

Processus psychopathologiques

Chapitre 1 : Introduction

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.

Au début les troubles mentaux étaient associés à la magie et à la religion.

Moyen âge les troubles mentaux étaient considérés comme des souillures résultant d'une conduite pécheresse ou comme une manifestation d'une possession démoniaque -> exorcisme / bucher

XVII^e siècle : premiers asiles. C'était de la charité, pas de soins médicaux.

XVIII^e siècle : sous l'influence de NECKER. Notion de soins apparaît dans les asiles. Naissance de la psychiatrie.

XIX^e siècle : naissance de la psychiatrie moderne.

Le fou accède à un statut de sujet

Courant de l'organogénèse (= causes des maladies mentales dans des lésions cérébrales) mais échec de cette théorie.

Puis FREUD invente la psychanalyse.

1920 : modèle comportemental de PAVLOV : il est possible de transformer un comportement pathologique au moyen d'exercices de déconditionnement.

1940 : courant humaniste : approche centrée sur la personne (Carl ROGERS)

1960 : en opposition aux organicistes : mouvement de l'antipsychiatrie.

Depuis 30 ans : modèle cognitif : les comportements seraient acquis selon des habitudes de pensée qu'il serait possible de transformer grâce à un processus de reconstruction cognitive.

I. Définition

Psychopathologies = maladies du psychisme = altération des processus conscients chez un individu

Angoisse = malaise interne indéfinissable et sans objet apparent. Angoisse se manifeste face à un objet interne -> conflit interne.

Manifestations somatiques : sensation d'étouffement, nœud dans l'estomac, palpitations, sueurs

Souffrance = travail d'assimilation interne des difficultés de vie auxquelles une personne se trouve confrontée.

Angoisse et souffrance font partie de l'existence -> limite entre normal et pathologique difficile à situer.

Pathologique quand angoisse et souffrance occasionnent chez l'individu des troubles du comportement et de la communication -> perturbation des sphères de la vie affective, sociale et professionnelle.

II. Facteurs favorisants

1. Facteurs précipitants

= Éléments susceptibles de provoquer un état pathologique.

- Facteurs environnementaux : carence de stimulation - insuffisance d'étayage (support psychique et physique apporté par la mère au nourrisson) - maltraitance - événements de vie stressants - survenue d'événements traumatiques intenses
- Facteurs psychosociaux : isolement social - exclusion professionnelle - bas niveau économique
- Facteurs culturels : vivre dans une culture différente de la sienne
- Facteurs toxiques : absorption de substances psycho actives

2. Facteurs prédisposants

= Éléments qui prédisposent la personne à être concernée par le processus.

- Facteurs génétiques : qui ne sont pas spécifiques à une maladie donnée
- Facteurs neurobiologiques :
- Facteurs dégénératifs
- Facteurs infectieux : corrélation entre maladie attrapée par la mère durant la grossesse et apparition de la schizophrénie.
- Facteurs obstétricaux : liens entre complications obstétricales et schizophrénie

III. Mécanismes psychopathologiques

- Modèle analytique : origine comportementale des troubles psychiques. C'est dans son histoire précoce que l'individu structure sa personnalité.

- Modèle humaniste : proviennent de l'environnement et des relations sociales. Si l'environnement ne répond pas de manière adéquate aux besoins fondamentaux de l'enfant = troubles psy

- Modèle cognitiviste : ce sont les schémas de pensée qui vont conditionner les modalités d'adaptation d'une personne au monde qui l'entoure. Troubles psychiatriques quand il y a une trop grande distorsion entre schémas de pensée de la personne et la réalité.

- **Modèle comportemental** : les comportements de l'homme, à force de se répéter deviennent des réflexes conditionnés qui surgissent automatiquement au décours des situations de la vie. La pathologie apparaît quand les comportements sont en inadéquation avec les situations vécues.

- **Modèle systémique** : ce qui est au centre ce n'est pas l'individu mais le contexte. Une pathologie émergeant chez l'un des membres de la famille est considérée comme étant simple révélatrice d'un système relationnel dysfonctionnel.

- **Modèle neurobiologique** : pathologies ont une origine organique.

IV. Conséquences psychopathologiques

Il existe 3 grandes structures de personnalités :

1. Structure névrotique

Caractéristiques : - MOI structuré
- conscience de ses troubles
- symptômes compréhensibles par rapport à l'histoire de vie.

2. Structure psychotique

Caractéristiques : - MOI pas correctement structuré, conscience d'elle-même altérée
- pas conscience de ses troubles
- survenue des symptômes non compréhensibles
- présence d'un délire (formulé ou non)
- parfois hallucinations

a. Etats psychotiques aigus

Durée inférieure à 6 mois + début brutal

Peut se manifester de façon unique dans l'histoire du patient ou peut constituer un mode d'entrée en psychose

b. Etats psychotiques chroniques

Durée d'évolution sur plusieurs années

3. Organisation limite

Structure de personnalité qui oscille entre psychose et névrose.

V. Signes cliniques

En psychologie les symptômes sont toujours à interroger en fonction de l'histoire de l'individu et du contexte de survenue.

Ils peuvent être classés en différentes catégories :

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

VI. Diagnostics

Classification des troubles psychiques : DSM IV (a fait son apparition milieu XXIème siècle)

Les pathologies sont classées en fonction des symptômes et non en fonction des causes.

Les pathologies relevant de la structure névrotique

- névrose d'anxiété = trouble anxieux généralisé
- névrose obsessionnelle = troubles obsessionnels compulsifs
- névrose phobique = trouble phobique
- névrose hystérique = trouble de conversion
- névrose traumatique = état de stress post-traumatique

Pathologies relevant de la structure psychotique

- schizophrénie
- paranoïa
- psychose hallucinatoire chronique
- paraprénie

Certaines pathologies peuvent suivant les cas appartenir à l'une ou à l'autre des structures de la personnalité :

- troubles de l'humeur
- troubles des conduites alimentaires
- psychopathie (personnalité antisociale)

VII. Axes thérapeutiques

Chaque modèle de soin propose une thérapeutique.

- Modèle analytique : mettre en lumière les éléments inconscients
- Modèle humaniste : aider la personne à s'accepter telle qu'elle est et réapprendre à vivre en harmonie avec elle-même
- Modèle cognitif : modifier les processus de pensée
- Modèle comportemental : remplacer un comportement coûteux en énergie ou dangereux par un autre comportement plus efficace.
- Modèle systémique : modifier le fonctionnement global familial
- Modèle neurobiologique : traitements médicamenteux

1. Prise en charge relationnelle

Savoir être des soignants = un des principaux moyens thérapeutiques

Fonctions des soins relationnels

- fonction d'étayage
- fonction maternante
- fonction de contenance psychique
- fonction de pare-excitatin : soignant est un filtre protecteur entre le patient et ses pulsions
- fonction éducative et directive :
- fonction de sollicitation
- fonction transférentielle : permet au patient de projeter sur le soignant son monde intérieur et ses conflits non résolus
- fonction personnalisante : renforce le sentiment d'exister

2. Conséquences d'accueil de la souffrance de l'autre

Répercussions sur l'infirmier.

Phénomène de résonance : des zones de souffrance personnelles peuvent être réactivées

Contamination psychique

Ces phénomènes peuvent engendrer des contre-attitudes soignantes (dérision, déni...)

Il ya également le burn out

3. Juste posture professionnelle

Juste distance

Doit être capable de recevoir la souffrance d'autrui tout en percevant les résonnances personnelles qui peuvent se lever en lui

Apprendre à identifier les contre-attitudes
Analyse de pratique régulière

Chapitre 2 : Facteurs favorisant l'apparition des troubles psychopathologiques

I. Facteurs précipitants

1. Facteurs environnementaux

a. Facteurs environnementaux précoces

Le nourrisson dépend complètement de son environnement.

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

- physiologique
- affectif
- cognitif (accompagner et encourager dans la découverte de son corps et de son environnement)

-> Quand ces réponses ne sont pas présentes de façon continue cela peut entraîner des troubles

❖ Insuffisance de stimulation

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 basé sur la confiance.

❖ Insuffisance ou discontinuité d'étayage

❖ Maltraitance

Séviçes ou négligence

Maltraitance physique, psychologique, sexuelle, négligences graves, syndrome de Münchhausen par procuration (attitude pathologique de la mère qui provoque volontairement un problème somatique chez l'enfant pour consulter et être considérée comme une mère dévouée)

❖ Répétition des messages péjoratifs

C'est au cours de sa croissance que l'enfant acquiert sa vision du monde et ses habitudes de penser

b. Facteurs environnementaux de survenue tardive

❖ Survenue d'évènements de vie stressants

Stress = syndrome général d'adaptation de l'organisme aux agressions qu'il subit de l'extérieur. A la base il n'est pas pathologique mais s'il est trop important les ressources de l'organisme vont s'épuiser et il devient alors pathologique.

❖ Exposition au stress de façon durable

❖ Survenue d'évènements traumatiques intenses

Mais l'enfant vient au monde avec une capacité innée à résister au stress et ne nécessite en fait qu'un environnement « suffisamment bon » (Winnicott) pour se développer harmonieusement.

