

# **Manuel de psychologie à l'usage des soignants**

## ***Chez le même éditeur***

**Être un soignant heureux : le défi.** C. Carillo, 2010, 220 pages.

**Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits.** C. Curchod, 2009, 224 pages.

**Infirmier en milieu carcéral.** R.-E. Migliorino, 2009, 88 pages.

**Quand les soignants témoignent.** P. Gaurier, 2009, 216 pages.

**Dictionnaire médical de l'infirmière : encyclopédie pratique.**

J. Quevauvilliers, G. Perlemuter, L. Perlemuter, 8<sup>e</sup> édition, 2009, 1136 pages.

**Guide pratique de l'infirmière.** G. Perlemuter, L. Perlemuter, 2<sup>e</sup> édition, 2008, 1600 pages.

**Fiches de soins infirmiers.** P. Hallouët, J. Eggers, E. Malaquin-Pavan, 3<sup>e</sup> édition, 2008, 650 pages.

**Psychologie clinique en soins infirmiers.** S. Rézette, 2008, 184 pages.

**Mémo-guide infirmier : les 100 fiches essentielles.** P. Hallouët, 2007, 352 pages.

---

# Manuel de psychologie à l'usage des soignants

Hélène Harel-Biraud

*3<sup>e</sup> édition*



ELSEVIER  
MASSON



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

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

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

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

© 2010, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés  
ISBN : 978-2-294-71183-1

---

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex  
[www.elsevier-masson.fr](http://www.elsevier-masson.fr)

# Dédicace

À Serge.

À mon grand-père le D<sup>r</sup> F. Biraud, un des premiers radiologues français (thèse chez Masson). Engagé volontaire en 1914, capturé en dépit de la croix rouge sur son ambulance, il revint mourant de captivité en 1918.

À mon père le D<sup>r</sup> Y.-M. Biraud, formé à John Hopkins (USA) et Pasteur, un des premiers épidémiologistes français. Entré à la SDN en 1929, secrétaire général à New York et créateur de l'OMS à Genève, dont il fut un des directeurs jusqu'à son décès en 1965. Dans le même temps, il créa, sur la demande du P<sup>r</sup> R. Debré, la première chaire d'épidémiologie en France lors de la création de l'École nationale de Santé publique de Rennes où un amphithéâtre porte son nom.

À mes enfants et particulièrement Béatrice, médecin et psychothérapeute, qui sait si bien écouter.

À Christiane, qui soignait avec son cœur, son âme et sa ferveur.

# Avant-propos

*Aucun homme ne peut rien vous révéler sinon ce qui  
repose déjà, à demi-endormi, dans l'aube de votre  
connaissance.*

Khalil Gibran (*Le Prophète*)

Une de mes élèves infirmières me disait récemment que « la psychologie était une science, un art qui ne s'apprenait pas : on naissait psychologue ou non. » Je pense qu'elle avait, en partie, raison. Les soignants des corps, qu'ils soient médecins, infirmières, puéricultrices, kinésithérapeutes, et tous ceux qui sont soignants de l'âme parce qu'ils pratiquent une relation d'aide, infirmiers en psychiatrie, psychologues, travailleurs sociaux, écouteurs, etc. travaillent d'abord avec ce qu'ils sont, avant que d'employer des techniques.

Certains, parce qu'ils sont angoissés, fragiles, craignant l'implication personnelle, redoutant d'être « dévorés », entraînés plus loin que ne le supporte leur disponibilité, auront du mal à soigner. Ce verbe signifie littéralement « s'occuper du bien-être et du contentement de quelqu'un » (XIV<sup>e</sup> siècle), c'est aussi pour eux que j'ai écrit ce livre. Parce que savoir les choses (en dehors d'un diplôme qui exige déjà de multiples connaissances), repenser ses attitudes, discerner mieux l'essentiel de l'accessoire, connaître ses fragilités, sortir de soi-même pour aller vers les autres, prendre les moyens de ces relations professionnelles mais aussi personnelles, se situer sereinement par rapport à la vieillesse et la mort, être authentique et aussi se protéger, sont des éléments auxquels nous, soignants, sommes tous conviés.

Tous, nous travaillons avec notre cœur comme avec les repères de nos connaissances. Puisse ce manuel, vous apporter des bases qui vous permettront d'aider autrui, celui qui souffre dans son corps, dans son existence matérielle et sociale et toujours aussi dans sa tête. Il est sur votre chemin pour que vous puissiez l'aider, parce que vous pouvez l'aider.

Toute relation, si elle est vraie, est pédagogique, thérapeutique ; elle fait évoluer le malade, le patient, le souffrant vers un mieux-être psychologique, même si le corps, lui, ne peut toujours être guéri. Vous sortirez vous-même enrichi de la relation, de l'expérience vécue. Vous aurez beaucoup donné mais recevrez au centuple.

Puisse l'expérience que j'ai pu acquérir comme infirmière dans la brousse africaine, puis comme psychologue auprès de parents, de personnes âgées,

de malades mentaux et de grands malades somatiques accompagnés psychologiquement vers la guérison ou vers la mort, servir à votre formation de soignant.

Un manuel est souvent quelque chose de froid, de synthétique et de compilateur ; celui-ci n'échappe pas à ce risque, même s'il suit les grands mouvements et aussi les crises de la vie (la maladie en est une). Celles-ci ne sont pas systématiquement négatives : elles permettent souvent d'intégrer des éléments nouveaux, de remanier la personne et sont toujours révélatrices de l'être.

J'ai suivi la chronologie de la vie et insisté sur le développement de la personnalité, la crise de l'adolescence, le vieillissement, la maladie et la mort. La médecine a pris conscience, ces dernières années, de l'importance pour les soignants d'accompagner leurs malades jusqu'au terme de leur existence : « Il y a toujours quelque chose à faire quand il n'y a plus rien à faire ! » ; d'où l'intérêt accru pour les soins palliatifs.

J'ai insisté aussi sur le potentiel spirituel de la personne. Beaucoup de personnalités, même scientifiques, insistent pour que la dimension spirituelle soit prise en compte sous peine de névroses et de désespoirs. Nous avons donc comme soignants, parents, travailleurs sociaux, à être à l'écoute de ce qui touche au *sens* : sens de la vie, sens de la mort, sens de la relation, sens de notre savoir et de notre pouvoir de soignant, possibilité, si vous le désirez, qu'ils deviennent amour.

# 1 Qu'est-ce que la psychologie ?

## Histoire

Le mot « psychologie » est d'origine grecque : *psukhé* = âme et *logos* = science. Pendant des millénaires elle ne s'est pas distinguée de la philosophie et de la métaphysique. Elle traitait des sentiments, des passions et de l'« éprouvé humain ». Depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, elle a pris son autonomie en devenant l'« étude scientifique des faits psychiques », le mot « psychique » n'ayant plus la connotation religieuse d'« âme », mais recouvrant des domaines aussi vastes que l'intelligence, l'affectivité, les relations du corps et de l'esprit, le comportement individuel et social, celui du comportement animal et même la linguistique. La psychologie s'est voulue une science ; nous disons maintenant « science humaine », lorsque, sous l'influence du développement de la physique et de la physiologie, au XIX<sup>e</sup> siècle, elle a commencé de recourir à des méthodes expérimentales, puis sous l'influence des mathématiques, s'est appuyée sur les moyens statistiques. Au début, on n'hésita pas à tenter de mettre expérimentalement en équations les rapports entre le corps et l'âme ainsi qu'à rechercher s'il existait une continuité dans la série des êtres vivants, entre l'animal et l'homme. On s'aperçut que ces vastes interrogations ne pouvaient avoir des réponses que fragmentées, en sériant les questions et donc en diversifiant les méthodes. En même temps apparaissait la nécessité, pour aborder les problèmes humains, qui sont essentiellement des problèmes de synthèse, de rapprocher les points de vue des diverses disciplines dans une vision pluridisciplinaire qui prévaut aujourd'hui.

## La psychologie expérimentale

Elle a été suscitée dès 1820 par un astronome allemand, Bessel, qui s'était aperçu que même ce qui aurait dû être parfaitement objectif, comme l'observation de l'heure exacte de passage d'un astre devant une lunette astronomique, était sujet à subjectivité, chaque observateur ayant son type d'erreur.

La psychophysiologie ouvrait les voies d'une étude sur les réactions aux stimulations de l'environnement. On constate que beaucoup de chercheurs sont d'abord des physiologistes, même s'ils gardent souvent, au début, des préoccupations philosophiques propres à leur époque et sont des savants à culture encyclopédique.



La psychologie expérimentale va tenter d'étudier le comportement d'animaux et d'hommes placés dans des situations réalisables en laboratoire. Par souci moral elle privilégiera la recherche sur les animaux ce qui donnera une nouvelle discipline de la psychologie : la psychologie animale ou éthologie.

C'est Fechner (1801-1887), physicien et mathématicien, qui, avec encore d'évidentes préoccupations métaphysiques, est le pionnier de la psychologie expérimentale. Il travaille sur le rapport entre l'excitation des organes des sens et la sensation produite. Ses travaux sont à l'origine de la mesure en psychologie. Helmholtz (1821-1894), physicien également, travaille sur les mécanismes de la vision et ceux de la perception des sons.

L'homme qui a établi définitivement l'autonomie de cette discipline fut incontestablement Wundt (1832-1920) par l'ouverture à Leipzig en 1879 du premier laboratoire de psychologie expérimentale. Il va travailler aussi sur la sensation et les perceptions, les temps de réaction. Il emploie une méthode essentiellement analytique et fragmentaire, en dissociant, en éléments, les processus conscients, au détriment des processus supérieurs qui seront observés par ses successeurs dont Ebbinghaus qui étudie la mémoire et un français Binet (1857-1911). Celui-ci travaille sur la nature des images mentales, l'imagination, l'attention, les facultés de compréhension et d'apprentissage. Il crée de petites épreuves qui seront les premiers tests qu'il sort du laboratoire pour les proposer dans des écoles, auprès d'enfants.

Après Binet, naît la psychologie de la *forme* ou *Gestalt* en allemand. Elle étudie la manière dont la perception, les formes s'organisent, se distinguent du « fond » et se transposent à la suite d'une modification de détail qui les transforme complètement : début de l'étude de l'intelligence animale et humaine, proprement dite. Ces premiers psychologues s'appuyèrent d'abord sur l'introspection : seul le sujet de l'expérience pouvait accéder à ses propres états de conscience. La physiologie, ses moyens propres et la psychologie animale qui ne permet pas au sujet de partager son expérience, susciterent des méthodes nouvelles.

L'œuvre de Pavlov (1849-1936) va ouvrir une voie nouvelle avec l'étude des réflexes conditionnés : ces modifications du corps entraînées par une stimulation servant de signal, le langage devenant un second système de signalisation. Tout le monde connaît la fameuse expérience de 1903 faite sur des chiens. Ceux-ci commencent à saliver lorsqu'ils entendent les pas des garçons de laboratoires venus les nourrir puis lorsqu'un signal lumineux ou sonore est associé puis remplace les premiers signaux. « Le langage est, pour le psychologue, un excitant bien plus précieux et je dirai tout aussi précis », écrit Binet, « que les excitants sensoriels : le langage permet de donner à l'expérimentation psychologique une amplitude considérable ».

Si les recherches ne peuvent porter de manière satisfaisante sur la conscience (difficulté d'introspection et mutisme des animaux), elles peuvent porter

sur l'activité : « behaviour » pour les anglo-saxons, « comportement » pour les Français. Le behaviorisme fondé en 1913 par l'américain Watson, va observer principalement les réactions des rats en laboratoires et tendra à donner un maximum d'objectivité à la recherche. Il permettra d'étudier les mécanismes de l'apprentissage et permettra également de travailler sur les localisations cérébrales.

L'évolution récente de la psychologie expérimentale a été marquée par Fraise, Guillaume et surtout le grand psychologue suisse Piaget dont nous aurons l'occasion de parler plus longuement en psychologie de l'enfant.

Les applications de la psychologie expérimentale vont dans deux directions : d'abord dans le champ de l'industrie et de l'entreprise avec une étude de la modification et de l'adaptation des postes de travail en vue de les rendre plus fonctionnels et accessibles à la personne à qui ils sont attribués. Ensuite elles ouvrent les portes à la psychologie différentielle.

## La psychologie animale

Nous avons vu les liens unissant la psychologie expérimentale et la psychologie animale grâce au vaste champ de son expérimentation et de la possibilité de réaliser des destructions d'organes pour infirmer ou confirmer les hypothèses sur le rôle de ceux-ci dans les comportements observés. Philosophes et zoologistes ont une influence lointaine sur cette recherche qui commença en France avec Réaumur dès 1740 publiant une étude sur le comportement des insectes. Les abeilles seront observées avec leur langage que sont les danses des butineuses orientant le vol de leurs congénères. D'autres insectes sociaux furent observés, notamment les termites par Grasse en 1937.

Des questions philosophiques se posent sur la conscience animale et sa continuité avec la conscience humaine (Descartes). Darwin (1809-1882) va étudier l'évolution des espèces, l'influence sur elles des particularités se transmettant héréditairement et favorisant la survie de l'une par rapport à l'autre. Les études allant des organismes dits inférieurs, aux grands singes, apportent des réponses concernant aussi l'homme. Apprentissages en laboratoires, essais pour définir la conscience, hypothèses sur l'intelligence, la docilité, l'oubli, l'outil chez les animaux, non déjà éduqués, ouvrent sur des réponses valables également chez l'homme. L'attitude des savants n'est pas anthropomorphiste qui consisterait à expliquer le comportement animal par celui de l'homme, mais bien au contraire d'invoquer pour l'homme des explications plus simples, suffisantes pour l'animal.

Dès 1875, Caton enregistre l'activité électrique cérébrale chez l'animal c'est-à-dire 50 ans avant ces mêmes expérimentations chez l'homme (électroencéphalogramme).

Une des plus grandes figures, disparue récemment, de la psychologie animale contemporaine est Lorenz. Il a travaillé sur les oiseaux, les fameuses oies cendrées qu'il faisait éclore dans son bureau et les poissons qui ne sont pourtant pas des animaux réputés pour leur intelligence ; il a étudié les signaux employés entre individus d'une même espèce animale et l'*empreinte* laissée sur ses oisons par les premiers signaux reçus (forme, couleurs, mouvement, visage humain) à l'éclosion. Cela confirme ce que Freud avait démontré sur le plan affectif : la marque indélébile des premières expériences émotionnelles chez le petit de l'homme.

## La psychologie différentielle

La psychologie expérimentale, qu'elle prenne comme sujet l'homme ou l'animal, étudie une loi générale valable pour l'espèce humaine et les êtres vivants en général. La psychologie différentielle va étudier comment se diversifient les êtres humains de groupes différents, entre eux, et par rapport à cette loi générale (par exemple hommes et femmes, classes d'âge différentes, catégories professionnelles...). Cette observation est basée sur le fait que tous les individus ne s'adaptent pas de façon identique à une même variation des conditions du milieu.

Des préoccupations théoriques animent un chercheur comme l'anglais Galton (1822-1911) qui entraînent le développement de la statistique appliquée à la psychologie. D'autres, essentiellement pratiques, sont axées sur l'étude de problèmes sociaux avec Catell.

Galton, le premier sur une grande échelle, met au point des batteries de 17 tests pour mesurer le degré de génie d'un individu permettant de mesurer les différences individuelles d'un très grand nombre de personnes ce qui l'amène, ensuite, à utiliser des méthodes statistiques pour établir des normes. Il étudie les corrélations, les paramètres influençant les phénomènes observés. Cette méthode s'appellera quelques années plus tard « l'analyse factorielle ».

Cette psychologie statistique donne naissance à une nouvelle méthode de psychologie générale qui, étudiant réussites et échecs individuels par rapport à une même tâche, va découvrir quels processus psychologiques et physiologiques cette tâche met en œuvre.

L'étude de ces différences individuelles va alimenter les controverses sur la prédominance de l'influence de l'hérédité (inné) et celle de l'éducation et du milieu (acquis). Auparavant Mendel en 1865 et ses disciples plus tardivement (1910) avaient découvert les lois de l'hérédité (sur les fameuses mouches du vinaigre : les drosophiles). Vers 1930, la constitution héréditaire, ou génotype, de chaque individu est déterminée. Comment mesurer l'influence du milieu ? En observant deux individus ayant le même patrimoine

héréditaire : les vrais jumeaux, placés dans des milieux différents. La méthode des jumeaux a souvent été utilisée. Elle a fait l'objet d'études approfondies par le psychologue français Zazzo. Dans l'ensemble, il ressort que la psychologie est largement influencée par l'hérédité. À propos des jumeaux, on est cependant frappé des différences psychologiques et comportementales qui existent entre vrais jumeaux élevés dans le même environnement familial. Elles font penser qu'en définitive, si l'hérédité est importante, la relation affective établie par chaque enfant avec chacun des parents ou des proches, qui n'est, elle, pas identique, est aussi primordiale. Les études actuelles sur les jumeaux ont, comme préalable, de les considérer non comme des individus semblables mais comme un « couple » dont les interactions internes sont aussi structurantes que celles agies individuellement par le milieu extérieur.

Un des plus grands développements de l'application de la psychologie différentielle sera la méthode des tests. C'est un américain, Catell (1860-1944), élève de Wundt et de Galton, qui va, le premier, en 1890, employer le mot « test ». Il fonde des laboratoires, des revues, une organisation commerciale offrant ses services dans les domaines éducatif et industriel.

À la même époque (1905), des Français, Binet, Henri et Simon, proposent leur fameuse « échelle » qui permet, à partir de tests élémentaires, de mesurer le niveau intellectuel d'un individu (*le quotient intellectuel ou QI*). On étudiera son profil psychologique, les tests pouvant se représenter graphiquement.

« *Un test mental* est une situation expérimentale standardisée, servant de stimulus à un comportement qui est évalué par une comparaison statistique avec celui d'autres individus placés dans la même situation, permettant ainsi de classer le sujet examiné, soit quantitativement, soit typologiquement » (Piéron).

Un test, qu'il soit objectif ou subjectif, doit être validé par un grand nombre de sujets. Il peut être individuel ou collectif. Il peut étudier les aspects cognitifs de la personnalité (intelligence, aptitudes, connaissances) ou la personnalité elle-même, ses intérêts, son caractère, son affectivité.

Le test de Weschler, mesurant l'intelligence, comporte 12 sous-tests évaluant divers constituants de celle-ci et donne, pondéré par l'âge, le quotient intellectuel d'un sujet. D'autres tests pour enfants ne font pas intervenir le langage (dessins, cubes, labyrinthes). Certains tests analysent le domaine de la psychomotricité, des perceptions visuelles ou auditives, d'autres, enfin, les fonctions intellectuelles supérieures.

Une série d'autres tests étudient le domaine de la personnalité et de ses comportements : ce sont des questionnaires ou des techniques dites projectives. Un des plus utilisés est le test que le psychiatre suisse Rorschach utilisa dès 1921, appelé communément « le test des taches d'encre ». Dix

planches en noir et en couleurs présentant des figures symétriques que chacun peut interpréter selon sa problématique personnelle. Les réponses sont analysées selon plusieurs critères, puis comptées et enfin interprétées. Les études faites sur ce test ont montré un pourcentage de fiabilité se situant entre 85 et 98 %.

Certains tests de dessins sont utilisés également, comme le *test de l'arbre* chez l'adulte ou celui du *dessin de famille* chez l'enfant. On demande à l'enfant de dessiner une famille. En général, il dessine sa famille idéale (qui n'est pas toujours la sienne...) et on analyse ensuite, l'ordre d'apparition des personnages, leur taille, leurs liens, l'espace, les couleurs utilisées, la qualité du trait et d'autres paramètres concernant l'affectivité et même les qualités intellectuelles de l'enfant.

Certains tests qui proposent au sujet de construire un village (Artus, 1949) permettent aux enfants, en particulier, de sortir d'une situation d'investigation pour une situation de jeu plus facile à gérer pour lui comme pour le psychologue.

Une autre situation de jeu, théâtral cette fois, dont nous parlerons plus loin, est le psychodrame de Moreno qui peut également être utilisé à des fins diagnostiques comme thérapeutiques.

Une technique interprétative, actuellement l'une des plus employées après le test de Rorschach, est le TAT (*thematic aperception test*) ou CAT pour les enfants. On présente un certain nombre de planches au sujet, lui demandant, à partir d'elles, de raconter des histoires. On peut étudier son univers personnel en fonction des thèmes développés, observer ses centres d'intérêt, ses sujets d'identification, ses contraintes extérieures, etc.

Certains tests utilisent des phrases, des images, des histoires à compléter.

La graphologie est une méthode dont la valeur est aujourd'hui incontestée. Les études montrent que sa fiabilité est de plus de 70 %.

Ce qu'on peut retenir de tous ces tests, c'est que ce sont ceux qui sont quantifiés (comme le Rorschach) qui amènent la validité des tests projectifs au niveau de celle des tests d'effcience.

## La psychologie de l'enfant

Avant d'aborder la psychologie de l'enfant, telle qu'elle a été décrite par Freud dans la deuxième partie de ce chapitre, et d'autres auteurs dans le chapitre suivant, quelques mots concernant l'histoire de celle-ci.

Il est à noter d'abord que tous les hommes de science dont nous avons parlé, en abordant l'histoire de la psychologie depuis son origine dans le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, se sont intéressés à la psychologie de l'enfant. La plupart ont observé leurs propres enfants en train de grandir, ce qui était plus

facile que de réunir des informations en laboratoire ou par questionnaires sur d'autres enfants. Certains ont trouvé des analogies entre leur développement et celui de l'animal, avec l'évolution des sociétés humaines elles-mêmes.

Dès le début, les auteurs ont été frappés par l'existence de grandes différences de développement entre les enfants ; souvent, le fait que ces enfants aient été observés dans des conditions très différentes, amena à plus de rigueur et on essaya de rassembler des résultats comparables. On pratiqua des méthodes simples de statistiques qui permirent de déterminer l'âge auquel se faisait, en général, telle ou telle acquisition. Deux types d'observations furent recueillies : celles qu'on a appelées « transversales » qui étaient effectuées sur un ou plusieurs groupes d'enfants, et celles appelées « longitudinales » qui sont des observations prolongées et répétées sur les mêmes enfants.

Gesell, le grand psychologue américain publie, dès 1925, des études de ces deux types et décrit les acquisitions dans 150 domaines (intelligence, motricité...) faites sur beaucoup d'enfants et de manière répétitive sur certains.

Mais celui qui va marquer profondément et durablement la psychologie de l'enfant, c'est Piaget (1896-1980). Ce n'est pas par hasard si ce grand psychologue suisse a une formation scientifique de zoologiste. Depuis l'enfance, il étudie les mollusques peuplant les lacs du Jura et du Léman, puis il s'intéresse à la psychologie de l'enfant et plus particulièrement au développement de sa pensée et de son langage. Il prend un peu ses distances vis-à-vis des tests très à la mode depuis Catell et préfère les observations directes doublées de conversations familiales où l'enfant explique souvent ses perceptions et son propre comportement, qui, lui permettent d'étudier le jugement, le raisonnement l'acquisition du jugement moral, les notions de nombre, de temps, d'espace etc. entre 1924 et 1951. Pour Piaget, le développement est essentiellement progressif, continu, marqué par une profonde unité fonctionnelle. L'enfant est constamment incité par son état provisoire d'inadaptation à parcourir le chemin qui l'amènera à l'état d'équilibre de l'adulte.

Dans le même temps, un chercheur français, Wallon (1879-1962) qui publie en 1941 un ouvrage sur *l'évolution psychologique de l'enfant* va, au contraire, voir en cette évolution, non un développement continu mais une suite de crises, de mutations où deux facteurs interviennent, l'un biologique (la maturation du système nerveux), l'autre social (les situations dans lesquelles les fonctions de l'enfant se développent). Wallon accusera Piaget de ne faire que décrire le développement de l'enfant, sans en donner d'explications. Piaget ne se « reconnaît pas » dans ces critiques et refuse de mêler ce qu'il juge être une prise de position philosophique (la dialectique) et la science.

Piaget commence à publier lorsque Freud et la psychanalyse sont à leur apogée. Il s'en démarque et critique longtemps le maître viennois et ses théories sur la sexualité de l'enfant, mais dans ses années de vieillesse publie une lettre remarquable, rendant hommage à Freud et reconnaissant que, dans le développement de l'intelligence, il avait sous-estimé la place considérable que tenaient le développement et les éventuels avatars de l'affectivité.

Les chercheurs ont essayé de décrire un certain nombre d'étapes du développement de l'enfant, tentant de regrouper les acquisitions réalisées en périodes, au cours desquelles une forme provisoire d'équilibre semblait s'établir. Certains auteurs ont décrit jusqu'à soixante et une périodes de transition, ce qui paraît difficilement utilisable, aussi bien sur le plan théorique que sur le plan pratique.

## La psychologie sociale

« La psychologie sociale a pour objet l'interaction des influences sociales et des personnalités singulières et aussi les relations des individus entre eux et des groupes entre eux » (Maisonneuve). Si l'expression « psychologie sociale » a été employée dès la fin du siècle dernier, les travaux donnant naissance aux études actuelles sont tous postérieurs à 1925.

Dès son origine, la psychologie sociale doit faire face à deux positions extrêmes : la première consiste à expliquer entièrement un individu par la société dans laquelle il vit. C'est la thèse que défend Durkheim en 1898. Elle marquera encore fortement les culturalistes (Malinowski, M. Mead) qui tentent de démontrer combien les primitifs de Mélanésie ou de Nouvelle-Guinée sont le produit de leur culture. La deuxième est d'expliquer entièrement le groupe par l'individu.

Souvent, les raisons de ces prises de positions extrêmes viennent plus d'une arrière-pensée visant à préconiser ou transformer telle ou telle organisation sociale au détriment d'une observation objective et rigoureuse, comme l'œuvre de Le Bon sur la psychologie des foules (1915) qui était entachée de jugement moral. Les travaux actuels visent à employer des méthodes qui ne puissent être influencées par leurs utilisateurs et qui ne préjugent pas des résultats qu'elles permettront d'atteindre.

La psychologie sociale a employé des « modèles » empruntés à d'autres formes de psychologie comme les « attitudes » (psychomotricité), d'autres comme ceux utilisés par la communication (information, voies et réseaux de communication). Un autre modèle est emprunté aux gestaltistes : perception du monde par autrui, forces en jeu dans les transformations et l'équilibre des structures sociales.

L'étude des groupes sociaux devient possible avec l'hypothèse selon laquelle l'action des uns sert de stimulus aux réactions des autres et vice versa, les groupes se différenciant de situations collectives ponctuelles.

On étudiera les rôles individuels dans le groupe nés des besoins de chacun, les rôles sociaux (politiques, professionnels...), celui du leader. Bales établit une échelle célèbre permettant de situer les attitudes, coopérantes ou non, de tout individu procédant à une tâche collective ou à une discussion.

L'intérêt pour les opinions et les attitudes vont permettre de développer l'étude de l'opinion publique en un moment donné. Propagande, publicité, partis politiques vont l'utiliser. Les sondages, avec l'aide des statistiques et sous condition d'un échantillonnage rigoureux et significatif de la population étudiée, vont être pratiqués largement, analysant les désirs des consommateurs ou les choix politiques, en des opérations ponctuelles.

Après avoir porté sur un petit nombre de questions, ces sondages, avec un nombre plus important de questions, ont tenté d'étudier des phénomènes plus complexes (racisme, sexisme...).

Le gestaltiste Lewin étudie les groupes restreints et ce qu'on appelle la *dynamique des groupes* : tous les facteurs affectifs, opératoires et fonctionnels, qui renforcent la cohésion d'un groupe, sont passés au crible. Les styles de conduite directif ou non directif de son chef, le conformisme ou la déviance des participants, leur degré d'implication, le langage et les fantasmes communs, les possibilités et conditions de changement sont analysés.

Depuis longtemps, l'entreprise avait été le champ d'observations et d'actions dérivées directement de la psychologie sociale. Dès 1927, la fameuse expérience de Mayo a lieu dans une usine américaine employant 29 000 ouvriers. Il y crée un atelier expérimental spécial où les conditions de travail, la relation avec le contremaître, le respect et l'écoute de chacun sont tels que le « climat » se transforme et le rendement augmente. Actuellement beaucoup d'actions sont dirigées vers les entreprises pour les rendre plus humaines et en même temps plus performantes.

Contemporain de Lewin, Moreno, psychiatre roumain exerçant à Vienne puis émigré aux États-Unis, fonde la sociométrie. Il invente une technique qualitative permettant de décrire, avec des méthodes statistiques, les liens et les répulsions qui existent entre les individus d'un groupe restreint : le sociogramme. Il invente également une méthode de psychothérapie, le psychodrame, par laquelle un groupe de patients, dirigé par un clinicien, peut extérioriser ses conflits anciens ou actuels, chacun jouant un rôle révélateur dans la pièce dramatique ainsi improvisée.



## La psychologie pathologique

À partir de l'observation du comportement des malades mentaux, va s'édifier la psychologie pathologique qui deviendra la psychologie clinique.

Le premier novateur, psychologue, issu lui aussi de la philosophie, sera Ribot (1839-1916). Il étudiera les troubles mentaux en travaillant sur des cas cliniques rapportés dans les traités de médecine parce qu'il n'est pas médecin et n'a pas accès directement au lit des malades des services de psychiatrie. Il publie des études sur les désorganisations de la mémoire, de la volonté, de la personnalité. Dans ces désorganisations qui se font dans un ordre bien défini, il montre comment se sont faites les acquisitions et ceci est un véritable substitut à la méthode expérimentale. La plus grande partie de son œuvre est écrite 10 à 15 ans avant les premières publications de Freud où il montrera la primauté de la vie affective et le rôle fondamental des tendances en partie inconscientes.

En 1863, Claude Bernard avait déjà affirmé l'identité entre le normal et le pathologique dans sa fameuse *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*.

Ribot aura un disciple brillant, Janet, philosophe, physiologiste et médecin qui lui succédera au Collège de France. De 1892 à 1936, Janet traite de l'hystérie, des névroses, des obsessions ou de l'angoisse. Déjà il parle de force psychique, de tension, notions qui paraissent banales de nos jours mais qui étaient révolutionnaires à l'époque. Un autre grand disciple de Ribot, professeur de psychopathologie, sera Dumas. Il étudie les sentiments, la tristesse et la joie, et leur expression. Il dirige la publication d'un *Traité de psychologie* qui illustre la richesse de son œuvre.

Un autre médecin, Charcot (1825-1893) dirige l'École de la Salpêtrière à Paris et son enseignement sur les maladies nerveuses et l'hystérie en particulier fut célèbre. Il employait l'hypnotisme, comme moyen thérapeutique alors très à la mode. Charcot avait montré que la cause de la paralysie hystérique semblait, non pas l'événement traumatisant lui-même, mais le souvenir que le malade en gardait. En l'hypnotisant, on pouvait obtenir le récit de l'événement responsable du trouble. Jeune neuropathologiste, Freud demande une bourse et passe l'année 1885 à Paris auprès de lui. Il lui proposa plus tard de traduire et commenter en allemand ses deux principaux ouvrages.

Une controverse s'installe entre Charcot et un autre professeur à la faculté de Nancy, Bernheim, qui ne voit dans l'hypnotisme rien d'autre que les effets produits par la suggestion dont les malades seraient les complices involontaires. Ce débat a surtout contribué à faire admettre l'importance des « médicaments psychologiques » comme les appelle alors Janet, si prisées de nos jours, et ouvert la voie à la psychanalyse.

## La psychanalyse

Il nous faut aborder maintenant l'histoire et les concepts de la théorie de la personnalité qu'on appelle la psychanalyse ; celle-ci étant aussi un mode de psychothérapie par la parole. Elle a marqué et continue de laisser une trace profonde sur les sciences humaines et toute la pensée d'aujourd'hui, même si d'autres théories sur la structuration de la personnalité, d'autres voies de recherches, d'autres formes de psychothérapie, certaines instances morales ou religieuses se sont éloignées d'elle, ont critiqué ses propositions ou sa suprématie, toutes ont dû compter avec elle et accepter ses postulats essentiels.

Sigmund Freud naît en 1856, en Moravie dans une famille juive, fils du troisième mariage d'un drapier que la ruine amènera à Vienne. Élève brillant, Freud fait ses études de médecine, malgré son goût pour la littérature et les civilisations gréco-romaines. En 1886, il épouse Martha Bernays avec laquelle il était resté fiancé 4 ans, à qui il écrit quelque mille cinq cents lettres et dont il aura 7 enfants.

Après quelques années de recherches neurophysiologiques en laboratoire, il s'intéresse aux maladies mentales et en particulier à l'hystérie soignée alors par l'hypnose. Il passe une année auprès de Charcot à la Salpêtrière, et, à son retour, fait la connaissance d'un autre médecin (ORL), W. Fliess, avec lequel il nouera une amitié passionnée et féconde entretenant pendant 10 ans une correspondance riche et précieuse qui nous éclaire sur l'élaboration de sa théorie à partir de ses observations cliniques, et les tâtonnements qui l'accompagnent. Avec le Dr J. Breuer, il publie en 1895 les *Études sur l'hystérie*, où l'étiologie sexuelle des névroses est mise en lumière. Il commence sa propre autoanalyse et découvre l'importance de la sexualité, celle de la vie fantasmatique et le rôle de ce qu'il a appelé le « complexe d'Œdipe ».

Il commence à soigner par la parole et sans hypnose. En 1899 paraît *l'Interprétation des rêves* où il montre le rôle de l'inconscient. Il publie de nombreuses études de 1904 à 1930 et fait école. D'éminents psychologues : Jung (Suisse), Jones (USA), Abraham (Berlin), Ferenczi (Hongrie), Adler (Autriche) se joignent à lui, se séparant parfois plus tard de leur maître. Chacune de ses publications, livre ou article, est une pierre à l'édifice de sa théorie. En 1933, ceux-ci sont brûlés à Berlin par les nazis et il est obligé de fuir l'Autriche pour l'Angleterre où il meurt d'un douloureux cancer de la mâchoire découvert 16 ans plus tôt.

Loin de nous la prétention d'exposer, en quelques pages, *la théorie psychanalytique de la personnalité*, mais il est difficile de comprendre quoi que ce soit au psychisme humain normal ou pathologique sans tenter de définir les concepts que sont les outils de la psychologie et de la psychiatrie modernes. La théorie psychanalytique reste inégalée en ce qui concerne la variété des phénomènes psychiques qu'elle peut aborder et la façon dont elle

envisage le jeu des processus psychologiques d'un individu considéré comme totalité, même si elle a pu être critiquée et souvent dépassée par certains psychanalystes eux-mêmes ou par des praticiens d'autres écoles.

La psychanalyse accorde beaucoup d'importance à ce qui se passe dans l'enfance de tout individu. Elle accorde également à la sexualité, à ses investissements et ses avatars, une place prépondérante qu'on lui a reprochée souvent en une fin de XIX<sup>e</sup> siècle extrêmement puritaine où la société refoulaït activement la sexualité.

Surtout au début de ses recherches, Freud a décrit l'homme comme un système d'énergie, *un appareil psychique*, se développant progressivement et dans lequel une quantité d'énergie constante qu'il a appelée *libido* circule, se bloque, se décharge et s'exprime dans des comportements dont le but est la réduction de tension qui s'accompagne de plaisir.

Pour se décharger, il faut que le besoin (nourriture, sexualité...) trouve un *objet* adéquat. Ceci implique que le Moi soit libre et ne soit pas entravé par une fixation à un objet passé intériorisé. L'objet peut être une personne réelle ou imaginaire, parée le plus souvent de qualités liées au degré de satisfaction qu'elle a pu apporter, perçue donc comme bon objet ou mauvais objet, idéalisé ou persécutif.

Cette libido née des pulsions sexuelles, peut s'investir sur les choses mais également sur le Moi, c'est ce qu'on appelle *le narcissisme* d'après le mythe de Narcisse qui découvre son visage dans une source et se met à s'aimer. On distingue le narcissisme primaire, celui du nourrisson qui ne se vit pas encore différencié de ceux qui l'entourent et qui viendrait, pour certains auteurs, de l'amour même qu'il a reçu de ses parents, et le narcissisme secondaire qui désigne un « retournement sur le Moi de la libido retirée de ses investissements objectaux ».

Nous avons vu que toute conduite tend à aboutir à la réduction d'une tension pénible, avec le cas échéant, production de plaisir. Freud a appelé ce mécanisme le *principe de plaisir*. L'enfant manifeste sa tension en criant. Il peut la tromper en « hallucinant » la satisfaction désirée (en suçant son pouce par exemple).

Au fur et à mesure de son développement, l'enfant abandonne le plaisir immédiat et se développent des fonctions d'ajustement à la réalité (attention, mémoire, jugement) qui se substituent au refoulement ou à la décharge motrice. Exigences de la réalité qui ne sont pas en contradiction avec l'aspiration au désir émanant de la libido, mais obligent seulement cette dernière à en différer l'actualisation. C'est ce que Freud a nommé *principe de réalité*.

Le développement psychosexuel se divise en trois périodes : la première de la naissance à 5 ans, comprend les *stades oral, anal et phallique* ; la seconde dite de latence où l'évolution sexuelle subit un coup d'arrêt est le

*stade génital*, qui commence avec la puberté, où la sexualité atteint sa forme adulte sur laquelle nous reviendrons lorsque nous aborderons le couple et la sexualité. Chaque stade se caractérise par son enracinement biologique lié à une zone érogène (qui procure du plaisir) et à un certain mode de relation avec la réalité. On peut rester fixé à l'un de ces stades (fixation) ou y régresser (régression).

*Au stade oral* (première année), la vie psychique s'organise autour de la « cavité orale » (bouche et nez). L'incorporation orale, le développement des activités sensorielles et motrices, se manifeste autour du « prendre » et « garder ». La peau, par les stimulations et caresses qu'elle reçoit, joue aussi un rôle érogène. Au deuxième semestre, la poussée dentaire, la rage impuissante contre la mère lorsqu'elle s'éloigne, vont donner à l'enfant des expériences confuses de sadomasochisme et d'ambivalence (sentiments positifs et négatifs orientés sur le même objet).

*Le stade sadique anal* s'étend sur les deuxième et troisième années. Les tensions se déchargent principalement dans la défécation. Double plaisir : celui de garder ses matières le plus longtemps possible et ensuite de les évacuer provoque une excitation de la muqueuse anale. Ce qui sort de son corps est considéré par l'enfant comme sa « possession » qu'il offrira plus ou moins facilement en cadeau à sa mère. La problématique du « garder » et du « donner » (avarice, générosité, perte) ainsi que celle de la « maîtrise » vont naître dans ces premières expériences qui vont prévaloir dans les diverses conduites excrémentielles (voir chapitre 5).

Stade sadique anal parce que le contrôle des sphincters devient un instrument d'opposition aux adultes. Bien évidemment la question de la propreté, avec ses corollaires de minutie, de scrupule, se posera pendant ce stade dont nous verrons certaines résurgences plus tard dans les moments difficiles de l'adolescence ou de la sénescence.

*Le stade phallique* se situe entre 3 et 5 ans. Les organes génitaux deviennent la zone érogène dominante. Les tensions se déchargent principalement par la masturbation. La manière dont les parents et les éducateurs accueilleront celle-ci, aura des conséquences sur la manière dont l'enfant vivra sa sexualité plus tard.

Les tendances qui portent l'enfant vers les personnes de son entourage ressemblent de plus en plus aux sentiments amoureux des adultes. C'est alors la naissance du *complexe d'Œdipe* qui, selon Freud, est le noyau autour duquel vont se construire la personnalité de tout homme et ses avatars névrotiques. La légende grecque, qui raconte qu'Œdipe ne peut échapper à son destin (tuer son père et épouser sa mère), a donné son nom à l'épisode structurant universellement l'enfance. Freud avait observé dans son autoanalyse comme chez ses patients, que le petit garçon concentrait ses désirs sexuels (non génitaux encore) sur sa mère et était partagé entre son amour pour son père (base

de son identification à lui) et sa haine jalouse (basée sur ses privilèges paternels). L'angoisse de castration naît de la crainte que le père, inconsciemment haï, n'exerce des représailles sur son intégrité corporelle.

Chez la fille, l'évolution est plus complexe : à la jalousie de la mère, s'ajoute la déception de l'absence du pénis, remplacée par le désir d'avoir un enfant du père. Pour attirer et « posséder » ce père, elle va imiter activement la mère qui va devenir pour elle un modèle.

Les fantasmes ou rêves de disparition du parent gênant peuvent avoir des conséquences sérieuses lorsque le père ou la mère disparaissent réellement de la vie de l'enfant, entraînant culpabilité et dépression.

La résolution du complexe d'Œdipe peut être difficile si, à la demande d'amour de l'enfant, le parent de l'autre sexe répond par de l'indifférence, ne reconnaissant pas dans son enfant, la virilité ou la féminité naissante. Si la réponse est excessive, le danger peut être grand également : la mère, possessive et insatisfaite, prenant son fils comme objet d'amour ou le père favorisant une relation incestueuse avec sa fille.

Le complexe d'Œdipe est une structure complexe qu'on appelle souvent triangle œdipien et n'a rien à voir avec ce qu'on entend communément par complexe (de supériorité ou d'infériorité).

Le complexe d'Œdipe se résout avec l'entrée dans la période de latence mais on en trouve des résurgences pendant l'adolescence et même plus tard, dans le déplacement de la relation impossible sur un frère ou une sœur, le choix amoureux ou le désir d'enfant.

Sa résolution se fait par la progressive prise de conscience que les parents s'appartiennent l'un à l'autre et que l'enfant est exclu de cette relation (d'où l'importance de la qualité affective de leur couple ou de celle d'un couple de substitution qui élève l'enfant). Il va activement investir les relations extra-familiales, les activités scolaires ou de loisirs. Cela correspond au début de la scolarité et à un début de relative autonomie pour lui.

La *période de latence* voit un temps d'arrêt dans le développement de la libido ; souvent l'enfant oublie événements et désirs de sa vie antérieure, c'est ce qu'on appelle l'« amnésie infantile ». Il déssexualise ses relations, sublime ses désirs (forts intérêts pour la morale et la métaphysique), devient plus autonome, développe son Moi et a une bonne perception de son identité. C'est aussi la naissance de la pudeur. Contrairement aux apparences, c'est une période importante pour la construction de la personnalité de l'enfant et très attachante pour les proches. Elle contraste singulièrement avec celle, souvent agitée, qui va suivre : l'adolescence.

Un certain nombre de concepts sont à expliciter. Ils sont couramment employés en psychologie, psychopathologie et même dans le langage de tous les jours.

*Le besoin* est un état de tension qui va conduire à la recherche d'une satisfaction dans l'action vers un objet réel : par exemple, manger ou avoir une relation sexuelle.

*Le désir* auquel il est souvent fait référence demeure du domaine de l'imaginaire et se présente sous forme de mises en scènes fantasmatiques passant obligatoirement par une élaboration mentale. Il participe de la connaissance d'expériences satisfaisantes passées et des signes qui y sont associés : rêver de tel mets ou imaginer une rencontre avec tel être aimé.

*Les pulsions.* Quand Freud parle de pulsion, ce n'est pas de l'instinct (comportement animal, fixé par l'hérédité et caractéristique de l'espèce) mais d'une « poussée » énergétique et motrice qui fait tendre l'organisme vers un but. On peut distinguer trois moments dans le déroulement du processus pulsionnel : la source est un état d'excitation à l'intérieur du corps ; le but est la suppression de cette excitation, l'objet est l'instrument de la satisfaction. Ce concept se situe donc étroitement entre le biologique et le mental.

Freud a, dans un premier temps, distingué les pulsions sexuelles, à l'origine de la libido, et les pulsions du Moi qui servent à la préservation du Moi (culpabilité, angoisse, idéal moral). Le conflit entre ces deux types de pulsion générant les névroses. Il y ajoute des pulsions partielles qui, dans l'enfance, fonctionnent indépendamment comme l'exhibitionnisme et le voyeurisme. Un adulte restant fixé à ce type de sexualité parcellaire pouvant être taxé de pervers. Ces pulsions partielles, ainsi que celles générées par les diverses zones érogènes, seront unifiées et intégrées dans la sexualité génitale adulte.

Plus tardivement, Freud accepte de reconnaître, unie à la sexualité, l'agressivité comme une lutte du Moi pour sa conservation et son affirmation. Unie à la sexualité c'est le sadisme.

Après la première guerre mondiale, il envisage l'existence d'une pulsion de mort qui pousse corps et mental vers la dissolution et l'inorganique. Lorsque cette pulsion de mort est unie à la pulsion sexuelle, c'est le masochisme. Liée à la pulsion de mort, *la compulsion de répétition* lorsque le sujet se trouve poussé par une contrainte interne, à répéter pensée ou séquence de comportement, même désagréable, sous peine d'angoisse.

Si la pulsion de mort est retournée contre le Moi, c'est la dépression et le suicide. Nous verrons plus loin son rôle dans certaines périodes de la vie, l'adolescence et la sénescence par exemple.

Dans sa première conception de l'appareil psychique (1900), Freud distingue, à la lumière de son travail clinique, trois systèmes :

- le premier, le *conscient*, qui renvoie aux phénomènes immédiatement présents à notre esprit, ce qui habite dans la minute présente pensée et imaginaire et peut être verbalisé (exprimé par le langage) ;

- le deuxième, le *préconscient*, qui est l'ensemble des phénomènes psychiques actuellement absents du psychisme mais pouvant facilement, particulièrement par la mémoire, devenir conscients et présents ;
- enfin l'*inconscient*. D'autres avant lui, avaient déjà parlé de l'inconscient (Ics). Le mérite de Freud a été de montrer qu'il se constituait au cours de l'histoire individuelle et que le système conscient se défendait activement de son irruption, en particulier par le refoulement. Seule l'analyse des rêves, des actes manqués, des symptômes, donne accès à l'inconscient. C'est le travail de la psychanalyse. Son contenu est essentiellement fait des représentations des pulsions, des désirs archaïques et est régi par des mécanismes spécifiques (condensation, déplacement). Il fonctionne selon le principe de plaisir.

La deuxième conception (1923) distingue trois systèmes de la personnalité :

- le *Ça* a à peu près le même contenu que l'inconscient. Il gouverne la vie humaine. Fond pulsionnel de la personnalité, il est le réservoir de l'énergie psychique, contient pulsions, dispositions héréditaires et tout ce qui a été refoulé de l'histoire du sujet et qui reste cependant présent ;
- le *Moi* qui se développe progressivement à partir du *Ça* et le contact avec la réalité extérieure, grâce au langage et à une série d'identifications avec autrui (parents en particulier). Il est médiateur entre le *Ça*, le *Surmoi* et la réalité. Il fonctionne selon le principe de réalité ;
- le *Surmoi* est une structure inconsciente dérivée du *Moi* par intériorisation des interdictions et exigences parentales. Il est source des sentiments d'infériorité et de culpabilité lorsque l'image de soi ne correspond pas à ses normes.

Dans cette deuxième théorie, Freud a donné aussi une certaine importance, que nous retrouverons dans l'étude de l'adolescence en particulier, à l'*Idéal du Moi*, instance résultant de l'idéalisation du *Moi* (narcissisme) et de personnes ou idéaux collectifs, constituant un modèle auquel le sujet cherche à se conformer.

L'*angoisse* dont l'anxiété est un degré mineur, est une émotion pénible, conséquence et manifestation d'une stimulation excessive que l'organisme ne parvient pas à maîtriser ou d'une tension résultant de tensions non déchargées ; elle signale un danger et peut être également le rappel d'une situation antérieure traumatique. N'omettant pas le danger, perçu comme absolu, qu'est la mort et qui génère ce qu'on pourrait appeler une angoisse existentielle : elle est propre aux humains, les animaux évitant les dangers, éprouvant la peur, mais ne pouvant imaginer leur propre disparition.

Un certain nombre de mécanismes sont destinés à empêcher la décharge de la pulsion. En voici quelques-uns :

- le premier décrit est le *refoulement* : tentative pour rejeter et maintenir dans l'inconscient les représentants de la pulsion lorsque sa satisfaction

devient un danger pour le Moi. Le refoulement comporte une dépense d'énergie permanente qui explique la fatigue des adolescents et de certains névrosés ;

- *la projection* qui attribue à l'autre les sentiments que l'on ne peut admettre chez soi-même (« il ne m'aime pas » veut en réalité exprimer « je ne l'aime pas ») ;
- *la formation réactionnelle* qui est l'adoption d'attitudes opposées à ce qui est, en réalité, éprouvé (obséquiosité vis-à-vis des personnes détestées par exemple) ;
- *l'isolation* qui est séparation entre une pensée, un comportement et ses affects (elle est fréquente dans la névrose obsessionnelle, la phobie ou l'hystérie) ;
- *le déni* qui nie purement la réalité (fréquent dans les maladies graves, face à l'angoisse de mort) ;
- *la rationalisation* qui donne à une conduite, dominée par la pulsion, une explication rationnelle (si j'ai battu mon fils, c'est pour son bien !) ;
- *l'annulation* de quelque chose qui a existé réellement ou de façon imaginaire.

Un autre mécanisme de défense qui transforme et oriente la pulsion vers des buts socialement acceptables, est la *sublimation*. La décharge n'est pas bloquée, elle est utilisée à des buts éloignés de la satisfaction primitive. Pensons à l'agressivité dans le sport ou la politique, la sexualité dans certains métiers touchant le corps et la séduction, les sciences et l'art, l'homosexualité dans certaines amitiés ou cohésion de groupe.

On parle de *conflit* lorsque s'opposent, dans le sujet, des exigences internes contraires ; entre désir et exigence morale, entre deux sentiments ; entre diverses instances de la personnalité ; entre désirs et interdits. Le conflit peut se traduire par la formation de symptômes ou de troubles du comportement.

