

INTRODUCTION À LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE

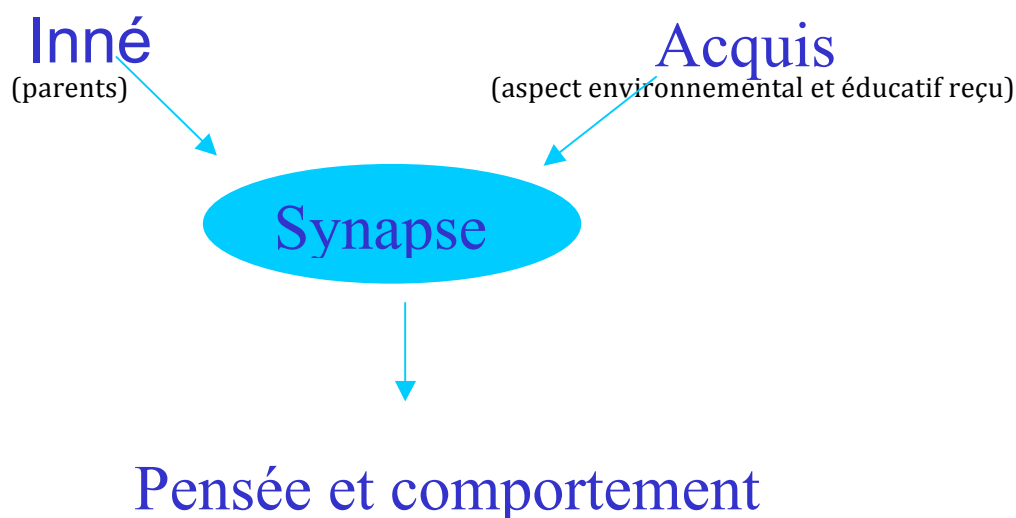
I Psychologie :

1) Objet particulier de l'étude = être humain dans sa globalité ;
« L'être humain se construit comme une totalité individuelle qui subordonne ses actions et réactions, les fonctions corporelles, et spécialement les fonctions basales du SN. »

2) C'est l'étude de la vie psychique ; on étudie plusieurs fonctions

- Instincts : impulsion qu'un être vivant doit à sa nature.
- Émotions : états affectifs intenses (aigus) caractérisés par de brusques perturbations physiques et mentales.
- Passions : états affectifs et intellectuels suffisamment puissants pour dominer la vie de l'esprit.
- Humeurs : dispositions particulières, momentanées, qui ne constituent pas un trait de caractère (tendance dominante attribuable au tempérament et au caractère)
- Mémoire : faculté de se rappeler des états de conscience passés.
- Intelligence : faculté de connaître et de comprendre.
- Volonté : ce que veut quelqu'un, décision effective conforme à une intention.
- Motivation : articulation d'un acte avec des motifs (mobile d'ordre intellectuel, raisons d'agir qui l'expliquent ou le justifient)

Relations entre l'inné, l'acquis et constitution synaptique :



Remarques : Ex de pathologie : agénésie de la fonction psychique => entraîne retard mental.

L'émergence de la pensée résulte d'une interaction entre cellules nerveuses.

Concept de plasticité Hebbienne :

_ Expérience de fermeture d'un œil chez le chaton : les cellules ne répondent pas car inusitées ; elles restent fonctionnelles mais ne répondent qu'à la stimulation => sélection en fonction de leur activation. On observe une rétractation des cellules inusitées et une augmentation de la complexité synaptique pour les cellules actives.

Kendel (1996) : la plasticité physiologique s'accompagne de ramifications d'axones et de la formation de nouvelles synapses durant le développement et après l'apprentissage.

II Développement de la vie psychique :

A) Morphologie et maturation du SN :

Soit le système nerveux d'un embryon de 5 semaines :

- Cerveau moyen : pédoncules cérébraux et tubercules quadrigéminaux (mésencéphale)
- Cerveau intermédiaire : région sous-optique et thalamus (diencéphale)
- Arrière cerveau : bulbe, noyaux des nerfs crâniens, rhombencéphale inf
- Cerveau post : protubérance, cervelet, noyaux NC, rhombencéphale sup

10-12ème semaine : télencéphalisation.