2. Les facteurs psychosociaux

La société exerce une pression sur l'individu : obligation de travailler, modèle social dominant qui consiste à vivre dans le plus grand confort.

Parfois cette pression est trop forte, elle devient souffrance, l'individu devient asocial ou déviant.

Mais si la contrainte est source de souffrance et que l'individu reste sous l'emprise de la société -> cristallisation de la souffrance, évolution vers une pathologie.

❖ Isolement social

Peut favoriser l'apparition de troubles psychiques

❖ Exclusion professionnelle

La perte d'un statut social peut entamer grandement l'estime de soi surtout lorsque ce statut était constitutif de son identité.

❖ Bas niveau socio-économique

Car peut entraîner des conditions de vie défavorables pour un enfant

❖ Le milieu de vie urbain

3. Facteurs culturels

Culture = héritage social transmis dont le but est d'adapter l'individu à la société. Elle façonne les individus. C'est un mode d'appréhension du monde.

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.

4. Facteurs toxiques

❖ Troubles psychiatriques liés à l'absorption de substances psychoactives

Cannabis, amphétamine, cocaïne...

Il semble que ces substances toxiques précipitent l'entrée dans une pathologie préexistante.

❖ Troubles psychiatriques liés à d'autres toxiques

Différents métaux peuvent provoquer des troubles d'ordre psychiatrique (arsenic, mercure, phosphore, chlore)

II. Facteurs prédisposant

1. Facteurs génétiques
2. Facteurs neurobiologiques
3. Facteurs dégénératifs
4. Facteurs infectieux
5. Facteurs obstétricaux

Chapitre 3 : Mécanismes psychopathologiques

I. Selon le modèle psychanalytique

1. Du normal au pathologique

C'est dans son histoire précoce que l'individu va structurer sa personnalité et sa capacité à gérer les tensions internes.

Fonctionnement psychique normal :

Inconscient = espace psychique non accessible à la conscience dans lequel cohabitent des éléments pulsionnels et les désirs refoulés

Préconscient = espace de stockage des éléments non conscients mais accessibles à la mémoire volontairement (souvenirs)

Conscient = espace des événements internes traités par la conscience dans l'immédiat

Ça = principe de plaisir

Surmoi = force structurante qui limite le sujet dans la satisfaction de ses besoins

Moi = instance qui assure la cohérence et l'adaptation du sujet à son environnement.

Régit par le principe de réalité.

✓ Démarche dynamique :

Basée sur l'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.

Le psychisme doit trouver des issues pour libérer cette énergie qu'il va faire en utilisant :

- mécanismes de défense
- son corps (motricité)
- la pensée (mise en sens des éléments pulsionnels)

- ✓ Démarche économique

Relève des échanges en ça, MOI et Surmoi.

- ✓ Dimension unifiante et personnalisante des premiers soins

Winnicott :

Holding = manière dont la mère porte le bébé. Il doit se sentir soutenu, maintenu, contenu. C'est cette contenance qui lui permet de se sentir unifié, sécurisé.

Handling = rythmicité dans une alternance de présence / absence bien tempérée ainsi qu'à l'adéquation des soins apportés au bébé dans leur continuité. Il a une fonction personnalisante.

- ✓ Construction de la capacité de penser

La structuration psychique de l'enfant est tributaire de 2 processus fondamentaux :

- développement de la perception de l'altérité
- acquisition d'un appareil à penser ses pensées

- ✓ Processus d'élaboration du schéma corporel

Schéma corporel = image de son corps telle que la perçoit un sujet.

Il s'est élaboré en s'appuyant sur le stade du miroir (enfant commence à se percevoir comme unifié)

- ✓ Introduction du tiers

Au moment de l'oedipe

2. Développement psychopathologique

Le pathologique intervient lorsque la souffrance ne permet plus au sujet de s'investir de façon satisfaisante dans sa vie sociale, affective et / ou professionnelle. Cette souffrance excessive se manifeste par des symptômes.

Chaque état pathologique est caractérisé par :

- manifestation symptomatique
- structure de personnalité

a. Aux origines de la névrose

Organisations pathologiques dont les symptômes est l'expression symbolique d'un conflit trouvant ses origines dans l'histoire du sujet.

- Echec du refoulement

Le refoulement n'est plus suffisamment opérant ; pour faire face au retour du refoulé la personne va se rigidifier sur ses défenses et développer toute une série de symptômes qui bien que la protégeant dans une certaine mesure de ses angoisses, vont invalider sa vie.

- Expériences de vie insuffisamment subjectivées

b. Aux origines de la psychose

Repose sur des données complexes et multifactorielles.

- 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 -> qu'il ne bénéficie pas de soutien physique et psychique sécurisants cela peut entraîner une incapacité à se différencier de l'autre et une perturbation au niveau du schéma corporel

- Carence d'étayage de l'appareil à penser de la mère

Chez le sujet symbolique impossibilité de symboliser car la mère n'a pas assuré une fonction d'étayage psychique suffisant. Elle n'a pas été en mesure de reconnaître et nommer les pulsions de son bébé. 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'intérieur. Ceux-ci sont alors revenus sous forme de délires ou d'hallucinations.

c. Aux origines des états limites

- Perte précoce de l'objet

II. Selon le modèle humaniste

Pour ROGERS l'humain est animé par un principe de croissance qui l'anime et qui lui permet de progresser vers la maturité (= capacité de connaître et d'accepter la nature profonde de sa personnalité)

Selon le modèle humaniste l'état pathologique apparaît quand :

- une personne se coupe de 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 le besoin d'être accepté 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 occasionne un stress intense chez elle.

A la moindre expérience critique elle risque alors de s'effondrer, étant incapable d'objectiver ce qui lui arrive.

III. Selon le modèle cognitiviste

Selon ce modèle chaque individu se construit sa vision subjective du monde et organise sa relation avec lui en fonction du sens qu'il donne aux infos qu'il reçoit.

Les systèmes de croyances, de pensée et d'interprétation de la réalité d'une personne ont un impact sur ses émotions et ses sentiments.

Schémas cognitifs = croyances inconscientes acquises par l'éducation, l'apprentissage social et les expériences individuelles. Ils sont stockés dans la mémoire.

A partir de ses schémas cognitifs l'individu se forge des règles et des principes qui vont régenter sa vie de façon inconsciente.

Les processus cognitifs correspondent aux mécanismes de transformation et de sélection de l'info qui sont à l'œuvre dans le psychisme d'un individu

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 infos qui sont en dichotomie 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.

IV. Selon le modèle comportemental

Selon le modèle comportemental, l'enfant construit des réponses comportementales réflexes durant les premières années de sa vie. Celles-ci vont servir de base à ses comportements d'adulte.

Conditionnement opérant = 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 lorsqu'une personne n'est plus capable d'entrer dans un conditionnement opérant. Elle se sent alors obligée de souscrire des comportements figés devenus inadaptés aux situations.

V. Selon le modèle systémique

Selon le modèle systémique l'être humain doit être considéré en fonction des systèmes dans lesquels il évolue.

Les 2 principes fondamentaux de ce modèle sont :

- il est impossible de ne pas communiquer
- il existe en permanence 2 niveaux de communication, l'une explicite et l'autre implicite

La souffrance pathologique d'une personne est le résultat d'un système familial dysfonctionnel

Les symptômes d'une personne malade n'est que le révélateur d'un problème qu'il existe au sein de la dynamique familiale. Le symptôme de l'un des membres d'une famille est utile à tous.

VI. Selon le modèle neurobiologique

Le passage des influx nerveux dans le cortex cérébral est régulé par des neurotransmetteurs 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 inhiber ces neurotransmetteurs, provoquant ainsi un changement dans l'état psychique de la personne malade.

Chapitre 4 : Conséquences psychopathologiques

Chacune des structures développe un mode de décompensation particulier.

Le psychisme d'une personne peut fonctionner sur un mode structurel sans pour autant présenter de pathologie avérée.

I. Les structures de la personnalité

Les symptômes exprimés par une personne ne suffisent pas à définir de façon évidente son type de structure psychique.

1. Angoisses et mécanismes de défense

Angoisse fait partie de la vie. Elle ne représente pas un signe pathologique en soi. Elle a une fonction de signal. Elle vient nous alerter du fait qu'une situation est significative pour nous, représentant un danger interne.

Chaque type de structures de personnalité à sa manière spécifique de gérer l'angoisse.

Pour lutter contre l'angoisse qui l'envahit le sujet va mettre en place, de manière inconsciente, des mécanismes de défense. Le but des mécanismes de défense est de rendre gérable le conflit interne.

Quand les défenses restent mobilisées de façon prolongée, le mécanisme de défense devient alors un symptôme.

2. La structure névrotique

Tout individu sain développe à la base une structure névrotique. La personne ne versera dans la pathologie que quand ses capacités défensives seront dépassées.

3 caractéristiques :

- MOI structuré
- conscience de ses troubles
- ses symptômes sont compréhensibles par rapport à son histoire de vie (logique dans les événements vécus)

Symptomatologie :

Angoisses et de l'anxiété.