*Le symptôme* est dû à une rupture du barrage servant à refouler dans l'inconscient certaines tendances. Le plus souvent, le barrage ne cède que partiellement et des formations de compromis se constituent pour satisfaire partiellement la partie consciente de la personnalité et son inconscient.

Nous verrons plus loin (au chapitre des comportements) le sens de deux concepts qui nous intéressent particulièrement nous soignants, ceux de la fixation et de la régression.

Abordons maintenant rapidement les modalités de la psychothérapie analytique. Son but est de permettre au patient, grâce à la situation de transfert (voir chapitre 7), de prendre conscience des représentants psychiques refoulés et de l'amener à intégrer les pulsions dans son psychisme. L'analyste aidant à analyser rêves, associations de pensées, fantasmes, lapsus, etc. de son patient (analysant) et à interpréter les résistances de celui-ci à



leur propos. Analyse des résistances et des phénomènes transférentiels sont donc les outils de la cure-type qui se déroule sur plusieurs années et obéit à des règles strictes.

*D'autres psychothérapies dites « brèves »* s'inspirent de la psychanalyse. Elles ont celle-ci comme référent théorique mais le thérapeute y fait généralement plus d'interventions ; lui et son patient sont face à face. Elles sont indiquées dans les cas où une véritable analyse risquerait de déstabiliser gravement le patient, lorsque celui-ci est trop âgé pour vivre de profonds remaniements psychologiques, lorsqu'il a plus besoin d'un soutien existentiel (dépression, événement difficile à vivre) que d'une analyse de ses profondeurs psychiques. Enfin il est souvent difficile, dans le cadre hospitalier, de pratiquer une cure-type et on y fait le plus souvent, une thérapie « brève » d'inspiration analytique.

Quelques grands psychanalystes, héritiers de Freud ou contemporains, ont marqué ces dernières décennies. Plusieurs se sont plus particulièrement intéressés à la psychologie de l'enfant et nous éclairent sur ce qui structure la personnalité de celui-ci et en particulier sur sa vie fantasmatique.

## **Jung et Adler**

La psychologie analytique de C.G. Jung ou la psychologie individuelle de Adler doivent être considérées comme faisant partie des profondeurs. Alfred Adler, né à Vienne en 1870 (invité par Freud à se joindre à son cercle), fut pourtant le premier à se séparer de lui en 1911 et à fonder sa propre école. Le sentiment d'infériorité, primordial dans sa théorie (et négatif s'il se mue en complexe) est normal : c'est une forme d'adaptation à la vie.

C.G. Jung est surtout connu à travers ses polémiques et sa rupture avec Freud (1913). Il ajoutait un inconscient « collectif » à l'inconscient « individuel » de Freud et lui reprochait de ne voir que la sexualité dans les instincts et le développement infantile ; et à Adler sa primauté du sentiment d'infériorité.

Pour lui, fils de pasteur, la névrose est une souffrance de l'âme privée de son sens ; et c'est un mal qui peut être salutaire. Pour Jung encore, les propriétés qui n'ont pas été acquises individuellement sont « préformées », commandées par une nécessité et non pour une motivation consciente. Comme, par exemple, les archétypes du Héros de la Mer, du Vieux Sage, de la Mère, de l'Arbre, de l'Oiseau, etc.

## **Mélanie Klein (1882-1960)**

Analysée par deux disciples de Freud, Ferenczi et K. Abraham, elle fut une des premières avec Anna Freud, à analyser des enfants. Elle se sert du jeu pour approcher les fantasmes des petits enfants souvent avant l'acquisition du langage. Elle montre que la vie libidinale de l'enfant, ses désirs sexuels,

ses angoisses, ses conflits, se déchargent dans sa vie fantasmatique et fondent toute son activité ludique. Son univers de tout-petit n'est pas aussi heureux et lisse que ne le croient les adultes, mais est dominé par un Surmoi souvent cruel né d'un Œdipe beaucoup plus précoce que ne le décrivait Freud (2, 3 ans) et entraînant une forte culpabilité génératrice d'angoisse. Elle décrit comme s'imbriquant les uns aux autres, le stade oral, anal-urétral et génital, avec le plaisir de la succion, de la morsure, de l'expulsion et de la rétention ; chacun de ces plaisirs étant lié aux pulsions destructrices de l'assèchement, de la dévoration, de la destruction, de la domination.

Pour elle, l'objet (d'amour et de haine) naît dès les premiers mois ; même s'il est objet partiel au début (le sein), l'enfant désire (introjecte) le bon objet (la mère, son sein) et en même temps, comme cette mère le frustre et que sa culpabilité entraîne pour lui de l'angoisse, il rejette à l'extérieur cet objet qui devient honni, ce qui entraîne aussi de la culpabilité. Pour M. Klein naît ainsi l'ambivalence que tout être humain éprouve pour ses objets d'amour, parce que ses tendances libidinales sont aussi tendances destructrices. Celui qui est le plus proche et le plus aimé est aussi celui qui est l'objet de la plus grande agressivité. Cette réalité n'est pas sans importance dans la vie familiale et aussi dans celle du couple. Cette dissociation a une forme un peu différente dans les 5 premiers mois : c'est ce qu'elle appelle « la position paranoïde ou persécutive ». Dans les mois qui suivent (jusqu'au 13<sup>e</sup> mois) elle décrit une « position dépressive ». On pourra, chez les adultes psychotiques ou névrosés, retrouver ces éléments mal intégrés.

C'est aussi une période où le nourrisson vit la toute-puissance du fantasme et des fantasmes de toute-puissance.

M. Klein a bien montré que la vision qu'a l'enfant de ses parents est déformée par sa vie pulsionnelle et son Surmoi, et qu'une frustration excessive, comme une trop grande gratification conduisent paradoxalement à un résultat identique : rencontrant une déception, il risque de régresser.

Pour M. Klein, le sadisme primitif du tout-petit a sa source première dans l'instinct de mort, en conflit dès l'origine, avec la libido ; la pulsion de mort est rarement donnée à l'état pur dans l'expérience, elle se trouve en fait presque toujours associée à une satisfaction libidinale. C'est l'intrication des pulsions. Pensons au sadisme et au masochisme. Parfois, dans certains cas particuliers de cruauté extrême, la défusion se fait entre libido et pulsion de mort.

Contrairement à Anna Freud, M. Klein pense que le petit enfant vit avec l'analyste une relation transférentielle que l'on peut analyser dans le cadre de la cure.

### **Donald Winnicott (1896-1981)**

Il nous révèle aussi que tout individu doit passer, au début de son existence, par une phase dépressive due à la frustration et aux carences

incontournables de l'environnement : aucune mère n'est sans faille, ni présente constamment, ni pouvant empêcher son enfant d'avoir mal ou faim. Une mère qui se voudrait parfaite serait omniprésente et étouffante. L'absence, le vide, la béance, structurent aussi le désir.

Le grand psychanalyste britannique a fait jouer, mais aussi dessiner les enfants en cure chez lui. Il a pris une certaine distance avec les règles strictes de la cure, estimant que le thérapeute doit aussi pouvoir répondre aux besoins affectifs de son patient ; à l'occasion il sait faire un geste qui exprimera ses sentiments positifs à son égard ou tolérera un passage à l'acte.

Il contribue largement à faire avancer la psychanalyse en empruntant aux disciples parfois dissidents de Freud, Jung par exemple et son « inconscient collectif » et largement aussi à M. Klein. Il a apporté quelques concepts nouveaux : le *nursing* (soins maternels), le fameux *holding*, maintien en français, de la mère qui protège le corps de l'enfant, tient compte de sa sensibilité sensorielle et dermique, s'adaptant aux changements physiques et psychologiques de l'enfant ; la notion de *faux-self*, moi inauthentique mais protecteur, résultant d'une trop grande adaptation à un environnement envahissant qui lui, n'a pas su s'adapter aux besoins de l'enfant.

Un autre apport important de D. Winnicott et qui intéresse parents, éducateurs et soignants est la notion de *phénomènes* et *objets transitionnels* : le pouce, la peluche, le morceau de tissu que l'enfant porte à sa bouche et qui se situe entre lui et sa mère, délimitant un espace entre son corps (qui est lui) et un objet extérieur (qui n'est pas lui) dont il n'exige rien et qui devient important dans la mesure où il est une défense contre l'angoisse et permet au petit enfant de s'endormir ; c'est un lieu de repos où il n'a pas à lutter pour maintenir distincte réalité extérieure et réalité intérieure ; il est une *illusion* lui permettant d'accepter la réalité que, plus il va, moins sa mère peut répondre à toutes ses attentes.

Pour D. Winnicott, la toxicomanie est une régression à un stade primitif où les phénomènes transitionnels ne sont pas mis en question. L'objet du fétichiste ou celui du voleur disent l'impossibilité de se détacher de l'objet transitionnel.

Pour lui, en prenant possession de la fonction de l'environnement, l'enfant prend possession de lui-même. « Le moi corporel est lié aux affects et participe à la décharge somatique des pulsions érotiques et agressives. Les fixations précoces se retrouvent dans la dépression, les processus schizoïdes, le masochisme et les conduites antisociales », écrit H. Sauguet.

## René Spitz

Il est l'un des premiers psychanalystes à avoir observé des nourrissons jour après jour, en notant et filmant de manière systématique. Il a décrit avec minutie la genèse de la relation et de la communication entre le bébé, sa

mère, son entourage et comment ce développement relationnel est devenu structurant pour lui-même sur le plan psychologique.

L'évolution du tout-petit est faite d'une série d'expériences fragmentaires qui, intégrées par le psychisme de l'enfant, vont donner lieu à une conduite nouvelle qui le fait accéder à une organisation d'un niveau supérieur. Pour R. Spitz, les trois organisateurs marquent certains niveaux essentiels de l'intégration de la personnalité. Il les décrit comme l'addition de cercles concentriques à partir d'un petit noyau initial constitué par l'équipement congénital.

Dans un premier temps, la maturation du système perceptif lui permet d'amorcer des relations avec l'entourage et de distinguer le « je » du « non-je » : c'est l'apparition du sourire au visage humain vu de face, à la 8<sup>e</sup> semaine. Le visage n'est encore qu'un pré-objet. Ensuite apparaît la différenciation entre les objets animés et inanimés en même temps que l'investissement de l'objet libidinal. Elle est indiquée par l'apparition de l'angoisse du 8<sup>e</sup> mois. Arrive ensuite l'établissement de relations avec un entourage caractérisé par son caractère de « non-soi », l'autre généralisé, c'est alors l'acquisition du « non ! » sémantique et l'apparition de la conscience de soi. La communication s'établit et sa suprématie remplace de plus en plus l'action. Cette communication se séparant de l'action à travers les expériences répétées du retard apporté à la satisfaction du besoin. « Cette frustration transforme l'action qui est une voie de décharge, en avenue de la communication », écrit R. Spitz et, plus loin, il note que chacune des étapes successives de ce processus est marquée par la création d'une série croissante de schèmes de comportement visant à la communication.

On a discuté, à la suite de Bowlby, de l'opportunité de lier, lors de l'angoisse du 8<sup>e</sup> mois, la peur de l'étranger et la séparation d'avec la mère. Dans le quotidien, elles le sont souvent. On constate que l'enfant sourit bien souvent avant la 8<sup>e</sup> semaine ; ce sourire a-t-il valeur de signe, même s'il réjouit grandement les proches ?

### **Jacques Lacan (1901-1981)**

Jacques Lacan, médecin et psychanalyste français, aborde la psychanalyse avec une grande culture et une formation intellectuelle hors du commun ; de ce fait, la lecture de son œuvre exige un long travail d'approche dû aux références érudites dans ses *Écrits* et ses séminaires.

Il fait sa thèse de doctorat sur la psychose paranoïaque et ce travail le conduit à s'intéresser à la psychanalyse.

Son axe essentiel est un retour à Freud car il considère (comme Mélanie Klein) que les analystes post-freudiens ont dénaturé le travail de Freud dans sa connaissance de l'inconscient lors de cures psychanalytiques à visée rééducatrice du Moi.

En 1936, il présente le « stade du miroir » comme fondateur du « je ». Cette expérience du miroir, du début de la vie (entre 6 et 18 mois) démontre que l'enfant, en se regardant dans le miroir, différencie son image de celle d'autrui. Il y décrit la jubilation de l'enfant et son expérience de subjectivation : « C'est moi ! ». À ce moment s'articulent la parole et la coupure avec l'autre. Plus tard Lacan montre combien ce Moi est gros d'imaginaire.

Dans son séminaire « la relation d'objet », il se démarque encore des analystes qui décrivent l'aboutissement d'une cure dans les retrouvailles avec le « bon objet primordial ». J. Lacan démontre que l'« objet » est bien perdu. Il introduit la notion du manque d'« objet » et les catégories de ce manque : castration, frustration, privation. Il démontre comment le désir est articulé au fantasme qui prend naissance dans l'inconscient du sujet (grand Autre).

Dans le séminaire sur les psychoses, J. Lacan reprend le terme freudien de forclusion. Dans la relation duelle mère-enfant, si un tiers n'intervient pas (fonction symbolique paternelle) pour couper ce couplage imaginaire, cela empêche l'enfant d'accéder au symbolique et à la Loi. Ce qui est chassé du symbolique ressurgit dans le réel sous forme de délires et d'hallucinations.

J. Lacan a été hostile à la médicalisation de la psychanalyse. L'originalité de sa personnalité et de sa théorie a provoqué des scissions parmi les analystes. Il fut accompagné de F. Dolto dans la fondation d'un groupe qui se divisera lui-même à plusieurs reprises.

Il a eu une influence prépondérante sur la psychanalyse aussi bien en France que dans le monde.

### **Françoise Dolto (1908-1988)**

Il paraît difficile de parler de psychanalyse d'enfants sans citer Françoise Dolto qui marque fortement l'éducation contemporaine. Contrairement à trop de psychanalystes qui écrivent pour une petite élite d'initiés, elle s'est adressée, dans un langage accessible à tous, aux pédiatres, parents éducateurs, partageant avec eux la souffrance des enfants blessés qu'elle traitait dans son cabinet. Elle reprend à son compte la théorie freudienne en insistant sur l'importance du complexe d'Œdipe et de l'angoisse de castration qui lui est liée, chez les filles comme chez les garçons.

Dans ses écrits, on peut retrouver deux thèmes autour desquels elle articule prévention et traitement : la parole et le désir.

À propos de la parole, elle insiste sur la violence qui naît de ce qu'on ne dit pas ou ne dit plus. Que la mère parle à l'enfant, même nourrisson : il saisit les modulations de sa voix qui prennent sens pour lui. Si la mère est absente, qu'on lui parle d'elle ; s'il a perdu un être cher, lui dire des paroles vraies de souffrance et de deuil. La médiation du langage est humanisation indispensable à toutes nos émotions ; parler des émotions des enfants avec

eux, sans les blâmer pour leur violence et leurs actes, en interprétant leur comportement, les fait changer. Leur donner aussi les mots par la littérature, la poésie, les chansons et constamment « soutenir leur identité » même par rapport à leur père et leur mère. Qu'ils se resituent dans leur filiation, ce qui permettra de dire l'interdit de l'inceste, mais leur donnera aussi leur autonomie, leur propre désir.

Le désir est l'autre grand thème qu'aborde F. Dolto. Que la mère ou le soignant distingue les cris du besoin physique et ceux du désir psychologique ; qu'ils ne s'occupent pas seulement du corps de l'enfant mais de ce qui se passe aussi dans sa tête, de ses sentiments, de son désir. Il faut que la mère sache que, souvent c'est parce qu'elle désire trop qu'il mange, qu'il refuse de manger, ou que si elle le force à la propreté, le tout-petit imagine que seule sa mère sait ce qui se passe dans son corps et qu'il reste ainsi complètement dépendant d'elle, du monde extérieur, du groupe, sans aucune créativité possible dans le futur.

Mieux vaut donc ne pas satisfaire de suite le désir de l'enfant, mais l'ouvrir vers un horizon, vers un « circuit long » : parler, décrire, dessiner longuement le bonbon plutôt que le donner de suite. Le besoin est répétition, le désir est nouveauté.

Pour F. Dolto, il est important de donner à l'enfant le désir de grandir, le stimuler et l'encourager dans ses propres jugements, en un mot le respecter, ce qui ne veut pas dire laxisme ; il a besoin d'interdits, de lois, de repères.

Il est à noter également que F. Dolto fut une femme de foi et l'une des premières à faire et partager une lecture biblique à la lumière de la psychanalyse.

Ajoutons quelques personnalités actuelles qui ont apporté beaucoup à la psychologie, et notamment à la pédopsychiatrie actuelle.

## **Boris Cyrulnik**

On a donné, et de la vie et de la propre expérience professionnelle de B. Cyrulnik, cette définition simpliste mais combien encourageante pour les parents, les patients, et éventuellement chacun d'entre nous : « Il y a une vie après l'horreur ! » qu'il nomme « résilience ».

À n'en pas douter, B. Cyrulnik est un résilient. Son enfance fracassée par la guerre et la déportation de ses parents ne l'a pas empêché de devenir un homme accompli : heureux parmi les siens, respecté par ses pairs et auteur vedette dans son domaine.

Né à Bordeaux en 1937, cet homme qui ne parle de ses blessures « qu'à la troisième personne », en écrivant sur les enfants, a su transformer ses faiblesses en atouts. « N'ayant pas été à l'école, dit-il, je ne suis pas sur "l'autoroute" ; je suis mon propre chemin, en faisant juste ce qu'il faut pour

être considéré comme normal. » Au lieu de l'éloigner des hommes, le drame qu'il a vécu l'a amené à essayer de comprendre : qu'est-ce que l'humain ?

Après des études de médecine, il devient psy en tous genres (neuropsychiatre, psychologue, psychanalyste) et franchit les sacro-saintes barrières entre les disciplines. Il fait ainsi appel, entre autres, à l'éthologie (science des comportements des espèces dans leur milieu naturel), quitte à se faire des ennemis dans la communauté scientifique.

Cet anti-spécialiste, grand voyageur et inépuisable curieux, n'hésite pas non plus à remettre en cause certains dogmes de la psychanalyse.

Contrairement à Freud, qui en faisait le fondement de la névrose et du malaise dans la culture, Cyrulnik pense qu'il existe une « bonne » culpabilité : celle qui « invite à s'empêcher de faire du mal parce qu'on se met à la place de l'autre, et qui est probablement le fondement de la morale » (Sophie Bouktari, *Courrier de l'UNESCO*, 2001).

### **Aldo Naouri**

A. Naouri, celui qu'on a surnommé « le pédiatre intransigeant », né comme B. Cyrulnik en Libye, le 22.12.39, vit en Algérie, de nationalité française ; il fait sa médecine et devient pédiatre dans un quartier populaire de Paris. Il passe par la psychanalyse mais reste pédiatre jusqu'à sa retraite, riche de son expérience, de sa réflexion qu'il partage avec le public, particulièrement les parents et les éducateurs.

Quelques « idées-forces » pour lui, bien utiles aujourd'hui, qui sont parfois en contradiction avec une certaine idéologie du laisser-faire ou de l'enfant-Roi.

La vie en société exige en effet de chacun qu'il se plie à un certain nombre de règles et qu'il les fasse siennes. C'est le principe de toute éducation. On s'en est singulièrement écarté.

Les réactions qu'il reçoit (souvent par mails) à ses notions sur l'autorité, la relation dans le couple, sont parfois décrites comme des bouffées d'oxygène améliorant non seulement la personnalité de l'enfant mais aussi sa santé, l'amour ne suffisant pas.

### **Marcel Rufo**

M. Rufo, né le 31.12.44, est chef du service médico-psychologique de la famille et de l'enfant au CHU Sainte-Marguerite de Marseille. Il est connu du grand public grâce à ses émissions hebdomadaires à la télévision, à une heure de grande écoute. Il est remarquable par son écoute, ses paroles justes, ses réponses à l'anxiété des parents souvent sur le plateau, sa discrétion, son respect des autres et son humour. Il n'hésite pas, parfois, à parler de lui-même, de sa propre enfance, ce qui encourage parents et adolescents.

Il anime aussi des émissions à la radio (Europe 1, *Forum radio*).

Il aborde aussi le divorce, les difficultés de la mère élevant seule ses enfants, la garde alternée. Il aide les parents à retrouver confiance.

## Les diverses psychothérapies

La psychanalyse est à la fois une théorie de la personnalité et une psychothérapie avec un cadre et des règles bien précises. Elle est souvent opposée aux autres formes de psychothérapies pour toute une série de raisons notamment la fonction majeure de l'interprétation du conflit inconscient, l'analyse du transfert tendant à la résolution de celui-ci.

Il existe d'autres psychothérapies individuelles ou de groupe, suggestives, recouvrantes ou découvranes, correctives. Plus brèves, leur cadre spatio-temporel (face à face, durée limitée) met surtout l'accent sur l'activité (du patient et du thérapeute) et une expérience émotionnelle corrective axée beaucoup plus sur l'interprétation des conflits actuels en fonction de leurs liens avec les conflits intrapsychiques (résistances, défenses...). La *relaxation psychanalytique* fait une place importante à la verbalisation et à la relation au thérapeute ainsi qu'aux réactions transférentielles du patient.

### Le psychodrame

Inventé par J. Moreno dans les années 1930, il utilise comme technique le jeu dramatique spontané, pour permettre au patient d'exprimer ses émotions, d'expérimenter de nouveaux rôles, de nouvelles formes de relations, libérant l'individu de schémas et comportements stéréotypés.

### Les thérapies familiales

Nées aux États-Unis dans les années 1960, elles ne s'adressent plus à un seul individu (adulte ou enfant) mais au groupe familial tout entier en partant du postulat que le symptôme de l'un est celui du corps familial entier et que soigner et guérir ce symptôme c'est toucher à tout l'équilibre familial. Actuellement c'est « l'approche systémique » qui prévaut en France mais certaines thérapies s'appuient sur une compréhension et une interprétation psychanalytiques et d'autres sont plus comportementales, tentant un déconditionnement et un reconditionnement de chacun des membres du groupe familial.

### Les psychothérapies comportementales

Elles tentent, en un délai relativement court, un contre-conditionnement avec des réponses plus adaptées et des renforcements des comportements positifs. Elles sont dirigées sur les symptômes, très actives dans les cas de phobies par exemple ou de pensées obsédantes. Masters et Johnson les



utilisent pour les troubles de la sexualité. Le rôle du thérapeute y est particulièrement actif.

L'approche comportementale s'applique aussi aux états de dépendance, actuellement plus souvent appelée « addiction » (alcool, tabac, drogues, télévision, jeux vidéos, boulimie, anorexie...). « L'addiction est un état de dépendance à une substance ou à une activité nocive pour la santé ».

L'addiction (ou dépendance) est une conduite qui repose sur une envie répétée et irrésistible, en dépit de la motivation et des efforts des sujets pour s'y soustraire. Le sujet se livre à son addiction malgré la conscience aiguë qu'il a (le plus souvent) d'abus et de perte de sa liberté.

Les problèmes engendrés par une addiction peuvent être d'ordre physique, psychologique, relationnel, familial et social.

Elle se rapporte autant à des conduites telles que la dépendance aux jeux vidéo, à la télévision ou à Internet.

Pour certains, la médecine, les opiacées sont nécessaires aux toxicomanes, comme l'insuline aux diabétiques. Pour d'autres (C. Olivenstein), cette toxicomanie légale ou médicalisée remplace une aliénation par une autre. Il est à remarquer que le malade poursuit son comportement malgré sa connaissance des conséquences négatives. Il peut tolérer, augmenter leur intensité et leur fréquence pour obtenir l'effet désiré. Et, en état de manque, il devient agité, irritable et agressif.

D'autres thérapies verbales sont plus centrées sur le développement de la personne. C. Rogers en insistant sur la « non-directivité » du thérapeute a démontré que tout individu possède une capacité d'auto-développement et une tendance à intégrer sensations, perceptions, avec la conscience qu'il a de lui-même. Sa démarche a eu une profonde influence sur tout le courant de la *psychologie humaniste*.

À partir d'elle se sont développés les groupes de rencontre ou de développement personnel, la **méthode Gordon** préoccupée de l'écoute chez les parents et toutes les personnes (infirmières comprises) confrontées à la relation d'aide.

## L'analyse transactionnelle

L'analyse transactionnelle (AT) mériterait à elle seule un long développement. Fondée en 1954 par un psychiatre américain, E. Berne, elle est à la fois une approche structurale de la personnalité, un outil diagnostique et un mode de psychothérapie. Elle étudie les transactions qui se font à l'intérieur de l'individu entre les trois états du Moi qui composent son psychisme (Parent ou ce qui est appris, Adulte, ce qui est pensé, Enfant, le domaine du ressenti), entre l'individu et les autres. Elle analyse les jeux (transactions piégées) que chacun fait pour manipuler autrui et les scénarios que

nous répétons, même s'ils ne sont pas satisfaisants mais qui s'élaborent sous la pression d'une programmation parentale. Les indications de l'AT sont nombreuses pour améliorer les relations de tout un chacun et les troubles névrotiques. Elle est très utilisée dans les thérapies de couple et en thérapie familiale. Elle a le grand mérite d'être accessible à des non-spécialistes et de pouvoir être utilisée pour son propre développement personnel. On lui a reproché de faire la place trop belle au verbal donc au mental et de ne pas prendre suffisamment en compte le corps, c'est pourquoi nombre de thérapeutes s'appuient également sur des techniques empruntées à la bio-énergie ou à la Gestalt. La première a été élaborée dans les années 1950 par A. Lowen, disciple de Reich. Elle fait une lecture du corps, des divers segments de la cuirasse musculaire et constitue une typologie caractérielle, comprend une phase de verbalisation alliée à un travail corporel.

### **La Gestalt-thérapie**

Fondée par F. Perls, diffusée dans les années soixante, elle est une des approches de la psychologie humaniste et a été intégrée à de nombreuses autres techniques : sagesse de l'organisme qui sait ce qui est le plus important pour lui, développement de son propre potentiel et actualisation des conflits dans le « maintenant » et le « comment » plus que dans le « pourquoi ». On incite le patient à descendre dans ses émotions et à jouer les diverses facettes de son moi.

### **La thérapie par le cri**

Dans la thérapie par le cri on tente de permettre au patient de se « reconnecter » avec les émotions dont il a été coupé et qui sont à l'articulation du somatique et du psychique. L'émotion interdite au petit enfant réapparaît chez l'adulte sous forme de cri ; le groupe sert de caisse de résonance à cette décharge émotionnelle. On recherche la coïncidence entre corps et parole, affect et verbalisation.

D'autres thérapies font intervenir surtout le corps qui devient support de la relation entre le patient et le thérapeute, entre les patients, si celles-ci sont groupales.

### **Les gymnastiques douces avec l'eutonie**

Les gymnastiques douces avec l'eutonie (travail sur l'harmonie des mouvements) la méthode de F. Mézières qui étire les muscles postérieurs du corps, trop toniques et repère les blocages souvent liés à des émotions anciennes.

### **Les massages**

Les massages sont aussi thérapeutiques : massage californien de bien-être et de détente mais qui peut devenir support de la communication dans un

groupe, le massage Reichien qui vise à rétablir la circulation libre du flux énergétique, les massages orientaux, pression sur certains points du corps.

### **Le Riberthing**

Le Riberthing (renaissance) est une technique fondée par l'américain L. Orr dans les années 1960. C'est un travail sur les idées positives et les idées négatives qui constituent notre vision du monde. Il est fondé sur l'hyperventilation respiratoire et sur l'idée que l'émotionnel étant en étroite relation avec la respiration, respirer autrement amène une régression émotionnelle analysable, parfois jusqu'à la naissance.

### **La relaxation**

La relaxation (on devrait dire « les relaxations ») vise une détente psychocorporelle à travers une action sur le corps dans son activité tonique, musculaire et viscérale. Être détendu, c'est se trouver apaisé dans son corps mais aussi dans sa tête. La plupart des techniques s'appuient sur la concentration, la suggestion et la mise à distance de l'environnement. Elles sont inspirées du yoga et de l'hypnose. H. Schultz a élaboré sa méthode en Allemagne vers 1912. Elle vise à obtenir une « auto-décontraction concentrative », la personne se concentrant sur chaque segment de son corps, attentive à ses sensations, sa respiration et son rythme cardiaque. Jacobson s'est orienté vers la diminution du tonus musculaire et J. de Ajuriaguerra est allé dans une direction plus psychologique, en montrant comment la relation à autrui et l'angoisse, incluaient les manifestations tonico-émotionnelles.

### **La sophrologie**

La sophrologie a été fondée en Espagne par A. Cacaydo dans les années 1960. D'abord médicale, elle a largement étendu son champ d'action. Elle consiste à favoriser un niveau de conscience (sophronique) se situant entre veille et sommeil, tentant de détourner le sujet de ses sentiments négatifs pour stimuler sensations et sentiments positifs. **L'hypnose** est le sommeil d'une partie du cerveau, provoqué artificiellement par un thérapeute. Très en vogue au début du siècle (Charcot), elle fut abandonnée par Freud au profit de la psychanalyse. Toujours assez en vogue à l'étranger, elle est de nouveau utilisée en France depuis qu'on a découvert ses vertus thérapeutiques en dermatologie, médecine psychosomatique et même anesthésie. Elle peut avoir un certain résultat sur les névroses d'angoisse ou les phobies. Elle est sous-tendue par une philosophie humaniste. Les applications en sont multiples : diminuer l'appréhension et la douleur (dentistes, accouchements...) lutter contre le trac, la peur de l'échec, les troubles du sommeil, les phobies, faciliter l'entraînement sportif, etc. Déconseillée cependant chez les psychotiques, elle se pratique individuellement ou en groupe.

Une psychothérapie qui intéresse directement les infirmières et les soignants en général est la visualisation. Elle est issue du travail d'un oncologue américain, le Dr Cari Simonton et de sa femme Stéphanie, psychothérapeute. Prenant en compte l'interaction profonde entre le psychique et le somatique, ainsi que le fait, qui n'est plus à démontrer, de l'importance du stress et d'un mauvais moral dans le déclenchement de beaucoup de maladies, ils ont posé comme hypothèse qu'une détente (relaxation), des idées positives (visualisation), un accompagnement psychologique particulier, une mise en lumière des bénéfices secondaires de la maladie, un plan de vie avec ses plaisirs et ses objectifs, pouvaient renforcer les traitements médicaux classiques et avoir une incidence positive sur l'évolution de la maladie (renforcement des défenses immunitaires et action sur le système hormonal). Les statistiques ont donné raison aux Simonton et leur méthode est maintenant diffusée partout. Beaucoup d'infirmières s'y forment. Elles font aussi l'expérience que les cancéreux supportent beaucoup mieux certains soins agressifs comme les chimiothérapies en pratiquant la visualisation. Au lieu de se laisser submerger par sa maladie, le patient lutte et a des moyens de prendre sa vie en mains. La visualisation donne des résultats positifs dans d'autres maladies (cardio-vasculaires, digestives, stérilité...).

Cette énumération rapide des diverses formes de psychothérapies est loin d'être exhaustive : on pourrait encore citer le rêve éveillé, la programmation neurolinguistique, le rolfing, la thérapie primale et bien d'autres. Chacune thématise un aspect de l'existence humaine. Par des voies souvent très diverses, elles essaient toutes de favoriser une évolution vers un mieux-être total, corps et esprit dans une meilleure relation de soi avec soi-même et avec les autres. Chacun, même bien-portant, peut en bénéficier, pour progresser dans la connaissance de soi, avoir un comportement plus satisfaisant et une meilleure appréhension de la vie et du monde.

## Bibliographie

- Anzieu D. – Les méthodes projectives. PUF, Paris, 1965.  
 Chertok L. – L'hypnose. Masson, 1963.  
 Cyrulnik B. – Un merveilleux malheur. O. Jacob, 1991.  
 Cyrulnik B. – Les vilains petits canards. O. Jacob, 2001.  
 Cyrulnik B. – De chair et d'âme. O. Jacob, 2009.  
 Dolto F. – Psychanalyse et pédiatrie. Seuil, Paris, 1982.  
 Huber W. – Introduction à la psychologie de la personnalité. Dessart et Mardaga, Bruxelles, 1977.  
 Jones E. – La vie et l'œuvre de S. Freud (3 vol). PUF, Paris, 1975, 1982, 1988.  
 Jaccard R. – Freud. PUF, Paris, 1983.  
 Klein M. – La psychanalyse des enfants. PUF, Paris, 1959.  
 Klein M. – L'amour et la haine. Petite librairie Payot, Paris, 1975.  
 Lagache D. – La psychanalyse. PUF, Paris, 1985.

- Laplanche J. et Pontalis J.B. – Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris, 1967.
- Lorenz K. – Les animaux ces inconnus. Éditions de Paris.
- Maisonneuve J. – La psychologie sociale. PUF, Paris, 1965.
- Marc E. – Nouvelles thérapies. Retz, Paris, 1988.
- Naouri A. – Éduquer ses enfants, l'urgence d'aujourd'hui. Psychologie (mars 2008).
- Naouri A. – Les pères et les mères, Réponses du pédiatre, Les filles et leurs mères, O. Jacob.
- Piaget J. – Le langage et la pensée chez l'enfant. Delachaux/Niestlé, Lausanne, 1966.
- Pichot P. – Les tests mentaux. PUF, Paris, 1967.
- Robert M. La révolution psychanalytique (1 vol). Payot, Paris, 1989.
- Reuchlin M. – Histoire de la psychologie. PUF, Paris, 1966.
- Rogers C. – Le développement de la personne. Dunod, Paris, 1987.
- Rufo M. – Chacun cherche un père. A. Carrière, 2009.
- Rufo M. – Œdipe toi-même. F. Loisirs, 2010.
- Rufo M. – Frères et Sœurs. F. Loisirs, 2003.
- Simonton C et S. – Guérir envers et contre tout. Épi, Paris, 1982.
- Stoetzel J. – La psychologie sociale. Flammarion, Paris, 1972.
- Winnicott D. – De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot, Paris, 1969.
- Zazzo R. Conduite et conscience (2 vol). Delachaux et Niestlé, Lausanne, 1968.

## 2 Notions de sociologie

### Le groupe

« La sociologie est la science des groupes humains réels et concrets, c'est-à-dire enracinés dans l'histoire » (A. Cuvillier). On peut dire aussi que la sociologie est une science expérimentale des faits sociaux.

Il y a un groupe dès lors qu'il y a plus de deux personnes rassemblées. Ces êtres humains sont vivants et le groupe qu'ils constituent est vivant. On peut dire également que le groupe n'est pas identique à la somme de ses constituants et que la société, en général, n'est pas une simple somme d'individus.

Certains sociologues ont distingué les groupes primaires, par exemple la famille, dans lesquels les relations sociales sont personnalisées et intimes et qui exercent une profonde influence sur la formation de la personne et qui peuvent dire « nous » et les groupes secondaires plus étendus qui fonctionnent selon des institutions à l'intérieur d'un segment particulier de la réalité sociale (hôpital) dont les membres disent « on », auxquels appartient l'individu.

L'origine du mot « groupe » vient de l'italien « *noce* » et du germanique « *masse arrondie* », ce qui nous donne déjà deux éléments fondamentaux : le lien et la forme.

Le groupe est à différencier de la foule dont on a dit qu'elle n'a que la solitude en commun, et de la bande. Ce qu'on peut appeler groupe a un but, un cadre de référence et un vécu communs. La société elle-même, n'existe concrètement que comme un tissu de groupes multiples en relation de hiérarchie, de coopération et de compétition. Les groupes primaires ou restreints ne sont jamais autonomes mais étroitement insérés dans des groupes plus étendus et finalement dans la société tout entière.

Un individu peut appartenir à un groupe réel (famille africaine par exemple) et fréquenter un autre groupe, groupe de référence (une école de type occidental par exemple) avec une fonction, une culture, des valeurs, des idéaux différents de son groupe d'appartenance, ce qui peut créer des conflits en lui.

Il est difficile de séparer le groupe centré sur une tâche et le groupe centré sur les liens individuels, car dans les groupes centrés sur une tâche (équipe soignante par exemple), il y a des relations affectives entre les personnes et dans les groupes restreints, centrés sur l'affectivité (famille, groupe thérapeutique par exemple), il y a une tâche, pas toujours verbalisée qui peut être l'éducation ou le développement personnel.

Dans toutes les formes de groupe, il y a un système de tension positive en relation avec la progression du groupe vers ses objectifs et un système de tension négative en relation avec les mécanismes de fonctionnement du groupe et ses efforts pour améliorer les relations interpersonnelles entre ses membres. La résolution permanente de ce double système est indispensable à l'entretien et à la survie du groupe.

Pour qu'un groupe restreint fonctionne et « produise », il faut que s'y instaurent des communications efficaces et satisfaisantes pour chacun (Voir *communication*, chapitre 5).

Toute activité sociale suppose des échanges d'informations soit entre les membres d'un même groupe, soit entre les membres de groupes différents.

Deux concepts sont essentiels : l'information et la communication (processus physique et psychologique). Parmi les facteurs de cohésion du groupe, on peut distinguer :

- *les facteurs socioaffectifs*, comme l'attrait d'un but commun dont la force attractive doit être nette et adéquate au niveau moyen d'aspiration de ses membres. Cela peut être une action collective exigeant un minimum de chances de succès, l'attrait de l'appartenance au groupe (fierté, sentiment de puissance ou de sécurité, opportunisme), le besoin de communiquer avec d'autres, la satisfaction d'autres besoins personnels (agressivité, exhibitionnisme affectif, reconnaissance...);
- *les facteurs socio-opérateurs* : la distribution et l'articulation des rôles.

## Le leadership

Il semble qu'aucune opération de productivité (matérielle ou intellectuelle) ne puisse s'effectuer sans le rôle prééminent d'un chef ou conducteur du groupe. Son rôle est moins lié à la singularité d'une personne qu'à la pertinence d'une fonction de coordination et de stimulation. Le leadership peut se concentrer dans la personne d'un chef ou se partager, se diffuser au sein du groupe qui parvient ainsi à une sorte d'autorégulation.

La fonction du leadership éclate en plusieurs dimensions dont les unes touchent à la résolution de la tâche (suggestion, coordination des apports) et les autres à l'entretien de la vie du groupe (médiation, stimulation, interprétation). Le leader peut être autoritaire, démocratique ou laxiste (voir *relation d'autorité*, chapitre 7).

Un certain nombre de phénomènes vont manifester la cohésion du groupe et en être, en même temps, les facteurs :

- le conformisme, soumission plus ou moins spontanée aux coutumes, langage, normes du groupe ;
- la résistance aux déviations (voir plus loin) et aux déviants ;

- L'agressivité potentielle vers l'extérieur, que la menace venant de lui soit réelle ou imaginaire.

## La déviance

Marginalité ou aliénation, c'est une conduite individuelle ou collective qui s'écarte des normes du champ de conduites tolérées par le groupe.

La délinquance constitue un cas extrême de déviation par rapport aux normes mentales et morales de la société globale, mais le groupe de délinquants a lui-même ses normes et malheur à celui qui les transgresse !

L'aliéné (littéralement celui qui est « rendu autre ») est plus ou moins bien toléré selon les cultures : en occident il est rejeté ; en Afrique il a son statut particulier et quelque chose à « apprendre » au groupe.

Lorsque le déviant reste seul, il est inefficace, neutralisé, expulsé, parfois liquidé. Certains déviants sont positifs qui sont précurseurs, sensibles à certaines urgences de changement ; s'ils trouvent des adeptes qui les suivent, ils constituent un nouveau groupe qui peut avoir un rôle réformateur de la société.

Tout système en équilibre, possède une certaine énergie qui tend à rétablir cet équilibre (externe et interne) et entraîne une résistance au changement et à la pression sociale.

Les enquêtes montrent que les « contraintes, librement débattues puis acceptées par un groupe ou une équipe de travail, en vue de réaliser un projet qui leur tient à cœur, sont vraisemblablement moins frustrantes, pour les participants, que celles qui seraient imposées, sans possibilité de discussion préalable ». D'où l'intérêt actuel pour la « participation » qui entraîne une plus grande liberté d'expression et des marges d'initiatives plus étendues.

## La famille

C'est l'élément de base de la société pour plusieurs raisons.

- Elle est le groupe primaire par définition ; les relations sociales y sont personnalisées et exercent une profonde influence sur la personne. Seule la famille peut faire accéder l'individu à l'organisation psychologique œdipienne donc à la maturité et à l'équilibre. L'échec éducatif des communautés libres, très à la mode il y a une vingtaine d'années, a été patent. C'est dans la famille que s'enseigne la communication (langage), l'échange, le don, la solidarité. Elle est le creuset où s'apprend dépendance et autorité, celui où se constitue l'identité et qui permet de se situer par rapport à autrui.
- Comme tout groupe, la famille a elle-même son identité, ses particularités, ses normes, son langage, ses valeurs, elle a son ou ses leaders, en général les parents, qui décident, font ou non partager leurs décisions, fixent des



objectifs. On peut y analyser la résistance aux changements, les tensions positives et négatives. La famille a son ou ses déviants qu'elle neutralise ou expulse. Elle est insérée dans d'autres groupes humains et, par eux, dans la société globale. Ses fonctions principales sont la procréation, la prise en charge physique et éducative des enfants, le bien-être de tous ses membres.

## Le fait social

Quelques autres notions de sociologie sont à connaître également : celle de « *fait social* » qu'on peut distinguer du fait individuel, dans la mesure où c'est un fait de groupe statistique et numbré : il est ce qui se multiplie et se répète, ce qui s'imite et se transmet. En même temps le fait social est un moment d'une histoire d'un groupe d'hommes.

Le fait social a une base matérielle (par exemple le groupe social dans lequel il existe), des pratiques, mais aussi des réalités mentales et morales, ce qui ressort de la « conscience et les représentations collectives ».

Si nous prenons la mode ou la publicité, les sondages ou le suicide qui sont des faits sociaux, nous pouvons analyser des groupes, des pratiques ou comportements, des idées, des valeurs, des mythes et des sentiments collectifs.

Tout fait social est à remettre dans son contexte : histoire, lieu, société globale.

Le sociologue doit prendre, en face de la réalité sociale, une attitude d'objectivité comme devant un objet scientifique encore inexploré. Il sait que lui-même n'est jamais complètement neutre dans la mesure où il est issu d'un groupe social donc marqué par lui et qu'il a un projet. Il va faire une investigation (souvent à partir de questionnaires, d'enquêtes), puis une description (monographie, enquête sociale) éventuellement une théorisation (confirmation d'une hypothèse, par exemple) avec conceptualisation et généralisation, ces dernières étant souvent présentes déjà dans l'investigation.

Psychologie et sociologie sont des sciences humaines indissociables : l'individu ne pouvant être isolé de son groupe social et le groupe social étant composé d'individus différenciés.

## Bibliographie

- Anzieu D. – Le groupe et l'inconscient. Bordas, Paris, 1975.
- Anzieu D. et Martin J.Y. – La dynamique des groupes restreints. PUF, Paris, 1968.
- Chappuis R. – La psychologie des relations humaines. PUF, Paris, 1986.
- Cuvillier A. – Manuel de Sociologie, 2 tomes. PUF, Paris, 1960.
- Maisonneuve J. – La psychologie sociale. PUF, Paris, 1965.
- Maisonneuve J. – La dynamique des groupes. Paris, PUF, 1969.
- Rocher G. – L'organisation sociale. Éditions HMH, 1968.

# 3 Développement de la personnalité

## L'enfant dans le désir des parents

Il est curieux de constater un étrange paradoxe : tout le monde s'accorde à dire que la manière dont l'enfant a été désiré ou non par ses parents, a des conséquences non négligeables sur la structuration de sa personnalité et que la plupart des livres de psychologie ou de psychanalyse traitant de celle-ci remontent parfois à la conception de l'enfant mais rarement à sa présence déjà dans le désir et l'imaginaire de ses parents.

L'enfant, fruit du désir réciproque du couple, est aussi désiré pour lui. Les parents désirent enrichir leur vie, leur relation affective par cette présence nouvelle qui va combler un manque, renouveler leur être puisqu'ils seront changés par ce nouveau registre d'échange. Le danger est que cet enfant, parfois programmé comme un objet de consommation, le soit pour servir de bouche-trou, de remède pour guérir une relation de couple défailante, de flèche pour atteindre l'autre.

Le désir d'un enfant réel peut répondre à la partie « enfant » (voir analyse transactionnelle) qui demeure en chacun d'entre nous et qui permet à l'adulte de s'identifier au tout-petit, de régresser avec lui, de jouer, de « parler bébé », de vivre une forme de corps à corps avec lui.

L'identification à l'enfant désiré répond également au désir narcissique d'avoir été soi-même désiré.

## L'enfant dans le désir de la mère

Le désir de la mère dans le couple est souvent décisif. C'est lui, le plus souvent qui, pris en compte par le père, sera satisfait. Il est rare que le père impose un enfant à une femme qui ne le désire pas. Rare également qu'il refuse cette joie à la femme qui le désire quand ils s'aiment.

Pour la mère, le désir est grand d'avoir un enfant dans sa vie, avoir un enfant dans son corps, et les motivations de ce désir peuvent être conscientes ou inconscientes. Ce désir est très ancien, c'est celui de la petite fille concernant un enfant imaginaire. Pour elle, c'est une expérience forte, unique, qui lui fait vivre son corps dans un tout nouveau rapport. Elle va sentir un enfant bouger en elle et cet enfant sanctionnera sa féminité. Celle-ci sera

inscrite dans son corps (changement de la couleur de l'aréole des seins) bien plus que les relations sexuelles. Elle a le sentiment de maîtriser et son corps et la vie. C'est une réponse à la puissance masculine et une libération quant à l'angoisse de castration. Son désir n'est pas sans lien avec ses fantasmes archaïques d'incorporer le pénis. C'est aussi le don de son corps dans l'union sexuelle, don plus absolu encore lorsqu'il y a désir de procréation et s'il y a grossesse, don suprême à son partenaire de ce qui vient de son corps.

La femme très jeune veut savoir si elle peut avoir un enfant et la femme plus âgée, si elle peut encore en avoir.

Le psychisme est difficile à séparer de la dimension corporelle. La force psychique du désir peut être consciente ou inconsciente. Ce sera le désir de vivre une nouvelle relation sur un registre nouveau ; celui de revivre la fusion maternelle dont on a gardé la trace, ou de réparer cette relation si elle a été mal vécue par la jeune femme. C'est une démarche alimentant le narcissisme, qui va d'ailleurs être nourri dès la conception et tout au long de la grossesse.

La fonction maternelle est valorisée dans notre société, même si elle l'est, beaucoup plus, dans d'autres cultures (Afrique par exemple) où la femme n'a de valeur que par sa fécondité. D'ailleurs le narcissisme renforcé, va entraîner une certaine introversion dans le comportement de la jeune femme enceinte : elle vivra les choses avec intensité à l'intérieur d'elle-même.

Pour certaines, ce désir d'enfant est à relier à une certaine avidité de tendresse parfois insatisfaite et l'enfant « doit » apporter de l'amour : c'est une sorte d'assurance contre la solitude et le manque affectif, ce qui ne se réalise pas automatiquement et est, on le sait, une illusion.

Pour certaines il y a l'envie de projeter leurs qualités, leurs désirs, non réalisés, et c'est aussi une manière de défi contre la mort.

Pour la femme, avoir un fils c'est « faire un pénis » qu'elle n'a pas et rejoindre l'inconscient collectif qui valorise le fait d'avoir un garçon. Pour elle c'est aussi découvrir son partenaire dans son rôle de père donc dans une nouvelle dimension. Ce n'est pas non plus sans relation avec son vécu œdipien (fantasme d'avoir un enfant de son père, supplanter sa mère qui ne peut ou ne veut plus en avoir) dont la première grossesse peut signer, en partie, la résolution.

Ce peut être réparer pour sa propre mère la mort d'un enfant et même, éventuellement, lui donner son prénom (ce qui n'est pas, sans conséquence, souvent négative, sur la structuration de l'enfant bien vivant).

On remarque également une hyperfertilité entraînée par le deuil. Il peut y avoir l'expression d'un besoin masochiste : payer le prix du plaisir ou réparer un avortement dont la culpabilité n'a pas été dépassée.

On constate des désirs d'enfant chez l'adolescente pour « punir » ses parents, des désirs d'enfant également chez la célibataire qui n'a pas fixé son existence dans une relation de couple stable et veut connaître cependant cette joie, pour plusieurs des raisons que nous avons énumérées plus haut.

Il y a enfin des grossesses nerveuses qui sont de l'ordre de la conversion hystérique et reproduisent les signes d'une grossesse normale.

## **L'enfant dans le désir du père**

La fonction paternelle est plus inscrite socialement et culturellement que biologiquement et le désir d'exercer cette fonction joue un rôle essentiel dans le désir d'enfant du père.

Nous retrouvons un certain nombre de motivations déjà citées pour la mère. On peut insister sur le désir d'être lié à sa femme par l'enfant. S'identifier et même rivaliser avec son propre père en tant que père. S'identifier inconsciemment à la mère qui va porter l'enfant ; on voit des hommes avoir des symptômes psychosomatiques lors de la grossesse et de l'accouchement de leur partenaire. Ils peuvent également s'identifier à l'enfant lui-même comme un enfant désiré, éloignant les fantasmes archaïques de mauvaise mère, puisqu'eux en ont une bonne à la maison.

Bien sûr ! L'enfant peut être désiré comme un prolongement de soi, de son patrimoine (même modeste), de son nom, et renforce également le narcissisme, en attendant le moment inéluctable où le père devra lui aussi faire le deuil de l'enfant idéal, confronté à l'enfant réel.

## **Psychologie de la grossesse**

Selon les motivations qui l'ont entraînée, selon le vécu du couple et la personnalité de la jeune femme, la grossesse va être ou bien subie ou bien vécue activement. Elle est à la fois une crise intégrative en ce sens que, comme toute période critique, elle peut enrichir la personnalité, la faire évoluer, renforcer ou fragiliser le Moi. Elle est aussi un révélateur de ce qu'est la jeune femme, de ses points forts comme de ses points faibles, aussi bien sur le plan psychologique que sur le plan somatique.

