire ;
- les personnes se trouvent en situation de détresse psychologique et/ou psychosociale ;
- l'existence d'une impulsivité induisant un risque de passage à l'acte accru ;
- l'isolement social ;
- le chômage au long cours, des pertes financières.



## Évaluer l'importance du risque suicidaire

Face à une personne présentant une intentionnalité suicidaire, il s'agit d'évaluer :

- **le degré d'intentionnalité suicidaire :**

- la personne peut exprimer des idées suicidaires passives : « Ça serait mieux pour les miens si je disparaissais »,
- elle peut également avoir l'idée d'un acte létal avec une idée de mort peu intégrée : « Avaler une boîte de médicaments pour s'endormir pour toujours »,
- elle peut enfin avoir un projet létal clairement exprimé. Là, le risque est très important ;

- **la logique suicidaire :**

- la personne cherche surtout à mobiliser son entourage (le chantage au suicide). C'est le cas dans les troubles de conversion (hystérie) par exemple. Le comportement de l'entourage pourra alors avoir une influence sur la personne. Il s'agit cependant de prendre très au sérieux ce type de logique, car la personne pourra aller néanmoins jusqu'au suicide,
- la personne a une logique pathologique mortifère (dans la mélancolie ou les états délirants). La personne est alors imperméable à tout raisonnement extérieur ;

- **le degré de planification de l'acte suicidaire :** plus l'acte à venir est planifié de façon précise (lieu, moyen utilisé, moment, etc.) plus le risque est élevé. Si la personne détient le moyen qu'elle invoque (arme, corde, etc.) le risque est majeur.

Il s'agira également de tenir compte du nombre d'antécédents suicidaires chez la personne, du degré d'impulsivité, de la charge d'angoisse, ou encore d'un contexte psychosocial difficile, ces éléments majorant le risque.



## Actions infirmières face au risque suicidaire chez la personne dépressive

Une surveillance étroite du patient est nécessaire après toute prescription d'antidépresseurs car il y a un risque de raptus suicidaire durant les 15 jours qui suivent la prescription. Il y a une possibilité de levée d'inhibition sans qu'il y ait pour autant une diminution du sentiment douloureux : le risque suicidaire est alors important. De même, un traitement antidépresseur ne sera jamais arrêté brutalement et il convient d'en informer le patient.

Il convient **d'évaluer constamment le risque suicidaire** lors de l'hospitalisation du patient dépressif. Si, en fonction des éléments précités, le risque est évalué comme majeur, l'infirmier alerte immédiatement le médecin et exerce une surveillance étroite sur le patient. Lorsque celui-ci est en Hospitalisation Libre (HL) en unité ouverte, il conviendra alors d'envisager un changement de placement avec la mise en place d'une Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT), ainsi qu'un transfert en unité fermée si elle a été accueillie en unité ouverte, ceci afin de protéger la personne. En attendant ce transfert éventuel, il sera nécessaire de fermer temporairement les portes de l'unité.

De façon générale, il convient d'éviter d'installer un patient dépressif dans une chambre individuelle (la personne va pouvoir agir librement, alors qu'avoir un voisin de chambre peut l'en dissuader, même temporairement) et de sélectionner une chambre proche du bureau infirmier afin de favoriser la surveillance.

L'évaluation du risque suicidaire ne se limite pas à l'accueil et sera évaluée régulièrement au cours de l'hospitalisation, jusqu'à amélioration de la thymie.

Il est important de manifester une grande qualité de présence envers la personne ayant un projet suicidaire, afin de chercher à l'atteindre dans sa solitude.

L'une des plus grandes difficultés rencontrées dans la relation avec les personnes souffrant de troubles psychiatriques est la gestion des comportements manipulatoires générés par certaines pathologies. Il est important de comprendre que ces comportements s'expriment de façon inconsciente et que leur finalité est d'obtenir une satisfaction immédiate, parfois impérieuse à une demande que ces personnes sont incapables d'élaborer autrement. L'objectif, en fait, est de dominer la situation.

### Points clés à retenir

- ▶ Le syndrome confusionnel se manifeste essentiellement par un trouble de l'attention (déficit), une désorientation temporo-spatiale et une perturbation des opérations intellectuelles complexes.
- ▶ Les causes du syndrome confusionnel peuvent être neurologiques, psychiques, vasculaires, infectieuses ou endocriniennes. Cet état peut être également lié à un syndrome de sevrage ou une carence vitaminique (vitamine B1).
- ▶ La violence peut correspondre à une quête d'objet, une recherche de contenance, une défense contre une menace narcissique ou encore à une recherche de toute puissance.
- ▶ Les conduites suicidaires peuvent s'exprimer selon trois modes : l'idéation suicidaire, la tentative de suicide et le suicide en lui-même.
- ▶ Pour estimer l'importance du risque suicidaire, il faut évaluer le degré d'intentionnalité suicidaire, la logique suicidaire et le degré de planification de l'acte suicidaire.
- ▶ Les stratégies manipulatoires mises en place par une personne malade psychiquement ont pour finalité d'obtenir une satisfaction immédiate, parfois impérieuse à une demande que celle-ci est incapable d'élaborer autrement.

## *Les troubles du comportement chez l'enfant*

---

Nous l'avons vu, les symptômes exprimés par l'enfant en souffrance peuvent être très divers et son comportement peut s'en trouver affecté.

D'une manière générale, l'enfant se socialise à travers deux espaces relationnels différents mais complémentaires. Le premier est l'espace de la relation parents-enfant qui est déterminant sur sa future confiance en soi et sur la qualité de sa relation à l'autre (c'est la socialisation primaire). Le deuxième espace de socialisation est celui de sa relation à ses pairs. Moins déséquilibré que le premier, moins marqué par la dépendance, cet espace est celui dans lequel l'enfant apprendra la coopération, la gestion des conflits, l'affirmation de soi, la réciprocité (c'est la socialisation secondaire).

### *Le sens des comportements agressifs chez l'enfant*

Les comportements agressifs de l'enfant entre 1 et 4 ans, font partie de la panoplie des comportements interactionnels de l'enfant. Ils lui permettent de réagir à une frustration ou à une agression de la part d'un autre enfant. Ils ne doivent cependant pas être un mode relationnel privilégié ou exclusif, et doivent, après 4 ans, céder la place à des réponses plus socialisées.

Des études ont montré que des enfants spectateurs de scènes violentes à la télévision étaient facilement enclins à reproduire cette violence dans leurs jeux. Il y a alors banalisation de la violence et apprentissage de comportements violents.

Les modalités d'expression de l'agressivité, c'est-à-dire sa fréquence, son intensité et son contexte peuvent prendre un caractère pathologique. C'est le cas d'enfants intolérants à toute frustration qui réagissent par des colères ou de la violence lorsque leur satisfaction est différée. On retrouve souvent une faiblesse de l'autorité parentale ou d'important désaccord à ce sujet dans l'environnement familial de ces enfants.

Rappelons que les *colères* sont des manifestations brusques et spontanées dans lesquelles l'enfant décharge un trop-plein émotionnel lié à une frustration. Il s'agit donc de passages à l'acte qui doivent progressivement céder la place à des modalités comportementales adaptées.



## Aider les parents à faire face au comportement agressif de leur enfant

Pour aider les parents à faire face à l'agressivité de leurs enfants, un accompagnement éducatif peut être mis en place. Celui-ci va les aider à :

- opposer à l'enfant des règles fermes mais avec souplesse. C'est-à-dire que le cadre doit résister mais il doit aussi s'adapter aux contours de la personnalité de l'enfant ;
- éviter de proposer des réponses systématiques, d'éviter la rigidité, l'humiliation ou la contre-agressivité ;
- faire coïncider les actes et la parole. Pas de menaces répétées sans mise en œuvre ;
- laisser des moments de liberté à l'enfant, moments pendant lesquels il lui sera laissé la possibilité d'exprimer son agressivité ;
- s'isoler avec l'enfant en crise mais ne pas le tenir isolé seul, ce qui serait vécu comme une exclusion et renforcerait l'agressivité ;
- le contenir physiquement si cela s'impose afin qu'il ne se blesse pas et qu'il ne blesse pas autrui. Cette contenance physique (contention) doit être exercée avec calme et fermeté, sans violence, il s'agit de faire de l'extérieur ce que l'enfant ne parvient pas à faire de l'intérieur, se contenir ;
- le punir quand c'est nécessaire. C'est une possibilité qui permet de rendre l'enfant responsable de ces actes. Mais la punition doit être adaptée aux possibilités de l'enfant et viser seulement à renforcer l'intériorisation des règles de respect de l'autre. Elle doit donc être respectueuse de l'enfant : pas d'humiliation ni de disproportion ;
- lui proposer des médiations afin de dériver l'agressivité : sport, jeux, relaxation, théâtre...

### ● *Les conduites auto-agressives*

Le retournement contre soi de l'agressivité se rencontre chez les enfants psychotiques. Il relève soit de gestes stéréotypés soit d'une autostimulation par le biais de la douleur. Ces conduites relèvent d'un traitement médicamenteux par neuroleptiques (adaptés à l'âge), de la mise en place de mesures de protection et d'un travail de contenance.

### ● *Les conduites d'opposition*

L'opposition à l'autorité parentale (ou à l'adulte en général) représente une modalité de fonctionnement normale chez l'enfant quand elle ne déprécie pas la qualité de sa relation à l'autre. Elle devient problématique lorsqu'elle devient systématique ou disproportionnée dans ses manifestations.



## Aider les parents face au comportement d'opposition de leur enfant

Il s'agit tout d'abord d'orienter et de soutenir les réponses parentales (et plus globalement de l'entourage) dans un positionnement cohérent qui devra entraîner l'enfant sur un mode d'expression socialisé, c'est-à-dire parlé. Pour cela les parents devront introduire la parole à chaque « incident » en nommant à l'enfant ce qu'il y a à comprendre de sa dynamique interne et en posant les règles de la vie sociale : « Tu es en colère et tu as tapé ton voisin... mais tu ne dois pas... ». Cela signifie ne pas faire subir à l'enfant ce qu'il a fait à l'autre (logique du rapport de force).

### ● *Le mensonge*

Il n'y a mensonge, c'est-à-dire volonté de dissimuler ou de transformer une information, qu'à partir du moment où l'enfant discrimine clairement ses fantasmes et la réalité, et lorsqu'il a intégré la loi sociale. Ces deux dispositions ne sont présentes qu'après 6 ans. Après cet âge, il peut arriver à tous les enfants de mentir pour éviter une réprimande ou pour embellir la réalité. Seule la répétition et le caractère impératif du mensonge peuvent signaler un comportement pathologique.

### ● *Le vol*

Comme pour le mensonge, pour qu'il y ait vol, il faut qu'il y ait intégration des interdits sociaux ainsi que le sens de la propriété. Lorsqu'il est isolé, le vol correspond à la manifestation d'une convoitise à laquelle il est difficile de résister. Il importe de ne pas banaliser ce genre d'acte mais de ne pas le dramatiser non plus. Répété, le vol peut correspondre à un besoin de combler un manque dans un cadre de carence affective.

### ● *Les fugues*

Bien que rare en dehors de l'adolescence, la fugue de l'enfant peut correspondre à un évitement (d'avouer la responsabilité d'un acte, de la crainte d'une punition...). Elle peut aussi être liée à un désir de fuir dans des situations d'insécurité affective ou encore à la volonté de vivre une aventure. Lorsque la fugue vise l'évitement de l'école nous sommes probablement dans le cadre d'une phobie scolaire.







## 6. Diagnostics

# LES PATHOLOGIES RELEVANT DE LA STRUCTURE NÉVROTIQUE

## *La névrose d'angoisse (ou trouble anxieux généralisé)*

Nous l'avons vu dans notre introduction, ressentir de l'angoisse fait partie de la vie humaine. C'est son intensité qui peut la rendre pathologique.

### ● *Définition*

La névrose d'angoisse se caractérise par la présence d'une **angoisse diffuse** qui se manifeste chez la personne de façon permanente. Celle-ci a une propension à se faire des **soucis excessifs** ou injustifiés, cela de façon quasi permanente. Elle a un sentiment pénible **d'attente d'un danger imminent** qui est en fait sans objet. Elle ne peut chasser de son esprit **ses ruminations anxieuses**.

### ● *Étiologie et mécanismes psychopathologiques*

**Selon le modèle analytique**, dans la névrose d'angoisse, les mécanismes de défense sont dépassés par l'angoisse et celle-ci envahit la psyché de la personne de façon diffuse. La petite enfance de la personne anxieuse peut avoir été marquée par une alternance de présence/ absence de la mère peu équilibrée, ce qui expliquerait sa crainte permanente de perdre l'autre, une fois adulte. Il semblerait également que la survenue de séparation précoce et d'événements stressants au cours de la vie favoriserait le développement du trouble.

**Selon le modèle cognitif**, la personne anxieuse présente des anomalies dans le traitement des informations qu'elle reçoit de l'extérieur : elle ne sélectionne que les signaux de danger et ignore les signaux de sécurité. Son attention est focalisée en permanence sur des dangers potentiels. Elle vit dans la croyance qu'il est impossible pour elle de faire face aux dangers, ce qui entraîne une attitude pessimiste générale, une recherche de réassurance permanente, des vérifications et l'évitement d'un grand nombre de situations vécues comme potentiellement dangereuses. Ces anomalies de traitement de l'information seraient liées à des schémas de danger (le monde a été présenté et vécu comme dangereux dans l'enfance) stockés dans la mémoire à long terme. Par ailleurs, la personne a, selon les cas, souvent intériorisé des schémas d'imperfection, de vulnérabilité, de carence affective et d'abandon.

### ● *Signes cliniques*

La personne vit dans un **état d'hypertension psychique** permanent, avec une **hyperréactivité neurovégétative** qui s'active au moindre événement (manifestations cardiaques, respiratoires, digestives, une hypertension musculaire, hyperexcitabilité généralisée et inhibition de l'action par indécision) qui traduit bien l'**état d'alerte** permanent dans laquelle elle se trouve. La pensée est inhibée. **L'estime de soi est atteinte**, la personne anxieuse ayant l'impression d'avoir perdu le contrôle de son corps qui est faillible, sans assurance. Par ailleurs, la personne anxieuse est sans cesse dans la **crainte de perdre les personnes significantes** pour elle. **Les plaintes somatiques** sont importantes. Elles concernent l'état neurovégétatif, l'asthénie, les difficultés d'endormissement, le manque d'appétit, etc.

Selon le DSM IV, au moins 3 à 6 des symptômes suivants sont présents : agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, fatigabilité, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

Ces troubles divers ont un retentissement sur le fonctionnement familial, social et professionnel de la personne.

 Mme Monier se fait tout le temps du souci. Le moindre paiement en retard, le moindre retard sur l'horaire d'un coup de téléphone ou d'une visite annoncés, la moindre note sous la

moyenne de son fils, la mettent dans des états d'anxiété importants. Elle a facilement des sueurs et des palpitations, et elle sursaute au moindre bruit. Elle se sent perpétuellement fatiguée et a beaucoup de mal à s'endormir le soir car elle tourne en boucle dans sa tête ses sujets d'inquiétude. Elle est incapable de penser à autre chose que ses sujets d'inquiétude, rumine ses idées sombres en boucle. Elle a sans cesse peur qu'il arrive quelque chose à son entourage. Celui-ci est contraint d'entendre ses sempiternelles interrogations, et ils ont beau essayer de lui démontrer leur aspect non réaliste, elle semble incapable de les entendre. Elle ne sort pratiquement plus de chez elle, est en arrêt de travail depuis des mois, car elle n'arrive plus à se concentrer et à travailler de manière efficace du fait de son anxiété.

**Chez la personne âgée**, l'isolement, la solitude, la perte d'autonomie progressive et la proximité de la mort peuvent être sources d'angoisse. La névrose d'angoisse se manifeste alors sur un fond anxieux chronique avec des crises d'angoisse paroxystiques générant des états d'agitation.

### ● **Axes thérapeutiques : actions infirmières**

- **Manifester une attitude calme et rassurante** : de manière générale, une attitude calme du soignant va aider la personne à se calmer elle-même (fonction de pare-excitation).
- **Manifester une qualité de présence relationnelle forte** : le fait de manifester une qualité de présence empathique, avec de la présence dans le regard, contribue à aider la personne à restaurer son estime d'elle-même.
- **Aider la personne à dédramatiser la situation** (sans pour autant nier sa difficulté) : des paroles rassurantes vont l'aider à dédramatiser les situations vécues, chose qu'elle est incapable de faire seule. Il ne faut pas hésiter à répéter des paroles rassurantes (« Vous êtes en sécurité ici », « Tout va bien se passer », « Nous sommes là pour vous aider », etc.) qui peuvent contribuer à diminuer la charge anxieuse de la personne.
- **Reconnaître la souffrance de la personne** : par ailleurs, se sentir reconnue dans sa souffrance va aider la personne anxieuse à sortir de son sentiment d'isolement et va l'aider peu à peu à restaurer son estime d'elle-même (fonction personnalisante – modèle humaniste).
- **Se montrer directif quand c'est nécessaire** : cependant, il sera important que le soignant fasse preuve d'une certaine directivité dans le contact, ramenant la personne avec douceur et fermeté aux réalités de la vie quotidienne à assumer, lui offrant ainsi un cadre contenant et rassurant (fonction éducative directive – modèle comportemental). Ces diverses attitudes vont peu à peu aider la personne à soulager son anxiété au quotidien.
- **Utiliser de la relation d'aide** : au cours des entretiens, utiliser les attitudes et les techniques de la relation d'aide afin d'aider la personne à être plus authentique, à restaurer son estime d'elle-même et à contacter son potentiel de croissance (modèle humaniste). Par ailleurs, aider la personne à formuler son ressenti et à préciser ses pensées lui apporte un **étayage sur la pensée** (modèle analytique).
- **Utiliser la relaxation** : la relaxation (comportementalisme) peut être très indiquée dans la névrose d'angoisse. Elle aide la personne à retrouver un certain contrôle sur son corps (apprentissage de la détente corporelle, du contrôle de la respiration, etc.) et à diminuer son sentiment d'impuissance vis-à-vis de la perte de contrôle de celui-ci.
- **Utiliser des ateliers de médiation thérapeutique** : les ateliers de médiation thérapeutique sont également très indiqués pour divers aspects (détente, valorisation, contact social).

➡ Madame Monier vient d'être admise en service de soins psychiatriques avec un diagnostic de troubles anxieté généralisée. Assise dans le bureau d'admission du service, elle se tient ramassée sur sa chaise et jette des regards furtifs autour d'elle. Elle a l'air inquiète. Valérie est l'infirmière qui l'accueille. Assise face à la patiente, elle centre son attention sur celle-ci dans une attitude empathique et lui demande : « Qu'est-ce qui vous a amenée ici aujourd'hui ? »

Madame Monier répond. : « C'est mon médecin traitant qui m'a dit de venir. Il désespère avec moi. Il ne me le dit pas mais je le sais. Plus rien ne va. J'ai peur de tout en ce moment, je n'en peux plus... De toute façon ça ne pouvait finir que comme ça, je suis incapable de m'en sortir, y a toujours une tuile qui m'arrive... Maintenant me voilà à l'hôpital psychiatrique... »

Valérie : « C'est vraiment une grande souffrance que vous vivez là... Cela doit être très pénible à supporter pour vous, (*par ces paroles, Valérie montre à Mme Monier qu'elle reconnaît sa souffrance et qu'elle ne la juge pas*) cependant c'est une bonne chose que vous soyez venue vous faire hospitaliser (*contrant le schéma de pensée d'imperfection de Mme Monier, Valérie positive la situation vécue négativement par elle, l'aidant ainsi à restaurer son estime d'elle-même*), nous sommes là pour vous accompagner dans cette période difficile de votre vie (*attitude de soutien*) et vous aider à franchir ce cap (*parler de cap permet d'introduire un élément de relativisation de la situation de la patiente*) ».

Madame Monier continue alors, se serrant les mains d'une manière angoissée : « Oh vous savez, ça ne servira à rien, j'ai tellement peur, rien ne peut me calmer... »

Valérie lui répond : « Pour l'instant vous vous sentez très mal, il est logique que vous ayez cette impression. L'hospitalisation devrait pouvoir vous faire du bien, ne serait-ce que de vous sortir de votre isolement angoissé. »

À ce moment-là, Valérie se lève et engage Mme Monier à faire de même (*attitude directive*). Elle lui dit en souriant : « Il est temps maintenant de vous installer dans votre chambre. Suivez-moi, je vous ferai ensuite visiter le service. »

*En se montrant à nouveau directive, Valérie aide Mme Monier à sortir de ses ruminations anxieuses qui tournent en rond et l'aide à se recentrer dans le réel, dans les actes de la vie concrète.*

## ■ Conduites à éviter :

- **s'énervier** : la personne anxieuse a tendance à répéter en boucle des propos dévalorisants à son entourage, répétant toujours les mêmes craintes. Cela peut occasionner de l'agacement chez l'infirmier qui la prend en charge quotidiennement, car cela le met face à son impuissance à aider rapidement la personne. L'énervement du soignant risque de confirmer la personne dans son auto-dévalorisation ;
- **lever le ton** : cela peut potentialiser l'anxiété de la personne ;
- **se laisser envahir par le stress de la personne** : une crise d'angoisse peut être très impressionnante par son intensité anxieuse. Si l'infirmier se laisse contaminer par celle-ci, cela risque de potentialiser l'angoisse de la personne ;
- **écouter trop longuement les craintes de la personne** : dans certains cas, la personne a tendance à répéter en boucle les mêmes craintes et les mêmes propos désespérés. L'écouter trop longuement ressasser ses inquiétudes risque d'entretenir son état de marasme dépressif et sans

espoir. Il est important de respecter un cadre horaire durant les entretiens.

### ● **Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux**

Les principaux traitements de la névrose d'angoisse sont les antidépresseurs : paroxétine ( *Déroxat*), venlafaxine LP ( *Effexor LP*). Des anxiolytiques benzodiazépiniques peuvent être prescrits en début de traitement dans des cas particuliers : diazépam ( *Valium*). Il y a alors un risque de dépendance médicamenteuse.

### ● **Évolution et complications possibles**

L'évolution est plutôt chronique mais fluctuante, s'aggravant dans les périodes de stress. Un état dépressif peut s'associer à la névrose d'angoisse. On parle alors de syndrome anxio-dépressif.

### Définition

Dans l'ancienne classification, l'attaque de panique était liée à la névrose d'angoisse. Dans le DSM IV, elle constitue une entité clinique pouvant survenir isolément (on parle alors d'attaque de panique). Lorsque les attaques de panique surviennent de façon récurrente, avec une crainte persistante de la survenue d'une nouvelle crise (l'anxiété anticipatoire), on parle alors de trouble panique.

L'attaque de panique correspond à **un épisode aigu d'anxiété**, à début brutal, avec un apogée en moins de 10 minutes, le trouble pouvant durer de quelques minutes à 1 heure. Un état d'angoisse extrême et insurmontable envahit la personne de façon imprévisible, *a priori* sans raison extérieure apparente.

Elle représente **une urgence psychiatrique**.

### Étiologie et mécanisme psychopathologique

**Du point de vue psychodynamique**, l'attaque de panique serait déclenchée par des mécanismes inconscients liés à l'angoisse de séparation ou d'abandon, ou encore reliée à des sentiments contradictoires de dépendance et d'indépendance vis-à-vis des proches.

**Du point de vue cognitif**, la personne développe un modèle cognitif de « fausse alarme » dans lequel les réactions de peur sont provoquées par des stimuli inoffensifs. Les personnes ont une hypersensibilité aux sensations corporelles, même mineures, dont la perception peut générer une attaque de panique. Le schéma cognitif prévalent est le schéma de vulnérabilité.

**Du point de vue neurobiologique**, des études ont démontré l'existence chez certains sujets d'une hyperréactivité sympathique et/ou d'une difficulté à s'adapter aux stimuli répétés.

**Du point de vue comportemental**, il semblerait que le déclenchement du trouble soit en rapport avec une exposition à des facteurs circonstanciels que la personne relie à une impression de menace.

### Signes cliniques

La personne sera selon les cas soit dans un état de sidération (*stupeur anxieuse*), soit dans un état d'agitation psychomotrice (*agitation anxieuse*).

Les signes cliniques peuvent être de deux ordres :

#### ■ des symptômes psychiques :

- déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (sentiment d'être détaché de soi),
- peur de perdre le contrôle de soi, de devenir fou, ou de mourir ;

#### ■ des symptômes physiques :

- palpitations ou accélération du rythme cardiaque,
- douleur ou gêne thoracique, avec dyspnée (difficulté à respirer) ou polypnée (respiration rapide et superficielle),
- nausée ou gêne abdominale,
- transpiration,
- tremblements ou secousses musculaires,
- sensation de souffle coupé ou impression d'étouffement, sensation d'étranglement,
- sensations de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement,

– respiration haletante caractéristique avec impression d'étouffement.

En cas de trouble anxieux, après une seconde crise, la personne vit dans la crainte permanente de refaire une crise (anxiété anticipatoire).

L'attaque de panique représente **une urgence psychiatrique** du fait de l'intensité anxieuse du trouble mais également parce que la personne risque de porter atteinte à elle-même (défenestration, fuite avec risque de mise en danger, etc.) sous l'emprise de son angoisse majeure.

➡ Zoya s'amuse en discothèque avec ses amies. Lâchée seule à un moment donné au milieu de la foule, elle se sent envahie brusquement par une sensation d'angoisse majeure sans qu'elle sache pourquoi. En même temps, son cœur se met à cogner fort dans sa poitrine et elle a l'impression qu'il bat à 100 à l'heure. Elle se met à transpirer et a l'impression de manquer d'air. Paniquée, elle se précipite vers la sortie, ne pouvant plus supporter la proximité de la foule présente dans les lieux. Elle a une impression de mort imminente. Heureusement l'une de ses amies l'aperçoit et se précipite pour la rejoindre. Elle l'empêchera de justesse de passer sous les roues d'un camion qui passe dans la rue au moment où Zoya, toujours en état de panique, traverse sans regarder.

### ● **Axes thérapeutiques : actions infirmières**

La durée de l'attaque de panique est courte et se résout de façon spontanée mais il y a parfois un risque de raptus suicidaire au moment paroxystique de la crise. **Une surveillance attentive est donc nécessaire** (on ne « lâche » pas la personne des yeux).

#### ■ Actions à mettre en place de façon immédiate :

– **isoler** la personne dans un lieu calme (diminution des stimulations externes), un soignant restant avec elle (action de pare-excitation). En faisant preuve d'une certaine directivité (fonction éducative-directive), l'infirmier va aider la personne à défocaliser son attention des sensations internes anxiogènes ;

– **parler** à la personne, le faire d'une voix calme avec un ton rassurant (réassurance). Lui dire que la crise va passer, qu'elle en a déjà fait l'expérience (dédramatisation, étayage sur la pensée). Cela va l'aider à diminuer sa sensation de panique ;

– **aider la personne à modifier son rythme et son intensité respiratoire**, (respirer lentement, bouche fermée, de façon abdominale), cela contribue à diminuer les sensations de vertige (dus à la polypnée, bien souvent) et à diminuer l'anxiété (action éducative-directive) ;

– **prendre ses coordonnées** dès que c'est possible (TA, pouls, température).

Parallèlement, il faut :

– **avertir** (ou faire avertir) **le médecin** de la survenue de la crise, comme pour toute urgence psychiatrique. Par ailleurs, certains symptômes de l'attaque de panique pouvant évoquer un infarctus (angoisse massive, douleur thoracique), il est important que le médecin vienne faire le diagnostic différentiel très rapidement ;

– **fermer** (ou faire fermer) **les portes du service**, pour prévenir le risque de fugue anxieuse.

Durant la crise, l'infirmier fait face à la personne dans une **attitude calme** (pare-excitation), l'aidant ainsi à se sentir moins désemparée (quelqu'un est là pour elle, au cœur de sa détresse) et

à se calmer peu à peu elle-même. L'infirmier se montre présent **par le regard et par le toucher**, prenant éventuellement la main de la personne, jusqu'à ce que la crise s'estompe (qualité de présence relationnelle).

■ **Actions à mettre en place après la crise : entretien infirmier** permettant à la personne de parler de son vécu (étayage sur la pensée).

Si l'on est dans le cadre d'un trouble panique : **apprentissage de techniques de respiration**, par le biais de la **relaxation**. Cela va aider la personne à reprendre du pouvoir sur son corps qu'elle vit comme faillible et dont le contrôle lui échappe, à apprendre à contrôler sa respiration. La relaxation contribue à diminuer l'état de tension musculaire et procure un état de bien-être à la personne anxieuse dont le vécu corporel est souvent lié à la tension et à la souffrance (étayage sur le corps).

■ **Conduites à éviter :**

- s'agiter, s'énerver, démontrer de l'inquiétude ou de l'anxiété : ces attitudes risquent de potentialiser l'angoisse de la personne ;
- s'absenter, laissant la personne seule (risque de fugue et de conduites auto-agressives).

### ● **Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux**

■ **Traitement de l'attaque de panique isolée** : étant donné que l'état de crise va se résorber de lui-même en quelques minutes, bien souvent, aucun traitement n'est dispensé. Il vaut mieux en effet que la personne ne prenne pas l'habitude de prendre des psychotropes au moindre début d'angoisse (risque de dépendance). Cependant, en cas de crise prolongée et très intense, des anxiolytiques pourront être prescrits (benzodiazépines).

■ **Traitement du trouble panique :**

- **anxiolytiques** : alprazolam (*Xanax*), lorazépam (*Temesta*) ;
- **antidépresseurs** (selon les cas) : clomipramine ( *Anafranil*), citalopram ( *Séropram*), paroxétine ( *Déroxat*).

### ● **Évolution et complications possibles**

En cas d'attaque de panique isolée, le trouble disparaît spontanément. En cas de trouble panique prolongé dans le temps, il peut y avoir une évolution chronique du trouble, avec répétition fluctuante des crises. Une comorbidité (association de pathologies) pourra alors se développer (état dépressif, agoraphobie, alcoolisme, toxicomanie, dépendance médicamenteuse).

### Définition

Le contenu de la pensée de la personne phobique est infiltré de façon irrésistible par la crainte irraisonnée d'un objet ou d'une situation sans danger objectif. On parle alors **d'objet ou de situation phobogène**. Les principales phobies sont : l'agoraphobie, les phobies sociales et les phobies spécifiques.

La personne reconnaît l'absurdité de cette crainte mais se voit incapable de la raisonner. La confrontation à l'objet ou à la situation redoutée provoque chez elle une angoisse intense. Elle développe alors des conduites d'évitement pour éviter la confrontation à l'objet ou la situation phobogène, ou bien alors elle s'aide d'objets ou d'attitudes que l'on appelle **contraphobiques**, censées lui permettre de reprendre le contrôle de la situation.

### Étiologie et mécanisme psychopathologique

**Selon le modèle cognitif**, la phobie serait acquise par **conditionnement opérant** suite à une exposition traumatique première à la situation ou l'objet phobogène. Il y a association du stimulus et une réponse émotionnelle forte. La personne va ensuite chercher à éviter la situation pour éviter de ressentir l'émotion qui y est liée. Les schémas cognitifs prévalents sont les schémas de danger, d'échec, d'imperfection et de honte, ainsi qu'une peur des événements inévitables et incontrôlables.

**Selon le modèle analytique**, l'angoisse de castration et/ou de pénétration qui émerge est **déplacée sur des objets extérieurs** (objets phobogènes). Le mécanisme de défense préférentiellement utilisé est donc le déplacement. Pour échapper à la vision d'objets phobogènes, la personne va mettre en place des **stratégies d'évitement**, c'est-à-dire qu'elle va essayer d'éviter la vue de ce qui l'angoisse, en faisant des détours, en renonçant à aller dans certains endroits, en quittant brusquement certains endroits, etc.

**Chez l'enfant**, les peurs sont normales au cours du développement : peur de l'étranger, du loup, des bêtes, des méchants, etc. Elles viennent colorer le processus d'individuation. L'enfant invente des « trucs » qui vont lui permettre d'affronter ses peurs : chanter dans le noir, éviter de se trouver seul dans certains endroits, laisser une petite veilleuse allumée dans sa chambre, etc. Les phobies, correspondant à des mécanismes d'extériorisation par projection des conflits intrapsychiques à l'œuvre chez l'enfant, représentent une première représentation de ces conflits. L'absence de ces peurs infantiles peut signifier un trouble psychique. **La phobie scolaire** se manifeste entre 7 et 13 ans chez un enfant, bon élève, qui se trouve paniqué à l'heure d'aller à l'école : il va pleurer, s'opposer, vomir... Lorsqu'il est dispensé d'école, il s'apaise. En fait, c'est d' **une phobie de séparation** dont il s'agit, et non de l'école. L'enfant craint inconsciemment d'être abandonné pendant son absence. Il s'agit fréquemment d'enfants dépendants ayant une mère hyperprotectrice et anxieuse.

**Chez la personne âgée**, la névrose phobique est surtout caractérisée par de l'agoraphobie qui s'associe régulièrement à un trouble dépressif.

### Signes cliniques

**L'anxiété** est centrale chez la personne phobique. Elle est exacerbée en situation de confrontation à l'objet ou la situation phobogène, pouvant aller jusqu'à l'attaque de panique.

La personne a conscience de l'absurdité de ses peurs.

La personne présente des conduites visant à lutter contre l'angoisse (conduites contraphobiques) : conduites d'évitement, conduites de réassurance ou attitudes de défi.

**La personnalité phobique** : la personne phobique est dans un état d'inquiétude permanent et a tendance à être très centrée sur ses états d'âme. La personne est souvent hyperémotive, suggestible et

inhibée. Elle a une **peur du jugement négatif des autres**, est facilement blessée par la moindre critique. Elle cherche à éviter les contacts sociaux et a du mal à accepter les changements et la nouveauté. L'estime de soi est très atteinte (la personne a honte d'être victime de ses peurs).

### ● **Axes thérapeutiques : actions infirmières**

■ **Manifester une qualité de présence relationnelle forte** : le fait de manifester une qualité de présence empathique, avec de la présence dans le regard, contribue à aider la personne à restaurer son estime d'elle-même. Utiliser les attitudes de la relation d'aide dans les divers contacts avec la personne.

■ **Aider la personne à dédramatiser la situation** (sans pour autant nier sa difficulté). Il s'agit d'aider la personne à prendre conscience que ses troubles ne sont pas imaginaires et qu'ils correspondent à un mécanisme psychopathologique profond. Cela va aider la personne à sortir de son sentiment de honte.

■ **Utiliser de la relation d'aide** : au cours des entretiens, utiliser les attitudes et les techniques de la relation d'aide afin d'aider la personne à être plus authentique, à restaurer son estime d'elle-même et à contacter son potentiel de croissance (modèle humaniste). Par ailleurs, aider la personne à formuler son ressenti et à préciser ses pensées lui apporte **un étayage sur la pensée** (modèle analytique).

■ **Utiliser la relaxation** : la relaxation correspond à une indication majeure dans la névrose phobique. Elle aide la personne à retrouver un certain contrôle sur son corps (apprentissage de la détente corporelle, du contrôle de la respiration, etc.) et à diminuer son sentiment d'impuissance vis-à-vis de la perte de contrôle de celui-ci.

■ **L'exposition progressive** et accompagnée face à la situation phobogène (désensibilisation in vivo et en imagination) et les techniques d'affirmation de soi peuvent être utilisées (modèles cognitif et comportemental).

■ **Utiliser des ateliers de médiation thérapeutique** : les ateliers de médiation thérapeutique sont également très indiqués pour divers aspects (détente, valorisation, contact social).

### ● **Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux**

■ Anxiolytiques : alprazolam (*Xanax*). Ils traitent la crise de panique et l'anxiété anticipatoire.

■ Hypnotiques si troubles du sommeil associés.

■ Antidépresseurs si état dépressif associé.

### ● **Évolution et complications possibles**

■ État dépressif associé.

■ Risque suicidaire.

■ Abus d'alcool.

■ Abus de médicaments anxiolytiques ou de barbituriques.

## **La névrose obsessionnelle (ou trouble obsessionnel compulsif)**

À l'heure actuelle, dans les services de soins psychiatriques (comme dans le grand public d'ailleurs), c'est le terme de trouble obsessionnel compulsif qui prévaut, celui de névrose obsessionnelle étant de moins en moins utilisé.

### **Définition**

L'obsession correspond à **une idée ou un sentiment qui s'impose à la conscience** de la personne qui le ressent comme contraignant. Malgré tous ses efforts, il lui est impossible de les chasser. Elle développe alors **des compulsions** qui correspondent à un besoin interne d'accomplir des gestes ou des rituels qui, bien que reconnus comme étant irrationnels par elle, seront **répétés de façon ritualisée et envahissante**. Accomplir ces rituels l'aide à diminuer son angoisse. Si la personne ne les accomplit pas, celle-ci va augmenter.

### **Étiologie et mécanismes psychopathologiques**

**Selon le modèle analytique**, dans la névrose obsessionnelle, la personne détache l'affect lié à la représentation gênante par un mécanisme défensif **d'isolation**. Elle tente alors de maîtriser l'angoisse liée à la représentation en mettant en place des rituels qui lui donneront une sensation de **maîtrise** (les compulsions). Nous sommes dans **une problématique de caractère anal** (maîtrise, rétention, agressivité) qui se perçoit également dans le caractère rigide de la personne, avec un goût pour l'ordre et la symétrie.

**Pour le modèle cognitif**, la plupart des êtres humains sont sujets quotidiennement à des pensées intrusives indésirables de faible fréquence qu'ils arrivent à rejeter hors de leur conscience sans difficultés. Chez la personne obsessionnelle, ces pensées intrusives sont plus fréquentes et elle a une réelle difficulté à les rejeter. Elles représentent un stimulus interne en face duquel la personne n'arrive pas à mettre en place des réponses d'habitude. Des schémas cognitifs de culpabilité et de responsabilité (inconscients) provoqueraient une interprétation négative de ces pensées. Pour les neutraliser, la personne va mettre en place des systèmes de neutralisation par des actes mentaux (compter, réciter, etc.) ou des actes moteurs (nettoyer, ranger, vérifier) et comportementaux (besoin de contrôle des circonstances). La personne met en place des stratégies de contrôle, de responsabilité et de perfectionnisme. Son schéma cognitif prépondérant est que toute erreur est catastrophique.

 Monsieur Romain travaille en tant que cadre dans une entreprise. Chaque matin, il se lève très tôt, environ deux heures avant son heure de départ, car il met beaucoup de temps à se laver. En effet il lave systématiquement au moins trois fois chaque partie de son corps avec un savon antiseptique, insistant sur les zones pouvant être en contact avec l'extérieur (rituels de lavage). À chaque savonnage, il change de gant de toilette et de serviette, car il pense que ceux-ci portent les germes qu'il vient de laver. Sa peau est irritée en permanence par ce traitement et présente des rougeurs, voire des lésions, à certains endroits. Au travail, M. Romain ne serre la main de personne de peur d'être contaminé par des microbes. Il entoure systématiquement chaque clenche qu'il doit toucher avec une lingette désinfectante. Une campagne d'information sur la grippe H1N1 le perturbe complètement, augmentant ses troubles. Il augmente son temps de lavage du matin, double celui du soir et ne réussit plus à dormir suffisamment. Il arrive chaque jour en retard au travail, à cause de la longueur de ses rituels de lavage. Il n'arrive plus à se concentrer sur ce qu'il fait, ne pensant qu'à se laver les mains. Il finira par se faire hospitaliser car ses troubles seront devenus trop envahissants.

## ● *Signes cliniques*

Des **pensées, impulsions ou représentations récurrentes ressenties comme intrusives et inappropriées** par la personne sont présentes et provoquent chez elle de l'anxiété et de la détresse.

La personne fait des efforts pour les ignorer mais elle n'y parvient pas.

La personne reconnaît que ces pensées viennent de sa propre activité mentale (et ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le délire).

La pathologie se caractérise aussi par la mise en place de conduites et de rituels qui visent à maîtriser l'angoisse qui s'élève à l'apparition des idées obsédantes. On les appelle **conduites ou rituels contraphobiques** qui se traduisent en comportements (lavage des mains, mise en ordre, vérification, etc.) ou en actes mentaux (prier, compter, répéter des mots silencieusement, etc.).

**Chez l'enfant**, des manifestations obsessionnelles peuvent survenir dans le déroulement normal du développement psychique de l'enfant (phase anale). Elles peuvent cependant apparaître plus tard, sous la forme d'un **souci excessif concernant l'ordre, la propreté**. L'enfant exige que les choses soient rangées à l'identique au millimètre près, a des rites de comptage, accumule des objets de façon compulsive, etc. Ces manifestations peuvent être le signe annonciateur d'une problématique névrotique, mais également psychotique.

**Chez la personne âgée**, la névrose obsessionnelle se manifeste par des rituels très envahissants.

**La personnalité obsessionnelle** : la personne obsessionnelle présente une triade comportementale spécifique qui se caractérise par une propension à **l'ordre, au doute et à l'entêtement**. C'est une personnalité dite de type psychasthénique, c'est-à-dire à forte tendance aux scrupules, inhibée affectivement. Chez elle, il y a en permanence une prédominance de la pensée sur l'action et elle a beaucoup de mal à prendre des décisions.

La personne a tendance à être rigide, perfectionniste, dans le contrôle permanent et autoritaire. Elle est consciencieuse, scrupuleuse et se montre très critique vis-à-vis de ses erreurs. Elle a un souci excessif de la productivité aux dépens de son propre plaisir et de ses relations interpersonnelles.

## ● *Axes thérapeutiques : actions infirmières*

■ **Manifester une qualité de présence relationnelle forte** : le fait de manifester une qualité de présence empathique, avec de la présence dans le regard, contribue à aider la personne à restaurer son estime d'elle-même.

■ **Reconnaître la souffrance de la personne** : par ailleurs, se sentir reconnue dans sa souffrance va aider la personne obsessionnelle à sortir de son sentiment d'isolement et va l'aider peu à peu à restaurer son estime d'elle-même, elle qui a tendance à être dans la critique permanente d'elle-même (fonction personnalisante – modèle humaniste).

■ **Utiliser de la relation d'aide** : au cours des entretiens, utiliser les attitudes et les techniques de la relation d'aide afin d'aider la personne à être plus authentique, à restaurer son estime d'elle-même et à contacter son potentiel de croissance (modèle humaniste). Par ailleurs, aider la personne à formuler son ressenti et à préciser ses pensées lui apporte **un étayage sur la pensée** (modèle analytique).

■ **Aider la personne à travailler sur les aspects limitants de son symptôme** : il est important d'aider la personne à travailler sur son symptôme, tout en respectant celui-ci bien sûr. Avec tact (et en respect de son symptôme), il peut être proposé à la personne d'évaluer son état d'angoisse, et de voir si elle ne peut pas différer certains de ses rituels en fonction des situations (fonction éducative-directive – modèle comportemental). Des espaces de parole permettant d'exprimer le vécu des situations doivent être proposés.

➡ M. Romain est hospitalisé en psychiatrie. Il utilise à lui seul et en une journée le bidon de savon liquide prévu pour la semaine pour les deux personnes dormant dans la chambre. Il est vu en entretien par le psychiatre et Pedro, un infirmier avec qui M. Romain a bien « accroché ». Le psychiatre s'enquiert de la manière dont le patient se sent puis il évoque avec lui le problème de sa consommation de savon : « Il est impossible pour le service de vous fournir à vous tout seul un bidon de savon liquide par jour. C'est un fait, la dotation mensuelle du service ne le permet pas. » Aussitôt M. Romain s'exclame très angoissé : « Mais comment je vais faire ? ! Il faut absolument que je me lave les mains ! ». « Il n'est pas question de vous empêcher de vous laver les mains, répond aussitôt le psychiatre d'un air rassurant. Simplement, il faut tenir compte de la réalité. Voici ce que je vous propose : nous allons nous arranger avec les services économiques de l'hôpital et vous donnerons un bidon de savon pour vous seul. Vous devrez vous débrouiller pour le faire durer au moins cinq jours ». « Mais ça ne suffira pas ! » s'écrie aussitôt M. Romain. Pedro lui répond alors : « Vous me disiez l'autre jour que la pulsion à vous laver les mains peut être plus ou moins forte, selon les moments. Alors à chaque fois que vous aurez envie de vous laver les mains, je vous propose d'évaluer si le besoin est irrépressible ou s'il peut être différé un peu. Différez à chaque fois que c'est possible pour vous. Au besoin, venez me voir moi, ou un autre de mes collègues, pour parler de ce que vous vivez. Nous vous soutiendrons ». Le psychiatre confirme la proposition de Pedro.

Au départ, M. Romain aura beaucoup de mal à diminuer sa consommation de savon, mais grâce au soutien et à la présence de l'équipe à ses côtés, il réussira globalement à respecter le contrat passé avec le psychiatre.

*Le symptôme de M. Romain est à respecter car il correspond à une mesure ultime contre l'effondrement psychique. Cependant, dans la prise en charge thérapeutique de celui-ci, le travail va se faire sur deux fronts à la fois : un travail de fond (entretiens de relation d'aide et un travail cognitivo-comportemental éventuel) qui va l'aider à soulager sa souffrance sous-jacente et un travail sur son symptôme (avec beaucoup de précautions) et les aspects limitant de celui-ci. En se positionnant de façon directive, dans une attitude cependant calme et empathique, le psychiatre et l'équipe (représentée pendant l'entretien par Pedro) pourront aider M. Romain à évoluer vers plus de liberté par rapport à sa symptomatologie.*

■ **Utiliser des ateliers de médiation thérapeutique** : les ateliers de médiation thérapeutique sont également très indiqués en ce qu'ils peuvent stimuler les capacités affectives de la personne (tisser des liens affectifs avec d'autres personnes) et surtout créatives. Ses « créations » étant valorisées par les autres et les infirmiers, cela vient contrer sa tendance profonde à l'autocritique permanente. La personne obsessionnelle peut être encouragée à expérimenter le simple plaisir lié au geste et au mouvement du corps (atelier danse, théâtre, etc.). L'expression corporelle est également très indiquée, apportant progressivement un allègement dans la crainte du plaisir de l'utilisation du corps, mais également un espace d'expression (acceptable) pour l'agressivité. L'indication est la même pour les activités sportives. Dans cet espace où le geste est valorisé, le patient apprend à lâcher prise et à expérimenter un moment de détente sans culpabiliser.

Il est à noter que la relaxation est peu indiquée car la personne risque de s'emparer de l'aspect codifié de cette pratique, donnant lieu à une ritualisation de la séance.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont très indiquées dans le cadre de cette pathologie.

■ **Conduites à éviter** :

- combattre les symptômes de la personne et l'empêcher de faire ses compulsions et rituels (risque de crise d'angoisse majeure) ;
- se moquer d'elle et de ses compulsions ;
- se laisser entraîner trop loin « dans le système » de la personne (permettre l'utilisation de 4 bidons de savon à main par jour, par exemple).

### ● **Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux**

- Antidépresseurs : fluvoxamine (*Floxifral*), fluoxétine (*Prozac*), paroxétine (*Deroxat*) ou cloropramine (*Anafranil*).
- Anxiolytiques benzodiazépiniques : clonozépam (*Rivotril*) dans les formes avec anxiété sévère.

### ● **Évolution et complications**

Le trouble obsessionnel compulsif peut débuter alors que la personne est très jeune (enfance, adolescence). La majorité des sujets connaît une évolution vers un trouble chronique, avec des hauts et des bas, des exacerbations symptomatiques pouvant être liées au stress. 15 % des personnes connaissent une altération progressive du fonctionnement professionnel et social. 5 % connaissent une évolution par « épisode », avec peu de symptômes intercritiques (entre les crises).

### ● Définition

À l'heure actuelle, le terme d'hystérie a totalement disparu des classifications internationales. Dans le DSM IV, cette entité clinique a vu sa symptomatologie « éclater » entre plusieurs entités nosographiques, essentiellement le trouble conversif, le trouble somatoforme et le trouble de la personnalité histrionique.

Classiquement, la névrose hystérique se définit comme un état névrotique conduisant les sujets à développer **des symptômes d'allure somatique sans qu'il existe de cause organique repérée**, ces symptômes représentant la symbolisation d'un conflit intrapsychique sur la scène corporelle (selon le modèle analytique). Selon les cas, un comportement marqué par le théâtralisme pourra être présent (personnalité histrionique).

➡ Mme Barnier a demandé à être hospitalisée parce « qu'elle ne supporte plus sa vie et a envie de se f... en l'air ». C'est l'infirmier Nicolas qui fait son entretien d'accueil. Elle pleure beaucoup, exprimant son désespoir avec force de gesticulation et de soupirs. Elle lui lance en battant des cils : « Je suis si malheureuse, si vous saviez ! C'est d'un homme comme vous dont j'aurais eu besoin dans ma vie ! Vous avez l'air tellement gentil ! Je suis sûre que vous seriez un mari fabuleux ! ». Après l'entretien médical pendant lequel elle réitère le même type de conduite, Nicolas la conduit à sa chambre. Elle fait mine de défaillir à un moment donné, se tenant au mur. Quelques instants après, Nicolas l'entendra rire aux éclats avec les autres patients dans la salle de télévision. Plus tard, dans l'après-midi, elle reviendra vers les infirmiers, notamment Nicolas « qui est si beau et si gentil » avec des demandes constantes d'attention.

### ● Étiologie et mécanismes d'apparition

**Selon le modèle analytique**, dans la névrose hystérique, la personne se trouve au cœur du conflit œdipien mettant en jeu désir et défense. L'angoisse qui en découle est **convertie en manifestation somatique**. Elle se déplace sur la scène corporelle où elle est mise en représentation (on parle alors de conversion hystérique) soit au travers de **symptômes corporels sans cause organique** (membre qui cesse de fonctionner, aphonie, surdité subite, etc.), soit au travers d'un comportement global marqué par le théâtralisme et l'exagération des affects : **le comportement histrionique**. Dans l'hystérie, la représentation est immédiatement refoulée pour s'exprimer par un symptôme corporel qui en sera la traduction symbolique. L'angoisse étant directement transformée en symptôme, en théorie, la personne souffrant de névrose hystérique ne la ressent pas, ou peu. Freud évoquait « la belle indifférence de l'hystérique » face à ses symptômes, la personne souffrant de névrose hystérique se sentant comme étrangère à ce qui lui arrive.

**Selon le modèle cognitif**, la personne est amenée à développer des stratégies d'exhibitionnisme, de théâtralisme et d'impulsivité, avec un manque de contrôle de soi et de pondération. Elle fonctionne selon un schéma de besoin d'approbation. Ses postulats cognitifs prévalents sont : « Si je ne me fais pas remarquer, je ne plairai pas », ou encore : « Pour obtenir ce dont j'ai besoin, il me faut éblouir ou amuser les gens. »

**Chez la personne âgée**, la névrose hystérique se caractérise par une dramatisation et une exagération des émotions, ajoutées à une véritable avidité affective. Un trouble dépressif peut également s'y associer.

## ● *Sémiologie*

D'une manière ou d'une autre, dans la névrose hystérique, c'est toujours **le corps qui est mis en scène**, soit au travers du comportement histrionique, soit au travers de conversions somatiques de l'angoisse. La personne peut présenter des symptômes d'expression somatique temporaire ou durable (inhibition fonctionnelle évoquant un syndrome neurologique), ainsi que certains traits de personnalité typiques :

- **érotisation des rapports sociaux** ;
- **histrionisme** (théâtralisme, recherche permanente d'attention, désir de paraître, mimiques et attitudes corporelles hyperexpressives, dramatisation) ;
- **hyperréactivité émotionnelle** ;
- **égocentrisme** (besoin incessant d'être le centre d'intérêt) ;
- **suggestibilité** ;
- **état de dépendance affective** ;
- **troubles de la sexualité** (apparente hypersexualité masquant en réalité une frigidité, une crainte ou un dégoût pour la sexualité).

La personne est en permanence dans **une quête pathologique d'attention**.

## ● *Axes thérapeutiques : actions infirmières*

- **Manifester une attitude calme** surtout quand la personne a des attitudes très théâtrales.
- **Reconnaître la souffrance de la personne** et voir ses symptômes comme l'expression de son conflit psychique intérieur. Par ailleurs, se sentir reconnue dans sa souffrance va aider la personne anxieuse à sortir de son sentiment d'isolement et va l'aider peu à peu à restaurer son estime d'elle-même (fonction personnalisante – modèle humaniste).
- **Doser l'attention donnée à la personne suivant le type de comportement manifesté par elle** : la personne hystérique est dans une quête d'attention permanente. L'infirmier peut prendre appui sur cette dynamique en retirant son attention à chaque fois que la personne développe des comportements histrioniques et se montrant en revanche extrêmement présent par le regard et la présence à chaque fois qu'elle développe des comportements adaptés. Quand une équipe entière se comporte de cette manière, il est possible que la personne (pour satisfaire son besoin maladif d'attention) diminue ses comportements inadaptés pour augmenter ses comportements adaptés, ceux-ci lui permettant alors de mieux s'insérer socialement.

➡ Madame Barnier se promène dans les couloirs du service arborant un air très malheureux qu'elle quitte dès qu'elle est seule dans sa chambre (théâtralisme). Depuis deux jours, elle parle avec un tout petit filet de voix et il est impossible de la comprendre à moins de se rapprocher d'elle (quête d'attention). À un certain moment, elle frappe à la porte vitrée du bureau infirmier d'une façon tellement discrète qu'elle est à peine audible. Laetitia, infirmière, est assise au bureau en train de renseigner un dossier de soin. Elle a entendu Mme Barnier mais fait comme si ce n'était pas le cas. La patiente frappe un peu plus fort et Laetitia lève aussitôt la tête et lui fait signe d'entrer avec un sourire. Mme Barnier entre alors et poussant un long soupir découragé, elle se met à parler tellement doucement qu'il est impossible à Laetitia de l'entendre. Celle-ci ne se lève pas pour venir vers la patiente (ce faisant, elle n'encourage donc pas son comportement théâtral), mais lui dit avec un petit sourire amusé. « Si vous voulez que je vous entende, il va falloir parler un peu plus

fort, vous savez, parce que là, je n'entends rien du tout. » Mme Barnier recommence à parler de la même façon. Laetitia lui dit alors en hochant la tête : « Je n'entends toujours rien. Je ne peux donc pas entendre votre demande, désolée. ». Quand la patiente comprend que Laetitia restera sur sa position, elle finit par hausser un peu la voix et à ce moment-là, Laetitia lui donne toute son attention, avec une forte qualité de présence. Plus tard, Laetitia croisera la patiente dans le couloir, celle-ci se tenant au mur en marchant avec l'air de quelqu'un qui est sur le point de tomber. Elle ignorera ce comportement. Mais quand Mme Barnier viendra vers elle pour lui demander quelque chose sans théâtralisme, elle sera à nouveau très présente dans le contact. Après quelques jours passés dans le service, Mme Barnier manifeste un peu plus d'attitudes adaptées, du moins lorsqu'elle se trouve en présence de Laetitia ou d'autres infirmiers se positionnant comme elle.