Estime de soi atteinte

La personne a l'impression que le contrôle de son corps lui échappe

Personne a conscience du caractère « absurde » de ses peurs

Sentiment de honte peut être présent.

Principe de réalité prévalent sur le principe de plaisir

Les angoisses névrotiques sont de 2 types :

- angoisse de castration : en lien avec l'acceptation de la différence des sexes
- angoisse de pénétration

Mécanismes de défense prévalent :

- Refoulement : maintenir hors de la conscience des représentations jugées dangereuses pour l'équilibre du sujet.
Mécanisme de défense préférentiel de la structure névrotique.
Ce qui est refoulé dans l'inconscient peut resurgir au travers de rêves, de lapsus ou par une symptomatologie.

- Déplacement : le déplacement porte sur les affects et l'énergie psychique qui sont reliés aux représentations inacceptables refoulées dans l'inconscient. C'est ce processus qui opère dans les névroses phobiques.

Les névroses sont :

- la névrose d'angoisse
- la névrose obsessionnelle
- la névrose phobique
- la névrose hystérique
- la névrose traumatique

3. La structure psychotique

Perturbation fondamentale du rapport à la réalité.

La personnalité et l'identité profonde sont perturbées.

Psychose = perte de contact avec la réalité

3 éléments caractérisent les psychoses :

- absence de conscience des troubles (anosogonie)
- détachement du réel (délire)
- symptômes non compréhensibles en fonction de l'histoire de vie

Types d'angoisses prévalentes :

- angoisse de morcellement
- angoisse d'anéantissement : crainte d'effondrement interne de la personne
- angoisse de vidage

Mécanismes de défense prévalents :

- clivage du moi : mis en place pour protéger contre l'angoisse de morcellement
- clivage de l'objet
- identification projective : mécanisme par lequel le sujet imagine s'introduire partiellement ou entièrement dans l'autre ceci afin de le posséder fantasmatiquement, de le contrôler et de lui nuire.
- projection : ce mécanisme localise à l'extérieur de la personne ce qui en fait se trouve à l'intérieur de lui.

Le type de relation à l'objet :

Impossibilité de faire la distinction entre le soi et le non-soi.

-> Conséquences sur le soignant :

Phénomène de contamination psychique

Sans cesse le soignant doit tenir compte du fait que le délire colore l'intégralité de la relation. Il faut donc mesurer tout ce qu'o dit en fonction de chaque patient.

Modes de décompensation psychiques :

- états psychotiques aigus :

Bouffée délirante aigue - psychose puerpérale (trouble psychotique post-partum)

- états psychotiques chroniques :

Schizophrénie - paranoïa - psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie

4. Organisation limite

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.

La personne présente une angoisse permanente, un comportement dominé par l'impulsivité, des symptômes dépressifs et des symptômes névrotiques divers.

Type d'angoisse prévalent = angoisse de la perte et de l'abandon

Mécanismes de défense : projection, identification projective, déni, idéalisation, omnipotence, dévalorisation

II. Les pathologies pouvant relever de diverses structures

- troubles de l'humeur
- troubles des conduites alimentaires
- conduites addictives
- personnalités antisociale

Chapitre 5 : Les signes cliniques

I. Le symptôme

Phénomène qui relève de l'état pathologique d'une personne et qui représente la manifestation d'un trouble psy.

Ce sont des signes cliniques qui sont des manifestations objectives de la maladie.

Pour la psychanalyse le symptôme représente une tentative de guérison. Il exprime un conflit psychique et une tentative de reconstruction.

Les symptômes sont des retours du refoulé.

Face on symptome le soignant doit toujours s'interroger sur la manière dont celui-ci s'inscrit dans l'histoire de la maladie.

1. Les bénéfiques du symptôme

a) Bénéfices primaires

L'apparition du symptôme déclenche une décharge pulsionnelle qui entraîne une diminution du conflit interne → c'est le bénéfice primaire du symptôme.

2. Bénéfices secondaires

Jouissance de l'attention déployée autour d'elle quand elle est malade.

Conduite infirmière face aux symptômes :

Ne pas chercher à débarrasser quelqu'un de son symptôme (protection contre l'effondrement psychique) mais faire un travail de fond par des entretiens pendant lesquels la personne va exprimer sa souffrance 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.

II. Sémiologie psychiatrique

C'est l'étude des signes (ce que voit le soignant) et des symptômes (ce que décrit le patient) observables chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

1. Troubles de la présentation et du contact

- Présentation générale :

La manière dont la personne effectue ses soins personnels peut être significative de certains troubles psychiatriques.

- Mimiques :

Hypermimie = exagération des mimiques

Hypomimie = diminution notable des mimiques

Amimie = absence totale de mimique

Echomimie = tendance à reproduire en miroir les mimiques.

- Contact :

Réticence dans le contact

Familiarité

Bizarrenie

2. Troubles des fonctions intellectuelles supérieures

- Troubles de la vigilance :

Hypervigilance = état de surexcitation psychique

Hypovigilance = diminution de la vigilance pathologique.

On observe plusieurs stades d'hypovigilance : obnubilation - confusion - hébétude - stupeur- coma

3. Troubles de l'attention

Attention = capacité à concentrer son activité mentale sur un secteur déterminé.

Il existe 2 types d'attention : l'attention spontanée (disponibilité à se fixer sur un stimulus) et l'attention volontaire (capacité à se concentrer pendant un temps donné)

Hypoprosopie = difficulté / incapacité partielle ou totale à fixer son attention sur un sujet précis

Hyperprosopie = attention augmentée ou polarisée sur un champ limité (hypocondrie, état délirant)

Distractibilité = attention ne peut se fixer que de manière transitoire

4. Troubles de la mémoire

Il existe des altérations mnésiques purement psychiatriques

- Amnésie post-émotionnelle
- amnésie sélective
- écmnésie = émergence brutale de souvenirs vécus comme une expérience

actuelle

- distorsions mnésiques : éléments imaginaires ou délirants viennent infiltrer les souvenirs de la personne
- paramnésie : productions imaginaires prises pour des souvenirs
- désorientation spatio-temporelle

5. Troubles du langage

a) Perturbations de la dynamique du langage

- Logorrhée = discours accéléré → accélération des processus psychiques (état maniaque)
- Ralentissement du discours
- mutisme (conversion hystérique, méfiance paranoïaque...)

b) Perturbations du contenu du langage

- lapsus
- écholalie = répétition de la part du patient (schizophrénie, démence)
- coprolalie = impulsion verbale d'émettre des mots grossiers
- paralogisme = utilisation de mots détournés de leur sens
- glossolalie = paralangage créé par le malade
- stéréotypie = répétition de mots ou de phrases (mélancolie délirante, schizophrénie)
- parasitage

- persévération = répétition en boucle d'une réponse adaptée à la question antérieure

6. Troubles gnosiques

Agnosie = incapacité d'une personne à se reconnaître malade

7. Troubles du jugement

- carence de jugement : quand capacités intellectuelles diminuées
- distorsion du jugement

8. Troubles du fonctionnement de la pensée

a) Troubles du cours de la pensée

Tachypsychie = accélération de la pensée + fuite des idées (états maniaques)

Bradypsychie

b) Troubles du contenu de la pensée

- Phobies

Névrose phobique

- Obsessions

Idée ou sentiment qui s'impose à la conscience de la personne qui les ressent comme contraignant.

- **le délire**

Le délire vient remplacer la réalité communément admise. Délirer c'est sortir du réel

Les mécanismes du délire :

Imagination

Interprétation : la personne interprète de façon erronée le réel

Intuition : la personne admet de façon intuitive une idée fausse comme réelle

Illusion : perception du réel dénatureé

Les thèmes du délire :

- délire de persécution : conviction qu'on veut lui nuire
- délire de revendication : conviction d'avoir subi un préjudice avéré
- délire mégalomane : surestimation de soi qui n'est pas conforme à la réalité
- délire mystique : la personne se sent investi d'une mission esotérique
- délire hypochondriaque
- 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

- délire erotomaniaque : conviction délirante d'être aimé
- délire d'influence : la personne à l'impression d'être commandée par une force extérieure qui a un pouvoir sur elle

Les caractéristiques structurales du délire :

Il peut être structuré de différentes manières

- degré de systématisation du délire
- degré d'extension du délire (peut ne concerner qu'un secteur de la vie de la personne)
- degré d'adhésion à son délire : plus la personne est affirmée et investie affectivement, plus le trouble est avéré.

Ancienneté du délire :

- délire aigu : apparition brutale et brève (< 6 mois)
- délire chronique : persistant

Conduite à tenir face au délire

Plus le délire d'une personne est important moins on discute avec elle car cela risque d'augmenter celui-ci

Délire schizophrène :

->contacts verbaux courts + centrés sur le réel

- restituer la personne dans la réalité avec tact
- reformuler l'émotion (permet de communiquer sur quelque chose de réel)

Si le délire s'accompagne d'angoisse et d'agitation l'infirmier peut proposer de prendre un bain et de rester avec elle, de sortir se promener et de l'accompagner, de s'allonger sur le lit et de toucher de façon calme et contenante tous les contours de son corps en les nommant

A ne pas faire :

- reformuler le délire = risque de l'augmenter
- toucher une personne schizophrène qui ne supporte pas le contact = majoration de l'angoisse

Délire paranoïaque :

La paranoïa part d'un fait réel que la personne interprète de façon fausse.