B) Organisation de la vie psychique en relation avec l'organisation du cerveau.

_ Nouveau-né : 1-6 mois : ne distingue ni le jour ni la nuit, expérience originelle du plaisir (jouir, douleur), narcissisme primaire, autoérotisme.

_ 6-10 mois : relation à l'objet détaché de soi (nourriture, voix, excréments)

_ 10-20 mois : 1ers pas, première image de soi, stade du miroir, formation du moi, ébauche de la coexistence.

_ 20 mois- 2 ans et ½ : apparition du langage, schémas d'action et de représentation.

_ 2 ans et ½ - 4 ans : phase du je, conflictualisation, identification des sexes.

_ 4-7 ans : latence des tendances instinctivo-affectives ; intelligence représentative (Piaget) : nombres, classes, construction d'un réel : problèmes sociaux (cole, collectivité) limités à la cellule familiale.

_ 7-10 ans : raisonnement logique, apprentissage des règles sociales et morales.

_ 10-12 ans : pré-puberté, exercice de la pensée abstraite (causalité, contradiction => peut s'opposer à ses parents par exemple)

_ 12-14 ans : puberté ; fin de la période de latence ; réémergence de pulsions instinctives par le biais de la sexualité, recherche de l'amour de l'autre, éclipse des progrès de l'intelligence.

_ 14-17 ans : forme définitive du caractère, affirmation du sujet et de son monde avec système propre de valeurs.

Conclusion : 2 constats : pas d'évolution linéaire.

: le psyché est le produit de l'expérience et de l'organisation interne.

Le caractère caractérise une personnalité dans le temps ; ces traits perdurent toute la vie.

C) Développement psychique de l'individu :

Interactions entre: Relation mère-bébé / éloignement-attachement / développement neuronal / séparation-individuation / puberté /adolescence / ménopause / andropause / crise du milieu de la vie/ vieillesse, détérioration cognitive / mort.

Remarque : La crise du milieu de la vie après avoir longtemps dénigrée est aujourd'hui considérée comme une seconde crise d'adolescence ; on a vécu autant de temps qu'il nous reste à vivre et « *nous dirigeons progressivement vers le déclin...* »

D) Rôle organisateur du conflit psychologique :

Ambivalence entre les investissements externes et « objectaux » et les investissements narcissiques (aspiration à l'autonomie)

Conflits entre satisfaction immédiate et exigences de la réalité externe.

Nous sommes des êtres adaptés socialement car :

→ nous savons privilégier les exigences immédiates = plaisirs.

→ nous tenons compte d'un contexte externe.

Rôle fondateur du conflit familial :

- Quand le contexte familial est positif : l'expression des tensions et de l'agressivité ne compromet pas la qualité de la relation.

- Quand le contexte familial est hostile : il n'y a pas d'amour, l'imprévisibilité des réponses parentales conduit à une insécurité profonde (agressivité trop dangereuse, amour porteur de déceptions)

- Quand le contexte familial est cruel : répétition au moment de l'âge adulte car seul moyen de conserver des liens.

- Quand il est absent, l'enfant va élaborer ses conflits hors du cercle familial.

Vertus de l'élaboration psychique : « mentalisation » dans l'aménagement du conflit. La verbalisation permet de dédramatiser, de nommer les affects, de libérer les tensions. Elle va favoriser le phénomène de séparation-individuation.

Rôle de l'adulte dans le conflit :

L'adulte doit accepter la différence de générations :

- Il peut chercher à revivre sa propre enfance au travers de celle de son propre enfant.
- Il fait ressurgir les figures parentales qu'il a connues au travers de son propre comportement.
- Collusions et confusion des fantasmes infantiles et de ceux des parents.

Exemple de crise conflictuelle :

_ Adolescence : crise du passage enfant => adulte. L'adolescent privilégie l'action à la pensée.

Rôle de l'adulte : fonction éducative, créer les conditions d'un attachement, favoriser l'acceptation des différences, l'existence de limites, manier l'agressivité pour l'orienter vers la construction.