*Les attitudes manifestées par Laetitia aident Mme Barnier à travailler sur son symptôme.*

■ **Se montrer directif quand c'est nécessaire** : cependant, il sera important que le soignant fasse preuve d'une certaine directivité dans le contact (fonction éducative-directive – modèle comportemental), surtout quand la personne se montre envahissante au niveau physique (danse dans le service, par exemple) ou sonore (chante, parle fort) : action de pare-excitation.

■ **Utiliser de la relation d'aide** : au cours des entretiens, utiliser les attitudes et les techniques de la relation d'aide afin d'aider la personne à être plus authentique, à restaurer son estime d'elle-même et à contacter son potentiel de croissance (modèle humaniste). Par ailleurs, aider la personne à formuler son ressenti et à préciser ses pensées lui apporte **un étayage sur la pensée** (modèle analytique).

■ **Utiliser des ateliers de médiation thérapeutique** : les ateliers de médiation thérapeutique sont également très indiqués pour divers aspects (détente, valorisation, contact social, respect de l'autre). L'infirmier veillera cependant à mettre en place, face à elle, un cadre pare-excitant ferme, lui demandant d'accepter de diminuer ses manifestations intempestives si elle veut participer à l'atelier. Parfois, la personne apprécie le fait de participer à l'atelier (besoin de reconnaissance) et elle se donne alors « les moyens » de rester.

■ **Conduites à éviter** :

– **manifester du rejet** : la névrose hystérique fait partie des pathologies les plus difficiles à supporter au niveau de la relation soignant/soigné. En effet, les personnes qui en souffrent sont dans une quête affective permanente. Cette quête de l'autre est ambivalente et contradictoire, alternant entre tentative de séduction et conduites de fuite. Le soignant risque de développer des contre-attitudes de rejet, du fait de l'aspect manipulateur de certaines tentatives d'accrocher le regard soignant ;

– **se moquer de la personne** : par ailleurs, il est important de ne pas se moquer du théâtralisme manifesté par une personne, même s'il peut sembler risible parfois. Il est important de considérer que la personne ne fait pas « exprès du cinéma », mais que son théâtralisme exprime un puissant conflit interne.

### ● **Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux**

Il est difficile de traiter l'hystérie avec des médicaments, surtout dans sa forme comportementale (comportement histrionique). C'est la prise en charge relationnelle médico-infirmière qui va essentiellement être utilisée. En cas de complications (état dépressif, autre trouble anxieux associé), un traitement antidépresseur ou anxiolytique pourra être donné.

## ● *Evolution et complications*

Les symptômes de conversion somatiques ont une durée brève et ont une tendance à la récurrence. Les symptômes tels que la cécité, la surdité, les paralysies, l'aphonie sont de bon pronostic et cèdent rapidement, alors que les tremblements et crises convulsives le sont beaucoup moins. La personnalité histrionique correspond à un trouble de la personnalité et les manifestations histrioniques pourront être plus ou moins importantes selon les situations et événements de vie.

## **La névrose traumatique (ou état de stress post-traumatique)**

À l'heure actuelle, c'est surtout l'appellation du DSM IV qui prévaut dans l'appellation de ce trouble. L'état de stress post-traumatique fait partie des troubles anxieux.

### **Définition**

La caractéristique de l'état de stress post-traumatique est le développement de symptômes caractéristiques chez une personne après exposition à un traumatisme extrême pouvant entraîner la mort ou constituer une menace de mort (guerre, tremblement de terre, viol, agression, accident, etc.), une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne. La réaction de la personne est marquée par **une grande frayeur, un sentiment d'horreur et d'impuissance totale**. Par la suite, elle vit des phénomènes de **reviviscence** du traumatisme initial. Les symptômes apparaissent quelques mois après le traumatisme initial.

**L'état de stress aigu** correspond à l'apparition chez la personne de symptômes immédiats suite au traumatisme (torpeur, réduction de la conscience de l'environnement, impression de déréalisation, incapacité de se souvenir d'un aspect important du traumatisme, c'est-à-dire amnésie dissociative).

**Selon le modèle cognitif**, la personne a développé un schéma de peur des événements incontrôlables qui se réactive à l'occasion d'un traumatisme.

### **Étiologie et mécanismes psychopathologiques**

En dehors de l'événement traumatisant en lui-même, il est possible que les personnes développant un état de stress post-traumatique présentent **un état de vulnérabilité individuelle, biologique ou psychosociale**. Ce qui conditionne l'importance du trouble est non pas l'expérience traumatisante elle-même, mais plutôt la manière subjective dont la personne la vit.

**Pour l'approche comportementale**, il s'est opéré chez la personne un conditionnement associant toute réaction de stress à la reviviscence du traumatisme inaugural. Le modèle cognitif explique que ces personnes éprouvent des difficultés à percevoir, identifier et gérer les émotions liées aux expériences douloureuses.

### **Signes cliniques**

Dans les semaines qui suivent le traumatisme, il y a apparition :

- de souvenirs répétitifs et envahissants en images (flash-back), pensées ou perceptions de l'événement traumatique, de rêves répétitifs mettant en scène l'événement : c'est le syndrome de répétition ;
- un sentiment de détresse lors de l'exposition à des situations ou objets rappelant le traumatisme. Cela peut aller jusqu'à l'attaque de panique.

Parallèlement à cela, la personne demeure en **état d'alerte** permanent. Cet état de vigilance accrue va entraîner des réactions disproportionnées face aux stimuli de la vie courante : c'est **l'hypervigilance**. Par ailleurs, la personne va tenter d'éviter toute confrontation avec ce qui lui remémore le passé car cela provoque en elle un choc émotionnel intense : **c'est l'évitement**. Cet évitement va progressivement s'étendre à de nombreuses situations de vie. La personne risque de progressivement opérer un repli sur elle-même, devenant dépendante de l'entourage familial et médical auprès desquels elle exprimera des revendications de réparation ou de réhabilitation. **Un syndrome dépressif** pourra apparaître au cours de l'évolution du trouble.

Au fur et à mesure de l'évolution du trouble, la personne développe **un sentiment d'impuissance et de détresse psychique intense** face aux affects qui l'envahissent, et à son corps faillible qui lui échappe. Elle peut manifester **une perte d'espoir**, ce qui peut entraîner **un état dépressif**. Son estime

d'elle-même est atteinte.

### ● *Axes thérapeutiques : actions infirmières*

- **Manifester une qualité de présence relationnelle forte** : le fait de manifester une qualité de présence empathique, avec de la présence dans le regard, contribue à aider la personne à restaurer son estime d'elle-même.
- **Reconnaître la souffrance de la personne** : par ailleurs, se sentir reconnue dans sa souffrance va aider la personne à sortir de son sentiment d'isolement et va l'aider peu à peu à restaurer son estime d'elle-même (fonction personnalisante – modèle humaniste).
- **Utiliser de la relation d'aide** : au cours des entretiens, utiliser les attitudes et les techniques de la relation d'aide afin d'aider la personne à être plus authentique, à restaurer son estime d'elle-même et à contacter son potentiel de croissance (modèle humaniste). Par ailleurs, aider la personne à formuler son ressenti et à préciser ses pensées lui apporte **un étayage sur la pensée** (modèle analytique).
- **Utiliser la relaxation** : comme dans la plupart des troubles anxieux, la relaxation (comportementalisme) peut être très indiquée. Elle aide la personne à retrouver un certain contrôle sur son corps (apprentissage de la détente corporelle, du contrôle de la respiration, etc.) et à diminuer son sentiment d'impuissance vis-à-vis de la perte de contrôle de celui-ci.
- **Utiliser des ateliers de médiation thérapeutique** : les ateliers de médiation thérapeutique sont également très indiqués pour divers aspects (détente, valorisation, contact social, étayage sur le groupe). D'une manière générale, ils sont susceptibles de permettre à la personne d'extérioriser son vécu traumatique de façon symbolique, au travers de ce qu'elle réalise. C'est un moyen sécuritaire d'expression du vécu intérieur.
- **Conduites à éviter** : chercher à confronter la personne à son traumatisme, par la parole ou la confrontation à des situations le rappelant.

### ● *Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux*

Immédiatement après le traumatisme les anxiolytiques (benzodiazépines) contribuent à atténuer les réactions émotionnelles liées à l'angoisse.

Un traitement antidépresseur (paroxétine) peut être mis en place ; toutefois, aucun traitement médicamenteux n'a démontré sa capacité à réduire de façon significative le syndrome de répétition.

### ● *Évolution et complications*

Cette pathologie peut survenir à tout âge. La durée des symptômes est variable avec une guérison complète dans les 3 mois dans environ la moitié des cas. Cependant, pour un grand nombre de personnes, les symptômes persistent plus de 12 mois après le traumatisme. Dans certains cas, se succèdent des périodes d'amélioration et d'aggravation de la symptomatologie. Il arrive que les symptômes soient brutalement réactivés par des épisodes stressants ou de nouveaux événements traumatiques.

Quand le trouble dure au long cours, il est possible que la personne développe un trouble dépressif, une addiction (alcool, drogue), etc. Il peut y avoir une désinsertion sociale, professionnelle. Il y a un réel risque suicidaire au long cours.

# LES PATHOLOGIES RELEVANT DE LA STRUCTURE PSYCHOTIQUE

Elles se subdivisent en états aigus et chroniques.

## *Les états psychotiques aigus*

Ils touchent essentiellement les sujets jeunes (fin d'adolescence, début de l'âge adulte) et se caractérisent par un début brutal. Ils constituent une urgence psychiatrique car la personne présente un état délirant et des troubles du comportement importants (fugues, voyages pathologiques, actes médico-légaux, etc.) qui peuvent constituer un danger pour elle ou son entourage. Ces différents épisodes peuvent se manifester de façon unique dans l'histoire d'une personne (trouble psychotique bref) suite à un état de stress intense avec un rétablissement complet dans une période de 1 à 30 jours après la crise, ou constituer pour elle un mode d'entrée dans la schizophrénie ou dans les troubles de l'humeur. Il arrive également qu'une personne refasse d'autres épisodes délirants aigus au cours de sa vie, de façon récurrente et ponctuelle.

Les principaux états psychotiques aigus sont la bouffée délirante (trouble psychotique bref) et la psychose puerpérale (trouble psychotique bref avec début lors du post-partum). Ils font tous deux partie des **urgences psychiatriques**.

### *● La bouffée délirante aiguë (ou trouble psychotique bref)*

#### *Définition*

C'est un état psychotique d'apparition brutale. Le délire est présent d'emblée, c'est la raison pour laquelle on dit que c'est « un coup de tonnerre dans un ciel serein ». Il survient chez le sujet jeune dans la majorité des cas. Celui-ci passe sans transition d'un état non psychotique à un état psychotique caractérisé par un état délirant marqué. Le vécu intense du délire se traduit par des troubles du comportement importants.

#### *Étiologie et mécanisme psychopathologique*

Les causes de cette pathologie sont méconnues. L'apparition de la bouffée délirante aiguë correspondrait à l'effondrement brutal des mécanismes défensifs chez une personne. Cette pathologie peut apparaître brutalement chez une personne ne présentant aucun trouble jusque-là. Parfois, un facteur externe peut être en cause (drogue, surmenage, privation massive de sommeil, etc.).

#### *Signes cliniques*

Dans les heures qui précèdent la crise, il y a parfois présence d'une bizarrerie, d'une irritabilité ou d'une anxiété. L'insomnie est très fréquente.

**Apparition brutale d'un délire polymorphe**, non systématisé, intense, le thème pouvant être varié : mystique, de grandeur, de toute-puissance, de persécution, d'influence, de possession, etc. Il est vécu intensément. Du fait de l'importance de son délire, la personne risque de se porter atteinte à elle-même ou aux autres.

 Eva est envahie par une bouffée délirante peu de temps après son réveil. Très agitée, elle développe un délire mystique : elle est l'élue de Dieu sur Terre et il l'appelle pour qu'elle vienne le rejoindre. Elle monte alors dans sa voiture (en pyjama et pieds nus) et roule à fond de train sur la nationale. Soudain, elle lâche le volant en fermant les yeux « pour s'envoler vers Dieu ». La voiture quitte la route, s'engage dans un champ et fait plusieurs tonneaux. Les secours vont la conduire aux urgences. Heureusement, elle n'a que quelques contusions. Le médecin qui l'examine se rend vite compte de son état psychique. Elle sera hospitalisée en psychiatrie.

D'autres symptômes associés peuvent apparaître, selon les cas :

- agitation maniaque ;
- anxiété pouvant devenir intense avec des vécus de déréalisation et de dépersonnalisation ;
- claustration ;
- hallucinations psychiques, visuelles, cénesthésiques ;
- automatisme mental ;
- troubles du comportement spectaculaires : agitation, fugue, voyage pathologique, scandales sur la voie publique, bagarres, actes médicaux-légaux, etc. ;
- rythme du sommeil perturbé ;
- état subconfusionnel (c'est-à-dire avec des symptômes confusionnels *a minima* qui demandent l'élimination d'une cause toxique du trouble).

### **Axes thérapeutiques : actions infirmières**

La bouffée délirante constitue une **urgence psychiatrique**. Les mesures qui s'imposent sont de l'ordre de la **protection** et de la **pare-excitation**. Sous l'empire de son délire, la personne est souvent dans un état d'agitation extrême. Elle peut commettre des actes inconsidérés et/ou faire du mal à elle-même ou aux autres.

- Dans la plupart des cas, une **mise en chambre d'isolement thérapeutique** est nécessaire. C'est à la fois une mesure de protection (décision médicale) pour l'empêcher de se faire du mal ou de faire du mal à autrui et une mesure à visée de pare-excitation pour diminuer la quantité des stimuli qu'elle reçoit et pour contenir son agitation. La présence d'agents de sécurité (à nouveau pare-excitation) sera parfois nécessaire pour accompagner l'isolement (selon la complaisance de la personne). La chambre d'isolement va offrir un cocon de protection à la personne qui ne se maîtrise plus. Une surveillance importante sera alors nécessaire (cf. chapitre 6), une mise en chambre d'isolement constituant toujours **un soin intensif**.
- Parler peu, avec des interventions uniquement centrées sur le réel et ce qu'il convient de faire concrètement. La personne est délirante, elle n'est donc pas accessible à la discussion.
- Faire preuve de calme et de qualité de présence.
- Au fur et à mesure que la personne quittera ses symptômes, l'infirmier rétablira une communication verbale plus conséquente avec elle. Il évaluera alors la capacité critique de la personne par rapport à ses troubles (signe qu'elle quitte son état psychotique).
- **Conduites à éviter :**
  - laisser la personne déambuler dans le service sans surveillance ;
  - reformuler ou essayer de remettre en question son délire.

### **Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux**

Le traitement médicamenteux a une visée de pare-excitation.

À l'heure actuelle, les neuroleptiques de seconde génération sont prescrits en première intention : rispéridone (*Risperdal*), olanzapine (*Zyprexa*).

Cependant, selon les cas, pourront être également prescrits :

- des neuroleptiques antiproductifs : halopéridol (*Haldol*) ;
- des neuroleptiques sédatifs : lévomépromazine (*Nozinan*) ;

- des benzodiazépines ;
- un hypnotique en cas de troubles du sommeil.

### **Évolution et complications possibles**

La bouffée délirante aiguë **évolue spontanément vers la guérison** au bout de quelques jours à quelques semaines. La durée est de six mois maximum. Elle peut être rapide ou progressive, aidée par le traitement. Il arrive qu'elle soit suivie par **un épisode dépressif** plus ou moins caractérisé, avec une intensité plus ou moins importante. Parfois, cependant, le trouble marque l'entrée dans la psychose, évoluant vers la schizophrénie (15 à 30 % des cas). L'évolution peut également se faire sur un mode de récurrences (30 à 50 % des cas). La bouffée délirante aiguë peut enfin constituer un épisode unique avec retour total à la normale (25 à 40 % des cas).

### **● La psychose puerpérale (ou trouble psychotique bref avec début lors du post-partum)**

#### **Définition**

C'est un état psychotique délirant qui apparaît dans les quatre semaines suivant l'accouchement, avec un élément déclencheur spécifique (l'accouchement).

#### **Étiologie et mécanismes d'apparition**

**Selon la pensée analytique**, l'éclosion d'une psychose puerpérale se produit parce qu'au moment de l'accouchement, la femme n'a pas le temps de s'adapter à la transformation corporelle rapide qui s'opère en elle. Son image d'elle-même change en quelques heures et la sensation de vide éprouvée peut convoquer des sensations corporelles anciennes insuffisamment intégrées au Moi. La révolution identitaire vécue peut entrer en contact avec des éléments de l'histoire (personnelle et familiale) du sujet insuffisamment objectivés (non conscients). Ceux-ci font alors irruption dans la psyché sous la forme d'un délire.

#### **Sémiologie**

La psychose puerpérale se caractérise par l'éclosion **d'un délire brusque** avec **agitation motrice** et l'expression de **pulsions violentes** dirigées vers le bébé (réellement ou fantasmatiquement) ou à l'inverse, une peur de faire mal au bébé. Elle peut être accompagnée **d'un risque suicidaire important**.

#### **Axes thérapeutiques**

La survenue d'une psychose puerpérale constitue donc **une urgence psychiatrique**, la nécessité étant de protéger le nourrisson contre les pulsions agressives potentielles ou avérées de sa mère, et de protéger éventuellement celle-ci contre elle-même (pulsions suicidaires). Les modalités d'action et de prescription médicamenteuse peuvent être les mêmes que pour la bouffée délirante aiguë.

### **Évolution et complications possibles**

Le trouble disparaît en principe après quelques jours ou quelques semaines (avec hospitalisation et traitement). Il peut cependant marquer le début d'un état schizophrénique ou d'un trouble bipolaire (dans 50 % des cas).

## *Les états psychotiques chroniques*

Ils se caractérisent par une durée d'évolution qui s'étend sur plusieurs années. Les principaux états psychotiques chroniques sont la schizophrénie, la paranoïa, la psychose hallucinatoire chronique et la paraphrénie.

### *● La schizophrénie*

#### *Définition*

Sous le terme de schizophrénie sont rassemblés un grand nombre de troubles psychiques hétérogènes tant d'un point de vue clinique qu'étiologique. Il existe pourtant un consensus autour de certains critères diagnostiques :

- **des symptômes positifs** (correspondant à un excès ou distorsions des fonctions normales) : hallucinations, idées délirantes ;
- **des symptômes négatifs** (correspondant à une perte des fonctions normales) : émoussement affectif avec froideur (athymhormie), indifférence et repli autistique ;
- **un syndrome de désorganisation globale de la personnalité au niveau cognitif et émotionnel.**

Par ailleurs, la personne manifeste une problématique corporelle liée à l'angoisse de morcellement.

#### *Étiologie et mécanismes psychopathologiques*

Plusieurs hypothèses tentent d'expliquer la survenue de la schizophrénie.

**Selon le modèle analytique**, elle provient d'une carence d'étayage sur l'appareil à penser de la mère et sur le corps (Holding et Handling défailants, insuffisance de stimulations, etc.). Cela entraîne des troubles graves de la relation, l'autre n'étant pas reconnu comme un sujet différencié de soi. La relation au réel est fortement perturbée, étant colorée par un délire.

**Le modèle neurobiologique** met en évidence des anomalies précoces dans les processus neurodéveloppementaux, celles-ci pouvant être la cause d'une incapacité du nourrisson à recevoir les messages que lui envoie son environnement (donc incapacité physiologique à recevoir un étayage conséquent de son entourage).

#### *Sémiologie*

##### *La dimension positive des troubles*

Cette dimension se caractérise par un syndrome délirant marqué. Le délire schizophrène est dit « paranoïde » : ses mécanismes sont multiples (hallucinatoire, interprétatif, intuitif, imaginaire) avec des hallucinations intrapsychiques (voix dans la tête). Elles peuvent également être psychosensorielles (auditives, cénesthésiques, visuelles). La personne peut présenter un automatisme mental et un syndrome d'influence. Les thèmes du délire peuvent être multiples, passant de la persécution, à la mégalomanie, aux thèmes mystiques, etc. Le délire est donc **polymorphe** et **non systématisé**. Le vécu du délire est intense (angoisse) et la personne y adhère totalement (il n'y a pas de critique du délire).

 Au moment de prendre ses médicaments, Mathilda, qui est schizophrène, dit à Sylvie, l'infirmière qui lui tend ses gélules : « Je ne peux pas prendre ces gélules, il y a mes bébés dedans ! ». Un peu plus tard, elle dira à Élise, une autre infirmière : « Arrêtez de marcher sur mon cœur, vous l'écrasez ! ».

##### *La dimension négative des troubles*

La schizophrénie induit une symptomatologie déficitaire durable : c'est la dimension négative des troubles. Il y a chez la personne un appauvrissement qui se manifeste tant au niveau psychique, affectif et social que moteur :

- **l'appauvrissement cognitif** se manifeste par une diminution notable des capacités d'attention, de concentration et de mémoire. Il n'y a pas ou peu de capacités à être dans l'abstraction, à comprendre les plaisanteries et les situations de vie en général ;
- **l'appauvrissement affectif** se manifeste par un émoussement affectif. La personne manifeste peu d'attachement pour ses proches et paraît la plupart du temps indifférente ;
- **l'appauvrissement social** est en grande partie dû à l'émoussement affectif qui amène la personne à se couper de toute relation sociale. Sa vie relationnelle est pauvre et la personne entre dans un isolement croissant au fil des années, avec un repli sur soi. Elle se retire du monde (repli autistique) ;
- **la réduction de l'activité.** La personne manifeste une tendance à ne pas s'engager dans l'activité de façon globale. Elle a plutôt tendance à poursuivre une activité passive sans réagir (par exemple, regarder la télévision pendant des heures sans avoir choisi le programme). Elle a une incapacité globale à mener une activité vers un but et à la terminer (apragmatisme).

➡ Mathilda est incapable de faire son lit toute seule car elle commence à y poser un drap propre de travers, puis le délaisse pour faire autre chose qu'elle abandonne aussi vite. Si les infirmiers ne l'aident pas (en la guidant et en lui prêtant main-forte), sa chambre devient vite un véritable chaos.

Cette pathologie impose des soins continus, des hospitalisations souvent répétées (parfois sous contrainte).

### **Le syndrome de désorganisation globale de la personnalité**

Ce syndrome est caractéristique de la schizophrénie. Cette désorganisation va s'exprimer au niveau **des pensées, des émotions et du comportement** de la personne. Il y a une rupture des processus assurant la cohésion psychique. C'est le **syndrome dissociatif** :

- **la désorganisation de la pensée** s'exprime par des anomalies particulières du discours pouvant rendre celui-ci incompréhensible. L'enchaînement des idées est perturbé car la personne est incapable de faire des associations. Le discours est décousu et sans logique pour l'auditeur (coq à l'âne, propos incongrus ou absurdes), marqué par les idées délirantes (délire paranoïde) ;
- **la désorganisation émotionnelle** fait que l'émotion exprimée n'est pas en rapport avec la situation vécue. Il existe une discordance entre le genre et l'intensité des émotions ressenties et ce qui les provoque.

➡ Régulièrement, Mathilda éclate de rire et quand un autre patient lui demande pourquoi, elle rit, elle répond à nouveau sérieuse : « Je ne sais pas. ». C'est ce que l'on nomme des rires immotivés.

**La désorganisation du comportement** se manifeste par le fait que celui-ci n'est plus dirigé vers un but (ou tout au moins un but compréhensible), a du mal à se repérer dans le temps et n'obéit peu ou pas aux normes sociales. Par exemple, la personne schizophrène est souvent incapable d'avoir une

tenue soignée, sa présentation étant négligée et insolite tant dans la coiffure, le type de vêtements ou d'accessoires portés.

➡ Quand Mathilda prend son bain seule (en fait, elle ne fait que se plonger dans l'eau quelques minutes), elle ne s'essuie pas après en être sortie et s'habille directement.

Ensuite, elle se promène les vêtements trempés, ses cheveux dégoulinant dans son dos. Quand elle choisit ses vêtements seule, le matin, la plupart du temps, ils ne sont pas adaptés au climat (tee-shirt en plein hiver) et elle peut sortir à l'extérieur avec les cheveux trempés et sans manteau alors qu'il neige.

*On voit bien dans cet exemple combien la dimension de désorganisation du comportement demande un accompagnement infirmier. Il s'agit alors d'aider la personne schizophrène à avoir un comportement adapté aux nécessités et aux circonstances (fonction éducative-directive, modèle comportemental).*

### **La problématique corporelle**

La problématique corporelle de la personne schizophrène se caractérise par deux choses : **une segmentarisation du corps** (sensation de corps en morceau, morcellement) et **un clivage entre le corps et l'esprit**.

Il existe plusieurs formes cliniques de la schizophrénie :

- la forme **paranoïde**, avec le délire au premier plan, c'est de loin la plus fréquente ;
- la forme **dysthymique** (ou trouble schizoaffectif), avec coexistence d'une symptomatologie thymique (dépression ou manie atypique) ;
- la forme catatonique, avec un syndrome catatonique ;
- la forme **héboïdophrénique**, avec un comportement antisocial au premier plan (agressions, crime, délinquance) ;
- la forme **pseudonévrotique** avec association de symptômes obsessionnels, phobiques ou hystériques atypiques.

### **Axes thérapeutiques**

Cette pathologie, du fait de l'importance de l'atteinte de la personnalité, nécessite :

- **des actions infirmières** qui vont majoritairement se déployer **dans le registre éducatif-directif**. Il s'agit d'accompagner la personne dans la plupart des actes de la vie quotidienne : toilette, rangement, cohérence du repas, se repérer dans le temps, etc. (étayage sur le corps et sur l'aspect maternel), de la guider pour structurer ses actions et de l'aider à les finir. En faisant cela, l'infirmier doit faire preuve de patience, car il faut recommencer chaque jour (Handling). Par ailleurs, étant donné que chaque personne schizophrène est différente d'une autre dans son approche, l'infirmier doit apprendre à la connaître pour savoir comment communiquer au mieux avec elle ;

➡ Mathilda a une réserve de bonbons et de gâteaux. Celle-ci est enfermée dans un placard afin qu'elle ne mange pas tout d'un seul coup (en principe, quand elle le fait, elle vomit). Elle a tendance à venir en demander aux soignants à tout bout de champ alors que le « contrat » établi avec elle dit qu'elle ne peut en avoir qu'aux goûters de 10 et 16 heures. Ce matin-là, elle se présente pieds nus dans le bureau infirmier (comme souvent). Sans saluer

personne, elle demande abruptement : « Je peux avoir mes bonbons ? »

Josiane, l'aide-soignante du service, lui répond alors : « Bonjour Mathilda, avant toute chose, allez mettre des chaussures aux pieds, on ne doit pas se promener pieds nus dans le service, je vous l'ai déjà dit. »

Mathilda répond : « Ah oui » et disparaît deux minutes pour revenir chaussée.

« Je peux avoir mes bonbons maintenant ?

– Quelle heure est-il Mathilda ? » répond aussitôt Josiane.

Mathilda regarde la montre qui est accrochée dans le bureau infirmier et répond :

« Il est midi moins le quart.

– Et à quelle heure pouvez-vous avoir un goûter ?

– La doctoresse Sandrine a dit à 10 h et à 16 h... Ça veut dire que je ne peux pas en avoir maintenant ?

– Exactement. Maintenant, c'est l'heure du repas. Vous aurez des friandises à 16 h. »

Vers 15 h, Mathilda entre dans le bureau infirmier, prête à demander quelque chose, puis elle s'arrête, regarde l'horloge et dit en partant : « Ce n'est pas encore l'heure des friandises... »

*Les infirmiers se servent de l'intérêt constant qu'a Mathilda pour ses bonbons (élément du réel commun) comme levier pour l'aider à intégrer des comportements adaptés. S'occuper d'une personne schizophrène nécessite qu'on donne et répète sans cesse les mêmes consignes pour lui indiquer ce qu'il convient de faire. Petit à petit, elle va intégrer certaines choses (alors que d'autres comportements problématiques seront à accompagner au long cours). Ces attitudes directives-éducatives vont l'aider à s'inscrire plus dans le réel (savoir quelle heure il est et la manière dont il convient de se vêtir, de se nourrir, etc.).*

– d'avoir **des échanges verbaux courts**, centrés sur le réel. Les entretiens proprement dits ne sont pas indiqués, du fait du délire.

 Marina, étudiante en soins infirmiers, est en stage en service de psychiatrie. Monsieur Tonon, un patient schizophrène, vient s'asseoir près d'elle dans le salon du service et se met à lui parler de façon délirante de sa petite amie Ségolène, avec laquelle il a des problèmes relationnels. Désarmée face à ce flot de paroles, Marina ne sait pas trop quoi faire et elle reste là à l'écouter. Durant l'après-midi, M. Tonon la suit alors qu'elle prend les tensions des patients. Il lui dit à un moment donné : « Vous êtes douce comme Ségolène ». En fin d'après-midi, il interpelle Marina en lui disant : « Ségolène, viens maintenant, il faut qu'on règle nos problèmes ! ».

*Écouter trop longtemps un patient délirant entraîne le risque que celui-ci nous inclue dans son délire.*

La règle générale à respecter est : **plus le délire est important, plus les échanges verbaux sont courts**. Quand quelque chose est exprimé, l'infirmier va uniquement éventuellement reformuler le ressenti de la personne, l'objectif étant de l'aider à en prendre conscience (étayage sur la pensée) ;

– **de mettre en place des activités de médiation**, très indiquées, car elles favorisent l'intégration des relations sociales (étayage sur le groupe), des limites comportementales (tenir compte des

autres). Elles apportent une stimulation cognitive (apprentissage de l'intégration des informations venant de l'extérieur pour ensuite agir en fonction d'elles), favorisent l'expression du vécu intérieur au travers de support, contribuent à apaiser l'angoisse de morcellement (par exemple au travers d'activités pendant lesquelles, on déstructure puis restructure (découpage/collage), etc.). Les jeux de compétence sont indiqués (travail sur les habilités sociales). Les activités sportives sont également très bénéfiques (étayage sur le corps et sur le groupe) ;

– **d'utiliser éventuellement la relaxation** qui peut être une indication (étayage sur le corps). Elle doit être utilisée avec prudence et sa visée est essentiellement de diminuer l'angoisse de morcellement (travail sur l'éprouvé du corps dans sa globalité), sur l'éprouvé de détente, le plaisir. L'étape de visualisation doit être évitée du fait du risque de décompensation délirante. La relaxation active (avec le corps en mouvement) est également indiquée.

– Dans l'accompagnement de la personne schizophrène, nombre d'interventions infirmières **sont centrées sur le corps** de celle-ci, ce qui est logique : cela aide la personne à habiter son corps, à en devenir consciente, et à l'utiliser de façon à être plus en phase avec le réel. Les processus cognitifs étant déficients, la parole (l'entretien) ne peut constituer le canal relationnel préférentiel ;

– **d'envisager une mesure de protection** des biens de la personne, le médecin pouvant demander **une mise sous-tutelle** le plus souvent (du fait de l'aspect chronique de la pathologie) ;

– **de s'inscrire dans une dynamique de réhabilitation sociale**. Travailler en lien avec l'assistant(e) social(e) du service car l'accompagnement devra également être conséquent à ce point de vue :

– mise en place éventuelle de statut de travailleur handicapé (demandé par le médecin), si la personne peut exercer un travail en CAT ou en atelier protégé (état stabilisé la plupart du temps),

– demande éventuelle d'allocation adulte handicapé (AAH) si la personne est incapable de travailler (sur demande médicale également).

#### ■ Conduites à éviter :

– avoir des échanges verbaux prolongés avec une personne délirante ;

– chercher à contredire son délire (pour elle, il correspond à la réalité) ;

– laisser la personne schizophrène dans son corps négligé ;

– se montrer discontinu dans la manière de s'occuper d'elle (le Handling est à poursuivre au quotidien, même si ce n'est pas le même infirmier ou aide-soignant qui s'occupe de la personne).

#### ■ Traitement médicamenteux :

– **les neuroleptiques** constituent l'élément central du traitement. Ils permettent la diminution des symptômes positifs (délire, hallucinations). Leur efficacité est moins nette sur les symptômes négatifs (c'est l'accompagnement soignant au quotidien qui va contrer ceux-ci). À l'heure actuelle, les neuroleptiques atypiques (aripiprazole, rispéridone, olanzaprine) sont prescrits en première intention (moins d'effets secondaires que les neuroleptiques première génération). Quand l'agitation et l'anxiété sont importantes, ce sont les neuroleptiques à action sédatrice qui sont plutôt utilisés : lévomépromazine (*Nozinan*), cyamémazine (*Tercian*). Quand le délire paranoïde est important, l'halopéridol (*Haldol*) est indiqué. La personne schizophrène est dans l'anosognosie (non-reconnaissance de son trouble) ce qui a pour conséquence le fait que, bien souvent, elle ne comprend pas le bien-fondé de la prise de son traitement, ou encore, elle oublie de le prendre tout simplement (incapacité à se repérer de façon conséquente dans le temps et

apragmatisme) ;

– en cas de risque de non-observance du traitement, **un neuroleptique à action prolongé (NAP)** peut être administré en injectable (toutes les 2, 3 ou 4 semaines) et est indiqué. Il y a alors un travail relationnel à faire avec le patient (éducation et réassurance) ;

– en cas de schizophrénie dysthymique, **un thymorégulateur** pourra être prescrit, ou encore un **antidépresseur** à dose légère, dans le cas d'existence de symptômes dépressifs.



## Actions infirmières

- Prévention et recherche des effets indésirables des neuroleptiques (prise de poids, troubles endocriniens).
- Surveillance de l'apparition d'un syndrome malin, de dyskinésies, d'un syndrome parkinsonien ou extrapyramidal, d'une hypotension orthostatique.

## Évolution et complications possibles

Le début des troubles se situe le plus souvent avant 23 ans (dans 50 % des cas). Comme nous le précisons plus haut, le suivi thérapeutique mis en place pour le patient schizophrène est conséquent : en intra-hospitalier plus de 30 % de patients présentent cette pathologie et ils constituent une bonne part des suivis en CMP.

La plupart des études démontrent que l'évolution du trouble peut être variable, certaines personnes présentant des exacerbations et des rémissions, alors que d'autres restent atteints de façon chronique. Certains patients connaissent une évolution stable alors que d'autres sont sujets à une aggravation progressive des troubles. Les rechutes avec recrudescence de délire sont souvent secondaires à un arrêt du traitement médicamenteux (non-observance). De façon globale, la prise de traitement antipsychotique améliore grandement la qualité de vie des patients.

L'une des complications majeures du trouble est le **raptus suicidaire** : sous l'emprise d'un état délirant avec angoisse massive, la personne peut attenter à ses jours de façon brusque et sans que l'on ait pu le prévoir (10 % de patients schizophrènes se suicident).

➡ Alain vit dans un appartement en ville. Il est suivi de façon régulière par Vincent, un infirmier du CMP. Chaque jour, midi et soir, il se rend dans un foyer pour jeunes travailleurs afin d'y prendre ses repas. Le reste du temps, il reste dans son appartement avec la télévision allumée alors qu'il ne la regarde pas. Il dit qu'il est content de vivre comme ça « dans la liberté ». Quand il se sent très angoissé, il téléphone au CMP et trouve toujours un infirmier à qui parler. Celui qu'il préfère, c'est Vincent. Celui-ci évalue alors le degré d'angoisse d'Alain et régulièrement, il décide de faire une visite à domicile immédiate afin de lui apporter du soutien et de l'aider à diminuer sa charge anxieuse (sa simple présence suffit parfois à calmer Alain – qualité de présence). Quand, cela ne suffit pas, Vincent fait de son mieux pour convaincre Alain de se faire hospitaliser. Un jour pourtant, Alain, dans un état probable d'angoisse majeure, n'appellera pas le CMP. Il ouvrira la fenêtre de son appartement pour se défenestrer. C'est le raptus suicidaire.

## ● La paranoïa (ou délire chronique)

### Définition

Cette pathologie est marquée par un délire interprétatif construit sur une perception faussée du réel.

### Étiologie et mécanismes psychopathologiques

Aucune origine génétique du trouble n'a pu être mise en évidence. Selon Millon et Davies, certaines

causes environnementales peuvent être incriminées : certaines personnes paranoïaques fanatiques auraient eu tendance à avoir été surestimées par leurs parents, alors que les personnes quérulentes auraient plutôt été en butte à l'injustice durant leur enfance, étant puni à la place d'un autre de façon répétée, par exemple. Les premières années de vie peuvent avoir été vécues dans un contexte insécurisant. Il est donc possible qu'à la base du développement paranoïaque, il y ait eu chez l'enfant une blessure profonde face à un environnement « insuffisamment bon ».

D'un point de vue cognitif, la personne paranoïaque est en état d'alerte permanent. Elle fonctionne selon des schémas de danger, de méfiance et d'abus. Ses postulats cognitifs sont : « Je ne peux faire confiance à personne », « Chacun me veut du mal », « Il faut être sur ses gardes ». Elle a intériorisé un schéma de compréhension et d'appréhension du monde basé sur un sentiment de méfiance vis-à-vis des autres qu'il estime d'emblée sournois.

➡ Samuel Lerond a 60 ans et il est hospitalisé en psychiatrie avec un diagnostic de paranoïa. Il est très revendicateur (quérulent processif), demandant à être traité comme il en a le droit, c'est-à-dire comme un roi. Il écrit sans cesse aux services sociaux pour qu'ils lui accordent une rente de compensation, vu qu'il s'est battu en Algérie et qu'il en est revenu infirme. Il a déposé plusieurs plaintes au tribunal pour dénoncer le manquement de l'administration à ses droits. Il a un vrai jumeau, Patrick, et celui-ci ne souffre d'aucun trouble. Patrick a raconté leur histoire familiale aux infirmiers. À leur naissance, leur mère l'a préféré lui, le premier né, et elle a eu tendance à maltraiter Samuel car elle ne voulait pas de lui en fait. Il était l'enfant de trop. Les professeurs préféraient Patrick qui avait meilleur caractère. Leur mère est morte alors qu'ils avaient 10 ans et Patrick a été recueilli par un oncle alors que Samuel a été placé chez un paysan à la campagne pour y travailler dur (l'oncle n'ayant pas voulu de lui). Au moment de la guerre d'Algérie, Patrick a servi dans un service administratif alors que Samuel est parti au combat où il a été blessé gravement au bras, restant avec une infirmité.

*On repère bien, dans l'histoire de vie de Samuel Lerond, combien des injustices vécues dans l'enfance et l'âge adulte ont pu être à l'origine de sa paranoïa.*

## Sémiologie

La personne paranoïaque est rigide et se situe en permanence dans une dynamique de combat et de lutte face au monde qu'elle vit comme menaçant et dont elle veut obtenir justice. Elle est caractérisée par trois principaux traits :

- **une fausseté du jugement** : le jugement de la personne paranoïaque est logique, s'appuie sur une réalité qu'il interprète de façon fautive (la pensée paralogique). Le raisonnement ne tient absolument pas compte du contexte général de la situation ni des arguments déployés par autrui. Toute critique est rejetée, même si elle est justifiée (psychorigidité). La fausseté du jugement explique le manque absolu d'autocritique de ces personnes ;
- **de la méfiance et de la susceptibilité** : la personne paranoïaque vit **dans l'attente d'être trompée**. Elle est perpétuellement en alerte, à l'affût de menaces supposées. Elle se sent très facilement dédaignée, est très susceptible et volontiers querelleuse ;
- **une hypertrophie du Moi** : la personne se surestime en permanence et s'exprime avec autoritarisme. Elle manifeste **de l'orgueil** et est **très égocentrique**. Elle est sûre de son bon droit et veut à tout prix imposer sa volonté aux autres.

Il existe plusieurs types de personnalités paranoïaques, les principales étant :

- **la personnalité « sensitive »**, marquée par l'insatisfaction d'elle-même, la méfiance et la susceptibilité. C'est une personnalité plus en retrait que la précédente ;
- **la personnalité « quérulente »**, dite de combat. Elle est opiniâtre et l'aspect querelleur est majeur. Le « quérulent processif » est celui qui écrit des courriers de plainte en cascade et porte plainte auprès des instances juridiques en permanence ;
- **la personnalité « fanatique »** qui manifeste de l'orgueil avec de la maladresse et une incapacité à gérer les relations sociales. Elle est facilement rejetée car elle demande beaucoup aux autres sans rien donner en échange. Elle trouve parfois refuge dans de grandes causes morales.

La personne paranoïaque se structure autour d'une image de soi forte, alors qu'elle dispose en réalité d'un Moi fragile, extrêmement réactif à la critique. Sa logique profonde est : « J'ai raison, les autres ont tort ». Il arrive que ces personnes restent insérées dans la société, étant productives et efficaces. Leurs symptômes s'expriment *a minima*, tant que l'on n'approche pas de leur zone de délire organisé.

### **Axes thérapeutiques : actions infirmières**

- La difficulté majeure de l'accompagnement de la personne paranoïaque va surtout être d'établir avec elle une alliance thérapeutique. La personne est la plupart du temps opposée à ses soins (« elle n'est pas malade », mais se vit comme victime du système, du médecin, etc.) et gagner sa confiance peut se révéler impossible. L'aspect thérapeutique va essentiellement passer par le positionnement infirmier face à elle (tout comme le positionnement médical).
- Difficultés spécifiques de la relation soignant/soigné avec la personne paranoïaque : toute relation avec les personnes paranoïaques est difficile car celles-ci supportent mal la proximité émotionnelle, l'intrusion, la protection et la sympathie. Par ailleurs, leur méfiance pathologique rend l'établissement d'une alliance thérapeutique quasi impossible. La personne paranoïaque hospitalisée (souvent contre son gré) rend la vie impossible à tous en service de soin, patients comme soignants. Le caractère particulièrement rigide et antipathique de leur personnalité met la patience de chacun à rude épreuve et la relation soignant soigné doit être sans cesse réfléchi (quoi dire, quoi faire) afin de provoquer le moins possible d'interprétation de sa part.
- Globalement, il est important de toujours expliquer à la personne ce que l'on fait, et pourquoi on le fait (afin d'éviter le plus possible les interprétations erronées de sa part), de se montrer fiable et digne de confiance (pour ne pas prêter le flanc à des attaques supplémentaires). Il s'agira de poser un cadre comportemental (effet pare-excitant recherché) à une personne qui ne respecte souvent pas les autres ni les règles du service (qui ne valent pas pour elle) de façon non rigide pourtant (risque de devenir le persécuteur).

### **Conduites à éviter**

- Renoncer à expliciter les malentendus : la personne paranoïaque peut s'appuyer sur le moindre détail (retard dans un rendez-vous, regard appuyé machinal) pour enclencher sa dynamique délirante.
- La critiquer en tant que personne. Quand il y a quelque chose à dire, toujours le situer dans le registre du comportement de la personne : utiliser par exemple l'expression : « Votre comportement est inacceptable » et non : « Vous êtes insupportable ».
- s'opposer à la personne de façon rigide car il y a un risque d'augmentation du rapport de force. La difficulté est cependant que l'infirmier se trouve souvent dans un rapport de force avec elle du

fait de son refus de certaines choses (ses soins, son hospitalisation, etc.).

– **Traitement médicamenteux** : utilisation de neuroleptiques de 2e génération (olanprazine, risperidone), éventuellement associés à des antidépresseurs (si symptomatologie dépressive associée) ou des anxiolytiques (si anxiété importante).

### ***Évolution et complications***

Les traits de personnalité sont souvent présents dès le début de l'âge adulte. L'invasion du délire se fait progressivement au fil du temps. La paranoïa est un trouble chronique qui évolue vers une désinsertion sociale et professionnelle de la personne, du fait de l'aggravation des troubles sur la durée, la plupart du temps. Parfois, il peut y avoir des passages à l'acte médico-légaux (agressions, meurtre) sous-tendus par des idées de préjudice ou un sentiment de persécution. Il arrive que se développe une dépendance à l'alcool.

## *Les troubles envahissants du développement ou la question des psychoses infantiles*

---

À l'heure actuelle, il n'y a plus que dans les pays francophones que l'on parle de psychose infantile. La communauté internationale parle plutôt de **troubles envahissants du développement**, se référant au fait qu'il existe chez l'enfant, durant son développement, des difficultés à se construire une représentation du monde et non pas un retrait (psychotique) par rapport au monde. Dans ces troubles sont classés les troubles autistiques.

### *L'autisme ou autisme de Kanner*

L'autisme a été et est toujours l'objet de nombreuses recherches, études et théories, et il constitue un sujet polémique au sein de la communauté médicale, celle-ci se partageant entre les partisans d'une origine psychique du trouble et ceux qui se positionnent en faveur d'une origine organique, parlant alors de handicap neurologique.

### *Définition*

C'est un trouble envahissant du développement qui se manifeste avant l'âge de 3 ans et se caractérise par une perturbation du fonctionnement dans les trois domaines suivants : les interactions sociales, la communication, le comportement.

### *Étiologie*

Si, **selon le modèle analytique**, les causes de l'autisme relèvent d'une adaptation inappropriée de l'environnement, à l'heure actuelle, les pistes **neurobiologiques et génétiques** viennent bousculer cette vision des choses, avec un effet fortement déculpabilisant pour les parents d'enfants autistes. Certains déficits cognitifs (atteintes des fonctions cognitives supérieures) mis en évidence s'inscrivent clairement dans une perspective développementale. Des déficits de régulation émotionnelle peuvent également être en cause.

### *Signes cliniques*

#### *Les signes précoces*

Le diagnostic d'autisme ne peut être posé avant 3 ans. Mais certains signes permettent de l'anticiper :

- de 1 à 6 mois, **difficultés dans l'ajustement postural**, comme par exemple l'absence de posture anticipatoire quand l'adulte tend les bras, l'absence de mimétisme affectif et de réponse au sourire, l'inadéquation de la position quand il tète, un manque d'expression de plaisir ou un regard vide. Il détourne son regard de celui de l'interlocuteur et en particulier de celui de sa mère ;
- après 6 mois, l'enfant est **passif, indifférent aux stimulations maternelles ou aux bruits**. Il n'y a pas de manifestation de plaisir ou de déplaisir, ou à l'inverse il manifeste un déplaisir inconsolable sans raison identifiable.

#### *Le tableau clinique*

Il est constitué par un trépied symptomatique : des troubles des interactions, des troubles de la communication et des troubles du comportement :

- **les troubles des interactions sociales : l'isolement**. Celui-ci est extrême. L'enfant reste immobile, ou déambule sans motif apparent. Il ne paraît pas entendre ni voir les personnes ou les objets qui l'entourent. Il ne considère pas les personnes, se montre indifférent aux sollicitations, ne présente pas les gestes et mimiques qui ponctuent les interactions, il se laisse guider sans participer mais refuse l'intrusion de tout contact. Si le contact lui est imposé, il y réagit comme s'il le vivait de

manière douloureuse. Il ne manifeste pas d'affects en lien évident avec ce qu'il vit, mais son indifférence est parfois brisée par des manifestations subites d'angoisse, de rage ou de douleur difficilement apaisables ;

– **les troubles du langage** : il peut y avoir soit une totale **absence de langage**, soit une apparition tardive, mais le langage n'a pas de valeur de communication, il semble n'avoir qu'une fonction sensorielle et se manifeste par des répétitions à l'identique (écholalie) ou des babillements. L'enfant autiste n'utilise pas le « je » ;

– **les troubles du comportement : l'aménagement de l'espace**. L'enfant autiste a un besoin impérieux de **recherche de l'identique**, chaque objet a une place et ne doit pas être bougé ou disparaître, on parle d'un besoin d'immuabilité. Ce besoin d'identique vaut aussi pour son environnement sensoriel. Lumières, sons, odeurs représentent des repères dont il doit constater la présence très régulièrement. Les modifications à ce niveau peuvent parfois expliquer les manifestations d'angoisse ou de rage citées plus haut (celles-ci peuvent d'ailleurs être décalées temporellement) ;

– **troubles du comportement : stéréotypies et sensations**. Gestuelles ou verbales, souvent étranges, répétées et vides de sens, elles ont une fonction d'apaisement. L'enfant se balance, remue les doigts devant son visage, tourne sur lui-même, marche sur la pointe des pieds, manipule un objet sans intention fonctionnelle (il peut rester de très longs moments comme captivé par un fil, un rai de lumière, il peut aussi aligner inlassablement des objets...). Ces stéréotypies lui permettent, par leur rythmicité, de rester dans son propre monde sensoriel.

Parallèlement à ce tableau clinique l'enfant autiste dispose de **capacités perceptivomotrices intactes** : mémoire, intelligence, propreté, marche, nutrition, sont des fonctions abouties. L'expression du visage de l'enfant autiste semble normalement intelligente. Il peut même parfois manifester des performances étonnantes dans un domaine spécifique : mémoire des chiffres par exemple. Ces performances représentent des dysharmonies cognitives et sont à mettre en lien, non pas avec une intelligence supérieure, mais avec une exclusivité d'intérêt pour un mode de fonctionnement particulier (compter par exemple). Il s'avère que, même si l'enfant autiste est normalement intelligent, son mode d'inscription dans l'existence ne lui permet pas un développement normal sur les plans intellectuel et moteur.

### ***Axes thérapeutiques***

La prise en charge de ces troubles pourra cependant tenir compte à la fois de l'approche neurobiologique (avec une dynamique d'éducation des comportements avec apport de médiations) et de l'approche incriminant le développement psychoaffectif de l'enfant (avec une optique de comprendre le rapport que l'enfant entretient avec son environnement familial).

### ***Évolution***

Le devenir de l'enfant autiste est en rapport direct avec le développement de son langage et de sa capacité à entrer en contact avec les autres. Dans la majorité des cas, malgré des interventions thérapeutiques conséquentes, la capacité de développement de l'enfant autiste reste limitée.

### ***Les psychoses symbiotiques***

Elles apparaissent entre 6 à 9 mois et signent un défaut du processus de séparation/individuation. Le processus d'individuation ne parvient pas à terme et la séparation ne peut aboutir, l'enfant n'accède donc pas à la différenciation Moi/non-Moi, il ne parvient pas à sortir de l'illusion fusionnelle. Les premières expériences de séparation sont insupportables pour lui, elles génèrent une angoisse

massive et incontrôlable. L'angoisse de morcellement est prégnante, le sentiment d'identité individuelle inachevé. Ces états psychotiques évoluent vers des états déficitaires, un développement perturbé et une difficulté d'accès au langage. Il n'y a pas, comme dans les psychoses plus tardives, de désorganisation de la personnalité mais plutôt une impossibilité d'accéder à une organisation. Il faut attendre les premières expériences de séparation pour que l'état psychotique soit repéré. La prise en charge de tels enfants sera lourde bien souvent (hospitalisation en milieu spécialisé). L'évolution est très déficitaire.

### ● *Les dysharmonies psychotiques*

Ces troubles se manifestent vers 3 à 4 ans. Les traits spécifiques des psychoses de l'enfant sont présents et observables mais la symptomatologie peut être variable et se limiter à certains domaines :

- manifestations somatiques ;
- troubles anxieux ;
- troubles du comportement avec instabilité, inhibitions importantes, manifestations phobiques, hystériques ou obsessionnelles ;
- troubles du langage (sans déficit intellectuel) ;
- échec scolaire ;
- il n'y a pas de désorganisation de la vie mentale, les capacités de contrôle et d'adaptation existent.

Le rapport à la réalité de ces enfants est moins perturbé que dans les psychoses symbiotiques, l'évolution est donc plus favorable.

## *Les symptômes psychotiques chez la personne âgée*

---

- **Le délire chronique chez le sujet vieillissant** : les délires chroniques (schizophrénie, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie) ont tendance à baisser en intensité avec l'âge. Cela l'est beaucoup moins dans la paranoïa dans laquelle les symptômes ont tendance à se rigidifier.
- **Les délires tardifs** : certains délires apparaissent chez le sujet vieillissant (trouble psychotique d'apparition tardive). Il n'y a pas de trouble de la pensée, ni de syndrome dissociatif. Ces états peuvent être réactionnels (à des événements de vie) ou secondaires (à des troubles mnésiques, sensoriels, de l'humeur, etc.).
- Les symptômes psychotiques chez les patients déments : ces patients représentent un tiers des patients souffrant de maladie d'Alzheimer et 60 % des maladies à corps de Lewy. Plusieurs thèmes de délire sont caractérisés dans les démences :
  - « Ce domicile n'est pas le mien » ;
  - « Des gens dérobent des objets » ;
  - « Mon conjoint est un imposteur » ;
  - « Mon conjoint est infidèle », etc.

Les idées délirantes augmentent le risque de violence. Les hallucinations (démence à corps de Lewy) peuvent grandement perturber la relation des personnes âgées avec le monde extérieur.

# PATHOLOGIES RELEVANT DE L'ORGANISATION LIMITE

## L'état limite (ou personnalité borderline)

### Définition

État pathologique caractérisé par une instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi.

### Étiologie et mécanismes psychopathologiques

**Selon le modèle analytique**, les personnes état limite ont connu un traumatisme désorganisateur précoce (à l'orée du stade œdipien) que leur Moi immature s'est démontré incapable de gérer. Il y a eu menace de l'intégrité narcissique de la personne. Cela l'a amenée à se développer de façon particulière : elle a échappé aux grandes étapes organisatrices du psychisme. Une relation a été faite entre des traumatismes vécus précocement (viol, abandon précoce, maltraitance) et l'apparition du trouble. La personnalité limite n'est pas assez structurée pour que l'angoisse puisse être symbolisée dans des symptômes névrotiques et trop structurée cependant pour qu'elle puisse être évacuée dans une production délirante. La décharge des tensions internes se fait par un agir immédiat (passage à l'acte).