Elle peut vivre une certaine ambivalence, les premières semaines (même si elle est heureuse d'être enceinte) par rapport à cet enfant qu'elle ne sent pas encore bouger en elle, qui fait partie d'elle mais qu'elle voit (échographies) se développer indépendamment d'elle. Enfant qu'elle désire mais qui se manifeste aussi souvent par des malaises (vomissements), qui ne se voit pas encore, donc ne provoque aucune manifestation de prévenance de la part des étrangers.

L'imaginaire de la jeune femme est très sollicité. Il est souhaitable, puisqu'elle va beaucoup fantasmer sur son accouchement, qu'elle fasse la connaissance des lieux, des personnes qui seront les témoins de cet événement, pour l'accrocher au réel et réduire son anxiété devant l'incertitude. Elle pourra (et si c'est possible, avec son conjoint) se préparer activement à l'accouchement en suivant une formation à l'accouchement psychoprophylactique, ce qui sera une manière de faire quelque chose pour elle-même, de poser des questions concrètes (anesthésie éventuelle par exemple), d'être rassurée.

La future mère a presque toujours des fantasmes d'« anormalité » (sera-t-il normal ?) et a besoin de trouver des proches lui permettant d'exprimer son anxiété. C'est bien souvent sa propre mère qui, se souvenant de ses fantasmes anciens, peut affectueusement dédramatiser ses pensées négatives. Une complicité naît fréquemment d'ailleurs entre fille et mère, lors de la grossesse (surtout la première) même si, auparavant, la relation avait été tendue ou même simplement distendue. Cette relation à sa mère, qui va l'entourer à nouveau comme lorsqu'elle était une petite fille, est une régression qui accentue l'ambivalence dont nous avons parlé puisqu'en même temps la jeune femme entre dans le statut de mère donc d'adulte. Parfois le mari peut se montrer jaloux de la place que prend sa belle-mère dans la vie de sa femme.

Celle-ci sait que la période critique de sa grossesse, avec le plus de chances de faire un avortement spontané, se situe dans les trois premiers mois : elle peut être anxieuse d'arriver à des zones moins turbulentes ; elle peut également faire des imprudences si elle désire inconsciemment ne pas mener à terme cette grossesse.

L'échographie va jouer un rôle important dans le psychisme des parents : ce que M. Soulé a appelé l'IVF (l'interruption volontaire du fantasme) met en scène le bébé réel. Il permet à des « étrangers » et au père lui-même, d'avoir accès au fœtus. La mère est confrontée à une nouvelle perception de ce bébé qu'elle sentait vivre en elle d'une autre manière (viscérale et fantasmagorique). Certaines femmes fragiles peuvent vivre le corps du fœtus comme morcelé, surtout à la fin de la grossesse où l'échographie ne donne que des images parcellaires. Elle donne un énorme pouvoir à l'échographe (qui sait et dit ce qu'il veut bien dire, rassure ou non). Les enquêtes montrent que contrairement à ce qu'ont dit les médias, une minorité seulement de parents veut connaître le sexe de l'enfant, pour laisser le champ libre à leur fantasmagorie jusqu'au dernier moment et actuellement on se demande si certains accidents obstétricaux, non explicables d'une manière rationnelle, ne pourraient pas s'expliquer par un certain refus plus ou moins conscient du sexe de l'enfant.

Le développement actuel de l'haptonomie (F. Weldmann) permet de favoriser les interactions précoces entre parents et enfant, puisque ceux-ci peuvent apprendre à communiquer avec l'enfant in utero, par un toucher chargé de tendresse qui permet ensuite le détachement et l'ouverture vers le monde extérieur. On constate qu'une proportion plus élevée de jeunes femmes ont envie d'allaiter, ayant pratiqué cette technique pendant leur grossesse.

Au deuxième trimestre de la grossesse s'instaure un certain équilibre : la jeune femme sent son bébé bouger en elle, elle se met à lui parler et même si l'ambivalence existait au début de l'attente, il est rare que la jeune femme n'accepte pas sa grossesse, à cette période.

Le dernier trimestre voit un repli narcissique et une introversion accrue. Le futur enfant devient l'unique sujet de préoccupation de la jeune mère. Il se rappelle constamment à elle (mouvement, volume, poids) et elle a peine à concentrer son attention sur autre chose que lui (mari, vie professionnelle...). Si elle a d'autres enfants, ceux-ci peuvent commencer à être jaloux. Elle est à la fois lasse, dort moins bien, et en même temps hyperactive, installant, rangeant, préparant le nid de son bébé, ce qui est aussi une manière d'exorciser son anxiété et de préparer l'avenir.

## **Psychologie du fœtus**

Nos connaissances sont encore très limitées sur le vécu de l'embryon puis du fœtus pendant la vie utérine. Si certaines techniques de régression psychique amènent à revivre des souvenirs très archaïques jusqu'à la naissance, il semble difficile de se remémorer des souvenirs antérieurs, même si chacun a pu garder une certaine nostalgie du temps, idéalisé de surcroît, où il fut bercé chaudement à l'abri d'un environnement hostile, dans une dyade fusionnelle intime et sécurisante.

L'opinion populaire qui a dit longtemps qu'il y avait interaction entre le vécu de la mère et ses conséquences pour l'enfant, est démentie absolument si on l'entend au sens magique (l'enfant qui aura une tache cutanée à cause d'une frayeur de sa mère par exemple) mais est confirmée par l'échange chimique (transmetteurs) et neurosympathique. On sait que lors d'un stress, la mère fabriquera de l'adrénaline qui agira sur l'enfant. Les produits excitants et toxiques (café, alcool, nicotine) passent également par le placenta dans la circulation fœtale avec des répercussions sur le système nerveux de l'enfant, sa possible prématurité, sa dépendance au produit, son poids. On sait également que les femmes qui ont eu un stress sérieux en fin de grossesse, donnent naissance à des enfants plus nerveux. C'est une des raisons qui fait que la discussion sur la part de l'inné et celle de l'acquis, au moment de la naissance, est à moduler puisque ce qui semble inné a déjà été en partie structuré in utero.

La mise en place anatomique et physiologique des organes sensoriels se fait dans l'ordre suivant : tact, odorat, goût, audition, vision (Haeckel). Il est à remarquer que cette mise en place sensorielle, va du plus archaïque au plus mentalisé.

Il semble que par son système sensoriel, le fœtus ait déjà une perception du monde extérieur. Le goût est déjà exercé : l'enfant est en contact buccal avec le liquide amniotique, même si, on le sait, l'olfaction joue un rôle considérable dans le goût (altéré, par exemple, lorsqu'un rhume la diminue). Le liquide amniotique empêche le fœtus de sentir, comme le montrent les échographies, mais il peut sucer son pouce in utero. Le prématuré de 7 mois qui reconnaît l'amer, l'acide du sucré semble infirmer que nous sommes génétiquement programmés pour préférer le sucré, d'autant que le lait maternel ne l'est que légèrement.

C'est l'audition qui semble la fonction privilégiée chez le fœtus. Dès le 5<sup>e</sup> mois il entendrait les bruits du corps de sa mère (cœur, viscères...) et on a pu calmer des nouveau-nés en reproduisant par des bruiteurs ces sons familiers reconnus par eux. Ceci peut être discutable dans la mesure où cela favorise une régression dont on ne peut mesurer les effets. On a constaté aussi que, très vite, le nouveau-né reconnaît les intonations de la voix de sa mère, même si on pense que le son plus grave de la voix de son père est mieux entendu par le fœtus. Les fameux travaux de J. Feijoo : écouter de la musique (*Pierre et le loup* de Prokofiev) à travers la paroi abdominale maternelle, à deux centimètres de sa peau pendant quelques secondes et à divers âges du fœtus ont montré, qu'après la naissance, l'enfant était calmé en réentendant le passage musical perçu in utero et que, plus la grossesse était avancée, plus la musique était « mémorisée ».

Outre l'effet direct de maturation des systèmes sensoriels, on peut aussi se demander si les stimulations sensorielles prénatales n'interviendraient pas dans la genèse de l'« expérience » du sujet, si elles ne permettraient pas une sorte d'apprentissage.

Pour P. Mac Leod la sensibilité tactile cutanée du fœtus, associée aux perceptions proprioceptives, kinesthésiques et vestibulaires, permettrait un début de mise en place du schéma corporel vers la fin du 4<sup>e</sup> mois et constituerait l'organisation d'une globalité sensorielle.

## La naissance

La naissance est un événement qui peut être décrit par l'obstétricien, le pédiatre, le psychanalyste, l'éthologue, l'ethnologue, l'anesthésiste et, bien sûr, l'infirmière elle-même.

Pour la mère et le père (s'il peut y participer), c'est une expérience unique, un moment qui va marquer profondément la relation des deux parents. Il est intéressant d'analyser la manière dont le père se situe auprès de sa femme pendant l'accouchement, et qui est souvent symbolique de sa place dans l'imaginaire de celle-ci. Est-il celui qu'elle veut épargner, protéger, consoler dans ce qu'elle peut percevoir comme une épreuve pour lui ? Ou bien est-il le protecteur auprès duquel elle cherche appui, confiance, sécurité, qui la « maternera » elle-même ? Dans le premier cas il est vécu comme enfant, dans l'autre, il est valorisé comme l'homme fort, le parent. Ce qui a été expérimenté, dans tous les cas, c'est la force, pour le couple, de l'expérience, même si, dans de nombreux cas est décrite la solitude de la mère dans la souffrance et la tâche à accomplir.

La tonalité affective qui préside à l'accouchement, va être capitale ; si elle est positive, elle favorisera le déroulement du processus normal. On pense que c'est le plaisir de la mère (réaction hypophysaire) qui va hâter la délivrance placentaire, que la manière la plus douce (naissance sans violence) d'accueillir le nouveau-né, de le mettre sur le ventre de sa mère, en respectant l'éventuelle répulsion de celle-ci, va favoriser les interactions positives entre la mère et l'enfant. La mère qui vit bien cette relation précoce allaite plus longtemps (Winters).

Le père dont le rôle, tout au long de l'enfance, sera de favoriser la séparation de l'enfant de la mère, pourra par un acte à la fois réel et symbolique, couper le cordon et éventuellement le baigner, le lavant de toutes les sécrétions maternelles. On peut penser qu'inconsciemment, le jeune père s'identifie à l'enfant qui est en train de naître. Alors que la mère a besoin de le « toucher » pour reconnaître son enfant, le père a besoin de le « voir ». Il ne le porte pas de la même manière que la mère (plus verticalement et plus haut) et ses gestes sont plus « carrés » que ceux de la mère.

En tous les cas, si le rôle des parents, et surtout de la mère, est privilégié, le rôle du nourrisson n'est pas mince qui fait d'eux des parents, liés pour le meilleur et hélas ! parfois le pire en cas de désunion.

## **La dépression du post-partum**

On constate bien souvent dans les heures, les jours ou les semaines qui suivent l'accouchement, un épisode plus ou moins aigu de dépression, le coup de « blues » chez la jeune mère.

Outre le changement physiologique dû à un nouvel équilibre hormonal qui peut provoquer une modification de l'humeur, diverses causes peuvent entrer en jeu. Une grande fatigue physique née de nuits courtes et interrompues, qui génèrent un manque de sommeil.



La jeune femme, surtout pour son premier enfant, est souvent anxieuse, elle interprète négativement les cris de son bébé et, se sentant incapable, se culpabilise de ne pouvoir répondre à ses besoins ou de lui éviter une souffrance.

Elle vient de vivre pendant des mois un immense désir et, une fois cet enfant né, elle peut ressentir un grand vide intérieur corporel comme psychologique.

La naissance est une première expérience de séparation, de perte (perte des eaux, du placenta) et de conscience de la relative autonomie de son bébé. Dans d'autres cultures (Afrique), on voit assez fréquemment des épisodes délirants (morcellement), le groupe familial prenant possession de l'enfant. C'est un véritable travail de deuil et la jeune femme doit accepter que donner la vie ce n'est pas la garder et que cela représente une certaine mort à elle-même qui se prolongera tout au long de l'enfance et de l'adolescence.

Son obligation de remanier ses investissements psychiques, de les redistribuer autrement, pour faire une place à cet enfant qu'elle a commencé d'aimer pendant sa grossesse mais qui devient un enfant réel et qui a besoin d'elle, peut ne pas être facile. Il y a souvent une distorsion entre la joie verbalisée d'avoir cet enfant dans sa vie et un vécu dépressif qui échappe à toute rationalité.

Le rôle des soignants, à la maternité, est de dédramatiser, sans banaliser, tout en permettant à la jeune mère d'exprimer ses sentiments négatifs sans se sentir moquée ni jugée.

## **L'âge « bébé » de 0 à 15 mois**

Toutes les expériences qui ont été faites auprès des animaux puis des petits d'homme, montrent que ce qui se passe pendant les premiers jours et les premières semaines de la vie, va laisser une « empreinte » indélébile. La période qui suit la naissance est une période sensible. Le corps à corps entre la mère et son enfant, va être créateur de liens. La peau, dans le tact, est une barrière, une enveloppe ; elle est aussi le support de la première relation en même temps qu'elle va permettre progressivement à l'enfant de construire son schéma corporel. L'allaitement au sein ou au biberon va favoriser ce contact. L'enfant est dans une situation de dépendance absolue par rapport à la toute-puissance de sa mère, mais, en même temps, se met en place un code de signaux réciproques qui organisent un début de communication bien avant le langage.

Les expériences célèbres faites par Harlow auprès de singes, montrent que la fonction d'accrochage des petits sur leur mère est plus vitale pour eux que

le nourrissage. Cet accrochage du nourrisson à sa mère va se faire par des messages (cris divers, mimiques) qu'elle interprétera et auxquels elle répondra. À partir, par exemple, du travail de Steiner sur le réflexe gusto-facial que tout enfant, même aveugle, (donc non appris) possède, l'enfant indiquera à sa mère, les goûts qu'il aime et ceux qu'il rejette.

L'expérience est capitale et on peut dire que les expériences de l'individu déterminent pour une large part la manière dont s'exprimera sa structure héréditaire.

Il semble qu'il soit difficile d'établir une norme de développement, on constate des différences considérables entre les enfants d'une même culture et même d'une même famille, entre des enfants de diverses cultures qui développeront plus tel ou tel aspect de l'évolution, différence considérable entre cultures d'époques différentes.

Il faut tenir compte également de la maturation du système nerveux. Les chercheurs ont montré qu'on ne peut hâter certaines réponses même apparemment simples comme fermer les yeux lorsqu'on reçoit, avec l'aide d'une petite poire de caoutchouc, de l'air dans les yeux (réflexe impossible avant 54 jours). Un autre apprentissage plus complexe, comme la maîtrise sphinctérienne, viendra au milieu de la deuxième année et se fera aisément lorsque la maturation physiologique sera suffisante. L'expérience faite entre des jumeaux homozygotes, l'un stimulé, l'autre non, ont montré que l'acquisition de la propreté était synchronique.

Ce qui va être important c'est de donner au petit enfant l'occasion de faire des expériences et d'élargir ce champ d'expérience. La mère est le repère premier et son Moi est substitué provisoire du Moi de l'enfant.

Elle sécurisera son bébé en lui donnant des repères : calme et répétition dans le même ordre de la séquence change, bain, nourrissage par exemple.

Les impressions agréables ou désagréables prennent toute la place dans le vécu psychique du bébé sans qu'il puisse s'en distancer ni les contrôler, en particulier par son ignorance du temps (l'absence actuelle de la mère n'étant pas compensée par la certitude de son retour).

Même si elle n'est pas exprimée par des mots, l'attitude intérieure (anxiété ou sérénité) de la mère se répercutera sur les impressions de l'enfant : dans sa manière de le tenir, par exemple : porter pour tenir, « retenir », l'aider à se tenir lui-même, le tourner vers le monde pour l'amener à l'autonomie ; autant de nuances différentes.

Déjà l'enfant éprouve les divers sentiments de base : anxiété, agressivité, plaisir, attachement, tristesse. Les sentiments négatifs s'accompagnent de manifestations corporelles de détresse (urine, excrétion, vomissements).

Le développement psychomoteur de ce stade (qui correspond au stade oral en psychanalyse) est marqué par un certain nombre de progrès dans

divers domaines. Pendant les quatre premiers mois, en dehors des mouvements incoercibles et non dirigés du bébé, c'est surtout la bouche, les yeux qui sont mobiles, sa tête qui prolonge sa vision.

Tous les chercheurs qui se sont penchés sur le développement du petit enfant, ont retrouvé deux lois le régissant :

- celui-ci n'est pas linéaire mais se fait par à-coups ;
- chaque acquisition ne s'additionne pas aux précédentes mais réorganise en le modifiant, le développement psychomoteur de l'enfant.

Le nouveau-né s'intéresse à ce qu'il entend : ses mouvements se ralentissent, son rythme respiratoire et de succion se modifie jusqu'à ce qu'il soit habitué à un signal sonore. Il semble qu'il reconnaisse précocement la voix de sa mère au milieu de celles d'autres femmes, qu'il reconnaisse dès le troisième jour son odeur (B. Schaal). La mère se montre « touchée » de cette reconnaissance par son bébé, ce dernier cherchant activement son regard dans un laps de temps relativement court correspondant à sa possibilité de se concentrer qui est brève chez le nourrisson. Brazelton a étudié la réciprocité et la synchronisation de ces interactions entre mère et tout-petit et Stern les jeux précoces et leur effet sur l'attention du bébé dans la relation. Le sourire vers 6 semaines ou 2 mois peut être considéré comme l'équivalent des conduites d'accrochage étudiées chez les animaux qui eux peuvent agripper la fourrure de leur mère ou trotter précocement derrière elle.

- À 4 mois, le bébé se redresse lorsqu'il est sur le ventre et secoue le boulier coloré accroché à son lit.
- À 6-7 mois, il se tient assis avec un soutien, attrape, porte à sa bouche, prend un objet des deux mains.
- À 8 mois, il joue au premier jeu socialisé « coucou ! me revoilà ! », cherche un objet disparu, jette les objets par terre et les frotte l'un contre l'autre.
- À 9 mois, il se tient assis en équilibre, se hisse debout, se tourne, se penche en avant, tient seul son biberon.
- À 10 mois, il se tient debout dans son parc, se déplace à quatre pattes et vers 12 mois commence à marcher (encore que dans ce domaine on constate des différences considérables selon le tempérament prudent ou « risqué » de l'enfant). Il emboîte, enfile des plaques trouées sur une tige.
- À 18 mois, il court et monte un escalier et commence à demander son pot.

L'apparition de l'intelligence telle qu'on la définit plus tard (direction, causalité) se fait vers 4 mois 1/2 ; auparavant on peut parler d'interactions et de réflexes héréditaires. Très vite, l'enfant adapte son comportement à une situation : il soulève un couvercle pour chercher un objet, tire une couverture sur laquelle est posé un jouet hors de sa portée, commence à réaliser des performances avec un réel sentiment de fierté (surtout s'il est encouragé !) et vers la fin de la première année on peut parler d'une intelligence pratique ou manipulative.

Il va commencer à dire ses premiers mots vers 14 mois : « maman » et « papa » (ce dernier étant plus facile à prononcer et vraisemblablement plus fréquemment dit par la mère). Les expériences montrent qu'à cet âge-là, il est en possession d'une centaine de phonèmes dont il ne conservera qu'un quart correspondant à ceux de sa langue maternelle, et qu'il sera obligé, plus tard, d'en réapprendre certains, parfois difficilement (comme le « r » pour les anglophones et le « th » pour les Français).

Rappelons également les travaux de R. Spitz sur le développement psycho-affectif de cette première période de la vie où il décrit trois *organiseurs*, remaniement structural dont nous avons parlé plus haut.

*Le premier est le sourire* (à tout visage souriant vu de face) comme signal et qui marque un début de communication alors qu'en réalité, le bébé ne vit pas encore sa mère comme une personne distincte de lui.

*Le second organisateur est l'angoisse du huitième mois* qui marque que la mère est clairement identifiée comme source de plaisir et que l'étranger est reconnu comme tel. Il est en conséquence déconseillé de confier pour la première fois l'enfant pendant cette période.

*Le troisième organisateur va être l'acquisition du non !* entre 12 et 18 mois, véritable identification à l'adulte qui interdit.

Pendant cette dernière période l'enfant s'attache à un objet transitionnel (Winnicott), pouce, couche, couverture, peluche, se situant entre son propre corps et celui de sa mère, dans son espace familial dont il reconnaît la texture et l'odeur, moyen pour lui de retrouver la présence sécurisante de l'adulte, même si cet objet est un « leurre » et ne remplace pas celui-ci. Il est conseillé de laisser à l'enfant cet objet qui « amortira » le choc de la séparation.

## **La période d'expansion subjective (1 à 3 ans)**

C'est un âge où va se manifester l'autonomie de l'enfant, en particulier avec l'acquisition de la marche, de la propreté et du langage. L'enfant va explorer activement l'univers proche ; il manifeste une intense activité corporelle : il est constamment en mouvements. À 2 ans il monte sur les chaises, grimpe et redescend les escaliers. C'est souvent l'âge des accidents graves (chutes, noyades, empoisonnements). C'est un âge important pour l'acquisition du schéma corporel, de la latéralisation (70 % des gestes sont faits de la main droite). On peut déceler par des petits tests simples s'il est droitier ou gaucher et si sa latéralisation est homogène (œil, main, pied).

Le jeu va devenir un considérable facteur de progrès psychomoteur et de valorisation narcissique.

Tout le développement du petit enfant va être imprégné d'affectivité, même ses composantes motrices ou intellectuelles. Un certain niveau de tolérance à la frustration peut être supporté. L'absence de la mère est progressivement mieux tolérée, un début de conscience du temps (donc du retour) se mettant en place alors que la conscience de l'espace est beaucoup plus précocement acquise.

L'émotionnel est exprimé par des décharges symboliques (coups de pieds dans un meuble ou étreinte d'une poupée) et l'enfant est au centre de son univers ; ses besoins et son vécu sont ses principales références. Il se sent impuissant devant les stimulations extérieures et devant ses propres besoins et ceci entraîne une anxiété et une certaine agressivité. Il peut également vivre les exigences de l'adulte (concernant, par exemple, l'éducation de la propreté) comme un retrait d'amour.

Dans cette anxiété, il met des repères, impose des rites (celui du coucher, par exemple, qui l'éloigne des adultes et le condamne à l'obscurité).

C'est aussi l'acquisition de son identité par ce qu'on pourrait estimer un nouvel organisateur, le stade du miroir (J. Lacan) : l'enfant aperçoit son image dans un miroir ; de morcelé, son corps est perçu par lui comme unifié et support de son identité et de son narcissisme. L'enfant qui parlait de lui à la troisième personne va dire « je ».

Cette période va également être capitale pour l'acquisition du langage, la « représentation » des objets et des situations se dégageant de l'action.

*L'acquisition du langage* par cet enfant « infans » (qui ne parle pas) va se faire à partir de l'échange préverbal qui régit la relation du nourrisson et de son entourage, dominée par les cris, le babillage, les lallations exprimant les sensations positives ou négatives du bébé et entraînant des réactions et actions de l'environnement. Le « parler-bébé » semble plus retenir l'attention du tout-petit que le langage adulte : l'appui se fait sur certaines syllabes plus accessibles à l'enfant et, chaque mot, associé à une situation, représente une phrase entière pour lui ; par exemple « mener-mener » lorsque l'enfant voit sa mère mettre son manteau et l'emmitoufler pour sortir.

Un autre élément important dans la communication va être toute la communication infraverbale (regard, geste, ton, rythme, silences) qui permet à l'enfant de connaître l'intention de ses parents ou de deviner la signification du message.

Entre 8 et 13 mois, l'enfant comprend globalement l'essentiel de ce qui lui est signifié. Entre 1 et 2 ans, il passe de 7 à 216 mots environ. Il apprend le nom des choses et élargit ainsi son emprise sur le monde. À 20 mois, il commence à faire des phrases. Souvent elles débutent par le mot « pour-quoi ? » (à quoi cela peut-il me servir ?). Il parle seul puis progressivement intériorise sa pensée. Certains mots lui plaisent et l'on verra, vers 3 ans,

son plaisir à dire des « gros » mots qui est en relation avec l'analité dont c'est le stade, et la sexualité, vivace à cette période. C'est aussi celle de la découverte de la différence des sexes (2 ans 1/2) et des premières questions à ce sujet.

## **La découverte de la réalité extérieure (3 à 6 ans)**

Cette période va être marquée par la découverte, souvent douloureuse pour l'enfant, du principe de réalité prenant le pas sur le principe de plaisir : sa volonté, ses désirs se heurtent à ceux de son entourage ; s'ensuivent de nombreux et violents caprices. Il s'affronte, souvent pour la propriété des jouets, aux autres enfants (maternelle) et rivalise avec eux.

Il prend conscience que la puissance du fantasme, du geste, de la pensée (magique) se heurte à la réalité extérieure ; qu'il ne suffit pas de vouloir pour avoir ou pouvoir. Sur le plan affectif c'est aussi les frustrations liées à la période œdipienne : « papa et maman ne lui appartiennent pas »... Et si, comme il arrive souvent à cet âge, arrive un « puis-né » dans la fratrie, l'enfant éprouve de la jalousie et peut régresser (énurésie, langage). Il est important que ses parents l'autorisent à verbaliser ses sentiments négatifs. Le jeu (voir plus loin) joue un rôle privilégié aussi bien affectif, intellectuel que moteur. Il commence à traiter ses compagnons comme de véritables partenaires et prend conscience que, dans un jeu, chacun tient un rôle et respecte des règles.

Les histoires qu'on lui raconte ont également un rôle structurant lui permettant, notamment, de mettre en scène son affectivité en particulier son anxiété qui sera dépassée par la fin heureuse de celles-ci.

## **Désagrégation de la subjectivité primitive (6 à 9 ans)**

Cette période de l'enfance va être marquée, affectivement, par la résolution (partielle) du complexe d'Œdipe (voir 1<sup>er</sup> chapitre) et, socialement par l'entrée à l'école primaire ; la première va favoriser la seconde. L'enfant fait son deuil d'une certaine attente vis-à-vis de ses parents et va vivre de nouvelles et riches relations avec son instituteur et des camarades de son âge. Ce milieu scolaire est neutre à son égard contrairement à sa famille, à la crèche où il a le préjugé favorable ; il va donc avoir à se faire apprécier et aimer. La loi y est la même pour tous et l'enfant y apprend la vie en groupe : s'affirmer sans se faire rejeter.

Sur le plan affectif, il gagne en autonomie ; ses fantasmes sont moins culpabilisants, son Surmoi moins répressif, ce qui diminue anxiété et agressivité.

Il est ambivalent (sentiments positifs et négatifs sur le même objet), ce qui permet une réversibilité de la pensée (adhésion et critique à la fois) et l'amène à l'argumentation, progrès intellectuel notable. Celui-ci va être marqué par le passage d'une pensée intuitive à une pensée « opératoire », une accession à la logique. L'enfant va apprendre à lire, analyser, écrire, compter. Son intérêt va être grand pour des époques et des contrées éloignées des siennes. Il sort de son petit monde à lui. Mais il a encore besoin de beaucoup de sécurité, de repères et tout événement (divorce, remariage, décès, déménagement) peut entraîner des dommages affectifs notables qui se traduisent par une régression.

C'est l'âge des collections (conforter son Moi), l'âge aussi de la ségrégation entre filles et garçons et d'un certain goût pour la solitude.

Sur le plan psychomoteur, précision (maquettes, jeux de construction) et endurance physique permettent de nouveaux jeux et de nouveaux sports.

## **La maturité infantine ou période de latence (9 à 12 ans)**

Cette période où le Moi se fortifie et n'est pas encore confronté aux violentes pulsions qui naîtront avec l'adolescence sera, en général, vécue comme très équilibrée. L'enfant, affectivement, renforce son autonomie. Il va faire partie de groupes divers, ce qui diversifie et enrichit ses idéaux.

Il relativise le prestige de ses parents. C'est l'âge du « roman familial » (il s'invente d'autres parents que les siens), de la fascination de la « bande » qui libère, en quelque sorte, de l'adulte, lui permet de s'identifier à l'un de ses pairs. C'est souvent une rude école de vie et parfois un danger (risque de délinquance). Il y fait l'apprentissage de la société où tout le monde est à la fois pareil et différent. Il s'y console également des déceptions familiales, comme il se console, en famille des meurtrissures du groupe. Dans l'ensemble, il passe de relations intenses avec ses camarades à une intériorité qui va culminer avec l'adolescence. C'est l'âge de la pudeur et d'une sensibilité extrême qui l'amènent souvent au bord des larmes.

Sur le plan intellectuel, il vit une intense curiosité, accumule des connaissances (marques, performances techniques de voitures, par exemple). C'est l'avènement des opérations formelles, car il ne raisonne plus en établissant des relations entre objets concrets mais sur ces relations elles-mêmes (proportions, corrélations...). Il pose également des raisonnements hypothético-déductifs (poser une hypothèse abstraite et développer ce qu'on peut en déduire).

Son intérêt est grand pour une morale objective et consciente, pour la philosophie et la spiritualité (sens de la vie, de la mort, du mal, des valeurs).

## La relation éducative

### La famille

Le petit enfant naît dans une famille ; que cette famille soit composée le plus souvent d'un couple de parents, qu'elle présente la forme d'une famille « monoparentale » (un seul parent élevant l'enfant, celui-ci voyant régulièrement ou pas du tout l'autre parent) ou enfin celle d'une famille recomposée (remariage), elle est le premier milieu de développement. Pendant plusieurs années puisque ce n'est qu'à la puberté que le nombre de neurones nécessaire sera acquis, l'enfant n'aura qu'une autonomie relative par rapport aux petits d'animaux.

Son héritage génétique marquera sensiblement son tempérament et sa manière de répondre aux stimulations de la vie et à l'influence éducative qu'il reçoit.

Sur le plan affectif, on sait la valeur irremplaçable de ce que le petit enfant reçoit pendant ses premières années : R. Spitz a étudié en orphelinat les carences affectives (l'hospitalisme). Harlow a montré que des jeunes singes élevés sans leur mère étaient incapables de s'accoupler une fois adultes et K. Lorenz l'importance de l'« empreinte » au début de la vie.

La qualité affective du couple parental, hétérosexuel ou homosexuel, a aussi une très grande importance : alors qu'une population normale présente environ 50 % d'irrégularités maritales, la population d'enfants suivis pour troubles de la personnalité dans des centres de guidance infantile en présente 30 % et on sait que chez les délinquants et les drogués il y en a plus de 80 %.

Outre la qualité de l'affection reçue par ses parents, l'enfant reçoit de sa famille un modèle, une référence qui lui permet de se situer, de déterminer son identité. De plus, sa famille est modèle de ses premières relations. Ses modes d'échange (donner, recevoir), de fonctionnement (dépendance, indépendance), se forment sur ce qu'il vit dans son enfance, ou en réaction, ce qui laisse à la famille son rôle prééminent. Ce qu'il vit pendant sa période œdipienne est déterminant aussi et se situe en dehors des « discours éducatifs ». L'imitation des parents (unis ou désunis), sa relation à l'autorité, donc à la Loi, sa tolérance à la frustration le marquent d'une manière quasi-définitive. Son sentiment ou non de sécurité, la perception de sa propre valeur, naissent dès les premiers mois dans le terreau familial. Le petit enfant va apprendre également les rôles masculins et féminins tels que les vit le couple de ses parents.



C'est encore eux qui l'initient à la vie sociale en commençant par lui apprendre leur code de communication avec leur propre groupe humain : sa langue maternelle, justement nommée.

Le rang dans la fratrie est aussi un facteur important. Les aînés sont souvent plus touchés par des difficultés psychologiques et la déstabilisation affective entraînée par la naissance d'un puis-né n'y est pas étrangère. Ensuite consultent le plus souvent des enfants uniques.

Le quotient intellectuel (QI) qui oscille autour de 100 pour la plupart des gens et est (en principe) immuable tout au long de la vie, est souvent plus bas dans les familles nombreuses et celles qui sont au bas de l'échelle sociale (qui sont souvent les mêmes) et les enquêtes montrent que l'école ne suffit pas à compenser les manques langagiers et culturels de certains enfants défavorisés qui auront plus de difficultés à s'insérer dans la vie professionnelle parce que sans qualification. Ceci d'autant plus dans une société où le taux de chômage est élevé.

La population immigrée se heurte à la difficulté de voir ses jeunes perdre sa culture d'origine sans avoir pu (ou voulu) acquérir la culture du pays d'accueil, or on sait que les valeurs culturelles sont aussi structurantes pour la personnalité du jeune.

Le facteur nutritionnel a aussi une influence sur le psychisme, surtout la première année, mais déjà in utero, puisqu'un enfant dont la mère est mal nourrie peut avoir 20 % de cellules cérébrales en moins.

Il est difficile d'aborder ici l'histoire de la famille. Celle-ci a été fortement remise en question durant les dernières décennies, d'abord dans la littérature ensuite par des faits sociaux entérinés par la législation : citons les droits des enfants illégitimes, le divorce, la cohabitation, la contraception, l'avortement, le travail de la femme...).

En un siècle, un certain nombre de pouvoirs (médical, scolaire, apprentissage, éducation religieuse, solidarité sociale) est passé de la famille aux institutions sociales, diminuant ainsi le pouvoir familial. Ce dernier est devenu essentiellement un pouvoir affectif : la fonction familiale reste le lieu privilégié de ces relations affectives ou chacun aspire à pouvoir être lui-même, se sentir bien et aimé, lieu de formation pour l'enfant et d'épanouissement pour petits et grands.

Toutes les enquêtes récentes, aussi bien auprès d'adolescents, de jeunes, mariés depuis quelques années que de retraités, montrent qu'il y a une énorme attente concernant la famille. L'institution « mariage » est en perte de vitesse : 175 000 couples se sont « pacés » en 2009 soit 20 % de plus qu'en 2008. Mais la famille reste un contrepoint majeur à ce qui est considéré, dans toutes les générations comme un fléau majeur : la solitude.

Le Pacs, créé en 1999, tente de régler quelques difficultés concernant la vie du couple : les dépenses quotidiennes, la fiscalité, les droits de succession de l'un ou de l'autre. Le nombre d'homosexuels touchés par le VIH, surtout dans les premières années de l'épidémie où les traitements n'étaient guère efficaces, avait alerté les autorités et beaucoup de proches. Lorsqu'un des deux partenaires du couple décédait (jeune souvent : en 1991 la moyenne d'âge était de 29 ans), le conjoint se retrouvait chassé du logement et souvent sans ressources. C'est aussi le cas pour le concubinage qui n'assure aucune protection.

## Les différents modes de garde

La garde du tout-petit concerne toutes les familles et tous les enfants. Même la jeune femme qui ne travaille pas a besoin de ne pas rester confinée chez elle. Peut-être pourra-t-elle trouver une halte-garderie qui acceptera de prendre son enfant quelques heures par semaine.

La jeune femme qui travaille, par nécessité ou par goût, éprouve une certaine culpabilité à confier son bébé pour travailler : l'image mythique de « la bonne mère » idéalisée, disponible et présente à tout instant, est encore vivace dans l'esprit de beaucoup d'entre elles (et de beaucoup d'hommes également). Elles savent que leur rôle est déterminant dans les interactions avec leurs enfants et que ce qu'ils vivent, en dehors d'elles a également une influence sur leur développement.

Les jeunes pères sont également concernés par la garde puisque c'est eux, souvent, qui amènent ou reprennent les enfants à la crèche, chez la gardienne ou la grand-mère.

Les jeunes parents, s'ils ont la possibilité d'un choix éducatif peuvent se demander si confier leur tout-petit à un tiers n'est pas préjudiciable à son développement. On n'insistera jamais assez sur la valeur de la relation mère/enfant mais surtout sur celle de la relation de l'enfant au couple parental, sa continuité tout au long de son développement, le danger de séparations de longue durée, les abandons ou semi-abandons, l'absence affective de la mère. L'enfant peut, par contre, à tout âge, bénéficier de relations sociales diversifiées, d'activités autonomes. C'est moins affaire de temps passé avec lui que de qualité de ce temps. Lorsque la jeune femme éprouve de la rivalité envers la ou les personnes qui s'occupent de son enfant (sentiment d'infériorité, exigences agressives, multiples changements de gardienne), c'est qu'elle craint de ne pas être la « bonne mère » ou se sent irremplaçable.

Les choix de société, qui n'ont pas construit suffisamment de places de crèches, montrent qu'une décision politique privilégie également la garde maternelle.

Selon les chiffres de l'INSEE (1987), sur 100 enfants de moins de trois ans, 59 restent avec leur mère, 11 fréquentent l'école maternelle, 11 sont accueillis par un membre de leur famille (grand-mère le plus souvent), 8 par une assistante maternelle, 3 par une crèche collective et 2 enfin par une crèche familiale ; 6 enfants sont gardés par un mode inconnu qui se révèle souvent être une personne étrangère à domicile.

- **La garde par la grand-mère** peut être le meilleur des modes de garde, si les relations de celle-ci avec la mère sont bonnes : parfois sentiment d'infériorité, difficultés relationnelles avec sa mère ou belle-mère, peuvent entraîner des tensions dont l'enfant pâtira. Quant au placement de l'enfant chez ses grands parents, on ne devrait y recourir que lorsqu'il n'y a pas d'autre solution. Ces réserves faites, on sait que lorsque les choses se passent bien c'est un mode de garde très bénéfique pour l'enfant qui est aimé et très entouré par sa grand-mère (et souvent par son grand-père) ; il ne change pas de milieu, la jeune mère connaît les principes éducatifs de sa propre mère ou belle-mère, elle fait pleinement confiance et sait que les horaires sont souples. Mais cette relation non rémunérée, rend la jeune maman débitrice de sa mère, situation à gérer également.

- **L'assistante maternelle** agréée est choisie après enquête des services sociaux, souvent formée et toujours surveillée. C'est une excellente formule qui permet la proximité, la socialisation de l'enfant, souvent gardé avec d'autres enfants ; la gardienne n'est pas la mère, avec les avantages et les inconvénients que cela peut présenter, si l'assistante se prend pour la mère et change de rôle. Cette formule permet aussi une certaine souplesse et, en général, elle satisfait les parents.

- **Les crèches** ont leurs défenseurs, mais aussi leurs détracteurs. En général les parents en sont satisfaits. Elles remplissent en même temps un rôle « sanitaire » et un rôle de « garderie ». Elles proposent des activités et des liens entre enfants qui stimulent son développement psychomoteur. En général les relations entre crèche et parents sont bonnes et ces derniers vivent la crèche avec moins de sentiments de culpabilité et de rivalité que l'assistante maternelle ou la grand-mère. L'idéal pour les parents, serait de pouvoir choisir leur mode de garde, ce qui est malheureusement, rarement possible, dans la réalité actuelle.

- **L'école maternelle** permet une socialisation précoce : activités ludiques partagées, adaptation à un milieu neutre vis-à-vis de l'enfant, repos après le déjeuner, reconnaissance des visages des adultes qui s'occupent d'eux, possibilité de prendre de l'exercice dehors lorsque le temps le permet, repas pris à la cantine où souvent l'enfant mange plus volontiers que chez lui, préparation à la scolarité. Quelques inconvénients : des horaires souvent rigides, matinaux, rarement progressifs et une astreinte relationnelle souvent éprouvante, surtout pour le petit enfant qui n'a pas été à la crèche auparavant. On sait maintenant que la fréquentation de l'école maternelle

diminue les risques de redoublement ensuite, mais la tentation est grande de favoriser les activités scolaires de l'enfant aux dépens des activités d'éveil, ceci, souvent sous la pression des parents qui espèrent faire gagner un an à leurs enfants pour l'entrée au cours préparatoire. Or ces activités d'éveil sont indispensables pour préparer à l'école primaire. Il semble que ce soit dans le domaine de l'apprentissage du langage que la préscolarité ait le rôle le plus actif, en même temps que réducteur des inégalités sociales.

## L'école

Il est vrai que si l'école a un rôle important qui est de transmettre à tous le savoir par son contenu (programmes, matières, disciplines), son influence réelle sur la personnalité de l'enfant provient surtout du type d'expérience qu'elle fait faire au jeune, à la fois vis-à-vis de ce savoir et vis-à-vis des relations humaines. On sait par exemple, que beaucoup de connaissances apprises sont oubliées ; subsistent les mécanismes simples (lire, écrire, compter) ou plus élaborés (raisonnement, recherche). Ce qui semble important est que l'école développe l'esprit critique, la maturité, l'autonomie, l'indépendance d'esprit nécessaires pour se situer en face des idéaux de la société ambiante, qui ne sont pas forcément ceux de la famille. Or c'est le plus souvent une ouverture sur d'autres valeurs et d'autres idéaux qu'apporte l'école avec son enrichissement, mais elle peut entraîner aussi des distorsions qui renforcent ou fragilisent la personnalité.

Après la révolution industrielle, l'école a été conçue comme l'institution nécessaire et le moyen de faire progresser l'égalité des chances. La majorité des familles gardent, aujourd'hui encore, une grande confiance dans un système éducatif qui doit assurer la promotion sociale de leurs enfants. Or les chiffres montrent une grande stabilité sociale (64 % des fils d'ouvriers restent ouvriers) et ce sont d'autres critères que l'école (division du travail, croissance différentielle des secteurs économiques) qui, semble-t-il, ont l'effet le plus important sur la mobilité sociale.

## Les médias

Ce sont d'autres facteurs de structuration de la personnalité ; la radio, le cinéma, la télévision, les livres et les magazines entre autres. Les jeunes les aiment. G. Friedman affirmait récemment que les 3/4 de la culture passent à travers eux. Ce sont des stimulants de la vie intellectuelle et affective, mais qui risquent cependant d'entraîner les jeunes à des actions incontrôlées dans lesquelles ils s'engagent tout entier et expriment aussi les côtés les plus négatifs de leur personnalité, ce qui constitue un facteur incontestable de délinquance. Certains jeunes, souvent contredits et réprimés dans leur enfance, installés dans l'agressivité, ne pensent pouvoir faire des choses intéressantes que dans et par la violence.

On sait que 75 % des enfants de 6 à 13 ans, regardent la télévision plus de 20 heures par semaine, que 95 % des couples avec enfant ont la télévision et que celle-ci, dans tous les milieux, assied l'autorité des parents, en servant tour à tour de sanction ou de récompense.

L'enfant imite très tôt ses héros préférés ; si possible le personnage sympathique et non le « méchant ». Certains psychologues pensent que les médias permettent de défouler la violence sans l'augmenter. Des diverses expériences auprès d'enfants, on peut cependant retenir que toute activité excitante augmente l'agressivité. Une autre constatation est que, en général, le héros auquel s'identifie l'enfant, est orphelin (au moins d'un de ses parents). Cette absence de famille est un moteur dramatique et narratif puissant. Il laisse à l'enfant une large autonomie matérielle et affective. Souvent, l'enfant part à la recherche de ses parents. Le héros est souvent adopté. Les parents adoptifs ont le droit d'être méchants sans nuire à l'idée que se fait le jeune de ses propres parents. Ainsi les conflits de ces « familles décalées », loin de nuire à l'image de la famille traditionnelle, dans l'esprit du jeune public, la préserveraient.

La fratrie est également souvent mise en valeur : le compagnon d'aventures est souvent le frère ou la sœur, alors que l'enfant rival ou ennemi est extérieur à la famille.

La télévision est un support paradoxal : information maximale et, en même temps, sentiment pour le jeune (et l'adulte) de son impuissance, le plus souvent, face aux divers drames qui touchent le monde. Il est d'ailleurs indispensable de se désimpliquer si l'on veut survivre. Un effort notable a été fait, ces dernières années, pour rendre le téléspectateur plus actif dans le sens d'une solidarité accrue.

La télévision a aussi une fonction familiale. Elle est source de communication et aussi l'occasion de se taire. Cause de conflits, c'est aussi un moyen de les masquer. Les parents se culpabilisent parfois et voient dans la télévision une gêne dans leurs projets éducatifs, en même temps qu'ils s'en servent (parfois trop) comme gardienne distrayante de leurs enfants. Même chose pour le Net.

Les normes passent par le petit écran : on y apprend à se nourrir, à s'habiller, à parler, à se conduire. Mais ce qui est donné à la télévision l'est, sans le contact personnel, chaleureux, affectif de ce qui est donné dans la famille.

On lui reproche de rendre l'enfant passif, de l'empêcher de lire, puisqu'il a accès, sans effort, au monde de fiction et de rêve dont il raffole. Ce qui est exact en partie, si activité et lecture ne sont pas encouragés par les émissions elles-mêmes.

Ce qui est certain, c'est qu'il est impossible de faire comme s'ils n'existaient pas ; elle fait partie de notre environnement ; aux parents de gérer cette

réalité qui peut enrichir l'enfant comme faire entrer au sein de la famille une influence discutable, en sachant relativiser et compléter ce qui peut être négatif.

## Le jeu

Le jeu chez l'enfant est à la fois l'expression des modes actuels de sa personnalité et le moyen de structurer sa personnalité à venir. L'activité ludique est à la fois fermée sur elle-même, chargée de signification, et ouverte sur le monde extérieur.

Dans toutes les cultures il y a eu des jouets : objets de pierre, chariots, poupées, meubles et ustensiles, reliques de la Haute-Égypte ; cavaliers et chevaux, témoins du Moyen-Âge ; peintures de jeux, vestiges de la Grèce antique ; jouets éducatifs (lettres en ivoire, en gâteau), dès le I<sup>er</sup> siècle.

Le jeu développe les sens et la motricité de l'enfant. Il lui apprend à observer, toucher, prendre, transvaser, mettre en équilibre, lancer, faire rouler, rattraper, etc. Depuis le hochet ou le boulier de berceau, agités intentionnellement, jusqu'aux patins à roulettes, l'apprentissage des gestes, leur précision, leur coordination, vont permettre une progression et une véritable maturation. Tout ceci, décuplé par la fierté d'améliorer la performance.

Il est difficile de séparer l'intelligence de ce développement sensori-moteur. L'attention, la mémoire, la connaissance des formes, leur représentation et leur utilisation, sont tour à tour mis en jeu. Jouer entraîne un enchaînement logique, souvent complexe, et requiert invention, imagination, créativité. On constate que celui qui sait jouer sait aussi travailler et qu'il serait vain d'opposer travail et jeu, ce dernier devant être considéré comme une nécessité vitale.

L'affectivité est très sollicitée dans le jeu. Dans les jeux d'imitation (le docteur, la maîtresse d'école), l'enfant maîtrise son anxiété en s'identifiant à l'adulte tout-puissant. Il libère ses sentiments agressifs, souvent interdits, en s'identifiant à des êtres forts, en brandissant des armes. Il prend la place d'une mère frustrante ou aimante, dans sa relation à sa poupée, et son « objet transitionnel », son doudou (voir Winnicott) devient support de fantasme hallucinatoire.

La sociabilité du petit enfant s'organise autour du jeu : premiers échanges (dons, disputes), acceptation de l'autre et réciprocité. Le petit enfant va apprendre à coopérer, à perdre, à se soumettre, parfois à tricher (avec les conséquences que cela comporte).

Son univers peut être idéalisé (objets miniaturisés) : il crée la maison, le marché, le village de ses rêves. Et, parlant de rêve, nous pouvons penser que, comme dans le rêve nocturne, le jeu permet la satisfaction des désirs et c'est la raison qui incite à l'utilisation du jeu pour l'investigation et la cure des troubles psychologiques chez l'enfant.

## Le dessin

Comme le jeu, le dessin est une activité, source de plaisir, typique de l'enfant. Elle le révèle, lui permet d'exprimer sentiments, richesse de sa vie imaginaire. Le dessin est un compromis entre ses intentions et ses moyens, souvent insuffisants, pour exprimer son monde intérieur. Parfois, partant d'une simple esquisse, l'enfant enrichit sa production de personnages, animaux, fioritures divers qui reflètent sa créativité et sa tonalité intérieure.

Comme dans le rêve, il exprime aussi sa vie inconsciente, ses désirs, ses craintes, ses conflits. Il dit, souvent plus facilement par le dessin, ce qu'il ne peut verbaliser consciemment et c'est une raison qui fait que, comme le jeu, le dessin est aussi un moyen d'explorer le psychisme de l'enfant et, éventuellement, de suivre les progrès d'une détérioration ou d'une amélioration psychologique.

Pour les soignants, c'est un excellent support de relation puisqu'il permet, outre le cadeau que lui en fait l'enfant et qui révèle son intention affective, une communication autour du dessin.

De la simple trace maladroite laissée sur le papier (barbouillage) par le tout petit, qui n'est pas sans lien avec l'analité, en passant par le gribouillage (d'abord vertical puis horizontal), l'intention, d'abord accidentelle puis répétée, jusqu'au réalisme intellectuel (transparence, visage vu sous plusieurs angles), le dessin va évoluer. L'enfant va aller vers un compromis : tenter de synthétiser son dessin et, en même temps, l'enrichir de signes reconnaissables. Lors de la phase de latence, en général le dessin sera copié sur la réalité puis exploration des possibilités de réalisation graphiques où règle et compas sont souvent utilisés avec un réel souci de construction esthétique.

Son dessin révèle l'habileté, les qualités perceptives, la bonne orientation de l'enfant. L'analyse des traits révèle s'il est réaliste, incisif, inhibé ou instable. Ses couleurs marquent son adaptation, sa gaieté, son agressivité, sa tristesse.

Le dessin peut être symbolique, explorer la manière dont il se voit (famille, arbre, bonhomme), comment il intègre ou non son symptôme (personnages dessinés souvent sans bouche par des enfants bègues, par exemple) psychologique ou physique.

