



UE 7-SSH-La psychologie de l'Homme malade

Plan du cours :

INTRODUCTION

I/ La notion de maladie

II/ Différentes situations de maladie

III/ Le vécu de la maladie

CONCLUSION

INTRODUCTION ET DEFINITIONS

La **psychologie** (venant du grec ψυχη (= âme, correspondant au principe d'organisation) et de λογος (= science) est l'**étude des faits psychiques, sentiments, idées, comportements et manières de penser.**

La psychologie médicale est l'application clinique et pathologique de la psychologie, dans une situation de confrontation entre médecin et malade.

Les fondements existentiels de la psychologie c'est **l'équilibre entre angoisse et confiance !**

Approche phénoménologique : mode de compréhension de la vie humaine

Le médecin affronte la maladie, la connaît, la reconnaît et il peut ainsi la combattre. Il apporte donc secours au malade. Le malade, par ailleurs, à une manière de vivre sa maladie qui dépend de **sa**

structure psychologique, c'est-à-dire de ses **mécanismes de défenses psychologiques**, de son **histoire personnelle**, et de sa **situation socio-familiale, de sa culture...** Il faut bien comprendre que **chaque patient va vivre sa maladie de manière unique et personnelle.** Enfin, la maladie revêt des aspects psychologiques variés selon les situations cliniques.

I. La notion de maladie

Elle est très difficile à définir.

On peut y voir 3 aspects :

- **l'aspect biologique**, c'est-à-dire un état du corps et des organes (*disease*)
- **l'aspect clinique**, et donc une logique grâce au médecin qui fait un diagnostic, selon des mécanismes rationnels (*disorder*)
- **l'aspect psychologique**, qui correspond à la conscience que le malade a vis-à-vis de sa maladie (*illness*)

La maladie est **une situation limite** qui appelle toujours **une stratégie d'adaptation**. Elle requiert une intervention médicale, qui permet une évaluation clinique de la situation ainsi que des propositions de diverses stratégies thérapeutiques. La présence d'une maladie nécessite une **adaptation** de la part du patient, un **travail psychologique qui prend du temps, et qui comporte une progression patiente**.

La maladie pour finir est **une dynamique**, qui comporte :

- un sens, une direction
- une origine (vulnérabilité, fragilité...)
- une fin (qui souvent se caractérise par une guérison)

A. La phase de choc initial engendrée par la maladie

La maladie, dans un **premier temps** est souvent perçue comme **un état négatif, qui appelle à un changement**. On peut y retrouver :

- une souffrance, douleur, mal-être, anxiété
- un besoin d'aide et appel d'autrui
- une crainte des complications
- une conscience de sa propre vulnérabilité.

Dans le cas particulier de la maladie grave, on retrouve aussi un sentiment de mort prochaine, de finitude.

Cette phase initiale entraîne donc des **situations de dépendance**.

B. Les réactions psychologiques du malade, se déploient dans un second temps

On assiste ici au mécanisme de défense du « moi ». **3 types de réactions psychologiques sont envisageables** (attention à bien différencier ce qui appartient à la maladie et ce qui appartient à la réaction du malade) :

1. La régression ou l'effondrement

C'est une mise en position basse, très fréquente au début de la maladie, qui se caractérise par un patient obéissant, docile, sage et qui permet donc au médecin d'engager les soins et facilite donc l'intervention médicale. Cependant, elle doit évoluer vers une véritable situation de coopération entre médecin et malade. Le danger de cette situation est de tomber dans le désarroi, la honte, le repli sur soi, la dévalorisation de la part du malade, ainsi qu'une dépendance et une installation dans le statut de malade, qui mettrait un frein considérable à la guérison de celui-ci.

2. La projection

Il s'agit d'une position haute qui va avec un refus de la réalité. On assiste à une réaction agressive avec une projection de l'angoisse sur l'autre (la maladie est associée au médecin). Elle se caractérise aussi par un déni : refus du diagnostic, de sa gravité, sorties irrégulières, éthylisme, hostilité au médecin. Cette situation nécessite un travail psychologique.

3. La sublimation

C'est le résultat du travail psychologique, d'une progression patiente qui prend du temps. On parvient à rétablir une situation horizontale, et le patient parvient à assumer la situation de manière constructive, c'est-à-dire, vers un partenariat avec le médecin, la réadaptation et vers une vie libre et autonome.

C. Dernière étape du processus : la dynamique évolutive

Véritable désir de guérison de la part du patient.

Il est nécessaire d'avoir une **coopération entre le médecin et le malade**, qui va permettre de maîtriser les problèmes et donc d'arriver à la guérison. Le médecin doit savoir écouter, comprendre, aider le malade, le conseiller, l'éduquer (et donc lui faire comprendre la maladie, ses mécanismes, ses traitements, c'est ce que l'on appelle la psycho-éducation), et surtout accepter le malade et ne pas le juger.