**Selon le modèle cognitif**, la personne a intériorisé des schémas d'abandon, de dépendance, de manque de contrôle de soi et de manque de discipline personnelle.

**Selon le modèle neurobiologique**, certaines études insistent sur le rôle du néocortex dans la dysrégulation des affects et des impulsions ou encore sur la baisse de l'activité du système sérotoninergique intracérébral.

### Signes cliniques

Les symptômes présentés par les patients limites sont peu spécifiques (c'est-à-dire qu'ils peuvent également appartenir à d'autres pathologies). La symptomatologie des états limites se caractérise par une angoisse d'annihilation, un état dépressif majeur, des passages à l'acte brusques, une tendance à la suradaptation, une tendance à rechercher une relation de dépendance avec autrui sur lequel elle cherche à s'appuyer de façon forte (relation anaclitique). Classiquement, on observe :

- la présence d' **une angoisse constante et envahissante** qui peut s'exacerber de façon brusque, avec impression de vide et de manque majeur. Sentiment de vide intérieur permanent ;
- **des symptômes dépressifs majeurs** ;
- **certains symptômes d'allure névrotique** : phobies, obsessions, préoccupations hypocondriaques, conduite histrionique, ces symptômes étant le plus souvent atypiques ;
- **des symptômes d'allure psychopathique** : intolérance à la frustration, passages à l'acte brusques et fréquents (qui sont en fait des passages à l'acte de décharge des tensions internes), instabilité familiale, sociale, attitudes manipulatoires, etc. ;
- **conduites addictives** : alcoolisme et/ou toxicomanie fréquents, boulimie ;
- **conduites à risque** (rapports sexuels non protégés, conduite automobile dangereuse) ;
- **crises de colères** et de rage, passages à l'acte auto-agressifs ;
- **un fonctionnement en faux-self** : l'adaptation à la réalité n'étant que de façade (suradaptation), la personne restant fragile et risquant de se désadapter brusquement à la moindre difficulté par manque d'identité stable.

### Axes thérapeutiques

**La difficulté du lien soignant avec la personne borderline** : il est important de souligner la difficulté que représente la prise en charge d'une personne borderline. Cette difficulté est due essentiellement :

- **à la recherche permanente d'emprise** sur le soignant : manipulation, désir de fusion, recherche de relation anaclitique (la personne cherche à s'appuyer sur le soignant dans une relation de dépendance forte, teintée d'amour et de haine) par incapacité profonde à supporter la solitude. C'est la compréhension de cette dynamique qui permet au soignant de gérer les contre-attitudes qui montent en lui face à la personne (rejet, agressivité en retour) ;

- **à la recherche permanente de manipulation du cadre** ;

- **à l'incapacité de la personne à verbaliser ses affects** qui s'expriment par des passages à l'acte immédiats (décharge motrice de la pulsion). À la moindre frustration, il y a passage à l'acte et l'infirmier doit sans cesse se positionner face à ces agir ;

- **à son fonctionnement psychique dichotomique** : l'infirmier passe sans cesse du statut de héros parfait à celui de pire de tous, selon qu'il accède ou non aux désirs de la personne. C'est extrêmement fatigant au long cours ;

- **à ses mécanismes défensifs spécifiques** qui exercent une véritable violence psychique sur le soignant : clivage de l'objet (il y a les bons soignants et les mauvais) et identification projective.

En raison de ces éléments, la prise en charge d'un patient limite demande le concours de l'ensemble des membres de l'équipe, ceux-ci soutenant fortement ceux qui s'engagent dans un suivi thérapeutique plus individuel.

Dans la prise en charge, les objectifs thérapeutiques sont :

- **la restauration narcissique** : aider la personne à restaurer son estime et son image d'elle-même qui est vague et à augmenter son sentiment d'exister : importance de la qualité de présence relationnelle, du regard infirmier qui doit être très présent. C'est la relation soignante au long cours (en équipe et en individuel) qui peut aider la personne à retrouver confiance en l'autre :

- **le travail sur la relation à l'autre** : en établissant un lien de confiance sur la durée malgré la difficulté du maintien du lien et la recherche d'emprise sur le soignant. Les mécanismes défensifs de la personne opèrent une véritable violence psychique sur les soignants. Celle-ci alterne entre demande excessive de soins et d'attention, un désir de fusion totale avec le soignant et un besoin essentiel de fuite et de mise à distance. Il s'agit de tenir la distance (la supervision est un soutien nécessaire), car tout « abandon » soignant risque de réactiver la problématique d'abandon initiale ;

- **favoriser des processus de mentalisation** : en aidant la personne à mettre en sens son vécu, son histoire personnelle, à identifier ses émotions, ses ressentis. L'aider à les mettre en mots (étayage sur la pensée) ;

- **mettre en place d'un cadre protecteur** : tant qu'on est dans le registre du passage à l'acte, l'infirmier va mettre en place des actions visant à la protection et à la pare-excitation (traitement, isolement prescrits par le médecin) ;

- **favoriser l'apprentissage de la gestion de soi au quotidien** : aider la personne à comprendre les situations vécues au quotidien, à apprendre à hiérarchiser ses besoins et à différer l'obtention de quelque chose (fonction éducative-directive) ;

- **aider la personne à la gestion de ses tensions internes de façon adaptée** : encourager la personne à faire du **sport** (dans le cadre du projet de soins décidé en équipe bien sûr) car cela peut l'aider à décharger ses tensions dans un agir adapté (marche intensive, vélo, jogging, etc.). Les

activités de **médiation** sont également très indiquées pour leur aspect d'expression du vécu interne dans un cadre sécuritaire et celui d'apprentissage du respect des règles, respect des autres.

### ● *Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux*

Il n'est pas spécifique, les médicaments venant surtout s'adapter à la symptomatologie (neuroleptiques en cas d'agitation et/ou d'agressivité, antidépresseurs en cas de troubles dépressifs, thymorégulateurs en cas de troubles bipolaires, etc.). Les benzodiazépines sont à éviter du fait de la dépendance occasionnée (toxicomanie).

### ● *Évolution et complication*

L'évolution de la personne borderline est très variable, celle-ci évoluant globalement vers une certaine stabilisation symptomatique vers 30 ou 40 ans. Les personnes qui s'investissent dans une démarche psychothérapique peuvent voir une amélioration de leur état assez tôt, certaines études démontrant l'incidence forte du suivi thérapeutique sur la disparition des modes de comportement limite.

## **Les pathologies limites chez l'enfant**

---

Comme chez l'adulte, il peut exister chez les enfants des traits de personnalité qui se situent hors névrose et psychoses. Il existe certains traits psychotiques mais ceux-ci n'envahissent pas toute la pensée. Ces enfants peuvent donc mettre en œuvre des capacités d'adaptation mais celles-ci restent de surface (faux-self). Ils gardent cependant le sens de la réalité et savent différencier sans problème leur monde intérieur du monde extérieur.

### **Les dysharmonies évolutives**

#### **Signes cliniques spécifiques**

On trouve, chez ces enfants, un sentiment d'insécurité, une immaturité et de fortes angoisses de séparation. On constate également une évolution hétérogène dans les différents secteurs de leur développement (bon développement intellectuel mais retard psychomoteur par exemple). La composante dépressive tient une place importante dans leur économie psychique. Ils présentent des difficultés cognitives et psychomotrices. Des signes récurrents peuvent être repérés : instabilité, impulsivité, excitation, retrait, inhibition, défaut de contrôle sur l'expression.

En l'absence de soins, ils peuvent évoluer vers un déficit intellectuel durable.

### **Les pathologies narcissiques et/ou anaclitiques – Les dépressions chroniques et l'abandonnisme**

#### **Signes cliniques spécifiques**

Les symptômes sont variés : instabilité, agressivité, opposition ou au contraire inhibition, conduites de dépendance ou tendances régressives. Une souffrance dépressive est souvent constatée avec de grandes difficultés à accepter l'aide, une estime de soi mauvaise et une immaturité affective.

#### **Axes thérapeutiques**

Comme pour l'adulte, la création d'un lien durable avec les soignants, alliée à une pose de cadre et une structuration des soins relationnels (la médiation étant au centre des activités proposées) peuvent contribuer à une diminution de la symptomatologie.

# LES PATHOLOGIES POUVANT RELEVER DE DIVERSES. STRUCTURES

## Les troubles de l'humeur

---

La dénomination de troubles de l'humeur utilisée actuellement pour les problématiques de la thymie est issue du DSM IV. Aujourd'hui, en psychiatrie, l'appellation de psychose maniacodépressive tend à disparaître du vocabulaire, étant remplacée par l'expression « troubles bipolaires ». La mise de côté du terme initial correspond à une évidence : les états maniaques et hypomaniaques ne présentent pas forcément des symptômes délirants (signes de la psychose) et entre les épisodes dépressifs et maniaques, la personne peut avoir un fonctionnement normal. Par ailleurs, dire à une personne qu'elle souffre d'un trouble bipolaire est bien mieux accepté par elle que le fait de souffrir d'une « psychose ».

Le DSM IV définit plusieurs types de troubles de l'humeur :

- **les troubles bipolaires** : ils regroupent un ensemble de pathologies caractérisées par une oscillation de l'humeur entre dépression et accès maniaques. Dans le cadre de cette affection, la personne va donc faire des épisodes thymiques :
  - **des épisodes maniaques** avec une humeur élevée sur au moins une semaine ou plus,
  - **des épisodes dépressifs** avec un état dépressif majeur pendant au moins deux semaines,
  - **des épisodes mixtes** avec alternance sur une période d'au moins une semaine d'épisodes dépressifs et maniaques,
  - **des épisodes hypomaniaques** avec une humeur élevée à un degré moindre que dans l'épisode maniaque ;
- **le trouble dépressif majeur** : il consiste en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs sans qu'il n'y ait jamais d'épisodes maniaques ou hypomanes ;
- **le trouble dysthymique** : il est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associée à des symptômes qui ne sont pas représentatifs de l'épisode dépressif majeur.
- **le trouble dépressif non spécifié** : il rassemble les troubles dépressifs qui ne répondent pas aux critères des autres troubles dépressifs (avec caractéristiques psychotiques, mélancoliques, catatoniques, etc.) ;
- **le trouble cyclothymique** : il est caractérisé par de nombreux épisodes d'hypomanie pendant une période d'au moins deux ans ;
- **le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale** : dans ce trouble, la perturbation thymique peut être causée par une pathologie somatique (maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral, hyper-ou hypothyroïdie, lupus érythémateux aigu disséminé, affection métabolique : carence en vitamine B12, etc.) ;
- **le trouble de l'humeur induit par une substance** : il apparaît comme la conséquence directe des effets physiologiques induits par une substance (produit dopant, abus de médicament, alcool, etc.).

Dans ce paragraphe, nous décrirons essentiellement la symptomatologie du trouble bipolaire avec ses épisodes dépressifs, maniaques et hypomanes (le trouble dépressif majeur correspondant à une succession d'épisodes dépressifs).

### Les troubles bipolaires

#### **Définition**

Ils regroupent un ensemble de pathologies caractérisées par une oscillation de l'humeur entre dépression et accès maniaques. Il existe trois types de troubles bipolaires :

- le type I : caractérisé par des épisodes maniaques alternant avec des épisodes dépressifs majeurs ;
- le type II : caractérisé par des épisodes hypomaniaques alternant avec des épisodes dépressifs majeurs ;
- le type III : caractérisé par soit une alternance d'épisodes dépressifs et maniaques induits par les antidépresseurs, soit par des épisodes dépressifs récurrents associés à des antécédents familiaux de troubles bipolaires.

## **Étiologie**

Il semblerait, à l'heure actuelle, que les troubles bipolaires aient une origine correspondant à l'intrication entre des facteurs de vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux.

## **L'épisode dépressif majeur**

Jean Bergeret distingue la dépressivité de la dépression. **La dépressivité** fait partie de la dynamique psychique normale et elle est régulatrice. Elle démontre qu'un travail de deuil interne est en cours. Les sensations de tristesse, le fait de se laisser gagner par un sentiment de vide suite à des pertes diverses témoignent d'une capacité dépressive normale de l'être humain qui est un phénomène temporaire, nécessaire et qui sert à rebondir dans son parcours de vie. **La dépression**, en revanche, correspond à un processus pathologique qui entraîne la personne dans une impasse qui la vide de toute énergie face aux exigences du quotidien, atteignant les sphères psychique, affective et somatique.

## **Définition**

L'épisode dépressif se caractérise par une perturbation de l'humeur dans un sens négatif, vers le pôle de la **tristesse** durant une période d'au moins 2 semaines. Il est caractérisé par une **douleur morale** importante et s'exprime par un ralentissement majeur tant psychique que moteur et présente une symptomatologie triple :

- **une humeur triste ;**
- **un ralentissement de la pensée ;**
- **une inhibition psychomotrice.**

La forme que prendra l'épisode dépressif pourra aller d'un état de morosité persistant à la perte totale d'espoir accompagnée d'idées suicidaires obsédantes.

## **Étiologie et mécanismes psychopathologiques**

**Selon le modèle analytique**, les personnes souffrant de dépression présentent une fragilité du Moi, avec une tendance à réagir fortement aux frustrations, aux échecs et aux difficultés de la vie. Une perte actuelle (événement de vie immédiat) viendrait réactiver une perte originelle douloureuse et non acceptée. Pour la psychanalyste Mélanie Klein, la problématique dépressive pourrait trouver sa source dans la perte de l'illusion fusionnelle du bébé vis-à-vis de sa mère, quand il se rend compte de son altérité et du fait qu'elle peut être comme lui ambivalente, c'est-à-dire porteuse de bonnes et de mauvaises choses. En fait, toute perte (symbolique ou réelle) a tendance à provoquer chez la personne une attitude douloureuse de retrait du monde extérieur. Elle se trouve dans l'incapacité de se situer dans une dynamique de deuil opérante face aux pertes qu'elle subit dans la vie. Elle est incapable de supporter le sentiment de vide intérieur. La dépression relèverait donc d'une problématique liée à la perte de l'objet et à une difficulté de séparation.

**Selon le modèle cognitivo-comportemental**, la dépression viendrait d'une grave carence en renforcement positif du Moi. La personne se trouve dans une impuissance apprise. Dans la dépression, des schémas inconscients (schéma d'abandon, de manque affectif, de honte, d'imperfection) situés dans la mémoire à long terme filtrent les informations reçues de l'extérieur, ne retenant que les aspects négatifs. Ces schémas contiennent un ensemble de postulats silencieux, inconscients la plupart du temps, qui se présentent sous une forme impérative (« Je dois toujours tout réussir, être parfait, être aimé de tous, toujours, etc. »).

**Chez la personne âgée**, les causes de dépression sont souvent environnementales. Fragile psychiquement et physiquement, la personne âgée réagit de façon forte aux changements. Une hospitalisation brusque, le passage d'un hôpital à un autre, la perte d'un conjoint, une mise en retraite, un changement de domicile, etc., peuvent entraîner des symptômes dépressifs.

### **Signes cliniques**

Les états dépressifs se caractérisent par une atteinte de la personne dans ses trois dimensions d'expression vitale :

- **la dimension émotionnelle** avec une tristesse pathologique (dysphorie), une douleur morale, une perte d'espoir, un sentiment latent d'incurabilité, une impression d'anesthésie affective, de l'angoisse et de l'anxiété ;
- **la dimension cognitive** avec une inhibition de la pensée et une incapacité à se concentrer ;
- **les conduites instinctuelles**, avec une atteinte :
  - de la motricité avec une inhibition psychomotrice et un ralentissement majeur,
  - de l'alimentation avec une baisse ou une augmentation de l'appétit, avec bien souvent une perte ou un gain de poids,
  - du sommeil avec de l'insomnie ou de l'hypersomnie,
  - de la sexualité : impuissance, frigidité, diminution majeure de la libido.

Il y a une **atteinte majeure de l'estime de soi** et la personne se retrouve dans une absence de capacité à désirer.

**Le risque suicidaire** est une complication majeure de la dépression.

La problématique corporelle chez la personne dépressive est majeure et doit être prise en compte. La personne a une mauvaise image de son corps, avec bien souvent un dégoût de celui-ci. Le corps est ralenti, ressenti comme lourd, encombrant. Il est défaillant, la personne ne peut plus lui faire confiance, prendre appui sur lui (étayage sur le corps). Son corps n'est plus source d'aucun plaisir, la personne ne sélectionnant que les sensations désagréables.

Les problématiques spécifiques liées à la relation à l'autre sont également présentes. La difficulté de la relation avec la personne dépressive est qu'elle est à la fois dans un appel à l'autre (par la plainte) et dans sa mise à distance (personne ne peut rien pour moi). L'autre (le médecin, l'infirmier, les proches, etc.) est donc vécu comme inutile par la personne déprimée, et cependant, elle sollicite son attention par ses plaintes somatiques continues. Le corps est montré à l'autre dans sa défaillance, en tant qu'objet de répulsion.

### **Axes thérapeutiques : actions infirmières**

- **Manifester une qualité de présence relationnelle forte** : le fait de manifester une qualité de présence empathique, avec de la présence dans le regard, contribue à aider la personne à restaurer son estime d'elle-même.

– **Reconnaître la souffrance de la personne** : par ailleurs, se sentir reconnue dans sa souffrance va aider la personne anxieuse à sortir de son sentiment d'isolement et va l'aider peu à peu à restaurer son estime d'elle-même (fonction personnalisante – modèle humaniste).

– **Se montrer directif quand c'est nécessaire** : cependant, il sera important que le soignant fasse preuve d'une certaine directivité dans le contact, ramenant la personne avec douceur et fermeté aux réalités de la vie quotidienne à assumer, lui offrant ainsi un cadre contenant et rassurant (fonction éducative directive – modèle comportemental). Ces diverses attitudes vont peu à peu aider la personne à soulager son anxiété au quotidien.

– **Solliciter la personne dans le contact** : solliciter la personne de façon régulière et persévérante afin de l'aider à reconstruire des liens et de sortir de son isolement (fonction de sollicitation). La persévérance de l'infirmier à venir la solliciter chaque jour, avec douceur et empathie, peut finir par lui donner l'impression qu'elle est une personne de valeur digne d'intérêt (restauration de l'estime de soi).

– **Stimuler la personne de façon douce** : cette stimulation se fera dans les actes de la vie quotidienne (accompagnement à la toilette, au repas, etc.), en respectant cependant son besoin de régression. Cette stimulation vient contrer l'inhibition psychomotrice de la personne.

– **Utiliser la relation d'aide** : si les symptômes dépressifs sont majeurs (inhibition majeure, clinophilie), il n'est pas question de faire des entretiens, c'est la manifestation de qualité de présence au quotidien qui est importante. Si les symptômes sont en régression, des entretiens sont possibles. Au cours de ceux-ci, utiliser les attitudes et les techniques de la relation d'aide afin d'aider la personne à être plus authentique, à restaurer son estime d'elle-même et à contacter son potentiel de croissance (modèle humaniste). Par ailleurs, aider la personne à formuler son ressenti et à préciser ses pensées lui apporte **un étayage sur la pensée** (modèle analytique).

– **Utiliser la relaxation** : la relaxation (comportementalisme) peut être très indiquée dans la névrose d'angoisse. Elle aide la personne à retrouver un certain contrôle sur son corps (apprentissage de la détente corporelle, du contrôle de la respiration, etc.) et à diminuer son sentiment d'impuissance vis-à-vis de la perte de contrôle de celui-ci.

– **Utiliser des ateliers de médiation thérapeutique** : les ateliers de médiation thérapeutique sont également très indiqués pour divers aspects (détente, valorisation, contact social). Les ateliers de médiation sont de bons vecteurs pour aider la personne à se resituer dans une dynamique de plaisir et de désir.

– **Avoir une démarche éducative** vis-à-vis de la personne en rémission de ses symptômes. Il est important de lui expliquer « le fonctionnement » de sa maladie et le rôle important de la prise de son traitement de façon régulière pour aider à stabiliser le trouble. Par ailleurs, il s'agit d'informer la personne des signaux d'alerte annonciateurs de rechutes (insomnie, diminution de l'élan vital, etc.) afin qu'elle se présente aussitôt chez son psychiatre qui pourra opérer un changement du traitement pour aider à juguler la crise. Dans le cas de présence d'un caractère saisonnier du trouble, conseiller à la personne de faire des sorties régulières à l'extérieur afin de « prendre le soleil », en cas de dépression.

– **Être attentif à la survenue éventuelle d'idéation suicidaire**, ce risque étant majeur dans la dépression.

### **Conduites à éviter**

– **N'utiliser que l'empathie** : cela contribue à laisser la personne dans son symptôme. Une

stimulation douce est nécessaire pour l'aider à sortir de son inhibition psychique et psychomotrice.

– **Laisser la personne dans son corps négligé** en attendant qu'elle se prenne en main : ce serait, d'une part, une attente vaine car elle en est souvent bien incapable, et ce serait également se priver des bienfaits psychologiques de l'aide à la toilette.

– **Surstimuler la personne** : il est important d'intégrer qu'elle ne fait pas « exprès », « par paresse » de rester au lit. La clinophilie (le fait de rester au lit pendant des heures tout en étant éveillée) est l'un des symptômes de la dépression. Il est important d'éviter les : « Allez debout ! Faites un effort ! Fini de traîner au lit ! » toniques qui vont donner à la personne un sentiment d'échec et de dévalorisation, renforçant ainsi sa mauvaise estime d'elle-même.

– **Laisser la personne seule longtemps.** La personne dépressive livrée à elle-même a tendance à rester isolée au fond de son lit. Parallèlement à une surveillance discrète qu'il conviendra d'avoir vis-à-vis d'elle tant que persistera le risque suicidaire, il est important d'avoir des contacts réguliers avec la personne au cours de la journée. Elle y verra le signe que les soignants se préoccupent d'elle et cela occasionnera une stimulation (même minime) de sa thymie.

### **Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux**

– Antidépresseurs. **Surveillance** : attention au risque suicidaire accru durant les deux ou trois premières semaines suivant le début du traitement antidépresseur, à cause de la levée d'inhibition psychomotrice alors que l'effet antidépresseur ne se fait pas encore sentir. La personne a alors l'énergie de passer à l'acte auto-agressif.

– Thymorégulateurs.

– Neuroleptiques (si éléments psychotiques).

L'adjonction d'un anxiolytique est actuellement très contestée, les benzodiazépines pourraient en effet entraîner un effet désinhibiteur favorisant le passage à l'acte suicidaire.

Une électroconvulsion-thérapie peut être indiquée dans les cas de dépression à caractère mélancolique résistant au traitement médicamenteux.

### **Évolution et complications possibles**

La durée d'un épisode dépressif est variable. Non traité, il dure habituellement 4 mois ou plus. Dans la majorité des cas, on observe une rémission complète des symptômes avec retour au fonctionnement antérieur. Dans 20 à 30 % des cas, certains symptômes peuvent persister pendant des mois, voire des années, étant associés à des degrés divers d'incapacité et de souffrance (rémission partielle). Chez 5 à 10 % des personnes, l'ensemble des symptômes de la dépression peut être présent pendant 2 ans ou plus.

La complication majeure de la dépression est **la tentative de suicide ou le suicide** lui-même.

Une pathologie associée peut être présente : un trouble anxieux, alcoolisme, dépendance aux psychotropes, etc.

### **L'épisode maniaque**

#### **Définition**

L'épisode maniaque correspond à une élévation de l'humeur ou d'humeur expansive durant au moins une semaine.

#### **Étiologie et mécanisme psychopathologique**

**Selon le modèle analytique**, dans la phase maniaque, le Moi triomphe de l'objet, s'affranchit de toutes

les contingences du réel et du quotidien, de la fatigue et de la tristesse. L'épisode maniaque aurait alors pour objectif de ne plus avoir à craindre la perte de l'objet.

**Selon le modèle cognitif**, les schémas qui s'expriment lorsque la personne est en phase maniaque sont ceux de droits personnels, de manque de contrôle de soi, de dominance.

### **Signes cliniques**

L'épisode maniaque est facilement reconnaissable à sa symptomatologie qui a pour élément central **l'agitation**. Cette agitation est très importante, non productive et inadaptée à l'environnement. Il y a présence de signes d'appel qui inaugurent la maladie : des dépenses importantes et inconsidérées, des conduites sexuelles exacerbées, la survenue d'excentricités vestimentaires, des troubles du sommeil (insomnie s'aggravant jusqu'à devenir totale).

Un état maniaque se définit essentiellement par l'expression d'une symptomatologie triple qui se situe à l'opposé de la symptomatologie dépressive :

- **une exaltation de l'humeur** avec une humeur euphorique, une sensation majeure de bien-être, un comportement familier superficiel, une labilité de l'humeur (passe sans transition de l'humour à l'agressivité) et un sentiment de toute-puissance, une augmentation de l'estime de soi et des idées de grandeur ;

- **une exaltation de la pensée** avec une fuite des idées (tachypsychie), une dispersion de l'attention, une exaltation imaginative, une propension à faire des jeux de mots incessants, à passer du coq à l'âne et une logorrhée (diarrhée verbale). La personne a le désir de parler constamment ;

- **une agitation motrice** marquée par une hyperactivité dispersée, incoercible et improductive. Insensible à la fatigue, il y a un risque majeur d'épuisement de la personne car à cela se surajoute **une insomnie majeure** qui peut être totale au moment fort du trouble (son apparition est souvent la marque du début du trouble).

À cela peuvent s'ajouter des troubles de l'alimentation (boulimie, anorexie, oligurie) et des conduites sexuelles perturbées (propositions érotiques, exhibitionnisme, viol, etc.). Ce trouble est susceptible d'avoir de fortes répercussions sur le fonctionnement familial, social et professionnel de la personne, avec des risques de conséquences dommageables pour la personne (perte d'emploi, d'argent, d'amis, éloignement de la famille) ou pour autrui (agression, etc.).

 Mme Beroni est âgée de 50 ans et elle souffre d'un trouble bipolaire de type I. Elle vit à nouveau chez elle depuis trois mois, après avoir été hospitalisée pour un épisode dépressif. Mais voici deux nuits qu'elle ne dort que trois heures (signe de début d'un épisode maniaque). Pourtant, ce matin-là, elle se sent en pleine forme (début de l'épisode maniaque). Elle s'habille très vite, enfilant simplement une robe d'été alors qu'on est en hiver, et elle met son chapeau à plumes qu'elle garde habituellement pour les grandes sorties habillées (ne tient plus compte de la réalité). Chez son boucher, elle achète dix kilos de viande car elle vient de décider d'inviter plein de monde le jour suivant.

Elle dit en prenant sa commande : « Ah, je pète la forme ce matin ! J'embrasserais le monde entier ! D'ailleurs je vais commencer par vous : vous avez une bonne tronche ! Tronche de cake ! Quéquette à l'air ! » (jeux de mots). Et elle contourne le comptoir illico et assène une énorme bise sur la joue du boucher décontenancé (exaltation). De retour chez elle, elle laisse ses achats dans un coin sans se préoccuper de mettre la viande au frais. En fait, elle l'a déjà oubliée. Le téléphone sonne. C'est sa fille à qui elle hurle sans l'écouter : « Ah c'est toi la minable ? ! Même pas capable de rendre heureux ton imbécile de mari ! Je te déshérite ! ». Et

elle lui raccroche au nez. Elle allume alors la télévision et tombe sur un journal d'information qui parle de la prise d'otage d'un juge dans un tribunal à 800 km de là. Ni une, ni deux, elle décide d'aller régler les choses, appelle un taxi et lui donne l'adresse. Sur la route elle achète deux battes de base-ball pour « faire leur affaire aux kidnappeurs » et devant le vendeur stupéfait, elle essaie leur solidité en frappant sur le comptoir du magasin de sport. Arrivée sur place, elle sera arrêtée dans son élan par la police qui, vu son état, la fera transférer en hôpital psychiatrique.

### **Axes thérapeutiques**

L'objectif thérapeutique essentiel est d'aider la personne à se calmer. La phase maniaque représente toujours **une urgence psychiatrique**.

Étant donné qu'elle est « hors d'atteinte » au niveau communicationnel, ce sont les **actions de pare-excitation** qui vont primer avant tout, celles-ci étant faites avec beaucoup d'humanité :

- **mise en chambre d'isolement thérapeutique** avec plusieurs objectifs : empêcher la personne de divaguer n'importe où, de nuire à elle-même ou aux autres, et diminuer les stimuli reçus de l'extérieur (auxquels sa pathologie la rend très réactive) afin de pouvoir réaliser les soins de façon sécuritaire pour la personne et le personnel soignant ;
- **mise en place d'une mesure de protection**. Cela va protéger la personne des conséquences de ses actes (dépenses, ventes intempestives, etc.). La tutelle est indiquée dans les cas de pathologie bipolaire au long cours. Une sauvegarde de justice (mesure rapide à mettre en place) peut être demandée en urgence par le médecin lors d'une crise inaugurale, le temps de mettre en place une tutelle ;
- **prescription d'un traitement médicamenteux** ; neuroleptiques souvent dispensés en injectable en début de traitement du fait de la non compliance : loxapine (*Loxapac*), cyamémazine (*Tercian*).
- **surveillance intensive de la personne** (état psychique, physiologique). L'isolement représente un soin intensif en psychiatrie.

### **Évolution et complications possibles**

Le début des troubles se situe souvent vers 30 ans. Les épisodes maniaques débutent de façon soudaine, le plus souvent, avec une aggravation rapide de la symptomatologie. Ils durent de quelques semaines à plusieurs mois. Dans presque la moitié des cas, un épisode dépressif précède ou suit directement l'épisode maniaque, sans phase de rémission symptomatique.

Les complications sont le plus souvent liées aux comportements « débordants » de la personne : pertes financières (dépenses faramineuses, vente de biens de façon inconsidérée, etc.), prise de distance des proches (cette pathologie est très usante nerveusement et affectivement pour l'entourage), perte du travail, etc.

### **L'épisode hypomaniaque**

#### **Définition**

Il présente les mêmes caractéristiques que l'épisode maniaque, cependant les symptômes sont atténués, moins nombreux et moins invalidants. Le diagnostic d'un épisode hypomaniaque peut être posé lorsque les symptômes persistent au moins quatre jours.

#### **Signes cliniques**

Les symptômes étant atténués, la personne peut souvent conserver ses investissements sociaux et

professionnels. Il est possible d'entrer en communication avec elle, contrairement à la personne en phase maniaque qui n'est plus du tout capable de prendre en compte ce qui lui est dit.

➡ Monsieur Léon est levé à l'aube et il réveille les autres patients du service en mettant sa radio à fond. Quand Emmanuelle, l'infirmière, vient le trouver pour lui demander d'éteindre, il proteste mais finit par le faire. L'instant d'après, il se promène dans les couloirs en parlant très fort avec un autre patient. Rappelé à nouveau à l'ordre par Emmanuelle, il râle (à nouveau) mais obtempère. Après cela, il vient faire le siège du bureau infirmier, ignorant le fait que les infirmiers lui demandent de sortir car c'est le temps de relève. C'est l'arrivée d'Albert, le cadre du service qui le fait sortir du bureau. Toute la journée, ses débordements comportementaux (harcèlement d'une patiente pour avoir des cigarettes, d'une autre pour avoir sa radio) et vocaux (insultes à qui s'oppose à lui, chant à tue-tête dans les couloirs, etc.) vont perturber le calme du service.

*M. Léon « entend » quand on lui demande quelque chose (même s'il maugrée) et il accède à la demande (même s'il recommence ses conduites un peu plus tard). Cela différencie l'hypomanie de l'état maniaque dans lequel la personne est inatteignable, perdure dans sa toute-puissance.*

### Axes thérapeutiques

**Avoir des actions de pare-excitation constantes**, ce qui demande beaucoup de persévérance et de patience. Quelle que soit l'attitude de la personne (manque de respect, conduite infantile), l'infirmier devra garder son calme (sinon il risque de potentialiser l'agitation de la personne), être ferme et respectueux. *A priori*, un état hypomaniaque ne nécessite pas d'isolement thérapeutique, les actions infirmières conjuguées au traitement médicamenteux pouvant généralement suffire à aider la personne à se contenir.

### Évolution et complications possibles

Un épisode hypomaniaque débute typiquement de manière soudaine, avec une aggravation rapide des symptômes (sur 2 jours). Il peut durer plusieurs semaines à plusieurs mois. Il peut inaugurer un épisode maniaque (dans 5 à 15 % des cas), ou encore précéder ou succéder à un épisode dépressif.

#### ● Les troubles de l'humeur chez le sujet âgé

Chez la personne âgée, l'épisode maniaque peut être atténué, ressemblant plutôt à des états confusionnels, voire démentiels. La personne présente souvent une irritabilité et de la colère plutôt qu'une agitation maniaque proprement dite. Des troubles mnésiques sont souvent associés (mémoire de fixation). La personne âgée peut également associer une accélération idéique à une agitation, dans le cadre d'une humeur dépressive teintée de désespoir, avec des sentiments d'indignité et de culpabilité. Le risque suicidaire est alors très important.

#### ● Les troubles de l'humeur chez le nourrisson

La dépression du nourrisson a une symptomatologie difficile à déceler du fait d'un mode d'expression spécifique chez le bébé. Elle se caractérise par :

- une importante passivité de comportement, peu de réponses aux excitations, peu d'interaction avec l'autre, une expression vide ;
- une atonie thymique : indifférence, peu de pleurs ou de cris, évitement du regard (et plus particulièrement celui de sa mère) ;
- une inertie motrice : lenteur, peu de mouvements, mimique inexpressive, faible mobilité

corporelle ;

– des troubles psychosomatiques : anorexie, retard psychomoteur, problèmes somatiques récurrents (bronchites, diarrhées...) ;

– dans les cas graves, le nourrisson peut sombrer dans un état de marasme avec refus de tout contact, insomnie, arrêt de l'alimentation, atonie et inexpressivité faciale.

La dépression du nourrisson est liée à une carence maternelle qui peut être qualitative ou quantitative. Elle est qualitative lorsque la mère est présente physiquement mais psychiquement absente ou inaccessible en raison d'un état psychique pathologique (dépression, psychose...). Elle est quantitative lorsqu'il y a séparation physique du bébé et de sa mère lors d'une hospitalisation ou d'un placement. Bien sûr un état dépressif ne s'installe que si la carence maternelle dure dans le temps et qu'il n'y a pas de ressource dans l'environnement pour y pallier.

**Axes thérapeutiques** : il s'agira avant tout d'évaluer le risque à laisser l'enfant dans sa famille. Le médecin, grâce à ses observations cliniques ajoutées à celles de l'infirmier, pourra soit décider de mesures d'accompagnement de la famille (soutien, actions éducatives, etc.), soit demander au juge un retrait de l'enfant de son milieu de vie pour être placé en foyer d'accueil.

### ● *Les troubles de l'humeur chez l'enfant*

■ **Signes cliniques** : on retrouve chez l'enfant un peu plus âgé un tableau franc, relativement similaire à celui du nourrisson : retrait relationnel, tristesse, désintérêt pour l'environnement, perte d'énergie, activité réduite, inexpressivité, absence de curiosité, propreté difficilement acquise. On peut aussi dépister un tableau incomplet chez des enfants paraissant trop sages, l'état dépressif s'exprime alors par un manque d'intérêt, de l'ennui, de la passivité, de l'inhibition, des troubles du sommeil et de l'alimentation. Mais la dépression peut aussi se manifester par de l'instabilité, de l'agitation, des comportements auto-ou hétéro-agressifs, une perte de la propreté sphinctérienne. Enfin, il est possible de constater un tableau marqué par un sentiment de dévalorisation, de rejet, de la culpabilité, avec parfois une avidité affective. Les tentatives de suicides sont rares chez l'enfant. Lorsqu'elles ont lieu, elles signent plutôt un désir de changement qu'un réel désir de mourir.

■ **Étiologie** : les causes de ces états dépressifs sont les mêmes que pour le nourrisson, (séparation physique ou affective avec la mère). Il est également possible de retrouver une dépression chez un ou chez les deux parents.

■ **Axes thérapeutiques** : il est fondamental de considérer la souffrance de l'enfant. C'est la prise en compte de cette souffrance, à travers l'intérêt que lui porte le soignant, qui permettra à l'enfant de se sentir exister et lui ouvrira la porte à l'élaboration. Cette attitude exclut évidemment les stimulations excessives (« Allez, fait un effort, bouge-toi !... »), tout comme la mise en doute de la sincérité des difficultés de l'enfant (« Tu ne fais pas un peu de cinéma ? »)

La prise en charge thérapeutique aura les mêmes orientations que pour l'adulte, cependant l'aspect de médiation (ateliers, jeux) sera central.

Une thérapie familiale pourra être indiquée.



## **Repérer les troubles dépressifs chez l'enfant (au cours d'une consultation ou d'une visite à domicile)**

En général l'enfant dépressif, de par la tonalité même de ses symptômes, passe inaperçu. Il ne dérange pas, ne s'oppose pas vraiment, ce sera souvent l'école qui signalera des difficultés liées au manque d'intérêt et de participation sociale. Il importe donc, pour l'infirmier, d'être attentif à différents éléments :

- au discours de l'enfant qui peut traduire, de manière récurrente, une perte d'intérêt, un vécu de dévalorisation ou encore un vécu d'impuissance. Ces éléments peuvent aussi apparaître dans les productions picturales de l'enfant ou dans ses jeux ;
- au discours des parents et de l'entourage, là aussi récurrent, rapportant des modifications dans la façon d'être de l'enfant ;
- à des difficultés cognitives nouvelles rapportées par l'environnement : troubles de l'attention, de la concentration et de la mémorisation ;
- à des troubles atypiques du comportement : instabilité, irritabilité, colère ou troubles typiques : inertie, retrait ;
- à des troubles relationnels : soit la relation est peu investie, soit elle l'est sur un mode assez inadéquat (recherche intempestive de l'affection de l'autre) ;
- à des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement) et à des troubles des conduites alimentaires (anorexie plutôt lors de la petite enfance ou boulimie chez le grand enfant et le préadolescent).

Cette attention doit s'inscrire dans la relation établie avec l'enfant. L'infirmier doit aussi diriger ses efforts vers les parents afin de les aider à adapter leurs attitudes vis-à-vis de l'enfant. En effet, une surstimulation ou une focalisation sur les difficultés nouvelles de leur enfant peut renforcer ces dernières.

### **● Les troubles dépressifs de l'adolescent**

Durant l'adolescence, un état dépressif peut facilement être caché par la dynamique globale de cet âge et des conflits et des ruptures qui s'y rattachent. C'est donc souvent à l'occasion d'un épisode aigu, désinvestissement massif ou tentative de suicide, que l'état dépressif est mis en lumière, parfois après plusieurs mois d'évolution.

#### **Étiologie et mécanismes psychopathologiques**

D'un point de vue psychodynamique, la dépression de l'adolescent est à mettre en lien avec la réactivation de difficultés ayant eu lieu lors des expériences précoces de séparation. L'enfant, dans sa dynamique relationnelle précoce avec sa mère (son environnement), n'a pas intériorisé de sentiment de sécurité lui permettant de supporter la séparation (attachement confiant de Bowlby). Il a besoin de la présence physique de sa mère pour être en capacité d'exister pleinement, d'explorer, d'échanger avec l'autre. Arrivé à l'adolescence (puis plus tard à l'âge adulte) il est en difficulté pour supporter les ruptures, les pertes. Cette difficulté l'entraîne à passer d'un lien de dépendance à un autre. La

dépression apparaît dans le sillage d'une rupture, mais celle-ci n'est qu'un événement qui vient réactiver une incapacité structurelle à tolérer la perte.

On retrouve donc, dans le passé de l'adolescent dépressif, des difficultés précoces dans le lien mère-enfant, liées le plus souvent à une indisponibilité factuelle ou psychologique de la mère qui n'a pas permis à l'enfant de construire un attachement confiant. On relève aussi, dans le présent, des modifications de la dynamique familiale ne permettant plus à l'enfant devenu adolescent de trouver les étayages pour pallier son besoin de dépendance.

### **Signes cliniques**

Le tableau clinique s'exprime autour de quatre types de troubles : troubles de l'humeur, troubles affectifs, troubles cognitifs et comportementaux, et troubles somatiques. L'ensemble des signes exposés dans le tableau ci-dessous ne doit pas être présent de manière systématique mais il doit y avoir des signes relevant de chacune des quatre catégories pour parler de dépression.

**Tableau 7.I.** Signes cliniques des troubles de l'humeur

<b>Troubles de l'humeur</b>	<b>Troubles affectifs</b>	<b>Troubles cognitifs et comportementaux</b>	<b>Troubles somatiques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristesse ou humeur plate</li> <li>• Irritabilité</li> <li>• Pessimisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'intérêt et de plaisir</li> <li>• Sentiment d'autodévalorisation</li> <li>• Sentiment d'incompréhension</li> <li>• Sentiment de culpabilité</li> <li>• Pensées négatives</li> <li>• Idées suicidaires</li> <li>• Angoisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repli sur soi</li> <li>• Isolement</li> <li>• Difficultés à communiquer</li> <li>• Ralentissement général</li> <li>• Difficultés de concentration</li> <li>• Diminution des activités ludiques</li> <li>• Ennui et doute</li> <li>• Conduites addictives</li> <li>• Baisse des résultats scolaires</li> <li>• Conduites à risques voire suicidaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles du sommeil</li> <li>• Fatigue</li> <li>• Diminution de l'élan vital</li> <li>• Troubles alimentaires (perte d'appétit)</li> <li>• Douleurs physiques</li> </ul>

### **Les conduites suicidaires chez l'adolescent**

Chez l'adolescent, l'acte (ou la volonté) suicidaire relève très souvent d'une volonté d'exister différemment pour échapper à un sentiment de perte, d'abandon ou de découragement. Il est donc lié à une existence devenue intolérable. L'acte suicidaire exprime alors la revendication de sortir de cet intolérable même si cela se fait au détriment de l'existence. Le geste suicidaire repose ainsi sur un espoir (magique), celui de voir le passage à l'acte modifier quelque chose de la situation du sujet : le retour à une situation antérieure, la compréhension ou le pardon de son entourage, etc. C'est-à-dire de vivre de manière différente, moins douloureuse.

## *Les troubles des conduites alimentaires*

Les troubles des conduites alimentaires correspondent à une perturbation importante et durable de la prise alimentaire. Ils s'associent souvent à d'autres comportements pathologiques. Les principaux troubles sont l'anorexie et la boulimie.

**Les facteurs prédisposants des troubles des conduites alimentaires sont :**

- les facteurs individuels : un terrain de vulnérabilité serait lié à des facteurs génétiques (polymorphisme du gène du récepteur de la sérotonine ou de son transporteur) ;
- les facteurs familiaux : un antécédent de trouble des conduites alimentaires chez un parent du 1er degré entraîne un risque accru d'apparition du trouble (le facteur environnemental étant probablement en cause) ; un intérêt familial prononcé pour les régimes alimentaires ; la présence de conflits familiaux ;
- les facteurs culturels : la pression culturelle de la minceur (culte du corps maigre au travers des publicités).

### *L'anorexie*

#### *Définition*

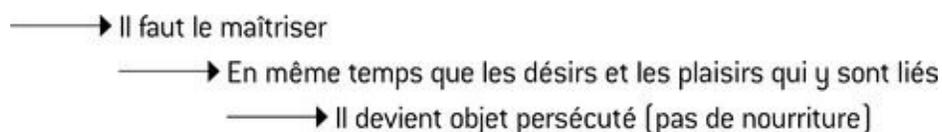
L'anorexie est une pathologie qui se déclare à l'adolescence (entre 12 et 18 ans) et ne touche que 10 % de garçons. Elle est marquée par une triade symptomatique : anorexie, amaigrissement, aménorrhée. La perte de poids entraîne des troubles biologiques et endocriniens.

#### *Étiologie et mécanismes psychopathologiques*

Selon le modèle psychanalytique, l'apparition du trouble peut être liée à une communication intrafamiliale conflictuelle et à une confusion des rôles et des places au sein de la famille. On constate une faiblesse narcissique chez les sujets anorexiques souvent liée à une construction en faux-self (conduite adaptée de façade). La restriction alimentaire que s'impose la personne anorexique lui permet de maîtriser le développement du processus pubertaire. En effet, ce dernier impose des modifications internes (sensations corporelles) et externes (maturation génitale). Ces modifications sont vécues par la personne anorexique comme étant intolérables. L'arrêt de la nourriture lui permet d'empêcher ce développement et donc d'éviter les modifications corporelles.

Schématiquement, le corps de l'anorexique veut entrer dans la vie sexuelle mais son psychisme n'y est pas prêt. La conflictualité psychique normale inhérente à la maturation pubertaire ne peut être gérée sur le plan psychique, elle est évacuée sur le plan somatique. Les conflits vont donc se jouer au niveau du corps.

Le corps devient objet persécuteur



Le comportement anorexique protégerait le sujet d'une souffrance psychique en échange d'une souffrance du corps. Il existe à la base de ce fonctionnement une difficulté à gérer les affects. Ces derniers sont vécus sans pouvoir être pensés. Ce sont alors les sensations corporelles qui vont se substituer à l'activité mentale de représentation. La personne anorexique utilise sa psyché pour penser mais uniquement sur le mode intellectuel (et non pas effectif).

#### *Signes cliniques*

Le tableau clinique met en évidence :

- **des troubles restrictifs** avec un refus ou une incapacité à s'alimenter avec recherche extrême de minceur. Le mode d'entrée dans la pathologie est souvent un régime. L'alimentation générale se réduit considérablement, la personne trie ses aliments, ne mange que de petites bouchées, etc. ;
- **des stratégies de contrôle du poids**, la plus fréquente étant le vomissement postprandial provoqué (qui peut devenir ensuite spontané). La personne anorexique peut également prendre des diurétiques ou des laxatifs, des coupe-faim. L'hyperactivité physique peut également entrer dans une stratégie de perte de poids (par augmentation du catabolisme) ;
- **des distorsions cognitives**, avec une distorsion majeure de l'image du corps ;
- **des aspects somatiques**. L' indice de masse corporelle (IMC) est inférieur à  $14 \text{ Kg/m}^2$ . La dénutrition provoque une amyotrophie, une déshydratation, des œdèmes des membres inférieurs, une bradycardie, une hypothermie, une hypotension. À long terme, une anorexie peut mettre en jeu la fertilité de la personne et provoquer une ostéoporose.

 Annabelle pèse 35 kg pour 1,80 m. Son apparence est cachectique. Pourtant, quand elle prend son bain, elle tire sur la peau de son ventre en disant à l'infirmière qui est là : « Mais regardez comme je suis grosse ! C'est horrible ».

Chez l'adolescente, le début est progressif, l'amaigrissement étant souvent masqué par le port de vêtements amples. D'un point de vue comportemental, l'anorexie se caractérise par une attention démesurée par rapport à la nourriture (nature, calories..), un contrôle de l'appétit (tri, grignotage et dissimulation) et une attitude de défi par rapport à son entourage. On relève une méconnaissance des besoins corporels et un schéma corporel perturbé et caractérisé par une dysmorphophobie.

Le fonctionnement psychologique de la personne anorexique se caractérise par :

- un surinvestissement de la sphère intellectuelle ;
- un évitement de toute relation affective réelle ;
- une difficulté à fantasmer et une absence de rêve ;
- une incapacité à verbaliser ses affects (alexithymie) ;
- un désintérêt pour la sexualité génitale ;
- une mise à distance de tout ce qui est de l'ordre du pulsionnel (recherche de contrôle permanent).

### ***Axes thérapeutiques : prise en charge infirmière***

Dans la prise en charge d'une personne anorexique, le projet de soins est construit autour de trois axes : le corps, le cadre, la relation :

- **le corps** : l'objectif est une mise hors de danger et donc une reprise de poids. Il faut cependant se garder de se fixer sur la nourriture pour ne pas entrer dans un rapport de force épuisant. L'accompagnement des repas et la pesée doivent rester avant tout des moments relationnels ouverts ; la surveillance somatique est importante (bilans sanguins, surveillance de la prise de poids, de l'alimentation, etc.). Dans certains cas, quand il y a mise en danger, une pose de sonde alimentaire peut devenir nécessaire quand le risque vital est en jeu ;
- **le cadre** : le contrat de soin doit être érigé en tiers afin d'éviter les tentatives de manipulation de la patiente comme de la famille. Dans ce contrat pourra figurer un contrat de poids, la personne ne

pouvant sortir du service que quand elle aura retrouvé un certain poids. Les termes du contrat peuvent être présentés comme des éléments neutres du soin et non pas comme des réponses subjectives des soignants ;

– **la relation** : les soignants s'appuieront :

– sur des actes concrets pour construire la relation de soins : promenade accompagnée, esthétique.. ;

– sur la relaxation permettant à l'anorexique d'accéder au plaisir du corps ;

– sur des activités médiatisées : dessin, collage... pour lui permettre la mise en œuvre de l'imaginaire, de la fantasmatisation.

Pour le soignant il s'agit d'agir avec une certaine **fermeté** dans le cadre de l'assurance des besoins biologiques vitaux tout en gardant **souplesse et créativité** qui permettront un accès à l'imaginaire et à la mentalisation (activités de médiation, relaxation, etc.).

Au niveau somatique, une pose de sonde alimentaire peut devenir nécessaire quand le risque vital est en jeu.

Les risques de la relation avec la personne anorexique sont :

– se laisser obnubiler par la question du poids et de l'alimentation qui entraîne inévitablement la relation dans un rapport de force stérile ;

– la création d'un clivage dans l'équipe entre les « nourrisseurs » et ceux partisans du « laisser-faire », ou encore le clivage entre les défenseurs du cadre strict et les maternant qui « laissent passer les choses pour une fois ». La supervision professionnelle est d'un grand soutien aux équipes qui prennent en charge les personnes anorexiques.

### ***Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux***

Il est essentiellement symptomatique (anxiolytiques, antidépresseurs, etc.).

Prescription de fer, vitamine D, apports calciques, suivant les besoins.

### ***Évolution et complications possibles***

L'évolution est variable. Certaines personnes ne font qu'un épisode unique, d'autres ont une évolution chronique avec une détérioration progressive. Certaines évoluent vers une alternance de boulimie/anorexie. Le risque suicidaire est important.

## ***● La boulimie***

### ***Définition***

La boulimie est caractérisée par des épisodes répétitifs de suralimentation excessive incontrôlable pendant un court laps de temps.

### ***Étiologie et mécanismes psychopathologiques***

Les causes de la boulimie sont proches de ceux de l'anorexie mentale, les deux maladies étant fréquemment liées. Un même patient peut en effet manifester une combinaison des deux maladies.

**Selon le modèle analytique**, la boulimie serait liée à une incapacité à gérer certains affects insurmontables et inélaborables chez des sujets habités par une tendance à l'avidité et une intolérance à l'attente. On retrouve chez ces personnes une faiblesse du sentiment de Soi et ainsi qu'une grande confusion des limites dans l'environnement familial et en particulier entre les générations. Il semble qu'il y ait eu chez ces personnes une impossibilité à établir des relations suffisamment sécurisantes et stables avec les personnes signifiantes de leur enfance (dépression maternelle, séparation précoce,

naissance d'un autre enfant, etc.).

**Selon le modèle comportemental**, il existe chez la personne boulimique des distorsions cognitives concernant l'image du corps dont elle est perpétuellement insatisfaite.

**Selon le modèle neurobiologique**, la boulimie serait liée à un hypofonctionnement dopaminergique.

### ***Signes cliniques***

Les crises boulimiques sont qualifiées de compulsives, c'est-à-dire qu'elles échappent au contrôle conscient de l'individu. L'épisode débute brutalement, sans facteur déclenchant apparent, souvent à une heure régulière. L'ingestion de nourriture a un caractère impératif, il dure de 10 à 30 minutes sans discontinuité. Il est lié à un sentiment de perte de contrôle de la quantité ingérée et cède seulement lorsqu'une douleur abdominale se fait sentir.

Ces comportements sont vécus à l'abri du regard de l'autre, avec la peur d'être découverts. Culpabilité et honte empêchent souvent la personne boulimique de parler de ce qu'elle vit, parfois pendant des années. Ce qui peut entraîner un isolement social, le retrait de certaines activités amicales et sociales. L'épisode est suivi d'un soulagement, d'une période de grande fatigue, de douleurs abdominales et d'un sentiment de culpabilité renforcé. Dans 50 % des cas on constate des vomissements provoqués ou automatiques.

La boulimie peut relever d'un symptôme isolé mais elle peut aussi se rencontrer avec d'autres troubles : syndromes dépressifs, état limite, anorexie, conduites addictives.

### ***Axes thérapeutiques***

Une prise en charge psychothérapeutique est nécessaire, sous la forme d'entretiens individuels, d'activités de médiation, de séances de relaxation. Le traitement médicamenteux est symptomatique : anxiolytiques, antidépresseurs, thymorégulateurs, etc. Il vise à corriger les désordres hydroélectrolytiques liés aux vomissements, à la prise de laxatifs et/ou de diurétiques.

Parfois une thérapie familiale est souhaitable (dans la mesure où l'un des membres de la famille le demande).

## *Les conduites addictives*

---

À l'heure actuelle, malgré les nombreuses recherches, tous les déterminants du comportement pathologique d'addiction n'ont pu encore être clairement déterminés.

Les conduites addictives se caractérisent par **un syndrome de dépendance**, celui-ci prenant en compte la relation de sujétion qui existe entre une personne et un produit (l'alcool, la drogue, les jeux).

### *À l'origine des conduites addictives*

De nombreuses recherches ont été faites sur les causes des conduites addictives et à l'heure actuelle, certaines hypothèses prévalent.