- être le plus congruent possible
- expliquer tous ses comportements propices à l'interprétation sans attendre
- ménager la susceptibilité de la personne
- la ramener à la réalité des choses sans s'opposer à elle de façon rigide

A ne pas faire :

- renoncer à expliciter les malentendus
- la critiquer en tant que personne. Plutôt critiquer son comportement
- s'opposer à la personne de façon rigide

9. Les troubles de la conscience de soi et de l'environnement

Troubles caractéristiques de l'état psychotique

- dépersonnalisation : sentiment de ne plus être soi-même
- déréalisation = impression d'étrangeté
- état crépusculaire = état confusionnel avec la capacité à avoir une activité cohérente
- états seconds = chez patients hystériques qui effectuent des actes en contradiction avec leur personnalité habituelle
- états oniriques = états de rêves

10. Troubles des perceptions

a) Troubles quantitatifs

Hypoesthésie : personne s'intéresse moins à son environnement

Hyperesthésie : perception accrue de l'environnement

b) Fausses perceptions

- hallucinations : perceptions sans objet à percevoir
- illusions : déformation d'un objet réel

c) Troubles du vécu corporel

- Hallucinations cénesthésiques : sentiment de modification corporelle
- Dismorphophobie : convaincue de souffrir d'une disgrâce corporelle
- hypocondrie

11. Troubles psychomoteurs

- Hyperactivité
- Etat d'agitation
- Fureur : personne perd tout contrôle sur elle-même
- Compulsions : actes inutiles ou absurdes très ritualisés que la personne est incapable de s'empêcher d'accomplir
- Impulsions : besoin impérieux et irrésistible à la réalisation d'un acte
- Fugue
- Pyromanie
- parakinésies : mouvements anormaux, répétitifs
- tics

- bradikynésie : ralentissement psychomoteur
- asthénie
- syndrome catatonique
- dystonie = troubles du tonus musculaire

12. Les troubles de l'état émotionnel

Emotion = ressenti interne subjectif. Un versant psychique + un versant somatique.

On trouve des troubles émotionnels dans la majorité des troubles psychiques

On trouve :

- dysthymies = altérations de l'humeur (tristesse ou euphorie)
- hyperémotivité = vivacité des réactions affectives
- apathie = perte de l'affectivité -> indifférence
- froideur émotive = trait des personnalité paranoïaque et obsessionnelle
- indifférence affective = dans schizophrénie
- ambivalence affective = en même temps 2 sentiments opposés
- discordance idéo-affective = inadéquation entre la pensée et l'affect
- alexithymie = incapacité à exprimer verbalement des émotions. Anorexie + troubles psychosomatiques

13. Troubles des conduites instinctuelles

= conduites instinctives permettant le maintien de la vie.

14. Troubles du sommeil

- Insomnie = diminution quantitative + qualitative du sommeil
- Hypersomnie = sommeil nocturne > 10h
- Inversion du rythme nyctéméral = insomnie nocturne avec hypersomnie diurne

15. Troubles du comportement alimentaire

- anorexie
- hyperphagie
- boulimie
- sitiophobie = refus alimentaire dans le cadre d'une pathologie délirante (peur d'être empoisonné)
- potomanie
- dipsomanie = besoin de consommer de façon épisodique de grandes quantités d'alcool.
C'est une forme clinique des problématiques alcoolique
- mérycisme = régurgitation + rumination du bol alimentaire
- pica = ingestion de substances non comestibles

16. Troubles du contrôle sphinctérien

- énurésie = enfant de plus de 5 ans à émission involontaire d'urines. Elle peut être primaire ou secondaire
- incontinence = chez l'adulte
- encoprésie = absence de contrôle sphinctérien anal

17. Conduites suicidaires

Raptus suicidaire = tentative de suicide réalisée sous le coup d'une impulsion irrépressible, soit prémédité

18. Troubles des conduites sociales

- passage à l'acte agressif
- perversité = satisfaction à transgresser les règles
- attentat aux mœurs = trouble des conduites sexuelles
- kleptomanie
- jeu pathologique
- pyromanie

III. Les manifestations symptomatiques spécifiques

1. Somatisation et les troubles psychosomatiques

Dans la somatisation le corps garde son intégrité fonctionnelle et anatomique.

Il représente un instrument, une scène qui parle à la place du sujet.

Les personnes souffrant de troubles psychosomatiques sont peu en contact avec leurs émotions, restant collée au réel.

C'est le retour du refoulé.

2. Phénomènes régressifs

Retour d'un sujet vers des états psychiques de croissance antérieurs.

C'est un processus défensif normal. 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.

La régression devient problématique quand elle perdure, elle devient alors un handicap dans la vie du sujet.

3. Syndrome confusionnel

Désorganisation des processus psychiques. Dérèglement du système nerveux central.

Symptômes : troubles de l'attention - dsorientation temporo-spatiale - perturbation des opérations intellectuelles complexes.

Il s'agit souvent d'un état aigu réversible.

Les causes peuvent être : neurologiques, vasculaires, infectieuses, vitaminiques, sevrage brutal, carences métaboliques, cause endocrinienne, psychiques

Certaines causes somatiques pouvant mettre en jeu le pronostic vital l'infirmière doit avertir le médecin en cas d'apparition d'un syndrome confusionnel.

La confusion chez la personne âgée apporte plusieurs risques ; perte d'autonomie, durée longue d'hospitalisation, syndrome de glissement.

4. La violence et le risque de passage à l'acte

Causes de la violence :

- quête d'objet : recherche de contact, de relation avec l'autre. A la base des comportements antisociaux
- recherche de contenance : quand personne incapable de contenir et de transformer en représentations et en mots son vécu intérieur émotionnel
- défense contre une menace narcissique
- recherche de toute puissance

5. Le risque suicidaire

Elles s'expriment selon 3 modes :

- idéation suicidaire = élaboration mentale d'un désir de mort
- tentative de suicide
- suicide = tentative réussie

Objectifs de la conduite suicidaire :

- suicide agressif = finalité est d'atteindre l'autre
- suicide escapistes = désir de fuite
- suicide oblatif = recherche d'un monde meilleur
- suicide ludique = se remettre entre les mains du hasard

Situations à risques :

- personne exprime clairement des idées suicidaire
- déjà réalisée une tentative de suicide
- trouble mental
- détresse psychologique ou psychosociale
- impulsivité

- isolement social
- chômage au long court

Actions infirmières face au risque suicidaire

Surveillance étroite après toute prescription d'antidépresseurs car risque de raptus suicidaire durant les 15 jours après le début du traitement.

Possibilité de levée d'inhibition -> risque suicidaire important.

Evaluer constamment le risque suicidaire

Eviter de placer le patient dépressif dans une chambre individuelle + sélectionner une chambre proche du bureau infirmier

Manifester une grande qualité de présence.

6. Les stratégies manipulatoires

Comportements qui s'expriment de manière inconsciente dont la finalité est la satisfaction immédiate

Chapitre 6 : Diagnostics

I. Pathologies relevant de la structure névrotique

1. Névrose d'angoisse

a. Définition

Présence d'une angoisse diffuse de façon permanente. Sentiment d'attente de danger imminent.

b. Etiologie et mécanismes psychopathologiques

Modèle analytique : mécanismes de défense sont dépassés par l'angoisse et celle-ci envahit la psyché de la personne

Modèle cognitif : anomalies dans le traitement des infos qu'elle reçoit de l'extérieur : elle ne sélectionne que les signaux dangereux et ignore les autres

c. Signes cliniques

Etat d'hypertension psychique -> Hyperactivité neurovégétative

Etat d'alerte

Estime de soi atteinte : elle a l'impression d'avoir perdu le contrôle de son corps

Crainte permanente de perdre les personnes significantes pour elle

Plaintes somatiques importantes (asthénie, difficultés d'endormissement, perte d'appétit...)