Comme dans le rêve, le temps et l'espace sont sans limites, il y a des déplacements, des significations multiples, des associations d'idées et de fantasmes.

On peut analyser également sa rapidité, son goût du détail, son attention, la stéréotypie et d'autres caractères de dessin.

Pour le soignant, qui n'a pas le même regard que le psychologue sur le dessin de son jeune patient, c'est cependant une excellente manière de le connaître en entrant dans son univers intime et familial, de mieux le comprendre, d'améliorer la relation en acceptant un cadeau de lui en échange de ce que lui-même donne : les soins. C'est aussi une manière privilégiée de sortir d'une relation de pouvoir où les soins sont malheureusement souvent agressifs, pour entrer dans une complicité, source d'attachement réciproque. Enfin les dessins peuvent transformer l'environnement et humaniser l'hôpital.

## Bibliographie

- Badinter E. – L'amour en plus. Flammarion, Paris, 1980.
- Debreé R. – L'enfant et sa famille. Grasset, Paris, 1981.
- Huber W. – Introduction à la psychologie de la personnalité. Dessart et Mardaga, Bruxelles, 1977.
- Marbeau-Cleirens E. – Psychologie des mères. Édit. Universitaires, Paris, 1966.
- Mazet P. et Stoleru S. – Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Masson, Paris, 1988.
- Odent M. – Bien naître. Le Seuil, Paris, 1976.
- Osterrieth P. – Introduction à la psychologie de l'enfant. PUF, Paris, 1965.
- Prieur N. – Adolescents/parents : des rendez-vous manqués. Casterman. École des Parents et des éducateurs, Paris, 1981.
- Roussel L. – La famille après le mariage des enfants. PUF, Paris, 1976.
- Spitz R. – De la naissance à la parole. PUF, Paris, 1968.
- Stern D. – Mère et enfant, les premières relations. Mardaga, Bruxelles, 1981.
- Stoleru S. et Morales M. et Grinschpoun M.F. – De l'enfant fantasmatique de la grossesse, à l'interaction mère/nourrisson. Psychiatrie de l'enfant, 1985 Tome 2.
- This B. – Naître et sourire. Aubier Montaigne, Paris, 1977.
- Widlocher D. – Interprétation des dessins d'enfants. Dessart et Mardaga, Bruxelles, 1965.



## 4 L'adolescence

L'adolescence est un moment très important dans le développement de la personnalité de l'enfant en train de devenir adulte (sens littéral d'*adolescens* en latin). C'est une période de crise. Si on prend la définition de ce mot dans le dictionnaire, nous lisons « brusque changement en bien ou en mal » et, plus loin, « moment périlleux ou décisif dans l'évolution des choses ». Nous pouvons moduler en disant que le changement n'est peut-être pas aussi brusque qu'il y paraît et que les notions de bien ou de mal sont plus morales que proprement psychologiques. On peut avancer qu'en effet c'est un moment à la fois périlleux parce qu'il débouche parfois sur des difficultés majeures et en même temps décisif parce qu'il est exact que la personnalité qui émerge à la fin de l'adolescence et de ce qu'on appelle maintenant la post-adolescence (25-30 ans) est celle, structurée, de l'adulte. Il faudra des expériences fondamentales et le plus souvent dramatiques (accident, maladie) pour éventuellement la voir évoluer encore.

L'adolescence est un changement profond prenant racine dans la génétique et la physiologie même de l'individu.

C'est un temps de remise en question profonde de l'identité qui va subir des remaniements de tous ordres et procéder à un véritable travail psychologique comme on parle du travail du deuil avec lequel il a, d'ailleurs quelque parenté.

C'est aussi un fait social déterminé par l'environnement, mais qui va avoir, on le verra, une influence notable sur la société elle-même, société qui peut faciliter, ou non, l'accession des jeunes au statut d'adultes.

### Histoire

L'adolescence est une notion relativement récente puisque, comme dans d'autres cultures encore actuellement dans le monde et jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, le jeune accédait sans transition particulière de l'enfance au statut de jeune adulte. En général, l'enfant apprenait le métier de son père en travaillant avec lui et, lorsqu'il était suffisamment formé, il subvenait à ses besoins mais restait souvent dépendant de sa famille. La population était encore à très large majorité rurale et souvent trois et même parfois quatre générations vivaient sur une seule terre. Le jeune ouvrier, lui, dès l'âge de 13 ou 14 ans, à peine pubère, commençait à travailler au-dehors, donnant intégralement son salaire à ses parents. Ce qui se passe encore dans beaucoup de pays.

C'est le XVII<sup>e</sup> siècle qui marque un tournant dans l'histoire de l'adolescence avec un souci, déjà présent dans la Grèce antique, de socialiser les

enfants en les éduquant. Cette période de transition va intéresser tout naturellement les maîtres, principalement les religieux qui sont à l'origine de la scolarisation pour tous en France et l'État, conscient de l'importance de la qualité de ses futurs citoyens et soldats.

Beaucoup de traités éducatifs sont écrits aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles à propos de l'éducation des garçons comme des filles et la littérature nous a rapporté les rigueurs de cette vie scolaire, souvent interne, où l'autorité des éducateurs était parfois transgressée mais nullement remise en question par les élèves. D'ailleurs chaque individu et la société tout entière ne trouvaient pas à redire de l'autorité en général, celle des institutions comme l'État, l'Église ou l'Armée en particulier.

Il est à noter qu'alors il n'y avait pas de différence fondamentale entre enfance et adolescence et ce n'est qu'au XX<sup>e</sup> siècle que celle-ci va devenir une période particulière de la vie, une classe d'âge, centre des intérêts des adultes : intérêts non seulement éducatifs mais aussi affectifs, culturels, politiques et financiers. L'évolution se faisant vers un allongement notable durant ces dernières décennies de cette période qui, de transitoire, est devenue une phase spécifique de l'existence au même titre que la petite enfance ou la sénescence.

Actuellement on peut se demander si la société, qu'on a pu qualifier d'« adolescentique » est encore un facteur de socialisation amenant à la vie adulte ou un frein d'évolution dans la mesure où elle-même prend l'adolescence comme modèle : mode, loisirs, musique, langage des adolescents sont copiés par les adultes qui se refusent à abandonner leur jeunesse et l'idéalisent. Les valeurs, la logique, le primat du principe de réalité sont délaissés au bénéfice du plaisir immédiat, de l'intensité éphémère de l'émotion, du tout ou rien mis en scène par la culture en général et ses médias en particulier. Même les élans du cœur, s'apitoyant sur une misère bien réelle, restent fugitifs et sans suite, une solidarité véritable exigerait efforts et rigueur, don de soi et engagement, qualités qui ne sont plus guère à la mode de nos jours.

## **Influence du développement physiologique de la puberté sur le psychisme**

L'adolescence est le processus psychologique, affectif, intellectuel et moral qui accompagne la puberté, celle-ci étant la transformation physiologique et corporelle elle-même.

On a écrit que l'adolescence commençait lorsque se terminait la puberté. Il est difficile de penser que les considérables changements somatiques de la puberté n'aient pas une influence sur la psychologie elle-même du jeune en train de vivre son corps devenir un corps d'adulte.

Le mot puberté vient de *pubes*, poil en latin, qui donnera son nom au pubis. C'est vrai que le premier signe de la puberté va être, pour les filles comme pour les garçons, la naissance d'un duvet, puis de poils plus drus au niveau du pubis et sous les aisselles. Il semble certain maintenant que la puberté, comme la ménopause et la sénescence, sont inscrits dans le programme génétique de chaque individu. Les âges où vont se produire ces phénomènes sont souvent les mêmes entre père et fils, entre mère et fille.

La puberté va faire son apparition vers 10 ans chez la fille, autour de 12 ans chez le garçon. Le décalage physiologique d'environ deux ans va provoquer un décalage psychologique également, sensible dans certaines classes (4<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> par exemple), dans certaines matières scolaires, dans les loisirs : la fille de 14 ans aura envie de commencer à sortir, le garçon préférera le ballon. L'adolescente se plaindra de ne pouvoir échanger sur des sujets sérieux avec des camarades garçons plus préoccupés de s'amuser ou de performances techniques et sportives.

L'apparition des premières règles signera, chez la fillette, la maturité pubertaire. Les premières éjaculations, accidentelles ou provoquées, vont venir plus tardivement chez le garçon, avec la spermatogenèse, mais de nombreux signes pubertaires secondaires : pilosité, voix qui mue, nez aux proportions exagérées par rapport au visage encore enfantin, vont signer l'arrivée de la puberté.

Quelques modifications notables au niveau de la peau, une augmentation notable de la transpiration, une activité encore mal régulée des glandes sébacées qui va provoquer, cheveux gras et acné. La peau s'amincit, les pores se bouchent, une bactérie secrète une lipase qui transforme les triglycérides du sébum en acide gras, très irritant, provoquant ainsi une réaction inflammatoire des cellules. Il y a une prédisposition génétique à l'acné qui a tendance à se localiser au visage, dos et lombes. La glande sébacée est le récepteur spécifique des androgènes d'où la recrudescence fréquente de l'acné en période menstruelle chez les filles et sa prédominance chez les garçons. Beaucoup d'adolescents en pressant leurs boutons provoquent des micro-abcès qui laissent parfois des cicatrices. Actuellement on sait traiter l'acné, ce qui demandera à l'adolescent rigueur et patience, qualités qui lui font souvent défaut.

Sous l'influence de l'hypothalamus, c'est l'hypophyse, petite glande située à la base du cerveau, qui va déclencher d'autres glandes partant d'autres hormones. Certaines vont agir sur la croissance (thyroïde), d'autres sur les glandes sexuelles elles-mêmes (ovaires et testicules) et, faisant mûrir celles-ci déclenchent les changements propres à la puberté, signes primaires et secondaires.

Une des premières conséquences de ce déclenchement de la puberté va donc être une poussée de croissance, souvent spectaculaire. Parfois, en

quelques mois, voire en quelques semaines, cet enfant qui avait donné l'impression de ne pas changer de taille pendant toute la période de latence, se met à pousser brutalement : bras et jambes s'allongent et la garde-robe est à renouveler parfois complètement.

Cette poussée de croissance a plusieurs conséquences : d'abord l'adolescent qui vit une poussée de croissance et dont la charpente, le squelette, les organes se modifient relativement brutalement, va se sentir fatigué. Il perd une certaine énergie qui ne semblait pas lui avoir fait défaut jusque-là. Il paraît amolli et les adultes, parents et éducateurs, peuvent être irrités par ce qu'ils prennent pour de la nonchalance. L'adolescent qu'ils perçoivent comme « vautré » affalé, sans dynamisme, les agacent.

Une autre raison à cette fatigue est d'ordre plus psychologique mais conjuguée à la première, elle augmente singulièrement cette impression de laisser-aller. C'est la fatigue due à la force employée par l'adolescent à maîtriser les pulsions qui se réveillent en lui : pulsions agressives et sexuelle. Pour ne pas être débordé par elles, le jeune va utiliser un certain nombre de mécanismes psychiques qui, tous, requièrent un investissement non négligeable, pour son économie psychologique. On peut comparer cette fatigue avec celle du grand névrosé qui mène une lutte inégale contre lui-même et son angoisse.

Une autre raison qui va souvent jouer dans ce phénomène de fatigue, c'est le non-respect par l'adolescent de ses besoins physiologiques élémentaires. Non-respect de ses rythmes de sommeil : lever tardif qui, l'affirment les spécialistes, ne compense pas un coucher également tardif, irrégularité des heures de sommeil, ingestion de boissons excitantes, ambiance et spectacle de violence, non propices à un endormissement permettant une récupération que les difficultés diverses de l'adolescence rendent pourtant encore plus indispensable. Non-respect de même d'une nourriture équilibrée, saine ; sucre particulièrement abondant dans certaines boissons très prisées par les jeunes, graisses animales, au détriment des fruits et légumes, vitamines et oligo-éléments, poisson, etc. Or les jeunes ont besoin de se construire et de soutenir un certain rythme d'activité, de se défendre contre les stress nombreux à leur âge et de ne pas négliger ce qui semble être parfois la dernière de leurs préoccupations, leur santé. Il est vrai que la qualité des cantines scolaires et universitaires et la mode des « fast-foods » ne compensent guère cet état de fait.

Il semble que, dans le cas de la nourriture et du sommeil ainsi que dans d'autres comportements qui constituent de véritables symptômes (vitesse, anorexie, boulimie, tabagie...), un sentiment illusoire de toute-puissance et d'immortalité prédomine.

Peut-être est-ce aussi une manière de se démarquer des parents qui furent les pourvoyeurs, jusque-là, de la nourriture et furent également les gardiens

du sommeil, de refuser certaines règles, de vivre la minute présente et le désir immédiat sans être à l'écoute de ses véritables et élémentaires besoins.

L'environnement et les conditions de vie des adolescents favorisent largement ce mépris du fonctionnement corporel au bénéfice d'un paraître beau, bronzé, sportif et séduisant dont ils ne saisissent pas vraiment le lien avec une hygiène de vie rigoureuse.

Une autre conséquence de cette poussée de croissance qui annonce la puberté est le changement qui s'opère dans le schéma corporel. Cette représentation que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace, le jeune se l'était forgée progressivement depuis la petite enfance, en partie grâce à sa motricité. L'adolescent qui change de corps en quelques mois devient maladroit : il bouscule, il casse, il ne sait que faire de ses longs bras et de ses grandes jambes. On dit de lui qu'il est dégingandé, c'est-à-dire littéralement disloqué.

Comme, de plus, son visage change et qu'il trouve déplaisant d'autres signes de son réveil pubertaire, il n'est pas toujours content de son image corporelle. Toutes les parties de ce corps qui ont été soignées, aimées, investies par ses parents et ses proches, et ne sont reconnaissables ni par eux ni par lui-même, vont souvent, pendant un temps, ne pas le satisfaire. Il se trouve trop grand ou trop petit, trop gros ou trop maigre. La fillette cachera ses seins naissants trop menus ou trop forts à son gré, en se tenant le dos voûté, maquillant violemment son regard qui reste souvent la seule chose de son corps qui n'ait pas vraiment changé.

Une raison va jouer dans la difficile acceptation de son corps par l'adolescent, c'est qu'elle recouvre une autre réalité, psychologique cette fois, l'acceptation également difficile de ce qu'il est, psychologiquement, ce fossé qui lui semble infranchissable entre ce qu'il est, souvent mécontent de lui, et son Idéal du Moi. Cet Idéal du Moi, né d'identifications aux parents et aux éducateurs, à des idéaux collectifs souvent réduits actuellement, à des vedettes du sport ou de la chanson poussés par les médias, difficiles à égaler les uns comme les autres. Les adultes, par respect parfois, par laxisme souvent, ne proposent aucune valeur aux jeunes, pouvant leur permettre de construire leur vie dans un projet et avec un sens.

Lorsqu'il y a refus de ce qu'on est, il y a bien souvent refus de son corps. Les chirurgiens esthétiques et les « maigrisseurs » l'expérimentent chaque jour. Ils savent que, sans un travail psychologique en profondeur, leur patient sera perpétuellement insatisfait.

Dans la première partie de l'adolescence, au moment des grands changements physiques, le narcissisme (amour de soi-même) est soumis à rude épreuve : il va se retirer du parent intériorisé dont il ne reçoit plus de gratification ni dans l'imaginaire ni dans la relation réelle, avant

de commencer d'investir activement le Moi, dans un mouvement qui restaurera et même surinvestira l'amour que se porte l'adolescent et l'image qu'il a de lui-même.

## La sexualité

La sexualité, réveillée par l'éveil pulsionnel dû à la maturation physiologique des gonades sexuelles, va faire passer le jeune d'une sexualité infantile dans laquelle les images parentales sont encore présentes, très liée au conflit œdipien et au plaisir, recherché pour lui-même, à une sexualité dirigée vers l'autre, qu'on l'appelle altruiste ou oblativ, qui prendra sens dans une relation vraie.

Après une relation dans la petite enfance, vécue en symbiose avec ses premiers objets d'amour, qu'on a appelée relation d' « étayage », l'enfant va faire un premier pas vers l'autonomie en développant la satisfaction de trouver son plaisir sur lui-même (autoérotisme). Les tendances actives à l'exhibitionnisme et passives au voyeurisme, pulsions partielles manifestées au stade phallique, vont s'organiser sous le primat de la génitalité, en plaisirs préliminaires. La masturbation, si elle apporte une satisfaction à l'adolescent, et il est encore incapable d'entrer dans une véritable relation à l'autre, peut aussi lui donner un sentiment de culpabilité, les figures parentales étant présentes dans ses fantasmes masturbatoires. Elle peut lui donner aussi un sentiment de corps morcelé. Il emploiera la significative expression « s'éclater », tant le plaisir autoérotique est, en cette période, menaçant pour son unité fragile et proche également l'angoisse de castration, visant son sentiment d'intégrité.

Il faudra le passage de l'autoérotisme au narcissisme pour que l'unification de la personnalité puisse s'accomplir.

L'adolescent passera encore par une phase d'homosexualité latente ou manifeste, souvent sociale et sublimée (activités sportives, culturelles, politiques, de groupe...) comme s'il balançait entre ce qui est encore de lui connu, un autre mais proche, et ce qui est non-lui, complètement : l'autre de l'autre sexe.

Le jeune pubère hésite au sujet de son identité sexuelle à cause de sa bisexualité. Il s'est construit dans la relation œdipienne par rapport au parent du sexe opposé mais aussi par rapport au parent du même sexe. Désir marqué par le manque en recherche active de complémentarité dans le choix hétérosexuel. Hétérosexualité fortement teintée de narcissisme. L'autre en tant qu'il apporte et renvoie en miroir, plus que l'autre à qui l'adolescent peut apporter quelque chose. Cette complémentarité sera vécue lorsque la différence des sexes, après avoir été perçue comme négative, le sera comme positive.

Toute l'histoire de la sexualité, au travers du passage de l'adolescent est celle du passage de l'amour de soi à l'amour des autres. L'acceptation de cette réalité qu'est la différence des sexes, amènera à cette réalité plus large de l'altérité, l'acceptation que l'autre soit vraiment autre.

Ce qui semble certain c'est que la maturité physiologique sexuelle n'est nullement signe d'une maturité affective adulte : un adolescent peut multiplier les rencontres sexuelles, les banaliser, confondre une émotion passagère avec le véritable sentiment amoureux et ne pas accéder aux conditions psychologiques d'un amour véritable. L'hyper-sexualité, lorsqu'elle est précoce, peut même être un symptôme névrotique signant une grande fragilité.

Chez le garçon, la sexualité impérieuse, génitalement polarisée tient une place prépondérante dans son vécu affectif. La masturbation reste le moyen d'abaisser la tension et peu d'adolescents échappent à la phase autoérotique.

Nous constatons souvent une dissociation entre la forme qu'on pourrait appeler « sensuelle » de la pulsion et une inclination plus tendre vers une jeune fille idéalisée, intouchable, résultat du refoulement œdipien. L'intégration de ces deux aspects de la sexualité se fera plus tardivement dans la génitalité accomplie et, malheureusement, peut chez certains adultes ne jamais se faire.

Pour la fille, la sexualité est plus diffuse, plus lente à s'éveiller, engageant tout l'être, même si certaines, se voulant « libérées » essaient de rentrer en compétition avec les garçons dans l'expression de leur sexualité. Les gestes autoérotiques demeurent plus rares. La fille idéalise l'amour et la sexualité en idéalisant l'objet de ses inclinations. Elle semble tenter de se conformer à ce que le garçon attend d'elle, ce qui l'a longtemps fait taxer de passivité. Elle joue le jeu de la provocation, passant de l'hypercoquetterie, l'imitation de la vedette « » du moment ou des modèles éthérés des journaux féminins, à des attitudes dénonçant avec vigueur le désir masculin qu'elle a provoqué.

Elle reste parfois bloquée un certain temps dans l'ambivalence concernant son statut féminin : beaucoup de préadolescentes et adolescentes cultivent un comportement de « garçon manqué », s'adonnent à des sports violents, font de l'équitation, le cheval jouant un rôle évident de substitut phallique.

Cohabitation ou mariage précoce servent souvent à couper brutalement les liens familiaux.

Une grande ignorance demeure chez les adolescents, concernant la procréation. Même si l'éducation sexuelle a fait des progrès et que les adolescents connaissent, en général, les mécanismes de la vie, sur le plan pratique une forme de refoulement, le désir de vivre immédiatement et sans contrainte leur plaisir, font que beaucoup de grossesses non

désirées adviennent encore chez les jeunes. Malgré une connaissance de la contraception, parce qu'elle ne se contente pas de réponses scientifiques, la subjectivité continue à court-circuiter l'anatomie et la physiologie. Plusieurs milliers d'interruptions de grossesses sont pratiquées tous les ans en France chez des lycéennes, et même si leur grand nombre risque de les banaliser ces accidents peuvent laisser des traces profondes dans le psychisme de ces très jeunes femmes dont le corps, plus que l'esprit, est celui d'un adulte.

En dehors de cet aspect il faut savoir, et des enquêtes pratiquées auprès d'étudiants plus âgés parlant de leur adolescence le montrent, que la ou les premières relations sexuelles, le plus souvent vécues avec des jeunes du même âge (16, 17 ans), ont laissé un souvenir décevant. L'échange sexuel est aussi un langage, un moyen de communication qui demande une certaine connaissance mutuelle, une reconnaissance réciproque, une expérience, pour devenir moyen d'épanouissement pour ceux qui la vivent. Il demande que soit aussi partagée la parole sous peine de régression à un stade infantile d'émotions non verbalisées, et éventuellement le pain (copain, compagnon) dans un partage de la réalité matérielle.

## L'agressivité

Une autre pulsion qui se réveille brutalement pendant l'adolescence est l'agressivité. On l'avait déjà vue poindre pendant la période de latence sous la forme de l'insolence et des critiques ; elle va devenir un élément majeur de cette étape, ce qui rendra souvent l'adolescent moins « aimable » donc portera atteinte à son narcissisme. Cette agressivité est liée également à l'anxiété et à la culpabilité. Elle peut être aussi un moyen maladroit pour attirer l'attention et l'on trouvera de l'agressivité dans diverses formes de blocages : refus scolaire, anorexie, suicide même, et dans certaines résurgences du sadisme qui sont présentes dans la délinquance.

L'adolescent cherche, le plus souvent, jusqu'où il peut aller, prend à contrepied les adultes qui l'entourent, agresse ses frères et sœurs. Il se mesure constamment à ses éducateurs et il est important, pour sa construction, qu'il trouve à qui parler, se heurte à des êtres forts et non à des « copains », chacun restant à sa place, sans démagogie dans l'échelle des générations, ce qui est aussi une Loi, une réalité inéluctable. Cette attitude ferme et respectueuse n'est pas évidente pour une génération de parents, marquée par mai 68 et qui a crié haut et fort qu'il était « interdit d'interdire » et qui se trouve confrontée à des jeunes qui ont besoin, pour se situer, d'avoir des points de repère, quitte à les transgresser, besoin également d'avoir devant eux des modèles d'adultes auxquels s'identifier et non des adultes s'identifiant plus ou moins consciemment à leurs enfants adolescents.



Cette opposition systématique va se déplacer sur les normes et valeurs, idéologiques, religieuses ou morales, proposées par les adultes et permettre une distanciation, facteur d'autonomie où l'adolescent va, progressivement, reconstruire son propre système de valeurs, souvent très marqué par les idéaux collectifs du moment : valorisation de l'authenticité, de la solidarité et d'autres, moins élevés comme la réussite à tout prix, la débrouillardise, le cynisme, le refus de se « laisser avoir »...

Si l'agressivité ne peut s'exercer dans le cadre familial (fragilité des parents, violences corporelles, chantage affectif) celle-ci peut être déplacée contre les adultes du cadre scolaire, voisins ou inconnus rencontrés dans les loisirs ; déplacée également dans certaines manifestations sociales ou politiques de masse où le groupe renforce le sentiment de puissance revendicatrice et de comptes à régler qui ne sont pas forcément ceux qui sont affichés ici et maintenant.

L'agressivité non exprimée peut se retourner contre l'adolescent dans la dépression et même parfois le suicide. Elle peut aussi être présente dans certaines conduites d'accidents à répétition que la seule malchance ne suffit pas toujours à expliquer.

## **Le narcissisme**

Le repli narcissique est une étape essentielle de l'adolescence. Elle est une voie nécessaire, un passage obligé, pour que le vécu psychocorporel du jeune, s'unifie. On sait que les schizophrènes qui souvent tombent malades à l'adolescence (1 % de la population française de 18 à 30 ans) font l'économie de ce repli narcissique et vivent un corps et une personnalité morcelés.

Cette unification va se faire, le jeune se prenant lui-même comme premier objet d'amour, en surinvestissant son Moi. Le Surmoi, instance morale inconsciente qui s'était construite pendant la petite enfance, va perdre sa force au bénéfice de l'Idéal du Moi, convergence de l'amour et idéalisation de soi et modèles parentaux intériorisés. L'adolescent se distançant de ses modèles, cette surestimation de soi devient très active. Elle va se traduire par des comportements significatifs : présence de sa propre photo dans sa chambre, miroir immortalisé par la littérature ou le cinéma, écriture de poèmes, l'investissement relationnel, souvent passionné, reflet de soi-même et introspection. Sa chambre que l'adolescent a décorée avec les posters de son choix où il s'enferme pour écouter bruyamment sa musique, le walkman qui l'isole du monde extérieur, sont autant de révélateurs de son égocentrisme.

Il investit moins les autres que lui-même et les enquêtes concernant cette tranche d'âge peuvent surprendre les parents qui, se croyant rejetés dramatisent, montrent que 75 % des jeunes pensent que leurs parents sont

contents d'eux, 79 % disant bien ou très bien s'entendre avec leur père, 82 % avec leur mère. Le jeune tirant finalement bénéfice de la crise, au détriment de ses parents déstabilisés et remis en question.

Ce narcissisme ne débouche pas toujours sur une véritable confiance en soi-même si la quête est parfois violente et désespérée en même temps. Il faudra souvent attendre la fin de l'adolescence et même la post-adolescence avec l'indépendance financière, la reconnaissance professionnelle, la création d'une relation signifiante de couple et de famille, pour que le jeune se sente en sécurité avec lui-même et soit conscient de sa propre valeur.

## Conséquences du réveil pulsionnel

Les conflits internes sont nombreux entre les diverses instances de la personnalité ce qui entraîne un certain nombre de difficultés propres à cet âge.

Une certaine tension interne se révèle lors de petits incidents familiaux ou scolaires qui pourraient rester mineurs mais prennent un relief tout à fait hors de proportion avec leur cause d'origine. L'hypersensibilité que certains qualifient péjorativement de susceptibilité (notion morale et non psychologique) entraîne une dramatisation qui marque le paysage de l'adolescent et le ferme à la communication.

Cette même dramatisation va jouer dans les moments de dépression qui fait toujours craindre le pire lorsque, pour une peccadille, le jeune conclut hâtivement que la vie ne mérite pas d'être vécue ce qui ne l'empêche pas, quelques heures après d'estimer que cette même vie est « formidable » et en vaut largement la peine !

Cette alternance de mélancolie et d'euphorie retentit sur les proches qui ont peine à suivre cet itinéraire en dents de scie et passent parfois à côté d'une souffrance pouvant aller jusqu'au suicide, sans véritablement reconnaître l'appel à l'aide.

Cette difficulté à « être » se manifeste souvent par une introversion, l'adolescent vivant les choses à l'intérieur de lui-même sans toujours pouvoir situer, verbaliser ses vraies raisons de malaise, les noyant parfois dans un flot d'activités et de relations étourdissantes. Silencieux ou expansif, il donne souvent le change.

Une autre manifestation de ses difficultés est sa peine à se concentrer. Il se réfugie dans sa vie imaginaire et ses centres d'intérêt l'éloignent des matières scolaires. La fatigue que nous avons citée plus haut, l'empêche de s'atteler avec énergie à un travail souvent capital, dans des classes décisives pour son avenir scolaire et professionnel. Les classes de 4<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, ou 2<sup>n</sup><sup>de</sup> voient souvent des chutes de résultats spectaculaires, ceux-ci remontant parfois

en Ire ou terminale, mais au prix d'un rude effort. Quelquefois, l'adolescent découragé abandonne sa scolarité et tente d'entrer directement dans la vie active ce qui, lorsqu'il trouve du travail sans qualification, (ce qui est aléatoire aujourd'hui), lui donne une satisfaction immédiate mais qu'il risque fort de regretter amèrement plus tard.

Enfin les conflits et obligations de remaniements profonds entraînent une grande anxiété. On a pu dire que la couleur de l'adolescence était cette anxiété due à des mécanismes de défense souvent mis en défaut, une trop grande force pulsionnelle mal maîtrisée, une vie scolaire et sociale culpabilisante et insécurisante. Cette anxiété va susciter de nouvelles défenses, en particulier un certain refus « ascétique » des satisfactions instinctives. L'adolescent est alors capable d'accepter de subir un rigoureux entraînement pour parvenir à se dépasser, physiquement ou spirituellement. Il est partie prenante dans certaines sectes d'une mutilation de ses besoins physiques élémentaires au bénéfice d'un idéalisme détourné.

Cette anxiété, si elle devient trop forte, peut se manifester dans un détachement de surface, dans des symptômes prénévrotiques de type obsessionnel, hystérique ou phobique, éventuellement dans la psychose qui sera une manière de se protéger contre une angoisse insupportable.

La réactivation du complexe d'Œdipe, avec l'entrée en rivalité avec le père ou la mère, l'obligation en même temps d'avoir à abandonner ses premiers objets d'amour, vont réveiller un sentiment d'impuissance. L'adolescent se heurte à des fantasmes infantiles de toute-puissance qui risquent, chez certains, de se manifester dans des passages à l'acte.

Il est toujours surprenant de voir des adultes envier les jeunes et clamer que l'âge idéal se situe autour de 18 ans. Ils ont la mémoire bien courte et oublié la crise traversée par eux-mêmes à l'adolescence, même si celle-ci est aussi un élargissement des intérêts affectifs, intellectuels et sociaux et une prise en charge de son propre destin.

## **L'intelligence**

L'intelligence des adolescents va, en effet, être en possession de ses dernières possibilités opératoires en mathématiques comme l'a montré Piaget en étudiant le développement de l'intelligence. Celle-ci qu'on appelle conceptuelle parce qu'elle peut manier des concepts abstraits, la pensée rationnelle prenant progressivement le contrôle de l'affectivité.

L'intellectualisation est une défense contre l'anxiété qui va être largement développée par le système et les programmes scolaires qui demandent au jeune d'argumenter, de défendre quelque chose et son contraire. Celui-ci, dans sa grande ambivalence, réussit à merveille cet exercice. Parvient-il au

bout du compte à se situer lui-même et à exprimer sa propre expérience en un point de vue personnel d'autant que la société dans laquelle il est plongé, manifeste, avec insistance, que tout à la même valeur, que le bien et le mal sont des notions relatives et que la valeur ultime est la tolérance. Les tabous ont disparu, tolérance et spontanéité sont de règles ; mais ces normes nouvelles n'en sont pas moins contraignantes et angoissantes que les anciennes.

## La communication

La communication de l'adolescent avec l'adulte est souvent difficile et sporadique. Il a envie, pendant des temps variables, qu'on le laisse en paix, manifestant un refus d'échanger. En même temps il désire qu'on le comprenne, qu'on partage avec lui des désirs et des émotions qu'il a lui-même peine à verbaliser, encore moins à communiquer. Il faut, à ses proches, lire dans son comportement. Parfois il manifeste fortement le désir d'être entendu et compris et attend que ses proches soient disponibles. C'est lui qui mène le jeu et ce jeu exige une infinie patience de son entourage sous peine de manquer des occasions uniques et ponctuelles qui risquent de ne plus se représenter et d'enfermer l'adolescent dans un sentiment de solitude.

L'amitié est très valorisée par les adolescents et passée, dans les sondages, au rang de valeur incontestée, devant nettement l'amour et la sexualité.

La communication des adolescents entre eux évolue selon les décennies en des langages codés et secrets ; certaines publications pour parents et même grands-parents ont offert des mini-lexiques à leurs lecteurs pensant que ce serait un excellent moyen pour eux de comprendre leurs adolescents. En réalité ceux-ci affichent une certaine condescendance et un agacement évident devant des adultes qui veulent paraître jeunes et dans le coup, « branchés » comme ils disent, et qui font irruption dans leur groupe d'âge, en leur empruntant langage, rites et mode vestimentaire.

Le groupe de jeunes que souvent les adultes baptisent péjorativement parce qu'ils en ont peur « la bande » sauf pour certains adolescents qui restent solitaires, est une forme de sécurisation : être plus forts, tous ensemble, et une manifestation narcissique : se retrouver avec d'autres semblables, se faire apprécier, aimer d'eux s'identifier au leader à qui on voudrait ressembler. C'est un moyen d'expérimenter des liens affectifs. Moyen également d'échapper à la famille sans se retrouver seul. Le groupe va avoir une fonction d'étayage, de renforcement narcissique, de cohérence homosexuelle, d'expression de l'agressivité, même si cette fonction multiple est totalement refoulée dans l'inconscient des participants. Par le groupe, l'adolescent se sentira renforcé dans sa possibilité d'égaliser les adultes dans leurs conquêtes sexuelles et leur possibilité d'acquérir ces biens de consommation offerts largement dans les

grandes surfaces et vantés avec insistance par la télévision. Ambivalence du groupe, à la fois défense contre la société dans des lieux-repairs bien à eux et moyen d'investir les lieux occupés par les adultes.

## Les complications de l'adolescence

La résolution de l'adolescence se fait normalement par une individuation plus nette, une meilleure perception de soi, psychologique et corporelle, une pensée et un choix de valeurs en cohérence avec l'expérience et le mode de vie de l'adolescent, une orientation professionnelle correspondant à ses centres d'intérêt et un choix, également nouveau d'objets d'amour.

Parfois l'adolescence se prolonge dans une post-adolescence attardée : refus de prendre ses responsabilités, de s'assumer, d'« entrer dans le système », études indéfiniment prolongées, favorisées par la longueur des études, l'accueil parfois ambivalent des parents.

Parfois l'adolescence se complique.

On a pu parler d'« hyperadolescences » en se référant à ce que l'on y observe de majoration violente des réactions adolescentes habituelles. Souvent les milieux sociaux (laxiste) et familiaux (rigide) sont à incriminer. Plus fréquemment les racines des troubles sont plus profondes : fragilité des remaniements psychologiques, ruptures familiales ou sentimentales, abandon réel ou imaginaire par les parents plus occupés par leurs propres difficultés de couple ou de vie professionnelles que de leurs enfants.

Les complications sont mineures le plus souvent. Parfois plus alarmantes, plus rarement dramatiques.

La plupart de ces complications sont de l'ordre de la régression. Régression au stade oral avec :

### La boulimie

C'est une voracité et un besoin compulsif de se faire plaisir en mangeant : l'adolescent grignote constamment de la nourriture et des friandises ou absorbe des quantités tout à fait exagérées d'aliments. Perversion du désir et de l'appétit, phobie d'un vide intérieur, plaisir archaïque qui fut le tout premier de la vie et est resté fortement inscrit dans l'inconscient. L'adolescent prend du poids et, pour compenser cette mauvaise image qu'il a de lui-même et un vécu souvent dépressif, se console en mangeant.

### L'anorexie mentale

C'est un autre symptôme qui peut avoir des conséquences graves puisque 8 % des jeunes touchés, en très grande majorité des filles, peuvent en mourir.

Il est en progression depuis 15 ans. D'après une enquête récente, il touche 50 pour mille de la population étudiante. L'anorexie est une lutte active contre l'appétit, entraînant un amaigrissement allant jusqu'à la cachexie suivie d'aménorrhée ; elle est un dégoût du corps, un défi à ses limites, une illusion d'immortalité. Elle signe également un vécu dépressif, une revendication plus ou moins consciente contre le milieu familial et la mère, pourvoyeuse de nourriture, en particulier. Elle est aussi un refus de la féminité à travers les transformations de son corps et ses formes nouvelles. Elle s'accompagne souvent d'une hyperactivité, en particulier intellectuelle.

Dans la moitié des cas de troubles de l'humeur avec inhibition, tristesse, autodépréciation, idées de suicide, précédaient d'un an au moins l'apparition de l'anorexie et de la boulimie. Et un tiers de ces adolescentes auraient fait une ou plusieurs tentatives de « suicide » écrit le Dr J.P Olié, psychiatre à Sainte Anne et d'autres études démontrent une certaine prédisposition familiale à ces troubles : 25 % des parents de ces adolescentes seraient eux-mêmes dépressifs.

Pour l'anorexie, l'évolution est réversible et irrégulière sans traitement, parfois un état de maigreur s'installe avec cachexie et on est obligé d'hospitaliser.

Dans quelques cas l'anorexie est symptomatique de l'entrée dans une maladie mentale (schizophrénie, mélancolie).

La thérapeutique est essentiellement psychiatrique : cure d'isolement stricte souvent mal acceptée par la famille, antidépresseurs, reprise et contrôle de l'alimentation et psychothérapie. Il est souhaitable qu'une action psychothérapeutique puisse être également entreprise dans le milieu familial.

## Saleté et sadisme

Une régression au stade sadique-anal peut se manifester par l'habituel désordre de l'adolescent. Parfois c'est dans son vêtement ou sa coiffure que se manifeste manque de soins et même saleté. Ce même adolescent qui passera à 16 ou 17 ans de longues heures à occuper la salle de bains familiale ou les douches des vestiaires de ses terrains de sport, se lave à peine au début de sa puberté, certains, masquant cette incurie en s'aspergeant d'eau de toilette.

Une résurgence du sadisme peut s'exprimer dans des comportements verbaux ou moteurs de persécution, au sein de la fratrie ou de l'école. Lorsque les adolescents sont en bandes, ce sadisme mal contrôlé peut dégénérer en attaques contre des personnes ou des biens. La petite délinquance peut déboucher tout naturellement sur une délinquance plus grave, le Surmoi ne jouant plus son rôle inhibiteur détrôné au profit d'un Idéal du Moi pervers par les images

de satisfactions sexuelles ou financières faciles et violentes montée en épingle par les médias, la télévision en particulier, qui servent de modèles.

## Les fausses solutions

### La fugue

Une des fausses solutions que l'adolescent peut adopter pour fuir une réalité qui lui paraît insupportable est la fugue. L'état d'inadaptation de l'enfant est telle qu'il ne lui paraît résolvable que par la rupture, rupture avec son environnement, son cadre de vie, ses habitudes. Ce phénomène d'errance est relativement fréquent chez le préadolescent. Il découle le plus souvent d'une tension émotionnelle anxieuse intense, consécutive à un événement mineur de sa vie, soit d'une insatisfaction permanente résultant de ses conditions de vie. Soit solitaire, soit à plusieurs, soit uniques ou à répétition ces fugues sont fréquentes et restent le plus souvent sans gravité, lorsqu'elles ne sont pas accompagnées de délits (vol, drogue, prostitution). Elles ne signent pas, habituellement, un état psychopathologique. C'est une conduite régressive, un passage à l'acte, suivant souvent un affaiblissement du Surmoi et de ses valeurs morales.

Quelquefois la fugue est l'expression d'un état d'inadaptation potentielle. Chez certains sujets à structure paranoïaque révoltée, des schizoïdes en perte de contact avec la réalité et désirant agir leurs rêves, chez certains grands anxieux perturbés ou jeunes au quotient intellectuel diminué.

Enfin, chez certains adolescents, la fugue est un symptôme psychopathologique : l'épilepsie, les bouffées dépressives anxieuses, particulièrement dangereuses parce qu'elles peuvent se terminer par un suicide, certains états névrotiques hystériques en particulier peuvent entraîner des fugues.

Lorsque la fugue n'est pas le signe d'une maladie qui ressort de soins psychiatriques spécifiques, elle est toujours un appel au secours, une manière de dire aux proches « aimez-moi, occupez-vous de moi — mais pas trop — tentez de rétablir la communication rompue... »

### La secte

Un autre phénomène de complication, relativement nouveau mais plus répandu actuellement est la prolifération des sectes et l'attirance très particulière qu'elles exercent sur les jeunes.

Par secte on entend à la fois la petite communauté d'une dizaine de personnes dissidente d'une grande religion occidentale ou orientale et des « multinationales » comme la secte Moon avec quelque 3 millions d'adeptes dans le monde.

Les jeunes sont particulièrement menacés parce que les sectes peuvent sembler leur apporter des solutions aux questions métaphysiques qu'ils se posent, aux défenses « ascétiques » dont nous avons parlé, à la séparation d'avec la famille, tout en leur fournissant une prise en charge matérielle sécurisante et protectrice.

Le besoin d'une nourriture spirituelle que beaucoup de parents et d'éducateurs ne peuvent ou n'osent pas proposer aux jeunes est une réalité humaine souvent négligée dans notre civilisation. Or, le jeune cherche une vérité et un absolu qui le dépassent. Il est prêt à accepter une proposition ésotérique, mélange syncrétique et assez aberrant des grandes religions, pour étayer sa recherche intérieure.

Il va vivre aux dimensions d'une vie communautaire qui le rassure, surtout si, comme c'est souvent le cas, elle le sort de sa solitude, lui permet de couper avec sa famille, d'abandonner ses études. Elle lui permet aussi de refuser les institutions : médecine classique, État, Armée (l'adepte sera souvent déserteur). La secte permet au jeune, au prix d'une exploitation financière et matérielle acceptée, de ne pas avoir à se soucier du lendemain. Le jeune trouve souvent à l'intérieur de la secte des partenaires sexuels partageant ses choix idéologiques souvent fanatiques et son mode de vie. Il renonce à changer le monde par un engagement social ou politique, mais en tentant de se changer lui-même. Les moyens et non le but en sont discutables.

## La délinquance juvénile

C'est une autre complication de l'adolescence, en augmentation constante dans tous les pays industrialisés à forte concentration urbaine. Le mot vient du latin : *delinquere*, commettre un délit. Elle est une réalisation symbolique des pulsions. Ces délits individuels ou collectifs sont une atteinte aux biens (vols dans les grandes surfaces qui s'apparentent souvent à un jeu/défi, vols d'engins motorisés, cambriolage et vandalisme, culminant actuellement avec les graffitis défigurant édifices et lieux publics avec connotation ésotérique de messages entre bandes). Ces délits atteignent les personnes dans leur intégrité physique, psychologique et sexuelle. Coups et blessures involontaires pour les fauteurs imprudents (chauffards par exemple), volontaires avec les agressions à l'arme blanche ou par balles.

En constante augmentation, les délits sexuels, avec ou sans violence, viols individuels ou collectifs, prostitution. Dans une proportion inquiétante, le crime sexuel sur des enfants, perpétré par des adolescents, qui se termine par un meurtre. La prostitution des adolescents, filles et garçons, prend également de nouvelles dimensions. Le prix de la drogue et la tentation d'acquiescer facilement des biens de consommation convoités, sans



se soumettre à un travail pour les gagner, en est souvent la cause mais il faut chercher à la racine la cause du mal qui n'est pas seulement sociale. Autant de délinquances que de structures psychologiques mais elle signe une régression à des stades archaïques : stade oral avec une composante d'incorporation orale : faire sien pour se sentir aimé, s'approprier pour se sentir exister plus ; régression au stade sadique-anal.

C'est une conduite compulsive. Le Surmoi est toujours défaillant parce qu'il subit un affaiblissement par défaut d'identification à des parents structurants (père ou mère absents, famille délinquante elle-même). Les enquêtes ont montré que dans 85 % des cas le couple des parents est dissocué (veuvage, divorce, mésentente).

Le niveau intellectuel est souvent bas, les fréquentations discutables et la violence familiale souvent de rigueur.

La délinquance est parfois une conduite schizoïde qui indique un décrochage d'avec la réalité.

La transplantation culturelle joue aussi un rôle dans la délinquance : l'adolescent n'est plus élevé dans la morale traditionnelle de sa culture d'origine et refuse la loi et les principes éthiques d'une culture qui n'est pas la sienne.

Il est souvent issu d'une famille défavorisée avec son cortège de difficultés à surmonter (chômage, pauvreté, logement exigu).

En général la délinquance juvénile est peu pénalisée. Dans 75 % des cas, chez les mineurs, des mesures éducatives sont prises qui vont de la simple admonestation avec remise à la famille, jusqu'au placement en internat spécialisé. Pour les plus de 18 ans, l'univers carcéral est souvent une mesure déplorable qui amène le jeune à rencontrer des délinquants et criminels adultes.

Malheureusement la difficulté psychologique est rarement traitée par des méthodes psychologiques appropriées et les récidives sont nombreuses.

## Les dépendances ou addictions

L'Organisation Mondiale de la Santé désigne comme toxicomane toute victime d'une pharmacodépendance ou d'une psychodépendance.

Nous traiterons d'abord ce qu'on appelle communément la drogue et ensuite d'autres formes de dépendances touchant également les adolescents comme l'alcool et le tabac.

### La drogue

La toxicomanie est en progression constante en France et dans le monde. Elle existe dans toutes les formes de civilisation et sous tous les régimes politiques. Elle touchait autrefois, en Occident, surtout les nantis ; elle at-

teint actuellement toutes les couches de la société ; le milieu rural, long-temps épargné, est touché également.

La distinction entre « drogues dures » et « drogues douces » n'a pas permis de réduire l'abus et le trafic. Elle n'a pas de portée psychologique véritable : les conséquences à long terme de toute toxicomanie, quel que soit le produit consommé, a fortiori si la drogue employée est considérée d'emblée comme très dangereuse, sont toujours dramatiques. Les conséquences sur les bébés nés de jeunes mères toxicomanes sont graves également : prématurité, atteintes cérébrales, paralysies, dépendance.

La toxicomanie, qui touche en France plus de 120 000 personnes et en menace 800 000 autres, est responsable de 50 % de la délinquance et contribue, entre autres, à propager le SIDA, 70 % des héroïnomanes étant porteurs de la maladie.

La plupart des toxicomanes sont des adolescents, certains commençant à se droguer dans la préadolescence et même l'enfance en « sniffant » de la colle. Certaines drogues bon marché comme : le « crack » (4 à 6 fois moins cher que l'héroïne et la cocaïne), sont en passe d'envahir la France après les États-Unis.

Les pouvoirs publics oscillent entre la pénalisation et le laisser-faire sans résultats notables. Parents, éducateurs et spécialistes s'inquiètent, tentant d'organiser une prévention et un accueil avec prise en charge des toxicomanes.

Quelles sont les principales substances psychotropes actuellement sur le marché ? Nous ne distinguerons pas artificiellement les drogues licites des drogues illicites, certaines étant même prescrites par le corps médical ou entrant dans la composition de certains médicaments, les résultats de dépendance étant les mêmes (tableau 1).

On peut s'interroger sur les circonstances qui mettent en contact l'adolescent avec la drogue, le faisant basculer dans la toxicomanie.

L'ennui, le snobisme, le pari stupide peuvent un jour jouer leur rôle. S'ils rencontrent ce qu'on a appelé un « drogable », le jeune goûtera et reprendra de la drogue et entrera dans le cycle néfaste de la dépendance.

L'illusion d'un vécu fusionnel de communauté (secte ou non) peut donner au jeune le sentiment d'être étayé par les autres et la drogue qui devient un rite collectif donc sacré, lui donne l'illusion d'être protégé du danger.

Le rejet non-violent de la société est une justification à ce qui peut aussi être une fascination : la transgression de la loi et de l'interdit.

La toxicomanie peut succéder au dopage par les amphétamines et éventuellement des actes médicaux.

**Tableau 4.1**  
**Les substances psychotropes**

Analgésiques euphorisants	Opiats (opium, morphine, héroïne, etc.)
Sédatifs neuroleptiques	Rauwolfia (réserpine) Phénothiazine (chlorpromazine, etc.) <i>Tofranil</i> Tranquillisants
Hypnotiques	Méprobamate, etc. Barbituriques (luminal, dial, etc.) Hydrate de cloral, etc.
Substances inébriantes	Alcool Chloroforme Ether Essence
Stimulants	Stimulants cérébraux (amphétamines, corydrane) Caféine Cocaïne Iproniazide, etc.
Hallucinogènes	Hallucinogènes naturels (mescaline, champignons, haschich, ololliuqui, paricae) Hallucinogènes chimiques (LSD=acide lysergique diéthylamine, DOM=mescaline+amphétamines)

Le spectacle de parents consommant quotidiennement des médicaments, peut aussi avoir une incidence.

Une raison qui n'est pas négligeable est le prosélytisme des drogués eux-mêmes qui, d'une part trouvent dans la revente de la drogue une source de profit leur assurant les moyens d'acheter leur propre consommation, d'autre part le partage de leur culpabilité.

Pour tous il y a le désir de s'évader de sa problématique actuelle, qu'elle soit psychologique ou sociale.

Il est cependant important et équitable de ne pas étiqueter comme drogué un adolescent qui aurait « tâté » de la drogue sans entrer dans l'engrenage de la dépendance.

On a longtemps discuté de la possibilité d'une personnalité spécifique du toxicomane et tenté de parvenir à définir les paramètres que l'on retrouverait dans tous les cas de toxicomanie. Il semble qu'il y ait autant de structures toxicomaniaques que d'individus.

Certains d'entre eux sont de type névrotique : leur organisation mentale est centrée autour de la problématique génitale et d'une conflictualisation tournant autour des représentations triangulaires œdipiennes. Ces personnalités donnent souvent naissance à des formes graves de toxicomanie. Elles sont souvent accrochées aux drogues dites « dures » et présentent des tendances auto-agressives et masochiques qui risquent de les amener à la mort par overdose après un jeu dramatique avec la mort.

D'autres structures, dont les plus nombreuses, de type psychotique, sont en danger, soit qu'elles recherchent dans la drogue à conserver une certaine unité et un contact suffisant avec une réalité sur mesure, soit que la drogue devienne une justification au délire (ce n'est pas moi qui délire mais la drogue qui me fait délirer). Dans les deux cas la drogue a fonction de maintenir l'angoisse dans des limites compatibles avec les exigences de la réalité extérieure.