**Pour le modèle analytique**, la problématique se situe dans le stade oral, ce qui implique une conduite profondément régressive sous-tendant une modalité relationnelle marquée par la dépendance à l'objet (la mère, l'autre). C'est la qualité des relations précoces de l'enfant avec son environnement qui semble en cause. Quand dans sa petite enfance, le sujet a pu se construire une assise narcissique précoce suffisamment solide, il n'a pas besoin d'un support externe pour exister. Cette sécurité primaire lui permet de se séparer de ses parents sans souffrir, sans vivre le vide. Si au contraire, il n'a pas pu se construire une base identitaire solide (carence affective, troubles familiaux, placements, liens envahissants...), il vivra avec difficulté la nécessité de se séparer de ses parents. Le conflit interne entre la nécessité d'accéder à l'autonomie et l'incapacité à vivre cette autonomie entraîne le sujet à adopter un support externe pour exister : le produit. Ce produit (alcool, drogue, jeux vidéo, etc.) sera utilisé en tant qu'objet substitutif permanent. Le fait que chez la personne alcoolique ou toxicomane, le produit (alcool, drogue) remplace l'objet (l'autre), entraîne de graves perturbations dans les relations interpersonnelles. La personne toxicomane, notamment, vit dans l'illusion qu'elle peut se suffire à elle-même sans intervention d'autrui (auto-érotisme) et le produit l'aide à maintenir cette illusion. L'angoisse générée par le conflit psychique est fuie par la consommation. Le corps sans produit (drogue, alcool) est ressenti comme inerte avec une absence ou une insuffisance de sensations ce qui génère une angoisse de non-existence. Par ailleurs, dès qu'il y a frustration (chez le toxicomane), dès qu'il s'agit de différer une satisfaction, une tension insupportable envahit la personne et le produit vient alors comme source unique de satisfaction. Chez la personne alcoolique, il semblerait que les soins premiers du bébé aient pu être vécus comme agressifs et douloureux.

Des études récentes mettent également en cause **des facteurs génétiques et biologiques** dans la survenue de conduites addictives. **Selon le modèle neurobiologique**, un dysfonctionnement du système dopaminergique pourrait être un élément déterminant dans le risque d'alcoolodépendance précoce, celle-ci étant fréquemment associée à un tempérament marqué par la recherche de sensations fortes. Par ailleurs, il existe 3 fois plus de risque de survenue d'alcoolisme quand il existe des antécédents familiaux au premier degré.

**Selon le modèle cognitif**, la personne peut avoir intériorisé des schémas d'échec, de honte, d'imperfection, de dépendance et de manque affectif.

### *Les conduites alcooliques (ou troubles liés à l'alcool)*

L'alcoolisme a longtemps été considéré comme un vice et ce n'est que depuis peu de temps qu'il est considéré comme une maladie s'exprimant par un trouble des conduites.

### *Définition*

L'alcoolisme peut se définir comme la perte de la liberté de s'abstenir d'alcool. Il s'agit donc d'une dépendance. Selon l'OMS, « la dépendance à l'égard de l'alcool conduit à une consommation responsable d'un trouble mental ou physique décelable et affectant le comportement, les relations sociales et familiales et le statut économique du sujet. »

Le parcours de la personne alcoolique est émaillé de sevrages et de rechutes, celle-ci entraînant un fort sentiment de culpabilité chez elle. Le déni des troubles est très fort, la personne minimisant sa consommation.

### **Signes cliniques**

Il y a chez la personne alcoolique, **un syndrome de dépendance** à l'alcool qui se manifeste par divers aspects :

- un désir persistant et/ou des efforts non fructueux visant à endiguer la consommation d'alcool ;
- le fait que la personne passe beaucoup de temps à chercher, consommer de l'alcool et récupérer de ses effets ;
- le fait que la personne finisse par réduire ou abandonner ses activités sociales, professionnelles, familiales, de loisirs pour pouvoir consommer de l'alcool ;
- le fait qu'elle poursuive sa consommation malgré sa conscience des problèmes somatiques et psychiques causés par l'alcool ;
- le besoin de consommer des quantités de plus en plus importantes pour obtenir l'effet désiré ;
- la présence d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt de la consommation d'alcool ;
- la nécessité de consommer de l'alcool pour éviter le syndrome de sevrage.

### **Les différentes formes d'alcoolisme**

Deux types de conduites alcooliques peuvent être rencontrés : **l'alcoolisme primaire** dans lequel le premier trouble observé est l'alcoolisme et **l'alcoolisme secondaire** qui se développe chez une personne présentant déjà un autre trouble (trouble anxieux, dépression, personnalité limite, antisociale, etc.).

### **Sémiologie de l'ivresse**

- Alcoolémie entre 1 et 2 g/L : phase d'excitation motrice avec désinhibition, euphorie, agressivité, logorrhée, etc.
- Alcoolémie > à 2 g/L : phase d'incoordination, avec une incohérence des idées puis un état de confusion, de torpeur, des troubles de la vigilance.
- Alcoolémie > à 3 g/L : phase comateuse, avec une baisse de la vigilance qui peut aller jusqu'au coma, une mydriase bilatérale aréactive, une hypotonie, une bradycardie, une hypotension.

### **L'alcoolisme chronique**

Ses manifestations sont psychiques et biologiques :

- **les manifestations psychiques** sont : une instabilité caractérielle (irritabilité, impulsivité) et thymique (phases dépressives et/ou subagitées), trouble de l'affectivité (revendications affectives) et intellectuelles (diminution de l'attention, troubles de la mémoire, du raisonnement) ;
- **les manifestations biologiques** sont : une augmentation des gamma-glutamyl-transférases (Gamma-GT) et une augmentation du volume globulaire moyen (VGM).

Les complications de l'alcoolisme chronique sont très nombreuses, notamment au niveau somatique, ce qui en fait une pathologie dont les soins somatiques deviennent importants au fil du temps.

#### ■ Complications somatiques :

- complications hépato-gastro-entérologiques (gastrite, ulcère, cancer de l'œsophage,

pancréatite, stéatose hépatique, etc.) ;

- complications cardiovasculaires (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque progressive) ;
- complications liées à la dénutrition et à la malabsorption des vitamines B1, B12 et de l'acide folique : polynévrite sensitivomotrice, névrite optique rétroglobulaire, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, syndrome de Korsakoff.

■ **Complications liées au sevrage** : les symptômes de sevrage débutent quelques heures après la cessation ou la réduction de la prise d'alcool. Ils sont calmés par l'ingestion d'alcool :

- tremblements des mains, de la langue et des paupières ;
- troubles digestifs : nausée, bouche sèche, vomissements ;
- troubles neurovégétatifs : sueurs, soif, instabilité du pouls et de la TA ;
- troubles psychiques : sensation de malaise, anxiété, humeur dépressive, irritabilité ;
- troubles du sommeil : sommeil agité, cauchemars ;

Ces symptômes vont se résorber en 5 à 7 jours. Cependant, une complication aiguë peut survenir dans les 24 à 48 heures après le début du sevrage : **le delirium tremens**.

**Les signes cliniques du delirium tremens sont :**

- un état d'agitation psychomotrice importante :
  - troubles de la conscience avec confusion mentale et désorientation temporo-spatiale,
  - tremblements intenses et généralisés,
  - hypertonie oppositionnelle,
  - délire hallucinatoire important (vision d'animaux angoissants, de scènes de vie, de catastrophes). Le délire peut entraîner des passages à l'acte ;
- des troubles végétatifs et des signes généraux : sueurs, tachycardie, HTA, diarrhée, vomissements, hyperthermie, signes de déshydratation (pli cutané, oligurie) ;
- des modifications biologiques :
  - signes de déshydratation intracellulaire (hypernatrémie) ou extracellulaire (augmentation de l'hématocrite et de la protéinémie),
  - cétonurie, acidose métabolique (parfois).

S'il n'est pas traité, le delirium peut entraîner la mort (50 % des cas).

Les premiers signes du delirium (on parle alors de préDT) sont : les tremblements, fébricule, sueurs, anxiété.



## Surveillance somatique à l'admission d'un patient alcoolique

À l'admission d'un patient alcoolique, le bilan somatique et la surveillance de la survenue des complications sont très importants :

- prise des paramètres vitaux (pouls, TA, température) ;
- surveillance de la vigilance ;
- surveillance de survenue des symptômes du préDT.

Il est important de donner à la personne une bouteille d'eau et de l'encourager à la boire étant donné les risques de déshydratation.

### Axes thérapeutiques

Le déni des troubles représente l'une des difficultés majeures de la prise en charge de la personne alcoolique. Tant qu'elle ne reconnaît pas son problème d'alcool, l'infirmier devra se contenter d'être dans l'accompagnement des conséquences somatiques de l'intoxication, y mettant toute son humanité. À l'admission, **un contrat de soins accepté par les deux parties** (l'équipe soignante avec le médecin, d'un côté, et la personne alcoolique, de l'autre) devra impérativement être établi. Celui-ci permettra de donner un cadre à la prise en charge où vont se jouer des phénomènes de transgression. Le nombre élevé de rechutes peut donner au soignant l'impression que la personne n'avance pas. En fait, il est important de considérer chaque hospitalisation comme étant un pas fait par la personne vers la guérison. Chaque rechute est considérée comme une rupture de contrat et la sortie doit alors être décidée (à moins d'un état somatique problématique et d'un risque de mise en danger de la personne). Le positionnement soignant à la sortie est celle-ci : « Nous serons là pour vous dès que vous déciderez de revenir vous faire hospitaliser pour un sevrage.

Lorsqu'une personne est hospitalisée en psychiatrie, il convient d'évaluer sa demande de soins. Si elle formule une demande claire, la prise en charge se déroule alors en deux phases :

- **la cure de sevrage** : elle se déroule en hospitalisation avec un suivi somatique (bilan sanguin, TA, pouls, T°), et psychologique (entretiens médicaux, infirmiers, avec le psychologue). Les actions infirmières seront :
  - donner une bouteille d'eau chaque jour à la personne en lui conseillant de la boire avec une information sur les risques de survenue d'une déshydratation,
  - accompagner la personne au cours de ses soins corporels en cas de détérioration temporaire des capacités dues à une phase d'alcoolisation intensive (étayage sur le corps),
  - **manifester une qualité de présence relationnelle forte** : la personne alcoolo-dépendante, du fait de son parcours émaillé de rechutes se culpabilise, a honte d'elle-même et a une mauvaise estime d'elle-même. Le fait de manifester une qualité de présence empathique, avec de la présence dans le regard, contribue à l'aider la personne à restaurer son estime d'elle-même,
  - **aider la personne à dédramatiser la situation** (sans pour autant nier sa difficulté). Elle souffre d'une maladie et n'est pas « coupable » de l'avoir. Une prise en charge conséquente va la

soutenir dans sa démarche,

– **reconnaître la souffrance de la personne** : par ailleurs, se sentir reconnue dans sa souffrance va aider la personne anxieuse à sortir de son sentiment d'isolement et va l'aider peu à peu à restaurer son estime d'elle-même (fonction personnalisante – modèle humaniste),

– **utiliser la relation d'aide** : au cours des entretiens, utiliser les attitudes et les techniques de la **relation d'aide** afin d'aider la personne à être plus authentique, à restaurer son estime d'elle-même et à contacter son potentiel de croissance (modèle humaniste). Par ailleurs, aider la personne à formuler son ressenti et à préciser ses pensées lui apporte un **étayage sur la pensée** (modèle analytique) ;

– **confronter la personne** si elle transgresse le contrat d'abstinence. Celui-ci sera revu avec le médecin qui décidera s'il y a lieu ou non de poursuivre le sevrage :

– **la postcure** : elle se déroule dans un établissement spécialisé. Les soins se partagent entre une psychothérapie de soutien (étayage sur la pensée) et des activités (étayage sur le corps) et des réunions, groupes de parole (étayage sur le groupe).

Après la postcure, la personne est fortement encouragée à s'inscrire dans un groupe de soutien aux anciens buveurs (Alcooliques anonymes, etc.), celui-ci constituant un soutien conséquent au long cours (étayage sur le groupe).

– Les traitements médicamenteux visent à minimiser les effets du sevrage et à compenser les carences métaboliques :

– acamprosate ( *Aotal*), chlorhydrate de naltrexone ( *Revia*) ;

– hypnotiques pour aider à restaurer le sommeil ;

– vitaminothérapie (vitamines B1 B6 PP).

### **Évolution et complications possibles**

La première intoxication alcoolique est susceptible d'intervenir au milieu de l'adolescence et la grande majorité de ceux qui développent un trouble alcoolique le fait avant 40 ans. L'évolution du trouble est caractérisée par des périodes de rémission et de rechute. Bien souvent, un trouble anxieux ou une dépression peuvent être antérieurs à la pathologie alcoolique, celle-ci servant alors de moyen d'échapper à l'anxiété spécifique du trouble primaire.

### **● La toxicomanie**

#### **Définition**

La toxicomanie se définit comme la recherche compulsive et parfois chronique des effets consécutifs à une intoxication par absorption d'un produit psychoactif (drogue) au pouvoir toxicomanogène variable : recherche d'effet analgésique, euphorisant, hallucinatoire ou dynamisant. L'OMS a remplacé le terme de toxicomanie par celui de pharmacodépendance qui correspond « à un état psychique et quelques fois également physique résultant de la rencontre entre un organisme vivant et une drogue. Cette interaction se caractérise par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui engagent toujours fortement l'utilisateur à prendre de la drogue de façon continue ou périodique afin de retrouver les effets psychiques et parfois d'éviter le malaise de la privation. »

#### **Mode général d'action des drogues**

Au niveau biologique, les drogues ont un effet psychotrope : elles augmentent l'activité des neurones

dopaminergiques impliqués dans les sensations de plaisir, de déplaisir, la sensibilité au stress. Chaque substance a une caractéristique particulière, modifiant la vigilance, la qualité des sensations perçues, les émotions vécues, les capacités idéatives et imaginatives.

Différents solvants peuvent également être utilisés par inhalation (colles, vernis, détachants, etc.).

**Tableau 7.II.** Effets des drogues

Type de substance	Effet	Types de produits
Les psycholeptiques	Effet sédatif avec diminution des réactions émotionnelles, des perceptions	Cannabis Opium Morphine Héroïne
Les psychoanaleptiques	Effet stimulant au niveau de la vigilance. Produit une excitation intellectuelle, psychique et motrice	Cocaïne Crack Amphétamines Ecstasy
Les psychodysleptiques	Effet hallucinogène. Modification de l'humeur, de l'affectivité. Troubles du cours et du contenu de la pensée ainsi que de la conscience vigile	LSD Phencyclidine Peyolt Champignons hallucinogènes

### **Axes thérapeutiques : actions infirmières**

Le traitement des pharmacodépendances peut avoir lieu en ambulatoire et l'hospitalisation n'est pas systématique.

Les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) représentent les premières interfaces d'accueil des personnes toxicomanes. C'est là que sont mises en place les stratégies de soin (traitements de sevrage, de substitution, aide sociale, orientation en cas de pathologie organique (VIH, hépatite B, etc.) ou psychiatrique (hospitalisation éventuelle)).

L'objectif global de la prise en charge est d'aider la personne à devenir abstinent(e) (et dans ce cas son désir propre intervient) ou de diminuer le retentissement de la maladie sur la personne.

En hospitalisation :

- inventaire strict à l'admission afin de vérifier la présence de drogue éventuelle (action de pare-excitation) ;
- **surveillance somatique** (paramètres vitaux, état de vigilance) et psychique (degré d'angoisse) **importante durant le sevrage** (étayage sur le corps) ;
- soutien psychologique par le biais d'entretiens (étayage sur la pensée).

La difficulté dans la prise en charge de la personne toxicomane est importante. Étant donné que celle-ci utilise **un objet externe** (le produit) pour combler le vide, il n'y a pas ou peu de place pour l'autre, c'est-à-dire le soignant. Cela fausse la relation car le soignant a alors l'impression de ne pas exister pour la personne soignée. **Les conduites de séduction et de manipulation** pour obtenir un produit sont récurrentes, auxquelles s'ajoute la peur du manque qui est intense. Par ailleurs, la personne a beaucoup de difficultés à supporter les frustrations (le désir doit être assouvi tout de suite, comme avec le produit). L'infirmier doit tenir face à cela, restant à la fois clair et **ferme dans le maintien du cadre**, tout en étant empathique, c'est-à-dire dans la compréhension de la souffrance de la personne. Cela demande beaucoup d'énergie.

 Romain vient voir l'infirmière de nuit, Laetitia, qui a son âge (22 ans), pour lui dire qu'il

a vraiment très mal à la tête. Il est coutumier du fait, demandant sans cesse des médicaments supplémentaires aux membres de l'équipe.

« Donnez-moi un antalgique, s'il vous plaît, Laetitia, je n'en peux plus » dit-il, l'air malheureux (tentative d'apitoiement).

Laetitia lui répond alors gentiment : « Vous savez bien que c'est impossible. Vous ne pouvez avoir que ce qui est prescrit. »

Il insiste mais quand il voit que Laetitia tient bon dans son refus, il sourit alors, disant avec un clin d'œil : « Je vous ai trouvé sympa dès que je vous ai vue, pas comme vos collègues de cet après-midi (flatterie). S'il vous plaît... C'est juste un *Dafalgan*, j'ai trop mal, soyez chic... »

Laetitia n'accède pas à sa demande. Il comprend alors qu'elle ne cédera pas et va se recoucher.

Les activités sportives et les ateliers de médiation sont très indiqués, pour peu que la personne décide de s'y rendre. Un travail informatif sur les bénéfices à en tirer sera à faire par l'infirmier.

La toxicomanie nécessite bien souvent une prise en charge au long cours par un réseau de soins. Le traitement de troubles psychiatriques associés devra également être fait.

### **Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux**

Les traitements du sevrage sont :

- méprobamate (*Equanil*) pour diminuer l'anxiété et les contractures douloureuses,
- alimémazine (*Théralène*) antihistaminique agissant sur l'insomnie et l'état d'agitation.

Les produits de substitution représentent un passage obligé chez certains patients : **la méthadone** (opiacé de synthèse au pouvoir analgésique égal à celui de la morphine) et **la buprénorphine** (*Subutex*) qui est un antagoniste partiel des récepteurs d'opiacés (effet sédatif et euphorisant).

### **Évolution et complications possibles**

Le parcours de la personne toxicomane est émaillé de rechutes avec absorption de produits de remplacement (alcool, anxiolytiques, etc.). L'overdose et le suicide constituent les principaux risques des conduites toxicomanes. La contamination par le virus du sida et de l'hépatite B constitue l'une des complications possibles des conduites toxicomanes (passage d'aiguilles contaminées), celles-ci occasionnant une morbidité accrue.

### **● Les conduites addictives chez l'adolescent**

À l'adolescence la consommation de substances psychoactives ne constitue que rarement un trouble autonome. Le début d'une consommation est souvent lié à la volonté de faire une expérience de la part de l'adolescent ainsi qu'à la recherche des effets apaisants, euphorisants ou stimulants des produits essayés. Le sentiment d'appartenance voire d'identité à un groupe peut aussi intervenir. En revanche, la répétition et l'utilisation mal contrôlée de ces produits ainsi que la précocité de leur consommation peut déboucher sur une problématique addictive, la majorité des toxicomanies débutant à l'adolescence.

Les consommations massives telles que le « Binge drinking » : recherche d'intoxication violente avec consommation en une seule fois de très grandes quantités d'alcool jusqu'à la perte de connaissance, peuvent entraîner des conséquences néfastes lors d'une seule expérience (coma). Elles relèvent plus de conduites ordaliques ou conduites à risque que de conduites addictives.

### **Étiologie des conduites addictives de l'adolescent**

Chez l'adolescent, la consommation de toxiques sans addiction caractérisée correspond à un besoin

d'affirmation de soi par rapport aux adultes, un besoin d'appartenance au groupe de pairs (pression du groupe), une recherche de sensations, une nécessité d'expérimentation.

### ***Modes de consommation***

Concernant les produits psychotoxiques, plusieurs modes de consommation peuvent être décrits :

- **consommation conviviale et festive.** C'est une consommation épisodique dans laquelle les activités sociales sont conservées et les facteurs de risque modérés. Il s'agit de rechercher les effets euphorisants des produits et/ou l'effet de groupe de la consommation ;
- **consommation auto-thérapeutique.** Dans ce cadre, la consommation est plus régulière, souvent solitaire, et les activités sociales sont limitées. Des facteurs de risques individuels peuvent être repérés (difficultés dans l'enfance) ;
- **consommation toxicomaniaque.** Cette fois-ci ce sont les effets anesthésiants qui sont recherchés, l'utilisation des produits peut se faire seul ou en groupe, le mode de vie du sujet peut glisser vers la marginalisation. On retrouve des facteurs de risque individuels ou familiaux (conflits familiaux, consommation abusive de l'entourage, sollicitations anxieuses de l'entourage ou désintérêt).

### ● Définition

La personnalité antisociale est centrée sur la violence et caractérisée par un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui.

### ● Étiologie et mécanismes pathologiques

**Dans la psychogenèse** des personnes antisociales, on retrouve fréquemment la présence de sévices ou abandons vécus dans l'enfance. Pour Winnicott, la tendance antisociale s'expliquerait par la perte d'une bonne relation, de quelque chose qui a été positif jusqu'à un certain moment et qui aurait été brusquement retiré à l'enfant durant un temps suffisamment long pour qu'il oublie l'avoir vécu. Il a alors développé la croyance que c'est lui qui a détruit l'objet. La tendance antisociale correspondrait donc à l'expression d'un désespoir (celui de l'impossibilité de trouver un objet qui résisterait enfin à sa destructivité).

Un lien a également été fait entre hyperactivité infantile et personnalité antisociale chez l'adulte. Chez la personne antisociale, on retrouve une absence de Surmoi avec une incapacité à traduire les pulsions dans un langage symbolique. Selon certains auteurs, il pourrait exister de façon récurrente des perturbations au sein du couple parental avec une mère supportant mal les tentatives d'individuation de l'enfant et un père qui ferait défaut à l'identification au moment de l'adolescence.

**Selon le modèle cognitif**, la personne a constitué des schémas précoces de manque de limites, de droits personnels, de dominance et manque de contrôle de soi et de discipline personnelle. Ses comportements reposent sur des postulats tels que : « J'ai droit à ce que je veux » ; « Les autres sont faits pour être exploités ».

**Selon le modèle neurobiologique**, certains facteurs génétiques peuvent être invoqués. Par ailleurs, dans la création du trouble, il peut y avoir atteinte de certaines zones cérébrales (cortex préfrontal essentiellement) précoces.

### ● Signes cliniques

- Violence envers autrui.
- Impulsivité et intolérance à la frustration.
- Incapacité fondamentale à se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux (arrestations).
- Tendance à tromper autrui par plaisir (perversion) ou profit (mensonges, escroqueries, vols).
- Impulsivité.
- Absence de remords.
- Attitude de prédateur.
- Style cognitif : pensée personnelle et de courte vue, incapacité d'intégrer les expériences, difficulté d'élaboration psychique.
- Alcoolisme et/ou toxicomanie fréquemment associés.

### ● Axes thérapeutiques

Les demandes d'hospitalisation des personnes antisociales ont souvent un but utilitaire : échapper à la loi, obtenir une ordonnance pour des produits qui seront détournés de leur usage médical, obtenir une hospitalisation refuge (fuite de problèmes, précarisation). Cet état de fait complexifie grandement la

prise en charge car la personne ne présente pas de réelle demande de soin, elle cherche surtout à utiliser le système des soins à des fins personnelles. Et même si une souffrance existe (du fait des aléas de la vie) il est souvent difficile de « soigner » une personne antisociale :

- **faire le point sur la demande exprimée** (entretien médecin infirmier). Si elle est valide, un **contrat de soin** sera mis en place : des soins seront dispensés (sevrage éventuel, réalimentation d'une personne en rupture sociale, etc.) mais la personne devra s'engager à ne pas avoir de comportement portant atteinte à autrui et/ou à tenter de détourner ses traitements à des fins non thérapeutiques (usage toxicomane) ;

- à la moindre transgression de contrat, **l'exclusion** pourra être décidée par le médecin.

Toute la difficulté du lien soignant sera de pouvoir mettre en place une relation de confiance (à force d'hospitalisations) tout en posant un cadre comportemental clair (pare-excitation). Bien souvent, la priorité pour le soignant sera de protéger les autres patients, surtout ceux qui sont vulnérables (schizophrénie, dépression, etc.), des vellétés manipulatoires et agressions de ces personnes.

**Le traitement médicamenteux** n'est pas spécifique, les médicaments venant surtout s'adapter à la symptomatologie (neuroleptiques en cas d'agressivité, antidépresseurs en cas de troubles dépressifs, thymorégulateurs en cas de troubles bipolaires, etc.). Les benzodiazépines sont à éviter du fait de la dépendance occasionnée (toxicomanie).

### ● *Évolution et complications possibles*

Les personnes antisociales ont un risque accru de décéder prématurément (suicide, accident, homicide). Pour celles qui arrivent jusqu'à la cinquantaine, on assiste alors à une diminution des symptômes de violence pour ne garder que les vellétés manipulatoires. Il n'est pas rare de voir des personnes de cet âge se faire hospitaliser en psychiatrie de façon répétitive, étant en souffrance à cause d'une désinsertion socioprofessionnelle majeure ou d'une problématique somatique qu'ils n'arrivent pas à gérer seuls.

### ● *Les aménagements de type caractériel ou psychopathique chez l'enfant*

#### *Signes cliniques*

La symptomatologie est dominée par une tendance à l'agir, un défaut de contrôle de soi, un déni des règles sociales. Cela donne des enfants difficiles, perturbateurs, au comportement insupportable, incapables de nouer des relations affectives productives. On retrouve une immaturité affective, une altération du sentiment de soi, une vie intérieure pauvre, une absence de culpabilité, tout cela souvent sous-tendu par une tonalité dépressive.

#### *Étiologie et mécanismes psychopathologiques*

À l'origine de ces états, on trouve généralement de carences importantes en soins précoces chez des enfants ayant vécu des placements, des hospitalisations. Une dépression maternelle fait également partie des éléments biographiques récurrents. Ces enfants ont souvent été fragilisés par une insuffisance des soins, leur discontinuité ou un défaut d'ajustement. Ces carences les ont rendus intolérants à la frustration. Leur comportement omnipotent et conflictuel peut être lu comme une défense contre un sentiment d'insécurité voire de vide affectif.

Les dernières étapes du processus d'individuation/séparation ont donc été défailtantes chez ces enfants. L'autre est reconnu comme une personne à part entière (objet total, à l'inverse de la psychose) mais sa « perte » est impossible à supporter.

#### *Axes thérapeutiques*

La fonction soignante nécessite de reconnaître que, dans ces pathologies, l'immaturité et la vulnérabilité narcissique sont prégnantes. Les attitudes provocatrices cachent en fait des angoisses dépressives et de séparation.

Il s'agit de travailler à valoriser l'enfant, ses capacités, ses réussites à la fois auprès de l'enfant et de ses parents. Rompre le cercle vicieux qui entraîne la majoration des comportements d'opposition de l'enfant et de répression des parents.

La médiation thérapeutique est au centre des orientations thérapeutiques. Une thérapie familiale peut être indiquée. La séparation sera une solution s'il y a danger au sein de la famille (maltraitance).



## *À PROPOS DES CLASSIFICATIONS*

---

La description des processus psychopathologiques reposant essentiellement sur des éléments théoriques appartenant au modèle analytique (notamment la notion de structure de personnalité), nous avons jusqu'à présent nommé les pathologies préférentiellement selon ce modèle (psychoses, névroses, etc.). Dans le présent chapitre, afin de préserver la cohérence de cet ouvrage, nous allons garder cette logique, excepté pour les pathologies dont la dénomination classique n'est plus beaucoup utilisée (par exemple la psychose maniaco-dépressive qui est généralement nommée troubles bipolaires, à l'heure actuelle).

Par ailleurs, seules les pathologies contenues dans le référentiel des études infirmières sont développées dans ce chapitre. La manière dont certaines d'entre elles se développent spécifiquement chez la personne âgée, l'enfant et l'adolescent est également abordée.



# MISE EN ISOLEMENT DE M. RACCO, 45 ANS, TROUBLE BIPOLAIRE, EN PHASE MANIAQUE

M. Racco, 45 ans, a été conduit aux urgences par la police qui l'a trouvé errant sur la voie publique, dans un fort état d'agitation, à demi-nu, en plein hiver. Un diagnostic de phase maniaque au cours d'un trouble bipolaire a été posé par le médecin des urgences qui a demandé un transfert immédiat en service de psychiatrie et fait un certificat demandant le placement de M. Racco en HDT. À son arrivée dans le service, celui-ci est accompagné par deux agents de sécurité qui le maintiennent pour contenir son agitation qui est extrême. Il est vêtu de façon débraillée, chante à tue-tête, passe de l'euphorie à l'agressivité verbale, prenant tout le monde à partie. Il parle sans cesse, saute du coq à l'âne, fait des jeux de mots, hurle qu'il veut qu'on le lâche pour pouvoir aller marcher sur la gouttière du toit comme un chat, qu'il ne prendra aucun médicament, etc. Le psychiatre de garde est présent. Il demande une mise en chambre d'isolement immédiate et met en route une procédure d'hospitalisation sous contrainte (HDT d'urgence) et un traitement à base de neuroleptiques sédatifs injectables. Très anxieux, le frère de M. Racco accompagne celui-ci depuis les urgences. Il veut bien remplir la demande de tiers.

## 1. Identifier les Données Significatives

Quelles données on relève 	Pourquoi sont-elles significatives
Nom de la personne	Appeler la personne par son nom est important dans l'établissement du contact (considération, reconnaissance, mise en confiance)
Errance sur la voie publique en état d'agitation avec une tenue non appropriée à la rigueur climatique Examen clinique : présentation débraillée, agitation psychomotrice, logorrhée, tachypsychie, humeur euphorique, agressivité	Ce sont des données cliniques qui vont orienter la prise en charge infirmière
Une contention physique est exercée sur le patient	Cela indique que la personne ne peut plus se contrôler
Une mise en isolement est décidée	C'est une prescription médicale qui va nécessiter des actions et une surveillance spécifiques de la part de l'infirmier
Le frère est présent Il est anxieux	Les personnes de la famille et leurs réactions face à la situation sont à prendre en compte
Mise en route de la procédure d'hospitalisation sous contrainte	Existence d'une procédure médico-légale à appliquer, l'infirmier vérifie que toutes les données légales et médicales sont présentes lors de l'admission sous contrainte

## 2. Comprendre et Évaluer la Situation

Que faut-il comprendre 	Évaluation
La personne, malgré son état, a su dire son nom et préciser la personne à prévenir (son frère). Cependant, il s'agit d'un adulte présentant une pathologie psychiatrique avec qui il est extrêmement difficile d'établir un contact du fait de la symptomatologie (agitation, tachypsychie)	Contact difficile Identification possible
Les signes cliniques sont significatifs d'une phase maniaque. La crise d'agitation maniaque constitue <b>une urgence psychiatrique</b> et justifie donc une prise en charge d'urgence et intensive avec mise en isolement thérapeutique car la personne peut, sous l'emprise de son état, commettre des actes pouvant nuire à elle-même, voire à autrui La symptomatologie clinique typique aboutit à la pose du diagnostic et à l'hospitalisation	Hospitalisation pour crise d'agitation dans une phase maniaque
M. Racco nécessite une contention physique et une mise en isolement pour réduire son agitation psychomotrice qui est	Mesures de

<p>majeure. Cette contention et l'isolement sont à visée protectrice. La contention limite les gestes délétères du patient contre lui-même, l'isolement a pour but de réduire les stimuli externes qui peuvent majorer l'agitation. L'isolement a un effet de pare-excitation. Cet effet est renforcé par la présence des agents de sécurité, les soignants viennent dire à la personne qu'elle doit être protégée contre elle-même et qu'il existe une limite</p>	<p>protection mises en place adaptées à la situation de la personne</p>
<p>Un proche présent à l'admission traduit un élément du réseau de soutien. La présence d'un membre de la famille peut donner des indications concernant la dynamique et la capacité de soutien de la famille vis-à-vis du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'état psychique de la personne accompagnante est à prendre en compte</li> <li>• Faire une demande de placement sous contrainte est toujours une démarche psychologiquement difficile à faire pour la famille d'un patient. Même si celle-ci est manifestement justifiée, la personne qui demande la mesure se sent souvent coupable de la faire et a peur des répercussions de sa démarche sur ses relations futures avec le parent concerné</li> <li>• Le frère peut, enfin, donner des renseignements précieux concernant l'anamnèse, les antécédents médicaux et les données de vie récentes du patient</li> </ul>	<p>La présence du frère constitue une ressource pour le patient</p>
<p>La demande de tiers doit être faite dans les 24 heures suivant l'admission. Les certificats sont conformes : l'un provenant d'un médecin extérieur et l'autre d'un psychiatre de l'hôpital</p>	<p>Procédure d'admission sous contrainte en cours</p>

### 3. Mettre en Œuvre les Actions

<p><b>Quelles actions met-on en place ?</b></p> 	<p><b>Pourquoi ?</b></p>
<p>Mettre M. Racco en chambre d'isolement thérapeutique</p>	<p>Il s'agit d'une réponse à une prescription médicale. Dans le cas de phase maniaque avec agitation aiguë, l'isolement représente un acte de soin nécessaire et urgent qui requiert certaines modalités d'exécution</p>
<p>Lui dire en quelques mots qu'il est mis en isolement thérapeutique parce que son état le nécessite et que cet acte est un soin</p>	<p>Mettre une personne en isolement thérapeutique sous contrainte est toujours un acte difficile à réaliser pour la personne qui subit ce soin et pour ceux qui le dispensent. Il est donc important de le remettre dans une dynamique de sens. C'est un soin et non une punition ou un enfermement abusif dans un contexte de contrainte exercée sur autrui. Par ailleurs, même si la personne semble hors d'état psychique de comprendre ce qui est dit, l'expérience a démontré que bien souvent elle se souvient de certains éléments de son vécu, une fois la phase maniaque passée. Ceux-ci seront alors révoqués aux cours d'échanges</p>
<p>Faire se déshabiller le patient, le faire mettre en pyjama</p>	<p>Retirer les effets personnels de la personne qui peuvent lui permettre de se faire du mal (lacets de chaussure, ceinture, vêtement déchiré qui peut servir à s'étrangler, etc.). Parfois, le retrait peut être réalisé sous contrainte car la responsabilité de l'infirmier serait engagée en cas d'accident</p>
<p>Réaliser un inventaire et enfermer dans un placard ses effets et biens personnels éventuels. L'inventaire précis sera signé par deux soignants et le patient. Si celui-ci refuse ou est hors d'état de la faire, le spécifier sur la feuille d'inventaire</p>	<p>Il est nécessaire de mettre les effets et biens de la personne en sécurité le temps qu'elle aille mieux pour éviter qu'ils disparaissent. L'inventaire signé va permettre de décrire exactement les effets du patient à l'admission</p>
<p>Prendre les paramètres de la personne (TA, pouls, température), dans la mesure du possible</p>	<p>La surveillance somatique est importante dès qu'une personne est en isolement. Cela permet de surveiller son état somatique et d'avoir des références initiales.</p>
<p>Administer le traitement prescrit par le médecin, sous contrainte si nécessaire</p>	<p>C'est le traitement psychotrope (essentiellement un neuroleptique sédatif, pouvant être associé à un thymorégulateur) qui, associé à l'effet thérapeutique de la mise en isolement, va permettre à la personne de diminuer ses symptômes. Dans les cas d'agitation extrême et/ou de refus de traitement, celui-ci sera prescrit en injectable et administré sous contrainte</p>
<p>Maintenir la sécurité</p>	<p>Le personnel de sécurité joue un rôle de pare-excitation, empêchant le patient de mettre en acte ses pulsions devenues incontrôlables. Il assure la sécurité du patient, du soignant et garantit la sécurité de la relation soignant-soigné. Dès que la dangerosité de la personne s'amointrit, la présence sécuritaire peut diminuer. Au fur et à mesure que la personne redeviendra calme, la présence du personnel de sécurité sera modulée</p>
<p>Surveillance intensive :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• relevé des paramètres</li> <li>• évaluation de l'état somatique de</li> </ul>	

la personne, visuellement (à travers la vitre de la chambre) et en entrant dans la chambre (au minimum trois fois par jour)	L'effet thérapeutique du traitement est la sédation, les surveillances mises en place ont pour but d'apprécier l'état hémodynamique de la personne et de dépister des troubles liés aux effets indésirables des médicaments
Surveillance des selles et de la diurèse Surveillance des apports hydriques et alimentaires	
Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne Limiter la communication	Dimension d'accompagnement du patient dans son état régressif (fonction maternante) En règle générale, moins la personne est accessible (coq à l'âne, tachypsychie) moins l'infirmier parle durant ces actions. Tant que la personne est en phase maniaque, les échanges peuvent s'enrichir au fur et à mesure que l'agitation de la personne diminue et qu'elle devient capable d'être dans un contact efficient
Conduire un entretien infirmier avec le frère de M. Racco	Visée de réassurance Recueil de données permettant de compléter l'anamnèse

#### 4. Noter et Analyser les Résultats Obtenus

<b>Résultats</b> 	<b>Évaluation des résultats de la prise en charge</b>
Arrêt de l'état d'agitation de M. Racco	Les mesures de pare-excitation (traitement médicamenteux, isolement thérapeutique) ont fait leur effet La surveillance de l'état psychique et somatique de la personne a permis de réaliser son suivi thérapeutique, de corriger d'éventuels effets secondaires dus au traitement et de réévaluer de façon suivie la nécessité de la poursuite de l'isolement
Un lien de confiance a pu être établi avec le frère de M. Racco	Il devient un interlocuteur et un partenaire privilégié dans le suivi futur du patient
Établissement d'un lien thérapeutique	Les attitudes infirmières, en fixant un cadre comportemental durant tout le temps d'isolement, ont permis l'établissement d'un lien thérapeutique M. Racco exprime son vécu d'isolement Des soins relationnels vont pouvoir s'engager







## 7. Axes thérapeutiques

## **SELON LE MODÈLE ANALYTIQUE**

Au-delà de la technique thérapeutique analytique proprement dite, peu adaptée à la psychiatrie, c'est toute une grille de lecture, tant au niveau du développement symptomatique des troubles chez une personne, de ses comportements et ses modes relationnels, des comportements du personnel soignant et de ce que celui-ci peut représenter pour la personne soignée, qui peut être empruntée au modèle analytique.

## *L'orientation thérapeutique*

---

D'une manière générale, les difficultés exprimées par les personnes (souffrance psychique et morale, troubles du comportement, difficultés psychosociales...) sont considérées comme étant des produits d'un problème plus complexe ou plus profond liés à l'histoire de l'individu et à la notion d'inconscient.

## *L'objectif thérapeutique*

---

C'est d'avoir accès à certains éléments de cet inconscient pour les rendre conscients au sujet. Cette mise en lumière d'éléments inconscients agissant sur l'individu doit entraîner un remaniement psychique en profondeur.

## *Le mécanisme thérapeutique*

---

Il s'agit de mettre en lumière des éléments refoulés (donc inconscients) liés à des événements traumatiques précoces. Ces événements ont laissé des traces douloureuses parce que, à l'époque de leur survenue, le Moi de l'enfant n'était pas en capacité de les gérer. Le rappel de ces événements et de leurs affects dans le présent permet de les inscrire dans le champ de la conscience et place le sujet en situation d'avoir à les gérer à nouveau. Cette fois-ci, grâce à la force de son Moi d'adulte, il est en capacité d'analyser la situation liée au traumatisme et de lui donner un sens, ce qui permet d'atténuer son impact.

Considérant que la rencontre avec la souffrance peut constituer pour un sujet une opportunité de changement, l'objectif global est de l'aider à renforcer son Moi en le rendant plus indépendant du Surmoi, tout en élargissant son champ perceptif. Il s'agit en fait de transformer son organisation afin qu'il puisse s'approprier de nouveaux fragments du Ça, n'en étant ainsi plus le jouet. Enfin, un travail thérapeutique pourra également mettre en lumière les éléments contenus dans son **Idéal du Moi**, lié aux projections parentales, aidant la personne à opérer un travail de distanciation par rapport à celui-ci.

### L'accès à l'inconscient

Progressivement, l'écouter propose des interprétations de ce que le patient montre de lui. Ces interprétations lui permettent d'appréhender la singularité de son fonctionnement et de certains éléments relatifs à l'origine de ses difficultés. Le sens donné aux éléments inconscients qui perturbaient le fonctionnement actuel du sujet permet de les affaiblir et, parallèlement, de fortifier le Moi qui peut alors s'en libérer. L'engagement dans l'existence en est facilité. L'inconscient du sujet va se dévoiler à travers différents moyens.

### Le transfert

C'est un mécanisme inconscient qui entraîne le patient à reproduire des engagements affectifs anciens dans le cadre de sa relation actuelle avec celui qui le soigne. Étant donné que le refoulement isole les représentations (souvenirs) des affects qui y sont liés, il existe chez la personne, une résistance forte qui s'oppose à leur réémergence. La personne reste alors avec ses affects indésirables, ses angoisses sans savoir d'où ils viennent ni pourquoi il les ressent. Au fil des entretiens, il va pouvoir transférer ces éléments sur celui qui l'écoute et mettre en actes dans la relation thérapeutique des éléments intimes de sa vie affective qui seront alors repris et exploités par le thérapeute. Il va reporter sur le thérapeute, le soignant, le médecin, des sentiments éprouvés pour d'autres personnes (ses parents, des figures d'autorité, etc.).

➡ En psychiatrie, le mécanisme transférentiel des patients va pouvoir s'opérer sur l'ensemble des soignants, le patient projetant des affects négatifs (transfert négatif) sur certains soignants et des affects positifs (transfert positif) sur d'autres.

### Le contre-transfert

Le contre-transfert concerne l'ensemble des réactions inconscientes de l'écouter envers la personne aidée, en relation avec sa propre histoire et le type de transfert que celle-ci effectue sur lui. Tout au long du suivi, le soignant devra être attentif à ses propres réactions émotionnelles face au patient (sympathie, affection, rejet, agressivité, etc.) car celles-ci viendront témoigner de sa propre histoire. Il devra alors les travailler au cours d'un travail de supervision, afin de mettre au jour les conflits personnels, l'objectif étant que le soignant ne « rejoue » pas sa propre histoire auprès du patient.

➡ Suite à une décompensation dépressive, monsieur Charles a été hospitalisé en psychiatrie. Une prise en charge adaptée composée d'un traitement antidépresseur et d'un accompagnement soignant conséquent lui a permis d'aller mieux. Durant son hospitalisation, il a eu un certain nombre d'entretiens thérapeutiques avec Jean-François, un infirmier formé à différentes techniques psychothérapeutiques, certaines étant d'inspiration analytique (dans le cadre de son rôle sur prescription). Au moment de sa sortie, M. Charles demande à Jean-François de continuer le travail commencé avec lui, en ambulatoire, ce suivi s'inscrivant dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire. M. Charles souhaite faire le point sur ses difficultés relationnelles : il manque d'assurance dans ses relations. Au cours du quatrième rendez-vous, Jean-François lui fait remarquer avec douceur qu'il ne lui a que très peu parlé de lui. En effet, Charles profite des séances pour parler de son travail (de ses collègues), de ses vacances (ratées parce que mal préparées), de ses amis (un peu parasites) mais rien sur lui directement. Il prend acte de la remarque et promet de « faire mieux » la prochaine fois. Pourtant, les

séances suivantes sont les mêmes que les premières. Lorsque Jean-François le lui fait à nouveau remarquer, Charles s'énerve, lève un peu le ton et dit :

« Si je parle de moi vous aller vous foutre..., pardon, vous moquer de moi. Je ne peux pas faire mieux ».

Jean-François : « Cela s'est déjà produit ? ».

Charles : « Tout le temps ».

Jean-François : « Pourriez-vous m'en donner un exemple ?... ».

Charles : « Avec mon père c'était déjà comme ça ! Des fois les choses allaient mal à l'école, les autres me chahutaient parce que j'étais un peu gros. Alors mon père insistait pour que je lui raconte, il se faisait gentil. Pourtant, je voyais bien que cela le mettait mal à l'aise et que je le décevais. Il me disait que je devais m'affirmer, me remuer, ne pas me laisser faire. Après, souvent, lorsqu'il était de mauvaise humeur, il me ressortait les mêmes moqueries que mes copains d'école et m'appelait « le Chamallow » ou « Charles le gros ». J'avais l'impression qu'il me trahissait à chaque fois et ça me mettait en colère ».

*Charles sait bien que Jean-François ne se moquera pas de lui mais la figure masculine qu'il représente et la position d'écoute de celui-ci le renvoient aux confidences demandées par son père et au sentiment de colère liée aux « trahisons » de ce dernier. C'est là l'effet du transfert qui remet, dans une relation au présent, des affects déjà vécus dans une autre relation passée . Par ailleurs, si les propos de M. Charles éveillent des échos de situations personnelles chez Jean-François, il veillera à aller les travailler en séances de supervision professionnelle.*

### **Les associations libres**

Quand le patient se laisse aller à parler sans chercher à lier les idées entre elles, il est amené à faire des associations libres. Cette technique permet de dépasser le contrôle conscient et laisse libre accès à l'inconscient à travers le jeu des associations.

➡ Charles : « J'en veux à mon père, il est... Il était injuste avec moi, il n'admettait aucune faille. Il disait que tout était affaire de volonté... Volonté... Moi je veux bien mais vouloir et pouvoir, c'est pas la même chose... Manger par exemple, je veux bien arrêter mais je n'en ai pas la volonté... »

En fait je suis faible, sans volonté, je ne suis pas capable de me dire : fais un régime... Je suis un gros nul, en fait c'est à moi que j'en veux, mon père n'y est pour rien, je dis que je lui en veux mais c'est un prétexte... »

*Le discours de Charles navigue au gré des associations de mots et d'idées, il ne suit pas un thème précis. Dans ce cas, il lui permet d'évoquer sa propre culpabilité face à ce qu'il repère comme étant une absence de volonté.*

### **Le souvenir de rêves**

Ces derniers sont influencés par le quotidien mais aussi par des éléments anciens refoulés qui profitent du relâchement nocturne pour faire irruption dans la conscience.

➡ Quelques mois après le début de sa thérapie, Charles a commencé un régime. Lors d'une séance il évoque un rêve dans lequel il passait son temps à essayer de manger mais à chaque fois qu'il approchait la fourchette de sa bouche celle-ci était vide. Il recommençait alors son geste, avec application, mais rien n'y faisait. Il était alors satisfait parce qu'il ne mangeait pas

mais en même temps insatisfait parce que, encore une fois, ce n'était pas sa volonté qui le faisait résister à la nourriture mais un défaut « mécanique de la fourchette ».

*Le rêve de Charles est teinté d'éléments actuels, son régime, mais aussi d'éléments anciens et persistants, son absence de volonté. Ces différents éléments peuvent se conjuguer dans le rêve à travers des actions ou des affects parfois sans lien entre eux*

### ***Les lapsus et les actes manqués***

Ce sont également des manifestations de l'inconscient qui, une fois qu'elles ont surgi, peuvent être examinées et analysées.

## *Les indications des thérapies analytiques (ou d'inspiration psychanalytique)*

Suivant les types de structures de personnalités, l'indication sera différente.

### *Les névroses*

Elles constituent la cible privilégiée de ces thérapies car le sujet névrotique dispose en général de bonnes capacités d'élaboration (son appareil à penser étant opérant), d'une conscience de son état pathologique et d'un accès à une relation d'objet efficiente.

➡ Mme Lambert souffre de phobie sociale (trouble névrotique). Elle bénéficie d'entretiens au long cours avec Marie-France qui est solidement formée au travail d'entretien et exerce dans le cadre de son rôle sur prescription. Au fil de ces entretiens émergent des éléments liés à son enfance, et ceux-ci sont repris et retravaillés avec Marie-France.

### *Les psychoses*

Elles imposent des aménagements du cadre thérapeutique tels que la prise en compte d'éléments non verbaux et d'aspects réels et actuels de la vie du patient. Si le patient psychotique est incapable d'effectuer un transfert sur une seule personne (étant donné qu'il ne reconnaît pas l'autre en tant que sujet séparé de lui), il peut cependant dissocier son transfert sur l'ensemble des soignants, projetant son monde intérieur sur eux. Par ailleurs, toute démarche interprétative pouvant être vécue comme intrusive, elle sera avantageusement remplacée par une attitude soignante et des activités offrant un étayage sur lequel le patient psychotique pourra prendre appui.

➡ Léonard souffre de schizophrénie. Avec lui, il n'est pas question d'entretien car son délire ne lui permet pas d'entendre de façon juste ce qui lui est dit. En revanche, il participe à un atelier dessin au cours duquel il exprime de façon forte ses vécus internes. Il reste calme durant l'atelier, car le cadre de celui-ci l'aide à se contenir. Ses productions sont ensuite examinées de façon attentive par l'équipe soignante au cours de réunions cliniques, car elles « parlent » de lui. Par ailleurs, les infirmiers du service l'aident chaque jour à effectuer les actes de la vie quotidienne qu'il a beaucoup de mal à mener jusqu'au bout par lui-même. En cela ils lui offrent un étayage.

### *La prise en charge de pathologies limites*

Elle nécessite quant à elle de veiller scrupuleusement au respect du cadre thérapeutique et de résister aux modalités relationnelles éprouvantes imposées par ces patients.

➡ Lara a une personnalité limite, ce qui l'amène à avoir beaucoup de mal à gérer les pertes et les frustrations. Dès qu'elle y est confrontée, elle manifeste des débordements comportementaux (agressivité, violence, passages à l'acte auto-agressifs). Parallèlement à une attitude très présente et empathique, l'équipe infirmière dans son ensemble veille à reprendre ses écarts de comportement afin de l'aider à intérioriser peu à peu un cadre interne.

### **Points clés à retenir**

▶ Selon le modèle analytique, la thérapie doit permettre de mettre en lumière des éléments

inconscients, ceci afin d'obtenir un remaniement psychique profond.

► Ces éléments vont apparaître au travers **du mécanisme du transfert**, celui-ci amenant le patient à reporter des sentiments qu'il éprouvait pour ses parents (ou autres figures d'autorité) sur le thérapeute, le soignant, et c'est au travers de sa relation actuelle avec ces derniers qu'il va être en mesure de résoudre des conflits passés.

## **SELON L'APPROCHE CENTRÉE , SUR LA PERSONNE**

L'attitude de base de la démarche thérapeutique de l'approche centrée sur la personne consiste dans le fait de faire confiance à la personne pour trouver des ressources dans son monde intérieur. Cette attitude prend appui sur une technique d'entretien : la relation d'aide centrée sur la personne. À l'heure actuelle, cette technique relationnelle fait partie intégrante du rôle propre infirmier.

## *L'objectif thérapeutique*

---

Selon Rogers, « la relation d'aide psychologique est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet à l'individu d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser <sup>1</sup>. » Elle ne s'attarde pas sur la question de la structure de la personnalité mais plutôt sur le processus de changement qui amène la personne à **s'accepter telle qu'elle est et à vivre en harmonie avec elle-même**. La thérapie consiste donc à restaurer le processus de changement spontané de l'individu. La relation mise en place est alors centrée sur la personne (et non sur les problèmes), sur le vécu, et en particulier le vécu de la situation actuelle.

<sup>1</sup> Carl Rogers, *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF Édition, 13<sup>e</sup> édition, 2002, p. 33.

## *Le mécanisme thérapeutique*

---

De façon générale, le mécanisme thérapeutique va s'appuyer sur **la tendance actualisante** de la personne aidée, c'est-à-dire sa capacité naturelle à s'auto-organiser en permanence en direction d'un mieux-être. Le cadre thérapeutique mis en place doit faciliter son développement, et la mettre en capacité de développer son potentiel entravé.

### ● *La mise en place d'une qualité de présence relationnelle*

L'objectif de l'approche centrée sur la personne sera d'offrir à celle-ci une qualité de présence relationnelle particulière, celle développée dans la relation d'aide notamment. La relation d'aide peut être pratiquée dans le cadre d'entretiens spécifiques. Elle va également « teinter » globalement la manière d'être à l'autre du soignant, celui-ci pouvant adopter les attitudes de la relation d'aide dans le cadre de tous ses échanges avec la personne aidée.

Ce climat relationnel est facilitateur, parce qu'il offre une attention et une qualité de présence dans le cadre d'un dispositif relationnel garantissant une relation à la fois sécurisante et non jugeante. Dans ce cadre particulier, la personne peut s'autoriser à explorer son vécu pour le comprendre, lui donner du sens, l'accepter et prendre de nouvelles décisions de vie. Le climat particulier développé dans le cadre de la relation d'aide favorise le développement d'un accord entre le Moi et l'expérience vécue par la personne.

### ● *L'utilisation de la relation d'aide thérapeutique*

Dans la relation d'aide, c'est l'attitude du thérapeute qui va constituer ce cadre facilitant. Celle-ci prend appui sur trois attitudes : **l'empathie, la congruence et l'acceptation inconditionnelle**. L'intégration de ces trois attitudes par l'infirmier permet d'offrir à l'aidé une grande qualité de présence, instaurant un climat de respect et de confiance qui est ressenti par lui. Cela l'encourage à s'exprimer et à explorer ses propres ressentis. La relation d'aide repose également sur des techniques d'entretien (reformulation, clarification, confrontation, etc.). En fait, c'est l'attitude globale de celui qui écoute qui va avoir un effet thérapeutique. Celle-ci va permettre à la personne aidée de s'exprimer, de prendre conscience et d'accepter sa nature intime, retrouvant ainsi une congruence interne.

En dehors des entretiens thérapeutiques proprement dits, les attitudes de la relation d'aide sont également utilisées en tant que savoir-être dans la pratique quotidienne du soignant, au cours d'un soin de nursing, d'un soin somatique, d'un accompagnement, de la distribution des repas, etc. Elles font partie intégrante de la relation de soin.

### ● *Les attitudes et techniques de la relation d'aide et leurs effets*

#### **Les attitudes**

##### *L'empathie*

C'est l'art de percevoir le sentiment. Il s'agit pour celui qui écoute de réussir à percevoir le monde de l'autre comme si c'était son propre monde, sans jamais oublier qu'il s'agit de la perception d'autrui (sinon il est dans l'identification et le danger serait alors de vouloir à tout prix régler les problèmes de l'autre à la place des siens...). Il s'agit en fait de développer la capacité de faire abstraction de ses propres conceptions, pour entendre celles de l'autre sans les juger. À ce propos, Rogers disait ceci : « Puis-je me permettre d'entrer complètement dans l'univers des sentiments d'autrui, de ses conceptions personnelles et de les percevoir sous le même angle que lui ? Puis-je pénétrer dans son univers intérieur assez complètement pour perdre tout désir de l'évaluer ou de la juger ? »

Les effets de l'empathie sont les suivants :

- la personne commence à s'éprouver comme quelqu'un d'important (on fait un effort pour la comprendre) ;
- elle a tendance à abandonner certains mécanismes défensifs ;
- l'empathie aide la personne à prendre conscience de certaines émotions non valorisées (colère,

peur, etc.) sans perdre son estime d'elle-même et à accepter le fait qu'elle puisse les ressentir, allant ainsi vers plus d'authenticité.