Ce travail permet de garantir le secret professionnel, et la disponibilité bienveillante et la neutralité affective.

II. Différentes situations de maladies

L'hospitalisation

L'hôpital est encore aujourd'hui vu comme un lieu réservé aux indigents.

- ✓ Il détient les techniques les plus modernes et efficaces
- ✓ Mais, aller à l'hôpital est un signe de gravité, qui souligne l'échec de la médecine ambulatoire, avec une peur de la part du malade de se retrouver confronté à des étudiants et de l'anonymat, crainte de servir de cobaye

⇒ Il y a donc une nécessité pour le malade de **personnaliser la relation**

Les maladies aiguës curables

- ✓ C'est une situation brève, qui évolue vers la guérison, qui ne provoque pas de remaniements en profondeur, mais qui entraîne un certain degré d'inquiétude.
 - ✓ Chez certains sujets anxieux, fragiles et émotifs, la maladie aiguë curable peut réactiver leur angoisse, modifier le récit de leur trouble, et donc entraver la guérison ou faire courir le risque d'investigation aberrante. Elle favorise la dépendance au médecin
 - ✓ Dans cette situation, on retrouve **deux composantes de la douleur** :
 - Une douleur **objective**, qui renvoie à une lésion dont le médecin doit faire le diagnostic
 - Une douleur **subjective** qui est fonction de la perception de son propre corps, de l'affectivité, des mécanismes de défenses psychologiques.
- ⇒ La douleur **altère la confiance en soi, induit une dévalorisation et peut entraîner des situations de dépendance**.

Les interventions chirurgicales

C'est un saut dans l'inconnu :

- ✓ L'abandon de son propre corps nécessite un lien de confiance entre le patient et le chirurgien
- ✓ **L'anesthésie** pose la question de la **dissolution de la conscience** et donc de la **mort**
- ✓ Atteinte du schéma corporel avec une **Crainte de l'infirmité**
 - ⇒ Cette situation nécessite donc vraiment un lien de confiance !

Les soins intensifs (réanimation, rein artificiel, cardiologie)

C'est une situation d'urgence, difficile sur le plan émotionnel, qui se vit dans une situation de catastrophe ; il n'y a pas de préparation psychologique possible.

On retrouve plusieurs phases dans cette situation :

- 1- Choc initial violent, qui induit une dépendance totale
- 2- Réactions de catastrophes avec des crises de nerf, agitation anxieuse ou abandon
- 3- Réaction de symbiose à l'entourage (médecin-famille-appareils)
- 4- Récupération lente
- 5- Retour à l'indépendance, sentiment d'être à nouveau entier

Les maladies chroniques (rénales, cardiaques)

- ✓ Dans le cas de maladies chroniques, on a un longue période de soumission médicale qui regroupe :
 - Des soins ambulatoires (consultations, bilans, examens, traitements)
 - Mais aussi des hospitalisations ou des cures
- ✓ 2 situations sont possibles dans ce cas :
 - Soit la **dépendance**, avec installation dans le statut de malade, dépression, repli sur soi...
 - Soit la **révolte** : sentiment de rejet, refus de la dépendance, sorties irrégulières, éthylisme, hostilité au médecin
- ✓ A la guérison, le malade peut ressentir une impression d'abandon, avec de l'anxiété, insécurité...
 - ⇒ Cette situation, nécessite réellement la coopération entre médecin et malade.

Les maladies incurables

Attention, chaque cas est unique.

- ✓ Il ne faut dire au patient que ce qui est **supportable pour lui, et surtout qui est utile !**
- ✓ A la première consultation, il faut dire au malade ce qu'il faut faire, qu'il faut le faire, que ne pas le faire serait dangereux, que les examens et les soins sont nécessaires et surtout **préparer aux conséquences**
- ✓ Face à cette situation 3 réactions de la part du malade sont possibles :
 - La négation : pour éviter l'angoisse ou pour protéger le médecin, le malade ne parle jamais de sa maladie
 - L'**abandon**, lorsque le malade refuse les soins, et tombe dans la **dépression**
 - *L'anxiété permanente* ou le besoin d'être rassuré
- ⇒ Le médecin doit dans ces différents cas savoir rassurer le malade, être vigilant, être clair, et surtout ne **pas se réfugier dans une attitude technique pure** (où l'on oublie que le patient est avant tout un humain et pas un objet de soins) ou projeter sur le malade sa propre angoisse de la mort. Un dialogue neutre et bienveillant est nécessaire.
- ✓ Le cas de l'enfant qui souffre d'une maladie incurable est très particulier : l'enfant tend à s'isoler face à l'angoisse des proches. Il ne faut surtout pas l'individualiser comme un être à part, il fait partie d'une famille qui est très importante à prendre en compte.
 - ⇒ C'est une situation dramatique