Difficulté de concentration ou trous de mémoire

d. Axes thérapeutiques : actions infirmières

- Manifester une attitude calme et rassurante :

Aider à calmer la personne

- Manifester une qualité de présence relationnelle forte :

Contribue à aider la personne à restaurer son estime de soi

- Aider la personne à dédramatiser la situation :

Paroles rassurantes pour diminuer la charge anxieuse de la personne

- Reconnaître la souffrance de la personne :

Se sentir reconnue dans sa souffrance va aider la personne anxieuse à sortir de son sentiment d'isolement

- Se montrer directif quand c'est nécessaire

Ramener la personne en douceur aux réalités de la vie quotidienne à assumer. Aide à soulager les anxiétés au quotidien

- Utiliser la relation d'aide

Etayage de la pensée

- Utiliser la relaxation :

Aide la personne à retrouver le contrôle de son corps et à diminuer son sentiment d'impuissance

- Utiliser des ateliers de médiation thérapeutique

Détente, valorisation, contact social

e. Conduite à éviter

- s'énerver
- lever le ton
- se laisser envahir par le stress de la personne
- écouter trop longuement les craintes de la personne car cela risque d'entretenir son état de marasme dépressif et sans espoir

f. Axes thérapeutiques médicamenteux

Antidépresseurs

Anxiolytiques benzodiazépiniques

2. Attaque de panique

a. Définition

Episode aigu d'anxiété, début brutal avec une apogée en moins de 10 minutes

Urgence psychiatrique

Etiologie et mécanismes psychopathologiques

Point de vue psycho dynamique : déclenchée par des mécanismes inconscients liés à l'angoisse de séparation ou des sentiments contradictoires de dépendance et d'indépendance vis-à-vis des proches

Point de vue cognitif : hypersensibilité aux sensations corporelles dont la perception peut générer une attaque de panique

Point de vue comportemental : déclenchement du trouble en rapport avec une exposition à des facteurs circonstanciels que la personne relie à une impression de menace.

b. Signes cliniques

Selon les cas soit dans un état de sidération soit dans un état d'agitation psychomotrice

Symptômes psychiques :

- déréalisation
- dépersonnalisation
- peur de perte de contrôle de soi

Symptômes physiques :

- palpitations
- gêne thoracique, dyspnée, polypnée
- nausée, gêne abdominale
- transpiration
- tremblements
- sensation d'étouffement
- sensation de vertige

L'attaque de panique représente une urgence psychiatrique car la personne risque de porter atteinte à elle-même sous l'emprise de son angoisse majeure.

c. Axes thérapeutiques : actions infirmières

Actions à mettre en place de manière immédiate :

- isoler la personne dans un lieu calme
- parler à la personne avec une voix calme et un ton rassurant
- aider la personne à modifier son rythme et son intensité respiratoire : diminution de la sensation de vertige
- prendre constantes
- avertir le médecin
- fermer les portes du service pour prévenir le risque de fugue anxieuse
- se montrer présent par le regard et le toucher

Actions à mettre en place après la crise :

- entretien infirmier permettant à la personne de parler de son vécu
- apprentissage de techniques de respiration par le biais de la relaxation

d. Conduites à éviter

- s'agiter, s'énerver, montrer de l'inquiétude
- s'absenter en laissant la personne seule

e. Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux

Etant donné qu'en général l'attaque panique se résorbe d'elle-même aucun traitement médicamenteux

En cas de crise prolongée :

- anxiolytiques
- antidépresseurs

f. Evolution et complications possibles

Evolution chronique du trouble

3. La névrose phobique

a. Définition

On parle d'objet ou de situation phobogène

La personne reconnaît l'absurdité de cette crainte mais est incapable de la raisonner.

Développe des conduites d'évitement pour éviter la confrontation avec l'objet : attitudes contraphobiques

b. Etiologie et mécanisme psychopathologique

Selon modèle cognitif la phobie serait acquise par conditionnement opérant suite à une exposition traumatique première.

Selon le modèle analytique l'angoisse de castration et ou de pénétration qui émerge est déplacée sur des objets extérieurs

Signes cliniques

- anxiété est centrale
- peur du jugement négatif de l'autre
- estime de soi atteinte, elle a honte

c. Axes thérapeutiques : actions infirmières

- Manifester une qualité de présence relationnelle forte
- Aider la personne à dédramatiser la situation

L'aider à prendre conscience que ses troubles ne sont pas imaginaires et qu'ils correspondent à un mécanisme psychopathologique profond. Aide à sortir du sentiment de honte.

- Utiliser ma relation d'aide

Etayage sur la pensée

- Exposition progressive et accompagnée
- Ateliers de médiation thérapeutique

d. Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux

Anxiolytiques

Hypnotiques si troubles du sommeil associés

Antidépresseurs

e. Evolution et complications

Etat dépressif associé

Risque suicidaire

Abus d'alcool

Abus de médicaments anxiolytiques

4. Névrose obsessionnelle (trouble obsessionnel compulsif)

a. Définition

Idée ou sentiment qui s'impose à la conscience.

La personne développe des compulsions qui correspondent à un besoin interne d'accomplir des gestes ou rituels.

Accomplir ses rituels l'aide à diminuer son angoisse

b. Etiologie

Selon le modèle analytique la personne détache l'affect lié à la représentation gênante par un mécanisme défensif d'isolation.

Signes cliniques

- pensées, impulsions ou représentations récurrentes ressenties comme intrusives et inadaptées
- anxiété, détresse
- la personne fait des efforts pour les ignorer mais n'y parvient pas
- la personne reconnaît que ces idées viennent de sa propre activité mentale
- conduites ou rituels contraphobiques
- personne à tendance à être rigide et perfectionniste, dans le contrôle permanent et autoritaire

c. Actions infirmières

- manifester une qualité de présence relationnelle forte
- reconnaître la souffrance de la personne

L'aide à sortir de son isolement et à restaurer son estime de soi

- Utiliser la relation d'aide
- Aider la personne à travailler sur les aspects limitant de son symptôme
- Utiliser les ateliers de médiation thérapeutique

d. Conduites à éviter

- combattre les pulsions de la personne et l'empêcher de faire ses compulsions (risque de crise d'angoisse majeure)
- se moquer d'elle
- se laisser entrainer trop loin dans le système de la personne

e. Axes thérapeutiques : traitement médicamenteux

Antidépresseurs

Anxiolytiques

7. Névrose hystérique

a. Définition

Etat névrotique conduisant les sujets à développer des symptômes d'allure somatique sans qu'il existe de cause organique repérée. Les symptômes représentant la symbolisation d'un conflit intra-psychique sur la scène corporelle.

b. Etiologie

Selon le modèle analytique la personne hystérique se trouve au cœur du conflit oedipien. Selon le modèle cognitif la personne est amenée à développer des stratégies d'exhibitionnisme et d'impulsivité avec un manque de contrôle de soi et de pondération.

c. Sémiologie

- c'est toujours le corps qui est mis en scène
- érotisation des rapports sociaux
- histrionisme
- hyperréactivité émotionnelle
- égocentrisme
- suggestibilité
- état de dépendance affective
- troubles de la sexualité
- personne en quête pathologique d'attention

d. Actions infirmières

- Manifester une attitude calme
- Reconnaître la souffrance de la personne
- Doser l'attention donnée à la personne suivant le type de comportement manifesté par elle : retirer son attention quand la personne développe des comportements histrioniques et se montrer très présent à chaque fois qu'elle développe des comportements adaptés

- Se montrer directif quand c'est nécessaire
- Utiliser la relation d'aide
- Utiliser des ateliers à médiation thérapeutique

e. Conduites à éviter

- manifester du rejet
- se moquer de la personne

f. Axes thérapeutiques : traitements médicamenteux

Difficile de traiter avec des médicaments.

C'est la prise en charge relationnelle médico-infirmière qui va être surtout utilisée

8. Névrose traumatique (état de stress post-traumatique)

a. Définition

Développement de symptômes caractéristiques chez une personne après exposition à un traumatisme.

Réaction de la personne marquée par une grande frayeur, sentiment d'horreur et d'impuissance totale. Par la suite elle vit des phénomènes de reviviscence.

b. Etiologie

Etat de vulnérabilité individuelle, biologique et psychosociale.

c. Signes cliniques

- souvenirs répétitifs et envahissants
- sentiment de détresse lors de l'exposition à des situations ou des objets rappelant le traumatisme
- état d'alerte permanent -> hypervigilance
- évitement
- syndrome dépressif, perte d'espoir
- sentiment d'impuissance et de détresse psychique intense

d. Actions infirmières

- Manifester une qualité de présence relationnelle
- Reconnaître la souffrance de la personne
- Utiliser la relation d'aide
- Utiliser la relaxation
- Utiliser des ateliers de médiation thérapeutique

Susceptibles de permettre à la personne d'extérioriser son vécu traumatique de façon symbolique, au travers de ce qu'elle réalise.

e. Conduites à éviter

- Chercher à confronter la personne à son traumatisme, par la parole ou la confrontation à des situations le rappelant.

f. Traitement médicamenteux

Immédiatement après le traumatisme : anxiolytiques : atténuer les réactions émotionnelles liées à l'angoisse.

Traitement antidépresseur

g. Evolution et complications

Pour un grand nombre de personnes les symptômes persistent 12 mois après le traumatisme.

Quand le trouble dure au long cours, il est possible que la personne développe un trouble dépressif, une addiction. Il peut y avoir une désinsertion sociale, professionnelle.

II. Pathologies relevant de la structure psychotique

• Les états psychotiques aigus

Se caractérisent par un début brutal. Constituent une urgence psychiatrique car la personne présente un état délirant et des troubles du comportement pouvant constituer un danger pour lui et son entourage.

Ces épisodes peuvent se manifester de façon unique dans l'histoire de la personne mais il arrive aussi que ces épisodes se reproduisent de manière récurrente.

1. Bouffée délirante aiguë

a. Définition

Etat psychotique d'apparition brutale

Délire présent d'emblée.

Celui-ci se passe sans transition d'un état non psychotique à un état psychotique.

b. Etiologie

Causes méconnues. Elle correspondrait à l'effondrement brutal des mécanismes de défense chez une personne.

c. Signes cliniques

Dans les heures précédant la crise parfois présence de bizarreries, irritabilité.