## La congruence

C'est le fait d'être authentique et d'apparaître à l'extérieur comme on est à l'intérieur.

Selon Rogers, il est difficile à une personne de croître si elle est face à un rôle et non à une personne. Étant donné que le langage non verbal est plus puissant que le langage verbal, quand un soignant n'est pas authentique, la personne aidée le perçoit.

Les effets de la congruence sont les suivants :

- la personne a tendance, par un phénomène d'identification, à manifester elle-même de l'authenticité ;
- elle développe de la confiance envers le soignant capable d'être authentique.

➡ Marie est une étudiante en soins infirmiers. En stage depuis trois semaines en service de chirurgie viscérale, elle a pris ses marques et les patients la connaissent et apprécient sa gentillesse. Peu avant la fin de son stage, elle passe une nuit quasi blanche car son petit frère (elle vit chez ses parents) n'a pas cessé de pleurer. Le lendemain, elle se présente en service avec une mine un peu chiffonnée. Quand elle se présente dans la chambre de Mme Leblanc pour refaire son pansement, celle-ci l'accueille avec un sourire :

– Bonjour Marie, vous avez l'air fatiguée ce matin dites donc...

### 1<sup>er</sup> cas de figure :

En entendant cela, Marie se dit que si elle reconnaît être fatiguée, Mme Leblanc risque de penser qu'elle va mal exécuter ses soins. Elle répond donc :

– Non, tout va bien. Alors, comment vous sentez-vous ce matin ?

– Moi, ça va...

### 2<sup>e</sup> cas de figure :

En réponse à la remarque de la patiente, Marie se montre congruente et reconnaît sa fatigue :

– Vous avez l'œil, dit-elle avec un sourire. Mon petit frère a chanté la sérénade durant une bonne partie de la nuit. Mais ce matin j'ai bu un bon café bien serré et ça va. Et vous, comment vous sentez-vous ce matin ?

Madame Leblanc prend alors un air préoccupé et elle répond :

– Pas trop bien, j'angoisse à l'idée de me faire réopérer demain...

*Dans le premier cas, la non-congruence de Marie a pour effet de retenir Mme Leblanc dans sa confiance, comme si celle-ci s'était dit : « Comment une personne incapable de s'entendre elle-même pourrait-elle m'entendre?... ».*

*Dans le second cas, l'authenticité manifestée par Marie a incité Mme Leblanc à être authentique à son tour, l'encourageant à se confier.*

## L'acceptation inconditionnelle

Il s'agit d'accepter inconditionnellement ce que ressent la personne, quels que soient ses ressentis. Accepter ce que dit la personne ne signifie pas forcément être d'accord avec ce qu'elle exprime, mais

plutôt avec le fait que « cela » puisse se dire et être ressenti. L'aidant pose sur l'aidé un regard positif inconditionnel.

Les effets de l'acceptation sont les suivants :

- l'attitude acceptante crée un climat qui facilite le changement ;
- cela aide la personne à quitter son état d'incongruence fondamentale par rapport à elle-même et à s'accepter telle qu'elle est, comme une personne de valeur. La fin de son incongruence interne l'amène à redevenir capable de faire des choix de vie qui sont en correspondance avec ses besoins ;
- cela aide la personne à accepter autrui tel qu'il est, par un phénomène de rebond, et à se sentir plus pleine au sein de ses relations avec les autres.

L'effet de ces trois attitudes pourra être phénoménal sur la personne, celle-ci retrouvant alors son potentiel à croître vers un mieux-être.

### ***Les techniques d'entretien***

Ces techniques correspondent à la manière de répondre à la personne aidée au cours d'un entretien. Les principales sont :

#### ***La reformulation***

Elle représente la technique de base car elle permet d'aider la personne à « s'entendre elle-même » et à reprendre contact avec son monde intérieur, quittant ainsi son état d'incongruence interne. Elle aide la personne à clarifier ce qu'elle ressent, pense, etc. ;

#### ***Le feed-back***

Donner un feed-back à une personne, c'est réagir en tant qu'écouter. Le feed-back sert à montrer à la personne qu'elle est entendue par une autre personne qui réagit à ce qu'elle dit ;

#### ***La confrontation***

Par moments, une personne peut exprimer des choses contradictoires, à la fois dans ses expressions verbales et non verbales. La confronter, c'est mettre en lumière de façon calme et non jugeante ces contradictions.

De façon générale, le mécanisme thérapeutique va s'appuyer sur **la tendance actualisante** de la personne aidée, c'est-à-dire sa capacité naturelle à s'auto-organiser en permanence en direction d'un mieux-être. Le cadre thérapeutique mis en place doit faciliter son développement et la mettre en puissance de développer son potentiel entravé.

Au cours du processus thérapeutique, la personne va passer par quatre phases :

- **l'expression** . Les trois attitudes et les techniques d'entretien aident la personne à s'exprimer de façon congruente sur ce qui caractérise sa vie intime ;
- **la prise de conscience** . Par la reformulation, le thérapeute renvoie au patient ce qu'il exprime et donc ce qu'il ressent et pense de lui-même. L'expression d'éléments personnels souvent négatifs, ambivalents, confus, incongrus et leur retour par la voix d'un tiers vont permettre leur clarification et leur prise de conscience, c'est la seconde étape du processus (la compréhension) ;
- **l'acceptation** . Grâce à l'absence de jugement de l'écouter, la personne apprend à accepter ses qualités comme ses défauts, ses forces comme ses faiblesses, elle peut se montrer aux autres en toute sincérité sans recherche de travestissement de sa nature intime. Ce qui jusque-là lui paraissait honteux, ridicule, inadapté devient partie intégrante de sa personnalité. Il n'a plus besoin de présenter à l'autre une image de lui-même survalorisée ;
- **l'action** . Ce qui lui paraissait impossible, c'est-à-dire vivre en dehors du symptôme, devient possible, car l'énergie dépensée à construire et à maintenir celui-ci peut être utilisée pour élaborer des actions constructives.

 Madame Léotaud est dépressive et elle a un fort ressenti d'imperfection et d'incapacité personnelle qui l'amène à se replier sur elle-même. Elle a du mal à être elle-même dans ses relations avec autrui, car elle est persuadée que si elle le fait, les autres verront combien elle est imparfaite. Cela la fatigue beaucoup. Depuis quelque temps, elle bénéficie d'entretiens avec Laetitia, une infirmière formée à la relation d'aide. Mme Léotaud apprécie ces rendez-vous pendant lesquels elle apprend peu à peu à parler d'elle-même de façon authentique, exprimant ses ressentis, même les plus négatifs. Elle fait l'expérience agréable de pouvoir parler sans se sentir jugée. Parfois, elle se surprend elle-même de dire des choses qu'elle n'imaginait pas penser. Cela la fait réfléchir. Être elle-même lui fait vraiment du bien, elle a l'impression que quelque chose se relâche en elle. Le regard bienveillant de Laetitia lui fait également beaucoup de bien. Elle a confiance dans cette infirmière et a l'impression d'être vraiment « vue » par elle. Jour après jour, le fait de se sentir acceptée sans jugement l'amène à considérer qu'après tout, elle a de la valeur. Peu à peu, son sentiment d'imperfection devient moins lourd, et elle commence à réinvestir le monde extérieur.

Si les trois attitudes fondamentales peuvent être utilisées avec des patients souffrant de n'importe quelle pathologie, il n'en va pas de même pour les techniques d'entretien. Il est totalement contre-indiqué, par exemple, de reformuler les propos délirants d'un patient psychotique (risque de voir le délire augmenter), la reformulation devant dans ce cas seulement se cantonner au ressenti de la personne (et encore, avec parcimonie).

Par ailleurs, en psychiatrie, l'attitude d'acceptation inconditionnelle s'adjoindra d'une restriction : si tous les ressentis de la personne sont acceptables sans condition (même les sentiments négatifs ressentis envers le soignant), il n'en va pas de même pour certains de ses comportements. Exemple : une infirmière va dire à un patient agressif : « Vous avez tout à fait le droit d'être en colère (même contre moi), mais en aucun cas, vous n'avez le droit de tout casser dans le service ». Ce positionnement témoigne d'une acceptation de ce que ressent la personne tout en lui posant un cadre. Cela l'aide à se contenir et à diminuer son angoisse.

➡ Marinette souffre d'un état limite. Elle est très en colère contre Florence, l'aidesoignante du service, parce que celle-ci a refusé de lui donner des gâteaux supplémentaires au moment du goûter.

Elle se met à crier : « Vous êtes méchante ! »

Et elle saisit une chaise et la soulève en hurlant : « Je vais tout casser ! »

Florence lui dit alors d'un ton ferme : « Marinette, vous avez tout à fait le droit d'être fâchée contre moi, mais pas celui de tout casser. Si vous le faites, vous en subirez les conséquences. »

Marinette repose alors la chaise, le regard noir.

### Points clés à retenir

- ▶ Pour l'approche centrée sur la personne, l'objectif thérapeutique est d'aider la personne à s'accepter telle qu'elle est et à réapprendre à vivre en harmonie avec elle-même.
- ▶ Le mécanisme thérapeutique s'appuie sur la tendance actualisante de la personne, c'est-à-dire sa capacité à s'auto-organiser en permanence en direction d'un mieux-être.
- ▶ La méthode utilisée repose sur une grande qualité de présence à l'autre qui s'exprime essentiellement au travers des attitudes fondamentales de la relation d'aide : l'empathie (ou capacité à percevoir le sentiment d'autrui), la congruence (ou authenticité) et l'acceptation inconditionnelle de l'autre.
- ▶ Ces attitudes peuvent se déployer au cours d'entretiens tout autant que dans les soins en général.

# SELON LE MODÈLE COGNITIF

## *L'orientation thérapeutique*

---

Les thérapies cognitives visent à modifier les sentiments et les comportements en influençant les processus de pensée de la personne et les structures qui les sous-tendent, sa souffrance provenant d'illusions et d'idées fausses qu'elle a à propos d'elle-même et des autres. L'objectif des thérapies cognitives est d'aider la personne **à en prendre conscience et à les dépasser** , ceci afin de **mettre en place de nouveaux comportements plus efficaces** .

## *Le mécanisme thérapeutique*

---

Les traitements psychologiques mis en place visent à effectuer une « **reconstruction cognitive** » chez le sujet. Ils s'appuient sur l'apprentissage et utilisent l'autocontrôle.

La thérapie essaie de **mettre au jour et de modifier les schémas mentaux inconscients** en s'appuyant sur les processus conscients (événements cognitifs : pensées, images mentales, émotions...). La modification des processus inconscients permet à l'individu de se libérer de ses interprétations négatives et rigides à propos de lui-même et de son environnement. Libéré de la contrainte de ses schémas, il pourra interpréter les événements avec plus d'objectivité. Le travail consistera à utiliser les processus conscients (pensées, affects, etc.) pour mettre au jour postulats, schémas et distorsions dans le but de les affaiblir et de les modifier.

Le thérapeute utilise un questionnement qui vise à mettre au jour les distorsions dans le traitement de l'information à travers l'exploration des contenus des pensées et des affects du sujet. Le thérapeute invite ce dernier à exposer des situations de sa vie quotidienne lui posant problème, et lui demande de proposer d'autres solutions que celles qu'il a envisagées en termes de comportements mais surtout en termes d'analyse.

➡ Madame Perin souffre d'un trouble anxieux généralisé. Suite à quelques mois d'hospitalisation, son état s'est vu stabilisé et elle a à présent un traitement au long cours qui l'aide à gérer ses angoisses permanentes. Elle continue cependant à se faire du souci pour rien, et cela la perturbe. Chaque semaine, elle va voir le psychologue du service formé aux thérapies cognitivo-comportementales. Et chaque fois qu'elle donnera une interprétation négative et catastrophique (« Mon fils ne m'a pas appelée hier soir comme il a l'habitude de faire presque chaque jour, et je suis tombée sur son répondeur quand j'ai cherché à le joindre. Je suis sûre qu'il lui est arrivé quelque chose de grave, il a eu un accident... »), la psychologue lui demandera de proposer d'autres interprétations possibles de la situation (hier soir, il a eu un imprévu, et ce matin, il n'a pas pu décrocher, étant au travail). Pour chaque situation difficile amenée par Mme Perin en séance, le même type de réinterprétation à froid lui sera proposé. Mme Perin prendra progressivement conscience qu'elle évalue toujours les situations de la même manière, en choisissant l'option la plus pessimiste pour elle parce qu'il utilise des processus cognitifs dysfonctionnels (inférence arbitraire).

La méthode vise à aider la personne à repérer ses fonctionnements de pensées systématiques (pessimistes, méfiants, etc.) et à invalider les postulats et schémas cognitifs qui en sont responsables. Elle va pouvoir changer sa manière d'être car ses schémas cognitifs ont perdu de leur puissance **en étant mis à jour**. Au final, elle remplace ses croyances initiales par une nouvelle manière de penser, inscrite dans une réalité plus objective. Ce travail s'appelle **l'analyse fonctionnelle**.

## *Les indications*

---

Globalement, les troubles névrotiques sont les meilleures indications pour les thérapies cognitives. Les patients psychotiques présentent des troubles des processus cognitifs qui les empêchent de raisonner correctement. Dans sa pratique relationnelle, l'infirmier peut utiliser ponctuellement la méthode de recherche de nouvelles interprétations quand un schéma cognitif invalidant apparaît chez une personne.

### **Points clés à retenir**

- ▶ Les thérapies cognitives visent à soulager la personne de sa souffrance en l'aidant à modifier ses processus de pensées – les schémas cognitifs – basés sur des illusions et des idées fausses sur elle-même et sur le monde qui l'entoure.
- ▶ La méthode utilisée consiste en une mise au jour de schémas cognitifs inconscients au travers d'échanges, puis à aider la personne à se libérer de ceux-ci en lui proposant diverses interprétations d'une même situation. C'est l'analyse fonctionnelle.

# SELON LE MODÈLE COMPORTEMENTAL

## *L'orientation thérapeutique*

---

Le changement de comportement permet au sujet de gagner en efficacité mais aussi de diminuer sa souffrance psychique et d'améliorer son rapport à l'autre. Cela signifie qu'en changeant de comportement, le sujet modifie aussi quelque chose à l'intérieur de lui : pensées, images, sentiments, valeur personnelle. En revanche, pour les comportementalistes, il n'est pas utile de chercher à connaître les causes initiales des comportements. Il suffit de les modifier.

## *Le mécanisme thérapeutique*

---

Le mécanisme des thérapies comportementales consiste à remplacer un comportement inutile, trop coûteux en énergie ou dangereux, par un autre comportement plus efficace, cela par le moyen de l'apprentissage.

L'approche comportementale est directive, progressive et structurée. Elle commence par un travail de repérage et d'évaluation des comportements problématiques. Ensuite il y a définition d'objectifs de traitement et enfin mise en place d'actions.

En thérapie comportementale, les premiers entretiens sont donc consacrés à l'établissement d'un inventaire des comportements posant problème. Ces comportements sont ensuite évalués à partir de grilles spécifiques pour mesurer le degré d'incapacité ou de souffrance qu'ils génèrent.



### Grille d'évaluation dans le cas d'un état de stress post-traumatique

Le patient répond à une série de questions permettant de mesurer l'impact de l'événement traumatique dans sa vie de tous les jours.

Pour chaque question, il détermine un score allant de 1 à 5 représentant la fréquence des perturbations vécues (1 = jamais perturbé et 5 = très souvent perturbé).

Dans le mois qui vient de s'écouler, vous avez été perturbé par :

- des souvenirs en lien avec l'événement ;
- des rêves relatifs à l'événement ;
- une situation vous rappelant l'événement ;
- des émotions parasites en lien...

Les répercussions de cet événement provoquent chez vous :

- des réactions somatiques inappropriées ;
- des conduites d'évitement ;
- un désintérêt pour des activités qui vous intéressaient avant l'événement ;
- l'impression de ne pas être à votre place ;
- des difficultés de concentration ;
- de l'irritabilité.

Pour chaque question le patient établit un score, le total des scores donne un chiffre représentant le niveau de perturbation lié à l'événement traumatique. Après le travail thérapeutique le patient répondra aux mêmes questions, il sera alors possible de mesurer quantitativement son degré d'amélioration.

Cette évaluation permet d'identifier le ou les problèmes ciblés. À partir de ces problèmes un contrat thérapeutique est établi précisant les objectifs du traitement et les moyens d'y parvenir. Au cours de la thérapie, des bilans sont effectués pour évaluer les progrès et réajuster le traitement.

En psychiatrie, à chaque fois qu'un soignant accompagne un patient de façon éducative, pour l'accomplissement de tâches quotidiennes, et cela sur la durée, il utilise la technique comportementale. Les personnes souffrant de troubles psychotiques chroniques sont des sujets idéaux pour ce genre de prise en charge.

## ● *Les techniques spécifiques*

Dans le comportementalisme, trois types de techniques sont utilisés pour atteindre les objectifs thérapeutiques d'extinction des comportements problèmes : la relaxation, l'exposition et l'affirmation de soi.

### *La relaxation*

La problématique corporelle est au centre de nombreuses pathologies psychiques et la relaxation fait partie des techniques de médiation thérapeutique privilégiées qui permettent d'agir sur l'état pathologique en douceur et de façon sécuritaire pour la personne.

La relaxation met en jeu deux types de travail :

- un travail rééducatif (acquisition du contrôle du tonus et des phénomènes tonicoémotionnels) ;
- un travail d'élaboration psychique (travail sur les représentations et sur l'identité corporelle). Par l'appui sur les sensations corporelles, il y a mise en mots du mal-être (activation des capacités cognitives).

La relaxation pourra avoir divers effets suivant les pathologies en présence :

- augmente le sentiment d'exister (état limite, dépression, troubles anxieux, psychose) ;
- permet d'expérimenter le corps comme un « lieu » de bien-être (dépression, troubles anxieux, boulimie) ;
- travaille sur l'investissement libidinal du corps, travail sur l'image du corps (psychose, boulimie) ;
- stimule la capacité de symbolisation (psychose) ;
- diminue la tension psychique et corporelle (état submaniaque, trouble obsessionnel compulsif).

➡ Mme Antony est hospitalisée en service psychiatrique depuis plusieurs semaines pour un syndrome dépressif. Elle commence à aller mieux quand Alexandra (infirmière) lui propose de faire de la relaxation. Mme Antony accepte et le rendez-vous est pris pour 8 jours plus tard. Pendant ce temps, la patiente bascule vers un état hypomaniaque, et le jour dit, très enjouée, elle réclame sa séance de relaxation à Alexandra. Il s'ensuit une séance de relaxation très « agitée » car Mme Antony éprouve le besoin de bouger chaque partie du corps évoquée par Alexandra. Cette dernière évoque le corps dans son intégralité, puis laisse Mme Antony écouter un peu la musique avec pour consigne de rester en silence. Après la séance, Mme Antony est toujours aussi enjouée, cependant, Alexandra remarque que son débit verbal et son niveau d'agitation motrice ont un peu diminué. Un traitement adapté et la continuation des séances vont aider Mme Antony à revenir à une thymie plus normalisée après quelque temps.

Il existe différentes méthodes de relaxation, les plus utilisées étant le **training autogène de Schultz** (méthode visant le relâchement musculaire et la concentration sur les sensations par autohypnose) et le **la relaxation progressive de Jacobson** (relaxation progressive utilisant l'alternance de contraction et de relâchement musculaire).

Au fil des séances, le patient s'appropriera progressivement ces techniques afin de pouvoir les utiliser en situation et de manière autonome.

### *Les techniques d'exposition*

Il s'agit d'exposer de manière prolongée le sujet à des situations (soit en imagination, soit en réalité)

qui lui posent problème afin de diminuer leur impact péjoratif sur le sujet (c'est l'habituation et la désensibilisation). Ce travail d'exposition peut se réaliser après que le sujet ait été relaxé ou non, et dans la réalité ou uniquement en pensée, c'est-à-dire en imaginant les situations. **L'habituation** et **la désensibilisation** sont deux phénomènes, bien connus des comportementalistes, par lesquels l'angoisse générée par une situation diminue et même s'éteint lorsque le sujet y est confronté de manière massive (habituation) et répétée (désensibilisation). En psychiatrie, ces techniques sont rarement utilisées, et si elles le sont, c'est dans un cadre thérapeutique strict défini par le projet médical.

### **Les techniques d'affirmation de soi**

Ces techniques s'adressent à des patients pour qui les situations sociales constituent une épreuve pénible voire insurmontable :

- le jeu de rôle : c'est une mise en situation à échelle réduite ;
- le modeling en imagination : il consiste à faire imaginer au patient une situation où il se conduit de manière efficace ;
- le modeling de participation : c'est un accompagnement du sujet dans la réalité par le soignant qui lui sert de modèle et le guide ;
- le renforcement par des approbations ou des félicitations lorsqu'il y a réussite.

➡ Madame Larson est enceinte de huit mois. Ses croyances l'amènent à penser qu'elle ne survivra pas à son accouchement. Plus la date de la délivrance approche, plus elle se sent angoissée.

Pour l'aider, Alexandra, une infirmière formée aux thérapies cognitivo-comportementales, lui propose de se détendre, de fermer les yeux et de s'imaginer tenant son bébé dans ses bras, d'imaginer sentir son odeur, la sensation de sa peau contre la sienne, de voir son visage serein, bien endormi qu'il est au creux de ses bras, etc. Mme Larson ressent du bien-être durant l'exercice. Par la suite, elle se sentira moins angoissée.

*Le modeling en imagination a permis à cette patiente de se projeter en pensée au-delà de l'épreuve redoutée. Dans cet exemple, la thérapie comportementale (relaxation) s'est appuyée sur des processus cognitifs. Grâce à l'exercice, Madame Larson a pu atténuer les effets péjoratifs produits par le schéma cognitif « Je vais mourir lors de mon accouchement ». Sans pour autant faire disparaître la distorsion cognitive (modifier un schéma cognitif demande un travail de longue haleine) qui l'amenait à imaginer un scénario catastrophe (par inférence arbitraire), la patiente a pu néanmoins voir diminuer son angoisse de façon intéressante. On voit bien ici l'utilité de l'alliance des modèles cognitif et comportemental.*

➡ **L'entraînement des habilités sociales (EHS)** est une manière d'aider les patients à avoir un meilleur fonctionnement social. La personne peut apprendre à répondre à une critique, à repérer et reconnaître les émotions d'autrui ou encore apprendre à formuler une requête de façon claire. Il existe un jeu de société appelé **Compétences** (créé par J. Favrod, F. Nerfin et D. Alhadeff) qui aide les patients à entraîner leurs habilités sociales. Dans ce jeu, les capacités cognitives et comportementales des personnes sont mobilisées pour qu'elles puissent devenir capables de communiquer leurs besoins..... et leurs émotions aux autres, le but étant d'améliorer leur adaptation sociale. Il s'agit pour les joueurs d'apprendre à répondre à des questions simples (par exemple : quels comportements vous indiquent qu'une personne est

triste ? Ou encore : citez deux façons d'interrompre un silence gênant), soit seul, soit en équipe, le soignant participant au jeu (et se mettant dans l'équipe des patients les moins habiles).

*Ce jeu est vecteur d'une forme de modeling de participation, le travail se faisant au niveau cognitif. Par ailleurs, à chaque fois qu'un soignant accompagne de façon répétée un patient dans l'accomplissement d'une tâche de la vie quotidienne (ranger sa chambre, prendre le bus, etc.) il est également dans le modeling de participation (voir exemple suivant).*

## *La relation thérapeutique*

---

Celle-ci va se dérouler de la même manière que dans les thérapies cognitives.

## *Les indications de l'approche comportementale*

Les techniques comportementales sont employées fréquemment pour la réhabilitation des états psychotiques chroniques, par le biais de programmes de développement des compétences sociales.

➡ Lucas est un jeune homme de 28 ans souffrant d'une schizophrénie débutée à l'âge de 18 ans. Il a peu de contacts sociaux parce qu'il est angoissé lorsqu'il sort de chez lui. Par exemple, le bus, qu'il doit prendre impérativement chaque jour pour aller manger dans un foyer, est un calvaire car il s'y sent enfermé et exposé au regard inquisiteur des autres. Nicolas, un infirmier qu'il apprécie, va l'accompagner dans le bus afin de le rassurer, et cela à plusieurs reprises. Il lui proposera ensuite de prendre le bus seul, tout d'abord sur une ou deux stations avant de continuer à pied puis, progressivement, jusqu'à sa destination finale. Ce cheminement va permettre à Lucas de faire l'expérience de parvenir à prendre le bus sans être terrassé par l'angoisse et sans qu'il ne lui arrive rien de grave.

### **Points clés à retenir**

- ▶ Le modèle comportemental propose de remplacer un comportement coûteux en énergie ou dangereux par un autre comportement plus efficace par le moyen de l'apprentissage.
- ▶ Pour y arriver, il s'agit de repérer et d'évaluer les comportements problématiques, de définir des objectifs et de mettre des actions en place.
- ▶ Des techniques spécifiques peuvent être utilisées : la relaxation, l'exposition et l'affirmation de soi. Une fois apprises, celles-ci pourront être réutilisées par la personne de manière autonome.

# SELON LE MODÈLE SYSTÉMIQUE

## *L'orientation thérapeutique*

---

La thérapie systémique cherche à modifier le fonctionnement global du système familial dans lequel vit le sujet malade. Pour cela le thérapeute observe et analyse les interactions familiales qu'il va chercher à mettre au jour et à modifier.

## *Le mécanisme*

---

La thérapie contribue à faire changer le mode d'équilibre de la famille qui, jusqu'à présent, s'appuyait sur le porteur du symptôme, et à redistribuer à chacun une partie des difficultés que ce dernier concentre. En modifiant cet équilibre, le patient peut « échapper » au rôle de malade qui lui a été imparti (et donc au symptôme). Cependant, les autres membres de la famille doivent également accepter de modifier leur mode de fonctionnement pour permettre au système familial de retrouver un équilibre.

### Les entretiens familiaux

#### Objectif et déroulement global des entretiens familiaux

En thérapie familiale, il s'agit d'aider la famille à sortir du cercle vicieux des répétitions dans lequel le système familial est enfermé. Au cours des entretiens familiaux, ce qui est questionné n'est pas le pourquoi, mais le comment du fonctionnement de chacun des membres de la famille. Sont ensuite mises en perspective les différentes explications formulées.

Le thérapeute va progressivement proposer des hypothèses de sens à donner à certains phénomènes qui seront ou non validées par la famille, demander à chacun comment il pense faire évoluer la situation et, à défaut, envisager lui-même des solutions qui seront ou non acceptées par les différents acteurs. La manière de questionner du thérapeute permet à chacun d'entendre ce que l'autre pense de la situation, des relations, de leurs causes, de la manière dont il vit leurs effets, etc. Ceux qui ne parlent pas écoutent et peuvent réagir, contredire, s'expliquer.

Le thérapeute perturbe la description de la réalité telle qu'elle est proposée par la famille, il provoque, doute, interroge, demande confirmation. Il travaille à sortir le système de son absence d'alternative qui nécessite le maintien du symptôme. Il remet en question les évidences de la famille. Le questionnement du thérapeute est appelé questionnement circulaire car il consiste à demander à chacun ce qu'il pense de ce que vient de dire l'autre.

➡ Mme Roman, 68 ans, a fait une tentative de suicide qui l'a conduite à être hospitalisée. C'est son premier contact avec la psychiatrie. Elle vit avec son mari, 72 ans, sa fille, 34 ans et ses deux chiens chiwawa. Elle lie, au cours d'entretiens, sa tentative de suicide avec le décès d'un troisième chien qui était son préféré.

Mme Roman quitte le service au bout de trois semaines avec un traitement antidépresseur et un suivi ambulatoire en CMP. Elle réitère son geste trois mois plus tard et précisera qu'elle ne comprend pas ce qui lui arrive mais qu'elle ne trouve plus goût à rien. Un suivi à domicile dans le cadre d'entretiens systémiques est décidé. L'infirmier se rend dans la famille une fois par semaine en présence de Mme Roman et de son mari, de sa fille et de leurs deux chiens. L'observation des interactions dans la famille met en évidence la place centrale qu'occupent les chiens, le peu de présence de M. Roman au domicile (il s'occupe du syndic de leur immeuble) ainsi que de la fille qui travaille dans un cabinet d'experts comptables. Les relations entre les trois membres de la famille sont extrêmement réduites. Progressivement, depuis la retraite du mari, chacun s'est construit son mode de vie de manière indépendante, la rencontre ne se faisant qu'au moment des repas. Mais là encore, les échanges sont pauvres et ne tournent qu'autour de la vie des chiens. Ces derniers sont d'ailleurs cités comme responsables de l'impossibilité d'envisager des sorties communes : « On ne peut pas les laisser ».

Les entretiens (circulaires) mettent rapidement en évidence l'insatisfaction de Mme Roman dans ce dispositif et la satisfaction du mari et de sa fille qui savourent leur autonomie. La perte du chien préféré de Mme Roman l'a renvoyée à sa solitude au sein de sa propre famille et à l'absence de perspective. Après un premier temps pendant lequel chacun, à travers sa vision de l'histoire de la famille, cherche à se dédouaner de ses responsabilités dans le vide relationnel qui s'est installé progressivement, les protagonistes vont s'avouer tenir mutuellement les uns aux autres et ne pas envisager de séparation. Le thérapeute demande à chacun de se positionner sur sa volonté de modifier quelque chose à la situation et, le cas

échéant, de proposer des actions à mettre en place. C'est ainsi qu'il est décidé que chaque semaine une sortie du couple sera réalisée pendant que la fille gardera les chiens à la maison. Un an plus tard, le couple a confié les deux chiens à leur autre fille habitant Paris et a retrouvé des espaces d'échange autour du repas ou de sorties (rares) mais communes.

*L'équilibre de la famille était réalisé autour de l'indépendance de chacun à travers des investissements extérieurs. Mm Roman, quant à elle, n'avait pas d'espace d'investissement en dehors de son domicile. Le décès de son chien préféré l'a mis face à la vacuité de son existence. Il fallait que mari et fille acceptent de perdre un peu de leur autonomie pour permettre à Mme Roman de retrouver un sens à sa vie aussi modeste soit-il.*

## *Les indications des thérapies systémiques*

Toutes les pathologies psychiatriques peuvent faire l'objet d'un traitement systémique à condition que le thérapeute ait accès au système concerné par le porteur du symptôme. Trois critères sont nécessaires pour valider une demande de thérapie familiale : un symptôme, une souffrance liée à ce symptôme et une demande d'aide. Si ces trois critères sont répartis sur deux ou plusieurs membres de la famille, la demande peut être entendue. En revanche, s'ils sont réunis sur une seule personne, il n'y a pas d'indication de thérapie familiale. C'est alors la thérapie individuelle qui prend le relais.

### **Points clés à retenir**

- ▶ La thérapie systémique vise à modifier le fonctionnement global du système familial dans lequel vit le sujet malade.
- ▶ Elle vise à modifier l'équilibre de la famille qui s'appuie au départ sur le porteur de symptôme, en redistribuant à chacun des membres une part des difficultés concentrées par ce dernier.
- ▶ La méthode utilisée de façon préférentielle est le questionnement (ou questionnement circulaire), celui-ci permettant à chacun d'entendre la position de l'autre.
- ▶ Une thérapie familiale n'est indiquée que si trois critères sont réunis : la présence d'un symptôme chez l'un des membres, l'existence d'une souffrance liée à ce symptôme et une demande d'aide. Ces critères doivent être répartis sur au moins deux membres de la famille.

## SELON LE MODÈLE NEUROBIOLOGIQUE

Les traitements neurobiologiques sont essentiellement de deux ordres :

- médicamenteux, avec **les psychotropes** et les médicaments utilisés dans le sevrage aux opiacés et la désintoxication alcoolique ;
- somatique, avec **l'électroconvulsivothérapie**, celle-ci étant utilisée pour des affections résistant aux psychotropes.

## Les thérapeutiques médicamenteuses (les psychotropes)

L'avènement de la psychopharmacologie moderne avec la création des **psychotropes**, a bouleversé la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques, permettant une diminution notable de leur symptomatologie.

Les psychotropes sont des médicaments ayant un effet sur le psychisme et le comportement de l'être humain :

- les **neuroleptiques** et les **antipsychotiques** (neuroleptiques de nouvelle génération) ont une action sur les troubles psychotiques ;
- les **antidépresseurs** ont une action sur les troubles dépressifs ;
- les **anxiolytiques** ont une action sur l'anxiété ;
- les **hypnotiques** traitent les troubles du sommeil.

Les psychotropes sont utilisés, suivant les cas :

- pour leur effet **psychosédatif**, c'est-à-dire qui freine l'activité : les anxiolytiques, les neuroleptiques et antipsychotiques, les hypnotiques ;
- pour leur effet **psychostimulant ou psychoanaleptique**, c'est-à-dire qui stimule l'activité : les antidépresseurs ;
- pour leur effet **psycho-isoletique**, c'est-à-dire qui régule l'humeur : les thymorégulateurs.

Jusqu'à la mise en avant des médicaments génériques sur le marché, les médicaments donnés en psychiatrie étaient appelés par leur nom commercial (*Prozac, Lexomyl*, etc.). À l'heure actuelle, c'est le nom générique qui prime, c'est-à-dire la dénomination commune internationale ou DCI. L'infirmier qui exerce aujourd'hui doit donc impérativement connaître ces deux dénominations.

### Les antidépresseurs

Les antidépresseurs améliorent l'humeur dépressive d'une personne, après quelques semaines de traitement. La classe pharmacologique des antidépresseurs est très hétérogène tant au niveau des mécanismes d'action qu'au niveau des effets indésirables.

#### Le mécanisme d'action des antidépresseurs

Le mécanisme d'action des antidépresseurs est surtout centré sur l'impact synaptique de ces médicaments car lors des épisodes dépressifs, la neurotransmission de la noradrénaline et de la sérotonine est diminuée. Parallèlement à leurs actions antidépressives, les antidépresseurs peuvent présenter selon les cas des effets psychostimulants ou sédatifs. Les effets antidépresseurs commencent à se faire sentir 15 à 20 jours après la première prise.



#### Surveillance particulière pour tous les antidépresseurs

- **Risque de raptus suicidaire dans les 15 premiers jours** chez les patients à tendances suicidaires, à cause de la levée d'inhibition produite par le traitement, alors que l'envie suicidaire est encore là.

- Risque de survenue de virage maniaque chez les patients bipolaires.
- Rebond anxieux possible au début du traitement

## Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine

**Tableau 6.I.** Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine

DCI (Nom commercial)	Indications
Paroxétine ( <i>Déroxat</i> )	Épisode dépressif majeur Trouble obsessionnel compulsif Prévention du trouble panique
Fluvoxamine ( <i>Floxyfral</i> )	Épisode dépressif majeur
Sertraline ( <i>Zoloft</i> )	Épisode dépressif majeur
Citalopram ( <i>Seropram</i> ) Escitalopram ( <i>Seroplex</i> )	Épisode dépressif majeur Prévention du trouble panique
Fluoxétine ( <i>Prozac</i> )	Épisode dépressif majeur Trouble obsessionnel compulsif

**Effets secondaires** : nausées, céphalées, tremblements, troubles digestifs, excitation psychomotrice, tachycardie ; il peut y avoir un syndrome de sevrage à l'arrêt brutal de la paroxétine ( *Déroxat* ).



### Actions infirmières

- Informer le patient du fait qu'il ne doit pas boire d'alcool tant qu'il prend ce traitement.
- Surveillance accrue du risque suicidaire durant les 15 premiers jours.
- Surveillance de la survenue de signes d'exaltation d'humeur.

## Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

**Tableau 6.II.** Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

DCI (Nom commercial)	Indications
Venlafaxine ( <i>Effexor</i> )	Épisode dépressif majeur Trouble anxieux
Milnacipram ( <i>Ixel</i> )	Épisode dépressif majeur
Duloxétine ( <i>Cymbalta</i> )	Épisode dépressif majeur

**Effets secondaires** : ils sont peu marqués en général (troubles digestifs : nausées, diarrhée, tremblements, céphalées, tachycardie, troubles cutanés bénins). Ils s'estompent au fur et à mesure de la prise du traitement.

**Contre-indications** : grossesse, allaitement, insuffisance hépatique.



## Information spécifique à donner au patient

Si diarrhée, lui expliquer qu'elle disparaîtra s'il prend son traitement au milieu du repas.

## Les antidépresseurs tricycliques

Tableau 6.III. Les antidépresseurs tricycliques

DCI (Nom commercial)	Indications
Imipramine ( <i>Tofranil</i> )	Épisodes dépressifs majeurs
Clomipramine ( <i>Anafranil</i> )	Épisode dépressif majeur Trouble obsessionnel compulsif Prévention du trouble panique
Amitriptyline ( <i>Laroxyl</i> )	Épisode dépressif majeur

**Effets secondaires** : sécheresse de bouche, constipation, flou visuel, rétention urinaire, hypotension orthostatique, somnolence diurne, prise de poids, troubles du rythme. Ces effets sont diminués par l'ajustement de la posologie.

### Contre-indications :

- infarctus du myocarde récent ;
- glaucome à angle fermé ;
- adénome prostatique ;
- épilepsie ;
- association aux IMAO non sélectifs.



## Actions infirmières

- Informer le patient du fait qu'il ne doit pas boire d'alcool tant qu'il prend ce traitement.
- Surveillance de la survenue des effets secondaires (nausées...) et informer le médecin de leur présence pour réajustement de la posologie.

## Les antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) irréversibles

Ils sont représentés essentiellement par l'iproniazide ( *Marsilid* ) qui est utilisé pour traiter les états dépressifs majeurs.

**Effets secondaires** : hypotension orthostatique, crise hypertensive paroxystique (risque d'infarctus du myocarde), céphalées, vertiges, rétention urinaire, constipation, troubles digestifs, sécheresse buccale, sudation.

### Contre-indications :

- grossesse, allaitement, insuffisance hépatique, phéochromocytome ;

- contre-indications médicamenteuses : antidépresseurs tricycliques, antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (1RS), bêtabloquants, barbituriques ;
- contre-indications alimentaires : impératives du fait du risque de poussée hypertensive majeure induite par les aliments riches en tyramine tels que chocolat, banane, raisin (ou tout fruit trop mûr), fromages fermentés, viandes et poissons fumés ou marinés, boissons alcoolisées, bière et vin sans alcool. Risque mortel.



### Actions infirmières

- Surveillance de la TA, du bilan hépatique.
- Informer le patient du fait qu'il ne doit pas boire d'alcool tant qu'il prend ce traitement.
- Informer le patient qu'il ne doit plus manger les aliments contre-indiqués avec son traitement médicamenteux.

### **Les antidépresseurs Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) réversibles**

La moclobémide ( *Moclamine* ) est utilisée pour traiter les troubles dépressifs majeurs.

**Les effets secondaires** sont les mêmes que pour les IMAO irréversibles, exception faite de la crise hypertensive. Par ailleurs, en ce qui concerne ces médicaments, il n'y a pas de régime particulier à suivre.

La surveillance infirmière est la même que pour les IMAO irréversibles.

➡ Les IMAO sont moins utilisés depuis l'avènement des antidépresseurs sérotoninergiques qui ont moins d'effets secondaires et nécessitent moins de surveillance.

### **Les autres antidépresseurs**

Sont également prescrits pour les états dépressifs majeurs :

- miansérine ( *Athymil* ) ;
- viloxazine ( *Vivalan* ) ;
- tianeptine ( *Stablon* ) ;
- mirtazapine ( *Worset* ).
- agomélatine ( *Valdoxan* ).

**Effets secondaires** : somnolence, sécheresse buccale, constipation ( *Miansérine* ) ; crises convulsives, éruptions cutanées, augmentation des transaminases ( *Viloxazine* ) ; augmentation de l'appétit avec prise de poids, somnolence ( *Mirtazapine* ) ; élévation des enzymes hépatiques, atteinte hématologique réversible (leucopénie, agranulocytose, neutropénie, thrombopénie : rares) ( *Mirtazapine* , agomélatine).

**Contre-indications** : grossesse, allaitement, association aux IMAO ( *Tianeptine* ).



## Actions infirmières

- Surveillance de la TA, de la réponse thérapeutique et des effets secondaires spécifiques.
- Prévenir le patient qu'il aura un contrôle NFS régulier ( *Mirtazapine* ).
- Bilan hépatique régulier préalable si prescription de *Mirtazapine* ou d'agomélatine.

## ● Les thymorégulateurs

■ Les thymorégulateurs sont des médicaments qui ont essentiellement comme visée la stabilisation de l'humeur et la prévention des rechutes du trouble bipolaire.

Tableau 6.IV. Les thymorégulateurs

DCI (Nom commercial)	Indications
Gluconate de lithium ( <i>Neurolithium</i> )	Prévention rechutes trouble bipolaire Traitement curatif des accès maniaques et dépressifs
Carbonate de lithium ( <i>Téralithe/Téralite LP</i> )	Prévention rechutes trouble bipolaire Traitement curatif des accès maniaques et dépressifs
Carbamazépine ( <i>Tégrétol/Tégrétol LP</i> )	Prévention rechutes trouble bipolaire États d'excitation maniaque États hypomaniaques
Valpromide ( <i>Dépamide</i> )	Prévention rechutes trouble bipolaire Agressivité d'origine diverse
Divalproate de sodium ( <i>Dépakote</i> )	États maniaques
Lamotrigine ( <i>Lamictal</i> )	Prévention des rechutes dépressives

## Les sels de lithium

Le lithium est un métal alcalin qui a un effet préventif sur les troubles de l'humeur chez les personnes souffrant de troubles bipolaires. Les médicaments contenant des sels de lithium sont :

- le gluconate de lithium ;
- le carbonate de lithium.

Il existe des formes médicamenteuses LP, c'est-à-dire à libération prolongée. La posologie exacte des sels de lithium est à adapter en fonction des dosages sanguins de la **lithiémie** .

### Effets secondaires :

■ digestifs (nausées, diarrhée, sensation de goût métallique dans la bouche) ; neuropsychiques (tremblements des mains, trouble de la vision, baisse de la libido) ; cardiaques (troubles du rythme) ; endocriniens (prise de poids, goitre thyroïdien, hypothyroïdie, polyurie [miction importante] et polydipsie [soif excessive]).

**Contre-indications** : avant la mise en route de tout traitement, il faut rechercher les contreindications : insuffisances cardiaque et rénale, déshydratation, régime sans sel, allaitement.



## Actions infirmières

Expliquer au patient :

- qu'il doit prendre son traitement de manière régulière ;
- qu'il doit repérer tout signe de surdosage : fatigue, vertiges, obnubilation, confusion, tremblements, diarrhée, ralentissement du pouls ;
- qu'il doit respecter une hygiène de vie concernant son hydratation qui doit être conséquente et son alimentation qui doit être équilibrée ;
- qu'il doit éviter de prendre des médicaments diurétiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens à cause des interactions médicamenteuses.

Surveillance de la lithiémie :

- la lithiémie doit être comprise entre 0,8 et 1,2 mmol/L pour les formes LP et 0,5 et 1,2 mmol/L pour les autres formes. Quand elle est stabilisée en zone thérapeutique, elle est dosée une fois par mois le premier trimestre puis tous les trois mois. La première année, surveillance de NFS, ionogramme sanguin, créatinine, protéinurie et TSH ultrasensible ;
- prise de sang le matin avant la première prise médicamenteuse et 12 h après la dernière prise.

## Les autres thymorégulateurs

- Carbamazépine ( *Tegretol* ).
- Valpromide ( *Depamide* ).
- Divalproate de sodium ( *Depakote* ).
- Olanzapine ( *Zyprexa* ) neuroleptique à effet thymorégulateur.

**Indications :** effets préventifs sur les épisodes bipolaires et curatifs sur les phases maniaques (pour le valpromide).

**Effets secondaires :**

- carbamazépine : fatigue, somnolence, vertiges, céphalées, troubles digestifs, sécheresse buccale. Rares : baisse de plaquettes et des globules blancs ;
- valpromide : somnolence, troubles digestifs, tremblements, hypotonie musculaire. Rares : atteinte hépatique et pancréatique, baisse des plaquettes ;
- divalproate de sodium : somnolence diurne, risque rare d'atteinte hépatique ou pancréatique.
- olanzapine : somnolence modérée, prise de poids, prolactinémie, augmentation du cholestérol, des triglycérides et/ou de la glycémie (attention avec les sujets diabétiques), hypotension orthostatique.

**Contre-indications :**

- carbamazépine : troubles cardiaques, allaitement, porphyrie aiguë intermittente ;
- valpromide : trouble hépatique existant ;

- divalproate de sodium : troubles hépatiques existants, grossesse.



### Actions infirmières

- Bilan préthérapeutique avec dosage NFS, taux de plaquettes, de prothrombine et bilan hépatique pour le valpromide et le divalproate. Après la mise en route, surveillance régulière à faire.
- Bilan préthérapeutique avec dosage NFS, bilan hépatique pour la carbamazépine.

### ● Les anxiolytiques

Les anxiolytiques sont prescrits pour diminuer l'anxiété et ils sont représentés par les **benzodiazépines** et les **anxiolytiques non benzodiazépiniques**.

#### **Les benzodiazépines**

- Alprazolam ( *Xanax* ).
- Bromazépam ( *Lexomil* ).
- Diazépam ( *Valium* ).
- Clorazépate potassique ( *Tranxène* ).
- Prazépam ( *Lysanxia* ).
- Oxazépam ( *Seresfa* ).

**Indications** : anxiété, crise d'angoisse, insomnie, sevrage alcoolique, delirium tremens, états d'agitation ou d'agressivité, tremblements.

**Contre-indications** : insuffisance respiratoire, apnées du sommeil, myasthénie, insuffisance hépatique sévère.

**Effets secondaires** : somnolence, troubles de la concentration, effets paradoxaux (anxiété, agressivité, insomnie) ; risque de dépendance quand l'utilisation est prolongée et de syndrome de sevrage si arrêt brutal ; risque d'amnésie antérograde.



### Actions infirmières

- Surveiller la survenue des effets secondaires éventuels.
- Prévenir la personne du risque de somnolence au volant.
- Informer la personne de la nécessité d'éviter d'arrêter le traitement brusquement et de la potentialisation des effets sédatifs si absorption d'alcool.

## **Les anxiolytiques non benzodiazépiniques**

Ils sont également prescrits dans les cas d'anxiété et ont moins d'effets indésirables :

- buspirone ( *Buspar* ) : pas de syndrome de dépendance ;
- hydroxyzyne ( *Ataxax* ) : a un effet antihistaminique et est contre-indiqué en cas de grossesse ;
- méprobamate ( *Equanil* ) : contre-indiqué en cas d'insuffisance respiratoire.

## ● **Les neuroleptiques et antipsychotiques**

Les neuroleptiques sont les médicaments de la psychose et ils ont tous une action antipsychotique, c'est la raison pour laquelle ces appellations sont employées comme synonymes. Le terme de neuroleptique est cependant plus souvent employé pour désigner les neuroleptiques typiques (ou antipsychotiques typiques) de première génération, alors que le terme d'antipsychotiques atypiques sera plutôt employé pour désigner les neuroleptiques de seconde génération. Ceux-ci sont actuellement prescrits généralement en première intention du fait d'effets secondaires moins importants. Ils ont une action sur les symptômes positifs et négatifs de la psychose et peuvent avoir un effet sur la symptomatologie dépressive chez la personne psychotique.

Une nouvelle classe d'antipsychotiques est apparue récemment : ce sont les antipsychotiques atypiques agonistes partiels.

## **Modes d'administration**

Les neuroleptiques peuvent être administrés sous différentes formes galéniques :

- **les comprimés classiques** sont donnés aux patients compliants capables de prendre un traitement per os ;
- **les comprimés orodispersibles** se dissolvent instantanément dans la bouche et ne peuvent donc être recrachés. Ils sont indiqués dans les cas de réticence à la prise de traitement. Deux antipsychotiques sont présentés sous cette forme : l'olanzapine ( *Zyprexa Vélotab* ) et la rispéridone ( *Risperdaloro* ) ;
- **les solutions buvables** dont la forme (gouttes) permet une prise plus facile et plus sûre que les comprimés, surtout chez les patients délirants ;
- **les solutions injectables** s'administrent par voie intramusculaire (IM) et sont surtout employées dans les cas d'urgence (états d'agitation, de refus de traitement oral dans les états délirants).
- **les neuroleptiques à action prolongée (NAP)** , aussi appelés neuroleptiques retard, permettent de n'être administrés qu'une fois toutes les 2, 3 ou 4 semaines selon les molécules et sont indiqués chez les patients ayant une mauvaise observance de leur traitement (schizophrénie).

## **Les neuroleptiques classiques ou antipsychotiques typiques**

Ils agissent en bloquant des récepteurs de la dopamine et de la noradrénaline dans le cerveau et créent chez la personne un état d'indifférence psychomotrice. Ils agissent surtout sur les symptômes positifs (délire, hallucinations, angoisses, agitation) et ont peu d'effet sur les symptômes négatifs (retrait, apragmatisme, etc.). Certains de leurs effets secondaires peuvent être lourds.

Les principaux neuroleptiques sont :

- chlorpromazine ( *Largactil* ) ;
- lévomépromazine ( *Nozinan* ) ;
- cyamémazine ( *Tercian* ) ;

- pipotiazine ( *Piportil* ) ;
- halopéridol ( *Haldol* ) ;
- amisulpride ( *Solian* ) ;
- tiapride ( *Tiapridal* ).
- loxapine ( *Loxapac* )

**Indications** : psychose (aiguës et chroniques), états d'agitation, d'agressivité, anxiété.

Certains auront un effet sédatif (lévomépromazine, chlorpromazine), d'autres un effet incisif (halopéridol) ou désinhibiteur (amisulpride)

**Effets secondaires** : ils sont nombreux et doivent être connus de l'infirmier :

- les effets extrapyramidaux : tremblements, contractures (dyskinésies), syndrome parkinson- nien (tremblements), syndrome hyperkinétique (impossibilité de rester en place) ;
- les effets psychiques : dépression, somnolence, indifférence affective ;
- les effets endocriniens : prise de poids importante, aménorrhée, galactorrhée, impuissance ;
- les effets cardiovasculaires : hypotension orthostatique, trouble de la repolarisation avec risque de torsade de pointe ;
- les effets anticholinergiques : sécheresse de bouche, constipation, flou visuel, troubles uri- naires (rétention), glaucome par fermeture d'angle ;
- les effets divers : photosensibilisation (érythèmes solaires faciles), hépatite ;
- le syndrome malin : c'est un effet secondaire rare mais grave qui doit être repéré dès son apparition. Il nécessite le transfert de la personne en réanimation. Il associe :
  - fièvre,
  - sueurs,
  - troubles cardiaques et respiratoires,
  - contractures musculaires.

Le bilan biologique révèle une augmentation des enzymes musculaires (CPK). Non pris en charge, l'évolution se fait vers un coma.

**Médicaments correcteurs** : ils sont prescrits pour diminuer les symptômes extrapyramidaux :

- tropatépine ( *Lepticur* ) ;
- trihexyphénidyle ( *Artane* ) ;
- bipéridène ( *Akineton retard* ).

Ils ont des effets anticholinergiques et antiparkinsoniens. En cas de dyskinésies importantes, ils peuvent être utilisés sous forme injectable.



- Surveillance de la réponse thérapeutique et de la survenue d'effets secondaires (surtout le syndrome malin).
- Informer la personne des risques de prise de poids et l'éduquer au niveau alimentaire.
- Surveillance du poids, de la TA, de la température, bilans sanguins réguliers.

### **Les antipsychotiques atypiques**

– Risperidone ( *Risperdal* )

**Indications** : schizophrénie, épisodes maniaques modérés.

**Effets secondaires** (peu marqués) : anxiété, insomnie, somnolence, nausée, dyspepsie, rash, tachycardie.

**Surveillance** : surveiller la réponse thérapeutique et la survenue d'effets secondaires éventuels.

– Olanzapine ( *Zyprexa* )

**Indications** : les mêmes que pour la rispéridone.

**Effets secondaires** : somnolence modérée, prise de poids. Attention avec les sujets diabétiques.

**Surveillance** : surveiller la réponse thérapeutique et la survenue d'effets secondaires éventuels.

– Clozapine ( *Leponex* )

**Indications** : schizophrénies chroniques en cas d'intolérance aux neuroleptiques classiques.

**Effets secondaires** :

- neurologiques (sédation, somnolence, dyskinésies, syndrome extrapyramidal) ;
- végétatifs (hypotension orthostatique, sécheresse de bouche, constipation, troubles de l'accommodation, rétention urinaire) ;
- endocriniens et métaboliques (aménorrhée, gynécomastie, galactorrhée, impuissance, frigidité, prise de poids), hyperglycémie, hypertriglycémie ;
- photosensibilisation ;
- ictère ;
- **risque de syndrome malin** ;
- **risque de neutropénie ou d'agranulocytose** .



### **Actions infirmières**

- Surveiller la réponse thérapeutique et la survenue d'effets secondaires éventuels.
- Suivre le protocole de surveillance hématologique (NFS toutes les semaines pendant 18 semaines au début, puis 1 fois par mois) pour prévenir les risques d'agranulocytose, neutropénie, hypertriglycémie.

## **Les antipsychotiques atypiques agonistes partiels : Aripiprazole ( Abilify )**

**Indications** : traitement de la schizophrénie.

**Contre-indications** : hypersensibilité à la substance active ou à l'un de ses excipients, glaucome à angle fermé.

**Effets secondaires** : troubles cardiovasculaires (prudence en cas d'antécédent d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque ou d'antécédents d'accident vasculaire cérébral), dyskinésies tardives, dysphagie (problèmes de déglutition, risque de fausse route), hyperglycémie.

### ● **Les hypnotiques**

D'un point de vue étymologique, les hypnotiques sont des inducteurs de sommeil. Actuellement, ils sont de deux sortes : les hypnotiques benzodiazépiniques et les hypnotiques non benzodiazépiniques. Ils traitent l'insomnie occasionnelle ou transitoire.