L'infirmité physique

- ✓ La réussite esthétique du traitement est nécessaire pour permettre au patient de retrouver l'image de soi
- ✓ **3 risques** sont à prendre en compte dans cette situation
 - Dépression du malade
 - **Paranoïa** avec une certaine agressivité
 - Soit le patient est tellement *anxieux* qu'il surcompense, et tend à prendre des risques...
- ✓ Dans ce cas, on peut retrouver de l'embarras de la part du malade, un rejet en profondeur de sa nouvelle image, de l'irritation...
- ✓ Il est nécessaire pour le malade de dépasser l'infirmité physique pour se constituer une nouvelle image et ainsi dépasser son handicap, d'assumer le changement, ceci grâce à un travail psychologique

III. Le vécu de la maladie

A. Le vécu du médecin

Le médecin va vivre la maladie de son patient de différentes manières en fonction de :

1- Sa théorie :

- ➔ Sa motivation (Pourquoi je prodigue des soins ?)
- ➔ Son engagement dans son travail (Spécialisation (et donc l'intérêt personnel à donner des soins, compétence, est-ce que je suis médecin uniquement pour la position sociale que cela me donne ou pas ?)
- ➔ Sa théorie sur la relation médecin-médecin
 - ⇒ **Sa théorie c'est son idéologie !**

- 2- Sa pratique, c'est-à-dire son style relationnel, sa façon de pratiquer son métier, mais surtout sa clientèle (on va voir un certain médecin, parce que la manière dont il fonctionne nous convient)
- 3- Son objectif, qui dépend de sa stratégie d'intervention et de son temps ! (Quelle partie de mon temps je vais donner pour essayer de sauver ce malade, est-ce que je vais m'impliquer vraiment avec ce patient ? ...)

B. Le vécu du malade, c'est le sens que le malade donne à sa maladie.

1- Généralement, la maladie est vécue comme un mal

- ✓ Cela peut être vécu comme une **blesseure narcissique**, avec un risque de dévalorisation et repli sur soi, de surcompensation et de déni ou bien un risque de projection de l'angoisse sur l'extérieur (le patient va être désagréable avec tout le monde parce qu'il est angoissé, il croit que le médecin invente tout...)
- ✓ Le malade peut avoir le sentiment d'être une victime, et vit donc sa maladie comme une **agression**, avec des signes de dépression, découragement ou bien de réactions agressives contre un persécuteur imaginaire, la famille, le médecin, on peut même arriver dans des situations extrêmes à la psychose et au délire.
- ✓ Elle peut aussi être vécue comme une **faute**. Le patient se croit responsable de sa maladie, avec un certain besoin de se justifier, et des réactions de culpabilité !

2- Mais parfois, la maladie est vécue comme un bien

- ✓ La maladie peut apparaître pour le patient comme une **revalorisation, une épreuve initiatique dont on sort grandi**. Généralement, le patient participe de manière active à sa guérison et on observe parfois des changements de personnalité
- ✓ Elle peut être un **moyen de déculpabilisation** pour le patient, une **autopunition**. On peut aller jusqu'à la destruction si le patient estime que la punition n'est pas suffisante pour qu'il puisse se repentir.
- ✓ La maladie peut aussi être **source d'avantages et de bénéfices secondaires** comme un répit dans une situation difficile, alibi pour justifier une décision, recevoir une pension, une gratification affective, recevoir l'attention de son entourage. C'est donc un frein à la guérison puisque le patient ne veut pas perdre ses avantages dus à la maladie

C. L'alliance thérapeutique

Il existe deux principales attitudes du malade face à sa maladie :

1- Le malade résiste, refuse la maladie

- ➔ Refus de consulter, de prendre le médicament, de suivre la prescription
- ➔ Refus de sa propre faiblesse : le patient montre qu'il est courageux, fort, in ne montre pas qu'il est fatigué, qu'il ne va pas bien, qu'il a mal... On le retrouve beaucoup dans le milieu rural et chez les sujets de statut social élevé
- ➔ Optimisme quant aux chances de guérison

→ Crainte du médecin, de son diagnostic, de ce qui est inconnu et menaçant

2- Ou bien, le patient accueille sa maladie

→ Il accepte l'idée d'être malade

→ Le besoin d'être rassuré, soulagé est affirmé (un mal dont on connaît la cause est moins pénible, on a le droit de se plaindre s'il on est reconnu malade, un traitement rassure (ex : le placebo))

→ Le patient « offre » sa maladie au médecin (ici, il faut bien comprendre que pour le médecin, pouvoir soigner le patient est une chance)

CONCLUSION

La fonction du médecin est contradictoire car le malade vit un conflit.

Diagnostic et pronostic sont un danger car ils confirment que le patient est malade. Cependant, seul le médecin est capable d'apporter son aide donc le diagnostic est un espoir pour le patient.

⇒ **Le malade doit ainsi résoudre ce conflit entre danger et espoir pour vivre au mieux sa maladie.**