Le thème du délire peut être varié : mystique, de grandeur, de toute-puissance, de persécution, d'influence, de possession...

d. Actions infirmières

C'est une urgence psychiatrique

Mesure d'ordre de la protection et de la pare-excitation

- Souvent la mise en chambre d'isolement thérapeutique est nécessaire c'es à la fois une mesure de protection et une mesure de pare-excitation en diminuant la quantité de stimuli que la personne reçoit.
- parler peu avec des interventions uniquement centrées sur le réel
- faire preuve de calme et de qualité de présence
- au fur et à mesure que la personne quitte ses symptômes l'infirmier rétablit une communication verbale plus conséquente.
- évaluer la capacité critique de la personne face à ses troubles

e. Conduites à éviter

- laisser déambuler la personne dans le service sans surveillance
- reformuler ou essayer de remettre en question son délire

f. Traitement médicamenteux

Neuroleptiques

Hypnotiques

g. Evolution et complication

La bouffée délirante évolue spontanément vers la guérison au bout de quelques jours ou semaines.

Il arrive qu'elle soit suivie par un épisode dépressif

Parfois ce trouble marque l'entrée dans la psychose évoluant vers la schizophrénie

2. Psychose puerpérale

a. Définition

Etat psychotique délirant qui apparait dans les 4 semaines suivant l'accouchement

b. Etiologie

Selon la pensée analytique elle intervient quand la femme n'a pas le temps de s'adapter à la transformation corporelle rapide qui s'opère en elle -> révolution identitaire

c. Sémiologie

Délire brusque avec agitation motrice et expression de pulsions violente dirigées vers son bébé.

Elle peut être accompagnée d'un risque suicidaire important.

d. Axes thérapeutiques

C'est une urgence psychiatrique : nécessité de protéger le nourrisson et la mère contre ses pulsions agressives

e. Evolution et complication

Le trouble disparaît au bout de quelques jours ou semaines. Il peut marquer le début d'un état schizophrénique ou trouble bipolaire

• Etats psychotiques chroniques

1. Schizophrénie

a. Définition

Regroupe un grand nombre de troubles psy. Il existe un consensus entre tous ces troubles :

- symptômes positifs : excès ou distorsion des fonctions normales
- symptômes négatifs : perte des fonctions normales
- syndrome de désorganisation globale de la personnalité au niveau cognitif ou émotionnel

b. Etiologie

Selon le modèle analytique elle provient d'une carence d'étayage sur l'appareil à penser de la mère et sur le corps

Selon le modèle neurobiologique ce sont des anomalies précoces dans les processus neurodéveloppementaux

c. Sémiologie

Dimension positive des troubles :

Syndrome délirant marqué

Le délire est polymorphe et non systématisé

Le vécu du délire est intense et la personne y adhère totalement.

Dimension négative des troubles :

Appauvrissement cognitif : diminution des capacités d'attention, de concentration, de mémoire.

Appauvrissement affectif

Appauvrissement social

Réduction de l'activité

Syndrome de désorganisation globale de la personnalité :

Désorganisation au niveau des pensées, des émotions et du comportement. C'est le syndrome dissociatif.

Problématique corporelle :

Segmentation du corps + clivage entre le corps et l'esprit

Il existe plusieurs formes cliniques de la schizophrénie :

- forme paranoïde : délire au premier plan
- forme dysthymique : symptomatologie thymique
- forme héboïdrophénique : comportement antisocial au premier plan
- forme pseudonévrotique : symptômes obsessionnels, phobiques ou hystériques atypiques

d. Axes thérapeutiques

Actions infirmières dans le registre de l'éducatif-directif. Accompagner la personne dans la plupart des actes de sa vie.

- avoir des échanges verbaux courts, centrés sur le réel : plus le délire est important plus les échanges sont courts
- mettre en place des activités de médiation car elles favorisent l'intégration des relations sociales, des limites comportementales. Apportent une stimulation cognitive, favorisent l'expression du vécu intérieur au travers de supports, contribue à apaiser l'angoisse de morcellement
- utiliser éventuellement la relaxation pour diminuer l'angoisse de morcellement (travail sur le corps éprouvé dans sa globalité)
- envisager une mesure de protection des biens et de la personne
- s'inscrire dans une dynamique de réhabilitation sociale (statut de travailleur handicapé, allocation d'adulte handicapé)

e. Conduites à éviter

- avoir des échanges verbaux prolongés avec la personne délirante
- chercher à contredire son délire
- laisser la personne schizophrène dans son corps négligé
- se montrer discontinu dans la manière de s'occuper d'elle

Traitement médicamenteux

Neuroleptiques

Antidépresseurs

f. Evolution et complication possible

Début du trouble souvent avant 23 ans. Certains présentent des exacerbations ou des rémissions : évolution variable

L'une des complications majeure 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 qu'on ait pu le prévoir.

2. Paranoïa

a. Définition

Pathologie marquée par un délire interprétatif construit sur une perception faussée du réel.

b. Sémiologie

- personne rigide en permanence dans une dynamique de combat et de lutte face au monde

- fausseté de jugement :

Jugement logique mais qui s'appuie qu'il interprète de façon fausse

- méfiance et susceptibilité :

La personne vit dans l'attente d'être trompée. Elle vit perpétuellement en alerte

- hypertrophie du MOI :

La personne se surestime en permanence. Elle manifeste de l'orgueil et est très égocentrique

c. Actions infirmières

La difficulté majeure est d'arriver à établir une relation de confiance, une alliance thérapeutique.

La personne est souvent opposée aux soins.

Il est important de toujours expliquer à la personne ce que l'on fait et pourquoi on le fait

d. Conduite à éviter

- renoncer à expliquer les malentendus

- la critiquer en tant que personne

- s'opposer à la personne de façon rigide car risque d'augmentation du rapport de force

e. Traitement médicamenteux

Neuroleptiques

Antidépresseurs

f. Evolution et complications

L'invasion du délire se fait progressivement. C'est un trouble chronique qui évolue vers une désinsertion sociale et professionnelle de la personne. Il arrive que se développe une dépendance à l'alcool

III. Pathologies relevant de l'organisation limite

1. Etat limite

a. Définition

Instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi

b. Signes cliniques

Symptômes peu spécifiques

- angoisse constante et envahissante
- symptômes d'allures névrotiques : phobies, obsessions, conduites histrioniques
- symptômes d'allure psychotique : intolérance à la frustration, passage à l'acte, attitudes manipulatoires...
- conduites addictives
- conduites à risque

c. Axe thérapeutique

Difficulté car recherche permanente d'emprise sur le soignant, recherche permanente de manipulation du cadre, incapacité de la personne à verbaliser ses affects.

Dans la prise en charge les objectifs sont :

- restauration narcissique
- travailler sur la relation à l'autre
- favoriser des processus de mentalisation
- mettre en place un cadre protecteur
- favoriser l'apprentissage de la gestion de soi au quotidien

d. Evolution et complication

La plupart du temps stabilisation symptomatique vers 30 ou 40 ans

IV. Pathologies pouvant relever de différentes structures

1. Troubles de l'humeur

Le DSM IV définit plusieurs troubles de l'humeur :

- les troubles bipolaires
- les troubles dépressifs majeurs
- le trouble dysthymique

- le trouble dépressif non spécifié
- le trouble cyclothymique
- le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale
- le trouble de l'humeur induit par une substance

❖ Troubles bipolaires

a. Définition

Ensemble de pathologies caractérisé par une oscillation de l'humeur entre la dépression et l'accès maniaque.

Il existe 3 troubles bipolaires :

- type 1 : caractérisé par des épisodes maniques
- type 2 caractérisé par des épisodes hypomaniaques
- type 3 : caractérisé par une alternance des épisodes dépressifs et maniaques

b. Etiologie

Intrication entre facteurs de vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux

❖ Episode dépressif majeur

Dépressivité = fait partie de la dynamique psychique normale, elle est régulatrice.

Dépression = processus psychopathologique qui entraine la personne dans une impasse qui la vide de toute énergie

a. Définition

Douleur morale - humeur triste - ralentissement de la pensée - inhibition psychomotrice

b. Signes cliniques

- dimension émotionnelle : tristesse pathologique, perte d'espoir, sentiment latent d'incurabilité
- dimension cognitive : inhibition de la pensée et incapacité à se concentrer
- inhibition psychomotrice
- diminution ou augmentation de l'alimentation
- insomnie ou hypersomnie
- atteinte majeure de l'estime de soi
- risque suicidaire

c. Axes thérapeutiques

- Manifester une qualité de présence relationnelle
- Reconnaître la souffrance de la personne
- Se montrer directif quand c'est nécessaire

- Solliciter la personne dans le contact

Cela va lui donner l'impression qu'elle est une personne digne d'intérêt : restauration de l'estime de soi

- Stimuler la personne de façon douce
- Utiliser la relation d'aide
- Utiliser la relaxation
- Utiliser les ateliers de médiation thérapeutique

Ce sont de bons vecteurs pour aider la personne à se restituer dans une dynamique de plaisir et de désir.

