

## **MECANISMES PSYCHOLOGIQUES ET SOINS RELATIONNELS : EXPERIENCE CLINIQUE**

### **Eléments pour pistes de réflexion sur le positionnement professionnel dans la relation**

**Le transfert** : décrit par Freud qui le considère comme le mécanisme sur lequel repose la cure psychanalytique, il peut se définir comme une **intense relation affective**, voire amoureuse entre le patient et son thérapeute. Le patient s'adresse en réalité à une personne à laquelle il suppose un savoir, qui **incarne différentes figures de sa vie et les affects qui y sont rattachés**. Il s'agit d'un déplacement d'affects destinés à une personne sur une autre personne : le psychanalyste dans la situation analytique, sur l'infirmier, le médecin, l'aide-soignant. **Le transfert est le lieu de répétition de fantasmes**.

La difficulté pour le soignant est de voir à quelle place il est mis et ce qu'il vient représenter là pour le patient.

Reconnaître, accepter et analyser le transfert, c'est pouvoir acquérir une position juste et éviter de se laisser détruire.

Par exemple si le patient fait preuve d'agressivité, le soignant gagnera à considérer qu'il n'est pas personnellement la cible de cette agressivité car le patient ne le voit pas en tant que personne mais adresse une critique à l'image qu'il se fait de celui qui sait ou qui doit savoir, condition pour lui de sortir guéri de sa situation. L'agressivité s'adresse davantage à cette peur. Elle peut résulter de l'angoisse liée à sa maladie que l'infirmier ravive par sa seule présence en tant que professionnel (in psychologie clinique en soins infirmiers. P13,14,15).

**L'infirmier peut être perçu comme le persécuteur ou comme un sauveur** et le patient n'a pas la possibilité d' « analyser ses affects » dans sa position de souffrance. La position décalée de l'infirmier / l'imaginaire du patient permettra à ce dernier de changer d'attitude.

**Le patient peut se positionner dans des mouvements de régression** du fait de la passivité qu'engendre la prise en charge hospitalière et voir l'infirmière comme **une mère qui doit le protéger : place de parent réel ou fantasmatique suffisamment ou insuffisamment bonne** et adopter des attitudes destinées inconsciemment à cette dernière.

Le patient peut mettre l'infirmier à la place de celui qui sait tout ou de celui qui sait tout faire : la relation soignant / soigné est empreinte de fantasmes et la relation de pouvoir sur l'autre fait partie de cet imaginaire dans le cadre du transfert.

### **Posture professionnelle face au transfert chez le patient :**

- Reconnaître l'émotion déclenchée en soi afin de pouvoir analyser les éléments pulsionnels, affectifs au besoin par une supervision ou grâce à l'équipe pour pouvoir reconnaître ce qui fait problème
- Eviter de se sentir blessé par une remarque, de la colère de la part de la personne soignée,
- éviter de se blinder ou de se laisser submerger par des sentiments de colère ou d'agressivité, sentiment de remise en cause, de compassion, de tristesse que génère le transfert du patient sur la personne du soignant
- Fonder la relation sur un lien interhumain puisant aux sources de la communication et de la parole

## Le contre transfert

Ensemble des émotions, réactions et attitudes activées chez le thérapeute face au patient. Dès lors que le thérapeute ou l'infirmier éprouve une émotion forte qu'il a du mal à gérer, un sentiment d'impuissance ou encore la volonté de convaincre et de changer l'autre, c'est qu'il vit un contre transfert.

Le contre transfert est important à conscientiser pour pouvoir être dépassé et éventuellement utilisé positivement dans le cadre de la relation soignante.

La posture réflexive, l'analyse de la pratique, la supervision permettent de prendre conscience du phénomène et évite la perturbation de la relation : favorisant l'acceptation de l'autre et le maintien de la juste distance émotionnelle nécessaire au soin dans le cadre de l'accompagnement de la personne soignée dans son projet thérapeutique..