Risques de décompensation à l'adolescence :

Manifestations destructives :

- Anorexie
- Automutilation
- Troubles psychosomatiques

Rôle du soignant :

Le malade est en situation de réceptivité par rapport à lui.

Le soignant peut aider les parents dans leur fonction.

Assure le rôle de tiers dans le conflit

Conclusion : Psychologie, dimension essentielle de la médecine ?

« On vient à la médecine généralement en toute ignorance des théories médicales mais non sans des idées préconçues sur bien des concepts médicaux »

Canguilhem Le normal et le pathologique

Prédominance de « l'évidence based médecine », c'est à dire de l'approche expérimentale, et réduction du somatique à la fonction organique.

Mais

Comment parler au malade ?

Comment le rassurer ? l'aider à soutenir son combat contre la maladie ?

Comment supporter la responsabilité pour le médecin ?

III La conception de la maladie par le malade

Le malade attribue au médecin des pouvoirs considérables :

- image du médecin toujours positive
- pouvoir réel, connaissance technique large
- effet placebo : rôle de la subjectivité du malade et du médecin
- taux d'observance faible.

Les exigences du patient deviennent de plus en plus importantes, il devient consommateur.

Le patient a Droit à la santé, et il sait que la santé coûte cher, il est nécessaire de rétablir la relation humaine dans un contexte de plus en plus opératoire.

Être malade

La perception de la réalité est altérée.

Conséquences psychiques :

- protection
- régression (retour à l'état d'enfant)
- dépendance à l'entourage
- réduction des intérêts, égocentrisme
- pensées magiques, illogiques « Je souhaiterais ne pas avoir cette douleur »

Le malade peut réagir de plusieurs façon face à sa maladie :

- Adaptation : attitude souple et équilibrée, évitant la désorganisation
- Dénier de sa maladie : notamment en cancérologie, le déni peut être conscient ou non, le patient refuse son traitement. Cette réaction est catastrophique.
- Réactions persécutives

Les conséquences de la maladie

Les conséquences primaires sont à la fois physique (douleur, invalidité) et psychique.

L'état de maladie comporte des bénéfices secondaires. Ceux-ci peuvent être conscients, par exemple ne pas aller à l'école / au travail ; ou bien inconscients : être reconnu comme malade, fuir dans l'imaginaire (éloignement du concret).

IV Entretien clinique :

Il doit être semi-directif ou directif (questions ciblées, structurées).

Les questions posées sont ouvertes puis fermées. Les questions ouvertes permettent au patient de parler de lui-même.

Les silences ne sont pas vides de sens.

Le silence est souvent associé à un sentiment de gêne, c'est pourquoi on tente de le combler.

Pourtant dans le cadre d'un examen clinique, le silence n'est pas inintéressant, il faut donc apprendre à le respecter.

Prendre et reformuler, clarifier et résumer.

On sera souvent confronté à des patients n'ayant pas le même niveau d'étude que nous, il faudra se faire comprendre en utilisant un vocabulaire adapté, et faire répéter au patient ce que l'on vient de lui dire afin de vérifier s'il a bien compris.

Être empathique. Permettre à la personne de réfléchir sur elle-même.

Confort de l'entretien

Il faut à la fois que le patient et le médecin se sentent en sécurité.

En psychiatrie, le patient délirant peut être agressif, le médecin ne doit donc pas hésiter à s'entourer de soignants qui pourront maîtriser le patient si besoin.

Le médecin doit faire preuve d'empathie. Carl Rogers parle de « regard positif inconditionnel » ; le thérapeute communique à son patient une sollicitude profonde et une véritable reconnaissance de ses potentialités.

Le thérapeute doit mettre entre parenthèse ses jugements moraux à l'égard du patient. « sérénité vigilante du clinicien » *Oh ça l'apprenez pas, je sais pas ce que ça veut dire !*

Fonction de l'entretien

L'entretien permet de déterminer la nature du problème. L'objectif peut être le diagnostic l'exploration, le pronostic ou encore le traitement.