#### **Les hypnotiques benzodiazépiniques**

- Bromazépam ( *Lexomil* ).
- Prazépam ( *Lysanxia* ).
- Oxazépam ( *Séresta* ).
- Lorazépam ( *Témesta* ).
- Clobazan ( *Urbanyl* ).
- Diazépam ( *Valium* ).
- Alprazolam ( *Xanax* ).

**Effets secondaires** : amnésie antérograde, baisse de la vigilance, sensation vertigineuse, sédation, risque de dépendance, syndrome de sevrage, réactions paradoxales possibles (agitation, agressivité, irritabilité).

**Contre-indication** : prise d'alcool (potentialisation des effets secondaires).

**Surveillance** : évaluer la qualité du sommeil du patient.

#### **Les hypnotiques non benzodiazépiniques**

- Zolpidem ( *Stilnox* ).
- Zopiclone ( *Imovane* ).

**Effets secondaires** (beaucoup moins nombreux) : sensations vertigineuses, nausée, somnolence, risque de dépendance moindre.



#### **Actions infirmières**

- Évaluer la qualité du sommeil du patient, lui donner des conseils éducatifs sur la manière de gérer son temps de sommeil : éviter de veiller à dessein, éviter les activités excitantes avant le coucher (jeux vidéo), éviter de boire du café le soir, etc.

## **Les antihistaminiques hypnotiques**

Certains antihistaminiques (antiallergisants) peuvent être prescrits en cas d'insomnie pour leur effet sédatif. Ils n'entraînent pas d'accoutumance.

- Antihistaminiques H1 : alimémazine ( *Théralène* ).
- Antihistaminiques H1 et méprobamate : méprobamate en association avec l'acépromazine ( *Mépronizine* ).

**Contre-indications** : troubles de la prostate, glaucome à angle fermé.

**Effets indésirables** : somnolence diurne, constipation, bouche sèche, parfois effet paradoxal (excitation, insomnie).

## ● **Les médicaments de sevrage aux opiacés**

Deux traitements sont actuellement utilisés en tant que traitement substitutif des pharmacodépendances majeures : la buprénorphine (Subutex) et la méthadone chlorhydrate. La prescription initiale est faite par un médecin exerçant dans un centre de soins pour toxicomanes (ordonnance sécurisée limitée à 7 jours) dans le cadre d'une prise en charge globale (médicopsychosociale).

### **La buprénorphine ( Subutex )**

**Forme** : dispensée sous la forme de comprimés sublinguaux.

**Indications** : c'est un médicament de substitution qui contient de la morphine et qui est utilisé dans le sevrage aux opiacés.

**Effets secondaires** : constipation (fréquent), nausées, vomissements, maux de tête, sueur, vertiges, hypotension orthostatique, somnolence.

**Contre-indications** : insuffisance hépatique ou respiratoire grave, grossesse, allaitement, état d'ivresse, délirium tremens. Précautions nécessaires en cas d'asthme, de prise de sédatifs (augmentation de la somnolence), d'IMAO ou d'association avec d'autres opiacés (médicaments antitussifs, antalgiques).



### **Actions infirmières**

En hospitalisation, surveiller la réponse thérapeutique et la survenue d'effets secondaires éventuels. Surveiller la prise du comprimé qui se fait de visu, avec attention et surveillance le temps que celui-ci fonde (5 à 10 mn), afin que le comprimé ne soit pas recraché pour être réutilisé à dose massive ou troqué ou revendu.

### **La méthadone chlorhydrate**

**Forme** : Délivrée sous forme liquide (en flacons doses).

**Indications** : c'est un médicament de substitution qui contient de la morphine et qui est utilisé dans le sevrage aux opiacés.

**Effets secondaires** : troubles respiratoires (risque d'arrêt respiratoire en cas de surdosage), euphorie, agitation, constipation (fréquent), nausées, vomissements, maux de tête, sueurs, vertiges, hypotension orthostatique, somnolence, prurit, urticaire, œdèmes. Risque d'hépatites cytolytiques en cas d'auto-injection en IV (après dissolution dans de l'eau ou du jus de citron).

**Contre-indications** : insuffisance hépatique ou respiratoire grave, grossesse, allaitement, état d'ivresse, délirium tremens. Précautions nécessaires en cas d'asthme, de prise de sédatifs (augmentation de la somnolence), d'IMAO ou d'association avec d'autres opiacés (médicaments antitussifs, antalgiques).



### Actions infirmières

Surveiller la réponse thérapeutique et la survenue d'effets secondaires éventuels. Surveiller la prise de la dose de méthadone qui se fait de visu.

### ● *Médicaments de la désintoxication à l'alcool*

Certains médicaments peuvent diminuer l'appétence alcoolique dans le cas de décision de sevrage chez une personne alcoolodépendante. Le traitement mis en place sert surtout à minimiser les symptômes de sevrage chez la personne, aidant au maintien de l'abstinence.

#### *Acamprosate ( Aotal )*

Ce médicament stimule le système gabaergique inhibiteur et antagonise les acides aminés excitateurs (glutamate). Il diminue l'appétence à l'alcool.

**Effets secondaires** : diarrhées, nausées, vomissements, douleurs abdominales, prurit, troubles de la libido.

**Contre-indications** : grossesse, allaitement, insuffisance hépatique grave (notamment cirrhose)



### Actions infirmières

Surveiller la réponse thérapeutique et la survenue d'effets secondaires éventuels.

#### *Chlorhydrate de naltrexone ( Revia )*

Effet antagoniste aux opiacés. Diminue l'appétence pour l'alcool.

**Effets secondaires** : céphalées, nausées, vomissements, insomnies, douleurs abdominales, asthénie, somnolence.

**Contre-indications** : grossesse et allaitement déconseillés



### Actions infirmières

Surveillance du risque de survenue d'un syndrome de sevrage grave d'installation rapide (5 min) et durable (48 h) chez les personnes dépendantes aux opiacés.

Surveillance des fonctions hépatique et rénale (bilans sanguins).

Surveillance de la réponse thérapeutique et de la survenue d'effets secondaires éventuels.

### ***Disulfirame ( Espéral )***

Médicament provoquant un effet antabuse (provoque des vomissements en cas d'ingestion d'alcool).  
Risque d'habituement progressive.

**Effets secondaires** : insuffisance hépatique ou respiratoire sévère, diabète, comitialité, insuffisance coronarienne.

**Contre-indications** : grossesse, allaitement, insuffisance hépatique grave (notamment cirrhose).

**Interactions médicamenteuses** : alcoolisation (risque de collapsus cardiovasculaire, de troubles du rythme, d'angor, d'œdème cérébral ou d'hémorragie méningée. Incompatibilités médicamenteuses avec l'isoniazide, les nitro-5-imidazolés ( *Flagyl* ), la warfarine ( *Coumadine* ) : risque hémorragique.



### **Actions infirmières**

Informez le patient des risques encourus en cas d'ingestion d'alcool sous traitement à base de disulfirame. Surveillez la réponse thérapeutique et la survenue d'effets secondaires éventuels

### ● La sismothérapie ou électroconvulsivothérapie (ETC)

La sismothérapie fait partie des thérapeutiques biologiques qui étaient utilisées de façon extensive au milieu du XXe siècle, de façon parfois très impressionnante. De ce fait, elle garde à l'heure actuelle une image archaïque. Utilisée aujourd'hui de façon plus rationnelle et avec une médicalisation qui donne un meilleur confort au patient, elle est employée dans le cadre d'indications précises et se montre très efficace pour traiter certaines pathologies.

#### **Définition**

La sismothérapie est un traitement qui consiste en l'induction d'une crise convulsive généralisée par l'application d'un courant électrique transcrânien. Elle est effectuée sous anesthésie générale et curarisation, c'est-à-dire l'injection d'un traitement permettant de limiter les complications ostéo-articulaires (risques de luxation ou de fracture). Une session est constituée de 6 à 12 séances selon l'indication, à raison de 2 fois par semaine.

#### **Indications**

Ce traitement est organisé par cure dans les services de soins spécialisés sous la surveillance d'un anesthésiste. Il est utilisé de façon ciblée :

- dans certaines formes cliniques de mélancolie délirante, anxieuse, pseudo-déméntielle ou stuporeuse ;
- dans certains états maniaques (fureur maniaque résistante à tout traitement, manie délirante ou confuse) ;
- dans les syndromes catatoniques (avec un taux d'efficacité de 90 %) en cas d'échec du traitement médicamenteux (benzodiazépines) ou de risque somatique important ;
- dans certains cas de schizophrénie, en cas d'agitation majeure accompagnée d'un syndrome délirant résistant aux psychotropes ;
- dans certains cas de psychose puerpérale quand il y a échec des neuroleptiques.

#### **Points clés à retenir**

- ▶ La surveillance de la survenue d'effets secondaires liés à la prise de psychotropes est essentielle car ceux-ci peuvent être importants.
- ▶ L'infirmier doit informer aussitôt le médecin de la survenue d'effets secondaires et celui-ci adaptera alors la posologie.
- ▶ Lors de la prise de neuroleptiques par une personne – et surtout lorsque c'est la première – une surveillance accrue devra être mise en place du fait du risque de survenue d'un syndrome malin.

## LA PRISE EN CHARGE RELATIONNELLE

S'appuyant sur sa compréhension des processus psychopathologiques à l'œuvre chez le patient, l'infirmier participe à la mise en œuvre des thérapeutiques qui vont aider celui-ci à diminuer sa souffrance, à consolider son état de fragilisation, passant d'un état de dépendance à celui d'une plus grande autonomie de vie.

De façon générale, les infirmiers mettent en place deux types d'interventions :

- celles qui relèvent de l'action, c'est-à-dire du **savoir-faire** ;
- celles qui relèvent de l'accompagnement, c'est-à-dire du **savoir-être** .

Bien entendu, ces deux types d'interventions sont autant requis en psychiatrie que dans les soins généraux, cependant, auprès des patients souffrant de troubles psychiques, **le savoir-être est l'un des principaux « moyens » psychothérapeutiques mis en œuvre** , car il teinte toutes les actions de l'infirmier, qu'il s'agisse de soins de nursing, d'entretien, d'accompagnement dans les tâches de la vie quotidienne ou encore d'animation d'un groupe de patients.

D'une certaine manière, le soin va venir « suppléer » aux carences initiales ou aux manques momentanés ayant entraîné un état pathologique.

### ● La fonction d'étayage

La fonction d'étayage est l'une des fonctions majeures du soin. D'un point de vue général, étayer signifie « soutenir, munir d'un support ». Durant sa vie, une personne va développer un système d'étayage, prenant appui sur son environnement extérieur, ainsi que sur sa capacité d'étayage interne. Ainsi, nous l'avons vu précédemment, le tout premier étayage du bébé est le sein de sa mère sur lequel il « s'appuie » pour obtenir satisfaction et réassurance (R. Kaës parle d' *étayage princeps* ). Par le biais de l'alternance de présence/absence de sa mère, l'enfant va développer peu à peu une capacité d'étayage interne : il va intérioriser, c'est-à-dire **mentaliser** le sein absent, ayant recours à une activité de compensation en suçant son pouce, prouvant ainsi qu'il a intégré l'image d'un « sein intérieur » qui lui permet de se sentir rassuré et satisfait. Il va prendre « appui » sur ce sein fantasmé. Tout en grandissant, il va continuer de développer des capacités d'étayage interne qui, additionnées à des éléments d'étayage externes (investissement sur la famille, les amis, les activités importantes pour la personne, etc.) vont l'aider à traverser les difficultés de la vie. La perte d'un ou plusieurs étayages provoque toujours une désorganisation interne chez une personne.

➡ Après une longue carrière d'infirmière, Denise prend sa retraite. Appréciant le travail en équipe, c'est quelqu'un qui s'est toujours beaucoup investi dans les prises en charge des patients et elle avait la sensation que la valeur de ce qu'elle faisait était reconnue par ses collègues, les médecins ainsi que par les patients eux-mêmes. Cependant, elle se dit contente d'arrêter enfin de travailler, expliquant à qui veut l'entendre qu'il est temps, qu'elle est fatiguée et qu'elle a « fait sa part ». Elle va enfin avoir le temps de s'occuper de son jardin et de ses petits-enfants. Pourtant, quelque temps après avoir arrêté définitivement de travailler, Denise est régulièrement habitée par un sentiment de malaise, une tristesse qu'elle ne s'explique pas. Elle en parle à ses amis qui se montrent alors un peu plus présents auprès d'elle, l'entraînant dans des activités culturelles et ludiques. L'une de ses amies qui participe de façon active à des activités bénévoles auprès de familles en difficulté, l'invite à la rejoindre. Après quelque temps, Denise réorganise sa vie autour de ces nouvelles activités et elle retrouve son allant. *En fait, le travail de Denise représentait un étayage fondamental pour elle, donnant du sens à sa vie et lui permettant de tirer beaucoup de satisfaction des liens professionnels et amicaux. Elle tirait de son travail un fort sentiment de valorisation et était ainsi confortée dans son estime d'elle-même. La perte de cet étayage provoque chez Denise une désorganisation psychique importante avec des sentiments dépressifs liés à la perte et ses capacités d'étayage internes sont dépassées. Elle a perdu un élément qui la confortait de façon forte dans son estime de soi. Elle s'appuie alors sur un étayage externe (ses amis) et réaménage dans sa vie de nouveaux étayages avec leur aide (bénévolat, sorties), ceux-ci lui permettant de trouver de nouvelles satisfactions .*

Face à toute perte, une personne doit mobiliser ses capacités internes d'étayage et c'est lorsque celles-ci sont dépassées qu'apparaît le trouble psychique (dépression, anxiété, etc.). Lorsqu'une personne est hospitalisée en service de psychiatrie, elle est en perte d'étayage interne et les soins vont alors représenter pour elle un étayage alternatif visant à compenser l'étayage défaillant.

Ces différents étayages alternatifs sont <sup>2</sup>

- **l'étayage sur le corps**, qui va se manifester au travers des soins se centrant sur le corps du patient : soins de nursing, relaxation, traitement médicamenteux, isolement thérapeutique, contention, etc. ;
- **l'étayage sur la mère** qui est lié au précédent. Quand l'état régressif est important, le soignant va s'occuper de prendre soin de la personne, reproduisant à l'occasion de certains soins des gestes maternels (l'aidant à réaliser ses soins corporels, à s'habiller, etc.) dans un cadre de protection ;
- **l'étayage sur le Moi**, au travers des entretiens permettant d'aider la personne à intégrer dans sa psyché des expériences douloureuses non objectivées (appui sur la capacité de pensée) ;
- **l'étayage sur le groupe** des patients parmi lesquels il trouve une place, une reconnaissance, une identité. La participation à des activités de groupe favorise cet étayage. L'étayage sur le groupe peut également se faire sur la famille, les amis, etc.

L'objectif général des soins est donc d'offrir à la personne un étayage alternatif tout en l'aidant à réaménager ses capacités d'étoyage interne qui vont ensuite prendre le relais.

 Monsieur Lavoie est hospitalisé dans un service de psychiatrie pour un sevrage alcoolique. Après cinq ans d'abstinence, il a fait une rechute importante après avoir quitté son travail d'infirmier (perte d'un étayage sur le groupe) pour monter une petite entreprise d'agriculture biologique qu'il gère seul. Après quelque temps, il s'est retrouvé envahi par des angoisses importantes qu'il n'arrivait pas à gérer (incapacité de gérer la perte par un étayage interne sur la pensée, c'est-à-dire incapacité de transformation des affects et angoisses liés à cette perte par la pensée) et s'est remis à boire (recherche d'étoyage sur un produit, pour gérer l'angoisse). C'est alors la plongée dans le gouffre. Quand son frère se rend compte qu'il boit du matin au soir, laisse périliter son affaire et se trouve dans un état d'incurie important, il réussit à le convaincre d'aller se faire hospitaliser. Étant donné son état physique et son incapacité à s'occuper de lui-même, durant les premiers jours, les soignants vont l'aider à se laver, à s'habiller, à se nourrir, etc. (étayage sur le corps et sur la mère). Peu à peu, il récupère ses capacités et réussit à s'occuper de lui-même (des capacités internes d'étoyage sur le corps prennent le relais des étayages externes). Il bénéficie alors d'entretiens individuels avec les infirmiers et les médecins qui lui permettent de mettre des mots sur ce qu'il vit et sur son cheminement (étayage sur les pensées). Il participe ensuite à des séances de relaxation (étayage sur le corps), ainsi qu'à des activités à visée sociothérapeutique et des groupes de parole. Lors de ceux-ci, il se sent reconnu dans sa problématique étant donné que plusieurs des personnes présentes vivent ou ont vécu les mêmes difficultés que lui (étayage sur le groupe). Il fera ensuite un séjour de postcure pendant lequel ces étayages externes seront poursuivis, notamment l'étoyage sur le groupe par de nombreuses activités de groupe, sur le corps par la relaxation (réinvestissement du corps) et sur les pensées par des entretiens suivis en individuel. Après quelques semaines, M. Lavoie a récupéré ses capacités d'étoyages internes et il reprend son activité professionnelle. Comme le lui a recommandé son psychiatre, il s'inscrira dans un groupe d'alcooliques anonymes (poursuite de l'étoyage sur le groupe) pour être aidé à « garder le cap ».

Cet exemple illustre bien que les étayages externes offerts par l'hospitalisation viennent compenser le déficit d'étoyage interne de la personne, le temps qu'elle les récupère. L'une des tâches les plus

délicates de l'infirmier consiste à lever ces étayages externes au fur et à mesure que la personne retrouve les siens. Le risque, si cela n'est pas fait, est de contribuer à laisser la personne dans un état de dépendance. Dans le cas de certaines pathologies chroniques (schizophrénie par exemple), la sortie du patient sera dépendante d'étayages externes solides (suivi CMP, traitement retard) qui se poursuivront au long cours, permettant à celui-ci d'avoir une vie à l'extérieur de l'hôpital.

### ● *La fonction maternante*

Tous les soins pratiqués dans le rapprochement (nursing, soins somatiques, massages de détente, etc.) rappellent les soins premiers que l'enfant a reçus de sa mère, et, en les pratiquant, l'infirmier va offrir au patient un étayage de dimension maternante. C'est le Holding et le Handling dont nous avons déjà parlé précédemment. Le patient va profiter de cet espace pour entrer dans un état régressif au cours duquel il va tenter de réparer, de colmater ses failles premières, du moins en partie. Par ailleurs, les interventions de réassurance auprès de la personne relèvent également d'un aspect maternant.

➡ Madame Rizzo souffre d'un trouble anxieux généralisé. Elle est également très dépressive et a beaucoup de mal à s'occuper d'elle-même. Dominique, qui s'occupe d'elle ce matin-là, lui propose un accompagnement à la toilette au lavabo qu'elle accepte en soupirant. Dominique la soutient dans ses gestes qu'elle ne termine pas, opérant des mouvements circulaires de massage tout en lui passant le gant de toilette sur le corps. Mme Rizzo se laisse faire. Elle dit à Dominique : « J'aime bien quand vous vous occupez de moi. Vous êtes douce ». Au moment du coiffage, elle demande à Dominique : « Coiffez-moi, aujourd'hui, s'il vous plaît. Je n'ai même pas la force de lever les bras... ». Dominique prend alors le temps de coiffer longuement les cheveux de la patiente, lui faisant ensuite son chignon habituel. *Mme Rizzo se trouve dans un état très régressif dû à sa pathologie dépressive. Dominique le comprend et elle l'accompagne dans cette régression. Peu à peu, elle ajoutera des stimulations pour l'aider en douceur à sortir de son état régressif (le temps que le traitement antidépresseur commence également à faire effet)*

### ● *La fonction contenante*

Dans la relation de soin au quotidien, tant au cours des soins informels que dans les entretiens, le soignant est en position de **mettre son appareil psychique au service du patient** (étayage sur la pensée). Pour comprendre ce mécanisme, revenons sur des éléments de psychogenèse du nourrisson déjà vus. Selon R.W. Bion, c'est grâce aux réponses comportementales adaptées de sa mère que l'enfant construit peu à peu son appareil à penser. Dans un premier temps, elle se laisse impacter par les éléments bruts (affects, sensations, pleurs) que son enfant projette sur elle, pour ensuite, dans un second temps, les transformer en contenus sensés (« Tu as faim » ; « Tu as froid » ; « Tu as peur ») qui seront alors pour lui assimilables et « pensables ». L'enfant, apaisé et confiant, apprend ainsi à « penser ses pensées ».

Dans sa pratique relationnelle, l'infirmier se situe dans la même dynamique face au patient : **il reçoit ses contenus psychiques indifférenciés et les transforme en paroles et les met en sens afin qu'ils soient intégrables par lui**. C'est ce qu'on appelle *la contenance psychique*.

Ce n'est que lorsque le patient aura éprouvé de nombreuses fois au sein de la relation soignante cette capacité du soignant à contenir et à transformer ses émotions qu'il pourra ensuite par un mécanisme d'identification et d'introjection, **reprendre à son compte, dans son propre espace psychique, cette capacité de contenance**.

Le but du soin relationnel est donc d'aider le patient à constituer un espace psychique propre à

contenir et traiter sa vie émotionnelle autrement que par la fabrication de symptômes (cris, passages à l'acte, rituels, etc.).

Dans le cas de la psychose, par exemple, le patient souffre d'une carence structurelle à « penser ses pensées » et il est envahi en permanence par des éléments bruts non pensés (affects, impressions, hallucinations). La capacité à les transformer en contenus et pensées cohérentes n'est pas opérante et ce qui s'exprime est un délire. De façon continue, le patient psychotique va donc projeter ces éléments bruts sur le soignant qui sans cesse aura à faire **un travail de mise en sens** de ceux-ci.

Dans d'autres pathologies, telles que la dépression ou les troubles anxieux, la capacité à « penser ses pensées » est présente, mais du fait d'un état pathologique, elle est momentanément dépassée. La personne a du mal à être présente à elle-même. Elle ressent une sorte de chaos émotionnel interne qu'elle a du mal à identifier. En l'aidant à nommer ses ressentis, à mettre en sens (par la parole) sa souffrance et ses difficultés de vie, le soignant l'aide à diminuer sa charge anxieuse. Il l'aide à **créer du lien entre ses contenus émotionnels et psychiques**, à donner du sens aux difficultés qu'elle traverse et ainsi à trouver un apaisement de sa souffrance. Il accueille ses affects inorganisés et les met en mots, les place dans une perspective de sens, ceci afin que la personne puisse ensuite se les réapproprier sous une forme assimilable par elle.

Face à des patients en constante déliaison psychique, corporelle, émotionnelle, sociale, etc., **l'aptitude à créer des liens** constitue donc l'une des composantes majeures du rôle thérapeutique infirmier.

➡ Monsieur Schmit, un patient souffrant de trouble phobique, se sent très mal après un appel téléphonique de son épouse. Il demande à parler à Alexandra, une infirmière qu'il apprécie. Il lui explique qu'il a des angoisses depuis qu'il a parlé à sa femme. Alexandra reçoit alors son mal-être dans un état de compréhension empathique, puis elle l'aide à préciser son ressenti (de la peur et de la colère face l'annonce d'une demande de divorce) en utilisant la relation d'aide. En sortant du bureau infirmier, il dira à Alexandra : « Tout ça me rend très triste, mais ça m'a fait du bien d'en parler avec vous. »

*En se laissant impacter par le ressenti de M. Schmit, puis en l'aidant à le préciser et à le mettre en mots, Alexandra l'a aidé à mentaliser ses affects non conscients, contribuant ainsi à diminuer sa tension interne.*

Voilà plusieurs mois que M. Schmit a quitté le service. Sa symptomatologie ayant fortement diminué, il a repris sa vie. À sa sortie, il a demandé au médecin de pouvoir poursuivre ses entretiens avec Alexandra en ambulatoire (« Pour continuer à faire le point sur sa situation et avoir un soutien pendant l'épreuve du divorce »), ce que celui-ci a accepté. Au bout de quelques mois de suivi thérapeutique à raison d'un rendez-vous tous les quinze jours, M. Schmit parle de son vécu douloureux, le précisant toujours plus : « Aujourd'hui, je me sens vraiment mal. J'ai des angoisses terribles. Je pense que c'est parce qu'hier a eu lieu la signature des derniers papiers du divorce. J'ai l'impression qu'une porte de fer s'est refermée derrière moi. Maintenant, je ne peux plus faire marche arrière. J'ai peur de vivre seul, que plus personne ne veuille de moi. Il y a un grand vide devant moi. Une page blanche. Il va falloir que je m'écrive une nouvelle histoire. En fait, c'est normal que j'aie peur. C'est l'inconnu pour moi... ». « Tout devient possible, alors... », répond Alexandra avec un petit sourire de soutien. Monsieur Schmit lui sourit en retour, d'un air un peu mal assuré : « Faut juste que je fasse gaffe à avoir suffisamment d'encre pour la nouvelle histoire... ».

*Au fur et à mesure du temps qui passe, au contact d'Alexandra qui n'arrête pas de l'aider à percevoir ce qui l'habite, M. Schmit « intègre » la dynamique de mise en mots de son vécu, apprenant peu à peu à se centrer sur ses ressentis et à les mentaliser. Cela l'aide à diminuer sa*

## ● La fonction de pare-excitation

La pose d'un cadre de soin défini (établissement d'un contrat de soin, respect de ce contrat, des règles de vie du service, des personnes, etc.) apporte une cohérence dans la prise en charge des patients. D'un point de vue analytique, la pose d'un cadre comportemental se réfère à la fonction paternelle qui apporte la structure, la fermeté, la loi à ne pas transgresser. Ce cadre va apporter un élément sécurisant aux patients hospitalisés. Quand ce cadre est transgressé ou risque de l'être (personne au bord du passage à l'acte), il appartient à l'infirmier d'établir un filtre protecteur entre le patient et ses pulsions : c'est la fonction de pare-excitation.

➡ Djawad est toxicomane et il a tendance à se montrer agressif facilement. Au moment de la relève du soir, il rentre de permission de week-end, passablement énervé. Il s'est « pris la tête avec son père et a la rage ». Les infirmières sont aussitôt très vigilantes : elles savent par expérience que quand Djawad est dans cet état d'agitation, le passage à l'acte n'est pas loin. Cinq minutes plus tard, des cris résonnent dans la salle télé qui se trouve juste à côté du bureau. Aussitôt les infirmières accourent. Très en colère, Agnès, une jeune fille schizophrène hurle des propos délirants à l'encontre de Djawad. Celui-ci lève le poing pour la frapper et Valérie, l'une des infirmières intervient aussitôt en disant avec force : « Non Djawad !! ». Dès que le jeune homme l'aperçoit, il baisse le poing (à regret) car il a déjà fait l'expérience d'une mise en chambre d'isolement suite à une situation similaire. Soutenue par la présence de Françoise, une autre infirmière, et Josiane, l'aide-soignante, Valérie lui demande alors fermement de sortir de la salle de télévision et il s'exécute en maugréant « qu'Agnès l'a insulté en parlant de Dieu avec des mots de "ouf" ». Il va alors s'asseoir dans le petit salon qui est juste à côté et ne quitte pas la porte de la salle télé des yeux. Valérie et Françoise devinent qu'il attend qu'elles soient parties pour retourner agresser Agnès. Elles décident donc de rester debout au milieu de l'espace qui se situe entre Djawad et la porte convoitée. Comprenant au bout d'un moment qu'elles ne partiront pas tant qu'il se trouvera là, il quitte la pièce. Valérie et Françoise resteront encore dix minutes en position de surveillance, et bien leur en prendra, car Djawad reviendra dans les parages, cinq minutes plus tard, dans l'espoir d'entrer à nouveau dans la salle télé pour s'en prendre à Agnès. Constatant que les infirmières sont toujours là, il finira alors par aller se coucher. Valérie et Françoise resteront un peu au-delà de leur poste, ce soir-là, attendant que le service se calme complètement pour le quitter et le laisser à leurs collègues de nuit.

*Valérie, Françoise et Josiane se sont positionnées physiquement et verbalement dans une attitude de pare-excitation aidant ainsi Djawad à gérer ses pulsions agressives. Vu le risque important de passage à l'acte, il était important qu'elles soient plusieurs à le faire.*

## ● La fonction éducative-directive

C'est une fonction très importante dans le rôle soignant. Au décours des soins relationnels, il arrive régulièrement que l'infirmier aide la personne à intégrer des comportements qui vont lui permettre de mieux assumer sa vie. Une certaine directivité pourra alors être utilisée. Ainsi avec la personne schizophrène, l'infirmier va se mettre dans une posture éducative constante, aidant ainsi la personne à se connecter au réel. Avec une personne qui se perd dans des ruminations anxieuses, il fera preuve d'une certaine directivité, la recentrant avec tact sur le réel à assumer. Ce faisant, il lui posera un cadre

comportemental rassurant, l'aidant ainsi à se défocaliser de ses ruminations anxieuses.

➡ Chaque fois qu'il travaille le matin, Daniel, l'aide-soignant, s'occupe de Sandra, une jeune fille schizophrène âgée de 19 ans. Il commence par lui demander de se lever et de choisir des vêtements propres dans son armoire avant de se rendre à la salle de bain pour faire sa toilette. Il l'aide ensuite à effectuer sa toilette, la guidant dans l'ordre à respecter pour le lavage des zones de son corps et fait de même pour l'essuyage. S'il ne vient pas la solliciter dans sa chambre, elle reste au lit toute la matinée, puis se lève, ne se lave ni ne se coiffe. Et si Daniel ne la guide pas au moment de la toilette, elle se lave n'importe comment et ne se sèche pas avant de se rhabiller. Chaque jour, Daniel ou ses autres collègues infirmiers et aides-soignants recommencent les mêmes actions. Après de longs mois, Sandra finit par intégrer certains gestes, faisant la surprise de choisir des vêtements sans qu'on ait besoin de le lui dire, ou se lavant de façon appropriée.

*La fonction éducative au long cours est très importante avec les patients psychotiques, celle-ci les ramenant au réel au travers des actions effectuées au quotidien. Le cadre comportemental posé de façon structuré, sans être rigide, va également aider la personne à diminuer ses angoisses.*

➡ Madame Vigneron souffre d'un état limite. À certains moments, elle est très dépressive et en entretien, elle peut partir dans des ruminations anxieuses sans fin, les yeux à demi fermés. Quand Jean-François (infirmier) s'en rend compte, il sait que reformuler le ressenti de Mme Vigneron ne va pas l'aider, celle-ci semblant « s'enfoncer dans un abîme sans fond » au fur et à mesure qu'il l'écoute. Il se lève alors et se rend près du paperboard, puis il l'invite à lister les choses qui ne vont pas, lui demandant de les classer par ordre d'importance, etc. Quand il fait cela, Madame Vigneron ouvre les yeux, sort de ses ruminations et se montre attentive. Elle demande à Jean-François de lui donner des conseils sur la manière de gérer les choses et il lui en suggère quelques-unes. À la fin de l'entretien, la patiente remercie Jean-François, disant que les choses semblent plus claires dans son esprit et qu'elle va s'occuper en priorité de régler ce qu'elle a identifié comme étant le plus problématique.

*En se montrant directif, Jean-François aide Mme Vigneron à sortir de ses ruminations anxieuses, à structurer sa pensée, la clarifier et à se recentrer sur le réel.*

### ● **La fonction de sollicitation**

Le soignant (l'infirmier comme l'aide-soignant) est dans une position permanente d'appel au lien. Il sollicite la communication chez le patient qui a parfois tendance à s'isoler, se replier sur lui-même. Cette fonction de sollicitation va aider le patient à « remettre en route » la relation à l'autre interrompue.

### ● **La fonction transférentielle**

Toute relation thérapeutique peut ouvrir la possibilité de survenue de mouvements transférentiels du patient envers tous les intervenants du soin. Celui-ci va alors transférer sur certains soignants des affects qu'il avait pour ses parents ainsi que des conflits non résolus. En ayant une attitude située dans une juste distance (c'est-à-dire en conscience de ce qui se joue et en se positionnant dans une non-réaction immédiate à ce qui est projeté sur lui), le soignant peut aider le patient à dépasser ses conflits psychiques.

➡ Monsieur Lecoq a assisté à la scène qui s'est déroulée entre Valérie et Djawad, la veille au soir. Le lendemain, il demande un entretien à Valérie. À peine assis, il lui dit sur un ton ironico-agressif : « Franchement, je n'imaginai pas que des femmes comme vous pouvaient exister ! Votre méchanceté d'hier soir envers ce pauvre jeune m'a franchement scotché ! Le ton que vous aviez ! »

Valérie lui répond alors très calmement : « Vous avez l'impression que je suis une personne méchante... » (reformulation). Il acquiesce aussitôt avec véhémence : « Ça oui alors ! Je n'imagine même pas que vous puissiez être mariée, comment un homme voudrait-il d'une femme pareille ? !... ». L'entretien se poursuit sur ce modèle, Valérie ne faisant que reformuler tranquillement ce que lui dit le patient. La véhémence de celui-ci diminue peu à peu, et devant le calme et la non- « contre agression » de Valérie, il dira finalement en sortant du bureau : « Bon, vous m'avez écouté... Finalement, y a peut-être pas tout à jeter chez vous. »

M. Lecoq va « tourner autour » de Valérie durant les jours qui suivent, l'observant beaucoup. Il finira par lui redemander des entretiens suivis, et au cours de l'un d'eux, il lâchera que sa mère était une femme méchante qui lui faisait des remontrances agressives à longueur de temps et devant tout le monde... « Ce qu'elle m'a fait vivre a pourri toutes mes relations avec les femmes », dira-t-il.

*Valérie identifie immédiatement que M. Lecoq, en s'adressant à elle, parle d'une autre personne qui a été importante pour lui (transfert) et elle ne réagit donc pas de façon personnelle à cette agressivité. Elle sait que celle-ci ne s'adresse pas à elle, mais à une figure du passé de M. Lecoq à qui elle lui fait penser. La suite des entretiens confirme que c'est de sa mère qu'il parlait. Il va pouvoir « travailler » cela avec Valérie, explorant son vécu passé, et expérimentant une relation différente avec l'infirmière qui va alors représenter à la fois sa mère (réparation) et la femme en général.*

### ● La fonction personnalisante

L'humanité profonde manifestée par le soignant durant les soins relationnels (et autres) va renforcer chez la personne soignée son sentiment d'exister. Le soignant la connaît, reconnaît sa différence et sa particularité. Il la nomme par son nom, connaît son parcours et reconnaît sa souffrance. Au travers du regard du soignant, de l'attention quotidienne et constante que celui-ci lui porte, son estime d'elle-même va se renforcer.



### Comment nommer la personne malade

Le soignant ne va jamais assimiler la personne à la pathologie dont il souffre et cela se traduit dans son langage. Il ne va pas dire : le schizophrène, le dépressif, mais la personne schizophrène, dépressive, etc., reconnaissant ainsi que la pathologie ne constitue en aucun cas l'identité de la personne malade. Il considère que la personne est en évolution constante aux travers de ses difficultés et qu'elle est détentrice d'un potentiel qui ne demande qu'à s'actualiser (modèle humaniste).

### Points clés à retenir

- ▶ L'objectif général des soins est d'offrir à la personne un étayage alternatif – sur le corps, sur la mère, sur la pensée, sur le groupe – tout en l'aidant à réaménager ses capacités d'étayage interne qui vont ensuite prendre le relais.
- ▶ La dimension maternante des soins permet au patient d'entrer dans un état régressif au cours duquel il pourra tenter de réparer ses failles premières (du moins en partie).
- ▶ L'objectif général des soins est d'offrir à la personne un étayage alternatif – sur le corps, sur la mère, sur la pensée, sur le groupe – tout en l'aidant à réaménager ses capacités d'étayage interne qui vont ensuite prendre le relais.
- ▶ La dimension maternante des soins permet au patient d'entrer dans un état régressif au cours duquel il pourra tenter de réparer ses failles premières (du moins en partie).
- ▶ Le soignant met son appareil psychique au service du patient en y recevant ses contenus psychiques indifférenciés pour les transformer ensuite en paroles intégrables par lui : c'est la contenance psychique.
- ▶ À force de répéter cette expérience, le patient pourra finir par intégrer cette dynamique à son compte par un mécanisme d'identification. Le conflit psychique qui l'habite n'a plus alors comme seule issue la fabrication du symptôme, celui-ci pouvant être mentalisé.
- ▶ Par des attitudes de pare-excitation, l'infirmier établit un filtre protecteur entre le patient et les pulsions qu'il a du mal à maîtriser.

## *Les éléments thérapeutiques participant au processus de soin*

Ces éléments sont de l'ordre du savoir-être soignant.

### *Les éléments en lien avec l'attention à l'autre*

L'attention à l'autre, la reconnaissance de celui-ci en tant que personne de valeur contribuent de façon essentielle à aider les personnes en perte d'estime de soi. Nous nous trouvons là dans le cadre du modèle humaniste.

### *La qualité de présence relationnelle*

La présence relationnelle est à la base de tous les échanges avec les patients et elle fait partie des compétences fondamentales développées par l'infirmier en psychiatrie. C'est cette qualité de présence qui apporte une humanité profonde à la relation de soin. Elle vient démontrer que le soignant est véritablement une personne (et non un simple exécutant de son rôle), qu'il est concerné par l'autre, par ses difficultés et sa souffrance. Teintée de compréhension et d'empathie, la présence relationnelle manifeste à la personne soignée qu'elle est considérée par le soignant comme une personne de valeur et digne d'intérêt. En cela, elle va avoir un effet de **renarcissisation de la personne**.

La présence relationnelle se manifeste essentiellement par le regard, le toucher, et elle transparait de façon subtile à travers tous les petits riens qui font la relation.

➡ Mme Bari est restée couchée une bonne partie de l'après-midi. À Emmanuelle, l'infirmière qui est venue s'asseoir un instant près d'elle, elle dit :

- Vous perdez du temps avec moi...
- Je ne pense pas, répond Emmanuelle avec un gentil sourire. (silence)

Après quelques minutes, Mme Bari reprend :

- Vous avez certainement mieux à faire que de rester près d'une loque comme moi...
- Je ne perds pas mon temps auprès de vous et je ne pense pas que vous soyez une loque. J'ai l'impression que vous souffrez beaucoup.

Après un silence, Mme Bari répond dans un souffle :

- Oui, c'est insupportable
- Ce que vous vivez en ce moment doit être très difficile...
- Oui...

Échange de regards. Emmanuelle reste encore un temps auprès de la patiente, échangeant avec elle quelques paroles ponctuées de silences « pleins ». En se levant, elle propose à Mme Bari de l'accompagner vers la salle commune pour passer un instant avec d'autres patients. Mme Bari, après s'être fait un peu prier, finit par accepter.

### *Le regard en tant que signe de reconnaissance*

Le regard est très important dans la relation de soin car c'est par lui que l'infirmier va témoigner de façon privilégiée de sa qualité de présence relationnelle. Regarder quelqu'un, c'est lui donner un signe essentiel de reconnaissance en tant que personne de valeur. Il ne faut pas oublier que c'est le regard de la mère qui contribue à donner à l'enfant le sentiment d'exister, et toute sa vie, sa quête du regard de l'autre traduira chez une personne un besoin d'intersubjectivité.



## Savoir adapter son regard : en fonction des pathologies

En psychiatrie, l'infirmier sera attentif à utiliser son regard de façon adaptée :

- **avec les patients souffrant de troubles anxio-dépressifs** , le regard sera utilisé de façon large avec un objectif de restauration de l'estime de soi et un effet de renarcissisation. Le regard très présent de l'infirmier signifiera pour la personne que « quelqu'un est là pour elle » ;
- **dans les cas de psychose paranoïaque** , du fait de la fausseté de jugement que développe la personne, l'infirmier évitera les regards appuyés qui risqueront d'être interprétés de façon fautive par elle (« Si l'infirmier me regarde comme ça, c'est parce qu'il me veut du mal ») ;
- **dans les cas de névrose hystérique**, le regard du soignant fait clairement partie des éléments qui vont aider la personne à modifier ses comportements pathologiques. Étant donné que celle-ci est en recherche malade d'attention, développant pour cela des comportements inadaptés et excessifs, l'infirmier dosera son regard en fonction des comportements développés : à chaque fois que la personne aura tendance à avoir des comportements exagérés (histrionisme), il « retirera » son regard alors qu'il le « donnera » avec beaucoup de présence à chaque fois que celle-ci développera des comportements adaptés. Quand une équipe entière utilise cette attitude, dans la durée, cela contribue à aider la personne à modifier son comportement pathologique. En effet, étant donné que le regard de l'autre est vital pour elle, elle va avoir tendance à diminuer ses comportements inadaptés pour augmenter ceux qui sont adaptés ;
- **dans les cas des personnes souffrant d'état limite** dont l'histoire de vie témoigne fréquemment d'une carence relationnelle précoce (mère dépressive au regard absent, par exemple) le regard du soignant est un élément essentiel de la reconstruction narcissique. Véritable plot d'arrimage pour la personne, ce regard vient chaque jour « dire » de façon explicite à la personne : « Je vous vois, je vous reconnais, vous êtes une personne qui existe et qui a de la valeur ».

## *Le toucher*

Présent dans les soins de nursing et somatiques, le toucher a d'emblée une valeur thérapeutique de par le statut de la personne qui le pratique (aide-soignante, infirmière). Le soignant travaille alors dans la distance intime. Dans le contact quotidien avec le patient, il lui est donné de pouvoir vivre et faire vivre les composantes émotionnelles, affectives de toute relation et de les inclure dans le soin.

Le toucher peut s'inscrire dans une dimension de maternage (Handling) accompagnant l'état régressif d'une personne. Il peut témoigner d'une compréhension profonde de la souffrance de l'autre (main posée sur celle de l'autre), et d'une humanité (main caressant doucement la joue d'une personne âgée au moment du coucher) qui vont témoigner d'un intérêt profond pour l'autre.

 Marie-Thérèse a 81 ans. Hospitalisée en psychiatrie dans l'attente d'une place dans une maison de retraite, chaque soir elle guette la personne qui va s'occuper d'elle pour l'aider à se

coucher. Elle a un grand sourire quand elle voit entrer Florence, une jeune aide-soignante. Elle trouve que Florence est gentille, parce qu'elle sait la stimuler sans la stresser ni la bousculer. Elle le fait toujours avec beaucoup de douceur. Marie-Thérèse a des rhumatismes et Florence est attentive à ses douleurs quand elle l'aide à bouger. Pas comme Nathalie ou encore Louise qui la retournent avec brusquerie en disant : « Allez ! Il faut vous bouger mamie ! On a encore cinq personnes à faire après vous ! ». Avec elles, Marie-Thérèse a l'impression de n'être un objet qu'on déplace sans ménagement. Florence, elle, a les mains douces. Quand elle fait sa toilette, ses gestes ne sont pas brusques mais respectueux, et pourtant elle est leste quand elle les fait. Mais ce que Marie-Thérèse apprécie le plus, en fait, c'est que Florence n'oublie jamais de lui caresser la joue au moment de lui dire bonne nuit, juste avant d'éteindre la lumière. Ce petit geste lui fait chaud au cœur et elle s'endort apaisée, le sourire aux lèvres.

*Les gestes de Florence et sa manière de toucher Marie-Thérèse renvoient totalement au Handling de Winnicott. La manière dont Florence effectue les soins et surtout son adéquation aux besoins de Marie-Thérèse donne à celle-ci l'impression qu'elle est une personne et non un simple objet de soins. Le Handling a une fonction personnalisante qui renforce Marie-Thérèse dans son sentiment d'exister, ce qui est très important pour la personne âgée.*

### ***L'importance des attentions dispensées au quotidien***

Nommer la personne par son nom lorsqu'on la salue, plaisanter avec elle, lui sourire au passage, être attentif alors qu'en apparence elle parle simplement de tout et de rien, une main posée sur une épaule pour encourager dans la difficulté, sont des actions qui remplissent le quotidien de l'infirmier. Elles ne peuvent pas être répertoriées dans des cases et pourtant elles ont une importance majeure dans la prise en charge journalière. Elles contribuent à tisser une trame qui va donner à la personne le sentiment d'exister (à nouveau le Handling), de ne pas être face à un rôle mais face à une personne qui la voit vraiment et qui la reconnaît dans son individualité. Ces petits riens interstitiels sont essentiels à l'humanisation du soin.

### ***● Les éléments en lien avec la personnalité du soignant***

La personnalité du soignant constitue en soi l'une des composantes du soin. Certains seront plutôt empathiques et doux de nature, d'autres plus toniques ou d'une nature joyeuse et optimiste. Certains, de par leur physique (un homme grand et fort par exemple) pourront représenter naturellement une figure d'autorité, une figure paternelle (quoiqu'une infirmière petite et fluette puisse avoir également suffisamment d'aplomb et de force intérieure pour l'être elle aussi). Certains seront naturellement des « mamans », et d'autres des « papas » (là aussi le sexe n'est pas forcément en rapport).

 Vincent est infirmier. Il est très sportif durant ses loisirs. À l'hôpital, il accompagne les patients à l'activité sport. C'est un jeune homme « à l'aise dans ses baskets » et les adolescents ou jeunes adultes du service accrochent facilement avec lui. Vincent représente pour eux une figure d'identification intéressante, l'identification étant l'un des mécanismes essentiels de la formation identitaire (assimilation de caractéristiques appartenant à des personnes de référence).

Marie-Danièle a 50 ans et elle travaille en psychiatrie depuis de nombreuses années. Les patients viennent la voir quand ils ont besoin qu'elle les « gronde gentiment », quand ils ont eu des comportements débordant du cadre de vie défini dans le service. Auprès d'elle, ils vont recevoir un discours à la fois structurant et empathique.

Pedro a une nature naturellement optimiste et il est toujours joyeux. Les patients apprécient beaucoup quand il travaille, disant qu'il apporte de la gaieté dans le service. Ses plaisanteries et sa gentillesse finissent par arracher un petit sourire même aux patients les plus dépressifs.

### ● *Les éléments en lien avec les processus psychiques*

Dans l'espace transitionnel, cet espace intermédiaire où se chevauchent deux aires (celle de celui qui soigne et celle de celui qui est soigné), le « jeu relationnel » permet la mise en route des processus de symbolisation. Le soin en psychiatrie a cette caractéristique particulière : l'infirmier (avec son appareil psychique) représente un véritable « outil » de soin, une surface sur laquelle le patient va pouvoir prendre appui, projeter ses affects, sa conflictualité interne et sa souffrance.

## *La relation de soin*

La relation de soin constitue la base fondamentale des soins dispensés en psychiatrie. Elle s'établit au décours de toutes les actions infirmières, avec un support privilégié, **la parole** et **une intention thérapeutique** présente en arrière-plan. Par ailleurs, **le savoir-être de l'infirmier va infiltrer toutes ses actions**, contribuant à donner à celles-ci un effet thérapeutique. Que ces actions soient formelles (entretiens, activités thérapeutiques), informelles (échange lors de la distribution des repas, dans un couloir, lors d'un passage dans la chambre du patient, etc.), ou qu'elles se déroulent dans le cadre d'un soin somatique ou de nursing, leur particularité est qu'elles concernent la relation d'un sujet (le soignant) avec un autre sujet (le patient), et qu'elles se situent dans le réel du quotidien.

### *La parole, base du soin relationnel*

Créatrice de lien, la parole est la médiatrice privilégiée du soin relationnel, que celle-ci soit exprimée par le patient (parole traduisant une difficulté interne ou externe) ou par l'infirmier (parole de soutien, de réassurance, de mise en sens du vécu).

### *L'importance de la parole sociale*

C'est la parole de tous les jours, le « bonjour » du matin, l'échange autour d'un fait divers du journal, sur la météo, etc. Si extérieurement cette parole semble anodine, en fait, elle ne l'est pas car elle permet à l'infirmier d'aider la personne à retisser des liens sociaux, contribuant ainsi à l'aider à sortir de son isolement. Par ailleurs, la capacité d'observation de l'infirmier étant toujours à l'œuvre à l'arrière-plan, c'est souvent au cours d'un échange de ce type que celui-ci va repérer un timbre de voix plus triste que d'habitude, une mimique particulière. Par la suite, il pourra alors proposer un entretien à la personne afin qu'elle puisse exprimer son vécu intérieur.

### *L'effet cathartique de la parole*

La parole peut avoir un effet thérapeutique puissant, en ce qu'elle peut permettre au patient d'exprimer la tension pulsionnelle qui l'habite, son malaise interne étant ainsi déposé « à l'extérieur » grâce à la parole, avec un effet de soulagement interne (effet cathartique).

### *La parole comme aide à la distanciation*

La parole peut aider le patient à se distancer de sa problématique (distanciation) quand il la dépose dans l'entre-deux de la relation. Elle est alors un support privilégié de l'élaboration psychique car c'est par elle que le patient va élaborer un travail de mise en sens de son vécu.

 Monsieur Blond a reçu un courrier de l'ANPE auquel il ne comprend rien. Il arrive, affolé, dans le bureau infirmier, disant à Daniel, l'aide-soignant : « Daniel ! Y vont arrêter de me payer le chômage ! Qu'est-ce que je vais faire ! ! Comment je vais payer mon loyer ? ! Et la pension alimentaire ? !... » Daniel prend alors la lettre de M. Blond, disant avec un sourire calme : « Asseyez-vous, on va regarder ça ensemble ». Le fait que Daniel prenne en compte sa demande avec calme rassure

M. Blond et il s'assoit à côté de l'aide-soignant. Daniel lit alors la lettre avec lui, lui explique qu'apparemment on lui demande simplement de justifier de certaines pièces administratives. M. Blond lui dit qu'il les possède chez lui. Il se calme au fur et à mesure que Daniel éclaircit les choses. À la fin, c'est avec un sourire qu'il demande à Daniel de lui poser une permission pour le lendemain afin de se rendre chez lui pour chercher les papiers nécessaires. « En fait je me suis fait toute une histoire pour rien, merci de m'avoir aidé à comprendre tout ça, Daniel. » dit-il en quittant le bureau.

*Daniel a aidé M. Blond à dédramatiser et à clarifier sa situation. Ce faisant, il l'a aidé à prendre de la distance par rapport à elle, l'aidant à la voir plus objectivement.*

## **La parole qui crée du lien**

La parole permet bien sûr de créer du lien avec le patient, mais elle permet aussi de l'aider à créer du lien entre ses affects et ses pensées (contenance), d'établir des liens entre ce qu'il ressent et les choses qui lui arrivent, etc.

### **L'importance de l'intention thérapeutique**

L'état d'esprit dans lequel est le soignant au moment où il est en relation avec le patient a une grande importance car cela va avoir une influence sur la dynamique thérapeutique de son action. Par exemple, des soins de nursing vont prendre une autre dimension qu'un simple soin de confort et d'hygiène car une intention thérapeutique sera présente à l'arrière-plan des actes effectués, transposant ceux-ci dans un espace symbolique (modèle analytique).

 Delphine est infirmière dans un service de psychiatrie qui accueille des patients présentant des pathologies très diverses. Chaque matin, il y a un certain nombre d'accompagnements au bain à effectuer.

Mme Zibelle est dépressive. Delphine lui propose de prendre un bain. Au-delà du simple soin d'hygiène (Mme Zibelle ne s'est pas lavée depuis trois jours), ses objectifs sont de l'aider à restaurer son estime d'elle-même (en prenant le temps avec elle, en lui demandant ses préférences – avec mousse, sans mousse, plus chaud, moins chaud – en lui faisant sentir qu'elle a de l'importance à ses yeux), de l'accompagner dans une étape régressive nécessaire à sa reconstruction, de lui permettre de ressentir des sensations agréables dans un corps qu'elle ne ressent habituellement que douloureux (la personne dépressive a tendance à ne sélectionner que les sensations désagréables), etc.

Après Mme Zibelle, Delphine s'occupe de Nadia, une jeune fille schizophrène. Quand Nadia prend des bains seule, elle ne fait que se tremper dans l'eau chaude sans se laver et laisse la salle de bains dans un véritable capharnaüm. Durant le bain, Delphine la guide en ce qui concerne l'ordre dans lequel elle fait sa toilette (éducation au quotidien, aide à s'ancrer dans le réel), prenant bien soin d'évoquer toutes les parties de son corps les unes après les autres (travail sur le schéma corporel et la représentation que la jeune fille a d'elle-même avec une visée globale de l'aider à diminuer son angoisse de morcellement). Delphine termine par un shampoing pendant lequel elle prend le temps de masser longuement la tête de Nadia (travail sur la présence à soi et à l'autre, sur la perception de l'altérité). Après le bain, elle continuera de guider Nadia sur la manière de ranger la salle de bains : reprendre sa serviette pour la ranger dans sa chambre, rassembler et ranger ses affaires de toilette (rôle éducatif).

*On voit bien, dans ces deux exemples, combien l'intention soignante va guider la manière de mener une même action.*

Il faut cependant être attentif à une chose importante : avoir une intention thérapeutique ne signifie pas pour autant vouloir changer la personne à tout prix, car celle-ci doit toujours être située dans sa propre volonté de changement, le rôle du soignant étant surtout de permettre à celle-ci de s'actualiser (modèle humaniste).

## **Points clés à retenir**

- ▶ La qualité de présence relationnelle fait partie des compétences essentielles développées par l'infirmier dans l'exercice de sa pratique. Elle se manifeste au travers du regard, du toucher et de tous les petits riens du quotidien.
- ▶ La personnalité même du soignant constitue l'une des composantes du soin.
- ▶ La parole est une médiatrice privilégiée du soin relationnel.
- ▶ L'intention présente à l'arrière-plan des actes infirmiers influe sur l'aspect thérapeutique de ceux-ci.

## Les actions de l'infirmier en psychiatrie

D'une manière générale, la pratique infirmière s'étaye sur le développement de techniques de soins relationnels ou sociothérapeutiques particulières. Certaines de ces techniques nécessitent un apprentissage approfondi qui doit être acquis dans le cadre de la formation continue (entretien de relation d'aide, animation de groupe, etc.), la formation de base des infirmiers ne pouvant prendre en compte le développement spécifique de ces pratiques de façon aboutie.

Les actions infirmières sont multiples et relèvent tant du pôle somatique que du pôle relationnel. Elles se composent d'actions centrées sur la vie quotidienne, d'actions en lien avec le cadre et la protection des patients, d'actions relationnelles proprement dites, d'actions relevant du domaine somatique, des actions en lien avec l'équipe pluridisciplinaire et enfin des actions relevant du travail de liaison.