Ce qui domine dans tous les cas et que nous avons vu déjà dans d'autres complications de l'adolescence, c'est un état dépressif, que le drogué soit hypocondriaque, c'est-à-dire inquiet jusqu'à l'obsession par sa santé, soit au contraire le plus souvent désinvestissant sa réalité corporelle au profit d'un agi comportemental axé sur le plaisir immédiat.

Les éléments que nous trouvons dans de nombreux cas sont une désagrégation du tissu familial : mécontentement, divorce, veuvage, violence corporelle, qui vont empêcher que la triangulation œdipienne joue son rôle structurant. Il y a souvent des difficultés identificatoires l'enfant n'ayant pu s'identifier à ses figures parentales, soit qu'ils aient été incapables de vivre des relations d'amour autant que de rivalité, soit que les parents n'aient pas pu être pris comme modèles pour des raisons diverses. Parfois l'enfant n'a pas reçu l'affection qu'il attendait ou la loi du père, énoncée par lui-même ou par la mère, n'a pas été bien intégrée. Presque toujours, la communication qui est respect, écoute et disponibilité, n'a pas fonctionné. Une absence d'étayage dans l'enfance a fait que le jeune qui cherchait désespérément à s'appuyer sur quelqu'un d'intériorisé, comme une présence en lui-même, tente de s'appuyer sur ce « pseudo-objet » à la puissance magique qu'est la drogue. On constate un infantilisme affectif qui reste dépendant du principe de plaisir refusant la réalité ou lui préférant sa propre réalité.

Le toxicomane qui a un énorme besoin d'appui, vit très difficilement la solitude affective : toute rupture provoque chez lui une perte narcissique impossible à surmonter d'où sa recherche de vécus les plus fusionnels possibles et son attirance pour les groupes.

Un toxicomane comme un enfant affamé (on a parlé de personnalités orales) exige tout, tout de suite et n'importe comment au profit de la mort

même avec lequel il joue. On a comparé le plaisir par la drogue au plaisir rencontré dans l'orgasme. Le Dr J. Bergeret a montré que l'orgasme exige des représentations imaginaires et une demande adressée à un autre faisant participer celui-ci à un échange fantasmatique, ce qui n'est pas le cas pour la drogue qui n'enrichit pas l'imaginaire personnel ni n'ouvre le champ relationnel. Certains drogués se targuent de plus d'imagination s'ils usent de substances psychotropes et particulièrement hallucinogènes ; on peut penser que c'est la pauvreté de leur vie imaginaire qui réclame cet adjuvant.

La violence qu'on trouve réactivée dans de nombreuses personnalités toxicomaniaques, n'est rien d'autre que la violence fondamentale qui existe en chacun d'entre nous ; elle est parfois réprimée en une non-violence qui agresse parfois les autres par son prosélytisme.

*Quelle est la conduite à tenir devant ce problème de la drogue ?* La prévention d'abord qui comporte une information. Celle-ci ne se limite pas à prévenir des dangers de la drogue avant que l'enfant n'entre au lycée, car certaines structures adolescentes à tendance autodestructrices, peuvent être inconsciemment attirées par ce danger potentiel. Il importe de casser les associations d'idées valorisant la drogue comme drogue/plaisir, drogue/révolte, drogue/communauté et d'associer plutôt souffrance, solitude, asservissement et impasse.

L'éducation des parents est essentielle pour qu'ils évitent, s'ils le peuvent, certaines erreurs éducatives, dans le domaine de la communication ou celui de l'argent en particulier.

Les soins sont possibles dans la mesure où le jeune sollicite lui-même de l'aide et est décidé à se prendre, lui et son problème, en charge.

Plusieurs formules sont possibles. L'hospitalisation qui sortira le drogué de son cadre de vie habituel et lui permettra d'effectuer une cure de sevrage en remplaçant par des médicaments-leurres et sans nocivité les substances dangereuses.

Des centres de post-cure où l'abstinence est absolue, l'investissement dans des activités matérielles ou créatives, l'étayage d'êtres forts (parfois anciens drogués) et du groupe de malades eux-mêmes, vont jouer un rôle essentiel. Foyers et familles thérapeutiques jouent ce même rôle d'étayage affectif.

Les thérapies de type psychanalytique sont indiquées dans certains cas de structures névrotiques et d'immaturation ; plus aléatoires dans les formes psychotiques. Le dialogue sans moralisation ni compassion démagogique reste un atout majeur.

Les récurrences sont malheureusement nombreuses, aussi décourageantes pour les proches que pour le drogué lui-même, et leur pronostic préoccu-

pant. La mort peut être au bout du chemin mais le plus souvent une marginalisation sociale, l'incapacité de s'assumer professionnellement et d'établir des relations affectives suivies et satisfaisantes.

## **Le tabac**

Le tabac est une drogue, une herbe toujours très prisée en France qui tue chaque année 60 000 personnes, soit 1 décès sur 9. Un fumeur régulier sur 2 ayant commencé à fumer à l'adolescence mourra victime du tabac. 30 % des décès sont masculins et 4 % des décès sont féminins. Les projections à 2025 donnent 165 000 décès prématurés annuels dus au tabac avec une multiplication par 2 des décès masculins et par 10 des décès féminins, les jeunes femmes étant nombreuses à s'être mises à fumer ces dernières années (Dr S. Sebban, Paris 2008). Près de 2 millions d'adultes se sont arrêtés de fumer ces dernières années mais malheureusement les jeunes commencent à fumer de plus en plus précocement, même s'ils sont informés des dangers du tabac. On sait aussi que 16 % des jeunes tabagiques consomment plus d'un paquet par jour. Le mépris affiché pour les dangers liés au tabac, qui semblent rester, pour les adolescents, une notion abstraite, rejoint l'indifférence abordée plus haut concernant leur santé. Liée à la transgression des interdits, à un phénomène d'initiation, à cette idée navrante que pour paraître adulte il faut fumer comme lui, la cigarette devient une manière de s'affirmer avant qu'elle ne devienne un psychostimulant dont l'adolescent ne pourra plus se passer.

Même si l'usage du tabac, toxique vis-à-vis duquel l'opinion publique s'est montrée jusque-là très tolérante, peut-être aussi parce qu'elle met en jeu d'énormes intérêts financiers, n'effraie pas comme la drogue, la tabagie signe, comme pour celle-ci, une fragilité psychologique et va servir à tenter de masquer et réguler l'anxiété et divers besoins des adolescents. Ceux-ci, s'ils ne parviennent pas à sortir de cette dépendance par leur seule volonté, les moyens mis à leur disposition par la médecine, énergétique ou non, des stages de groupe renforçant leurs motivations individuelles, doivent bénéficier, avec leurs problèmes affectifs, des mêmes prises en charge relationnelles que leurs frères toxicomanes.

## **L'alcool**

L'alcool touche moins les adolescents que les adultes mais il bénéficie également de l'indulgence de la population supportant plus l'ivrognerie et l'alcoolisme chronique que la toxicomanie. Peut-être perçoit-elle que l'alcoolisme est plus souvent réversible et provoque des atteintes psychologiques et corporelles moindres. Les enjeux sont, là aussi, très importants. C'est pendant la période que nous avons appelée post-adolescence, que naît

la dépendance et les raisons de l'alcoolisme ne diffèrent pas foncièrement de celles qui mènent les toxicomanes à la drogue : structures névrotiques, psychotiques ou dépressives sont là, à l'adolescence, faisant des conséquences physiologiques et des délits (accidents de la route par exemple) souvent dramatiques.

Les moyens de combattre l'alcoolisme des jeunes sont pauvres : information visant surtout les conducteurs, cures de désintoxication, psychothérapies, appartenance ensuite à des groupes d'anciens alcooliques donnent souvent de bons résultats malgré la difficulté de ne pouvoir remplacer l'alcool par « rien » pour soutenir le jeune et réguler son angoisse.

Nous concluons pour l'alcool comme pour le tabac par ce que dit le Pr Nahas de la drogue : « Elle permet à l'homme d'obtenir une satisfaction intérieure intense sans l'avoir associée à une conquête, un effort créateur, une expérience spirituelle. L'adolescent dont le centre du plaisir est prématurément stimulé par la drogue, est particulièrement vulnérable à cette monumentale tricherie dont il ne peut mesurer ni l'étendue ni les conséquences, n'ayant pas assez de ressources intérieures pour établir une discrimination entre la joie exaltante qu'il éprouverait après une réalisation authentique et une ivresse passagère ».

## Le suicide

Chaque année, des centaines de jeunes de moins de 25 ans se donnent la mort (3 par jour en France, 1 sur 5 000). Dans le même temps il y a 30 000 tentatives de suicide (TS) avec 30 % de récurrence. Un jeune sur trois scolarisés de 15 à 25 ans reconnaît avoir déjà pensé au suicide et 2,3 % ont fait une TS. C'est la deuxième cause de mortalité dans cette tranche d'âge après les accidents qui sont parfois des suicides camouflés et avant les maladies diverses. Là aussi l'augmentation est impressionnante. Elle a triplé en 25 ans et tue 5 fois plus que la drogue.

Tous les milieux sociaux sont touchés, l'âge restant le seul dénominateur commun. Ce phénomène reste tabou comme est tabou tout ce qui touche à la mort dans notre société. Tabou également à cause de la distorsion qui existe entre l'idée et même l'idéal de jeunesse que se font les adultes : insouciance, joie de vivre et la réalité de désespoir que représente le fait de vouloir se donner la mort. Cette réalité engendre une énorme culpabilité, un insupportable constat d'échec et est vécue comme une véritable agression par les proches concernés et, plus largement, par l'opinion publique. Quelques prémisses plus ou moins discrets ont parfois précédé le passage à l'acte. L'entourage malheureusement n'aura pas toujours pu ou voulu voir le changement comportemental de l'adolescent : perte de l'appétit,

variations concernant le sommeil, abandon du sport, fugues ou toxicomanie par exemple. Autant de signes qui peuvent faire craindre que le jeune n'attende à sa vie.

Voyons maintenant les raisons psychologiques qui peuvent l'amener à un choix aussi dramatique. Elles sont nombreuses et nous retrouvons un certain nombre d'entre elles déjà envisagées dans d'autres types de complications. Une des plus importantes est la difficulté à faire ce travail d'adolescence que nous avons déjà comparé au travail du deuil : « constitué par tout ce qui concourt à conserver ou rétablir l'équilibre psychique (défenses du moi suffisantes et insertion dans la réalité, capacité à supporter la frustration) après la blessure causée par la disparition d'un objet d'investissement affectif positif ». L'adolescent, comme un deuil, a vécu la perte de ses premiers objets d'amour, ses parents, et également sa sécurité affective primitive. A-t-il trouvé en lui suffisamment de forces et de possibilités d'investissements nouveaux pour établir un nouvel équilibre psychologique ? Forme ultime d'appel au secours à ses parents « Aimez moi, occupez-vous de moi !... »

Nous avons vu à plusieurs reprises que l'adolescent est souvent dépressif : il ne s'aime pas, n'a pas confiance en lui, ne se reconnaît ni dans son corps ni dans son mental. Il vit une dramatique perte d'identité souvent mal étayée par des proches, eux-mêmes fragiles. Il oscille entre l'euphorie la plus indicible et la désespérance la plus absolue. Un événement ponctuel qui paraît objectivement mineur à l'adulte : réprimande, échec scolaire, rupture sentimentale peut le faire basculer dans la dépression et le désir de mort. Il redoute de s'engager dans de nouveaux liens, dans une nouvelle vie, un avenir professionnel incertain. Il se retrouve paresseux, mal organisé, impatient et inquiet. Le suicide est parfois le premier et ultime symptôme d'entrée dans la psychose, l'angoisse de morcellement n'étant plus supportée.

Parfois l'adolescent a du mal à constituer son propre Surmoi indépendamment de l'autorité parentale : laxiste ou cruel, il s'auto-punit injustement.

Il a peine à renoncer à certaines satisfactions et désirs de l'enfance pour accéder au statut d'adulte autonome et responsable de lui-même.

Souvent la famille n'a pas favorisé la mutation : parents anxieux ou dépressifs, certains ayant fait eux-mêmes une TS, parent décédé récemment, couple parental désuni, alcoolisme, parents fragiles n'ayant pas de repères affectifs solides, en deuil parfois de l'enfant qu'ils ont mis au monde et qui n'est plus leur « petit » ou en deuil de leur propre enfance.

La société actuelle est déstabilisante, ne proposant pas d'idéal, de cause à défendre, persuadant chacun de ne prendre aucun risque ni engagement d'aucune sorte.



Ce ne sont pas toujours les parents les mieux placés pour aider les adolescents en cas de risque, ceux-ci étant souvent choqués et angoissés par la menace de mort.

Les soignants, le psychologue, les amis doivent chercher la communication avec l'adolescent en danger, lui permettre d'exprimer ses sentiments profonds, lui proposer des activités communes qui seront un support de la relation et lui donneront confiance en lui. Certaines associations spécialisées dans ce problème accueillent et aident ces jeunes en souffrance.

L'adulte accompagnant ne peut faire l'économie d'une réflexion sur sa propre mort. Il doit également parfois accepter de ne rien pouvoir faire que le jeune vive et consentir simplement à l'accompagner dans les derniers moments, acceptant ainsi pleinement la liberté de l'autre.

## Bibliographie

- Anatrela T. – Interminables adolescences. Éditions du Cerf. Cujas, Paris, 1988.
- Audibert C. – L'incapacité d'être seul, essai sur l'amour, la solitude et les addictions. Payot, Paris, 2008.
- Bergeret J. – Toxicomanie et personnalité. PUF, Paris, 1982.
- Bergeret J. – Toxicomanie et réalités. PUF, Paris, 1979.
- Blos P. – Les adolescents : essai de psychanalyse. Stock, Paris, 1967.
- Braconnier. et Marcelli D. – L'adolescent aux mille visages. Éditions universitaires, Paris, 1989.
- Davidson F. et Philippe A. – Suicide et tentative de suicide. Étude épidémiologique. Édition Inserm/Doin, Paris, 1986.
- Hachet P. – Les toxicomanes et leurs secrets. L'Harmattan, 2007.
- Haim A. – Les suicides d'adolescents. Payot, Paris, 1970.
- Olivenstein C. – Il n'y a pas de drogués heureux. Livre de Poche, 1988.
- Prieur N. – Adolescents ! parents : des rendez-vous manqués. Casterman/École des parents, Paris, 1981.
- Les Entretiens de Rueil. – Drogue et civilisation, refus social ou acceptation. Éditions Pergamon.
- Valleur M. et Matysiak J.-C. – Les addictions. Flammarion, 2006.

## Besoins fondamentaux de l'homme

On a défini le besoin comme « l'état d'un être à l'égard de ce qui lui manque pour accomplir ses propres fins » (Lachelier). Il faut distinguer les besoins primaires, organiques, qui ont un caractère d'impérieuse nécessité : faim, soif, sommeil, excréation. Certains troubles psychologiques, comme l'anorexie ou la boulimie atteignent ces besoins primaires. Les besoins secondaires sont des besoins essentiellement psychologiques, mais tout aussi nécessaires à la survie de l'individu : besoin de valorisation ou de considération, besoin de sécurité, d'appartenance, de dépassement. Ces besoins sont extrêmement nombreux ; on peut les subdiviser à l'infini, à cause de la complexité du cerveau qui les engendre. Lorsque ces besoins sont frustrés ou contrariés, des troubles névrotiques peuvent apparaître accompagnés de souffrance, d'anxiété, de modifications du comportement.

## Le besoin de considération

C'est un besoin essentiel. Dès que le petit enfant prend conscience de son identité, il éprouve le besoin d'exister pour ses proches : ses parents, son institutrice, ses pairs. Ce besoin d'être valorisé, c'est-à-dire d'être reconnu avec ses qualités, sa valeur, d'être encouragé lorsqu'il fait un progrès ou réussit une performance, lorsqu'il apporte de la joie ou de l'amour aux siens. Cette conscience de sa valeur permet à l'enfant, devenu adulte, de s'aimer lui-même (narcissisme). Elle va à l'encontre de la dépression dont un des symptômes est l'auto-dépréciation et la honte, débutant souvent par un manque de confiance en soi. Malheureusement, beaucoup de parents, sous prétexte d'éducation, portent de constants jugements de valeur, harcèlent de critiques, ne prennent pas en compte la parole des enfants qui se mettent à douter d'eux-mêmes, deviennent de mauvais compagnons envers eux et envers les autres.

Nous, soignants, avons à considérer nos malades comme des personnes à part entière, même s'ils sont dépendants et parfois atteints dans leur intelligence. Nous avons à les respecter profondément, fraternellement, comme des proches actuellement dans la souffrance donc ayant encore plus de valeur à nos yeux.

Certains malades vivent mal ce qu'ils perçoivent comme une déchéance ; à nous de les rassurer sur notre considération à leur égard.

D'autres malades transportent à l'hôpital le comportement exigeant et autoritaire dont ils usent dans la vie courante pour se faire reconnaître ; sachons que ce sont ceux qui adoptent souvent une attitude écrasante pour les autres qui ont le moins confiance en eux.

Ne soyons pas familiers avec des malades qui peuvent prendre certains gestes ou noms d'amitié, comme un manque de considération.

Pensons que nous, soignants, avons besoin également d'être reconnus par nos malades, leur famille, nos supérieurs hiérarchiques, et nos collègues, comme des personnes à part entière. Sachons parfois exprimer notre désir d'être respecté et dire aux uns comme aux autres que nous refusons que certaines limites soient franchies, mais en ayant présent à l'esprit que celui qui a une attitude de respect pour autrui se fait, lui-même plus facilement respecter.

## Le besoin d'appartenance

Ce besoin naît aussi dans l'enfance : joie d'appartenir à une famille, à une communauté (culturelle, spirituelle, nationale...). Ce sentiment d'appartenir à un groupe qui nous reconnaît comme faisant partie des siens, renforce celui de considération que nous abordions précédemment, renforce également celui de partager quelque chose avec d'autres, de ne pas être seul.

Personne ne peut être isolé de son contexte de vie, des valeurs du groupe culturel qui l'ont structuré et l'exclusion éventuelle de ce groupe familial, politique, religieux, est toujours vécu comme un drame personnel.

Respectons la race, la nationalité, la religion, les habitudes de vie de nos malades, même s'ils nous sont étrangers. Ce malade est une personne humaine qui nous est confiée pour un temps ; essayons de nous approcher de son univers pour mieux le connaître et être plus efficace dans notre relation avec lui.

## Le besoin de sécurité

C'est un besoin fondamental et précoce. On le sait aujourd'hui, la manière dont un nourrisson est porté, lui donne un sentiment de sécurité ou, au contraire, est anxiogène. Le besoin de sécurité, c'est l'assurance que ses besoins physiologiques primaires sont comblés ; qu'autrui, la société, le protègent. La sécurité est physique, matérielle, professionnelle, financière. L'enfant, comme le vieillard, ont particulièrement besoin de sécurité dans la mesure où ils dépendent essentiellement des autres et maîtrisent mal leur propre destin.

Dans un monde où la violence institutionnelle, morale et physique est grande, le besoin de sécurité est souvent battu en brèche.

La sécurité pour nos malades, c'est le confort, la certitude d'être bien soigné, d'être suivi attentivement sur le plan médical, de recevoir la visite de ses proches, de ne pas être dépouillé des objets auxquels on tient, de ne pas se sentir abandonné. C'est aussi pouvoir faire confiance à ses soignants, à son traitement.

## Le besoin de communication

La relation à autrui comme toute relation humaine, est teintée d'affectivité ; même une relation en apparence objective et rationnelle. Nous ne sommes ni des ordinateurs ni des robots. Tout échange, même intellectuel, fait exister chacun en tant que réalité subjective et auteur d'un projet. La relation humaine est le fondement sur lequel repose le développement de la personne (voir les interactions mère/enfant dans le premier âge), la prise de conscience de son identité et la découverte des autres. « Relation humaine et communication constituent une seule et même réalité à deux faces » écrit R. Chappuis.

La relation suppose deux personnes différentes et séparées. Cette altérité permet l'identification à l'autre en même temps que la distanciation. Lorsqu'il y a disparition de l'altérité, il y a, à des degrés différents, des troubles psychologiques : la fusion, la projection de ses propres sentiments sur l'autre et même la psychose avec enfermement dans sa propre subjectivité.

Dans une relation, il faut toujours tenir compte du passé de chacun, de sa personnalité, de sa culture (son idéologie et ses croyances), de son statut social (malade ou infirmière), du lieu et du moment où se situe la relation (à l'hôpital, la nuit de Noël, par exemple). Donc la relation est de l'ordre de l'affectivité et d'une connaissance objective. Même lorsque soignants, nous tentons d'aborder nos malades le plus objectivement possible, nous les « ressentons » avant de les « connaître », et ce ressenti nous renvoie à notre passé, à notre expérience affective et à notre histoire.

Une des difficultés de la relation est le hiatus qui peut exister (et existe souvent) entre les diverses attentes de chacun : l'un peut avoir une attente affective et l'autre une attente pratique pour réaliser une tâche commune. La différence des niveaux d'attente, d'implication, d'authenticité, peut entraîner également une difficulté relationnelle.

Pour qu'il y ait relation, il faut qu'il y ait un minimum d'éléments communs aux personnes : langage, culture, projet, lieu de rencontre. À l'hôpital, malgré toutes les différences qui peuvent surgir entre patients et soignants, il y a, en principe, le projet commun de la guérison, sauf dans certains cas

(tentative de suicide, dépression en gériatrie) où la relation est difficile, le désir du soignant ne pouvant rejoindre celui du patient et devant s'infléchir vers un autre projet (écoute, aide).

Un des éléments de la relation est la communication qui suppose un émetteur et un ou plusieurs récepteurs. L'émetteur envoie un message codé ou non, (le langage et l'écriture étant des codes appris et connus par les personnes d'une même culture), la communication pouvant passer par d'autres codes (embrasser, serrer la main, secouer négativement la tête, s'habiller d'une certaine manière, déboucher du champagne ou mettre des bougies sur un gâteau d'anniversaire etc.). Tous ces gestes ont une signification apprise dans un certain groupe humain.

Les messages peuvent échapper à la codification et même être involontaires, ce sont tous ceux émis à travers le corps : mimique sourire, regard, geste, ton de la voix, sidération, silence. Tous ces messages peuvent exprimer des sentiments, parfois en contradiction avec le message verbal. Les psychologues estiment que plus de la moitié de la communication est infraverbale. Les soignants font constamment l'expérience d'une communication gestuelle avec le petit enfant (préverbal), avec le grand malade qui n'a plus la force de parler, avec l'étranger qui ne partage pas son langage.

La distance dans la relation est également codée. Dans notre culture on peut distinguer la zone publique (éloignée, on ne s'entend pas), la zone sociale (il faut élever la voix), la zone personnelle (éloignement de 2 avant-bras) et la zone intime (la bulle) ou toute immixtion renvoie à la sexualité ou à l'agressivité et est donc vécue comme dangereuse lorsqu'elle est imprévue et entraîne le risque d'être « touché ». Dans d'autres cultures (Sénégal par exemple) ou le corps du nourrisson est manipulé et objet d'échange, on ne parle pas à un enfant sans lui toucher l'épaule, ce qui est un signe d'affection et de familiarité.

Quant au langage lui-même, il est moyen de communication entre les individus d'un même groupe social. Il est codé et appris donc signe une appartenance au groupe. Le refus du langage est un symptôme (autisme).

Celui qui émet un message (même neutre en apparence comme « quelle heure est-il » ?) a une intention. Celui qui le reçoit l'interprète : (« il me dit que je suis en retard, ou qu'il a faim ou qu'il n'a plus le temps... ») alors que l'intention de l'émetteur est peut-être tout simplement de savoir l'heure.

Entre l'énoncé verbalisé et l'énoncé auditionné il y a une déperdition et entre l'énoncé auditionné et l'énoncé entendu, il y a un double filtre à la fois conscient, qui peut ajouter ou transformer le sens du message, et inconscient.

Toutes ces constatations nous montrent que le langage est essentiel (il fait de nous des êtres humains) dans la communication, mais qu'il est

aussi source de « malentendus ». Nous interprétons constamment ce que l'autre nous dit et cela, souvent en fonction de la qualité de la relation que nous avons avec celui qui nous parle.

Ceci nous amène naturellement à la qualité de l'écoute que nous avons des autres. De celle-ci dépend que l'autre se sente exister, pris en compte, reconnu dans ce qu'il est, maintenant mais aussi dans ce qu'il peut devenir. Écoute de nos enfants, de notre compagnon de vie, des autres, de nos malades. C'est un « état d'être » une ouverture à l'autre, une disponibilité à ce qu'il vit, un partage de son ressenti.

L'écoute ne concerne pas seulement l'ouïe mais aussi les cinq sens avec le cœur et la tête ; même si nous en portons, elle fait taire nos attentes et nos demandes ; même si nous écoutons avec ce que nous sommes, notre histoire et nos sentiments, nous pouvons ouvrir un espace d'accueil à l'autre, résonner à sa parole, lui offrir du temps. Nous pouvons tenter d'écouter activement en questionnant l'autre, en reformulant ce qu'il tente, parfois maladroitement, de nous dire ou demander ; en lui permettant ainsi de clarifier son idée, son sentiment, son désir. Ceci suppose que nous soyons attentifs, non seulement aux mots mais à tout message infraverbal ; que nous donnions à l'autre le temps de s'exprimer sans nous engouffrer dans ses silences, sans monopoliser la parole (ce qui est une prise de pouvoir !), sans énoncer nos propres solutions.

Lorsque nous écoutons activement, nous entrons dans une relation d'aide. Nous refusons la simple sympathie (partager les sentiments) ou la neutralité bienveillante (centrée sur le cas et non sur la personne), pour entrer dans le cadre de référence de l'autre, et sans jamais perdre de vue que nous faisons « comme si » (distance) nous tentions de nous mettre à sa place.

Cette expérience faite dans le respect de la personne, nous engage dans ce que nous sommes ; elle peut nous changer, elle nous engage aussi vis-à-vis de l'autre.

Elle exige une bonne connaissance et une acceptation de ce que nous sommes, de nos limites, de notre conscience de vie, de notre sécurité intérieure. Elle permet à celui que nous désirons aider, de rester indépendant de nous, de choisir ses solutions, de progresser comme une personne en devenir, en sachant qu'il est important à nos yeux.

Pour nous soignants, l'indispensable geste technique ne remplace pas l'écoute active : tous deux font partie du soin et demandent expérience et savoir-faire.

## Le besoin de dépassement

C'est une réalité qui fut oubliée pendant quelques décennies. On voyait dans le courage du soldat, la victoire de l'alpiniste ou l'ascèse du moine,

des actes inutiles et des attitudes dépassées. C'est vrai que notre civilisation matérialiste où le confort est un dû et où s'économise constamment l'effort, la maîtrise des pulsions, du corps et de l'affectivité n'était plus de mise. On sait maintenant que l'enfant a besoin d'accepter un certain niveau de frustration pour progresser, que l'adolescent, si on ne lui propose aucun but difficile à atteindre va les chercher dans le sport de compétition ou les sectes. L'adulte sait que si ses actes, son comportement ne coïncident pas avec une certaine image qu'il s'est forgée de lui-même (Idéal du Moi), il se sent malheureux car en désaccord profond avec lui-même.

Ce besoin de dépassement est également celui qui fait adhérer l'homme à des valeurs spirituelles, culturelles, idéologiques qui le dépassent et donnent sens à sa vie, à son combat et à sa mort.

Chacun de nous éprouve le besoin de sortir de son petit monde fermé, de son individualisme étroit, de son égocentrisme borné, pour s'attacher à autrui, s'engager dans une activité utile, se mettre au service des plus démunis.

Notre métier de soignant nous oblige à ce dépassement et à nous sortir de nous-mêmes ; c'est pour cela aussi qu'on nous l'envie. Nos malades ont également besoin de dépassement ; ils sont parfois acculés à un discret héroïsme, faisant souvent face avec courage aux souffrances imposées par la maladie et ses traitements. Beaucoup d'entre eux trouvent dans leur vie intérieure les ressources qui leur permettent de traverser l'épreuve. Par notre écoute, notre disponibilité, une parole d'amour ou d'humour, renforçons leur énergie et leur goût de vivre ; luttons contre leur désespoir.

## Expression et vie de relation

### Les sentiments

Nous expérimentons depuis la petite enfance que les besoins primaires et secondaires que nous venons d'envisager sont satisfaits ou non. Leur satisfaction entraîne le plaisir et leur insatisfaction, un état désagréable qui peut aller jusqu'à la souffrance. L'impression positive ou négative liée à ce plaisir ou déplaisir est un « affect ». Cet affect peut entraîner ou non une représentation mentale et se traduire par des émotions et des sentiments divers.

Le petit enfant éprouve des sensations puis des émois (= sorti de son Moi) qui sont toujours en relation avec une personne. S'il n'y a pas de communication avec un autre être proche de lui, pas forcément par le corps à corps, mais par la parole, la sensation reste à l'état brut et le désir ne naît pas, l'enfant ne parle pas et c'est l'autisme.

Pour l'analyse transactionnelle (ou AT) il y a 5 sentiments de base ; l'attachement, la joie, la tristesse, la colère et l'anxiété. À partir de ces couleurs de base, toutes les nuances sont possibles faisant varier les sentiments à

l'infini. Un même individu voit ses sentiments se modifier parfois dans un laps de temps assez réduit. La disposition affective de base (ponctuelle ou habituelle) est l'humeur ou thymie. Certains dérèglements de l'humeur (dépression, excitation ou alternance des deux) sont pathologiques et peuvent avoir des origines affectives mais également neurophysiologiques (hypothalamus). Mais on ne peut réduire la vie affective à l'activité des transmetteurs chimiques et des hormones. Des études récentes montrent que réduire la sexualité par exemple à la reproduction, revient à éliminer tout un pan de la vie sexuelle qui est recherche de l'autre et que du fait du langage, l'amour humain se distingue de l'amour animal. Le désir concerne la totalité de l'être, hormones comprises ; il est toujours possible d'injecter ces substances à un individu, ce n'est pas suffisant pour qu'il éprouve du désir : l'existence d'un objet présent ou fantasmé est indispensable.

## La sexualité

Pour ce qui a trait à l'identification du partenaire, à l'orientation de la sexualité, ce qui fait que spontanément un individu vise l'autre sexe, il semble que les facteurs socioculturels soient les plus déterminants affirme J.D. Vincent, professeur de neurobiologie, dans une étude récente.

La sexualité commence à s'exprimer dès la petite enfance à travers les zones érogènes et les plaisirs (oral et anal) qui leur sont liés. Au moment de l'Œdipe, l'enfant cherche un objet sexuel en dehors du champ familial. Pendant l'adolescence, les entraves à l'expression de la tension sexuelle impérieuse et à la recherche de son objet vont entraîner tension et agressivité. Puis, progressivement le jeune va intégrer oralité, analité, pulsions partielles dans une sexualité génitale qui lui permettra de vivre une relation privilégiée et l'amènera, peut-être, à vouloir s'engager dans une vie de couple.

Des différences non négligeables apparaissent dans les sexualités masculine et féminine, même si l'évolution des mœurs en gomme parfois l'expression.

La sexualité féminine s'exerce dans une jouissance plus totale que celle, plus localisée de l'homme. Beaucoup de choses se passent dans sa tête (ce qui explique peut-être le taux élevé de frigidité), donc des circuits plus complexes. Les femmes s'installent dans l'amour et changent difficilement d'objet. Elles ont besoin d'être reconnues (sans pénis) et se donnent progressivement. F. Alberoni écrit que, si, pour l'homme, la femme est un moyen de plaisir, pour la femme, l'homme est Dieu.

L'homme dissocie plus facilement la valeur érotique d'une femme de sa valeur globale ; quant à elle, d'émotions en évaluations et en ouvertures, elle avance à petits pas. L'échec de son couple est vécu par elle comme une profonde remise en question de ce qu'elle est, de sa valeur.



## Le couple

Le choix amoureux qui prélude à la construction du couple se fait dans un milieu socioculturel restreint (homogamie) et l'influence des images parentales y est grande (analogie ou réaction). Au début il y a idéalisation conjointe des partenaires, une certaine disparition des limites du moi, une exaltation de l'Idéal du Moi et un affaiblissement du Surmoi. On a pu dire que l'identité volait en éclats. Si le couple reste dans l'illusion, c'est la passion dont on peut penser que c'est un délire à deux (et parfois seul si la passion n'est pas partagée...), que chacun ne s'appartient plus ; le rapport à la réalité disparaît et la passion se nourrit de l'inaccessibilité qui entretient l'illusion, ce qui peut paraître le comble de l'altruisme (l'autre a tout pouvoir sur soi), et est, en réalité une preuve de narcissisme : on ne veut le bien de l'autre que par soi et avec soi et cette possessivité peut aller jusqu'au meurtre. L'autre est le miroir dans lequel on peut s'adorer, se sentir transfiguré.

Dans le couple, le temps des illusions (ce qu'on appelle la lune de miel) indispensable à sa construction, dure quelques mois, quelques années, et se transforme progressivement, parfois douloureusement en acceptation de l'autre, différent de soi et différent du rêve qu'on en avait. Si le couple a un projet de durée, il orientera ses investissements vers autre chose que lui-même (enfants, maison et besoins de chacun non forcément comblés par le partenaire etc.), et s'attachera, en même temps à maintenir son lien spécifique. Il utilisera les crises inévitables pour forger de nouvelles relations, améliorer son fonctionnement, ce qui exige une communication verbale et non un échange exclusivement sexuel. L'agressivité normale et nécessaire est à gérer également et à reconnaître par les deux partenaires, chacun étant tour à tour « victime » et « persécuteur » de l'autre.

L'amour n'est pas seulement l'attirance sexuelle, le sentiment amoureux, ou la passion ; il est acceptation de l'ambivalence, désir de dépasser l'illusion, projet dans la durée, respect, intimité, tendresse, autonomie. Il dépasse et se dépasse. C'est essentiellement ce que les psychanalystes, comme les mystiques appellent l'oblativité : renoncer en partie à satisfaire ses propres besoins pour tenter de répondre à l'attente de l'autre ; non plus seulement prendre mais donner et se donner. Ceci peut apporter une satisfaction également beaucoup plus élaborée qui est en rapport avec l'Idéal du Moi et dont le narcissisme n'est pas exclu. C'est un choix et un cheminement quotidien.

## L'homosexualité

C'est une autre solution au choix de l'objet sexuel. Elle concerne 10 % des hommes et 7 % des femmes. Elle existe dans de nombreuses espèces animales où certains chercheurs ont montré que l'empreinte (premiers contacts après la naissance ou d'éclosion) déterminait le choix de l'objet sexuel.

Le rôle de la bisexualité est aussi prépondérant avec refoulement actif d'une de ses composantes.

Pour Freud, deux pôles vont être déterminants : le narcissisme et l'identification aux images parentales (Edipe).

Plusieurs mouvements déterminent cette homosexualité qui s'articulent, pour le garçon, autour de l'angoisse de castration (donc de la primauté du phallus) : le mépris pour les êtres qui l'ont subie ; elle empêche la dimension agressive vis-à-vis du père qui reste cependant ce qu'on veut être et ce qu'on voudrait avoir, et fait que l'enfant abandonne son désir de possession maternelle ; dans la problématique anale, il y a identification du vagin à l'anus dans le lien inconscient entre don de ses matières à sa mère et angoisse de castration. L'homosexualité est l'ensemble des conduites qui expriment une relation féminine au père. La mère peut également vivre son enfant comme substitut phallique.

Pour la fille il y a lien et fixation prégénitale à la mère et recherche de partenaires avec qui elle jouera, ou bien un rôle maternel ou bien un rôle dépendant d'enfant à la mère. Il y a la possibilité, pour la fille, de s'identifier à son père plutôt qu'à le prendre comme objet d'amour.

Il peut y avoir difficulté à s'identifier à un sexe ou plutôt à l'image qu'en donne la culture.

Il y a souvent pendant l'adolescence, une période de flottement quant à la direction que prendra la sexualité et il faut attendre 20, 21 ans, pour que soit fait le choix après des expériences qui auront un rôle déterminant.

## **Le célibat**

En France, 18 millions de personnes appelées célibataires vivent seules. Il y a des différences considérables entre elles : le jeune de 30 ans qui a des relations sexuelles de passage, la veuve âgée, la moniale dans son couvent, vivent des existences et des motivations complètement différentes. Distinguons le jeune (ou le moins jeune) qui fait le choix de refuser de s'engager dans le mariage : la libération sexuelle (contraception et nouveau mode culturel) lui permet de ne pas vivre isolé, de changer d'objet sexuel et d'investir d'autres centres d'intérêt : souvent la vie professionnelle.

D'autres célibataires subissent un mode de vie, souvent solitaire, qui n'a pas été librement choisi et qui est, dans de nombreux cas, facteur d'une souffrance qui renvoie à celle de l'enfant séparé de sa mère après un vécu fusionnel qui l'avait comblé et une identification à la relation de ses deux parents.

Il faut distinguer isolement (état de fait) et solitude (souffrance émotionnelle et intellectuelle). Jamais la solitude n'a été ressentie aussi douloureusement que dans notre monde qui se dit de communication.

Certains choisissent librement leur célibat pour se mettre au service d'une œuvre, d'autrui, de Dieu. Le mécanisme de défense qu'on appelle sublimation, permet de garder la force dynamique des pulsions et toutes ses possibilités créatrices. C'est une ascèse qui exige la conversion des pulsions au service d'activités élevées et ne doit pas être un alibi à la fuite d'autrui, à l'inhibition sexuelle, à un individualisme forcé.

Le créateur et le mystique sont des solitaires ; beaucoup de personnes qui se sont consacrées à servir les pauvres et les malades également.

Si pour certains, la continence est le signe d'une dysharmonie physiologique ou psychologique, pour d'autres c'est, au contraire, le signe d'un bel équilibre humain capable, malgré la difficulté (certains faits divers récents la montre), de réguler les désirs sexuels qui se présentent.

### **L'involution sexuelle**

L'involution des glandes génitales qui se fait relativement brusquement pour la femme lors de sa ménopause (arrêt des fonctions ovariennes) et plus progressivement pour l'homme (baisse des sécrétions d'androgènes et de la spermatogenèse) amène à une modification du comportement sexuel. Parfois il y a une régression à des stades archaïques (oral, anal) : le voir, le toucher sont parfois très investis ainsi que des tendances sadiques, masochiste obsessionnelle.

Pour certains, le sentiment de ne plus être objet de désir peut représenter une atteinte narcissique et alimenter un vécu dépressif.

Pour ceux qui ont une vie professionnelle, relationnelle, familiale épanouissante, l'intégration de cette réalité qui va de pair avec l'acceptation du vieillissement, ne posera pas de problème majeur.

### **L'agressivité**

L'agressivité est ambiguë : elle est en relation avec la pulsion de vie (elle est liée à la sexualité) et en même temps avec la pulsion de mort (destructrice des autres et de soi-même). Elle entraîne des regrets, de la culpabilité mais en même temps un plaisir évident. Elle est indispensable à la survie, à l'action, à la réalisation de soi et pourtant son label est culturellement négatif : elle n'a pas bonne réputation.

Pour certains, elle naît avec les frustrations et l'éducation n'est-elle pas une suite de frustrations ? (violence qui peut engendrer la violence), pour d'autres, études neurobiologiques à l'appui, le corps contient un système physico-chimique qui commande émotions et actions agressives. Et la psychanalyse pose l'hypothèse que le nourrisson est déjà soumis à des fantasmes destructeurs (M. Klein).

Certaines personnes semblent plus agressives que d'autres ; peut-être parce qu'elles expriment plus facilement leurs émotions. D'autres refoulent leur agressivité qui restera inconsciente, parfois se déplacera sur d'autres objets que ceux qui ont provoqué la frustration originelle, ou se transformera en moquerie, bouderie, silence, indifférence, actes manqués. Certains ont besoin des autres, de la foule où ils se fondent et se confondent pour donner libre cours à leur violence.

Certaines attitudes sont plus régressives, comme la violence physique (préverbale), d'autres plus élaborées comme la violence verbale.

L'agressivité est presque toujours prééminente en psychopathologie. Soit refoulée et retournée contre soi dans la dépression (le suicide peut être aussi vécu comme un ultime acte agressif contre autrui), soit attribuée aux autres dans la projection du paranoïde, soit enfin explosive et infantile chez le psychopathe parfaitement indifférent aux sentiments d'autrui et qui passe des fantasmes à l'acte. Beaucoup de névrosés ont des relations difficiles et sont taxés de « mauvais caractère ». L'agressivité est décelable dans les tests projectifs et par la graphologie. L'agressivité féminine passe souvent par la parole « la bouche de la femme est son carquois ! » dit un proverbe africain. Celle de l'homme est plus souvent physique.

Enfin elle est sublimée dans certaines activités sportives (compétition), politique (on parle de l'arène politique) ou dans la poursuite de grands desseins où le destin personnel se confond avec une destinée nationale ce qui peut être bénéfique ou absolument catastrophique comme l'histoire l'a montré.

## Régressions et fixations

Pour nous représenter les divers stades du développement, nous écarterons toute image linéaire : un stade chassant l'autre comme, dans un calendrier, un mois succède au précédent dont il ne reste rien, mais bien plutôt des couches géologiques se recouvrant les unes les autres, prêtes à affleurer, même la plus ancienne, à l'occasion d'un cataclysme brutal ou prolongé.

C'est ce qui se passe dans le cas des névroses lorsque l'équilibre des forces repose à la fois sur des données actuelles et anciennes. Les difficultés de la vie, une crise de l'existence, une impasse affective, un stress grave, peuvent amener la libido vers des phases et des objets d'ordre infantile. Une conduite ancienne, qui avait apporté une satisfaction, tend à se répéter. Cette régression fait émerger des tendances enfouies dans l'inconscient et aussi l'habitude de les refouler comme autrefois. Mais la libido a besoin de points d'ancrage dans sa régression. Ceux-ci qu'on appelle fixation sont ceux où la libido s'est attardée trop longtemps ou trop fortement dans l'enfance, ou a encore nécessité une lutte plus intense pour être abandonnés.

Dans l'hystérie, il y a retour aux premiers objets d'amour ; dans la névrose obsessionnelle, une régression à la phase sadique-anale. Pour tous, il y a eu un rapport particulièrement intense aux parents, ce qui explique que nos malades, même âgés, projettent souvent des images parentales sur leurs soignants : mère pour l'infirmière et père pour le médecin. Maladie et hospitalisation représentent un avatar sérieux de la vie adulte où la dépendance matérielle et affective renvoie à des vécus archaïques.

## Les conduites alimentaires

Un certain nombre de conduites sont liées aux premiers stades de développement du petit enfant : c'est le cas des conduites alimentaires.

Le premier plaisir du nourrisson est celui de la succion (goût et olfaction). Il est oral (voir stade oral). Nous avons vu qu'à la tension, au malaise de la faim, succède le plaisir de manger et de boire. Ce plaisir se vit dans la relation à une autre personne, la mère lors de l'allaitement, puis dans un groupe plus étendu (la famille, les amis) qui a ses aliments préférés et sa manière de les cuisiner (culture). Ce qui fait dire que « manger c'est bien plus que manger ! » : c'est un rapport à soi-même, un rapport à ses proches, une relation au groupe social. Se nourrir c'est un ensemble d'habitudes qui peuvent être harmonieuses ou symptôme d'un conflit interne ou d'une difficulté à autrui.

Les principaux symptômes de l'oralité sont la boulimie et l'anorexie.

Chez l'enfant, la boulimie est souvent favorisée par une mère anxieuse qui convertit tous les malaises qu'elle perçoit de son enfant, comme pouvant être calmés par la prise de nourriture en particulier par des friandises. Or l'enfant peut pleurer de fatigue, de solitude, de sommeil et cette mauvaise interprétation de sa mère fera que l'enfant, puis l'adulte, auront tendance à compenser vide, anxiété, ennui, contrariété, en satisfactions orales. Il y a là confusion entre besoin et désir, ce qui ne sera pas sans conséquence sur la courbe de poids et les attitudes nutritionnelles à venir.

L'anorexie survient relativement souvent dans la petite enfance. La mère, anxieuse, est particulièrement préoccupée des questions alimentaires. L'enfant en phase d'opposition va refuser la nourriture proposée par elle. Il acceptera parfois beaucoup mieux celle qui lui est offerte par sa nourrice, sa grand-mère ou une collectivité. L'enfant refuse ainsi de passer d'une nourriture unique primordiale à une nourriture diversifiée, symbole de ce monde nouveau à incorporer que lui propose sa mère. Ce refus peut signifier également une relation difficile à la mère qui l'« entend » bien ainsi et se culpabilise.

Nous avons traité de l'anorexie de l'adolescente dans le précédent chapitre.

Nous rencontrons à nouveau des attitudes liées à l'oralité chez le malade et la personne âgée. Gourmandise bien compréhensible chez l'adulte qui n'a d'autre plaisir au long de ses journées d'immobilisation et d'alitement que celui de guetter son plateau de repas ou de découvrir les friandises apportées par ses visiteurs. Plaisir corporel pour un corps malmené par ailleurs.

D'autres malades, et nous voyons ceci couramment chez les personnes très âgées, n'éprouvent plus ce plaisir. Elles refusent de s'alimenter, de boire en particulier et il faut une immense patience et une excellente relation au soignant pour contrecarrer cette attitude quasi-suicidaire qui s'accompagne souvent d'un refus des soins, précédé, parfois, de l'abandon de tout désir de plaire.

## Les conduites excrémentielles

Elles sont liées à l'analité (voir stade anal). On sait le lien étroit entre l'érotisme anal, le sadisme et le masochisme qu'on retrouvera dans des proportions « normales » intégrées à la sexualité adulte.

Certaines névroses ou régressions amènent des symptômes liés à l'excrétion.

Chez le petit enfant, le symptôme le plus fréquent est l'énurésie. C'est l'émission involontaire d'urines, le plus souvent nocturne, chez un enfant ayant dépassé l'âge de 3 ans. Elle est à différencier de l'incontinence due à une lésion organique. Elle se présente souvent comme une fragilité familiale et un mode réactionnel préférentiel. On trouve souvent une immaturité affective avec fixation à l'image maternelle, de la passivité, un refus inconscient des contraintes sociales par insatisfaction ou insécurité affective. Ce symptôme, véritable handicap social, peut avoir des significations symboliques diverses : mode de protestation, refus de grandir, culpabilité et auto-punition, même s'il entraîne des bénéfices secondaires (temps, attention, anxiété des proches). Malgré l'humiliation qu'il entraîne, il peut apporter un plaisir érotique équivalent de la masturbation. L'énurésie est un appel à la communication et à l'écoute qui, seule, pourra discerner son sens profond.

Un autre symptôme anal est l'encoprésie qui est l'émission de matières fécales chez un enfant de plus de 3 ans, principalement dans la journée. Il est souvent signe d'instabilité et d'agressivité. L'encoprésie peut apparaître brusquement après un traumatisme affectif et traduit souvent une mauvaise relation à la mère.

*La coprophagie* est la manipulation et l'ingestion de matière fécales. Elle se voit fréquemment chez l'enfant (entre 1 et 2 ans) et se réprime facilement ; si elle persiste, elle signe une fixation ou régression au stade oral qui peut

survenir à la suite d'un traumatisme affectif grave ou chez certains arriérés profonds.

Ces symptômes liés à l'analité peuvent apparaître dans certains cas psychopathologiques et au terme de la désagrégation démentielle évolutive. On les rencontre fréquemment en gériatrie où ils signent la régression et la libération des forces destructrices du vieillard et une perte d'adaptation à la réalité. Parfois, chez les personnes âgées, la perte du contrôle et l'affaiblissement du Surmoi se traduit par un langage obscène et ordurier qui renvoie au plaisir scatologique du petit enfant (2 à 4 ans), ravi de dire des « gros mots ».

## Les conduites de fuite

On peut distinguer différentes conduites de fuite, selon leur objet (extérieur ou intérieur) et selon qu'elles sont conscientes ou inconscientes.

Chacun de nous peut éviter un objet extérieur qui peut être une personne, une difficulté, une responsabilité, une réussite, un engagement, une situation difficile, une responsabilité, un conflit, la mort enfin. On pourrait multiplier à l'infini ces objets d'évitement ; nous n'en avons cité que quelques-uns. L'objet ou la situation évités peuvent être réels ; ils peuvent aussi être imaginaires et n'exister que dans nos fantasmes. Ceux-ci, alimentés par un puissant désir de sécurité, influent souvent de manière tout à fait négative sur l'existence. Certains évitements que l'enfant a expérimentés comme le mettant à l'abri de difficultés ponctuelles (mentir, remettre au lendemain les tâches ennuyeuses, éviter les conflits) vont devenir un mode de fonctionnement privilégié de l'adulte qui sera intégré à sa personnalité.

D'autres mécanismes, beaucoup plus subtils et toujours inconscients, sont ceux que la psychanalyse appelle mécanismes de défenses (voir 1<sup>er</sup> chapitre) et qui permettent à la pulsion ou l'anxiété, de ne pas affleurer à la conscience. Dans le refoulement ou le déni par exemple, l'évitement est patent. Dans certains symptômes névrotiques comme la phobie, l'individu évite sciemment objets ou situations catalyseurs de son angoisse (foule, microbes, enfermement etc.).

Les neurobiologistes expliquent que l'homme de la préhistoire était fait pour éviter ou attaquer et que la difficulté actuelle, facteur de stress, est que dans un très grand nombre de cas de la vie quotidienne, il ne peut ni éviter, ni attaquer et que son corps demeure la seule issue de ce dilemme, avec tout le retentissement psychosomatique que nous étudierons plus loin (chapitre 6).