## L'angoisse du patient

L'angoisse se définit comme un affect de déplaisir plus ou moins intense qui se manifeste chez un sujet dans l'attente de quelque chose qu'il ne peut nommer et dont il ne peut circonscrire précisément la source à l'origine d'un mal être dont il ne peut parler. Elle vient se substituer à un affect encore plus déplaisant et innommable qui ne parvient pas à la conscience. L'angoisse a donc ici une fonction protectrice pour la personne vis-à-vis de ce sentiment innommable et qu'il ne peut affronter.

L'angoisse est le signe que le moi est attaqué par des affects déplaisants.

Elle est déclenchée selon Freud de manière involontaire, inconsciente et automatique lorsque le sujet se trouve dans une situation de danger qui menace sa vie. Elle peut aussi être volontaire et consciente comme évitement de ce qui met en danger le moi lorsque le sujet ne peut dire, ne peut symboliser ce face à quoi il se trouve.

**L'angoisse peut naître de ne plus se sentir considéré comme un être désirant : recevoir des injonctions de soins, être regardé avec indifférence, ne pas être écouté dans ses besoins, ses plaintes, sentiment de ne pouvoir échapper à une situation, absence de liberté, de choix de décision peut entraîner un trauma par envahissement du faire sans symbolisation ou par anéantissement de l'expression du manque qui fait de l'être humain un être désirant et lui permet de vivre et d'avoir envie de vivre.**

Trois causes d'angoisse sont repérables :

- L'angoisse d'abandon
- L'angoisse devant la mort face à l'irreprésentable, l'innommable qui ne peut être symbolisé
- L'angoisse dans la psychose : angoisse d'anéantissement, de désintégration avec effondrement du statut de sujet dans un contexte de fragilité du moi, terreur d'effraction du corps, de morcellement, de prise de possession de son corps par l'autre, sentiment de persécution intense

## Les mécanismes de défense du patient face à ses angoisses :

### Relire les définitions de chaque mécanisme de défense dans le cours du Docteur MUNCK semestre 2

Les mécanismes de défense consistent en des opérations psychiques grâce auxquelles le moi se défend, se protège contre un événement incontrôlable, ingérable, intolérable pour lui. Ces défenses sont liées à la maladie, à la souffrance, à des annonces de diagnostic difficiles voire impossibles à accepter. L'angoisse naît du fait que ce qui est vécu n'est pas psychisé : l'élaboration psychique ne se fait pas ou très lentement dans une temporalité différente du déroulement de l'évènement et propre à chacun.

Les mécanismes de défense permettent au moi d'éviter l'angoisse, de la transformer en sorte de supporter ce qui arrive sans s'effondrer et sans perdre d'énergie. Ils sont là pour permettre au moi de réagir sans se détruire, de s'adapter à une autre représentation et un nouveau rapport au monde narcissiquement supportable et économique pour son fonctionnement psychique.

## L'angoisse chez le soignant

Différentes sources possibles dans le cadre professionnel :

- La souffrance du patient, sa mort
- L'angoisse de mal faire ou de ne pas savoir faire, d'être jugé qui est révélatrice d'un manque de confiance en soi, provoquant la réouverture de blessures narcissiques
- L'angoisse face à des sensations des ressentis de répulsion, de dégoût
- Les difficultés relationnelles avec les familles, au sein des équipes de travail...

Origines de l'angoisse :

- Traduction d'un désir de bien faire dans un contexte où se révèle un conflit entre son désir idéalisé et la situation, l'angoisse peut être un moteur pour rechercher le positionnement juste : dominée par la pulsion de vie
- L'angoisse peut être source d'inhibition si elle est trop difficile à vivre et être dominée par la pulsion de mort

Conséquences de l'angoisse : inhibition, mise en place de mécanismes de défense préjudiciables à la qualité des soins et au bien être de la personne soignée.

Importance de travailler la réflexivité face aux situations professionnelles génératrices d'angoisse et d'avoir recours à une supervision auprès d'un psychologue si nécessaire.

## Les mécanismes de défense en jeu chez le soignant :

- permettent de pallier à l'angoisse face à la souffrance, à la mort par leur mise à distance et l'évitement de l'angoisse qu'elle pourrait générer.
- doivent faire l'objet d'un repérage et d'un travail d'élaboration autour de cette angoisse