Tableau 6.V. Les types d'actions infirmières

Type d'action	Actions détaillées
Les actions centrées sur la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'accueil du patient</li><li>• La présence relationnelle</li><li>• Le soutien des actes de la vie quotidienne (accompagnement à la toilette, des repas, etc.)</li></ul>
Les actions en lien avec le « cadre » et la protection des patients	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'indication et la surveillance du respect des règles et du cadre (règlement, contrat de soin, etc.)</li><li>• La surveillance globale de l'unité</li><li>• Les entretiens d'évaluation de l'adhésion au projet de soin</li><li>• Les entretiens de repositionnement du cadre thérapeutique</li></ul>
Les actions en lien avec le « cadre » et la protection des patients	<ul style="list-style-type: none"><li>• La mise en isolement thérapeutique</li><li>• Les surveillances spécifiques nécessitant une intervention de protection et/ou de contenance : risque suicidaire, risque d'auto- ou d'hétéro-agressivité, agitation, etc.</li></ul>
Les actions relationnelles proprement dites	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relevant du rôle propre infirmier :<ul style="list-style-type: none"><li>– les actions de soutien au quotidien</li><li>– les entretiens d'accueil, informatif, de recueil de données, d'investigation, de soutien, de réassurance, réalisés auprès d'une personne en crise, de relation d'aide.</li></ul></li></ul>
Les actions relationnelles proprement dites	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relevant du rôle sur prescription :<ul style="list-style-type: none"><li>– les entretiens individuels à visée psychothérapeutique</li><li>– les activités de médiation à visée psychothérapeutique</li></ul></li></ul>
Les actions relevant du domaine somatique	<ul style="list-style-type: none"><li>• La distribution de médicaments avec surveillance de la prise</li><li>• Les soins somatiques divers</li><li>• L'éducation, la prévention</li></ul>
Les actions en lien avec l'équipe pluridisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les réunions infirmières (réunions cliniques, institutionnelles, de synthèse, etc.)</li><li>• Les transmissions</li></ul>
Les actions relevant du travail de liaison	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avec les autres unités de soin</li><li>• Avec les partenaires sociaux (tuteurs, etc.)</li><li>• Avec les médecins et membres des services médicaux extérieurs à l'unité de soin</li></ul>

### Les actions centrées sur la vie quotidienne

Ces actions ont à voir avec l'accueil et l'accompagnement des patients au jour le jour et elles

concernent la trame globale quotidienne du travail de l'infirmier en psychiatrie : l'accompagnement des repas, de la toilette, les accompagnements extérieurs (achats, sorties), les promenades accompagnées, l'aide au rangement de la chambre ou à la rédaction d'une lettre, etc. Dans tous ces actes du quotidien, l'infirmier distille une qualité de présence relationnelle spécifique, par son regard et son attention centrée sur la personne. Cette qualité de présence est essentielle car elle a une grande influence sur l'état psychique du patient, lui donnant l'impression que « quelqu'un » est là pour lui, le voit vraiment. D'autre part, nous l'avons vu précédemment, l'intention thérapeutique présente à l'arrière-plan de toutes les actions de l'infirmier aura une influence sur le patient à travers le langage non verbal.

### ● *Les actions en lien avec le cadre et la protection des patients*

Le cadre institutionnel, avec ses règles, ses règlements et ses lois, vient soutenir et sécuriser la relation de l'infirmier avec les patients, ainsi que la relation entre les patients eux-mêmes. Ce cadre garantit à la personne le respect de ses droits et de sa dignité, ainsi que son droit à l'intimité et à la confidentialité. C'est dans ce cadre que le soignant prend ses décisions, et c'est en s'appuyant sur lui qu'il jugule les excès et débordements comportementaux des patients. Le contrat de soins appartient également à ce cadre (signe concret de l'alliance thérapeutique) et permet au patient de se positionner et de s'impliquer dans son processus thérapeutique en tant que personne demandeuse de soins.

D'un point de vue analytique, le cadre institutionnel avec ses règles vient jouer le rôle du tiers (le père) qui rappelle la loi. En fonction de leurs pathologies spécifiques, certains patients viennent tester les limites du « cadre » et le rôle de l'infirmier consiste alors à les aider à intégrer des normes comportementales, à se resocialiser. Dans ce contexte, l'infirmier est face à une difficulté : il doit accepter d'être « le mauvais infirmier » qui rappelle à l'ordre. Cette position est cependant plus aisée à incarner quand l'infirmier est intimement conscient de l'effet structurant et sécurisant de la pose de limites claires.

### *La mise en isolement d'une personne et sa surveillance*

En service de psychiatrie, il est parfois nécessaire d'enfermer un patient en chambre d'isolement, soit dans un but de protection (risque de passage à l'acte auto-agressif majeur) soit dans un but de pare-excitation (limitation des stimulations externes, pose de limite comportementale chez une personne ne maîtrisant plus ses pulsions). Une mise en isolement relève toujours d'une prescription médicale. Il est à noter que la chambre d'isolement n'est jamais utilisée à titre de punition ou de sanction : **c'est toujours un soin**. En effet, enfermer une personne n'est pas un acte anodin et il est important de considérer que celui-ci est toujours effectué dans un but thérapeutique conformément à la mission des établissements de santé. La mise en chambre d'isolement ne se réalise donc que sur prescription médicale et la justification de celle-ci sera réévaluée au quotidien par le médecin, en fonction de l'évolution de l'état de la personne. L'isolement thérapeutique doit parfois être accompagné d'une contention (la personne est attachée sur le lit avec des sangles sécurisées limitant ses mouvements) quand le patient est dans un état d'agitation extrême avec une propension à tenter de se nuire, même en isolement (quand il cherche à se fracasser la tête contre les murs, par exemple). Dans les cas de contention, la surveillance est accrue.



**Le rôle infirmier en chambre d'isolement thérapeutique**

La mise en chambre d'isolement d'un patient nécessite une **prise en charge intensive**. Au moment de la mise en isolement, l'infirmier explique toujours à la personne ce qui se passe : « Nous allons vous mettre en chambre d'isolement car votre état de santé le nécessite. C'est une mesure de soins ». Cela va permettre de donner du sens (celui d'un soin) à des actions qui pourront être vécues de façon violente par le patient quand il s'oppose à sa mise en isolement et que du personnel de sécurité vient l'obliger à y aller. C'est également important pour l'infirmier qui va prononcer ces mots car ceux-ci l'aident à se situer en tant que soignant dans un contexte de contrainte exercée sur autrui.

- Le traitement médicamenteux (per os ou en injectable si refus) sera dispensé.

Le patient est mis en pyjama et l'infirmier lui retire ses effets personnels qu'il enferme soigneusement dans un placard à cet effet. Un inventaire signé par deux soignants est réalisé (obtenir la signature du patient dans la mesure du possible).

Présent lors des temps de repas et de toilette, l'infirmier entre en contact avec le patient et ses interventions ont un rôle d'apaisement, de réassurance et de soutien. Plus la personne est agitée ou délirante, plus les échanges verbaux sont courts et centrés sur le concret (la toilette, le repas, etc.).

- L'observation de l'évolution du patient est également importante, car elle va permettre de lever l'isolement dans le délai le plus bref, dès l'amélioration de la symptomatologie. Hormis les temps d'observation fréquents par une fenêtre qui permet de voir l'intérieur de la chambre (toutes les demi-heures au minimum, plus si la situation le demande) à chacun de ses passages en isolement, l'infirmier fait :

- une évaluation clinique du patient au niveau somatique qui sera effectuée au moment de la mise en isolement puis régulièrement : prise de pulsations, de tension artérielle, de température, surveillance de la fréquence respiratoire, de l'état de conscience, de la sudation, de l'hydratation, de l'alimentation, de la diurèse ainsi que du risque de constipation. L'évaluation somatique est importante dans les cas de prise de toxiques (alcool) ;

- une évaluation clinique du patient au niveau psychique avec observation de l'évolution de ses attitudes (diminution de l'état délirant, de l'état maniaque, etc.).

Toutes ces évaluations sont notées soigneusement sur une feuille de surveillance spécifique (horodatée et signée).

## ***La surveillance du service***

L'infirmier est garant de l'intégrité des patients ainsi que de leur sécurité. Certaines personnes sont vulnérables (psychose) et d'autres potentiellement dangereuses (psychopathie, état maniaque). L'infirmier doit donc en permanence fonctionner selon un mode interne de surveillance.

 Après une rude matinée, Pedro, Laetitia et Marie-Danièle font une pause pour échanger autour de ce qui a été réalisé et observé le matin et faire le point sur la conduite des soins. Charline, l'étudiante en soins infirmiers de deuxième année, les écoute et participe de son mieux. Tout à coup, elle voit avec stupéfaction les trois infirmiers se lever de concert pour se précipiter vers la salle à manger en courant. Perplexe, elle les suit et découvre alors M. Mathis, 78 ans, couché sur le sol et à côté de lui il y a Djawad, un jeune homme toxicomane,

qui le regarde avec animosité. Pedro prend aussitôt Djawad à part pour le calmer, et Laetitia et Marie-Danièle font le point sur l'état de M. Mathis et agissent en conséquence (aide au patient, appel du médecin). Un peu plus tard, Charline demande aux infirmiers comment ils ont fait pour savoir qu'il se passait quelque chose : « Moi, j'ai à peine entendu un petit bruit », dit-elle. Marie-». Danièle lui répond alors : « Tu sais, quand tu travailles en psychiatrie, dès le passage de la porte d'entrée, tu te mets à fonctionner en mode « Warning », c'est-à-dire que tous tes sens sont aiguisés. Bien que tu sois présent à ce que tu fais, tu es également attentive à tout ce qui peut se passer à l'arrière-plan. Tu identifies d'emblée la plupart des bruits : chute, agression, etc.

### ● *Les actions relationnelles proprement dites*

Elles sont principalement de deux ordres : les entretiens et l'animation d'ateliers de médiation.

#### *Les entretiens infirmiers*

##### *Les entretiens d'accueil du patient et de son entourage*

L'accueil du patient et de sa famille est un élément important de la pratique infirmière. L'attitude durant l'accueil d'un patient (empathie, qualité de présence relationnelle, attitude centrée sur la personne) permet l'émergence d'un lien, prélude à l'alliance thérapeutique. L'infirmier, tout en accueillant physiquement le patient, accueille également ses émotions, sa souffrance, son histoire de vie, ses peurs et ses angoisses. Tout en étant à l'écoute du patient, l'infirmier observe sa posture (repliée ou extravertie), note son degré de congruence avec lui-même, c'est-à-dire la cohérence entre son attitude et les propos qu'il exprime (par exemple : une personne qui se dit déprimée et qui sourit et plaisante durant tout l'entretien).

La famille du patient est également à prendre en compte lors de l'accueil. Celle-ci a souvent sa part de souffrance à exprimer (difficulté à assumer le placement d'un proche, inquiétudes concernant son devenir, etc.) et a besoin d'être rassurée. La disposition d'esprit de l'infirmier vis-à-vis d'elle est alors la même qu'avec le patient qu'il accueille. Il est également intéressant pour l'infirmier de prendre en compte les renseignements donnés par la famille (contexte de l'hospitalisation, éléments de l'histoire de la personne, etc.). D'un point de vue systémique, il est également intéressant pour l'infirmier d'observer la position de chacun par rapport à l'autre (par exemple, une famille considérant le patient comme la brebis galeuse de la famille, ce dernier se positionnant en tant que victime, etc.).

##### *Les entretiens de recueil de données*

Ces entretiens peuvent intervenir à n'importe quel moment durant la prise en charge du patient. La collecte de renseignements peut intervenir à l'accueil mais aussi durant l'hospitalisation, en fonction des événements vécus par le patient. Les éléments recueillis viennent enrichir son anamnèse et apportent un plus dans l'explication des troubles de la personne.

 Malika a été hospitalisée pour un état dépressif. Elle est à quelques jours de sa sortie, car ses troubles ont considérablement diminué. Elle se mêle aux autres patients, souriante par moments. Elle reçoit en soirée un appel téléphonique de sa mère qui la laisse en larmes. Emmanuelle, infirmière dans le service, va la trouver dans sa chambre afin de la soutenir. Au passage, elle recueille des informations à propos de ce qui s'est passé.

L'aspect relationnel va être bien entendu présent durant ces types d'entretiens, l'infirmier y développant une grande qualité de présence relationnelle.

## *Les entretiens informatifs, de conseil ou à caractère éducatif*

Ces types d'entretiens permettent au patient de mieux se gérer dans son quotidien et gérer sa pathologie. Ils sont faits à la demande du patient ou relèvent de l'initiative infirmière.

## *Les entretiens d'évaluation d'adhésion au projet de soin*

Ce type d'entretien est à réaliser de façon ponctuelle durant l'hospitalisation. Il s'agit de resignifier au patient son intégration dans une dynamique de projet, d'évaluer son adhésion au projet de soin et le cas échéant, de redéfinir celui-ci.

## *Les entretiens de repositionnement du cadre thérapeutique*

Ces entretiens sont nécessaires quand les patients ont des comportements qui enfreignent les règles du service, sont dans le manque de respect, portent atteinte aux autres patients, etc. Ils se font dans une dynamique de pare-excitation, c'est-à-dire qu'ils aident la personne à contenir leurs pulsions et à ne pas fonctionner uniquement selon le principe de plaisir.

➡ Marco a demandé son hospitalisation parce « qu'il est au bout du rouleau ». Toxicomane, il est dans un état d'incurie et est dénutri. Quand le médecin lui demande quelle est sa demande, il répond qu'il veut se refaire une santé et d'avoir des entretiens infirmiers « pour aller mieux ». Au bout d'une semaine, il a repris un peu de poids (il mange beaucoup) et il est plus tonique. Il passe beaucoup de temps avec Léon, un jeune de son âge, toxicomane lui aussi, et tous deux s'amusent à se moquer des travers des autres patients. Par ailleurs, les après-midi, ils s'allongent dans l'herbe sur une serviette éponge, devant la terrasse du service, pour bronzer. Ils se montrent insolents envers le personnel soignant qui les prévient que leur traitement les rend très sensibles aux coups de soleil et déclinent toute proposition d'entretien. Albert, le cadre du service, reconnaît ce qu'il appelle « l'effet Club-Med », quand un patient ne semble plus réaliser qu'il est dans un lieu de soin mais se croit en vacances. L'un après l'autre, il leur demande de le suivre dans le bureau infirmier et à chacun il rappelle qu'il doit se montrer respectueux envers le personnel et les patients (repositionnement du cadre thérapeutique). D'autre part, il leur rappelle qu'ils sont dans un lieu de soin, leur remémore leur demande initiale et fait état du décalage existant entre celle-ci et leur comportement actuel (évaluation du projet de soin). Suite à ces entretiens, la sortie de Marco sera décidée, car il persiste à refuser tout soin relationnel (« Je me sens bien, j'en ai pas besoin »). Vu par le médecin, il quitte aussitôt le service. Léon restera hospitalisé. Il a déclaré avoir besoin de soins et affirme qu'il va changer d'attitude.

*Ces entretiens individuels ont permis de repositionner le cadre thérapeutique (rappel du respect à avoir envers les autres) et également d'évaluer l'adhésion des deux garçons à leur projet de soin, resituant celui-ci au centre de la prise en charge.*

## *Les entretiens de soutien, de relation d'aide*

Par la mise en œuvre de la relation d'aide, l'infirmier doit être en mesure d'apporter au patient réassurance et compréhension, et de l'aider à mobiliser ses ressources propres. La notion de soutien est à mettre en rapport avec le holding dont parle Winnicott, c'est-à-dire le développement d'une posture soignante qui « porte » l'autre psychiquement, le rassure et lui permet d'expérimenter son lien avec la réalité extérieure dans le cadre d'une relation sécurisée. Ces entretiens peuvent être programmés ou improvisés selon les besoins de la personne.

## *L'entretien réalisé auprès d'une personne en crise*

Lorsqu'un patient est en état de crise émotionnelle se manifestant par de la détresse (avec des cris, des pleurs, etc.), un état de choc (consécutivement à une nouvelle traumatisante ou à une agression, etc.) ou encore de l'agressivité, l'infirmier doit être en mesure de réagir de façon immédiate et adaptée à cette situation. Prendre la personne en entretien pourra lui permettre d'exprimer ses émotions, son angoisse ou sa colère, l'aidant ainsi à diminuer sa tension interne.



### Réagir face à un patient en état de crise

Lorsque l'état de crise s'accompagne d'une agitation importante et que la personne n'est pas réceptive à la parole, il s'agira pour l'infirmier d'intervenir de façon calme et adaptée. Son regard clinique va évaluer la situation dans sa dangerosité pour la personne et les autres patients (risque de passage à l'acte), mais également pour lui-même. Si celle-ci est avérée, il va prendre les mesures adaptées (isoler la personne dans une pièce à part, faire intervenir du personnel desécurité pour sécuriser et remettre du cadre le cas échéant, appeler le médecin, appeler ses collègues).

Si la personne est dans un état de mal-être sans risque majeur pour elle ou les autres, l'infirmier va prendre le temps de l'entendre, l'emmenant dans un endroit calme, sachant que la parole pourra avoir un effet cathartique (libérateur).

Dans le cas d'une crise d'angoisse, il s'agira de retirer la personne d'un contexte angoissant éventuel (délire à propos d'une situation, d'un autre patient) et d'adopter une attitude calme avec elle, la recentrant sur le réel (« Vous êtes en sécurité ici »)

### Les entretiens familiaux avec ou sans le patient concerné

Le médecin est présent le plus souvent à ces entretiens. Ils sont réalisés à la demande de la famille ou du médecin. Ils visent à compléter l'anamnèse, à repérer la dynamique familiale, à apporter du soutien à la famille ou soutenir le patient face à sa famille, à apaiser les craintes de la famille par rapport à la maladie et au devenir de leur parent malade, à recueillir les plaintes et les attentes, à avoir une action éducative.

### Les entretiens médecin, patient, infirmier

La position infirmière dans ces entretiens peut être diverse. Il s'agira parfois de témoigner de ce qui se passe durant le processus de soin, de confronter le patient par rapport à des comportements problématiques, le médecin resituant alors le cadre. La dynamique de ces entretiens se situe en lien avec le contrat de soin et le projet de soin, situant le patient comme acteur de ses soins.

Tableau 6.VI. Les types d'entretiens

Type d'entretien	À quelle occasion	Objectif immédiat	But final
Entretien d'accueil	À l'arrivée du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établir le contact</li> <li>Instaurer une relation de confiance</li> <li>Favoriser le sentiment de sécurité</li> <li>Donner des informations à propos du fonctionnement du service et du déroulement des soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faciliter l'intégration à la vie hospitalière</li> <li>Favoriser l'établissement de l'alliance thérapeutique</li> </ul>

		• Recueillir des informations	
<b>Entretien de recueil de données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'arrivée du patient</li> <li>• En cours d'hospitalisation</li> </ul>	Recueillir des informations sur les habitudes de vie, l'histoire du patient, sa famille, le contexte de l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnaliser les soins</li> <li>• Préparer la démarche de soins</li> <li>• Mettre en place une orientation thérapeutique</li> </ul>
<b>Entretien informatif, de conseil ou à caractère éducatif</b>	À tout moment de l'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> <li>• à la demande du patient</li> <li>• à l'initiative du soignant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répondre à une demande d'explication</li> <li>• Guider la personne dans ses choix de vie</li> <li>• L'aider à intégrer des normes de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider la personne à mieux gérer sa vie</li> <li>• Faciliter son intégration dans le groupe social</li> </ul>
<b>Entretien d'investigation</b>	En début ou en cours d'hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> <li>• auprès du patient</li> <li>• auprès de sa famille</li> </ul>	Rechercher des informations complémentaires	Réunir des informations afin d'organiser au mieux les soins
<b>Entretien d'évaluation de l'adhésion au projet de soins</b>	De façon régulière en cours d'hospitalisation (si au long cours, cela peut être 1 fois par mois pour faire le point)	Évaluer de façon régulière l'adhésion du patient à son projet de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resignifier au patient son intégration dans une dynamique de projet</li> <li>• Réajuster le projet si nécessaire</li> </ul>
<b>Entretien de repositionnement du cadre thérapeutique</b>	À tout moment de l'hospitalisation, suivant le comportement du patient	Mettre une limite à un comportement indésirable (non-respect des autres, du personnel, du règlement interne, du protocole de soins, des locaux, etc.)	Aider le patient à retrouver un comportement acceptable socialement
<b>Entretien réalisé auprès d'une personne en crise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crise d'angoisse</li> <li>• Colère (notion d'urgence)</li> </ul>	Réduire l'état de crise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire la souffrance psychique de la personne</li> <li>• Réduire l'état d'agitation</li> </ul>
<b>Entretien de réassurance</b>	Calmer, rassurer le patient inquiet (niveau d'anxiété moyenne) Ce type d'entretien peut être légèrement différé	Rassurer, calmer le patient inquiet ou anxieux	Aider le patient à apprendre à mieux gérer son stress et son anxiété
<b>Entretien de soutien</b>	Temps d'écoute privilégiés et ponctuels suivant la demande ou l'état du patient (le positionnement infirmier est celui de la relation d'aide)	Permettre au patient de parler de ce qu'il vit, ressent ponctuellement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire la souffrance psychique de la personne</li> <li>• L'aider à dépasser sa problématique</li> </ul>
<b>Entretien de relation d'aide</b>	Suite programmée (le plus souvent) d'entretiens de soutien à visée psychothérapeutique	Permettre au patient de parler de ce qu'il vit, ressent dans une dynamique de suivi thérapeutique	Réduire la souffrance psychique de la personne (dans une dynamique de progression au fur et à mesure des entretiens)

### **Les activités de médiation**

Les activités de médiation thérapeutiques répondent au besoin fondamental pour un individu d'exprimer ses émotions ainsi que ses tensions internes. Les résistances et défenses internes ont tendance à empêcher l'expression d'émotions disqualifiées et la médiation thérapeutique va permettre et favoriser leur expression sans danger (c'est-à-dire dans un cadre sécuritaire et de façon masquée). Les activités de médiation thérapeutiques ont ceci de précieux qu'elles vont permettre d'une façon parfois surprenante de **travailler en profondeur sur les émotions et les mécanismes de défense**. L'aspect puissant de ces activités est qu'elles **ménagent les défenses** des patients. Parce qu'ils se sentent en sécurité, ils vont se sentir en confiance pour parler d'eux-mêmes, parlant de leur vécu interne de manière indirecte. Cela les aide à prendre conscience des émotions qui les animent, des pensées qui les habitent, tout en prenant contact avec des ressources profondes.

## *Les supports utilisés*

Les activités médiatisées vont utiliser divers **supports** . Ils peuvent être **matériels** (dessin, travail de la terre, photolangage, contes thérapeutiques, musique), relever de **l'animation de groupe** (groupes de parole, ateliers d'écriture) ou encore s'appuyer sur des **techniques psychocorporelles** (massage, relaxation). C'est à travers ces supports de médiation que la personne va exprimer « quelque chose » d'elle-même.

## *Les deux temps de l'activité*

Les activités de médiation thérapeutique se décomposent toujours en deux temps :

- le temps de l'action ;
- le temps de la verbalisation du ressenti par rapport à l'activité.

C'est ce temps de verbalisation qui fait la différence entre le thérapeutique et l'occupationnel.

## *Le processus de symbolisation*

L'être humain tend à chercher à résoudre ses conflits internes et l'activité peut l'aider à le faire de façon symbolique. Dans la psychose, l'activité de médiation présente l'intérêt de **permettre au patient d'accéder au processus de symbolisation à partir de la sensorialité** . Dans l'espace transitionnel que représente toute thérapie, cet espace intermédiaire où se chevauchent deux aires, celle du thérapeute et celle de la personne soignée, le jeu relationnel favorise la mise en route du processus de symbolisation.

Ce type d'activité nécessite la présence de deux soignants.

## *Les types d'ateliers*

Pour être en position d'animer un groupe, l'infirmier doit à la fois connaître les processus relationnels en jeu dans un groupe, avoir une maîtrise (à la fois technique et relationnelle) du type d'atelier qu'il utilise, et savoir quel but il poursuit en proposant son atelier.

Dans le cas d'activités à visée sociothérapeutique, l'infirmier reste au niveau de l'expérientiel et du vécu en commun des membres du groupe d'un moment créatif partagé dans l'instant présent. Son intention est d'apporter un soutien tout en favorisant l'enrichissement personnel (aux niveaux cognitif, comportemental, affectif, etc.) de chaque membre du groupe.

Dans le cas d'activités à visée psychothérapeutique, l'infirmier aide la personne à retravailler sur les affects, les ressentis, les pensées et croyances qui ont émergé durant l'activité.

## *L'animation d'activités à visée sociothérapeutique*

Les activités sociothérapeutiques font partie des activités de soutien. Elles visent à développer les capacités cognitives, sociales et affectives du patient.

**Objectifs thérapeutiques** : stimuler les capacités du patient :

- **cognitives** : le patient apprend à traiter et à intégrer des informations venant du monde extérieur pour ensuite agir en fonction de celles-ci. C'est le cas dans tous les types d'animations, mais surtout dans les ateliers mémoire, jeux, lecture, écriture, etc. ;
- **comportementales** : le patient apprend (ou réapprend) à agir en fonction des autres, en lien avec ses propres réactions affectives (tous les types d'ateliers) ;
- **sociales** : le patient apprend (ou réapprend) à tenir compte des autres, entrant en relation et tissant des liens sociaux avec eux dans le cadre de la dynamique du groupe (tous les types d'ateliers) ;
- **affectives** : les activités peuvent constituer un espace où le patient apprend (ou réapprend) à tisser

des liens affectifs avec d'autres personnes, mettant en jeu chez lui tout un processus émotionnel (tous les types d'ateliers) ;

– **créatives** : en mettant en jeu sa créativité, le patient expérimente un espace où peut avoir libre cours le plaisir lié au geste (atelier perles, macramé, peinture, dessin, modelage, etc.) et au corps (atelier danse, relaxation, théâtre, etc.). Dans cet espace où le geste est valorisé, le patient apprend à lâcher prise et à expérimenter un moment de détente sans culpabiliser.

**Impact thérapeutique** : cette stimulation opère par le biais des processus relationnels mis en jeu dans le groupe, et en fonction des types de supports utilisés en médiation. Toutes les pathologies peuvent en tirer bénéfice : par exemple, un patient psychotique va améliorer ses compétences sociales en apprenant à tenir compte des autres, va voir ses capacités cognitives stimulées par la mise en jeu de ses capacités de concentration sur une tâche dans un temps donné, etc.

De façon globale, les activités de médiation permettent :

– **d'atténuer l'impact des manifestations pathologiques** dont souffre la personne (diminution de la souffrance psychique). Pendant l'atelier, grâce aux phénomènes de **régression temporaire** induits par l'activité et vécus au contact du soignant, la personne va être en capacité d'expérimenter un moment de liberté par rapport à ses symptômes. Par ailleurs, l'activité de médiation thérapeutique représente un espace dans lequel le patient peut faire l'expérience de **vivre un moment de détente**. Dans le cas de la dépression, par exemple, cette expérience est intéressante au niveau cognitif et émotionnel, la personne ayant une tendance globale à ne sélectionner que les sensations douloureuses. En ce qui concerne le patient psychotique, toutes les activités où l'on déstructure puis restructure (puzzles, découpage/collage, modelage) peuvent l'aider à diminuer son angoisse de morcellement ;

– **de donner au patient l'occasion de faire des expériences relationnelles et affectives gratifiantes** dans un cadre ludique et créatif. Au sein d'un atelier, ce que le patient fait et exprime est valorisé par les infirmiers qui encadrent l'activité, ainsi que par les autres membres du groupe. Le sentiment de reconnaissance personnelle est augmenté, ainsi que l'estime de soi. Ce type d'expérience est excellent dans le cas des pathologies anxieuses, où, nous l'avons vu précédemment, la culpabilité (liée à l'angoisse de castration) est quasiment toujours présente ;

– **de renforcer sa capacité d'agir** au sein d'un groupe et par rapport à lui-même. Cet aspect est très intéressant dans le cas des pathologies où l'inhibition psychomotrice est présente (dépression) ;

– **d'expérimenter des moments de décharge émotionnelle (catharsis) dans un cadre sécuritaire**. La parole a en effet une fonction cathartique : qu'elle s'exprime au travers des échanges ou dans un atelier chant, par exemple, elle va permettre au patient de décharger des affects et des émotions en rapport avec ses conflits internes. L'infirmier doit être en capacité de recevoir l'expression émotionnelle des membres du groupe, dans un premier temps, et de les nommer dans un second temps. Une libération de la charge émotive (affect) en lien avec des événements traumatiques anciens peut avoir lieu, apportant au patient le bénéfice d'un apaisement interne.

## ● *Les actions relevant du domaine somatique*

### *Les soins somatiques*

L'infirmier travaillant en psychiatrie est tenu de savoir effectuer tous les soins somatiques relevant de sa fonction en général. D'une façon encore plus accrue que dans les soins généraux, il apporte la valeur ajoutée dans la relation. En effet, c'est parfois au cours d'un soin somatique de base (pansement, injection, assistance à la pose de sonde gastrique, etc.) que le patient peut exprimer une

partie de son mal-être et l'infirmier veille alors à recevoir ses contenus émotionnels.

➡ Mme Bernier souffre d'anorexie et étant donné son état cachectique et les risques encourus pour sa santé, Sandrine, le médecin généraliste de l'hôpital, décide de lui poser une sonde gastrique afin de pouvoir l'alimenter (Mme Bernier refusant d'avaler la moindre nourriture). Françoise, l'infirmière, assiste le médecin durant son geste technique. Mme Bernier hurle « qu'on n'a pas le droit de l'obliger à manger, que les membres du personnel se conduisent avec elle comme des tortionnaires, etc. ». Sandrine lui explique alors d'un air concerné que cet acte est nécessaire étant donné qu'elle ne se nourrit pas, qu'elle risque de mourir si on ne le fait pas. De son côté, Françoise, très calmement, resitue l'acte dans son contexte soignant : « Nous posons cette sonde pour vous soigner, pour préserver votre vie ». Tout en procédant, Sandrine et Françoise manifestent de la compassion pour la douleur occasionnée : « Si cela vous fait mal, nous en sommes désolés, mais la pose de cette sonde est nécessaire ».

### **Les soins de nursing**

Au cours des soins de nursing, l'infirmier va repérer les comportements signifiants du patient (analyse sémiologique), les comprendre (les situer dans le cadre d'une pathologie), les analyser (les relier au processus psychopathologique en œuvre chez le patient). Connaître l'impact thérapeutique des actions et du type de relation mis en place fait également partie intégrante du rôle infirmier en psychiatrie. Au-delà même des mots, cette dynamique à l'œuvre à l'intérieur du soignant va teinter de façon subtile la relation soignant/soigné avec des conséquences thérapeutiques avérées. D'une manière très inconsciente, le patient perçoit ce qui se joue à l'arrière-plan de l'acte soignant (à la fois dans le langage non verbal de l'infirmier et par la communication d'inconscient à inconscient).

➡ Madame Lenoir souffre de dépression majeure et elle néglige sa toilette si l'on ne l'y encourage pas. Elle a tendance à rester au fond de son lit de longs moments (clinophilie). Dans les contacts qu'elle a avec l'équipe soignante, elle se plaint sans cesse de n'avoir plus envie de rien, de n'avoir plus aucun plaisir dans la vie et de n'être que souffrance. Elle répète sans cesse qu'elle ne vaut pas la peine qu'on perde du temps avec elle.

Élise est infirmière et elle se rend au chevet de la patiente pour l'aider à faire sa toilette. Dès qu'elle la voit, Mme Lenoir dit aussitôt d'une voix plaintive :

– « Je n'ai pas la force de me laver ce matin, laissez-moi s'il vous plaît. »

– « J'entends bien que vous vous sentez très fatiguée, Mme Lenoir (*par cette phrase, Élise témoigne qu'elle entend la souffrance de la patiente et qu'elle ne la juge pas. En effet, elle sait que la fatigue chronique fait partie des symptômes de l'état dépressif*). Et c'est pour cette raison que je vous propose de vous aider à faire votre toilette. »

Mme Lenoir commence par refuser, mais devant l'insistance douce mais ferme d'Élise (*stimulation douce visant à contrer l'inhibition psychomotrice*), elle finit par accepter de la suivre dans la salle de bains à contrecœur. Une fois là, Élise propose à Mme Lenoir de se déshabiller pendant qu'elle fait couler son bain (*par cette proposition, Élise cherche à évaluer si la patiente est toujours dans un état d'inhibition majeure comme lors de ses accompagnements à la toilette précédents*). Élise remarque alors que Mme Lenoir commence à enlever ses vêtements, seule. (*Elle notera plus tard cet élément comme significatif dans le dossier de soin de la patiente*). Cependant, rapidement, Mme Lenoir se décourage en

soufflant et s'arrête, disant qu'elle n'en peut plus. Élise l'aide alors à terminer son déshabillage ( *elle sait que, par cette action, elle accompagne Mme Lenoir dans son besoin de régression, le maternage l'aidant à traverser sa phase de décompensation* ).

Une fois dans le bain, Mme Lenoir continue de se plaindre, répétant en boucle les mêmes propos. Élise prend le temps de l'écouter et répond de temps en temps par des phrases telles que :

« C'est vraiment difficile pour vous en ce moment », ou encore : « Vous souffrez vraiment beaucoup » ( *par ces phrases qui reformulent la souffrance exprimée, Élise manifeste de l'empathie qui va donner à la patiente le sentiment d'avoir été entendue dans son mal-être. Elle ne se laisse pas aller à l'énervement quand elle entend sans cesse les mêmes plaintes, car elle sait que celles-ci constituent en fait un appel au lien. En réponse, elle crée du lien avec Mme Lenoir* ).

Élise tend ensuite un gant de toilette savonné à la patiente, lui disant en souriant :

« Voici pour vous, je vous propose de commencer votre toilette en vous lavant le devant du corps. Je m'occupe de votre dos ». ( *Élise tente une nouvelle stimulation douce tout en proposant parallèlement une action d'accompagnement de régression* ).

Mme Lenoir effectue une toilette sommaire avec difficulté et beaucoup de plaintes qu'Élise continue d'accueillir, en silence cette fois. Celle-ci propose ensuite à Mme Lenoir de lui faire un shampoing ( *Élise ne propose pas cela par hasard : elle sait que la personne atteinte de dépression a tendance à ne sélectionner que les sensations douloureuses. Par le massage détente du cuir chevelu, elle compte aider Mme Lenoir à ressentir une sensation de bien-être* ). Durant le shampoing-massage, Mme Lenoir finit par se taire, poussant un léger soupir de bien-être. ( *Élise le note sans rien dire. Elle laisse s'installer le silence pour ne pas distraire la patiente de son éprouvé corporel de bien-être* ).

Quand Mme Lenoir retourne dans sa chambre, elle semble plus détendue. Élise lui propose de l'aider à faire son lit ( *stimulation douce* ) et après une hésitation, Mme Lenoir finit par accepter. Elle va vite se décourager cependant et Élise termine de faire le lit sans commentaire ( *toujours par compréhension de l'inhibition psychomotrice de la patiente* ).

Une fois de retour dans le bureau infirmier, Élise note soigneusement les observations des réactions et des avancées de la patiente. Elle compte en parler durant la prochaine réunion clinique.

*Élise retournera s'occuper de Mme Lenoir les jours qui suivront (structuration des soins dans le temps) et réitérera sa stratégie thérapeutique d'alternance de stimulation douce et d'accompagnement en régression. La structuration des soins dans le temps et l'adaptation de la prise en charge à l'état de Mme Lenoir correspondent au Handling. Élise sait que sa persévérance à s'occuper de Mme Lenoir, dans une grande qualité de présence relationnelle, va contribuer à donner à celle-ci l'impression qu'elle est une personne de valeur (reconnaissance), contrant ainsi son sentiment de dévalorisation. Élise sait également que sa qualité de présence au décours des petites actions du quotidien, durant les soins de nursing – alliée au traitement médicamenteux en cours – pourra contribuer à aider Mme Lenoir à sortir peu à peu de son état dépressif.*

### ● Les actions en lien avec l'équipe pluridisciplinaire

L'infirmier fait partie d'une équipe qui travaille elle-même toujours en lien avec les autres partenaires du soin (médecins, psychologues, ergothérapeutes, assistantes sociales, éducateurs, etc.). Le rôle de l'infirmier est central car il est le garant de la continuité des soins. Le travail en liaison permet de

créer une continuité dans le traitement et le suivi des patients, évitant ainsi tout morcellement dans la prise en charge.

### ● *Les actions relevant du travail de liaison*

Il appartient au rôle infirmier de travailler avec divers partenaires extérieurs en lien avec le patient (médecins généralistes, hôpitaux généraux, structures sociales, associatives, etc.), tout en respectant le secret professionnel.



## L'émergence de résonances personnelles

Nous l'avons développé précédemment, l'une des tâches majeures de l'infirmier en psychiatrie est d'accueillir les éléments que les patients projettent sur lui (affects indifférenciés et douloureux, délire, vécus de souffrance, etc.), de les contenir dans sa psyché (contenance psychique), pour les renvoyer sous une forme chargée de sens assimilable par lui. Le fait d'accueillir dans sa psyché une partie de la souffrance du patient n'est cependant pas sans conséquence pour le soignant. En effet, des zones de souffrance personnelle (pertes signifiantes, deuils douloureux non faits, blessures anciennes, etc.) risquent d'être réactivées « au passage », par un phénomène de **résonance** .

 Sylvia accueille Mme Astier, une nouvelle patiente dans le service. Durant son entretien d'admission, cette dernière exprime d'emblée un vécu douloureux lié à la perte récente de son père dans des conditions difficiles : il a fait un infarctus massif à la fin d'un repas de famille. Mme Astier se met à pleurer en répétant : « Je l'ai vu mourir et je n'ai rien pu faire. Je m'en veux tellement !... Perdre quelqu'un qu'on aime de façon aussi brusque, c'est horrible !... ». En entendant cela, Sylvia se sent mal à l'aise. La douleur exprimée par la patiente la touche fortement. Elle a tout à coup l'impression qu'une boule d'angoisse serre son estomac. Elle reconforte Mme Astier de son mieux, prononce les mots qu'elle dit d'habitude pour cela, mais le cœur n'y est pas vraiment. Au moment de la pause-café avec ses collègues, un peu plus tard, elle parle de son malaise à Alyette, l'une de ses collègues : « Je ne comprends pas ce qui s'est passé tout à l'heure avec cette personne, mais je me suis vraiment sentie mal. Je me sens encore chamboulée, d'ailleurs. » Alyette lui répond alors doucement : « Étant donné ce que tu as vécu il n'y a pas très longtemps, ça n'est pas étonnant, tu ne crois pas ?.. » Sylvia regarde sa collègue d'un air surpris, puis soudain elle comprend. Un an plus tôt, elle a perdu son frère suite à un problème cardiaque soudain et cela l'a énormément affectée. Elle réalise alors qu'une phrase prononcée par la patiente a résonné fortement en elle : « Perdre quelqu'un qu'on aime de façon aussi brusque, c'est horrible. ». Ce soir-là, elle décide de se rendre chez son autre frère pour passer un moment chaleureux, regardant les photos de famille et évoquant le disparu.

*Grâce au renvoi de sa collègue, Sylvia a pu identifier le phénomène de résonance qui l'a affectée face à la patiente. Elle a alors décidé de « s'occuper » de sa souffrance émergente en partageant un moment chaleureux avec son frère autour d'une expression de vécus liés à leur perte commune.*

## La « contamination » psychique

Nous l'avons vu dans un chapitre précédent, la psychose peut exercer une véritable violence psychique sur le soignant. Le patient psychotique projette sur lui ses **contenus archaïques** qui peuvent provoquer, surtout au long cours, des vécus de malaise et d'angoisse. Pour faire face à cette déliaison constante, le soignant doit se situer dans une dynamique de « créer du lien » et de faire des liens.

➡ Le service est assez agité aujourd'hui. Yvette doit aider Sandra, une jeune fille schizophrène en proie à de fortes angoisses de morcellement, à se calmer. Celle-ci hurle : « Rattrapez ma tête, elle tombe en morceaux ! » Didier, un autre patient psychotique, suit sans cesse Yvette car il a très peur des autres patients qu'il imagine animés de mauvaises intentions à son égard. « Vous appellerez le croque-mort si on me désagrège, hein, Yvette ? » n'arrête-t-il pas de lui demander. Christophe, un autre patient schizophrène vient régulièrement lui crier : « La fin du monde, c'est pour aujourd'hui ! Priez ! Priez ! ». Au moment où elle se rend dans la salle de soins pour préparer les traitements, M. Renard, un patient souffrant de paranoïa se précipite sur elle pour lui dire d'un ton menaçant : « Je vois bien dans votre jeu ! Vous voulez me faire passer pour fou ! Mais ça ne va pas se passer comme ça ! La gendarmerie va bientôt venir pour me sortir d'ici et vous, vous irez au trou ! ». Au bout d'un moment, Yvette a besoin de se poser un peu avec ses collègues. Autour d'un café, chacun partage ce qu'il vient de vivre au cours des soins dispensés. Des hypothèses et des mises en lien sont faites. Ensuite, ils prennent un peu de temps pour parler de choses plus personnelles, la rentrée scolaire du dernier-né, les dernières vacances, etc., puis, après avoir fait le point sur ce qui reste à faire dans le service, ils replongent chacun dans leurs tâches. *Face aux patients en constante déliaison psychique, l'infirmier, pour préserver son intégrité psychique, est mis en demeure de se situer dans une « dynamique de liaison » : faire des liens entre les faits observés, les comportements et des hypothèses explicatives, créer des liens avec les patients, travailler en lien avec ses collègues, et aussi créer des liens avec eux. Tout cela lui permet de résister à la déliaison psychique. Sans ces pauses de récupération, l'infirmier serait incapable de continuer à avoir la disponibilité psychique pour offrir un étayage conséquent aux patients et il serait lui-même en danger de « déliaison ».*

## Les contre-attitudes soignantes

Les conceptions personnelles de vie, les phénomènes de violence psychique non volontaire infligés par les patients et les résonances personnelles qui peuvent surgir chez le soignant sont susceptibles de déclencher chez lui ce qu'on appelle **des contre-attitudes** .

### ● L'identification projective

Le soignant s'identifie au patient de façon fusionnelle ; il pense que ce qui est bien pour lui-même sera bien pour le patient sans se préoccuper de savoir quel est le besoin réel de celui-ci. Il lui est alors difficile de prendre des décisions objectives à son égard.

### ● La volonté de pouvoir

Avoir un sentiment de « toute-puissance » fait partie des risques du métier de soignant, car à certains moments de la prise en charge, le patient peut se trouver dans un état d'extrême dépendance. Dans la relation aidante, il est important de toujours se situer dans une dynamique permettant à la personne de retrouver son autonomie le plus rapidement possible.

➡ Madame Astier va mieux. Elle vient trouver Alyette, l'infirmière avec qui elle a eu des entretiens suivis durant son hospitalisation, et lui explique :

« Le psychiatre m'a dit que je pouvais demander ma sortie ce week-end si je le souhaite. Qu'est-ce que vous en pensez ? »

Alyette lui répond alors avec un sourire :

« Et vous, qu'est-ce que vous en pensez ? »

– Oh moi, d'un côté, je me dis que j'arriverai bien à reprendre le cours de ma vie, mes angoisses sont gérables maintenant, mais de l'autre, j'ai peur qu'elles reviennent dès que je serai sortie d'ici.

– Comment voyez-vous votre retour chez vous ?

– Ma sœur m'a proposé de passer me voir le samedi après-midi, répond aussitôt la patiente. Elle va m'aider à ranger le chambard que j'ai laissé chez moi. Et le soir, elle veut m'inviter au restaurant, pour fêter ma sortie. »

À cette évocation, elle a un sourire. « En fait je ne serai pas toute seule, ça me rassure. Ça va être sympa d'être ensemble, toutes les deux. »

Elle reste songeuse, puis fronce les sourcils d'un air soucieux :

« Le psychiatre m'a proposé d'avoir un suivi CMP, je ne sais pas si je vais le faire. Qu'est-ce que vous en pensez ?

– Quel avantage pourrez-vous tirer de ce suivi ? demande alors Alyette.

– Si j'ai des angoisses, c'est sûr que ça va m'aider de discuter avec quelqu'un., répond alors Mme Astier. Ma sœur ne sera pas là tout le temps. »

Elle réfléchit un instant, puis dit avec un petit sourire :

« Finalement, je crois que je vais demander ma sortie et que je vais accepter le suivi CMP. »

*Par ses demandes, Madame Astier mettait Alyette dans une position de pouvoir, celui d'être celle qui va décider à sa place. Alyette l'a habilement renvoyée à elle-même, l'aidant simplement à réfléchir et à peser le pour et le contre pour savoir ce qui lui convient à elle. C'est ce qui l'a apaisée en fait. Si Alyette lui avait dit : « Sortez ce week-end et acceptez le suivi CMP », elle serait restée dans ses doutes, n'ayant pas trouvé de réponse à ses*

### ● *Le désir de réussir*

Dans toute thérapie, on ne réussit pas à guérir une personne, mais on l'accompagne vers le mieux-être, en fonction de ce qu'elle est. Vouloir réussir à la guérir peut correspondre chez le soignant à un besoin d'affirmation de soi, de toute-puissance salvatrice ou un déni du réel. La réalité comprend le fait qu'une personne avance sur son chemin de vie vers le mieux-être, celui-ci étant ponctué par des avancées, des rechutes, des temps de régression et de résistance au changement. Il est important pour le soignant de le respecter, tout en étant confiant dans les capacités de la personne à surmonter ses difficultés de vie. La juste position soignante est celle de représenter une marche sur laquelle le patient va s'appuyer pour avancer avec son propre potentiel.

### ● *La dérision*

En parlant avec ironie d'un patient, ou en tournant en dérision ses comportements, le soignant cherche inconsciemment à mettre à distance les affects et angoisses qui surgissent en lui (ceux-ci étant en rapport avec une situation de confrontation avec ce patient).

### ● *La rationalisation*

Le soignant étouffe son émotionnel derrière des raisonnements pour la même raison que dans le paragraphe précédent.

### ● *La fausse réassurance*

Par peur d'une issue problématique ou potentiellement fatale, le soignant manifeste un optimisme inadapté à la situation. C'est une forme de déni.

### ● *Le déni*

Le soignant ignore la gravité des troubles ou d'une situation, car celle-ci est intolérable pour lui (résonances).

## *Le burn out ou épuisement professionnel*

---

Le terme de burn out désigne l'épuisement professionnel. Les réactions sont caractéristiques : attitudes de retrait, apathie, intellectualisation, rationalisation, irritabilité, agressivité, avec une augmentation de l'absentéisme. Le burn out peut survenir quand la charge de travail du soignant est trop lourde, au long cours, quand il est confronté à trop de pertes, de deuils professionnels, à trop de souffrance au quotidien. La personne ne trouve plus de sens à ce qu'elle fait. L'un des moteurs du burn out est la volonté de vouloir sauver l'autre à tout prix (volonté de pouvoir, désir de réussir). Étant donné que cela est impossible, le soignant s'épuise, va de déception en déception. Par un phénomène défensif, il devient peu à peu insensible à tout, se coupant de son émotionnel douloureux. Le burn out fait le lit de la maltraitance.

**Les conséquences du burn out** peuvent être importantes (outre la perte d'efficacité dans le travail) : dépression, trouble anxieux, suicide, somatisation, consommation accrue de psychotropes, etc.

**Les moyens d'éviter le burn out** : avoir une vie personnelle pleine et ressourçante, être attentif à son rythme de vie, bouger, faire du sport. Aller en supervision professionnelle et se former (formation continue) permettent de se ressourcer et de mieux se positionner en tant que soignant ou encore de trouver la ressource pour changer de situation professionnelle si celle-ci est impossible à gérer au niveau charge de travail.

## ● LA JUSTE POSTURE PROFESSIONNELLE

La relation de soin est avant tout la rencontre entre deux subjectivités, et la connaissance des enjeux qui sont au cœur de cette rencontre va contribuer à aider le soignant à trouver une juste distance professionnelle. Travailler dans une juste distance, c'est être ni trop proche (fusion) ni trop éloigné (distanciation). En fait il s'agit d'être capable de recevoir la souffrance de l'autre tout en percevant les résonances personnelles qui peuvent s'opérer en nous et d'apprendre à identifier les contre-attitudes qui montent éventuellement en nous pour les mettre en acte le moins possible.

➡ Madame Bugnier est une personne âgée dépendante. Elle est très agressive verbalement et physiquement avec le personnel soignant. Quand il s'agit de s'occuper d'elle, c'est toute une affaire car elle essaie sans cesse de frapper et de pincer les infirmiers.

Carole et Dominique l'emmènent aux toilettes et au moment où elles l'aident à s'installer, elle en profite pour frapper Carole sur le bras. Celle-ci, en colère, lui donne aussitôt une tape sur la main en disant : « Arrêtez d'être méchante ! Nous, on vous aide, et voilà comment vous nous remerciez ! ».

L'instant d'après, c'est Dominique qui a droit à sa claque sur le flanc.

« Là, je ne suis pas d'accord, Mme Bugnier » dit aussitôt Dominique d'un ton ferme, et, contenant le bras qui se lève à nouveau pour la frapper, elle ajoute : « Nous sommes là pour vous aider, cessez de nous agresser, s'il vous plaît ». Un peu plus tard, dans le bureau infirmier, Carole dira qu'elle s'en veut d'avoir frappé Mme Bugnier : « Ça a été plus fort que moi. Elle m'a rappelé ma grand-mère qui me maltraitait ». Dominique lui dit alors : « Si pour l'instant c'est trop dur pour toi de t'occuper de Mme Bugnier je peux le comprendre. La prochaine fois, si tu veux, je peux demander à Josiane, notre aide-soignante, de m'aider ». Mais Carole répond alors en hochant la tête : « Non, je vais faire attention à réagir différemment. »

*Le passé de maltraitance de Carole la rattrape quand Mme Bugnier l'agresse et elle a libéré sa pulsion agressive sans réflexion. Après coup, elle est dans l'autocritique (le fait d'avoir vu Dominique agir différemment d'elle, c'est-à-dire dans une juste distance, l'a fait réfléchir) et désormais consciente de ses risques de passage à l'acte, elle va veiller à les contenir.*

Ces deux appellations désignent une même pratique, celle-ci visant au ressourcement du soignant. Nous l'avons déjà évoqué, le courant psychanalytique a laissé une forte empreinte sur le soin en psychiatrie, tant en ce qui concerne la compréhension et l'analyse des comportements pathologiques (en les mettant en lien avec une théorie du développement), que la lecture des mécanismes en jeu dans la relation soignant/soigné (transfert, contre-transfert, projection, etc.) et le soin proprement dit. L'analyse de pratique et la supervision en sont directement issues.

L'analyse de pratique a été initiée par Michel Balint (groupe Balint). Effectuée par un professionnel de la relation extérieur à l'équipe de soin (psychothérapeute, psychologue, etc.) qui vient rencontrer celle-ci à intervalles réguliers, la supervision comprend le suivi, le développement et le soutien des soignants dans leur rôle thérapeutique, pour ainsi améliorer leur efficacité. La participation à un groupe de supervision permet au soignant de réfléchir à sa pratique dans un cadre valorisant et de développer une posture professionnelle juste. Il peut y être fait un travail sur les résistances personnelles, sur les résonances. Un apport théorique éclaire les jeux psychologiques à l'œuvre dans la relation soignant/soigné. La supervision apporte de la sécurité dans la prise en charge (le soignant n'est plus tout seul face à son problème avec tel ou tel patient).

➡ Zorha est jeune diplômée et très heureuse de travailler dans sa nouvelle équipe. Elle s'y sent intégrée. Pourtant, depuis quelque temps, il lui pèse de venir au travail. C'est à cause d'Abdulh, un jeune patient algérien de son âge. Il l'agresse sans arrêt, lui disant qu'elle est nulle comme infirmière, qu'elle ne sait rien faire correctement. Zorha est très affectée par les propos du patient, au point qu'elle évite de se retrouver en sa présence. Ses collègues repèrent vite le problème. Marie-France lui dit un soir : « Demain après-midi, il y a supervision. Ça serait bien que tu y ailles, tu sais. » Zorha hésite car elle n'y est encore jamais allée et parler d'elle, « ce n'est pas son truc », mais quand Marie-France lui explique que la supervision sert surtout à travailler sur son positionnement professionnel et qu'elle pourra y trouver des réponses par rapport à ce qui se passe avec ce patient et elle finit par s'y rendre. Là, Aimé, le superviseur, l'aide à exprimer la difficulté qu'elle ressent face à ce patient et à réaliser que son malaise vient du manque de confiance en elle qu'elle a depuis qu'elle est diplômée. Il l'aidera également à comprendre qu'Abdulh « parle » de sa propre histoire en l'agressant ainsi (transfert) et non de la sienne. Grâce à la supervision, Zorha va réussir à trouver un nouveau positionnement face à lui.

Le diplôme d'infirmier donne les connaissances de base pour commencer une pratique professionnelle. Il appartient cependant à l'infirmier de se former à diverses pratiques professionnelles spécifiques relevant de la spécialité choisie. C'est d'autant plus vrai en psychiatrie, où le savoir professionnel est surtout constitué d'un savoir-être soignant. La formation continue (relation d'aide, analyse transactionnelle, médiation thérapeutique, psychodrame, imagerie mentale, gestalt-thérapie, thérapies cognitivo-comportementales, etc.) va aider le soignant à développer de nouvelles compétences, à renforcer son identité professionnelle, son activité s'inscrivant alors dans le cadre du projet global de son unité de soin et en lien avec l'équipe pluridisciplinaire. La formation professionnelle est un moyen de prendre soin de soi en tant que soignant car elle est source de croissance. Elle permet au soignant de se situer dans une dynamique de sens et de trouver un juste positionnement professionnel.