## Bibliographie

- Alberoni F. – L'érotisme. Ramsay, Paris, 1987.
- Auger L. – Communication et épanouissement personnel. La relation d'aide. Édition de l'homme, Paris, 1972.
- Chappuis R. – La psychologie des relations humaines. PUF, Paris, 1986.
- Corraze L. – Les dimensions de l'homosexualité. Privât, Paris, 1969.
- Dolto F. – Solitude. Vertiges, Paris, 1985.
- Gordon T. – Parents efficaces. Marabout, Paris, 1980.
- Kaepelin Ph. – L'écoute. Éditions ESE, Paris, 1987.
- Lefebvre H. – Le langage et la société. Gallimard, Paris, 1966.
- Lemaire J.G. – Le couple, sa vie, sa mort. Payot, Paris, 1979.
- Levinas E. – Le temps et l'autre. PUF, Paris, 1983.
- Scott Peck. – Le chemin le moins fréquenté. R. Laffont, Paris, 1987.
- Six J.F. – Guide des solitudes. Fayard, Paris, 1986.
- Storr A. – L'agressivité nécessaire. R. Laffont, Paris, 1969.
- Thevenot X. – Vie affective, sexuelle, spirituelle dans le veuvage. Bulletin Espérance et Vie, 1986.
- Vincent J.D. – Biologie des passions. Odile Jacob, Paris, 1989.
- Watzlawick P. – La nouvelle communication. Seuil, Paris, 1981.



# 6 Le corps et l'esprit

## Le corps

*Le corps* est une entité précise, objective, mesurable. Quoi de plus réel que le corps ? C'est d'abord le visage que nous reconnaissons et qui marque l'identité de quelqu'un. La certitude de vie que nous avons, c'est le corps, son fonctionnement, les échanges cellulaires, les divers métabolismes qui nous le donnent. Même si nous avons des liens avec les autres, nos corps sont séparés ; même si nous sommes de la même famille, de la même race et que nous nous ressemblons, nos corps sont distincts. Nous pouvons nous demander, comme les générations précédentes, où se trouve le centre vital du corps, le pivot de ses fonctions, sa raison d'être : cœur ? cerveau ? hypothalamus ?

Corps du petit enfant voué aux empreintes diverses, à garder des traces ; corps du vieillard ayant solidement traversé le temps et les intempéries, les avatars de l'existence. Corps donc connu et inconnu, sûr et fragile, corps de plaisir et de douleur, corps ami ou traître, corps oublié ou se rappelant à l'existence, parfois douloureusement ; corps qui nous semble plus proche et plus concret que notre esprit mais qui lui est lié, absolument. Nos émotions sont-elles d'origine psychique ou sont-elles les manières dont s'exprime notre corps ? Les sentiments sont-ils la caisse de résonance plus élaborée de simples réactions corporelles. L'inconscient avec ses pulsions est-il de nature psychique ou plutôt corporelle ? Ce qui semble sûr, c'est que le corps est aussi l'idée que nous en avons.

À côté d'un corps-objet, d'un corps-machine, il y a un corps intelligible et un corps subjectif, un corps fantasmé et un corps-expérience, un corps qui, peut-être, choisit à sa façon la maladie et l'organe dans lequel cette maladie se déroulera, choisit aussi la vie ou la mort. Le corps peut être lieu de somatisation des conflits, de résistance et d'opposition au changement.

Il peut être lieu de transformation et de bien-être.

## Psychosomatique

Les rapports entre le psychisme et la fragilité à certaines maladies comme le cancer ont été analysés depuis les études du célèbre médecin Galien (III<sup>e</sup> siècle) qui soutenait que les femmes dépressives étaient plus souvent atteintes de tumeur que les autres. C'est une constatation qui a été reprise ces dernières années dans diverses études (C. Simonton, L. Leshan). Des études américaines portant sur plusieurs milliers de personnes remettent en

question ces constatations. Elles semblent confondre dépression, n'entraînant pas statistiquement plus souvent un cancer, et stress qu'on retrouve dans beaucoup de cas de maladie : stress qui peut être chronique et qui est, encore une fois, à distinguer de la dépression qui est une pathologie de l'humeur. Le débat reste actuellement ouvert.

Le lien entre l'envie de lutter, la qualité du moral de certains malades et leur guérison ou rémission n'étant plus à démontrer, on peut se demander pourquoi le phénomène inverse ne pourrait jouer également, en n'omettant pas que l'annonce d'une maladie grave est un stress par lui-même qui a son propre impact sur l'évolution possible de la maladie.

C'est un psychiatre allemand, G.W. Groddeck qui, l'un des premiers au début du siècle, va prendre en considération l'homme souffrant dans sa globalité, avec ses aspects physiques et psychiques. À ces notions, il ajoute celle de l'historicité : l'histoire personnelle du patient, les événements qu'il a vécus, les conflits qu'il traverse ont un retentissement affectif tel que le corps exprime une souffrance. Cette théorie prend également en compte l'environnement social, culturel, relationnel du patient. Dans le *Livre du Ça*, Groddeck écrit : « Quand ça ne passe pas par la bouche, il faut bien que ça passe ailleurs ! » Autrement dit lorsque l'homme engagé dans un processus symbolique, ne peut exprimer sa souffrance elle va se dire dans des symptômes corporels. Plus tard un psychiatre et psychanalyste américain Reich, va poursuivre l'œuvre de Groddeck ; il va étudier comment les émotions négatives, nées des tensions relationnelles et sociales, génèrent des troubles graves, qu'ils soient d'ordre psychopathologique, comportemental, physique ou sexuel. Il part du principe qu'un certain nombre d'émotions et de situations vécues sont mises en mémoire dans certains points du corps. S. Freud, le premier, dès 1895 dans ses *études sur l'hystérie*, avait démontré que l'« hystérie de conversion » peut engager la personne dans un processus morbide qui présente tous les aspects d'une maladie (paralysie, cécité, etc.) sans atteinte organique véritable. Pour Freud, ces troubles fonctionnels sont hautement symboliques d'événement de son passé mais l'angoisse n'est pas libérée ; ils diffèrent des maladies psychosomatiques où la cause du symptôme est à rechercher dans le vécu actuel du patient. L'École Psychosomatique de Paris a repris cette théorie montrant qu'il y avait toujours chez ces malades une grande pauvreté de la vie imaginaire qui ne leur permettait pas de décharger leurs tensions par des activités fantasmatiques (rêves nocturnes ou diurnes, activité artistique, etc.). Il semble également que ce type de maladie n'apparaisse que lorsqu'un certain nombre de facteurs est réuni : un type spécifique de conflits, une situation actuelle de conflit, une prédisposition spécifique du corps.

La distinction entre psychosomatique et hystérie n'est pas aisée, entre les troubles corporels reliés aux conflits de l'enfance et les troubles corporels,

signes de difficultés présentes. Pour simplifier on pourrait dire qu'il y a angoisse dans la névrose classique et maladie sans angoisse pour la maladie psychosomatique.

Ce sont les personnes les mieux contrôlées, celles qui extériorisent le moins leurs sentiments qui ont les réactions neurovégétatives les plus intenses.

Les séparations, les pertes, suivant l'âge du développement auxquels elles surviennent, surtout si le travail de deuil qui leur est lié ne peut être fait, laisseront des traces indélébiles dans le corps, celui-ci exprimant ce qui fut lourd de sens et n'a pu être dit.

R.R. Held écrit : « Nous cernerons les vrais problèmes de la médecine psychosomatique en admettant que là où tel malade fait un jour une névrose pure, tel autre, placé dans des conditions affectives similaires, basculera dans la psychose, tandis qu'un troisième utilisera tel mode somatique particulier d'expression, parce qu'une rencontre se sera produite entre ses expériences conflictuelles infantiles, sa constitution, son hérédité ; parce que les empreintes pathologiques qui ont pu se faire dès sa naissance (ou même avant) sur tel point de son économie ont créé là un point faible ; lieux d'appel qui seront utilisés par de futurs investissements affectifs inconscients, ces derniers étant à leur tour susceptibles de perturber les fonctions ou les organes afin de détériorer les tissus eux-mêmes ».

Toutes les fonctions et tous les organes peuvent être touchés : la vue, le sommeil, le fonctionnement cardiaque, respiratoire, digestif, gynécologique, dermatologique etc.

## **Le corps, support de la relation**

Nous avons vu que le corps est, pour chaque individu, support de son sentiment d'exister. Lieu d'investissement de l'amour parental et donc d'investissement narcissique ; le corps aimé des autres, permettra à chacun de s'aimer soi-même. Comme il est lié intimement au psychisme par les émotions, le corps exprime dans les symptômes qu'il ne peut pas dire, le malaise du psychisme (psychosomatique), il est aussi souvent le lieu de l'expression de l'angoisse (hypocondrie), il est lié à l'environnement et, dans celui-ci, aux autres.

En même temps qu'il a été corps de plaisir (oral, anal, génital), le corps, à chacun des stades qu'il a traversés, a été lié à l'autre sur un mode particulier (passivité et dépendance, échange) ; la peau, zone d'échange entre le Moi et l'extérieur en est un des lieux si privilégié que le psychanalyste D. Anzieu a pu parler de « Moi-peau », la peau étant essentielle dans la construction du Moi, de l'identité elle-même. L'identité d'une personne ne se construit pas sans un rapport à l'autre qui passe par la médiation corporelle.

Cette médiation est essentielle dans la relation soignant-soigné : deux corps sont en présence, même si la relation n'est pas symétrique puisque l'un des corps est pris en charge par l'autre, le danger, pour lui étant de devenir objet : objet de soins, de techniques, corps-machine, enveloppe corporelle, alors que nous savons que le corps est beaucoup plus qu'un corps, mais qu'il est personne, communication, langage. Pour le soignant comme pour le soigné, la relation passe par le visage (première approche d'un corps), le sourire, le geste, l'attitude, tout ce qui touche l'autre sensoriellement : regard, odeur, parfum, contact, écoute du corps.

Nous, soignants, savons déchiffrer l'état physique, émotionnel, moral d'un malade, en observant son corps, et notre malade peut être rasséréiné, pacifiée, dynamisé en nous voyant accomplir les gestes qui soignent ou, simplement, nous tenir disponible auprès de lui. Le corps malade peut se sentir dépendant, dévalorisé, abandonné. Il peut, au contraire, se sentir exister, pris en charge, soigné (soins et coquetterie), investi si nous l'abandonons avec « compassion » ce qui ne signifie pas que fermeté, distance et discrétion nécessaires disparaissent.

Et lorsque le langage n'est pas encore possible (enfant) ou qu'il n'est plus possible (vieillard, mourant), songeons que nous pouvons encore communiquer par un geste, une caresse de la main et que notre corps peut devenir langage et soin ultime.

## L'image du corps

Pour P. Schilder, l'image du corps peut être vue dans ses trois dimensions : physiologique, libidinale et sociale. Essai de liaison entre la réalité matérielle du corps et celle de sa place dans le champ de l'inconscient et du désir.

Contrairement au schéma corporel qui permet à chacun de se représenter son corps grâce aux données sensorielles et sensitives multiples (proprioceptives et extéroceptives) et grâce à cette représentation, pouvoir se repérer dans l'espace, l'image du corps est chargée d'affectivité. Elle se construit au-delà des sensations, à partir de souvenirs, d'émotions, de l'investissement des parents et des proches, de ce lieu privilégié, carrefour obligé de toutes les expériences d'« être-au-monde ».

Toute atteinte à cette image du corps (amputation, paralysie, défiguration) va bien au-delà des sensations éprouvées ; elle touche au narcissisme du patient, à son identité. Un état de souffrance peut s'instaurer, un travail de deuil est à pratiquer, un réinvestissement de ce nouveau corps est à faire et le regard des soignants y a un rôle primordial ; rôle non seulement affectif mais également pédagogique. Dans certains services d'urgence où sont soignées nombre d'amputations à la suite d'accidents (mains) les soignants

apprennent aux patients à faire eux-mêmes leurs pansements pour regarder et investir leur nouvelle main.

Certaines parties du corps comme le sein, lourdement chargées de signification symbolique (maternité, érotisme) lorsqu'elles sont touchées, atteignent profondément à l'image du corps, de sa relation à l'autre, aux autres et à soi-même. Cette atteinte à l'intégrité corporelle, peut être à l'origine d'une dévalorisation qui fera le lit d'une dépression. Là encore, le rôle des soignants va bien au-delà du soin curatif : il peut aider la patiente à accepter cette nouvelle réalité d'un corps mutilé mais cependant aimé.

## La douleur

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle et décrite en fonction de cette lésion ».

La douleur concerne donc la physiologie et même si ce n'est pas le lieu de la traiter ici (système nerveux avec son fonctionnement électro-physiologique et son fonctionnement humoral), elle concerne également la psychologie. Elle nous concerne, nous, soignants, puisque c'est nous qui allons tenter de l'évaluer et de la maîtriser. La douleur, en-dehors de son rôle de signal d'alarme, est une ennemie contre laquelle nous avons à lutter activement en nous disant qu'elle est un non-sens. Elle envahit le champ de conscience, supprime le sommeil et l'appétit, raccourcit la vie, avilit la personne, l'empêche d'aimer la vie et les autres, ôte tout désir et mène parfois au suicide.

Pendant des siècles, les chrétiens ont pensé qu'elle avait valeur de rédemption, mais l'Église a remis en cause ce point de vue et le mouvement des hospices, né en Angleterre puis arrivé par l'Amérique du Nord en France, est issu d'hôpitaux privés confessionnels qui ont été les premiers à employer des doses significatives d'antalgiques mineurs et de morphine.

Des études récentes ont montré que le risque de morphinomanies chez les cancéreux, induites par des traitements antalgiques est pratiquement nul. On sait également que beaucoup de complications postopératoires sont réduites lorsqu'un traitement antalgique est institué précocement évitant « la création de traces mémorisées » de messages douloureux dans le système nerveux central. D'aiguës, après une opération, ces douleurs contribuent, pour une large part, à la « maladie postopératoire » et risquent, non traitées, de devenir chroniques.

Souvent les soignants nient la douleur chez le malade ; celle-ci étant il est vrai, subjective et immesurable, et portent même parfois des jugements négatifs sur un patient qui souffre.

Il y a parfois une erreur diagnostique derrière la douleur.

La douleur physique provoque une douleur psychique et une angoisse qui entraînent des difficultés émotionnelles et relationnelles. Aux USA, la douleur est chaque année, de 700 millions de jours de travail perdus.

En cancérologie on estime que 60 à 90 % des malades souffrent en phase terminale.

La douleur peut être exprimée en un langage très imagé (feu, étouffement, battements) et le patient peut lui donner une note. Le soignant renseigne utilement le médecin sur la plainte de son patient, sur son comportement.

Les antalgiques sont nombreux, soit mineurs agissant sur les terminaisons nerveuses, soit centraux ou morphiniques, anti-inflammatoires ou antispasmodiques ; les techniques d'acupuncture, de massages, de relaxation et d'hypnose sont à envisager également. Il est important de soigner et soutenir en même temps le psychisme par des tranquillisants et des anxiolytiques qui diminuent l'angoisse et l'intérêt même du malade pour sa douleur, des antidépresseurs et des somnifères.

Les modes d'administration sont multiples : perfusions, gestion par le malade lui-même qui a ses médicaments à portée de main, à la demande, etc. Il est essentiel de ne pas attendre la montée de la douleur pour agir et on sait maintenant que prévenir la douleur exige des doses d'antalgiques bien moindres qu'attendre que la douleur soit installée.

Ce qui est nouveau et doit vraiment s'ancrer dans les attitudes c'est que la lutte contre la douleur fait désormais partie intégrante de la médecine et qu'elle concerne tous les médecins et tous les soignants.

## Le stress

Le mot stress vient du mot anglais *distress* (détresse) dont la première syllabe est tombée pour laisser le mot « stress » qui a une connotation de violence, de tension ou de contrainte.

L'américain H. Selye qui a le premier étudié systématiquement le stress, a écrit : « La vie n'est rien d'autre qu'un processus permanent d'adaptation aux circonstances dans lesquelles nous vivons ; et le secret du bonheur réside dans l'heureuse adaptation aux conditions, constamment changeantes de notre environnement. La maladie, le vieillissement prématuré sont bien souvent la conséquence d'une adaptation mauvaise ou excessive » Dans ce court passage nous voyons employé trois fois le mot « adaptation ». En français, le stress s'appelle le « syndrome général d'adaptation » (SGA). C'est la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite. Non spécifique puisque quel que soit le

type de stress (qui peut être aussi bien une bonne qu'une mauvaise nouvelle par exemple), que ce soit un stress psychologique, physiologique ou sensoriel, l'organisme va répondre de la même façon. La réponse au stress va toujours être biologique et se manifester par un certain nombre de modifications organiques, toujours les mêmes. Seules varieront leur intensité et leur chronicité. Ces manifestations sont cardiaques, hypertension, hypotension, pâleur, rougeur, transpiration, fabrication de sucre et de graisse, hyper et hypothermie, hypoglycémie, chute de la réserve alcaline, hémococoncentration, lymphocytose sanguine. Toute réaction entraîne ensuite son contraire pour que le corps revienne à son point d'équilibre initial (homéostasie).

Les effets du stress sont souvent silencieux, même si l'agression a été perçue. Parfois le stress entraîne également un certain nombre de manifestations externes (irritabilité, excitation, dépression) mais il faut savoir que l'absence de stress, qui n'est possible qu'en situation expérimentale, entraîne également des troubles du comportement. Donc, on peut penser qu'il faut dans la vie, pour maintenir un équilibre, un minimum de stress et que le stress est l'essence même de la vie. Il semble également que l'organisme s'adapte pendant un certain temps à un certain niveau d'agression et s'effondre au-delà de cette période.

On sait aussi que chacun possède un seuil de tolérance au stress qui est différent pour chaque individu : le même stress bien toléré par l'un ne sera pas supportable et entraînera une maladie chez l'autre.

Le Dr Holmes, psychiatre américain a évalué de 1 à 100 la dose de stress que contient chaque événement de notre vie (depuis le fait de franchir un feu rouge jusqu'à celui de perdre son conjoint). Au-dessus de 300 points, il y a risque d'infarctus ou de dépression. Il semble donc que nous ayons chacun un certain capital d'équilibre et que certains chocs physiques, sensoriels, émotionnels l'entament ; que seuls les stress graves laissent une cicatrice indélébile, les autres se réparant et que des stress ponctuels sont moins nocifs que les stress chroniques qui peuvent déclencher des symptômes psychosomatiques.

Les spécialistes du stress ont montré également que le sens qu'on pouvait donner à un stress pouvait atténuer son retentissement ; la manière également dont nous l'utilisons.

Les stress peuvent être physiques : bruit (qui provoque dépressions, accidents et même meurtres), maladie, malnutrition, excitants, hyperactivité. Ils peuvent être émotionnels : chômage, faillite, promotion, surmenage, deuil, mise à la retraite, mésentente conjugale, divorce, échec, etc.

Souvent un stress dans la vie adulte renvoie à des situations stressantes de la vie infantile et les réveille.

Le stress peut se décomposer en trois phases :

- une phase d'alarme qui comporte souvent un certain degré de surprise, entraîne une perte de contrôle, une paralysie de l'activité ;
- une deuxième phase de résistance où les défenses s'organisent au-dessus du niveau physiologique normal. Si cet état se prolonge, des lésions organiques (cœur, estomac) peuvent apparaître, les défenses immunitaires s'effondrer et l'individu est alors incapable de supporter un deuxième stress. On connaît l'histoire de cette mère d'un GI américain qui a appris sa disparition au Vietnam, puis, quelques semaines après que son fils a été retrouvé vivant, elle s'effondre à cette nouvelle et meurt d'une crise cardiaque ;
- enfin une phase d'épuisement. Si le stress devient chronique, les troubles physiologiques et psychologiques s'installent, la capacité de résistance s'épuise et la maladie s'installe.

On décrit trois types de caractère devant le stress :

- *le type A* : extraverti, agressif, hyperactif, anxieux, impulsif, qui se bat contre le temps, qui peut présenter une pathologie cardiovasculaire devant le stress (surtout s'il fume) ;
- *le type B* : calme, équilibré, positif, se distançant des événements, sachant exprimer ses sentiments et qui encaisse bien les stress ;
- *le type C* : introverti, exprimant peu ses émotions, faussement paisible. Celui-ci a plus de chances de développer un cancer.

Les symptômes provoqués par le stress sont : la fatigue, la difficulté à se concentrer, à mémoriser, l'anxiété, l'irritabilité, les troubles du sommeil, de la sexualité, de l'humeur. Sur le plan somatique des atteintes du système digestif à tous ses niveaux, des troubles cutanés, gynécologiques, cardiovasculaires, articulaires (figure 1).

Le Dr S. Bensabat, spécialiste français du stress, propose toute une stratégie antistress qui va de l'analyse du stress, prendre de l'exercice (non violent), se faire plaisir, se fixer des buts réalistes et réalisables, s'affirmer, relativiser, avoir des valeurs morales, spirituelles, en passant par une bonne gestion de son temps et la faculté de prendre une décision.

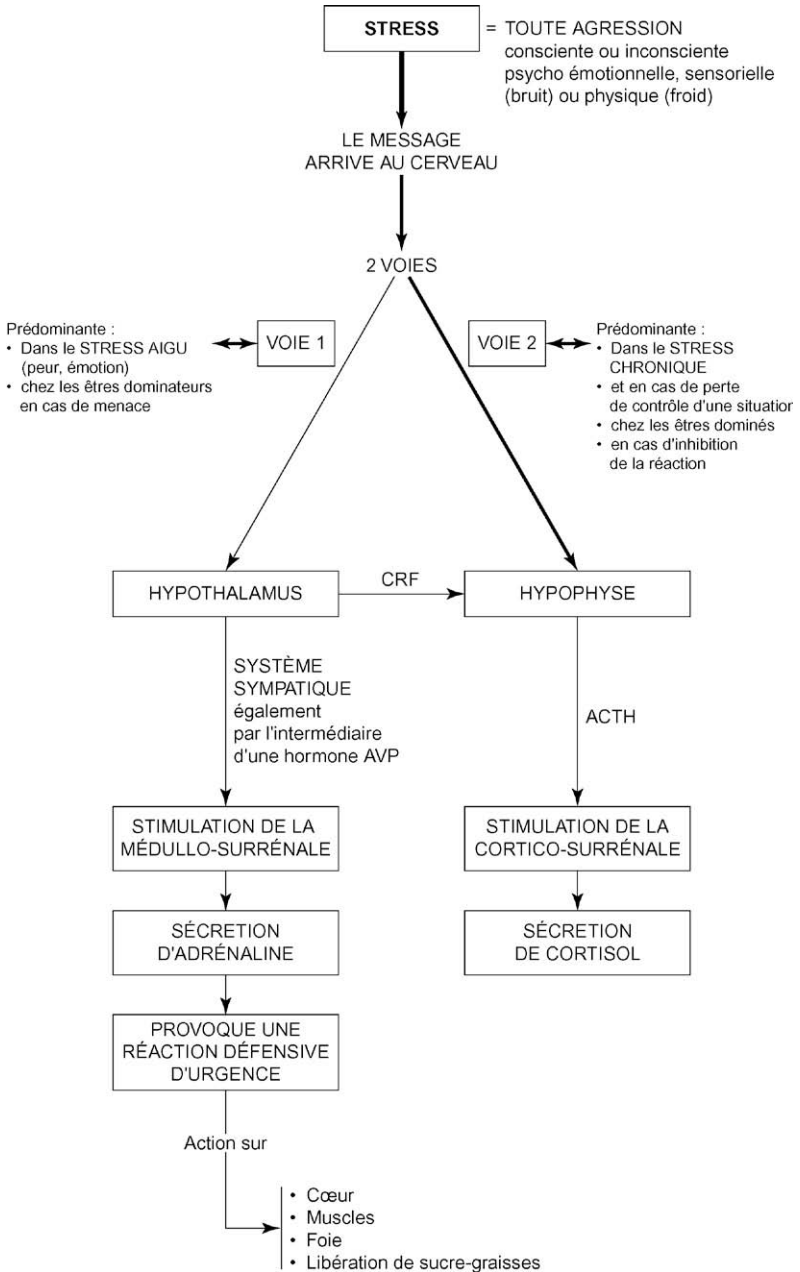
H. Selye écrit : « L'homme moderne apprendra à maîtriser le stress sinon il sera voué à l'échec professionnel, familial, à la maladie, à la mort. »

Pour nous soignants, une manière de nous aider nous-mêmes et d'aider nos patients à supporter le stress (et l'hôpital est un lieu où les stress peuvent être nombreux !) est de pratiquer aussi la relaxation.

## La relaxation

Il y a une multiplicité de techniques. Elles visent toutes à une détente psychocorporelle.





**Figure 1**  
 Action du stress sur l'organisme. (D'après le docteur S. Bensabat).  
 Avec l'aimable autorisation des Éditions Fixot

Par un retrait d'avec l'environnement (pénombre, silence) et une concentration sur la respiration, les divers segments du corps, les sensations éprouvées, une fuite dans l'imaginaire, éventuellement une visualisation d'images agréables et d'idées positives, l'harmonie corps/esprit se fait, permettant de mieux contrôler les troubles fonctionnels liés à un état de tension et ses répercussions sur le système neurovégétatif. Certains de ces troubles (palpitations, vertiges, bouffées, migraines, insomnies...) peuvent être maîtrisés ainsi que certains troubles psychomoteurs.

Ces techniques, issues du yoga, ont été introduites au début du siècle par Schulz en Allemagne, reprises par Jacobson aux USA (purement physiologiques) et par Ajurriaguerra (d'inspiration psychanalytique).

C'est une alternative active satisfaisante à la prise de tranquillisants et de somnifères qui peut être indiquée lors d'un passage stressant et difficile et se révéler très positive dans un usage plus continu comme facteur d'intériorisation, de maîtrise, d'harmonisation entre corps et esprit.

## Bibliographie

- Abraham G. Revue Psychothérapies, Genève N° 1, 1982.  
 Bensabat Soly. – Le stress c'est la vie. Fixot, Paris, 1989.  
 Dantzer R. – L'illusion psychosomatique. Éd. O. Jacob, Paris, 1989.  
 De Fonclare G. – Dans ma peau. Stock, 2010.  
 Groddeck G. – Le livre du Ça. Gallimard, Paris, 1963.  
 Held R.R. – De la psychanalyse à la médecine psychosomatique. Payot, Paris, 1980.  
 Le Breton D. – Expériences de la douleur. A.M. Métailié, 2010.  
 Le Shan L. – Vous pouvez lutter pour votre vie. Les facteurs psychiques dans l'origine du cancer. R. Laffont, Paris, 1982.  
 Sapir M. – Soignant, soigné, le corps à corps. Payot, Paris, 1980.  
 De Saugy D. – Revue Psychothérapies Genève, N° 2, 1985.  
 Schilder P. – L'image du corps. Gallimard, Paris, 1968.  
 Simonton C. et S. – Guérir envers et contre tout. EPI, Paris, 1982.  
 Stephanos S. – Revue Psychothérapies. Genève, N° 4, 1986.

# 7 La maladie

## Être malade

Être malade c'est être globalement atteint par une altération organique ou fonctionnelle, considérée dans son évolution et comme une entité définissable.

Tant que la personne vit le mal comme hors d'elle-même et qu'il n'affecte pas son mode de vie ou ses projets, elle ne se sent pas vraiment malade. La conscience d'être malade, si on se considère comme tel soi-même, si on l'est par un tiers, a fortiori par un médecin, joue un rôle important dans la manière dont on tient son rôle de malade. En effet la société assigne une manière d'être, des attitudes, un comportement spécifique à celui qui est considéré comme malade. Il jouera donc le rôle de malade : il sera le bon ou le mauvais malade.

Les soignants étiquettent souvent très rapidement celui qui accepte ou refuse de coopérer à son traitement.

Outre l'ensemble des conduites qu'adoptera le malade, qui relèvent de la psychologie sociale, il y a tout l'éprouvé, les sentiments, le ressenti de la personne.

Souvent sa maladie a commencé par la fatigue qui est un symptôme atteignant son équilibre physique et psychologique, le limitant sur tous les plans, lui faisant perdre une certaine maîtrise, aussi bien intellectuelle (fuite des idées, difficulté à se concentrer) qu'énergétique. La fatigue entraîne frustration et inquiétude. Elle est toujours un signal d'alarme.

Le malade reçoit des images spécifiques des autres (pitié, affection) et entretient avec eux des relations particulières. Il peut éprouver une certaine culpabilité d'être malade, de la jalousie vis-à-vis des bien-portants qui l'entourent. Parfois il se sent agressé par le destin, par Dieu et peut vivre un profond sentiment d'injustice. Sa révolte peut l'amener à être agressif avec ses proches, à leur faire « payer » sa maladie.

Bien souvent, le malade aura des fantasmes de mort, entraînant anxiété et même angoisse.

Le malade peut vivre aussi un renforcement de son narcissisme : placé au centre des préoccupations, il reçoit des gages affectifs. C'est un *bénéfice secondaire*. Il y en a d'autres nombreux : se mettre à l'écart, retrouver son rythme, faire le point, éviter une difficulté, retrouver le contact avec son corps, se faire reconnaître comme faible, se faire prendre en charge etc.

Il est rare que la maladie et ses soins n'entraînent pas une douleur physique et une douleur morale (voir chapitre 6).

## L'adulte hospitalisé

Le malade qui entre à l'hôpital vit une épreuve véritable. Plongé dans un monde souvent inconnu de lui, il doit s'adapter aux horaires décalés par rapport à la vie normale, aux odeurs, à ses voisins et au bruit (passages dans le couloir, chariots, TV, monitoring). Pendant les premières heures, il doit faire la connaissance de 8 à 10 personnes nouvelles, toutes revêtues de blouses blanches et qui ne se présentent pas toujours. Il est soumis à une série d'examen divers, à une installation souvent inconfortable, affronté à un langage technique qu'il saisit mal, à une ignorance qui l'incite parfois à dramatiser. Malheureusement sa pudeur peut être mise à rude épreuve et il peut se sentir dépersonnalisé.

Il souffre de ses limitations matérielles et affectives et de dépendre d'autrui. Il se sent séparé de ses proches, de sa maison, de son travail, de tout ce qui constituait sa vie antérieure, ce qui fait que, malgré la promiscuité, il souffre de la solitude.

Le malade est ambivalent par rapport à l'hôpital : à la fois il sait qu'il sera bien soigné et, en même temps, il sait qu'être hospitalisé signifie une certaine gravité de son état.

Bien souvent le malade régresse. *La régression* désigne « le retour du sujet à des étapes dépassées de son développement stades libidinaux, relations d'objet, identifications ».

Le malade peut régresser au stade oral, devenant le bon objet manipulé, dorloté, désirant être bien et aimé (voir aussi conduite alimentaire).

Il peut revenir au stade anal avec ses problèmes de propreté, de sadisme (persécuter ses soignants).

Ses défenses tombent et il éprouve le besoin d'attirer l'attention, de faire des « caprices ».

Enfin il vit souvent le transfert de phénomènes éprouvé pendant son enfance, en particulier attente et demande affective ; dans cette situation de crise que sont maladie et hospitalisation le médecin représentera le père (qui peut et qui sait !), l'infirmière, la mère (qui donne soins et affection).

Toute relation entre soignant et soigné doit être analysée à la lumière de la régression et du transfert.

L'infirmière va répondre aux *besoins physiques* de son malade (soins, bien-être, hygiène). Elle va tenter de répondre également à ses *besoins psychologiques*. Elle le traite avec respect, comme une personne, quelle que soit sa

dépendance corporelle. Elle l'écoute activement, sans jugement normatif, favorisant l'expression de ses sentiments aussi bien négatifs que positifs, en sachant se distancer.

Elle accepte le malade tel qu'il est et non tel qu'elle voudrait qu'il soit ; elle sait que chaque malade est différent et que son rôle est de l'individualiser, le sortir de son anonymat, respecter ses opinions.

Dans sa relation l'infirmière est discrète, elle respecte le secret professionnel mais sait partager avec l'équipe soignante ce qui peut être dit dans l'intérêt du malade.

L'infirmière clarifie également *son contre-transfert*, c'est-à-dire l'ensemble des sentiments, des fantasmes que lui inspire le malade. Elle tente d'analyser, seule ou dans un groupe de parole, la relation qu'elle vit avec ce malade, mettant au clair ce qu'elle éprouve et qui est nourri de son histoire, de son expérience passée, de ses projections.

Enfin, dans sa relation au malade, l'infirmière *se protège* : elle est discrète sur sa vie privée qu'elle tente de rendre la plus riche possible, avec de nombreux liens hors de sa vie professionnelle, des activités culturelles ou associatives épanouissantes, de l'exercice physique, une vie intérieure qui réponde aux questions qu'elle se pose sur la vie et la mort, sur son travail plus exigeant que tout autre.

L'infirmière tente également d'instaurer une *relation avec la famille* du malade. C'est une manière de mieux le connaître que de connaître ses proches. Souvent ils ont envie de communiquer avec elle, ce qui est plus facile qu'avec le médecin. Elle peut établir, avec les proches, une relation d'aide par son écoute active, ce qui suppose qu'elle ait du temps et encore une certaine disponibilité intérieure à leur consacrer. Bien souvent, la famille est à soutenir. Parfois, si l'issue est fatale, elle revient, après le décès, voir les soignants qui se sont occupés de leur malade pour parler de lui avec eux ; ceci permet d'accomplir son deuil plus aisément.

Parfois, la famille qui souffre et est anxieuse, se montre agressive avec les soignants qui représentent l'institution hospitalière ; ces derniers n'ont pas à répondre à ce jeu agressif et doivent se protéger, en ayant conscience que ce ne sont pas eux, en tant que personne, qui sont concernés et remis en question.

## L'enfant malade

Lorsqu'un enfant tombe malade, c'est un grand bouleversement familial. Sa maladie a souvent été précédée d'une période d'abattement ou d'excitation. La question de sa garde se pose si la mère travaille.

Pour les parents, il est difficile de faire l'économie des fantasmes de mort, tant l'enfant est vécu comme fragile et dépendant d'eux. L'enfant, lui,

jusqu'au moment où éventuellement il se sent condamné (voir chapitre 8), se croit immortel ; il se sent défendu du danger par ses parents et par l'image de toute-puissance offerte par le médecin.

L'enfant vit mal les soins qu'il perçoit comme agression et pour lesquels on doit le préparer et l'accompagner. En réaction à ces soins, il est normal qu'il soit agressif et le contraire serait inquiétant.

L'immobilisation est ce qui est le plus difficilement supporté par l'enfant : il compense par une intense activité verbale et des mouvements désordonnés.

Souvent la maladie arrête momentanément les progrès psychomoteurs ainsi que l'affectivité de l'enfant, qui seront « débloqués » parfois avec des acquis nouveaux, après la guérison.

L'enfant vit très intensément transfert et régression (voir plus haut).

La manière dont ses parents vont vivre sa maladie, anxieusement ou avec sérénité, va être déterminante sur son vécu. Si c'est une maladie longue, elle s'intégrera profondément au vécu de celui-ci, qui se percevra comme enfant malade ou ex-malade.

Sa maladie aura également des répercussions sur ses frères et sœurs. Ceux-ci pourront être empêchés d'exister (gêneurs), jaloux du petit malade, culpabilisés d'être en bonne santé. Il sera important de les associer, dans la mesure de leurs possibilités, aux soins et distractions de l'enfant malade.

## **L'enfant hospitalisé**

Jusque vers 12 ans, l'enfant ignore tout de l'hôpital : c'est une notion floue pour lui, négative si on l'a menacé auparavant d'être hospitalisé. Au-delà, le préadolescent et l'adolescent savent qu'il est lié à la souffrance et à la séparation.

Si l'hospitalisation ne se fait pas en urgence et que la famille a eu le temps de le préparer à celle-ci, l'entrée et l'adaptation se passent bien. L'accueil du petit malade par ses pairs est important ; parfois un véritable « bizutage » du nouveau est organisé, qui a pour but de le tester. Le groupe des jeunes malades présente toutes les caractéristiques du groupe en général, avec ses rôles divers, (voir chapitre 2) une lutte pour défendre son territoire et ses objets familiaux.

Pour les plus jeunes, les soignants tiennent la place des parents.

On sait que les enfants dont la mère travaille, plus habitués à la séparation, s'adaptent mieux à leur nouvelle vie.

Il y a souvent régression et un vécu de corps à corps, dans la relation à la soignante. Parfois l'enfant fait des cauchemars, dans certains cas même il a des phobies diverses.

L'infirmière doit être amicale et ferme dans sa relation à l'enfant. Elle peut adopter, comme avec l'adulte, une attitude d'écoute active, essayant de faciliter chez lui l'expression de ses sentiments (souffrance, anxiété, solitude), ce qui est parfois difficile si l'enfant ne parle pas encore ou parle une autre langue.

Un élément qui compte en pédiatrie, *c'est la famille de l'enfant hospitalisé*. La mère peut vivre la soignante comme une rivale et en concevoir de la jalousie, de la culpabilité.

Certains parents, faisant difficilement face, matériellement et psychologiquement à la situation, espacent les visites et « abandonnent » littéralement l'enfant à l'hôpital. D'autres enfants hospitalisés loin de chez eux (parfois étrangers), sont aussi très seuls. Pour tous ces enfants, l'univers de l'hôpital devient leur univers.

Plusieurs associations envoient des bénévoles qui maternent les tout-petits, distraient les plus grands, les font travailler. Lorsque cela est possible, il est souhaitable que les parents participent au nursing de l'enfant : il est moins angoissant d'être actif que condamné à la passivité. L'infirmière peut soutenir, écouter activement les proches, rassurer souvent sans minimiser systématiquement les causes de l'anxiété.

Il est recommandé que les parents viennent voir régulièrement leur petit malade ; que ce dernier sache quand, et puisse s'en réjouir ; que les parents ne le quittent pas sans prévenir, pensant éviter ainsi la dramatisation de la séparation. Il vaut mieux se sentir séparé pour un temps, qu'abandonné.

Il faut savoir qu'une fois l'enfant guéri, *le retour* est parfois décevant ; décevant pour les parents qui espéraient un enfant heureux et le retrouvent capricieux, refusant la discipline familiale, ne se sentant plus le centre de leurs préoccupations. Certains tout-petits donnent l'impression, comme après d'autres types de séparation, de vouloir faire payer aux parents l'absence et l'abandon, de se venger d'eux. La réadaptation est parfois difficile, également avec les frères et sœurs.

## **L'équipe soignante**

L'institution hospitalière est composée de diverses structures : l'administration, le corps médical, le personnel hospitalier et les malades.

L'équipe soignante comprend à la fois le corps médical et le personnel hospitalier, ce qui explique l'ambivalence des participants les uns vis-à-vis des autres (admiration, mépris, rébellion, jalousie, etc.) et une certaine difficulté à cohabiter et participer à la même tâche (bien-être et guérison des malades) en faisant passer ses buts personnels au second plan.

L'organisation du service est hiérarchique, fixant à chacun sa fonction, sans tenir compte de l'implication psychologique de chacun, de la communication réelle, des relations informelles, de la circulation des informations.

Prévue pour un fonctionnement idéal, d'individus idéaux, elle ne compte pas toujours avec les facteurs temps (les équipes se succèdent sans se rencontrer), espace (les distances sont grandes et chacun peut être isolé), individuelles (âge, formation, statut familial, etc.), le niveau de compétence, le degré d'équilibre ou de fatigue de chacun.

Il est important que médecins et surveillantes définissent bien les *objectifs* du service, en informent les participants, mettent en œuvre les moyens de ces objectifs (nouvelles techniques ou telle décision, par exemple) en informant chacun à son niveau.

Des réunions de synthèse, des groupes de parole, permettront à chacun de recevoir l'information, de s'exprimer, même si l'on sait que l'expression est difficile pour ceux qui, au bas de l'échelle hiérarchique n'en ont pas l'habitude et sont cependant appelés à accomplir les tâches modestes, indispensables et souvent urgentes, au chevet des malades.

Ceci nous amène à examiner ce que *sont les relations d'autorité et de dépendance*. De la direction de l'hôpital jusqu'à l'élève infirmière, en passant par le médecin et la surveillante, chacun exerce une certaine autorité. Autorité ne veut pas dire autoritarisme qui est désir de domination, satisfaction narcissique et peut revêtir un caractère pathologique (mégalo manie, sadisme), qui aliène l'autre.

*La relation d'autorité*, indispensable au bon fonctionnement d'une société, ne serait-ce que pour coordonner les compétences de chacun en vue d'un but à accomplir, doit être basée sur la confiance réciproque, la responsabilité et des liens de solidarité. Elle est sécurisante et incite au progrès ; elle rend l'autre plus libre, plus digne, ce qui la différencie de la démagogie et du paternalisme. Dans l'éducation comme dans la relation au sein de l'institution, elle est plus constituée par la façon d'être et de faire de celui qui l'exerce que sur ses discours et ses ordres. L'exercice de l'autorité a considérablement évolué depuis ces dernières décennies et a été un considérable facteur de progrès humains.

*La relation de dépendance* peut être vécue de manières bien diverses qui dépendent de la manière dont l'autorité s'exerce et de la personnalité de celui sur laquelle elle s'exerce : la manière dont il a vécu l'autorité dans son enfance est déterminante. « Adapté-soumis » s'il a voulu à tout prix, garder les témoignages d'amour de ses parents, « rebelle », s'il a dû constamment s'opposer pour se sentir exister. Il peut enfin être coopérant s'il accepte le projet de son supérieur hiérarchique (leurs désirs se rejoignent) et les moyens qui lui sont proposés pour l'atteindre.



Il est important que chacun des rôles soit clairement défini et que les rapports soient empreints de respect mutuel, ce qui n'exclut pas des clarifications et même parfois des confrontations.

### **Bibliographie**

- Abiven M. – Humaniser l'hôpital. Fayard, Paris, 1976.  
Cotinaud O. – Éléments de psychologie pour l'infirmière. La Centurion, Paris, 1967.  
Formarier M. – L'enfant hospitalisé. Le Centurion, Paris, 1984.  
Kipman S.D. – L'enfant et les sortilèges de la maladie. Stock, Paris, 1981.  
Pericchi C. – L'enfant malade. Le Centurion, Paris, 1983.

# 8 Le vieillissement

## La retraite

Le passage de la vie active (terme inadéquat puisque l'activité ne devrait pas cesser) à la retraite, est une étape importante de l'existence. Elle se pose en termes relativement nouveaux. En effet, dans les siècles passés, les personnes bénéficiant d'une véritable pension de retraité étaient rares : les gens mouraient beaucoup plus jeunes qu'actuellement ; la longévité moyenne a plus que doublé en deux siècles. Une autre raison est que la retraite est une invention relativement récente. Au XVII<sup>e</sup> siècle on parle de « tontine », premier système par capitalisation. C'est Colbert qui donne une retraite royale aux marins puis aux employés des fermiers généraux. En 1815, 20 000 officiers, sous-officiers et soldats de l'empire touchent une « demi-solde » (terme passé dans le vocabulaire comme une injure !) puis progressivement au XIX<sup>e</sup> siècle tous les fonctionnaires touchent une pension pendant que les industriels s'inquiètent de la baisse de productivité des vieux travailleurs. La France ne compte encore que 40 millions d'habitants dont 86 % de ruraux dont l'activité ne cesse jamais vraiment, même si elle devient plus un service complémentaire rendu aux enfants qui reprennent l'exploitation.

En 1915 est votée une loi de solidarité pour les plus démunis de plus de 70 ans. En 1930 c'est la création d'une assurance sociale volontaire et une aide aux plus de 60 ans.

C'est à la fin de la deuxième guerre mondiale qu'est créée l'Assurance de la Sécurité sociale, puis, en 1973 l'obligation des retraites complémentaires. En 1977 on assure une garantie de ressource aux démissionnaires (650 000 personnes en bénéficieront), enfin, en 1982 c'est l'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans dans certaines conditions, (150 trimestres de cotisations) sinon la possibilité d'aller jusqu'à 65 ans. Actuellement (en 2009), on compte 17,2 millions de cotisants et 12,1 millions de retraités. Plus de 708 758 retraites ont été attribuées dans l'année et 358 000 bénéficiaires d'une aide de l'action sociale (telle l'aide ménagère). Une personne sur 10 a 75 ans ou plus (= 8,7% de la population totale) et dès 2010 les plus de 60 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans.

Pour beaucoup de sociologues et d'économistes, la retraite est une des conquêtes majeure de ce XX<sup>e</sup> siècle. Elle posera, pour les années qui viennent, étant donné le vieillissement de la population dû à l'allongement moyen du temps de vie, des problèmes économiques difficiles, même si la natalité, importante dans les populations immigrées, atténué un peu le

problème. Dans notre système dit « par répartition », de moins en moins d'actifs cotiseront pour de plus en plus de retraités : entre 1963 et 1983, pour cent retraités, le nombre de cotisants est passé de 440 à 240 et le nombre de chômeurs qui, non seulement ne cotisent pas, mais sont à la charge de la collectivité, ne fait que renforcer la difficulté, aujourd'hui 5 milliards d'euros. D'autant que, et cela est positif, les revenus des retraités ont doublé depuis 20 ans (37 % du marché français des voyages par exemple).

Quelle est cette *population de retraités* ? Elle est difficile à évaluer : beaucoup de retraités recevant des pensions d'organismes divers, certains continuant à travailler, beaucoup de femmes (agriculteurs, commerçants et artisans) n'ayant jamais cotisé ou ayant passé de longues années à élever leurs enfants. On compte à peu près 600 000 retraitables par an.

C'est une population peu homogène. Il y a beaucoup d'inégalités entre les retraités, selon l'âge (il y a eu beaucoup de jeunes préretraités ces dernières années), l'état de santé, le lieu de vie (ville ou campagne), le type d'habitat (maison ou appartement), le sexe, la catégorie socioculturelle, les possibilités financières et, ce qui nous intéresse particulièrement ici, la personnalité de chacun.

L'aspiration à la retraite est différente pour chacun. Il est évident que quelqu'un qui a eu une vie professionnelle intéressante, valorisante, indépendante, par exemple dans une profession libérale, aspire moins à la retraite que quelqu'un qui a assumé des tâches pénibles, répétitives, ennuyeuses.

Une évolution s'est faite aussi sur le plan des mentalités. Les enquêtes montrent qu'en 1950, plus de 50 % des retraités disaient regretter d'être à la retraite (la baisse du pouvoir d'achat était plus conséquente qu'aujourd'hui) alors qu'actuellement, la grande majorité des retraités semble satisfaite de son sort. L'abaissement de l'âge de la retraite n'y est pas étranger : retraite ne signifie plus forcément « vieillesse ». Le nombre des retraités (comme celui des chômeurs hélas !) est tel, qu'il banalise la situation.

Comment ceux qui s'approchent de la retraite voient-ils celle-ci ? Pour une population de 50-65 ans, une enquête du GRAEG montre que 40 % des interrogés se représentent une retraite-loisirs, 28 % une retraite-repos, 15 % une retraite-pauvreté, 7 % une retraite-dévalorisation et enfin 9 % une retraite-famille. Si on admet le repos comme une situation enviable, 77 % des personnes approchant de la retraite ont donc une image positive de celle-ci, même si, individuellement elles la nuancent en exprimant de l'inquiétude concernant leur santé à venir. C'est une des raisons qui fait que la part de prévention médicale faite dans les stages de préparation à la retraite est, à côté de la préparation psychologique, aussi importante : chacun prend conscience qu'il peut, surtout par un régime approprié et un minimum d'exercice physique, une volonté de se prendre soi-même en charge, retarder, non pas le vieillissement mais nombre de ses effets.

Si nous prenons le dictionnaire nous y trouvons les différents sens du mot « retraite ». Le principal : se retirer, s'éloigner, a souvent été dominé par l'idée de recul, d'abandon (du champ de bataille) ; on oublie la retraite spirituelle qui est ressourcement ou la retraite aux flambeaux avec fanfare et signes de fête. Les Espagnols emploient le mot « jubilation » pour nommer ce temps de liberté qui devrait être heureux.

Le moment difficile est celui du passage de la vie professionnelle à cette nouvelle forme de vie. Toutes les statistiques montrent qu'il est aussi un pic de morbidité et donc de mortalité. C'est un stress majeur. Le *changement psychologique et physique* est tel qu'il entraîne une obligation d'adaptation (SGA) considérable, abaissant ainsi la résistance somatique des individus. Nombre d'accidents cardiovasculaires et débuts de cancers arrivent dans les mois qui suivent la mise à la retraite. Lorsque le cap est passé, les chances augmentent de vivre vieux, la vitesse de croisière est atteinte, les turbulences dépassées et le pilotage automatique peut remplacer une navigation semée d'embûches.

Contrairement à ce que beaucoup pensent, la retraite, si elle marque des ruptures, est faite aussi de *continuités*. Beaucoup de choses acquises pendant la vie professionnelle subsistent dans la mesure où le retraité reste actif (activités associatives, municipales, culturelles, sportives, etc.). La confiance en soi demeure, comme se maintient le sentiment d'être utile et responsable, la créativité qui va se manifester autrement, le goût des relations, le désir de plaire, l'indépendance etc. Les enquêtes ont montré que les personnes les plus heureuses dans leur retraite sont souvent celles qui ont été heureuses dans leur vie professionnelle. Question de caractère essentiellement et d'aptitude au bonheur. Le caractère ne change plus à 60 ans mais change les conditions de vie et, en général ces conditions (temps, lieux, rythmes, contraintes) sont choisies et non plus subies. Bien sûr, certaines conditions de vie sont difficiles surtout dans deux cas précis. Pour ceux qui ont une très petite retraite financière et qui peuvent vivre une véritable pauvreté à un âge où l'on a besoin de plus de confort. La retraite est plus difficile à vivre lorsqu'on la vit seul. Songeons à toutes ces femmes plus souvent seules avec une retraite statistiquement plus faible que celle des hommes : les célibataires, veuves, divorcées dont les enfants se sont éloignés. Elles ont souvent énormément investi dans leur vie professionnelle et leurs relations de travail : pour elles la retraite peut signifier isolement et solitude, mort sociale bien avant la mort réelle.