- Avoir une démarche éducative

Lui expliquer le fonctionnement de sa maladie et le rôle important de la prise de son traitement de façon régulière. Informer la personne des signaux annonciateurs de rechute

- Etre attentif à la survenue d'éventuelle idéation suicidaire

d. Conduites à éviter

- N'utiliser que l'empathie
- Laisser la personne dans son corps négligé
- Surstimuler la personne
- Laisser la personne seule trop longtemps car elle a tendance à rester au fond de son lit.

e. Traitements médicamenteux

Antidépresseurs : attention au risque suicidaire accru durant les 2 ou 3 premières semaines du traitement

Thymorégulateur

Neuroleptiques

Parfois electroconvulsion-thérapie

f. Evolution et complications possibles

Tentative de suicide ou suicide

❖ Episode maniaque

a. Définition

Elévation de l'humeur ou d'humeur expansive durant au moins une semaine

b. Signes cliniques

- agitation très importante, non productive et inadaptée à l'environnement
- exaltation de l'humeur

- exaltation de la pensée : fuite des idées, dispersion de l'attention, propension à faire des jeux de mots incessants. La personne a le désir de parler constamment
- agitation motrice : hyperactivité dispersée, insensible à la fatigue -> risque majeur d'épuisement
- troubles de l'alimentation : anorexie, boulimie

c. Axes thérapeutiques

Urgence psychiatrique

- actions de pare-excitation
- mise en chambre thérapeutique d'isolement
- mise en place d'une mesure de protection

Protéger la personne des conséquences de ses actes

- prescription d'un traitement médicamenteux (neuroleptiques)
- surveillance intensive de la personne

d. Evolution et complications possibles

Complications le plus souvent liées aux comportements débordants de la personne : perte financière, prise de distance des proches, perte de travail...

❖ Episode hypomaniaque

a. Définition

Même caractéristiques que l'épisode maniaque mais les symptômes sont atténués

b. Signes cliniques

Les symptômes étant atténués la personne peut conserver ses investissements sociaux et pros

c. Axes thérapeutiques

- Avoir des actions de pare-excitation constantes

d. Evolution et complications possibles

Il peut inaugurer un épisode maniaque ou précéder un état épisode dépressif

2. Les troubles des conduites alimentaires

❖ Anorexie

a. Définition

Triade symptomatique : anorexie, amaigrissement, aménorrhée

b. Signes cliniques

- Troubles restrictifs
- stratégies de contrôle du poids (vomissement, hyperactivité)
- distorsions cognitives
- aspects somatiques : IMC < 14, amyotrophie, déshydratation, œdème des membres inférieurs, hypothermie, hypotension
- évitement de toute relation affective réelle
- incapacité à verbaliser ses affects
- désintérêt pour la sexualité génitale
- mise à distance de tout ce qui est de l'ordre du pulsionnel : recherche de contrôle permanent

c. Prise en charge infirmière

Projet de soin autour de 3 axes :

- le corps

Mise hors de danger et donc reprise de poids. Parfois pose de sonde naso-gastrique

- le cadre

Contrat de soin dans lequel peut figurer un contrat de poids

- relation

d. Traitement médicamenteux

Antidépresseur

Fer, vitamine D, apports calciques...

❖ Boulimie

a. Définition

Épisodes répétitifs de suralimentation incontrôlable pendant un court laps de temps

b. Signes cliniques

Crises compulsives : échappent au contrôle conscient de l'individu.

Ingestion de nourriture à caractère impératif qui dure en général de 10 à 30 minutes sans discontinuité.

A l'abri du regard de l'autre

Culpabilité + honte -> isolement social

L'épisode est suivi d'un soulagement puis d'un sentiment de culpabilité. Dans 50% des cas vomissements

La boulimie peut être un symptôme isolé mais peut aussi se rencontrer avec d'autres troubles : syndrome dépressif, état limite, anorexie, conduites addictives.

c. Axes thérapeutiques

Entretiens individuels, activités de médiation, séances de relaxation.

Anxiolytiques, antidépresseurs

Parfois thérapie familiale est souhaitable

3. Les conduites addictives

Elles se caractérisent par un syndrome de dépendance.

Relation de sujétion entre le produit et la personne

❖ Conduites alcooliques

a. Définition

Alcoolisme = perte de liberté de s'abstenir d'alcool. Il s'agit d'une dépendance

Le déni des troubles est très fort, la personne minimisant sa consommation

On fait la distinction entre l'alcoolisme primaire (premier trouble observé) et l'alcoolisme secondaire

b. Signes cliniques

- désir persistant et efforts infructueux à endiguer la consommation d'alcool
- beaucoup de temps passé chercher et à consommer de l'alcool
- la personne réduit voire abandonne ses activités sociales, professionnelles, familiales
- besoin de consommer des quantités de plus en plus importantes
- syndrome de sevrage lors de l'arrêt
- instabilité caractérielle

c. Complications

- complications hépato-gastro-entérologiques
- complications cardiovasculaires
- dénutrition et malabsorption des vitamines
- délirium tremens (état d'agitation psychomotrice importante...)

Complications liées au sevrage :

- tremblement des mains, paupières, langue
- trouble digestifs
- troubles psychiques : sensation de malaise, humeur dépressive
- troubles du sommeil

d. Axes thérapeutiques

Une des difficultés majeures est le déni des troubles

A l'admission établir un contrat de soin accepté par les 2 parties

❖ Toxicomanie

a. Définition

Recherche compulsive et parfois chronique des effets consécutifs à une intoxication par absorption d'un produit psychoactif.

Chez l'adolescent 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 se détendre, effets euphorisants ou stimulants. Cela confère également un sentiment d'appartenance à un groupe donné. Cela peut traduire un besoin d'affirmation de soi par rapport aux adultes.

b. Actions infirmières

- surveillance somatique (paramètres vitaux, état de vigilance)
- soutien psychologique par le biais d'entretiens
- activités sportives
- ateliers de médiation
- prise en charge au long court

c. Traitements médicamenteux

- méthédone
- buprénorphine

d. Evolution et complications possibles

Nombreuses rechutes

Overdose

Suicide

❖ Personnalités psychopathiques (antisociales)

a. Définition

Personnalité centrée sur la violence et caractérisée par un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui.

b. Signes cliniques

- violences envers autrui
- impulsivité et intolérance à la frustration
- incapacité à se conformer aux normes sociales
- tendance à tromper autrui par plaisir
- impulsivité
- absence de remords
- attitude de prédateur

- alcoolisme et toxicomanie fréquemment associées

c. Axes thérapeutiques

Demandes d'hospitalisation 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 de refuge.

- faire le point sur la demande exprimée : si elle est valide un contrat de soin sera mis en place

- à la moindre transgression du contrat -> exclusion

d. Evolution et complications

Risque accru de décéder prématurément. Désinsertion socioprofessionnelle.

Chapitre 7 : Axes thérapeutiques

I. Selon l'approche analytique

Les difficultés exprimées par la personne 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.

La thérapie doit permettre de mettre en lumière des éléments inconscients, ceci afin d'obtenir un remaniement psychique profond.

Ces éléments vont apparaître au cours du mécanisme de transfert, celui-ci amenant le patient à reporter des sentiments qu'il éprouvait pour ses parents sur le thérapeute, le soignant, c'est à travers de sa relation actuelle avec ces derniers qu'il va être en mesure de résoudre ses conflits passés.

II. Selon l'approche centrée sur la personne

L'objectif thérapeutique est d'aider la personne à s'accepter telle qu'elle est et réapprendre à vivre en harmonie avec elle-même.

Le mécanisme s'appuie sur la tendance actualisante de la personne c'est-à-dire sa capacité à s'auto-organiser en permanence en direction du mieux-être

La méthode : - Mise en place d'une qualité de présence relationnelle

Relation à la fois sécurisante et non jugeante

La relation d'aide favorise le développement d'un accord entre le MOI et l'expérience vécue de la personne

- Utilisation de la relation d'aide thérapeutique

C'est l'attitude du thérapeute qui facilite le cadre facilitant.

Elle prend appuie sur 3 points : - empathie (art pour celui qui écoute de percevoir les sentiments, savoir faire abstraction de ses propres conceptions pour entendre celles des autres sans les juger)

- congruence (fait d'être authentique et d'apparaître à l'extérieur comme on est à l'intérieur - cela permet à la personne de développer de la confiance envers le soignant)

- acceptation inconditionnelle (accepter inconditionnellement ce que ressent la personne, quels que soient ses ressentis)

Les techniques d'entretien utilisées : la reformulation (aide la personne à s'entendre elle-même) - le feed-back (montre à la personne qu'elle est entendue) - confrontation (mettre en lumière de façon calme et non jugeante les contradictions de la personne)

III. Selon le modèle cognitif

Les thérapies cognitives visent à soulager la personne de sa souffrance en l'aidant à modifier ses processus de pensées basés sur des illusions et des idées fausses sur elle-même et sur le monde

La méthode utilisée consiste en une mise à jour des schémas cognitifs inconscients au travers d'échanges, puis aider la personne à se libérer de ceux-ci en lui proposant diverses interprétations d'une même situation. C'est l'analyse fonctionnelle.