Laetitia est une jeune diplômée. Les patients lui demandent régulièrement des entretiens et elle accepte volontiers. Elle sait ce qu'est la relation d'aide, elle en connaît les principes, mais cela s'embrouille dans sa tête une fois qu'elle est face au patient. Tout va trop vite et elle a tendance à répondre instinctivement. Après certains entretiens, elle se pose des questions. A-t-elle répondu ce qu'il fallait ? Comment aurait-elle dû répondre face à telle ou telle attitude du patient ?... Elle cherche conseil auprès des anciens et ceux-ci lui répondent volontiers, mais à chaque fois elle se retrouve confrontée à de nouvelles situations qui la déroutent. Et puis, quoi faire de ce qu'elle ressent pendant les entretiens ? . . Albert, son chef de service, lui conseille un jour de s'inscrire à la formation de relation d'aide proposée sur l'hôpital. « Là tu pourras expérimenter la relation d'aide dans le concret », lui explique-t-il. C'est exactement ce que souhaite Laetitia qui s'inscrit aussitôt.

Cinq ans plus tard, Laetitia a plus d'assurance dans sa pratique d'entretien. Se former à la relation d'aide sur trois ans l'a beaucoup aidée. Elle a enchaîné ensuite avec une formation sur l'animation de groupe qui lui a permis d'intégrer le pool des infirmiers qui animent le groupe de parole du service. Elle a en projet de se former à la relaxation. Albert l'y encourage, car l'une des infirmières qui animait jusque-là l'activité relaxation du service va bientôt prendre sa retraite.

### Points clés à retenir

- ▶ Des résonances personnelles peuvent surgir chez l'infirmier quand il écoute la souffrance de l'autre.
- ▶ Le fait que des patients psychotiques projettent sans cesse leurs contenus psychiques archaïques sur le soignant peut amener celui-ci à subir une contamination psychique. Pour lutter contre cela, l'infirmier doit se situer dans une dynamique « de liaison », c'est-à-dire faire des liens, travailler en lien, créer des liens (avec ses collègues notamment).
- ▶ Face aux phénomènes de violence psychique non volontaire infligés par les patients, et/ou du fait des résonances personnelles qui peuvent monter chez un soignant, celui-ci peut développer des contre-attitudes préjudiciables au patient.
- ▶ La juste posture professionnelle passe par le fait d'être en capacité de recevoir la souffrance de l'autre tout en étant conscient des résonances personnelles réveillées au

passage, celles-ci n'étant alors pas mises en acte.

► L'analyse de pratique, la supervision et la formation continue sont des outils essentiels pour travailler dans une juste distance, développer des compétences professionnelles et résister au burn out.

### *La démarche de soins*

En psychiatrie, l'infirmier se situe au cœur même de la démarche thérapeutique mise en œuvre pour le patient. En équipe, il participe à l'élaboration de **la démarche de soins**, celle-ci comprenant une analyse de la situation du patient et de sa symptomatologie. Il **recueille les données** (actuelles, passées, familiales, etc.) apportées par le patient, va à la recherche d'informations significatives pour mieux comprendre sa problématique et fait des observations qui vont contribuer à l'élaboration de diagnostics infirmiers concernant le patient. L'ensemble des données et observations recueillies vont permettre l'élaboration d'un projet de soin individualisé.

### *Le projet de soin individualisé*

Le projet de soins d'un patient est élaboré avec lui, en lien avec les autres acteurs du soin (médecins, psychologues, aides-soignants, etc.).

Si la pratique médicale se centre essentiellement sur la maladie elle-même dans le cadre d'une analyse clinique spécifique, l'exercice autonome de la pratique infirmière va, dans une dynamique complémentaire, se centrer principalement **sur les réactions du patient face à sa maladie et à ses difficultés de vie**. Cela va permettre l'élaboration des diagnostics infirmiers à partir desquels l'infirmier va déterminer une conduite à tenir. Le suivi du projet de soin revient à l'infirmier qui est le garant constant **du suivi de la prise en charge et de la cohérence des interventions** opérées par les différents intervenants auprès du patient. Il en fait une synthèse qu'il livre lors des réunions pluridisciplinaires. Ce n'est qu'à ce prix que les actions menées auprès des patients auront du sens. Le projet de soin s'élabore dans une dimension d'élaboration créative avec des tâtonnements, des hypothèses et une analyse permanente en lien avec l'évolution du patient. Le développement du soin passe par des phases de recherche, d'essais et de réajustement. La prise en charge va évoluer en fonction de l'évolution symptomatique du patient. Quelle que soit la problématique rencontrée, l'infirmier va jouer le rôle d'un catalyseur, pour que se créent des liens cohérents et significatifs dans la prise en charge.

### *Le patient, acteur de ses soins*

Dans la mesure du possible, le projet de soin est toujours élaboré en fonction **du besoin exprimé** (implicitement ou explicitement) par le patient, en fonction également des observations médicales, infirmières ainsi que celles des autres acteurs de la prise en charge (psychologue, assistante sociale, infirmiers du CMP, etc.).

S'il est important de toujours rechercher le consentement du patient à ses soins (alliance thérapeutique), il l'est tout autant de l'aider à se situer en tant que **demandeur de soins**. Il n'est pas rare de voir arriver en admission une personne sans demande, n'exprimant que des plaintes et de la souffrance. Il importe alors de lui demander ce qu'elle attend de son hospitalisation.

➡ Monsieur Bernard vient d'être transféré des urgences suite à un état d'ivresse sur la voie publique. Il y a passé 12 heures en observation et étant donné son état d'incurie et de dénutrition, il lui a été proposé d'être transféré en psychiatrie. « Ils m'ont dit qu'ici on allait bien s'occuper de moi », explique-t-il à Myriam, l'infirmière qui l'accueille. Au fil des éléments qu'il livre, il apparaît qu'il n'est pas dans le déni de son alcoolisme : « La vie est dure, alors je bois pour oublier. Je zone avec des copains, on vit pépères dans un squat », explique-t-il avec un sourire désabusé. Myriam lui demande alors : « Qu'attendez-vous de votre hospitalisation, M. Bernard ? ». Celui-ci la regarde alors d'un œil rond, apparemment

surpris par la question. « Ben je sais pas, qu'on s'occupe de moi. », finit-il par répondre. Mais Myriam insiste : « Il y a plein de façons dont nous pourrions nous occuper de vous. Par exemple, nous pourrions vous proposer un sevrage dont les effets secondaires seraient compensés par des médicaments avec ensuite un projet d'hospitalisation en postcure, si vous souhaitez arrêter de boire complètement. Sinon, il est possible que vous restiez ici quelque temps, toujours avec un sevrage, le temps de récupérer des forces, de vous nourrir correctement, d'avoir des soins, j'ai constaté que vous aviez des blessures aux avant-bras. ». M. Bernard n'hésite pas un instant : « Je préfère la deuxième solution. La postcure et tout le tralala ça m'intéresse pas ». L'interne du service arrive alors pour procéder à l'admission de M. Bernard et Myriam demandera alors à celui-ci de confirmer sa demande auprès du médecin. Au fil de l'hospitalisation, Myriam retournera vers M. Bernard, lui offrant des espaces d'écoute, cherchant à établir un lien de confiance avec lui. Celui-ci pourra être le prélude à une prise en charge plus conséquente, à l'occasion d'une éventuelle admission ultérieure.

*Myriam a aidé M. Bernard à exprimer une demande claire. Des soins en conséquence vont pouvoir être organisés ensuite. Si « pour le bien du patient » il avait été décidé pour lui de la meilleure solution pour sa santé (c'est-à-dire le sevrage définitif), M. Bernard n'y aurait pas adhéré, et s'il avait malgré tout suivi le mouvement imposé, il aurait probablement mis le projet de soins élaboré pour lui en échec.*

### **Établir l'alliance thérapeutique**

L'infirmier en psychiatrie situera toujours son action, que celle-ci soit relationnelle ou autre, dans le cadre de l'alliance thérapeutique faite avec le patient. Pour cela, il s'appuiera sur la demande et les besoins du patient, celui-ci s'engageant alors à suivre le protocole thérapeutique élaboré pour lui et avec lui. De son côté, l'infirmier (ainsi que les autres acteurs de sa prise en charge : médecin, psychologue, etc.) s'engagera auprès du patient à effectuer un accompagnement spécifique (entretiens, ateliers de médiation, etc.) dans le cadre de cette demande et des besoins particuliers de la personne. Dans le cas où le patient est placé en psychiatrie sous contrainte (HDT, HO), ou s'il présente un délire important, l'infirmier a alors pour tâche d'aller vers lui afin d'établir un lien, une relation de confiance qui peu à peu mènera à l'alliance thérapeutique.

#### **Points clés à retenir**

- S'il est important de toujours rechercher le consentement du patient à ses soins (alliance thérapeutique), il l'est tout autant de l'aider à se situer en tant que **demandeur de soins** .

## *Le fonctionnement d'équipe*

---

Outre les règles spécifiées dans le décret de compétences qui régit la profession infirmière, les actions de l'infirmier vont se dérouler selon un certain nombre de règles implicites et explicites qui sont le gage d'un travail en sécurité et bonne entente.

**L'infirmier est responsable de son action** . À partir du moment où il la commence, quelle qu'elle soit, il va la mener à bien jusqu'au bout (cela va du lavage des gobelets à médicaments jusqu'aux soins donnés aux patients). Si ce n'est pas possible, il passera le relais à l'un de ses collègues. C'est ce qu'on appelle la continuité des soins.

**L'infirmier travaille dans le respect** de la personne soignée, de ses collègues et des autres partenaires de soins. Ce respect se manifeste en paroles et en actes. Il est vecteur d'une bonne ambiance de travail.

**L'infirmier travaille en permanence en lien** avec ses collègues. Dans une journée de travail, beaucoup de tâches sont menées en parallèle. Cependant, chacun doit savoir en permanence où se trouvent ses collègues et ce qu'ils font. Cela permet deux choses :

- un travail en cohérence, aucune tâche n'étant oubliée ;
- un travail en sécurité (si un collègue tarde à revenir au bureau, on se met à sa recherche afin de vérifier qu'il n'est pas en difficulté).

## ● LE DISPOSITIF DE SOINS

Le travail de l'infirmier va se situer dans un cadre spécifique : le dispositif de soin. Celui-ci correspond à la manière dont sont organisés les soins en vue d'une prise en charge optimale de la personne malade. L'organisation actuelle des soins en psychiatrie est basée sur deux piliers :

- **la sectorisation** qui correspond à la mise en place d'un dispositif sectoriel d'organisation des soins ;
- **la loi du 27 juin 1990** qui organise les modalités d'accueil des patients dans les services de psychiatrie.

Cette organisation se complète avec les nouvelles réformes et lois hospitalières telles que la loi de mars 2002 ou la mise en place de pôles de soins qui regroupent des secteurs.

## *La sectorisation*

---

La sectorisation correspond à une organisation des soins en intra- et extra-hospitalier. Elle vise à maintenir le patient dans son milieu familial, social et professionnel et à éviter sa chronicisation. L'avènement des thérapeutiques neurobiologiques (traitements psychotropes) lui a permis de se déployer, les patients pouvant mieux gérer leurs symptômes grâce à elles. La sectorisation a permis de faire évoluer la psychiatrie d'une politique asilaire vers une prise en charge globale, « hors les murs ». Le dispositif de proximité permet des actions de prévention, de soins ambulatoires, de suivi de réadaptation et de postcure.

### *Le cadre légal*

Deux lois permettent de comprendre la sectorisation.

#### *La circulaire de 1960*

Cette circulaire a scellé les bases de la sectorisation, tant dans sa philosophie que dans son organisation. L'idée est de créer **des dispositifs de proximité offrant des alternatives à l'hospitalisation**. Elle permet d'ouvrir les portes de certaines unités de soins, contribue à augmenter de façon conséquente les effectifs médicaux, paramédicaux et psychosociaux, et entraîne la création du statut d'infirmier de secteur psychiatrique, avec une formation spécifique centrée sur les problématiques psychiatriques, d'une durée de trois ans (cette formation n'existe plus à l'heure actuelle, un diplôme unique sanctionnant les études d'infirmier).

La circulaire définit géographiquement les secteurs sur des zones comportant en principe plus de **70 000 habitants**. C'est l'adresse de la personne qui la relie à son secteur, l'idée étant qu'elle soit toujours **suivie par la même équipe pluridisciplinaire** (médecins, psychologues, infirmiers, aides-soignants, assistants sociaux, ergothérapeutes, secrétaires, etc.). Des exceptions existent cependant pour **des structures intersectorielles** qui peuvent prendre en charge les patients en fonction de spécificités (structures spécifiques pour personnes âgées, adolescents, centres de consultations pour les personnes ayant des conduites addictives, etc.).

#### *L'arrêté de mars 1986*

Il régit la création de structures extra-hospitalières et les définit de manière précise. Les secteurs doivent comporter :

- des centres médico-psychologiques (CMP) avec des antennes à distance ;
- des centres d'accueil permanents ;
- des centres d'accueil à temps partiel ;
- des hospitalisations à domicile ;
- des appartements thérapeutiques ;
- des hôpitaux de jour, de nuit ;
- des centres de postcure ;
- des services de placement familial.

La pédopsychiatrie est également organisée dans un dispositif sectoriel garantissant une cohérence d'action et un accès à tous :

- les CAMSP (centres d'action médico-sociale précoce) ;
- les CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques) ;

- les SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile) ;
- la pédopsychiatrie, l'essentiel du travail étant fait en CMP mais également en hôpitaux de jour, en hospitalisation à domicile et en placements en accueil familial thérapeutiques ;
- la protection de l'enfance avec la protection administrative mise en œuvre par les conseils généraux et leurs services : Aide sociale à l'enfance et Protection maternelle et infantile) et la *protection judiciaire* qui est mise en œuvre par un juge quand un état de danger est constaté.

Le travail en pédopsychiatrie ne peut pas se concevoir en dehors d'un partenariat avec les autres institutions en charge de l'enfance et en particulier de l'Éducation nationale et du Conseil général. C'est d'ailleurs ce dernier qui a la responsabilité de la protection de l'enfance sur un territoire donné. Le milieu associatif est aussi très présent dans le champ de l'enfance.

La sectorisation évolue sans cesse, au gré de la politique des soins, et actuellement, elle doit s'adapter à la mise en place de pôles (regroupement de plusieurs secteurs avec une mutualisation des ressources).

Le rôle infirmier sera différent en fonction de son lieu d'exercice.

Cette loi organise **les modalités d'accueil des patients dans les services de psychiatrie** (et dans les hôpitaux généraux). Elle a été conçue pour éviter tout internement abusif et implique des responsabilités directes pour les médecins et les directeurs d'hôpitaux. La connaissance de cette loi est essentielle pour l'infirmier, car elle guide un certain nombre de ses actes.



### Actions infirmières

#### L'infirmier doit savoir :

- identifier les modalités d'hospitalisation pour les appliquer ;
- expliquer au patient son contexte légal d'hospitalisation ;
- l'informer de ses droits, en regard de ce contexte ;
- gérer les documents administratifs en lien avec la loi ;
- vérifier que les documents nécessaires à la prise en charge légale du patient soient correctement renseignés.

La loi du 27 juin 1990 définit le cadre de trois types d'hospitalisation :

- l'hospitalisation libre ;
- l'hospitalisation à la demande d'un tiers ;
- l'hospitalisation d'office.

### ● *L'hospitalisation libre (HL)*

Les hospitalisations libres constituent 80 % des hospitalisations. Le patient en HL est hospitalisé **avec son consentement** et doit bénéficier de soins **en unité ouverte** (pouvant aller et venir librement). Il participe clairement aux décisions concernant sa santé et **aucun acte médical ni aucun traitement ne pourra être pratiqué sans son consentement libre et éclairé**. Ce consentement pourra être retiré par le patient à tout moment de l'hospitalisation. En cas de désaccord avec le traitement et le médecin, il pourra demander **sa sortie contre avis médical**. Il peut porter plainte ou demander réparation à l'hôpital et a le droit d'accéder à son dossier médical selon les modalités prévues par la loi.

### *Particularités*

#### *Modalités d'isolement d'une personne en HL*

La loi prévoit ceci : « Toutefois, en cas d'urgence il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade pendant quelques heures en attendant :

- soit la résolution de la situation d'urgence ;
- soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte » (Circulaire n° 48 du 19 juillet 1993).

### *Transformation du placement*

En cas d'urgence, l'hospitalisation peut être transformée en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT d'urgence) : « À titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil » (L. 3212 Code de la santé publique).

### *Mineurs et personnes sous tutelle*

En cas de patient sous tutelle ou de patient mineur, le tuteur et les parents seront les interlocuteurs responsables en ce qui concerne l'hospitalisation. Toutefois la loi recommande le fait que « le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision » (L. 111-4 Code de la santé publique CSP).

### *Modalités d'hospitalisation*

À l'admission, la personne sera le plus souvent détentrice **d'une lettre médicale d'accompagnement**. Mais en cas de présentation spontanée dans un établissement, l'admission pourra être prononcée après consultation d'un médecin de l'hôpital. La procédure de sortie définitive est identique à celle de tout hôpital : ordonnance de sortie, rendez-vous éventuel, bulletin de sortie.



#### **Actions infirmières**

**Informé le patient du projet thérapeutique** élaboré pour lui afin d'obtenir l'obtention de son consentement (règle professionnelle des infirmiers R4312 – 32 CSP et article 7 du décret).

**Rendre le patient acteur de ses soins**

**Évaluer le risque en cas de demande de sortie** définitive non programmée. Le cas échéant, mettre un dispositif de sécurité prévu dans les protocoles des hôpitaux (fermer la porte du service à clé pour empêcher la personne de partir, appeler le personnel de sécurité si dangerosité) et prévenir le médecin.

Il est à remarquer que la gravité des troubles d'une personne ne se mesure pas à l'aune de son type de placement : bon nombre de patients schizophrènes sont hospitalisés en HL.

### **L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)**

Lorsque le patient nécessite une hospitalisation et que le recueil de son consentement est impossible, les modalités de l'hospitalisation sous contraintes sont appliquées comme le prévoit la loi.

### *Modalités d'hospitalisation d'une personne en HDT*

« Une personne atteinte de troubles mentaux peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers si :

- ses troubles rendent impossible son consentement ;
- son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

La demande d'admission est présentée :

- soit par un membre de la famille du malade ;

- soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.

**Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule**, elle comporte les nom, prénom, âge et domicile de la personne qui demande l'hospitalisation ainsi que celle dont l'hospitalisation est demandée, et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté. La demande d'admission s'accompagne de **deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours** et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxièmes et troisièmes alinéas sont remplies :

- le premier certificat ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade. Il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit obligatoirement faire mention de l'article de loi concerné (article L. 3212 1 du CSD) ;
- il doit être confirmé par **le certificat d'un deuxième médecin** qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. »

### ***Suivi du patient***

Le médecin qui prend en charge le patient doit établir ensuite :

- un certificat dans les 24 h suivant son admission (certificat de 24 h) ;
- un certificat au 15e jour d'hospitalisation (certificat de quinzaine) ;
- un certificat au bout d'un mois, puis un par mois jusqu'à la levée du placement.

### ***Recours du patient***

Le tiers peut procéder à une requête auprès de l'établissement pour obtenir la sortie du patient. Le patient peut contester le bien-fondé de son hospitalisation auprès du procureur, du tribunal et de la Commission départementale des hospitalisations en psychiatrie (CDHP).

### ***Modalités de sortie***

La personne peut être mise en sortie d'essai (ce qui signifie qu'elle peut être réhospitalisée sans son consentement en cas de rechute sans avoir à refaire une demande de HDT).

La personne peut sortir définitivement après la levée du HDT (cas le plus classique).

La personne, devenue consentante à ses soins et en nécessitant encore, peut poursuivre son hospitalisation en HL sur décision du médecin.

### ***L'hospitalisation d'office (HO)***

La loi prévoit également que les patients présentant des troubles mentaux compromettant l'ordre public ou la sécurité des personnes puissent être placés en hospitalisation d'office. Celle-ci se fait en cas de péril imminent pour la sûreté des personnes. Ce péril doit être attesté par un certificat médical ou par le maire ou (pour Paris) par un commissaire de police.

### ***Sorties***

Un patient placé en HO peut nécessiter d'avoir des soins à l'extérieur de l'hôpital. Dans ces cas-là, il peut bénéficier d'autorisations de sortie après autorisation préfectorale. Il sera toujours accompagné d'au moins deux infirmiers.

### ***Particularités***

Après la levée de l'HO, l'hospitalisation peut se poursuivre en HDT ou en HL, selon les cas.



## Actions infirmières

L'infirmier doit :

- **s'assurer du fait que le patient soit informé** des modalités et circonstances de son hospitalisation pour autant que son état psychique le permette ;
- **vérifier la présence des documents nécessaires** pour l'hospitalisation d'office ;
- posséder les documents adéquats (autorisations préfectorales) pour toute sortie dans l'enceinte de l'hôpital, accompagnement à l'extérieur, sortie d'essai ;
- assurer une surveillance physique et clinique de la personne ;
- éviter la fugue.

Sur prescription médicale, en cas de refus de soins ou d'état de crise, l'infirmier peut obliger la personne à prendre un traitement médicamenteux avec recours à la contention et à la mise en chambre d'isolement si nécessaire.

## Les mesures de protection des patients

Du fait des troubles psychiques dont ils souffrent, il arrive que des personnes deviennent incapables partiellement ou complètement, temporairement ou définitivement, incapables de veiller à leurs intérêts. La législation prévoit des mesures pour les protéger. Ce sont la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle.

### ● La sauvegarde de justice

C'est une mesure qui est indiquée dans les cas où une personne risque de présenter subitement des troubles lui faisant commettre des actes outranciers (achats abusifs). Du fait de la présence de la mesure, ceux-ci pourront être annulés ou réduits. Cette mesure est temporaire et si une protection devait avoir à perdurer du fait de l'état psychique de la personne, une demande de curatelle ou de tutelle devra être faite.

### ● La curatelle

La curatelle est une mesure de protection partielle. La personne est conseillée et contrôlée dans les actes de la vie civile. Elle garde la gestion de ses biens sous contrôle d'un tiers : le curateur (qui peut être un proche désigné ou un mandataire judiciaire désigné par le juge).

Le juge peut également demander un régime de **curatelle renforcée** : le curateur perçoit alors les revenus de la personne protégée, règle les dépenses de celle-ci auprès des tiers, et lui reverse l'excédent.

### ● La tutelle

La tutelle est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts au long cours, grâce à l'aide d'un tuteur qui peut le représenter dans les actes de la vie civile.

La mesure est décidée après établissement d'un certificat médical. L'ouverture d'une mesure de tutelle ne peut être demandée au juge que par les personnes suivantes : la personne à protéger elle-même, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un PACS, un membre de sa famille, la personne en charge de sa protection, d'autres proches entretenant des relations étroites et stables avec elle et enfin le procureur de la République, qui formule cette demande soit d'office, soit à la demande d'un tiers (par exemple : médecin, directeur d'établissement de santé, travailleur social).

### ● Audition et examen de la requête

Le juge auditionne toujours le majeur à protéger, et celui-ci peut se faire accompagner d'un avocat, ou, sur accord du juge, de toute autre personne (infirmier). À l'audience, le juge entend la personne à protéger (si cela est possible), celle qui a fait la demande, et leurs éventuels avocats. Ensuite le juge nomme un tuteur. Celui-ci peut être un proche ou, à défaut un mandataire judiciaire.

Le tuteur est tenu de rendre compte de l'exécution de son mandat à la personne protégée et au juge.



### Actions infirmières

Dans la prise en charge infirmière des incapables majeurs (ou en passe de le devenir), le rôle du soignant sera de deux ordres :

- repérer des troubles du comportement et d'alerter le médecin pour envisager l'opportunité

d'une mesure ;

- si la mesure est prononcée, de coordonner des actions éventuelles avec le représentant de la personne.

# LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

C'est vers le milieu du XX<sup>e</sup> siècle que la psychothérapie institutionnelle est apparue suite au constat que les soins dispensés jusqu'alors aux personnes atteintes de troubles mentaux relevaient plus du gardiennage que du soin. D'une certaine manière, l'élément fondateur de la psychothérapie institutionnelle a été le constat par certains soignants, à l'issue de la guerre, qu'ils se comportaient avec les patients un peu comme les gardiens des camps de concentration. L'idée qui a germé alors a été de se servir du milieu hospitalier comme facteur thérapeutique. Il fallait modifier les structures des établissements psychiatriques. Avec la psychothérapie institutionnelle, « *le patient n'est plus simplement pris en compte, mais aussi le lieu dans lequel il vit. Il s'agit de lui permettre d'être actif, non pas uniquement un objet de soin et il faut le traiter comme un sujet et non un objet.* » (Jean Oury, *L'alliégation*, Gallilée)

Les bases de la psychothérapie institutionnelle reposent sur l'idée que l'hôpital est avant toute chose **un lieu de soins**, que la vie sociale doit y être instaurée, que des activités thérapeutiques doivent développer, et que les patients doivent être stimulés à participer à la vie interne des services. Les relations entre soignants et soignés doivent être modifiées dans le but de leur donner **une valeur thérapeutique**.

Au travers des soins et des activités proposées, l'institution permet donc au patient de trouver :

- un étayage large (sur le corps, sur l'aspect maternant, sur la pensée, sur le groupe) ;
- un espace où vont se jouer les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels, l'institution offrant au patient une multitude de supports transférentiels, du fait du nombre d'intervenants dans la prise en charge. La vie psychique du patient peut s'y déployer, notamment celle du patient psychotique qui du fait de sa structuration psychique ne peut « transférer » sur une seule personne. Par contre il peut opérer ce que l'on appelle un transfert dissocié sur les éléments multiples offerts par l'institution.
- un espace de réalité partagée avec le soignant, à la fois dans une permanence et dans une alternance de présence/absence rassurante.
- des activités de médiation au travers desquelles il peut exprimer ses élans pulsionnels et une part de sa souffrance psychique.
- un espace de travail sur les limites, sur la frustration, de par les règles imposées
- un espace pour gérer sa crise

L'élan de la psychothérapie institutionnelle imprègne encore toujours les établissements de soin actuels.



# SOFIA, 19 ANS, ANOREXIQUE

Sofia Schmit, 19 ans, est admise en service de psychiatrie suite à l'insistance du médecin de famille auprès de ses parents. Elle pèse 42 Kg pour 1,70 m et sa maigreur est importante. Elle s'impose des restrictions alimentaires depuis qu'elle a 14 ans et présente une aménorrhée. Elle prépare une licence de lettres modernes, dans laquelle elle est très investie et ses résultats sont excellents. Elle vit chez ses parents, et elle explique que ceux-ci sont très inquiets et ne pensent qu'à la faire manger. Elle passe son temps à étudier, ou à faire du jogging et de la natation (une à deux heures quotidiennes). À l'admission, Sofia est accompagnée de ses parents qui semblent très inquiets pour elle, ne parlant que des restrictions alimentaires que leur fille s'impose. Elle dit qu'elle se trouve un peu grosse au niveau de l'abdomen et des cuisses, qu'elle ne comprend pas pourquoi on veut qu'elle grossisse, mais qu'elle ne s'opposera pas aux soins. Elle est affable mais se montre détachée, comme absente et a du mal à verbaliser ses émotions. Le médecin pose un diagnostic d'anorexie et prescrit un bilan sanguin.

## 1. Identifier Les Données Significatives

Quelles données relève-t-on ? 	Pourquoi sont-elles significatives ?
Nom de la personne Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans,	Appeler la personne par son nom est important dans l'établissement du contact et de la communication Ces deux éléments constituent des facteurs de risque cohérent avec les données de santé publique
Elle pèse 42 Kg pour un 1,70 m Aménorrhée Elle s'impose des restrictions alimentaires depuis l'âge de 14 ans	Ce sont des données cliniques évoquant un état pathologique spécifique qui va nécessiter une prise en charge infirmière et médicale Situe le contexte d'apparition et de durée
Elle est en licence de lettres modernes, ses résultats sont excellents Elle fait du jogging et de la natation 1 à 2 heures chaque jour	Ce sont des données biographiques spécifiques et évocatrices du diagnostic
Elle se trouve grosse alors que sa maigreur est évidente Elle ne comprend pas les remarques qui lui sont faites par rapport à sa maigreur Elle se montre affable et détachée, et a du mal à verbaliser ses émotions	Ce sont des données psychologiques venant confirmer le tableau clinique
Elle dit qu'elle ne s'opposera pas aux soins	Cela indique le degré de compliance aux soins de la patiente
Les parents sont décrits comme inquiets et centrés sur la problématique de restriction de leur fille	Précisions sur la dynamique relationnelle familiale
Elle est admise en service de psychiatrie	Elle accepte son hospitalisation (HL) et n'est donc pas dans un contexte de contrainte

## 2. Comprendre et Évaluer la Situation

Que faut-il comprendre ? 	Évaluation
Le diagnostic d'anorexie est posé par le médecin. Dans ce trouble des conduites alimentaires, le risque vital est engagé lorsque l'IMC est inférieur à 13, la dénutrition étant très grave, en dessous de 11, le pronostic vital est alors en jeu. L'IMC de Sophia Schmit est à 14,5. Son IMC se trouve donc proche de la limite pouvant mettre sa vie en jeu	L'IMC est préoccupant mais pour l'instant, le risque vital n'est pas engagé
La maigreur de la jeune fille, les restrictions alimentaires qu'elle s'impose et son absence de menstruation constituent ce qu'on appelle la triade symptomatique typique de la	Les symptômes typiques de la maladie

maladie : anorexie, amaigrissement, aménorrhée	anorexique sont présents
Le fait de faire du sport de façon intensive (alors que les apports caloriques ne sont pas en rapport) et de surinvestir la sphère intellectuelle sont également caractéristiques du comportement de la personne anorexique	
La non-reconnaissance de sa maigreur, la perception non réaliste de son corps (dysmorphophobie), le comportement alimentaire de restriction de Sophia Schmit sont typiques de l'anorexie.	Nécessité de mise en place d'un accompagnement thérapeutique spécifique au niveau corporel
Le corps n'est vécu que comme étant quelque chose à maîtriser	
La jeune fille a du mal à verbaliser son ressenti	
Les risques liés à la dénutrition sont : troubles endocriniens, troubles du rythme cardiaque, hypotension artérielle, hypothermie, affaiblissement des défenses immunitaires	L'état somatique de la jeune fille est préoccupant et va nécessiter une prise en charge et une surveillance somatique en parallèle de la prise en charge psychologique (voir synthèse)
La jeune fille dit ne pas s'opposer aux soins mais se situe dans une passivité sans demande réelle. En effet, elle est hospitalisée suite à la demande insistante de son médecin traitant et non sur son initiative personnelle. Elle ne semble pas percevoir que ses conduites la mettent en danger	La mise en place d'une alliance thérapeutique avec la patiente est nécessaire pour favoriser son investissement dans ses soins
L'admission en psychiatrie démontre l'importance de prendre en charge Sofia, car ses conduites peuvent la mettre en danger à court terme.	Le risque vital peut être potentiellement engagé en fonction de la poursuite de son comportement alimentaire
Les professionnels vont travailler avec Sofia qui démontre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• une attention démesurée par rapport à la nourriture</li> <li>• le contrôle de son appétit</li> <li>• un surinvestissement de la sphère intellectuelle</li> <li>• un évitement de toute relation affective réelle</li> <li>• une absence de verbalisation de ses émotions</li> </ul>	Présence d'un comportement centré sur le contrôle des apports alimentaires avec une perturbation de l'image corporelle et des relations interpersonnelles

**Synthèse de l'évaluation** : admission d'une jeune fille présentant un trouble de la conduite alimentaire (anorexie) avec un amaigrissement préoccupant et une aménorrhée. Son IMC est inquiétant et même si le risque vital n'est pas encore en jeu, il peut l'être si elle poursuit ses conduites. Elle ne reconnaît pas la gravité de son état somatique et a une vision déformée de son corps. Ses parents sont très préoccupés par son état et se montrent inquiets.

### 3. Mettre en Œuvre les Actions

Quelles actions met-on en œuvre ? 	Pourquoi ?
Accueillir la personne en manifestant une qualité de présence relationnelle	Il s'agit de tisser des liens relationnels avec Sophia
Obtenir son adhésion à son contrat de soin qui lui est proposé. Le contrat de soin précise : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la présence de la personne au repas</li> <li>• la quantité minimale d'aliments à consommer</li> <li>• la vérification régulière de son poids avec un objectif de poids à atteindre fixé par le médecin (aide à la reprise de poids)</li> </ul>	L'acceptation de ce contrat par la patiente, même de façon détachée, va positionner les mesures de surveillance dans un cadre thérapeutique clair La problématique somatique est au premier plan du fait de la mise en danger occasionnée par la restriction alimentaire que la personne s'impose.
Réaliser le bilan sanguin prescrit par le médecin : NF, ionogramme	Repérer les carences en fer, un déséquilibre hydro-électrolytique, une atteinte hépatique éventuels,

sanguin, bilan hépatique	ceux-ci pouvant être la conséquence de restrictions alimentaires sévères
Mettre en place des soins relationnels spécifiques <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités de médiation centrées sur le corps (soins d'esthétique, relaxation, danse, etc.)</li> <li>• Activités de médiation à visée d'expression personnelle (dessin, peinture, modelage, etc.)</li> <li>• Des entretiens individuels réguliers avec la patiente (infirmiers, personnel médical et médico-infirmiers)</li> </ul>	Afin d'aider la personne à exprimer son conflit psychique, à l'aider à verbaliser ses émotions au travers de ses créations (la verbalisation directe étant difficile) avec une visée de soulagement de l'angoisse sous-jacente, les activités centrées sur le corps l'aidant à vivre et ressentir celui-ci autrement que comme quelque chose à maîtriser. Afin de reprendre avec elle les éléments ayant été abordés dans les accompagnements quotidiens, pour aider à l'expression du vécu de la personne et repositionner le cadre thérapeutique si nécessaire
	Toutes ces actions (mise en place d'un contrat de soin, d'entretiens et d'activités de médiation) ont pour but d'aider la personne à travailler sur les aspects limitants de son symptôme tout en l'aidant à soulager sa souffrance sous-jacente
Proposition d'entretiens familiaux, si la patiente et sa famille sont d'accord	Pour aider la famille à travailler sur la relation intrafamiliale
Faire des bilans biologiques réguliers (prescrits par le médecin)	Surveillance de l'évolution de l'amélioration des constantes sanguines
Restreindre les visites, les sorties et permissions	Afin de permettre une prise de distance entre Sophia et ses parents, aidant la patiente à s'extraire d'une dynamique relationnelle problématique (inquiétude, anxiété forte)

#### 4. Noter et Analyser les Résultats Obtenus

Résultats 	Évaluation des résultats de la prise en charge
Sophia Schmit mange une quantité minimale dans le cadre de son contrat de poids	Reprise de poids régulière avec augmentation de l'IMC
Elle participe à des entretiens et des activités médiatisées	Elle a exprimé un vécu intérieur soit par verbalisation, soit au travers de ses créations
Acceptation de la famille de participer à un travail autour de la relation familiale	Participation régulière à des entretiens familiaux
<b>À noter :</b> l'anorexie peut être un symptôme (par exemple une personne dépressive peut avoir un symptôme anorexique) et une pathologie caractérisée par des signes cliniques spécifiques.	

## **COMPRENDRE**

Chaque modèle de soin propose un type d'orientation thérapeutique et l'infirmier travaillant en psychiatrie en tire des éléments qu'il intègre dans la prise en charge au quotidien des patients.



# VÉRIFIER SES CONNAISSANCES

## 1. QROC (Questions à réponses ouvertes courtes)

1. Quelles sont les orientations thérapeutiques proposées par les différents modèles de soin ?
2. Quels sont les différents types d'étayage qui peuvent être proposés à la personne au travers des différents soins ?
3. Quelles sont les différentes fonctions du soin en psychiatrie ?
4. Quels documents doivent être présents pour justifier de l'admission d'une personne en HDT ?

### Corrigés

1.
  - **Selon le modèle analytique**, la thérapie doit permettre de mettre en lumière des éléments inconscients, ceci afin d'obtenir un remaniement psychique profond.
  - **Pour le modèle humaniste**, représenté essentiellement par l'approche centrée sur la personne, l'objectif thérapeutique est d'aider la personne à s'accepter telle qu'elle est et à réapprendre à vivre en harmonie avec elle-même.
  - **Pour le modèle cognitif**, la thérapie vise à soulager la personne de sa souffrance en l'aidant à modifier ses processus de pensées – les schémas cognitifs – basés sur des illusions et des idées fausses sur elle-même et sur le monde qui l'entoure.
  - **Pour le modèle comportemental**, il s'agit d'aider la personne à remplacer un comportement coûteux en énergie ou dangereux par un autre comportement plus efficace par le moyen de l'apprentissage.
  - **Le modèle systémique** propose de modifier le fonctionnement global du système familial dans lequel vit le sujet malade.
  - **Le modèle neurobiologique** propose quant à lui des traitements médicamenteux visant à modifier certains processus biochimiques et physiologiques du système nerveux central. Ces substances induisent chez la personne des modifications de la perception, de la conscience, de l'humeur, du comportement, etc.
2.
  - **L'étayage sur le corps** se manifeste au travers des soins se centrant sur le corps du patient : soins de nursing, relaxation, traitement médicamenteux, isolement thérapeutique, contention, etc.
  - **L'étayage sur le Moi** correspond au fait que certains des soins dispensés à une personne (aide aux soins corporels, à l'habillage, etc) rappellent les gestes maternels. Ces soins ont une dimension d'accompagnement en régression.
  - **L'étayage sur la pensée**, se manifeste au travers d'entretiens permettant d'aider la personne à intégrer dans sa psyché des expériences douloureuses non objectivées, c'est-à-dire à les mettre en mots.
  - **L'étayage sur le groupe** se manifeste par un « appui » de la personne sur le groupe des patients parmi lesquels elle trouve une place, une reconnaissance. La participation à

des activités de groupe favorise cet étayage.

3

– **La fonction d'étayage** (de support) alternatif vise à compenser la perte d'étayage interne du patient. L'étayage sur le corps comprend toutes les actions d'aide à la toilette, à l'habillage, mais également l'apprentissage de la relaxation, etc.

– **La fonction maternante**, est en lien avec la fonction d'étayage sur le corps. Elle s'exprime au travers de soins rappelant les soins premiers reçus par l'enfant (aide à la toilette, massages de détente, soins somatiques, etc). Le patient va profiter de cet espace pour entrer dans un état régressif au cours duquel il va tenter de réparer, colmater ses failles premières, du moins en partie.

– **La fonction de contenance psychique** est assurée par le soignant qui reçoit les contenus psychiques indifférenciés du patient et les reformule afin d'aider la patient à se les approprier. Cette fonction aide le patient à constituer un espace psychique propre à contenir et traiter sa vie émotionnelle autrement que par la fabrication de symptômes.

– Par **la fonction de pare-excitation**, l'infirmier établit un filtre protecteur entre le patient et ses pulsions. Il pose un cadre comportemental sécurisant qui lui apporte une structure.

– **La fonction éducative-directive** est une fonction très importante dans le rôle soignant. Au travers de certaines de ses actions, l'infirmier va avoir un rôle éducatif auprès du patient. En guidant ses actions et en les soutenant, en posant certaines limites comportementales, l'infirmier va aider la patient à intégrer des comportements lui permettant de mieux assumer sa vie. Une certaine directivité pourra alors être utilisée, celle-ci étant toujours dosée en fonction de l'état psychique de la personne.

– **La fonction de sollicitation** constitue un appel au lien et vise à remettre en route la relation à l'autre interrompue.

– **La fonction transférentielle** permet aux patients de projeter sur les soignants (et les autres partenaires du soin) son monde intérieur et ses conflits non résolus. L'attitude juste du soignant pourra contribuer à aider patient à dépasser ses conflits psychiques.

– **La fonction personnalisante** se manifeste par une attitude d'humanité profonde du soignant envers le patient, celle-ci renforçant alors son sentiment d'exister.

4

– **1 demande d'admission manuscrite signée (la demande d'un tiers)** soit par membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil. Cette demande comporte les nom, prénom, âge et domicile de la personne qui demande l'hospitalisation ainsi que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté. La demande d'admission s'accompagne de :

– **deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours** et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxièmes et troisièmes alinéas sont remplies. Le premier certificat ne peut être établi **que par un médecin n'exerçant pas dans**

**l'établissement** accueillant le malade. Il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit obligatoirement faire mention de l'article de loi concerné (article L3212 1 du Code de Santé Publique). Le second certificat confirmant le premier **peut être établi par un médecin pouvant exercer dans l'établissement accueillant la personne malade** .

## 8. Impact des maladies psychiques en santé publique

## COMPRENDRE

Selon l'OMS, les troubles mentaux représentent le principal handicap du 21<sup>e</sup> siècle. Ils dépassent les problèmes cardiovasculaires qui jusque-là étaient en tête et qui sont en voie de régression du fait des mesures de prévention et des avancées de la recherche. Les pathologies psychiques constituent donc un enjeu majeur de santé publique, les problèmes de santé mentale devenant un véritable problème sociétal actuel.

# DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

L'épidémiologie correspond à l'étude de la fréquence des maladies, leur répartition dans la société, les facteurs de risques et les décès liés à la maladie. Les données épidémiologiques servent de fondement aux logiques d'intervention en santé publique et en médecine préventive.

**Tableau 8.1.** Données épidémiologiques des principales pathologies mentales.

Pathologies mentales	% de la population	Sex-ratio	Éléments spécifiques
<b>Trouble anxieux généralisé</b> (névrose d'angoisse)	5 à 10 %	2 femmes pour 1 homme	Apparaît généralement à l'adolescence
<b>Trouble panique</b> (attaque de panique)	1 à 2 %	3 femmes pour 2 hommes	Apparaît chez l'adulte jeune (25/35 ans)
<b>Trouble phobique</b> (névrose phobique)	1 à 2 % pour l'agoraphobie 8 à 10 % pour la phobie sociale 10 à 15 % pour les phobies spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes dans 2/3 des cas</li> <li>+ fréquente chez les hommes</li> <li>égal pour les 2 sexes</li> </ul>	Fréquents chez les sujets jeunes
<b>Trouble obsessionnel compulsif</b> (névrose obsessionnelle)	Environ 2 %	Plus fréquent chez les hommes	Apparaît progressivement et s'épanouit le plus souvent chez l'adulte jeune (40 % avant 20 ans)
<b>Personnalité histrionique</b> (névrose hystérique)	2 à 3 %	Plus fréquente chez la femme que chez l'homme	
<b>État de stress post traumatique</b> (névrose traumatique)	Environ 1 %	Les femmes y sont plus sujettes que les hommes	
<b>Schizophrénie</b>	1%		Apparition à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte dans 75 % des cas
<b>Personnalité paranoïaque</b> (psychose paranoïaque)	De 0,5 à 2,5 % 12 % des états délirants	Plus fréquent chez l'homme que chez la femme	
<b>État psychotique aigu</b> (bouffée délirante aiguë)	Personne jeune entre 20 et 35 ans		Survient le plus souvent entre 18 et 35 ans
<b>Trouble psychotique bref avec début lors du postpartum</b> (psychose puerpérale)	1,5 pour 1000 naissances	Femmes exclusivement	Apparaît au cours des premières semaines suivant l'accouchement (d'une primipare de plus de 35 ans le plus souvent)
<b>Personnalité borderline</b> (État limite)	2%	Plus fréquent chez la femme que l'homme	Représente 20 % des hospitalisations en psychiatrie Risque suicidaire important
<b>Épisode</b>			<b>Pathologie psychiatrique la plus fréquente.</b> Incidence sur la vie entière pour 15 % des personnes. 50 % de récurrence dans les deux ans qui suivent le premier épisode dépressif. 75 % de

<b>dépressif majeur</b>	5%		rechutes à + ou – long terme. <b>30 % des décès par suicide sont secondaires à un trouble dépressif</b> <b>15 % des personnes déprimées décèdent par suicide</b>
<b>Trouble bipolaire</b> (psychose maniaco-dépressive)	1 à 2 %	2 femmes pour 1 homme	Commence souvent chez l'adulte jeune Il semble qu'il y ait un caractère héréditaire important <b>Risque de décès par suicide important (10 à 15 % des personnes atteintes)</b> quand il n'y a pas de traitement.
<b>Addictions</b>	– Il y aurait entre 150 000 et 350 000 personnes toxicomanes en France – 18% des 18/75 ans consomment tous les jours de l'alcool et 10 % ont une pathologie alcoolique		Difficulté d'établir des chiffres précis pour la toxicomanie du fait du caractère illicite de la consommation de drogue. <b>L'alcool est responsable de + de 37 000 décès par an</b> (3 <sup>ème</sup> place) et 40 % des accidents de la voie publique sont dus à l'alcool.
<b>Troubles alimentaires</b>	Anorexie : 0,5 % chez les 12/20 ans Boulimie : 2 à 5 % chez les 12/20 ans	L'anorexie touche principalement les jeunes filles. On observe de + en + de problèmes de boulimie chez les garçons	<b>18 % des personnes anorexiques décèdent suite à des problèmes de nutrition ou par suicide.</b>

Les troubles dépressifs, qui constituent la quatrième cause mondiale de maladie et d'incapacité, devraient occuper la deuxième place d'ici 2020. 58 000 citoyens de l'Union Européenne se suicident chaque année (chiffre supérieur aux accidents de la route et aux décès par Sida). Par ailleurs, 580 000 personnes commettent des tentatives de suicide (par an). 40 % des personnes emprisonnées souffrent de troubles mentaux avec 7 fois plus de risques de suicide que pour le reste de la population.

Dans la région européenne définie par l'OMS :

- en une décennie, l'espérance de vie a baissé de 10 ans dans certains états membres ce qui est dû en grande partie au stress et aux problèmes de santé mentale ;
- les problèmes de santé mentale représentent 30 % des consultations de généralistes ;
- la dépression est la maladie la plus fréquente chez les adolescents (8 % des filles et 2 % des garçons) avec une recrudescence des suicides, de la toxicomanie et des troubles du comportement ;
- 33,4 millions de personnes souffrent de dépression majeure et environ 47 % de celles-ci ne sont pas soignées ;
- le pourcentage estimé de personnes atteintes de schizophrénie qui ne sont pas soignées est situé entre 36 à 45 % ;
- 10 % des enfants et des adolescents souffrent de troubles mentaux graves et ont besoin de soins. Même dans des pays où les services sont bien développés, les trois-quarts d'entre eux ne sont pas soignés ;
- l'alcoolisme représente une problématique majeure avec 41 millions d'adultes alcoolodépendants.

## **IMPACT DES TROUBLES MENTAUX**

Les troubles mentaux ont d'importantes répercussions sur les individus, leur famille et la communauté.

## *Impact sur l'individu*

---

L'individu souffre non seulement des symptômes inquiétants de sa maladie, mais aussi de ne pas pouvoir participer à des activités professionnelles, sociales ou récréatives, souvent du fait d'une discrimination à son égard. Il est inquiet de ne plus pouvoir assumer ses responsabilités envers sa famille et ses amis, se sent inutile et craint d'être un poids pour les autres. La personne souffrant de troubles mentaux a donc une perte globale de qualité de vie. La maladie a des répercussions sur ses relations familiales, sociales et professionnelles ainsi que sur ses capacités productives. La paupérisation (appauvrissement) est élevée et l'isolement social est une des conséquences majeure des troubles mentaux.

Il est à noter que cette discrimination existe dans l'Europe entière où une stigmatisation et une exclusion sociale sont constatées à des degrés divers et cela à l'égard de différents groupes de personnes atteintes de problèmes de santé mentale dans les différents pays.

## *Impact sur la famille*

---

Il est estimé que, dans une famille sur quatre, une personne au moins est atteinte d'un trouble mental ou du comportement. Non seulement les familles touchées se voient obligées d'apporter une aide matérielle et un soutien affectif au malade, mais elles subissent de l'ostracisme et de la discrimination. La charge que représente pour la famille la maladie mentale d'un de ses membres n'a pas encore été convenablement évaluée, mais les faits démontrent qu'elle est certainement très importante. Aux difficultés financières s'ajoutent la charge émotionnelle de la maladie, le stress dû au comportement perturbé du malade (notamment pour des troubles tels que la schizophrénie ou les troubles bipolaires), le dérèglement de la vie de famille au quotidien et les entraves à la vie sociale (OMS, 1997). Bref, il existe une perte importante de la qualité de vie. Dans certains pays de l'Union Européenne, les frais thérapeutiques sont souvent à la charge des proches, faute d'assurance ou lorsque celle-ci ne couvre pas les troubles mentaux. Il y a donc un risque de paupérisation de la famille.

Par ailleurs, certaines études ont démontré qu'il y avait chez les proches des personnes souffrant de de développement de troubles anxiodépressifs.

## *Conséquences pour la communauté*

---

### *Les conséquences économiques*

Le coût des soins en santé mentale est extrêmement élevé. Un rapport effectué par la Fondation FondaMental met en évidence qu'en France, pour l'année 2007, la santé mentale a coûté à l'État **107 milliards d'euros**, ce qui représente un tiers du budget de l'État.

- Coût direct : 20 milliards d'euros (frais liés aux soins et à la prise en charge médico-sociale).
- Coût indirect : **87 milliards d'euros** (arrêts maladies, frais liés à la perte de qualité de vie).

En ce qui concerne l'Union Européenne, il- a été établi que le coût de la santé est également considérable : il représente, suivant les pays, entre **3 et 4 % du PIB**.

Dans certains états européens, jusqu'à 85 % des crédits de santé sont mobilisés pour l'entretien d'établissement de santé de grande taille.

### *Les conséquences socio-professionnelles*

La personne souffrant de troubles mentaux est donc bien souvent rendue incapable du fait de ses troubles d'occuper sa place dans la société (travail, rôle social) et la société a tendance à considérer qu'elle représente une charge. La personne connaît une perte partielle ou totale de sa capacité de productivité.

### *Les conséquences d'ordre juridique*

Certaines personnes souffrant de troubles mentaux peuvent être amenées à commettre des actes médico-légaux (agressions, meurtres). De nombreuses mesures de protection des personnes et de leurs biens sont gérées chaque année par les tribunaux.

# PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX

En matière de prévention, des études mettent en évidence :

- l'importance de l'identification précoce des troubles, avec mise en place d'un traitement adéquat ;
- l'importance de mesures permettant la réduction des facteurs ou conditions de vie qui fragilisent les personnes : pauvreté, précarisation, surcharge de travail, logement insalubre, etc. ;
- l'importance d'adopter des stratégies ciblées : soutien aux personnes ayant perdu leur emploi, aux nouveaux émigrants, aux jeunes en difficulté à l'école, etc.

Des campagnes d'information sont faites régulièrement par le gouvernement (spots télévisés et radiophoniques) afin d'expliquer au public les signes de la dépression, ce trouble n'étant pas forcément repéré par les personnes qui en souffrent. Cela est d'autant plus important que la dépression est l'un des troubles les plus fréquents et qu'il existe un risque suicidaire important pour les personnes concernées.

Une conférence européenne ministérielle de l'OMS (Helsinki 2005) a établi un plan d'action pour la santé mentale en Europe. Il comporte des résolutions sur :

- la promotion de la santé mentale ;
- la prévention des troubles psychiatriques ;
- le développement des soins en santé mentale.

## Bibliographie

- André, P.; Bénavidès, T.; Giromini, F., Corps et psychiatrie. *Heures de France*. ( 2004) .
- Arseneault, L.; Cannon, M.; Witton, J.; Murray, R.M., Causal association between cannabis and psychosis, *Br J Psychiatry* **184** (2004) 110; 7.
- Bion, W., *Aux sources de l'expérience*. ( 1962)PUF; éd.
- Brown, A.S.; Begg, M.D.; Gravenstein, S., Serologic evidence of prenatal influenza in etiology of schizophrenia, *Arch Gen Psychiatry* **61** (2004) 774; 80.
- Cahiers Preaut Penta, *Psychanalyse et neurosciences face à la clinique de l'autisme et du bébé*, L'Harmattan.
- Cannon, M.; Jones, P.B.; Murray, R.M., Obstetrical complications and schizophrenia : Historical and meta-analytic review, *Am J Psychiatry* **159** (2002) 1080; 92.
- Cottraux, J.; Blackburn, I.M., *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. ( 2006)Masson.
- Cottraux, J., *Les Thérapies cognitives*. ( 1992)Retz, Paris.
- Cottraux, J., *Les Thérapies comportementales et cognitives*. ( 2002)Masson, Paris.
- Cottraux, J., *La répétition des scénarios de vie*. ( 2003)Editions Odile Jacob.
- Debray, Q.; Granger, B.; Azaïs, F., *Psychopathologie de l'adulte*. ( 1998)Masson.
- DSM IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. ( 2003)Masson.
- Freud, S., *Abrégé de psychanalyse*. ( 1992)PUF, Paris.
- Guelfi, J.-D.; Rouillon, F., *Manuel de psychiatrie*. ( 2007)Masson.
- Inserm, *Psychothérapie. Trois approches évaluées, collection « Expertise collective »*. ( 2004) .
- Langenfeld, S., *Les contes au cœur de la thérapie infirmière*. ( 2007)Masson.
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B., *Vocabulaire de la psychanalyse*. ( 2004)PUF, Paris.
- Maisondieu, J.; Métayer, L., *Les Thérapies familiales*. ( 1986)PUF, Paris.
- Maisonneuve, J., *La Dynamique des groupes*. ( 1968)PUFF, Paris; coll. « Que Sais-Je ? ».
- Merkling, J., *Le métier d'infirmier en santé mentale, savoir et pratiques*. ( 2007)éditions Seli Arslan.
- Miermont, J., *Psychothérapies contemporaines*. ( 2000)L'Harmattan.
- Mirabel-Sarron, C.; Vera, L., *L'Entretien en thérapie comportementale et cognitive*. ( 1995)Dunod, Paris.
- Nasio (dir.), J.D., *Introduction aux œuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. ( 1994)Rivages, Paris; coll. « Psychanalyse ».
- Perlemuter, L.G., *Guide de thérapie*. ( 2009)Masson.
- Rogers, C., *La Relation d'aide et la psychothérapie*. ( 2002)ESF, Paris.
- Roussillon, R.; Chabert, C.; Ciccione, A.; Ferrant, A.; Georgieff, N.; Roman, P., *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. ( 2007)Masson.
- Winnicott, D.W., *Jeu et réalité*. ( 1993)Gallimard, Paris.
-