Pour ceux qui sont en *couple*, les choses sont parfois difficiles également. Le départ des enfants, l'arrivée à la retraite marquent un troisième pic de divorces. Le face à face du couple devient obligatoire. Les enfants et la vie professionnelle ne sont plus là pour masquer les manques. On ne peut plus réciter le texte de la pièce, il faut en inventer un nouveau. Souvent le territoire (lieux, objets, activités propres à chacun) devient flou, surtout si,

comme cela arrive généralement, le mari arrive à la retraite avant sa femme et se met à faire beaucoup de choses dans la maison. Il faudra redéfinir le territoire de chacun.

L'agressivité qui est aussi un des moteurs de la vie professionnelle se retrouve flottante et si elle n'est pas investie dans des activités nouvelles, risque de prendre le conjoint comme cible privilégiée. L'anxiété qui n'est plus « épongée » par l'activité peut se fixer sur des points mineurs, les petites misères physiques, risquant d'entraîner un égocentrisme qui empoisonne la vie commune.

La communication qui n'est pas uniquement verbale mais aussi gestes, regards, attitudes, ton de la voix et même silences peut s'altérer. Et quoi se raconter si on est tout le temps ensemble ? La tendresse qui est une fleur qui se cultive avec délicatesse peut disparaître et facilement laisser place à une petite « guéguerre » conjugale où la crise, inhérente à toute vie de couple, n'est même plus utilisable pour progresser. Parfois c'est le lieu de l'habitat qui est pomme de discorde. L'un des deux fait céder l'autre qui lui en voudra, sans toujours l'exprimer. Parfois l'un des conjoints jouera les victimes, renvoyant l'autre à un rôle de persécuteur dans lequel il ne se reconnaît pas. Par ailleurs la vie professionnelle qui pouvait servir d'exutoire et permettait de relativiser et d'atténuer les petites dissensions conjugales, n'est plus là pour jouer son rôle compensateur.

Une des causes de difficulté peut être le domaine de la sexualité. Si 30 % de femmes conservent un désir sexuel intact (les choses se passent aussi dans la tête !), on estime que 30 % vivent une baisse et 30 % une absence totale de désir sexuel après la ménopause, 10 % d'entre elles n'ayant plus peur d'être enceintes connaissant un regain d'épanouissement. Parfois c'est l'homme qui voit son désir s'éteindre : érections moins rapprochées, besoin d'excitations en particulier, visuelles. L'andropause n'existe pas sur le plan hormonal mais souvent il y a crise psychologique : l'homme se sent vieillir et éprouve le besoin de se réassurer quant à son pouvoir de séduction. Il multipliera les aventures ou vivra très passionnément une liaison avec une femme souvent plus jeune que lui : c'est le fameux « démon de midi ».

Beaucoup d'aspects du couple à la retraite sont cependant positifs. La descendance des enfants et petits-enfants reste un « trésor commun » qui est un ciment inaltérable avec lequel le couple va instaurer une nouvelle relation faite de disponibilité et de tendresse.

Le plaisir est grand de compter sur l'autre et pour l'autre et si, le respect et la tendresse sont au rendez-vous de l'amour, remplaçant depuis un certain temps déjà, le sentiment amoureux, chacun s'émerveille d'être encore ensemble et profite de chaque jour de la vie à deux. Plus de réalisme qu'autrefois permet à chacun de ne pas attendre ce que l'autre ne peut pas donner, autorise également à mieux formuler ses besoins et ses attentes.

Moins de dramatisation, plus de tolérance et de sérénité, des goûts qui se rejoignent et une mentalité de couple qui s'est forgée dans l'acceptation des différences. La maison est devenue un lieu privilégié où l'on a envie de se sentir bien. La bonne santé psychologique du couple s'exprime dans des projets à court et moyen terme, et par la faculté de profiter encore des choses séparément pour pouvoir partager ensuite.

Le couple réaménagera ainsi sa bonne distance, son espace, son temps retrouvé qui lui permettra de vivre ensemble des choses positives, ce dont la vie professionnelle l'avait souvent empêché.

La relation des retraités à *leurs enfants* adultes ne se modifie pas radicalement. Lorsqu'elle était bonne dans l'enfance, elle se renforce dans la mesure de la disponibilité et de la proximité des lieux d'habitat. La très fameuse enquête de l'INED (1976). *La famille après le mariage des enfants* a montré que 53 % des jeunes couples sont installés à moins de 20 km des deux ménages de leurs parents et 75 % près d'un seul ménage de leurs parents.

Ceux-ci, retraités, ne demandent pas mieux que de rendre service à leurs enfants, en particulier en gardant les petits-enfants. D'ailleurs un quart des moins de 3 ans sont gardés par une grand-mère qui fait office de nourrice. Cette proximité requiert une très grande discrétion de la part des deux parties. Les parents ne doivent pas s'imposer, attendre tout de ces enfants qui ont souvent de lourdes tâches professionnelles et familiales, leurs enfants et deux couples de parents, entre lesquels ils ont à se partager. Les enfants doivent accepter que leurs parents aient d'autres centres d'intérêt qu'eux-mêmes et puissent parfois refuser la garde d'un tout-petit pour se reposer ou partir en voyage.

Une enquête aborde le point délicat de l'aide financière et pour des sommes conséquentes, que 42 % des jeunes couples reçoivent de leurs parents. Il faut que l'entente soit bonne pour que le fait d'être ainsi débiteur de ses parents, n'empoisonne pas les relations et n'autorise pas les parents à s'immiscer dans la vie de leurs enfants. Or, à ce propos si 43 % des jeunes demandent des conseils à leurs parents, il semble que 75 % des parents en donnent, ce qui montre la difficulté de beaucoup à ne plus s'imposer à leurs enfants, eux-mêmes devenus adultes.

Sur les sujets de conversation évités, vient la politique, largement en tête, puis plus loin, l'éducation des enfants, les sujets religieux et enfin l'argent.

Les parents retraités sont moins pesants financièrement pour leurs enfants que dans les générations passées puisque seulement 4 % d'entre eux, reçoivent une aide régulière de ceux-ci qui, pourtant ont, pour 70 % d'entre eux, un meilleur statut socioprofessionnel que leurs parents.

Si certains retraités se sentent abandonnés de leurs enfants, on peut se poser au moins trois questions. La première est : comment voient-ils l'enfant idéal et qu'est-ce pour eux qu'entourer ses vieux parents ?

N'est-ce pas une notion très subjective ? Ensuite on peut se demander quelle sorte de parents ils ont été pour que la relation se distende jusqu'à l'abandon. Est-ce toujours de la faute des enfants ? Enfin beaucoup de parents pensent qu'avoir des enfants devrait leur garantir de l'amour, comme si l'amour filial était une assurance affective automatique ! Nous insistons sur ces points dans la mesure où les infirmières sont souvent, à l'hôpital et en institutions de longs séjours, prises à témoin par des personnes âgées contre leurs enfants et que la relation de ces soignants, avec les familles, risque de s'en trouver altérée.

La relation aux *petits-enfants* est centrale pour les retraités. Elle est souvent citée par eux comme une des principales raisons de vivre : se sentir responsable, utile, se continuer par la génération des petits-enfants. Les grands-parents qui ne ressemblent plus guère aux images stéréotypées anciennes des générations précédentes, partagent beaucoup de choses avec les plus jeunes : vacances, jeux, voyages, premiers spectacles avec leurs petits-enfants. C'est souvent sur les genoux d'une grand-mère qu'on commence à lire de vrais livres, ou dans le jardin d'un grand-père qu'on apprend les étoiles, les arbres, la nature. C'est la grand-mère qui fait découvrir le tricot ou la pâtisserie, le grand-père qui emmènera à la pêche ou à la chasse.

Peut-on dire que les grands-parents ont un rôle éducatif ? Peut-être pas, au sens restreint du mot (bonnes manières) mais certainement si « éduquer » c'est littéralement « aider à sortir de l'enfance ». Toute relation d'adulte responsable d'un petit-enfant est pédagogique, bien sûr !

Les grands-parents se donnent souvent le rôle d'entourer, de consoler, de gâter leurs petits enfants. Ceux-ci les interrogent, en grandissant, sur la mort, le sens de la vie et même la sexualité, leurs valeurs et ils ont aussi une parole à partager sur ces sujets qui intéressent les petits-enfants. Ces derniers sont trop souvent issus d'une génération où les couples se font et se défont très vite et les grands-parents demeurent un repère fixe et sécurisant pour des enfants souvent nantis de pères et mères-bis, allant de l'un à l'autre au gré du week-end ou des vacances.

Les petits-enfants répondent également aux besoins des grands-parents eux-mêmes. C'est un point de vue qui est rarement abordé, comme si, dans une relation aussi importante que celle-là, le donneur n'était pas aussi le receveur. Promenades et sorties avec les petits-enfants, sont une stimulation sensorielle dont les enfants comme les personnes vieillissantes ont besoin. Le contact et l'intimité sont réciproques, complicité et secrets partagés. La communication est souvent très grande, passant parfois par-dessus la génération intermédiaire. On ne compte plus le nombre de personnalités illustres marquées par un grand-père ou une grand-mère.

Désir réciproque aussi de possession et d'appartenance où s'enracinent les traditions et valeurs familiales. Souvent les petits-enfants restent des

« petits » aux yeux de leurs parents et sont pris très au sérieux par leurs grands-parents, dans une reconnaissance et un respect mutuels indispensables pour « grandir ». Et puis les grands-parents vont se rendre disponibles pour passer du temps avec les petits, temps que souvent ils n'avaient pu consacrer à leurs propres enfants, ce qui leur sera reproché affectueusement par ces derniers.

Une autre relation que vit également la génération des retraités surtout lorsqu'ils sont encore jeunes, c'est celle de *leurs propres parents et beaux-parents*. C'est un âge, comme le constate J. Ormezzano, où l'on s'interroge plus sur l'âge de ses vieux parents que sur celui de ses petits enfants. Chacun rêve d'avoir des parents qui ne vieilliront jamais ; malheureusement la réalité est souvent pesante. Même si les parents âgés sont autonomes physiquement, ils deviennent dépendants affectivement, surtout s'ils ne sont plus en couple. Selon le processus normal du vieillissement, ils demandent plus, dans la relation, qu'ils n'apportent. Si certains savent encore se faire aimer, d'autres, devenus la caricature d'eux-mêmes, renvoient aux « jeunes vieux » une image difficilement supportable de leur vieillissement futur.

Même à l'âge de la retraite, ce qu'a été la relation avec ses parents dans l'enfance et la jeunesse, influe encore sur la relation actuelle, ce qui explique aussi l'abandon psychologique de certaines personnes âgées dans les institutions, qui choque tant de soignants qui s'identifient à des enfants aimants.

Lorsque les vieux parents sont encore en couple, les enfants ont tendance à penser qu'ils se suffisent à eux-mêmes, sans toujours réaliser que leur vie à deux est parfois devenue difficile. Les enfants, eux-mêmes à la retraite, surestiment ou sous-estiment la possibilité des parents très âgés à se débrouiller seuls. Selon leur disponibilité et leur désir de s'en occuper. Lorsqu'un des deux parents très âgé disparaît, ils mobilisent toutes leurs forces pour soutenir celui qui reste seul sans toujours s'octroyer le droit et le temps de faire leur propre deuil du parent décédé.

Lorsqu'un couple à la retraite s'occupe de son parent âgé, il peut être en butte aux jalousies de ses frères et sœurs. La rivalité fraternelle, elle aussi, peut persister malgré l'usure du temps (il n'y a pas de temps pour l'inconséquent !), parfois exacerbée, souvent symbolisée par les rivalités financières. Paradoxe souvent, d'enfants qui n'ont pas envie d'investir dans cette relation et que la culpabilité rend agressifs vis-à-vis du couple qui entoure et parfois même héberge le parent âgé et solitaire. Souvent c'est à une fille célibataire qu'est dévolu ce rôle et qui s'y consacre complètement.

Une décision difficile sera de prendre ou non chez soi le parent âgé avec, pour lui, toute la sécurité affective et matérielle que cela suppose mais aussi le poids d'une présence qui peut être lourd dans la vie du couple retraité qui a vu partir ses enfants et pensait se retrouver un peu. Décision souvent prise



avec générosité à un moment donné, fréquemment regrettée ensuite, nous disent les enquêtes. Parfois la personne âgée refuse d'entrer en institution et le choix n'est pas possible.

On est frappé par le poids relationnel qui pèse sur la génération des 50-65 ans qui s'occupe beaucoup de ses petits-enfants et sur laquelle s'appuie également la génération la plus âgée.

Lorsque cette génération ultime disparaît, les retraités se vivent à leur tour en première ligne, confrontés à la vieillesse et à la mort.

## La psychogériatrie

Pendant longtemps, l'involution, dégradation biologique et physiologique, était censée rendre compte de toutes les manifestations observées au cours du vieillissement, or, F. Bourlière a mis en lumière que le vieillissement de chaque organe ne se fait pas au même rythme et que le milieu où vit la personne âgée a un rôle déterminant sur son évolution.

Une notion aussi importante sur le plan physiologique que sur le plan psychologique est la difficulté de plus en plus grande à la restauration de l'organisme (homéostasie) ce qui provoque une fragilité de plus en plus importante aux stress aussi bien physiques que psychologiques qui, comme nous l'avons vu, ont toujours une influence sur l'état psychologique.

Nous n'étudierons pas ici le vieillissement biologique mais l'aspect psychologique du vieillissement en ne perdant jamais de vue l'interdépendance de la psyché et du soma qui se manifesteront souvent en psychogériatrie par des difficultés psychosomatiques.

Un élément psychologique déjà assez marquant est la mauvaise image du vieillissement aussi bien sur le plan social que sur le plan individuel. Le vieillard qui était vénéré autrefois et qui le reste encore dans certaines cultures à cause même de son grand âge, ne l'est plus en occident par le fait qu'il n'est plus exceptionnel et qu'un grand nombre de vieillards banalise le grand âge et le rend même encombrant.

La proximité d'une mort déniée par la société occidentale qui prône le triomphe d'une jeunesse active et productive, écarte celle-ci du vieillard qui renvoie l'image de ce que chacun deviendra inéluctablement et qu'il ne veut pas voir.

L'individu confronté à une vieillesse difficile et dépressive peut être poussé au suicide (et l'on sait qu'avec l'adolescence, le grand âge est une période critique où le suicide est en augmentation constante) ou développer des troubles psychopathologiques pour peu que l'entourage soit destructeur et les mécanismes de défense, en particulier la sublimation, fragilisés.

Souvent le vécu corporel est difficile. La personne âgée vit son corps avec une grande ambiguïté. Pourtant ce corps qu'elle apprécie ou dénie, qu'elle

ressent avec ou sans plaisir, qui n'existe parfois que par la souffrance qu'il procure, est la partie la plus intime d'elle-même. Son regard sur lui et la perception qu'elle croit que les autres en ont, sont un aspect fondamental de son être au monde. Nous avons vu combien Spitz et Ajuriaguerra ont insisté sur la première relation de l'enfant avec sa mère pour développer cet aspect et la psychanalyse insiste sur l'importance du corps biologique comme support du corps érogène procédant du plaisir, du désir et du symbole, de l'expression.

Beaucoup de changements interviennent chez la personne âgée. Après la retraite qui a souvent marqué l'entrée dans la vieillesse, du moins dans l'esprit d'un grand nombre de personnes et qui est un changement significatif, la perte d'un conjoint, la mort d'amis et de proches, la transplantation dans une institution souvent éloignée du lieu où elle a vécu longtemps, la solitude, sont autant d'événements dont les autres minimisent parfois l'importance ; une idée fausse prévaut généralement, que ce qui arrive aux personnes âgées est dans l'ordre des choses, donc normal et supportable. Son histoire est à la fois continuité et support de son identité même, et discontinuité comme son corps et son environnement. Son nouvel environnement, en particulier institutionnel soutient-il vraiment son identité ? Question que les soignants que nous sommes doivent se poser. Une autre question également est de savoir s'il y a une vieillesse normale et quels en seraient les critères ? Jones répond à cette question en renvoyant à l'aptitude, qu'aurait encore ou non, la personne âgée à aménager des situations de plaisir. Williams abordant le niveau relationnel évalue le vieillissement à ce que la personne âgée donne plus ou moins qu'elle ne reçoit dans sa relation aux autres. Pour d'autres la qualité du bilan que la personne peut faire de sa propre existence conditionnera qu'elle vieillira bien ou mal ; définition qui a le mérite de tenir compte de son histoire, de ses relations et de son environnement et du sens qu'elle donne à ce qu'elle vit.

Ce qu'on peut conclure des études faites en psychogériatrie c'est que les limites entre normalité et pathologie sont imprécises. On ne peut plus parler uniquement en termes de déficits mais en termes de remaniements de la personnalité, derrière lesquels il faut comprendre le jeu des forces internes. Comment, devant un certain nombre de pertes, l'identité se maintient-elle ou disparaît-elle par exemple lorsque le Moi vit le naufrage et la destruction dans la démence. Comme l'écrit C. Balier : « La spécificité du vieillissement, processus temporel individuel, se situe par rapport à la marche inéluctable du temps vers une finitude. C'est donc nécessairement à la mort qu'il nous faut faire référence pour trouver une ligne d'articulation aux diverses dimensions du vieillissement. La mort n'est pas seulement un fait biologique objectif terminal, mais aussi un processus qui se constitue dans le temps et qui revêt une signification individuelle et sociale ».

L'organisation sociale aide rarement les personnes âgées à opérer les changements nécessaires dans leurs rapports au monde, et il nous faut dénoncer l'absence de statut social accordé à la vieillesse dans notre type de société.

Une manière d'aborder la psychologie du vieillissement autrement que par une explication mécanique qui la décrirait uniquement en termes d'addition de déficits mais dans une vision dynamique de la personnalité, serait de voir dans *le narcissisme* un pôle et dans les tendances destructrices à l'œuvre en chaque individu, mais plus visiblement présentes dans la vieillesse, l'autre pôle. Théorie exprimée par Grunberger et reprise par C. Balier. Elle tient compte de la force pulsionnelle propre à la vie et de la pulsion de mort.

Reprenons la notion de narcissisme qui est ce par quoi nous existons en tant que personne, né de l'investissement affectif de notre propre Moi sans lequel il se trouve morcelle et détruit. Pour Nacht, le narcissisme primaire qui apparaît dès les premiers mois et dépend largement de l'investissement maternel est ce par quoi l'homme adhère à la vie et se maintient dans la durée, il est cette force de cohésion qui le pousse à exister ». Étudier la psychologie du vieillissement c'est tenter de comprendre le destin et les avatars de ce narcissisme. Cette charge narcissique n'est pas quelque chose de définitif qui ne varierait pas, mais est un état dépendant de plusieurs facteurs : organiques, historiques, personnels, culturels, environnement. Certains ont distingué le Soi du Moi.

Le Soi, lié au narcissisme primaire serait en rapport avec le fonctionnement sensitivo-affectif primaire du corps qui est en partie réprimé dans son expression par la société. Le Moi aux fonctions différenciées est valorisé par la culture. La défaillance du Soi pourrait expliquer les troubles hypochondriaques (angoisse concernant la santé) fréquents dans la vieillesse. N'omettons pas l'Idéal du Moi, facteur de structuration de la personnalité qui est forcément lié à l'idéal collectif, ce qui renforce souvent une appréhension négative de ce passage obligé que représente la vieillesse pour la personne âgée, la mort n'étant pas seulement un fait biologique inéluctable mais un événement qui revêt une signification individuelle et sociale.

Quant à l'énergie, dérivée des pulsions, mais ne s'y réduisant pas, la libido, elle, est investie en partie sur soi-même (corps et affectivité) et sur l'environnement. On peut parler d'une économie du narcissisme. Chaque changement, perte ou blessure, limitation et sentiment de présence de la mort se rapprochant inéluctablement, va entraîner un désinvestissement actif de soi-même et de l'environnement. La personne va réinvestir son corps sur le mode pathologique, anxieuse jusqu'à l'hypochondrie de sa santé, ou exprimant sa souffrance profonde par des maladies somatiques ayant valeur de langage et d'échange avec l'environnement qui les prendra souvent plus au sérieux que la plainte équivalant à une demande d'amour, auprès des proches et des soignants en particulier.

La relation à la mère dans les premiers mois de la vie, dont nous avons déjà parlé, semble primordiale pour donner à la personne un sentiment de sécurité affective ou non. L'environnement de la personne âgée jouera ou non le rôle de mère sécurisante, renforçant le sentiment de joie de vivre.

Dans le vieillissement, la notion corporelle du Soi est donc importante de même que celle qui s'organise autour des zones érogènes (conduites orales et anales en particulier). La personne âgée, dont l'Idéal du Moi est calqué sur un modèle collectif applicable aux adultes jeunes, va tenter de goûter ce que la vie peut apporter à chaque instant de plaisir. Contrairement à ce qu'on croît généralement, les personnes âgées peuvent vivre intensément sentiments et émotions et le simple plaisir d'exister. Les objets qui les entourent sont fortement investis comme faisant partie d'elles-mêmes, c'est un prolongement narcissique. Le toucher en particulier est privilégié. Leur passé également est souvent idéalisé, ce qui est une autre manière de préserver leur narcissisme. Manière aussi dans cette phase du « jamais plus » de conserver de soi-même une estime, indispensable rempart à la dépression et au vide intérieur. Cette capacité à vivre encore se fonde sur les acquis affectifs du passé qui sera aussi un support d'échanges avec l'environnement, accepté d'autant mieux qu'un pôle de l'idéal collectif actuel est l'individualisme. Qui dit individualisme approche le narcissisme.

## La psychopathologie

La régression sociale est un tableau fréquemment observé à partir de la retraite. Le champ d'investissement va se rétrécir. Les causes en sont multiples : difficulté à maîtriser son environnement ; la personne âgée est souvent atteinte dans ses capacités sensorielles, ce qui la coupe des autres, difficulté progressive à maîtriser sa propre motricité, sortant de moins en moins, réduisant ses contacts avec le monde extérieur, se réfugiant souvent dans ses propres valeurs (anciennes) sans que son intelligence soit en rien atteinte (mémoire des faits récents exceptée), la personne âgée se replie sur sa famille et le voisinage proches, exigeant d'eux une dépendance réciproque qui va de la demande réitérée à l'étouffement destructeur. On a pu parler d'un véritable « déphasage social » avec parfois des réactions dépressives pas toujours visibles et un égocentrisme exacerbé.

## Les maladies somatiques

Elles sont fréquentes. Nous avons dit plus haut que les défaillances somatiques, avec leur cortège de symptômes, étaient souvent plus aisément prises en compte que les difficultés psychologiques. Elles permettent à la personne âgée d'aller de médecin en médecin, de se faire prendre en charge par un nombre assez considérable de soignants, ce qui est une manière d'entretenir

son narcissisme et d'exprimer son hypocondrie : le patient sera à l'affût du moindre trouble de santé venant alimenter son angoisse. Demande d'amour et expression de l'angoisse seront au premier plan. La famille proche se réorganise autour de la personne malade, si elle le peut, ou la fait hospitaliser, ce qui va constituer souvent le premier maillon de l'engrenage qui éloignera définitivement le vieillard de son environnement habituel et familial.

## La dépression

C'est un des symptômes majeur en psychogériatrie ; qu'elle soit psychotique ou névrotique, elle s'associe à toutes les autres formes de pathologie, psychiques ou somatiques, ce qui explique la fréquence de la prescription d'antidépresseurs dans cette période de la vie. C. Balier écrit que « la dépression représente bien un carrefour à partir duquel la personne pourrait aussi bien poursuivre un vieillissement considéré comme « normal » qu'entrer dans n'importe quelle forme de pathologie ». Rappelons que la dépression est l'expression douloureuse du vécu et de l'humeur. « L'auto-dépréciation en est un signe majeur. L'effondrement de l'estime du Soi va de pair avec la perte de l'élan vital » (A. Boiffin). Perte du goût de vivre, désintérêt qui touche les sphères intellectuelle, affective, sexuelle. Idées de mort (qui peuvent conduire au suicide), ruminations d'idées négatives, tristesse, ralentissement psychomoteur, difficultés d'associer des idées, de se concentrer, perte de mémoire. Souvent la dépression vient après un deuil, une perte grave, lorsque la personnalité ne parvient pas à se restaurer ni à rééquilibrer ses investissements. Or la vieillesse est riche de pertes et de séparations multiples. « Mon carnet d'adresses est devenu un cimetière » disait un proche.

Souvent la dépression s'accompagne d'anxiété. Tableau souvent paradoxal, puisque l'anxiété entraîne une agitation qui masque parfois le ralentissement dépressif. L'angoisse est souvent présente chez la personne âgée, angoisse de destruction, angoisse de mort qui est à différencier de la crainte de la mort qui peut être refoulée, niée, contrôlée, sublimée. La dépression peut se manifester par un délire, c'est ce qu'on appelle la mélancolie délirante. Ce délire s'organise autour de la dévalorisation de soi-même et de la culpabilité. Elle peut être liée à l'hypocondrie lorsque la place prépondérante est donnée à l'anxiété concernant le fonctionnement corporel.

Ce peut être la pseudo-démence dépressive qui manifeste des troubles intellectuels sérieux rappelant la démence mais que les antidépresseurs font céder.

Parfois, et principalement en milieu institutionnel, on voit des formes de régression liées à la dépression, allant jusqu'à la grabatisation. Des troubles de caractère avec irritabilité et agressivité marqueront également le comportement de certains malades dépressifs.

La dépression s'accompagne souvent de désordres somatiques (troubles du sommeil, anorexie, amaigrissement, constipation, etc.). Parfois elle masque des maladies organiques réelles.

La personne âgée étant extrêmement fragile et sensible à son environnement peut vivre une véritable dépression institutionnelle. On sait que 5 % de la population âgée est placée en institutions. Là se concentrent un maximum de facteurs dépressiogènes. Outre son cortège de symptômes ajouté à ceux de l'entourage, un univers parfois rigide au fonctionnement morne et répétitif, renforcent la dépression. Les soignants savent que la personne âgée, si dépendante et sensible à la qualité de la relation peut vivre également des moments d'intense bonheur en institution dans la mesure où l'on est attentif à soutenir son identité et la perception de sa propre valeur. Nous en revenons à la possibilité de s'aimer soi-même et au narcissisme, rempart contre la dépression.

## Le délire

C'est une complication en psychogériatrie. Elle va de l'enfermement dans son monde à soi, du vieillard retranché dans une pièce de son logement à un vécu persécutif. Les fantasmes prennent corps, la personne âgée, qui peut accumuler des denrées et matériaux divers, a le sentiment qu'on pénètre chez elle, qu'on y déplace des objets. Elle instaure avec ses voisins et son entourage des relations agressives et contentieuses qui lui permettent de projeter sur l'extérieur les forces destructrices qui sont en elle. Elle se donne le rôle de victime alors qu'elle persécute, souvent avec ténacité, son entourage. Situation difficile à supporter pour le personnel soignant dont l'agressivité est réveillée par ce comportement destructeur.

Les états de démence posent des problèmes particuliers aux soignants dans la mesure où ils sont généralement abordés par la famille comme des états incurables, où la personne âgée, souvent confuse, ayant perdu ses repères dans l'espace et le temps, est hospitalisée et non plus considérée comme un sujet pensant et désirant.

Ces personnes adoptent des présentations déficitaires somatiques ou psychogènes. Parmi les déficits somatiques on peut citer ceux qui sont liés à une atteinte vasculaire, touchant profondément la psychologie de celui qui en est porteur. Beaucoup d'atteintes somatiques diverses peuvent être à l'origine de ces états confusionnels : troubles respiratoires, atteintes rénales, insuffisance thyroïdienne, maladies infectieuses. Parfois la cause en est une intoxication alcoolique ou médicamenteuse ou la transplantation dans un nouvel environnement.

D'autres déficits sont liés à des atteintes dégénératives comme la démence sénile dite de type Alzheimer (pathologie cérébrale) mais il y en a d'autres qui viennent d'altérations organiques ou fonctionnelles : endocriniennes, cardiaques, métaboliques, urinaires etc.

D'autres déficits sont psychogènes ; la dépersonnalisation, lorsque la personne ne sait plus qui elle est et avec qui elle est en relation ; le télescopage entre des situations actuelles et anciennes ; les premières réveillant par leur forte charge émotionnelle des vécus anciens n'ayant jamais été dépassés affectivement.

Ces démences sont des aménagements défensifs, tentant maladroitement de protéger le Moi, affronté à une situation interne ou externe conflictuelle insupportable.

C'est un mécanisme psychotique avec son désir de vécu fusionnel, (avec les enfants déjà âgés) et le caractère double de ses messages qui désarçonne souvent les soignants.

Une analyse plus poussée pourrait montrer que la démence, pas toujours définitive, peut être, comme en psychiatrie infantile, la manifestation d'une famille pathologique « malade de sa grand-mère... ».

Parfois, sans parler d'un véritable délire, la personne âgée est confuse, lorsqu'elle se situe systématiquement dans le monde de l'erreur et est soumise à des accès d'angoisse. Elle se trompe sur tout, sans repère, obnubilée, incapable de se concentrer.

## **Soignants et personnes âgées**

Certains soignants sont naturellement attirés par les personnes âgées ; inclination qui a parfois ses racines dans l'enfance. Relation privilégiée à un grand-parent, respect témoigné par une personne âgée de son entourage à un enfant qui va rendre à d'autres cet attachement qui l'a marqué. Besoin, pour certains, de mater ces personnes qui, même si elles ne la vivent pas toujours sur le plan psychologique, passent par une régression de leur autonomie et sont dépendantes de leur entourage. Facile et bonne identification à ces personnes dont le grand âge est souvent celui des grands parents ; projection de soi-même dans cette vieillesse que nous connaissons un jour et qui donne au soignant l'envie de réparer ce qui est vécu comme un destin injuste. Espoir également que d'autres le répareront lorsqu'ils auront à le subir à leur tour, le moment venu.

Parfois l'inverse se produit qui écarte résolument le soignant des personnes âgées. Le spectacle du délabrement, on a même parlé du « naufrage » de la vieillesse, est vécu comme insupportable. Identification impossible à ces corps souffrants, à ces esprits vacillants, confrontation permanente à la mort, font que le soignant préfère s'occuper de patients plus jeunes. Il est important de se connaître, de savoir ses limites et ses désirs et d'en tenir compte dans ses choix sous peine de faire un travail insatisfaisant pour soi et médiocre pour ses patients.

Ce qui apparaît en tous les cas c'est que le travail avec les personnes âgées est chargé d'un gros impact émotionnel. L'affectivité de ces patients et celle des soignants est très sollicitée. Ce qui est vécu entre soignants et vieillards est souvent marqué par une grande ambivalence. Le soignant étant celui qui porte attention, bien-être, sécurité, affection même, à des personnes souvent immobilisées, soit chez elles, soit en institution et qui attendent tout de celui qui est chargé d'elles. Il joue le rôle de parent, de pont entre l'environnement et elles, de force ranimant souvent un souffle ténu de vie. Souvent le soignant met toute son énergie à répondre aux diverses attentes de son patient, à l'image qu'il se fait de celui-ci. La subjectivité du vieillard est première dans cette attente, l'imaginaire y prend souvent le pas sur la réalité, véritable besoin d'accaparer son soignant pour la personne âgée. De son côté, celui-ci ne peut s'empêcher d'attendre des signes de satisfaction et de reconnaissance. Parfois sa disponibilité affective et matérielle lassée, découragée, il peut basculer dans l'agressivité et le rejet ; la rupture sera d'autant plus brutale et nocive pour le vieillard que la relation aura été bonne. Il est important que le soignant puisse supporter sans angoisse, sans culpabilité, en se donnant une sécurité suffisante dans la distance, les manifestations d'agressivité et parfois même de haine de son patient.

Nous avons parlé du vécu persécutif de certains vieillards en état de démence, qui, à leur tour, persécutent leurs soignants. Il s'agit de dédramatiser cette situation, de savoir que cette agressivité n'est pas dirigée sur une personne particulière mais qu'elle a envahi tout le psychisme du malade. Mieux vaut employer ce que T. Gordon appelle le « message-je » (je suis attristée par ce que vous dites) plutôt que le « message-tu » (vous êtes méchant !). À certaines occasions si l'on ne peut dédramatiser l'agressivité, se donner le droit de la refuser, marquer les limites à ne pas dépasser : comme les enfants, certains vieillards essaient de voir jusqu'où ils peuvent aller et semblent rassurés lorsqu'une limite est posée.

Une chose difficile à accepter est la personne qui refuse les soins, la toilette, de se nourrir ou de boire. Le soignant peut vivre un véritable « sabotage » de ses initiatives et se trouve partagé entre le respect du désir du malade et sa propre exigence, entre l'envie de considérer son patient comme une personne à part entière avec ses désirs et sa responsabilité et l'utilité vitale de lui faire entendre raison, sans faire à sa place ni l'infantiliser, ce qui l'amènerait à régresser plus qu'à progresser.

Cette notion de progrès est souvent en dehors des préoccupations des soignants, tant cette idée d'inéluctable détérioration psychomotrice du vieillard est forte. Et pourtant, on est parfois étonné de voir des améliorations dans certains secteurs de réalisation, même psychique, dans la démence même.

*La communication* est quelquefois difficile, en particulier avec le dément. Il y a souvent discordance entre l'expression verbale, le discours, souvent



incohérent et l'expression non-verbale (ton, mimiques, regards, silence etc.) qui demeure significative de l'affectivité du vieillard.

Grand est l'effort d'attention et de disponibilité qui est demandé au soignant pour tenter de permettre au vieillard de mettre en mots, de verbaliser ses sentiments, de soutenir son identité tout ce qu'il a à nous dire de lui, de son passé, de ses désirs, de rompre son sentiment de solitude (coupure d'avec le monde et la vie). Si le contact verbal n'est pas possible, reste l'échange visuel, le geste, le toucher. Que le corps de la personne âgée ne soit pas seulement un objet manipulé, lavé, nourri souvent dévalorisé parce que vécu comme laid et repoussant. Ce corps est aussi langage. Il y a une manière de « briquer » un corps âgé dans une toilette ou, au contraire, de le toucher avec tendresse dans un geste signifiant. Il est parfois difficile de dépasser cette image de corps qui blesse notre propre narcissisme, l'amour que nous portons à notre corps et à notre image : cette perception qu'une partie de nous-mêmes se détruit et tend vers l'anéantissement en vieillissant. Nos réactions peuvent être diverses soit ne pas oser toucher, soit retourner notre crainte en surprotection. Le geste juste, accompagné, si cela est possible, d'une parole, peut repersonnaliser, individuer la personne âgée. D'autant que si cette dernière doit lâcher les rennes sur de grandes portions de son existence, elle peut rester « soi » sur l'essentiel.

Un autre support de la relation peut être l'humour : faire rire, détendre, ce qui est précieux ; ne pas se prendre soi-même au sérieux, ce qui n'est pas la « pirouette » qui refuse de prendre l'autre au sérieux, en compte avec ses sentiments, parfois négatifs et obsessionnels.

Un élément capital que le soignant va devoir prendre en compte c'est *la famille* du vieillard. Comme en pédiatrie, cette relation est primordiale pour l'intérêt du patient. Il faudra que s'organise la nécessaire collaboration entre soignant et famille.

Principalement parce que sa propre famille est le « soignant naturel » de la personne âgée. Elle l'a souvent gardé le plus longtemps possible alors qu'il était lourdement dépendant, lui, prodiguant soins et sécurité. Elle connaît particulièrement bien ses besoins physiques, affectifs et même spirituels. Elle a un savoir-être avec lui ainsi qu'un savoir-faire, ayant institué avec lui des soins adaptés et personnalisés ce que le soignant, en institution, ne peut pas toujours assurer. La famille peut donc exprimer ce qu'elle pense souhaitable pour son vieillard. Cette famille est également témoin de l'identité de la personne âgée : elle connaît son histoire, son lieu et son mode de vie, ses relations affectives essentielles qui se situent souvent au sein de la famille elle-même, ses goûts, ses limites. L'équipe des soignants a donc tout à gagner d'une relation de confiance et de coopération avec elle pour mieux connaître la personne âgée, partant, mieux la soigner.

La relation n'est pas toujours aisée et il y a de nombreuses raisons à cela. La famille est souvent culpabilisée de devoir placer son vieillard en

institution. Chacun sait que la culpabilité peut entraîner de l'agressivité. Cette agressivité peut rendre la famille revendicatrice ou tatillonne. Parfois elle se manifeste exagérément exigeante percevant l'institution comme une rivale, ce que parfois l'équipe soignante lui rend bien.

Souvent la famille est ambivalente et son attitude est paradoxale. Il est important qu'elle ne se sente pas « gêneuse » dans le service et le mieux est de lui faire confiance et de la faire participer au traitement dans la mesure des possibilités, manière pour elle de se sentir encore utile dans la relation avec sa personne âgée.

Elle a également besoin d'exprimer ses sentiments d'angoisse ou d'espoir, et le médecin étant souvent peu disponible, c'est à l'infirmière, en contact toute la journée avec le patient, qu'elle demandera une oreille attentive et aussi une parole de réconfort.

La famille exprime aussi parfois de l'ambivalence vis-à-vis de son vieillard. Les relations anciennes, disons même archaïques, demeurent souvent présentes et parfois virulentes malgré la notion de devoir filial. Le vieillard prend du temps, cause de la fatigue, déränge la vie familiale et son état délabré, parfois pendant des mois et quelques fois des années, peut amener à une certaine lassitude et, dans certains cas, à un véritable abandon. Le jugement moral des soignants peut alors être sévère et même injuste qui, même s'il n'est pas exprimé clairement est ressenti comme un reproche par la famille.

Il est souhaitable, plutôt que de laisser se détériorer la relation entre famille et équipe soignante, ce qui ne peut que retentir négativement sur le parent âgé, d'entamer un dialogue, tenter de s'expliquer (ce qui ne veut pas forcément dire « se justifier »), chercher ensemble les meilleures solutions pour le patient, dépasser, si cela est possible, le ressentiment.

## Bibliographie

- Balier C. – Vieillesse individuelle et vieillesse sociale. Cahiers de la Fondation nationale de gérontologie, 1976 N° 4.
- Binet L. – Gérontologie et gériatrie. PUF, Paris, 1969.
- Bourlière F. – Progrès en gérontologie. Flammarion, Paris, 1969.
- Ferrey G. et Le Goues G. – Psychopathologie du sujet âgé. Masson, Paris, 1993.
- Grégoire M. – Nous aurons le temps de vivre. Plon, Paris, 1987.
- Hey H. et Bernard P. et Brisset Ch. – Manuel de psychiatrie. Masson, Paris, 1987.
- Lemaire J.G. – Le couple, sa vie, sa mort. Payot, Paris, 1979.
- Levet M. et Pelletier C. – Papy-boom. Grasset, Paris, 1988.
- Ormezzano J. – Le grand âge de nos proches. R. Laffont, Paris, 1985.
- Paillât P. – Vieillesse et vieillesse. PUF, Paris, 1982.
- Roussel L. et Bourguignon O. – La famille après le départ des enfants. INED/PUF, Paris, 1976.
- Wertheimer J. et Vignat J.P. et Ploton L. et Thome A. – Psychogériatrie. Cahiers de la Fondation nationale de gérontologie, 1988 N° 46.

# 9 La mort

## Brève histoire de la mort

Les historiens ont tenté de dresser un portrait de la mort à travers les siècles et particulièrement depuis la fin du Moyen Âge. Ils ont analysé les écrits anciens sur la mort, les peintures, les cimetières avec leurs monuments et leurs épitaphes. Ils se sont demandés quelle avait été l'évolution du vécu, des sentiments, en particulier l'angoisse, des rites funéraires et du deuil.

Au Moyen Âge, époque de foi, la vie terrestre est considérée comme un passage préparant l'éternité ; le visage du défunt est exposé, découvert, puis, à partir du XIII<sup>e</sup> siècle il est dérobé aux regards, parfois représenté par une statue, surtout si celui-ci est un prince ou un notable. À ce moment-là, la mort est vécue comme une impuissance, chacun est destiné à la destruction physique et doit renoncer à la richesse et aux honneurs, ce qui amène à la mélancolie. Un peu plus tard, au XV<sup>e</sup> siècle s'exprime un amour passionné pour la vie et le monde ; les sermons et les poèmes (Villon et Ronsard) expriment un sentiment de fragilité et la peinture représente la décomposition des corps.

Un siècle plus tard l'érotisme se mêle aux sujets macabres : la mort est représentée pratiquant des gestes obscènes sur la jeune fille qu'elle entraîne, songeons à la mort érotique de Roméo et Juliette. L'extase mortelle devient extase amoureuse et l'on cultive un certain voyeurisme dans les tableaux représentant anatomie et dissection.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle le corps mort exerce une véritable fascination : on fabrique des objets, des lustres par exemple, en os. Puis on cesse de représenter la mort, ou, quand on la représente on insiste sur la beauté du mort (masques mortuaires). Alors qu'elle avait été représentée comme sereine, publique (des inconnus suivaient le prêtre entrant dans la demeure des mourants), le « laboureur et ses enfants » de J. de la Fontaine, prenaient le temps de se réunir et de se parler, la mort se vit maintenant silencieusement, en cachette, dans 75 % des cas, à l'hôpital qui est plus conçu comme un lieu de guérison que comme un lieu de mort.

Depuis la mort bruyante et même hystérique du Moyen Âge, en passant par le XVIII<sup>e</sup> siècle où le convoi était suivi par des figurants et jamais par des femmes, jusqu'à nos jours où un fourgon banalisé sort discrètement de la morgue de l'hôpital et où personne ne porte plus de signe de deuil et les enfants sont rarement présents, que les choses ont changé ! La crémation se répand de plus en plus qui fait que le corps n'a même plus un lieu où être honoré.

Les Américains nient la mort à leur façon en maquillant et simulant la vie avec fleurs et musique. Leurs cimetières sont d'agréables jardins où l'on vient se promener en famille.

Ce qui apparaît, c'est que l'angoisse de mort a toujours été présente sublimée, exorcisée, familière (dans le spiritisme on converse avec les défunts) ou refoulée. Crainte devant l'éternité (le purgatoire est né à la fin du Moyen Âge comme une ultime alternative à l'éternité de l'enfer). On a peur de la mort et peur des morts, sauf lorsqu'un imaginaire ludique et débridé invente les vampires et certains héros de B.D. qui ne sont pas tout à fait des morts.

La mort, processus de passage consacré par la vie collective autrefois, est devenue individuelle et même intime, suivant en cela les valeurs de notre société. De sociale elle est devenue affective. D'attendue, dans une société où les gens mouraient très jeunes, elle est devenue un échec de nos jours, une injustice, une surprise, même si les grandes épidémies qui causaient des peurs collectives (peste, choléra, tuberculose, grippe) demeurent et s'appellent aujourd'hui sida et que plane, sur toute l'humanité, la menace d'une destruction nucléaire générale.

## La mort en Islam

Une notion qui diffère notablement du christianisme dans l'Islam est que la notion de péché (originel, individuel, rachat) n'est pas centrale.

On trouve dans les exégèses coraniques un discours repris par les représentations populaires, sur le bien et le mal, la promesse et la menace. Ce qui est premier c'est la croyance en Allah et au texte (Coran), la fidélité, la justice.

La mort n'est pas déniée, elle est inéluctable, écrite. Le croyant possède une certitude quant à son devenir post-mortem en fonction de ses actions vers le bien ou le mal. C'est entre l'opposition croyants et incroyants, fidèles et infidèles, que s'effectue l'appréhension de la mort. Celle-ci n'est pas conçue comme une fin ultime, une séparation totale, mais une transition, un passage vers un au-delà. « Les incroyants méritent d'aller en enfer et d'y demeurer car ils ont vu les signes mais ils n'en ont pas tiré profit (...). Ils ne profiteront pas plus de la mort ni de la résurrection. » (Coran VI.28).

L'homme se doit d'adorer son créateur et de lui rendre grâce de manière continue. L'homme n'est pas libre, il le devient ; son devenir s'actualise dans un présent toujours ouvert sur la dimension du futur. Le musulman est entièrement responsable d'œuvrer pour le Bien ou le Mal. Dieu est omniprésent, omnipotent, omniscient et le croyant lui doit respect et soumission, louange et adoration. « Au terme de leur vie, les croyants âgés s'honorent de la marque sur le front, gravée par les prosternations des cinq prières quotidiennes » (Coran XXVII, 30). La « shahada », profession de foi en Dieu, l'Unique, est essentielle. La mort va donc être perçue comme

une communion, une fusion avec l'Unique et, dans l'imaginaire mystique, comme désir absolu. Elle n'est qu'un avatar de la vie, événement progressif du fait de la séparation de l'âme et du corps, considérée comme achevée lorsque la dissolution du corps aura pris fin.

Dans l'imaginaire, la mort est remplie de breuvage enivrant, de luxe, de satisfactions diverses. L'idée de l'éternité est consolidée par le verset coranique suivant : « Comment êtes-vous infidèles envers Allah, alors que vous étiez morts et qu'il vous a donné la vie, alors, qu'ensuite il vous fera mourir, puis vous ressuscitera, alors qu'à Lui vous serez ramenés ? » (Coran, sourate 11, 26-28).

La mort n'est pas seulement appréhendée comme un événement strictement individuel, mais se plaçant au cœur du groupe social. La communauté recourt à un système de rites codifiés qui s'oppose à la perturbation destructrice créée par la mort et qui lui permet de gérer son angoisse. Au Maroc, par exemple, lors des lamentations, les pleureuses forment trois cercles concentriques (Boughali) que le mort traverse pour retrouver Dieu.

L'idée de souillure (urine, vomissure, sperme...) d'impureté pour le cadavre et la maisonnée exige une purification qui rejoint d'autres recommandations touchant la santé et la protection du corps social. Une ultime toilette qui est faite, même dans les hôpitaux, sera purificatrice et permet de rencontrer Dieu en état de pureté.

Un certain nombre de dépenses somptuaires sera engagé comme lors d'autres rites de passage (circoncision, mariage) et des familles s'endetteront parfois pour longtemps, ce que L.V. Thomas explique par le « besoin d'expiation qui ne serait qu'une forme de désir éperdu de surcompenser le pouvoir dissolvant de la mort, les dépenses engagées attestant le poids social et rehaussant par ricochet la réputation du lignage et de toute la communauté ».

On peut donc dire avec K. Elaroussi, que la mort « est bien le support de l'éthique sociale et des croyants ; en étudiant les pratiques et les rites à l'égard de la mort, on peut découvrir une partie du vécu social. »

## La mort en Afrique noire

L.V. Thomas, spécialiste de la mort en Afrique noire, rappelle que les populations situées au sud du Sahara connaissent les taux les plus faibles d'espérance de vie (20 et 25 ans) et le taux le plus élevé de mortalité infantile. Elles ont connu déportations, génocides et épidémies multiples, (actuellement le sida y fait d'inquiétants ravages). La mort est présente partout. Elle suscite un curieux mélange de fatalité et d'angoisse. « La mort est pensée, avant tout, en terme de passage, de transition, soit que le défunt devienne ancêtre, soit qu'il se réincarne, soit que les éléments constitutifs de sa personne se redistribuent autrement dans la coulée vitale. »

Lorsque les cérémonies funéraires qui peuvent prendre des allures de fête (pour divertir le mort), sont terminées, qu'on s'est libéré de son angoisse, de son chagrin par l'expression codifiée de ses sentiments, il importe de faire revivre le mort en faisant des sacrifices, en travaillant à ses cultures, en lui assurant une descendance, en lavant et abreuvant la statuette le représentant.

Ce qui frappe dans ces cultures c'est que l'angoisse du mourir-mal semble plus forte que celle du mourir en lui-même. Bien mourir c'est mourir chez soi ce qui permettra la réalisation de tous les rites funéraires ; mourir très âgé ou dans la fleur de l'âge si l'on est guerrier ; avoir eu beaucoup d'enfants, mourir devant les siens ; avoir vécu en accord avec la loi des ancêtres, avoir préparé sa mort, par exemple, en ayant suffisamment amassé de biens pour avoir de riches funérailles. Certaines circonstances sont infamantes (accident, maladies comme la lèpre, être victime d'un sorcier si celui-ci n'est pas puni). La pire est celle de la jeune femme mourant en couche de son premier enfant : celle-ci n'est pas pleurée et son veuf devra se purifier sexuellement (par un viol) pour pouvoir ensemençer une nouvelle épouse. De véritables thérapies sont mises en place pour combattre angoisse et culpabilité, où l'imaginaire est remis à sa place prééminente.

Le deuil qui admet que la mort n'est pas tant individuelle que collective, touche toute la communauté villageoise, la famille, le conjoint survivant. Il est important que celui-ci expie son crime réel ou imaginaire ; n'a-t-il pas eu des désirs de mort sur le défunt ? Les pratiques du deuil préservent les survivants des vengeances possibles du mort. Ces pratiques sont aussi un accompagnement du défunt par le veuf ou la veuve qui se retirent chez lui comme dans la tombe. Le deuil social envahit, en quelque sorte le deuil psychologique sans toujours se préoccuper de savoir si ce dernier est réel ou simulé. « Ce défunt sublimé et retrouvé entretiendra avec le groupe des rapports privilégiés assurant la reproduction de la collectivité : observance et pérennité de la Loi, fécondation des femmes, des troupeaux et des champs » (L.V. Thomas).