L'entretien permet également d'établir et maintenir la relation thérapeutique. L'objectif étant d'obtenir la bonne volonté du patient, de soulager sa détresse.

L'entretien permet de communiquer l'information et d'établir le projet thérapeutique. L'objectif est la compréhension du patient de sa maladie et de son traitement ; la recherche d'un consensus et du consentement éclairé.

La notion de transfert et contre-transfert

Le transfert est la réaction du patient envers son médecin.

Votre patient peut avoir envie de coucher avec vous.

Ou il peut s'en prendre à vous. L'agressivité est un signe de fragilité, elle ne doit pas être prise pour nous.

Le contre-transfert est la réaction du médecin envers son patient.

Elle peut être négative, le patient dégoûte son médecin, il faudra quand même le prendre en charge. Il est alors nécessaire d'analyser cette antipathie :

– « mauvais patient », peu gratifiant, non observant (patient remettant en cause les prescriptions de son médecin), *patient puant !*

Dans le cas contraire, la réaction du médecin peut être exagérément positive, idéalisée ou érotisée. Le médecin a envie de coucher avec son patient.

« *N'insultez pas vos patients !* »

Anecdote : J'étais chef de clinique d'un service prestigieux, et après une journée harassante, une infirmière (que j'aimais bien) vient me demander de voir une patiente légèrement agressive. Cette patiente parle très rapidement, elle est en manque de sommeil; rapidement « connard! » lui vient à la bouche; je vous l'ai dit j'étais fatigué, alors j'ai été un peu rude « sortez si vous n'êtes pas contente! »

Plus tard j'appris qu'elle s'était jetée du 8ème étage; (heureusement une gentille voiture a amorti sa chute et elle a survécu)

En fait cette femme souffrait d'un syndrome maniaque et était agressive envers tout le monde. J'aurais dû interpréter son agressivité comme un symptôme de sa maladie.

V Rôle du médecin

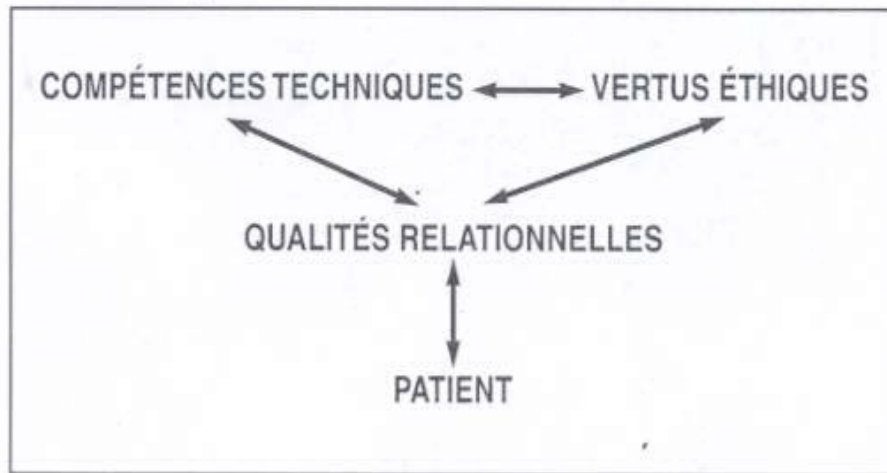
Apaisant : rassurer, appel au calme, faire parler, écouter, identifier la plainte, évacuer les non-dits, orienter la pensée par la discussion (rapprochement de la réalité/éloignement de la réalité), nomination de la maladie, relativiser le caractère magique de la pensée.

Réorganisant : travailler sur la pensée de votre patient c'est en évacuer sa détresse psychique.

Adapté : son langage à celui du patient.

Éviter toute révélation prématurée et toute interprétation sauvage.

Les trois composantes de l'exercice médical



VI Significations de la maladie dans la vie du patient

Réaménagement :

- des liens entre l'individu malade et son entourage
- de l'image de son propre corps
- de ses relations affectives

La maladie a un retentissement affectif et socio-professionnel.

La maladie entre en résonance avec l'histoire du sujet.