IV. Selon le modèle comportemental

Ce modèle propose de remplacer un comportement coûteux en énergie ou dangereux par un 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.

Les techniques utilisées :

- la relaxation : travail rééducatif + travail d'élaboration psychique

Effets : augmente le sentiment d'exister - permet d'expérimenter le corps comme un lieu de bien être - travailler sur l'investissement libidinal du corps - stimuler la capacité de symbolisation - diminuer la tension psychique et corporelle

- techniques d'affirmation de soi : jeux de rôle - modeling en imagination

V. Selon le modèle systémique

Elle vise à modifier le fonctionnement global du système familial dans lequel vit le sujet.

Elle vise à modifier l'équilibre de la famille qui s'appuie au départ sur le porteur de symptôme, en redistribuant à chacun de ses membres une part des difficultés concentrées par ce dernier.

La méthode utilisée de façon préférentielle est le questionnement, celui-ci permettant 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.

VI. Selon le modèle neurobiologique

Les traitements neurobiologiques sont essentiellement de 2 ordres :

- Thérapeutique médicamenteuse : psychotropes
- **Neuroleptiques / antipsychotiques** : neuroleptiques sont les médicaments de la psychose ; ils ont tous une action antipsychotique
Surveiller le risque de survenue d'un syndrome malin.
- **Antidépresseurs** : selon les cas les antidépresseurs peuvent présenter des effets psychostimulants ou sédatifs. Les premiers effets commencent à se sentir au bout de 15 à 20 jours après la première prise.

Surveillance particulière :

- risque de raptus suicidaire dans les 15 premiers jours chez les patients à tendance suicidaire car levée d'inhibition
- risque de survenue de virage maniaque chez les patients bipolaires
- rebond anxieux possible au début du traitement
- informer le patient sur le fait qu'il ne doit pas boire d'alcool tant qu'il prend le traitement

Effets secondaires :

Nausées, céphalées, tremblements, troubles digestifs, excitation psychomotrice

- **thymorégulateurs** : Ont pour visée la stabilisation de l'humeur + prévention de rechutes bipolaires.
- **Anxiolytiques** : prescrits pour diminuer l'anxiété. Il y a les benzodiazépines et les anxiolytiques non benzodiazépiniques
- **Hypnotiques** : ce sont des inducteurs de sommeil

- Electroconvulsivothérapie/ sismothérapie

Consiste à l'induction d'une crise convulsive généralisée par application d'un courant électrique transcrânien. Effectuée sous anesthésie générale. Une session est constituée de 6 à 12 séances selon l'indication, à raison de 2 fois par semaines.

Indications :

- certaines formes de mélancolie délirante

- certains états maniaques
- syndromes catatoniques
- schizophrénie
- psychose puerpérale

VII. Prise en charge relationnelle

S'appuie sur la compréhension des processus psychopathologiques.

Les infirmiers mettent à l'œuvre 2 types d'interventions :

- qui relèvent de l'action : du savoir-faire
- qui relèvent de l'accompagnement : du savoir être

Savoir être est un des principaux moyens psychothérapeutique mis en œuvre.

1. Grandes fonctions du soin relationnel

a. Fonction d'étayage

Etayer = soutenir, munir d'un support

Différents types d'étayage :

- étayage sur le corps : soins se centrant sur le corps
- étayage sur la mère
- étayage sur le MOI
- étayage sur le groupe

b. Fonction maternante

Holding + handling

Etat régressif

c. Fonction contenante

L'infirmier reçoit les contenus psychiques du patient de manière indifférenciée et les transforme en paroles et les mets en sens afin qu'ils soient intégrables par lui. C'est ce que l'on appelle la contenance psychique

d. Fonction de pare-excitation

Pose d'un cadre de soin défini apporte une cohérence dans la prise en charge des patients. Quand ce cadre est transgressé ou risque de l'être il appartient à l'infirmier d'établir une filtre protecteur entre le patient et ses pulsions : fonction de pare-excitation.

e. Fonction éducative-directive

Une certaine directivité peut être utilisée

f. Fonction de sollicitation

Sollicite la communication chez le patient qui a parfois tendance à s'isoler, se replier sur lui-même.

Création de liens

g. Fonction transférentielle

h. Fonction personnalisante

L'humanité profonde manifestée par le soignant durant les soins relationnels va renforcer chez la personne soignée son sentiment d'exister.

2. Les éléments thérapeutiques participant au processus de soin

a. Eléments en lien avec l'attention à l'autre

Attention à l'autre + reconnaissance de celui-ci en tant que personne de valeur contribue à aider les personnes en perte d'estime de soi.

- qualité de présence relationnelle : c'est cette qualité de présence qui apporte une humanité profonde à toute relation de soin. Elle vient démontrer que le soignant est une personne, qu'il est concerné par l'autre et par ses difficultés. Effet de renarcissisation de la personne

- regard en tant que signe de reconnaissance : regard très important car c'est pour 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.

- le toucher : 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 et d'une humanité qui vont témoigner d'un intérêt profond pour l'autre.

- importance des attentions portées au quotidien : appeler la personne par son prénom, lui sourire au passage, être attentif...

b. Eléments en lien avec la personnalité du soignant

c. Eléments en lien avec les processus psychiques

3. La relation de soin

a. La parole, base des soins relationnels

La parole est la médiatrice privilégiée du soin relationnel

Elle permet au patient d'exprimer la tension pulsionnelle qui l'habite ; son mal-être étant exposé à l'extérieur cela entraîne un soulagement interne.

Elle peut aider le patient à se distancier de sa problématique

La parole permet de créer du lien entre le patient et le soignant mais aussi de créer du lien entre ses affects et ses pensées

Importance de l'intention thérapeutique : L'intention présente à l'arrière plan des actes infirmiers influe sur l'aspect thérapeutique de ceux-ci

4. Actions de l'infirmier en psychiatrie

Relèvent autant du pôle somatique que du pôle relationnel.

- Actions centrées sur la vie quotidienne :
 - accueil du patient
 - présence relationnelle
 - soutien des actes de la vie

quotidienne

- Actions en lien avec le cadre de la protection des patients :
 - indication et surveillance du respect des règles
 - surveillance globale de l'unité
 - entretiens d'évaluation de l'adhésion au projet de soin
 - entretien de repositionnement du cadre thérapeutique
 - mise en isolement thérapeutique
 - surveillances spécifiques nécessitant une intervention de protection et / ou de contenance

- Actions relationnelles :
 - actions de soutien au quotidien
 - entretien d'accueil, recueil de données
 - entretiens individuels à visée psychothérapeutique
 - activités de médiation (rôle prescrit)
 - entretiens de repositionnement du cadre thérapeutique
 - entretiens informatifs, à caractère éducatif
 - entretiens familiaux

Activités de médiation thérapeutique

Elles permettent de travailler sur les émotions et les mécanismes de défense. Elles permettent au patient d'accéder au processus de symbolisation à partir de la sensorialité.

Les supports utilisés peuvent être divers : dessin, photolangage, musique, groupe de parole, atelier d'écriture, massage, relaxation...

Les activités de médiation se décomposent en 2 temps : temps de l'action + temps de la verbalisation du ressenti

Objectifs thérapeutiques : stimuler les capacités du patient

- cognitives - comportementales - sociales - affectives - créatives

Globalement elles permettent d'atténuer l'impact des manifestations pathologiques, une

régression temporaire, vivre un moment de détente, donne l'occasion au patient de faire des expériences relationnelles et affectives gratifiantes, renforce sa capacité d'agir, d'expérimenter des moments de décharge émotionnelle dans un cadre sécuritaire

- Actions relevant du domaine somatique :
 - distribution de médicaments
 - surveillance de la prise
 - soins somatiques
 - éducation + prévention
 - soins de nursing

- Actions en lien avec l'équipe pluridisciplinaire :
 - réunions infirmières
 - transmissions

- Actions relevant du travail de liaison :
 - avec les autres unités de soin
 - avec les partenaires sociaux
 - avec médecins hors de l'unité

VIII. Conséquences de l'accueil de la souffrance de l'autre

1. Emergence de résonances personnelles

Les zones de souffrance personnelles risquent d'être réactivées par un phénomène de résonance.

2. Contamination psychique

3. Contre-attitudes soignantes

- Identification projective = soignant s'identifie au patient : il pense que ce qui serait bien pour lui-même serait bien pour le patient.
- Volonté de pouvoir = avoir un sentiment de toute-puissance
- Désir de réussir = on ne guérit pas forcément mais on accompagne vers un mieux être
- Dérision = cherche inconsciemment à mettre à distance les affects et angoisses qui surgissent en lui
- Rationalisation = soignant étouffe son émotionnel derrière des raisonnements
- Fausse réassurance
- Dénier

4. Burn out / épuisement professionnel

Réactions caractéristiques : attitudes de retrait, apathie, rationalisation, irritabilité, agressivité, augmentation de l'absentéisme.

IX. Juste posture professionnelle

Etre 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. L'analyse de pratique et la formation continue sont des outils essentiels pour travailler dans une juste distance, développer des compétences professionnelles et résister au burn out