## La mort dans le judaïsme

La mort est inévitable, et quand elle a lieu, c'est la présence divine qui se manifeste, c'est le « baiser de la Mort » qui rend l'âme à Dieu, cette âme que Dieu a prêtée au corps, qui vient de la poussière, et qui y retourne finalement. « C'est à la sueur de ton visage que tu mangeras du pain, jusqu'à ce que tu retournes à la terre d'où tu as été tiré, car poussière tu fus et poussière tu redeviendras ! » (Gen. 3-19). La mort est partie intégrante de la Création, ouvrant la voie à une nouvelle vie et rendant la Création continue. La Mort est une façon de se faire pardonner ses fautes et, après cette épreuve, d'entrer dans la vie éternelle. Autrement dit, dans le judaïsme, la faute d'Adam

n'est pas en cause ; la mort n'en est pas la conséquence, elle fait partie de la création. Après la Mort, l'homme entre dans un monde meilleur, l'âme éternelle remonte à Dieu en attendant la résurrection qui doit se produire à la fin des temps, lorsque le Messie sera venu sur la terre. Celui qui confesse ses fautes à Dieu avant de mourir, a déjà une part de la vie éternelle.

Dans le Talmud, il est dit que ce monde est comme un vestibule à côté du monde à venir (4-16). La mort est la porte qui sépare chacun d'un monde parfaitement bon. La mort est le prix payé pour une nouvelle naissance, pour la continuité des générations. Elle entraîne la montée vers Dieu de l'âme incorporelle où elle sera jugée. Le juste sera au paradis, le mauvais en enfer, mais surtout, à la fin des temps, l'âme sera de nouveau rendue au corps par la résurrection des morts qui pourront alors jouir du monde à venir. Alors il n'y aura plus besoin de boire ni de manger, plus de commerce, plus de Mal, plus de guerre, la paix régnera partout sur terre. Dans nombre de prières, on appelle souvent Dieu « Toi qui fais revivre les morts ».

La résurrection des morts est attestée dans les articles de Foi de la Mishna, dans la deuxième bénédiction de la Amida (prière de tous les offices religieux) et le dernier « article de Foi » de Maïmonide. L'idée de résurrection se trouve dans presque tous les livres de la Bible hébraïque. Dans EZ.37.1-14 la vision des os desséchés semble également correspondre à l'idée de la résurrection qui, dans la période Rabbinique est une doctrine centrale du Judaïsme. Dans la période moderne, et surtout chez les libéraux, la résurrection est remplacée par l'immortalité de l'âme, cette âme qui quitte le corps et retourne à Dieu. Là, elle sera jugée mais, étant immortelle, entrera dans une nouvelle vie, une vie éternelle.

Quant aux coutumes, une personne mourante ne doit pas rester seule. C'est une grande mitzwa (bonne action) de rester au chevet du mourant jusqu'au départ de l'âme. Une veilleuse (bougie, flamme) rappelle ce départ après la mort. Une personne juive, près de sa fin, doit confesser ses péchés. Celui qui s'est confessé à Dieu a déjà une part du monde à venir. Quand la mort est sûre, le plus proche de la famille, le fils aîné, si possible, doit fermer les yeux et la bouche du défunt ; ses bras doivent être étendus le long du corps étendu sur le sol, les pieds vers la porte, recouvert d'un drap. S'il y a des glaces dans la pièce, on les recouvre ainsi que dans toutes les pièces de la demeure mortuaire. Une bougie est allumée vers la tête du défunt. Le corps ne doit pas être laissé seul et doit être veillé par des membres masculins de la famille ou des amis. Les veilleurs récitent des psaumes.

Vie et Mort font partie du plan divin pour le monde. La vie, comme tout ce qui existe a été créée par Dieu, mais l'homme est au sommet de cette création pour qu'il participe, lui aussi à cette création. La vie étant ce qu'il y a de plus précieux, l'homme a le devoir de la préserver et de procréer pour assurer la pérennité de l'espèce humaine. L'homme doit donc se maintenir

en bonne santé. Le Talmud donne des consignes d'hygiène, en vue de préserver la santé qui est un des chemins vers Dieu. Cette préservation de la santé est un des premiers commandements après l'interdiction du meurtre de la débauche et de l'idolâtrie. Le Judaïsme est une religion de la Vie. Dans ses prières il est dit « entre deux alternatives, le bien et le mal, la mort et la vie, choisis la vie ».

## La mort dans le christianisme

Dans son « Cantique des créatures » Saint François d'Assise chante : « Loué sois-tu Seigneur pour notre sœur, la mort corporelle, à qui nul homme ne peut échapper ». Pour les chrétiens comme pour tous les autres hommes, la mort est un drame. Elle laisse dans la solitude de l'absence. « Nul ne sait ni le jour ni l'heure »... Contrairement à l'animal, et c'est ce qui fonde sa grandeur, sa dignité, l'homme se sait destiné à mourir. La mort donne du prix à la vie. Tous les gestes de l'homme, le moindre de ses choix, trouvent là, dans leur caractère irréversible, un poids d'éternité.

Les morts sont des êtres invisibles, mais non des absents. Leur vie ne leur est pas retirée, elle est modifiée. Leur mort n'est pas une fin mais un commencement. C'est pour chacun, une certitude de vie éternelle, celle aussi d'être en lien avec tous ceux qui l'ont précédé. Dieu plein de tendresse pardonne aux pécheurs, les morts sont en Lui et par Lui présents aux vivants. Ici la mort change de sens : ce qui était perte devient le signe du plus grand amour « Je suis la Résurrection et la Vie, celui qui croît en moi ne mourra jamais ! ». Pour les baptisés, une donnée centrale de la révélation est sa croyance dans la Résurrection du Christ : « Vous cherchez Jésus de Nazareth, le crucifié ? Il est ressuscité. » Le Christ répète : « Je suis la Parole qui mène à la Vérité, je suis la Vie, je suis avec vous tous les jours », et Paul, dans l'Épître aux Romains écrit : « Nous avons été plongés dans la mort du Christ, nous avons été mis au tombeau avec Lui, nous sommes devenus un même être avec le Christ, par une mort semblable à la sienne. » La mort du chrétien est déjà vaincue et toute sa vie peut être considérée comme un passage vers le Père. Le corps mort sera encensé lors des obsèques comme devant participer de cette éternité, même si, comme pour celui du Christ, la nature de ce corps ressuscité reste mystérieuse. Comme reste mystérieux la souffrance et le Mal. Dieu, pour les chrétiens est un Père qui aime tous les hommes ; seuls, ceux qui auront refusé, en pleine liberté, cet amour ne pourront avoir accès auprès de Lui. L'Église Catholique qui refusait, autrefois les obsèques religieuses à certaines catégories de personnes (suicidés par exemple) a considérablement assoupli ses positions, considérant que seul Dieu peut juger. La vie est un don de Dieu pour la vie éternelle, c'est l'originalité et le fondement de la Foi, de l'Espérance et de l'Amour chrétiens. C'est pour cette raison qu'elle refuse l'interruption de grossesse, qu'elle



condamne l'euthanasie. Elle se montre très réservée sur l'acharnement thérapeutique qui est une manière de voler sa mort au patient puisqu'elle advient le plus souvent dans l'inconscience et la solitude surveillée d'une salle de réanimation.

Cette vision chrétienne de la mort qui devrait alimenter l'Espérance est confrontée actuellement à une vision laïque de la mort d'où l'Espérance est absente et qui bat en brèche les croyances traditionnelles, même si la grosse majorité des gens se dit encore chrétienne. Les prêtres, de moins en moins nombreux, tentent d'accompagner les personnes en fin de vie dans une évolution spirituelle, souvent d'acception plus large que la dimension strictement « religieuse ».

## **L'acharnement thérapeutique**

La mise au point des techniques de réanimation a permis de grands progrès. Non seulement la maladie est vaincue mais la mort Test parfois également, souvent retardée. Le cerveau joue un rôle capital dans cette maintenance. On sait que quelques minutes d'anoxie détruisent le cerveau de manière irréversible. La réanimation faite à temps peut permettre une aide temporaire autorisant l'attente de jours meilleurs. Il y a une difficulté évidente à juger de l'étendue des atteintes du tissu cérébral. La décision de réanimer, réalité objective, dépend de la subjectivité du médecin, de son expérience, de ses convictions. Les appréciations sont très diverses où l'intérêt du patient n'est pas toujours pris en compte. La tentation peut être grande de réaliser une performance scientifique spectaculaire, souvent pour un délai de grâce, un sursis de vie. Mais quelle vie ? Corps immobilisé par de nombreux tubes, agi par des machines.

L'acharnement thérapeutique peut se manifester d'autres façons : mutilations ou chimiothérapies chez des patients qu'on sait en phase terminale, greffes à hauts risques où le patient sert de cobaye, pas toujours consentant, grands infirmes à la vie végétative transformée en calvaire comme celle de leurs proches. L'acharnement diagnostique, avec ses investigations paracliniques douloureuses, dans le but d'établir ou de corroborer un diagnostic parfois évident. Certains cas exceptionnels renforcent les décideurs du « on ne sait jamais » pour combien d'échecs ! On peut considérer la vie comme un symbole à défendre ; on peut aussi la voir dans sa réalité de vie « viable ». Nous sommes souvent là devant des rêves d'immortalité où la mort devient un accident et où la quantité de vie prend le pas sur sa qualité et où certains s'autorisent à parler de dignité perdue.

L'acharnement thérapeutique amène le plus souvent à une deuxième mort, irréversible celle-là. Et encore, nous n'abordons pas ici le coût exorbitant de ces maintenances.

Les greffes d'organes peuvent être une des raisons à garder un corps artificiellement en vie. Une notification de la main du patient peut, seule, empêcher les dons d'organe, ce que peu de gens savent et qui donne tout pouvoir à la médecine pour maintenir une forme de vie à cet effet.

## L'euthanasie

Le mot « euthanasie » signifie « bonne mort ». C'est « l'administration volontaire à un malade, à un handicapé ou un blessé incurables, dans le but d'abrèger la durée de leurs souffrances, d'une drogue ou un produit toxique qui met rapidement fin à leur vie » (R. Schaerer).

La frontière est indécise et souvent confondue avec l'arrêt du traitement étiologique et l'administration d'analgésiques. L'euthanasie peut se voir en trois occasions :

- lorsqu'elle est demandée par le patient lui-même, lorsque celui-ci souffre trop, physiquement ou moralement, ce que les médias ont parfois monté en épingle mais qui reste relativement rare dans la réalité. Lorsque la personne milite à l'ADMD (voir plus loin) et en a fait la demande anticipée ;
- l'équipe médicale, persuadée que le malade incurable souffre beaucoup, la décide, parfois en accord avec la famille, et toujours à l'insu du patient ;
- le cas, de plus en plus fréquent où la famille, mal informée, la réclame comme une exigence morale pour elle ou comme une exigence professionnelle pour les soignants.

Le fameux cocktail lytique est souvent employé (mis au point pour soigner des blessés de la guerre d'Algérie par le Dr Laborit) composé de *Dolosal* associé au *Largactil* et au *Phénergan* qui, administré en perfusion, entraîne le coma et la mort.

Une enquête de 1987 a montré qu'une majorité de Français (85 %) est favorable à l'euthanasie. On peut se demander si, ce qui est important, c'est d'aider à mourir ou d'aider celui qui meurt. Les raisons invoquées sont la crainte d'une fin douloureuse, celle de la dépendance, de la déchéance et le désir de maîtriser sa propre vie.

L'euthanasie pose un certain nombre de questions qui méritent réflexion. Accepter, proposer l'euthanasie, c'est dire au malade que sa vie n'a plus de valeur. C'est toujours une transgression : admise dans des conditions strictes dans certains pays, elle n'est pas légalisée en France. Notre culture qui, paradoxalement fait des prouesses techniques pour sauver des vies, banalise la mort. Comment sait-on que l'autre veut vraiment qu'on le tue ? C'est parfois le prendre au mot, et souvent ne pas entendre sa vraie demande. L'euthanasie est souvent réclamée lorsque le malade est encore bien et rarement à l'extrême fin. Dans les cultures où prédominent les valeurs traditionnelles, la vie est considérée comme un don de Dieu donc comme

un bien précieux. Ces réserves faites, nous sommes dans une culture de liberté et d'individualisme où doit être respecté le désir de celui qui veut mourir lorsqu'il a, en mains, tous les éléments de sa décision. Il vaut mieux ne pas penser, de façon simpliste, en termes de pour ou contre ; chaque cas est un cas particulier.

Ce qui semble souhaitable c'est qu'il y ait une autre alternative à l'euthanasie et à l'acharnement thérapeutique. Pour nous elle réside dans les soins palliatifs (dont nous parlerons plus loin), l'accompagnement des mourants et une lutte active contre la douleur qu'on essaie de maîtriser.

Il est à noter que dans les unités de soins palliatifs (USP) françaises et étrangères, l'euthanasie n'est pratiquement jamais réclamée.

L'association ADMD qui compte 500 000 adhérents dans le monde, revendique de pouvoir vivre sa mort dans la dignité, donc réclame l'euthanasie. Nous pouvons nous demander ce qu'est la dignité d'un malade et quand il a le sentiment de la perdre au regard des autres et à ses propres yeux : mauvaise image de soi ? dépendance ? perte de sa maîtrise corporelle ? M. de M'Uzan qui a fait une étude psychanalytique de la mort a montré que le désir d'euthanasie était souvent lié à la crainte de ne pas être à la hauteur des exigences de l'Idéal du Moi. On sait par expérience que la régression psychologique, la perte d'un certain contrôle du Sur-Moi, la réadaptation psychique à certains handicaps ou déficits, diminuent la sévérité que le malade peut avoir vis-à-vis de son propre comportement. La souffrance qu'il peut ressentir en fin de vie, si elle n'est pas la honte de soi du déprimé, sera effacée par le sentiment que nous lui donnerons, nous les soignants, de le respecter et de l'aimer « malgré tout ».

## La vérité

La question se pose souvent à un moment ou à un autre de dire ou non la vérité au malade. Souvent les élèves infirmières répondent de manière très péremptoire et au nom de la vérité elle-même, par l'affirmative alors que la question entraîne une réflexion assez complexe où toute simplification peut avoir des conséquences graves et même dramatiques pour le patient ou ses proches. La manière dont la question est posée sous-entend que c'est au bien-portant de prendre l'initiative, que la révélation est synonyme de communication et que les mots étant « lâchés » la question serait résolue.

Lorsqu'un malade est devant un certain nombre de symptômes qui demandent examens et souvent hospitalisation, il désire à la fois savoir (et quelque fois demande la vérité) mais en même temps, il vit l'inquiétude de l'apprendre tout en guettant les conversations, les regards, les changements d'attitude à son égard. La demande de vérité, c'est beaucoup plus que la demande de diagnostic. Le malade veut savoir le nom, les mécanismes,

l'origine de sa maladie. Il veut mesurer ses chances de guérir et ce qu'il peut faire pour cela. Il s'inquiète de la souffrance à venir, de la qualité de sa vie future, de savoir s'il va être pris en charge, rester un interlocuteur à part entière. Il a besoin de repères dans le temps, d'informations. Beaucoup de malades n'ont pas le temps de cheminer vers la vérité ; ils la découvrent brutalement ou on la leur assène sans que la communication ait pu s'établir. Le temps doit être pris par les soignants pour dialoguer, pour que cette vérité soit amenée sur l'initiative du malade, ni plus vite, ni moins vite qu'il n'est prêt pour l'entendre. Cacher la vérité non réclamée peut être une marque de respect, la lui refuser une marque d'irrespect. Une certaine écoute du malade, permet de savoir ce dont il a besoin en respectant ses défenses psychologiques. Ne pas l'accabler avec un langage médical qui lui échappe ni asséner une certitude alors, qu'en médecine, il y a des incertitudes et des pronostics erronés. Il faut savoir, si le diagnostic est grave, que le choc émotionnel est grand qui entraîne des idées négatives dont on sait, maintenant, qu'elles dépriment les défenses physiologiques de l'organisme.

Qui doit dire la vérité ? Celui qui sait le faire (proche, soignant, aumônier du culte), se donne le temps et les moyens et donne aussi au malade ce dont il a besoin pour vivre et se soigner. Celui qui peut s'engager dans une relation étroite et fidèle. La question n'est pas tant, donc, de savoir s'il faut dire la vérité, que celle de se demander : « Pourrai-je, moi, l'accompagner dans son cheminement vers « sa » vérité » ?

## Les besoins physiques

Les besoins que vont ressentir des personnes en fin de vie, vont être de trois ordres : les besoins physiques, les besoins affectifs et les besoins spirituels. Il est important de leur donner ce qu'elles ont l'envie, le désir de recevoir.

Sans entrer ici dans tous les détails des soins que va pratiquer le soignant en fin de vie, rappelons deux notions essentielles, liées l'une à l'autre. La première est que ce n'est pas parce qu'un malade va mourir qu'il n'a pas droit au plus grand confort possible. La seconde est que l'on peut toujours faire quelque chose pour améliorer ce confort. On pourrait ajouter que, tant qu'il est conscient, c'est le malade qui hiérarchise les priorités dans ses besoins.

*Les besoins physiques* fondamentaux (manger, boire, dormir, excréter, avoir du confort) sont à respecter, en sachant que, souvent, la dépendance est grande quant à ces besoins élémentaires et qu'elle est source de souffrance et d'anxiété. Le malade par exemple, peut être tenté de se lever seul, la nuit, et de tomber.

La toilette est importante, source d'hygiène et de bien-être. Elle est contact, friction, onction, massage. Elle revalorise l'aspect esthétique et la considération narcissique du malade et de ses proches. Elle est un moment

privilegié où le corps est support de la communication, où il est touché, autrement que dans des soins, souvent agressifs.

Les repas, le mouvement (marche, mise au fauteuil) sont aussi des occasions de contact et d'encouragements pour le malade.

Il faut savoir, parfois, arrêter un traitement inutile et douloureux et ne pas donner au malade le sentiment de se vivre abandonné. Les besoins, en phase terminale, sont souvent dominés par la douleur qui envahit la vie, l'affecte globalement, atteint son identité, ses relations, son sommeil et son appétit. Le soignant a un rôle important dans l'analyse des causes de cette douleur (inflammatoire ? compressive ?), dans les éléments à rapporter au médecin pour qu'il institue ou poursuive un traitement antalgique. Le soignant doit prendre en compte la dyspnée, la toux, les vomissements, les hoquets, la constipation, l'insomnie, le prurit, les douleurs buccales. Il fait soigneusement les pansements pour que le malade (et ses proches) ne souffre pas des odeurs.

Il respecte la pudeur du malade souvent mise à l'épreuve et sait que la dépendance que vit le patient, ne lui donne aucun droit sur lui. Les qualités qu'il aura à déployer sont la rapidité, l'efficacité, la douceur, la discrétion et la patience, même si elles ne sont pas toujours faciles et requièrent un état d'esprit empreint de compréhension et de chaleur humaine.

Les soins palliatifs qui ne sont pas incompatibles avec les soins curatifs sont un état d'esprit. Ils sont une alternative à l'acharnement thérapeutique et à l'euthanasie. Selon l'esprit dans lequel ils sont prodigués, les soins au corps mourant contribuent à transformer les derniers temps du malade. Le soin est geste, mais aussi « esprit » du geste. Le corps est au-devant de la scène.

## L'agonie

Elle se caractérise par un affaiblissement progressif de toutes les fonctions. La conscience est altérée (ce qui est différent du coma), le regard fixe le mur ou le plafond (le réflexe cornéen reste vif), la communication s'appauvrit mais le malade entend ; il pousse des soupirs ou des gémissements, lutte pour l'air, garde souvent la bouche ouverte ; sa langue est apparente, sèche, cartonneuse bien souvent ; il a des sécrétions dans la gorge qui provoquent des râles, sa déglutition est impossible. Il souffre de détresse respiratoire, le ou les derniers soupirs sont significatifs. Le contrôle sphinctérien disparaît et l'agonisant dégage une odeur particulière. Le corps se fige souvent en arc de cercle avec un rictus. Puis tout retombe doucement, il pâlit, les yeux deviennent vitreux et les pupilles se dilatent.

Pendant l'agonie, la seule ressource du soignant pour communiquer avec le malade qu'il veut accompagner dans le « passage », est le contact : caresser la main, le visage, manifester ainsi présence, disponibilité, tendres-

se même. N'est-ce pas ce que nous espérons chacun pour nous-mêmes le moment venu ?

## Les besoins psychologiques

Les besoins psychologiques sont les mêmes que pour chacun mais souvent inassouvis parce que l'angoisse de la mort (chez le patient et son entourage) isole, et pourtant, c'est la solitude qui est le plus à craindre. Le mourant a besoin d'une grande qualité de présence. Sa fin le confronte à des sentiments vifs et contradictoires : angoisse, révolte, désespoir, tristesse des renoncements et des séparations, sentiment d'injustice, détachement, abandon, lucidité, désir puissant de vivre encore.

Il a besoin de notre écoute proche, souple et compréhensive pour pouvoir exprimer ce qu'il ressent, clarifier, être entendu et puiser dans cette écoute un meilleur contrôle et une énergie nouvelle pour aborder sa situation (voir « écoute active »).

Cette présence aux besoins affectifs du patient qui recherche, parfois exacerbé, un désir de fusion, peut effrayer le soignant. Parfois il peut fuir, ou encore il accepte d'être choisi comme ce quelqu'un à qui le malade désire remettre son existence, celui qui tient la main sans retenir. Quand l'entourage n'a plus d'attentes, le deuil est anticipé et la distance physique et psychologique créée, ne permet plus de relation de vivant à vivant. Si les proches ne parviennent pas à se séparer, le travail du trépas est entravé. Il est d'expérience courante de constater que le malade meurt souvent pendant l'absence de celui, proche, qui semble le « retenir ».

Chacun affronte la mort avec ce qu'il est et son histoire. Le malade vit lui-même un deuil, celui de l'immortalité, même s'il ne l'exprime pas toujours. On pense que 80 % des malades savent qu'ils vont mourir. Il va vivre également des renoncements, des altérations qui l'obligent à des réinvestissements. Il devra accepter sa vulnérabilité, ses limites, abandonner ses fantasmes et les réaménager. Il subit une perte de l'image de soi : son corps qui était corps de plaisir devient corps de souffrance ; de corps-lien il devient corps-séparé. Le malade doit faire son deuil de sa relation aux autres ; il est obligé de la remanier, (on voit des mères se faire mater par leur fille), doit quitter sa manière d'être. Deuil également du temps qui est compté désormais et n'autorise plus les projets.

Le Dr E. Kubler-Ross, psychiatre américaine d'origine suisse, qui a eu l'immense mérite, à la fin des années 1960, de s'intéresser, la première, à *l'évolution psychologique* des personnes en fin de vie, a décrit cinq stades essentiels qui sont l'évolution habituelle des mourants. Ce sont le déni, la révolte, le marchandage, la tristesse et l'acceptation. Il ne faut pas voir ces stades comme figés : souvent le malade ne les traverse pas tous, passe

par-dessus l'un d'eux, recule dans son cheminement. Il n'y a pas de modèle. Ce que chaque patient « est » joue un rôle capital ; il peut connaître d'autres sentiments et comportements. *L'angoisse* de mort que chacun, à tout âge, peut ressentir et là, affrontée à la mort bien réelle et tous les mécanismes de défense contre l'angoisse vont être sollicités (déli, retournement de l'affect, « je ne vais pas mourir », projection de l'agressivité, renforcement de l'activité physique, sublimation).

*Le déni* est une manière de se défendre contre une angoisse destructrice. Le déni peut être complet ou partiel, permettant ainsi de garder un certain équilibre dans une situation difficile. Souvent, dans le discours, le déni est à un certain niveau, alors qu'on note une grande lucidité à un autre niveau. Il faut sûrement d'ailleurs dissocier ce qui est dit (souvent pour rassurer ses proches) et ce qui est vécu, au plus intime par le malade.

*La révolte* contre le destin, contre Dieu, contre la maladie elle-même. Parfois l'agressivité est déplacée sur l'entourage, famille, soignants qui la vivent mal. Elle fait partie du deuil que le malade a à faire. Le malade comme le vieillard peut devenir persécuteur. Son besoin de tout contrôler (soins, ménage) risque de l'amener à un comportement obsessionnel difficile à supporter.

Il peut *régresser*, devenir passif, appeler sa mère et revenir à un comportement archaïque (saleté, anorexie) où la communication se restreint et le rôle de contrôle du Sur-Moi s'efface. Le langage peut devenir obscène.

Pour le psychanalyste M. de M'Uzan, il y a désir, pour le mourant, de former, avec quelqu'un qui n'est pas forcément un de ses êtres chers, une dernière dyade. Il va vivre un transfert intense, un élan pulsionnel parfois violent, avec un autre qui « acceptera d'être inclus dans l'orbite funèbre, sans la crainte d'être entraîné et dévoré ».

*Le marchandage* avec l'entourage, le destin ou Dieu, prend la forme de négociations vaines et maladroités.

*Le repli* sur soi désinvestit les autres comme pour se prémunir contre la souffrance de la perte. Il peut aller jusqu'au désespoir.

*La tristesse* a besoin de s'exprimer, par les larmes en particulier, ce qui est bénéfique car permet de passer à des sentiments positifs.

*L'acceptation* qui, lorsque le mourant l'atteint, donne une sérénité précieuse au malade lui-même comme à ses proches. Elle est faite de sublimation et de réalisme et n'exclut pas des allers et retours entre refus et lâcher-prise. La grandeur de l'homme est dans là lutte, elle peut être aussi de consentir à la mort.

L'écoute (voir écoute active) exige que nous ayons réfléchi à notre propre angoisse devant la mort, repéré nos défenses devant elle, analysé le sens de la mort pour nous, partant, les valeurs qui nous font vivre. Veillons à

ne pas projeter nos propres solutions, nos propres sentiments dans la mort de l'autre. Lorsque nous parlons de « délivrance » posons-nous la question de savoir pour qui elle est. Ce qui n'empêche, comme le dit E. Kubler-Ross, que nous puissions nous aussi exprimer nos propres sentiments (angoisse, chagrin) devant le malade en lui disant notre désir de l'aider et en lui demandant d'exprimer ses désirs à ce sujet. E. Kubler-Ross déculpabilise le mourant agressif en lui disant, qu'à sa place, elle le serait également; l'essentiel étant pour elle de montrer au malade qu'on partage ses sentiments pour lui permettre de les assumer et éventuellement d'aller plus loin dans leur expression.

## Les besoins spirituels

Il y a deux manières d'aborder cette notion de besoins spirituels. L'une est de voir le « spirituel » dans l'acceptation étroite, proprement religieuse du terme, avec ses dogmes, ses rites, ses croyances. Ce qui est tout à fait acceptable et significatif pour les croyants mais pas pour d'autres. Une acception plus large, celle qui touche à l'« esprit », au sens, concerne tous les individus. Les besoins spirituels doivent aussi être pris en compte. Le psychothérapeute allemand K. Graf Durckheim a montré que si S. Freud avait accusé le refoulement de la sexualité d'être à l'origine des névroses, son expérience clinique attestait que le refoulement de la spiritualité était également un facteur psychogène.

On peut noter déjà une demande insistante du malade concernant son identité : être appelé par son nom, pouvoir assumer son histoire, ses liens avec les autres, se connaître et se comprendre lui-même et pouvoir exprimer ses propres sentiments. Le mourant désire souvent que son entourage comprenne la dimension unique et irremplaçable de ce qu'il est. Quelle place ? Quel rôle a-t-il ? Désir d'être reconnu encore comme vivant.

Se pose également la question du « sens », sens de la vie, sens de la mort, sens de « sa » mort. Quel prolongement, quelle espérance dans un au-delà ?

Désir de se réconcilier avec les autres et avec lui-même, d'être relié à quelque chose de plus universel. Écrire, parfois, pour vivre pleinement ce qui reste et en laisser la trace à d'autres. Donner des objets qui lui ont appartenu, laisser une parole à ceux qui restent.

Le sophrologue J. Donnars offre d'accompagner spirituellement le mourant en lui proposant des exercices de relaxation joints à une visualisation d'images ou rêve éveillé, qui permettent au malade de se déconnecter du temps et de l'espace, de l'ici et maintenant. Il propose également au soignant, dans le plus grand respect, de se tenir près du mourant dans une prière de louange. C. Simonton, cancérologue et auteur d'une méthode sophrologique d'accompagnement des grands malades, propose également,



dans des exercices de relaxation, d'évoquer le « guide intérieur » qui est en chacun d'entre nous, qu'on l'appelle inconscient, amour, ange ou Dieu, et d'écouter ce qu'il nous donne comme message pour vivre jusqu'au bout.

La personne en fin de vie peut connaître une véritable maturation, comme si, elle finissait de se mettre au monde avant de partir. La mort est une des crises de l'existence ; comme les autres crises elle peut être occasion d'évolution intérieure, tissée d'espoir et parfois aussi de doute.

Le ministre du culte n'est pas le seul à pouvoir favoriser cette évolution : les proches, les soignants, peuvent aussi apporter des paroles de délivrance, de paix, de bénédiction.

Le soignant propose au patient, et cela se fait couramment, les moyens religieux qui peuvent lui convenir.

## L'accompagnement

Si nous prenons la définition (Robert) du mot accompagner c'est « se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui » ou « donner de la compagnie ».

Le malade va vers sa mort et il est évident que même si, un jour, nous faisons nous-mêmes la traversée, ici nous ne le menons que jusqu'à la rive d'embarquement. Accompagnement de la maladie, des consultations, des traitements, des soins, de la lutte, des sentiments qui ont besoin de s'exprimer, de l'évolution psychologique et spirituelle qui adviennent.

R. Sebag-Lanoe qui a accompagné nombre de personnes en fin de vie, écrit que « l'accompagnement reste et demeure une tentative, une recherche constante et toujours nouvelle, pour laquelle il n'existe ni recettes, ni enseignement véritable », et plus loin : « Chaque soignant doit effectuer son propre chemin et élaborer sa propre expérience. La parole partagée avec d'autres lui permet simplement, aujourd'hui, de ne plus cheminer seul et en silence. »

Un préalable est d'être proche, de connaître notre vécu face à la mort : réflexion face au temps qui passe, face au bonheur, face au sens. Comment appréhendons-nous, nous-mêmes notre finitude ? Nous rassurons-nous en nous disant que nous sommes encore jeunes et que la mort, cela n'arrive qu'aux autres ? Quels sont nos mécanismes de défense ? Nous sentons-nous aussi concernés, vulnérables, pouvant nous identifier avec empathie à ceux que nous soignons et qui vont mourir ? Savons-nous, nous qui sommes formés à guérir, que nous pouvons également échouer et que cet échec ne doit pas entraîner de culpabilité, que la vérité du malade n'est pas la nôtre, ce qui ne nous empêche pas d'écouter son désir et de tenter de nous mettre à sa place : « Quel serait mon désir ? » Il est important de ne pas moraliser le malade, de ne pas le manipuler pour le faire entrer dans notre propre conception de ce que doit être « une bonne mort ».

Il est difficile d'entrer en relation avec un malade lorsqu'on sait que celle-ci va être interrompue. L'institution hospitalière, sauf certains services de soins palliatifs, toute projetée vers les soins curatifs, est mal armée pour accompagner vers la mort.

Il y a encore trop peu de « groupes de parole » où les soignants peuvent décrypter, avec une aide psychologique, les fantasmes, les peurs, les désirs inconscients mobilisés par la maladie et la mort. Il n'y a pas de rituel symbolique de deuil permettant de gérer collectivement la séparation d'avec un malade auquel on était attaché.

Dans l'accompagnement, il va falloir, en ne perdant pas de vue la valeur de la vie et de la présence du patient, garder la bonne distance, en sachant que c'est plus une qualité de temps qui peut être offerte, qu'une présence constante souvent irréalisable. Savoir qu'il y a toujours quelque chose à faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire et penser, comme Balint que le meilleur soin est « de se prescrire soi-même... »

L'accompagnement n'est ni une nouveauté absolue de la médecine moderne ni une régression vers des temps anciens, c'est une exigence de la qualité de la relation de soin.

Pour J.M. Gomas, accompagner, c'est :

- contrôler la douleur ;
  - offrir un support psychologique ;
  - réhabiliter les désirs, les projets du malade et fixer avec lui ses objectifs.
- Le malade restant son propre « spécialiste ».

## Le deuil

« Le deuil est l'état dans lequel nous met la perte de l'être aimé et le travail intérieur qui nous permet de survivre à cette situation ».

Il y a souvent d'abord dénégation puis détresse. Un bouleversement moral qui atteint le fonctionnement physiologique (voir stress) avec des problèmes psychosomatiques, des symptômes divers, perte de l'appétit, du sommeil, de la fatigue, des risques d'accidents cardio-vasculaires.

Les pleurs marquent l'entrée dans le travail de deuil ; un sentiment d'irréalité et de perte de sens. L'état dépressif est le noyau du travail du deuil, il ne signe pas une dépression pathologique et s'accompagne de souffrance, de désinvestissement du monde extérieur, la difficulté d'aimer, une inhibition psychologique (aboulie), une culpabilité souvent alliée à une certaine agressivité (voir les disputes d'héritages).

En même temps qu'est vécue douloureusement l'absence, la présence devient intérieure. Il faut savoir que le deuil entraîne des modifications

physiologiques (transmetteurs chimiques, hormones) qui dépriment les défenses et rendent plus fragile à la maladie.

Le deuil « normal » dure, en général, quelques mois. Le deuil « pathologique » se caractérise par un retard à rentrer dans le deuil, à en sortir, une négation de la mort, une suractivité et une exagération de tous les phénomènes du deuil « normal » avec interdiction de pouvoir encore être heureux. Il mène parfois au suicide. Il signe un état névrotique ; en tous les cas que la relation au défunt pouvait être névrotique.

Le travail du deuil suppose que chacun des souvenirs et des espoirs concernant la personne décédée, soit remémoré plusieurs fois puis confrontés à la réalité de la disparition et désinvestis.

Il n'y a plus de rites collectifs permettant une expérience commune de la souffrance et réintroduisant collectivement à la vie. Le deuil est devenu une affaire privée qui ne dispose pas du temps nécessaire pour réintroduire dans le monde des vivants. Dans une société axée essentiellement sur la productivité, le deuil est vécu comme une perte de temps ; en même temps le déni de la mort en fait un « tabou ».

## **L'accompagnement des familles**

Lorsque le malade est en danger de mort, la relation des soignants à la famille se fait plus forte, parfois empreinte de l'ambivalence de tous à l'égard du deuil qui commence. La famille n'est pas toujours la « famille réelle » mais ceux que le malade désigne lui-même comme proches. Celui-ci ne désire pas toujours qu'on se mêle de sa constellation familiale. L'hôpital n'est pas, non plus, toujours propice à l'accueil des familles, (lieux d'accueil inexistantes, gêne, temps compté des soignants) qui dérangent l'ordre médical.

La question se pose constamment de voir ou non la famille en dehors de la présence du malade ou de ne pas la voir du tout. La tentation est de projeter « une famille idéale » ou, si elle est vécue comme « mauvais objet », d'en protéger le malade. Il faut constamment faire un compromis entre les désirs du patient, ceux de la famille et ses propres projections.

L'idéal est de faire participer la famille aux soins du malade dans la mesure du possible, de supporter ses sentiments ambivalents qui rejoignent notre propre ambivalence. Accepter le malade tel qu'il est c'est aussi accepter son entourage. Souvent, après le décès du patient, la famille a envie de poursuivre la relation avec les soignants, témoins privilégiés des dernières semaines, des ultimes souvenirs. L'écouter c'est l'aider à accomplir son deuil.

Dans certaines unités de soins palliatifs, des groupes de parole sont organisés pour les familles avec les soignants pour favoriser cette transition après le décès.

## La mort en gériatrie

L'accompagnement de la mort en gériatrie n'est pas essentiellement différent de celui dont nous avons parlé jusqu'ici. Ce qui peut faire problème c'est que, dans beaucoup d'hospices, il y a restriction de l'activité, absence de stimulations, solitude, détresse et abandon. Les personnes n'y vivent pas, elles attendent d'y mourir.

R. Sebag-Lanao qui a tenté de repenser, dans ses services, l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie, parle de son expérience des besoins des mourants. Elle tente de maintenir un aspect propre et convenable à celui qui va mourir, pour lui, comme pour ses proches. Elle insiste pour qu'il meure comme à la maison, entouré par les soignants et la famille (visites illimitées), qu'il ne se sente pas seul ni ne manque de rien. Qu'il soit calme et apaisé et puisse exprimer ses derniers désirs. Pour elle, il ne faut pas de maternage excessif, de pitié qui dévalorise. Privilégier aussi essentiellement l'identité des personnes âgées dont les déterminants sont trop souvent perdus à l'hospice (voir les besoins spirituels).

## La mort en pédiatrie

G. Raimbault qui a étudié les rapports de l'enfant à la mort, en faisant parler et dessiner des enfants condamnés par la médecine, nous assure que l'adulte méconnaît le savoir de l'enfant sur la mort. L'enfant sait qu'il va mourir ; il ne voit pas d'avenir pour lui. Pour lui la mort c'est de ne plus voir, ne plus sentir, ne plus savoir, ne plus bouger. L'enfant est conscient du chagrin que sa mort va causer à ses parents. Il craint qu'on l'aime moins à cause de la perturbation que sa maladie entraîne dans la vie familiale.

Pour la famille, la mort de l'enfant a un côté absolu, irréversible, stupéfiant qui plonge chaque parent dans une solitude profonde, une blessure narcissique, un traumatisme profond. C'est la culpabilité de ne pas être « un bon parent » qui retentit souvent sur l'entente du couple que la souffrance peut séparer.

Le rôle de l'infirmière est d'entendre la détresse de chacun, de tenir compte du désespoir des parents, de ne pas le banaliser ni en exclure les manifestations parfois bruyantes, d'aider le père à trouver sa place dans la bulle mère/enfant et de renforcer la certitude des parents que leur enfant a encore besoin d'eux.

La mort des enfants est très difficile à supporter pour les soignants. C'est dans leurs services que l'absentéisme est le plus grand : phénomènes d'usure (« burn out »). C'est là aussi que les soignants ont le plus besoin d'être écoutés, soutenus par des groupes de parole.

## La souffrance du soignant ou « *burn out* » et sa protection

La souffrance du soignant qui accompagne est psychologique d'abord. Des pensées de mort, un sentiment d'impuissance (soigner pour « rien ») d'accablement, de révolte, d'anxiété et de culpabilité (être en bonne santé !) de l'agressivité. Tout un cortège de symptômes psychosomatiques peuvent apparaître (dorsalgies, migraines, troubles du sommeil et de l'appétit) et peuvent perturber le soignant voué à un vécu paradoxal : guérir et accompagner vers la mort, lutter contre la douleur sans diminuer la conscience du malade, prendre des initiatives sans manifester une fuite en avant, se distancer pour se protéger sans éviter, ni s'identifier, tenir compte des désirs parfois contradictoires du malade et de sa famille. Son rôle difficile est d'être présent et vivant pour solliciter, jusqu'à la fin, les forces de vie de son malade et de son entourage.

Il faut bien se connaître, savoir ses potentialités et ses limites, garder sa confiance en soi-même, savoir ce qu'on veut pour soi, et accepter de se faire aider par autrui. Pouvoir clarifier les valeurs qui donnent sens à sa vie qui puissent être mises à la disposition du malade et se demander ce que l'on fait pour soi, pour recharger son énergie ?

Il est important de savoir que « la bonne mort » est un mythe et que la réalité incontournable est faite de tristesse et de peur et renvoie à la souffrance d'être, soi aussi, mortel.

Le double risque est de trop se protéger, ce qui amène à l'évitement, au déni, ou à l'identification au mourant.

Les groupes de parole sont un moyen de garder cette juste distance où peut s'exprimer toute la palette des sentiments, où le malade est présent vivant, puis une fois mort, où chaque soignant, quelle que soit la responsabilité qu'il exerce dans l'équipe, devient sujet, et, où place est donnée à l'inconscient. Ils sont un soutien précieux, là où ils existent, même s'ils sont aussi soumis aux avatars de leur histoire.

### Bibliographie

- Aries P. – Essais sur l'histoire de la mort en occident. Seuil, Paris, 1975.  
 Aries P., Dolto F., Marty F., Schwartzberg L. – En face de la mort. Privat, Toulouse, 1983.  
 Broussouloux C. – De l'acharnement thérapeutique à l'euthanasie. R. Laffont, Paris, 1983.  
 David A.-M. – Les dessous de l'hôpital. Gansewitch, 2009.  
 Durkheim K.G. – L'homme et sa double origine. Cerf, Paris, 1977.  
 Durkheim K.G. – L'expérience de la transcendance. Cerf, Paris, 1987.

- Van Eersel P. – La source noire. Grasset, Paris, 1986.
- Elaroussi K. – Contribution à une étude sur la mort en Islam. Bulletin de la Société de Thanatologie, 77, 78, 1989. Encyclopedia Judaica, Jérusalem, 1982.
- Gomas J.M. – Soigner à domicile des malades en fin de vie. Le Cerf, Paris, 1988.
- De Montigny J., De Hennezel M. – L'amour ultime. Les éditions internationales Alain Stanké, 1990.
- Kubler-Ross E. – Les derniers instants de la vie. Labor et Fides, Genève, 1975.
- Kubler-Ross E. – La mort dernière étape de la croissance. Éd. du Rocher, Paris, 1985.
- Raimbault G. – L'enfant et la mort. Privat, Toulouse, 1975.
- Schaerer R., Pillot J., Goldenberg E. – Bulletins de l'Association Jalmalv.
- Schaerer R. et coll. – Soins palliatifs en cancérologie et à la phase terminale. Doin, Paris, 1987.
- Schwartzberg L. – Changer la mort. Albin Michel, Paris, 1977.
- Schwartzberg L. – Requiem pour la vie. Le pré aux Clercs, Paris, 1985.
- Sebag-Lanoe R. – Mourir accompagné. Desclée de Brouwer, Épi, Paris, 1986.
- Thomas L.V. – Anthropologie de la mort. Payot, Paris, 1975.
- Bulletins de la Société de Thanatologie, N° 72, 1987.
- Revue Autrement. La mort à vivre, N° 78, 1987.
- Collectif Partir. – L'accompagnement des mourants. Cerf, Paris, 1986.
- Collectif Soins palliatifs terminaux. La Revue du Praticien, 9, 1986.
- Collectif Séparations, le deuil et sa dynamique. Cahiers Laennec, 3-4.

Christiane Singer (Albin Michel, 2007)

Écrivain, elle a publié 25 livres. Psychologue férue, nourrie des trois religions monothéistes, tout en vivant profondément sa foi chrétienne, elle apprenait brutalement, encore jeune, qu'elle avait un cancer grave et n'avait plus que 6 mois à vivre. Elle écrivit chaque jour, malgré ses intenses douleurs, son journal. Elle décédait en avril 2007, et son éditeur publiait quelques semaines après cet extraordinaire succès de librairie, *Derniers fragments d'un long voyage*. Sa vie, sa mort, son charisme, sa beauté, marquèrent ses lecteurs, ceux qui la rencontrèrent même une seule fois et qui l'ont aimée.

## 10 Le sida

Objet de savoir, de fantasmes, de spectacles (livres, films, émissions TV), le sida ou infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par son extension et sa gravité interpelle chacun d'entre nous, que nous soyons soignants ou non. Nous pouvons voir entrer dans nos services de médecine, de chirurgie, de maternité, de consultations diverses, et, de plus en plus, d'hospitalisation à domicile, des personnes touchées. Elles le sont physiquement et moralement. Nous pouvons également en rencontrer, en côtoyer, en accompagner dans notre entourage proche. Cela ne touche pas seulement les très lointains.

Ce chapitre passe rapidement sur les données biologiques de la maladie proprement dite, qui n'est pas le sujet de ce manuel, mais aborde son incidence psychologique sur le malade comme sur les soignants donc sur leur relation. Même si cette relation n'est pas essentiellement différente de celle qui est vécue dans toute maladie grave, elle comporte des spécificités qu'il nous paraît utile de souligner pour que nous puissions aider les personnes touchées par le VIH non seulement à lutter physiquement mais aussi à vivre psychologiquement le mieux possible, ce qui, nous pouvons l'affirmer améliore leur état biologique.

Séropositivité et sida sont restés longtemps du domaine de la biologie et de la médecine, laissant la psychologie en retrait. Les grands organismes de recherche de tutelle (Santé, Environnement) ont attendu la fin de 1998 pour demander des recherches dans ce domaine. Et pourtant le drame du VIH ne peut laisser personne indifférent. Il nous renvoie à la finitude humaine et nous confronte à elle.

La gravité de la maladie, incurable dans l'état actuel de la science (quoique la thérapeutique, en particulier grâce à la trithérapie, ait beaucoup progressé), le fait qu'elle touche essentiellement des jeunes (29 ans en moyenne) et aussi des enfants, fait violence à chacun d'entre nous.

La maladie ne régresse plus. En 2008, 144 000 personnes en France vivaient avec le virus, 7 000 personnes supplémentaires ont été contaminées (sans forcément développer la maladie). Près de la moitié des nouvelles infections (48 %) ont touché des hommes ayant des rapports homosexuels, soit 3 300 cas. Ce taux est 200 fois plus élevé que chez les hétérosexuels. Il semble que 40 000 personnes en France soient séropositives sans le savoir.

Sida Info Service a reçu 700 000 appels en 2008. L'Institut de veille sanitaire (INVS) estime, le 24 novembre 2009, que 6 940 nouvelles contaminations par le VIH sont intervenues en 2008.

Ce qui semble certain, c'est qu'un contre-transfert hostile de la population a eu tendance à distinguer les victimes « passives » (enfants, hémophiles) des victimes « actives » issues de groupes perçus comme « déviants » (homosexuels, toxicomanes).

Un autre trait spécifique est que ce sont les sécrétions chargées de sens et d'espoir de vie (sang et sperme) qui sont les vecteurs du VIH. À tous ces niveaux, l'infection touche à l'intimité : elle touche aussi à l'intégrité physique et morale de la personne, celle de l'esprit.

La souffrance affective éprouvée par la personne touchée est grande, si grande qu'elle nécessite un accompagnement qui requiert exigence, discernement, patience et compétence. Il sous-tend une implication réciproque très intense dirigée par le patient lui-même qui devient « le » maître. Ceci est constaté aussi bien par les médecins qui expérimentent que leur malade en sait aussi long qu'eux-mêmes sur la maladie que par les autres soignants ou les proches. Notre désir de comprendre, de partager joies ou amertumes peut constamment se trouver en décalage avec ce qui est ressenti par le malade.

## **La séropositivité (dont la déclaration est obligatoire depuis 1996)**

L'angoisse est présente, surtout dans les premières semaines, les premiers mois après l'annonce de la séropositivité. Il y a l'« avant » et l'« après ».

La manière dont a été annoncée ou « assénée » cette séropositivité est capitale. Le rôle des soignants, du médecin en particulier qui va prendre en charge le patient va être essentiel. Contrairement à d'autres maladies, on est obligé de révéler le diagnostic dans un but de prévention (contamination ou recontamination). Panique, dépression, repli sur soi, maîtrise de soi, sang-froid, lucidité peuvent advenir, difficiles à prévoir. Il y a plus de suicides à l'annonce de la séropositivité que lors des premières manifestations cliniques de la maladie. Parfois le séropositif guette ses symptômes dramatisant le plus anodin.

La culpabilité, latente chez chacun, est souvent exprimée même chez les transfusés atteints : « qu'est-ce que j'ai fait au Bon Dieu ? Pourquoi moi ? ». L'inéluctabilité de l'issue est insupportable.

La personne touchée va être confrontée à la solitude : soit qu'elle fasse le vide par l'évitement et le secret, soit par les multiples pertes de proches, amant, amis. Il est capital, dans cette période, qu'elle soit encouragée à aller vers les autres ; les associations ont là un rôle essentiel à jouer. La personne touchée doit se consacrer du temps et avoir une nouvelle attention à elle-même. De multiples activités sont proposées dans ces buts : yoga, Simonton, groupes de parole et de soutien, etc.



La relation corps/esprit va se révéler essentielle. Un malade (symptômes depuis plus de 2 ans) disait à un groupe de personnes également concernées qui le soutenait depuis quelques mois : « Sans vous tous je serais mort depuis longtemps... ! ». Cette influence du psychisme sur le biologique peut se résumer ainsi : certaines personnes face à des événements stressants adoptent des attitudes d'auto-dépréciation ou de résignation stimulant l'axe corticotrope (l'augmentation des corticostéroïdes et du cortisol circulant à un effet immuno-dépresseur). Il semble aussi exister une relation entre le contrôle émotionnel de ces sujets incapables par exemple d'exprimer leur colère, leurs sentiments négatifs ou hostiles - et la non-activation physiologique de l'axe médullo-surrénalien. Ceci contribue également à inhiber le terrain immunitaire.

La personne concernée va être également confrontée à des pertes multiples : image de soi, argent, autonomie, sentiment de sa valeur, projets à long terme. Pour les homosexuels dont on sait le narcissisme et l'investissement de l'apparence physique, l'épreuve des changements est plus redoutée que pour d'autres. Lorsque la maladie s'est déclarée, la souffrance de ne plus être « touché » est exprimée douloureusement.

Certains fantasmes concernant un corps mis à nu, sans défense, agressé, séparé du psychisme apparaissent parfois. A. Ruffiot écrit aussi que « l'attente normalement si féconde pour l'imaginaire et le désir, se mue souvent chez le séropositif en un arrêt, une suspension des fantasmes et une fixation hypocondriaque de la libido sur le corps propre ».

On constate que le moment où la personne va mal psychologiquement ne concorde pas forcément avec une détérioration physique.

À l'annonce de la séropositivité s'impose la question : « À qui le dire ? Quand le dire ? Comment le dire ? ». Pour les homosexuels jeunes, l'annoncer à la famille c'est, en même temps révéler un mode de vie. Pour le bisexuel, cela peut être l'extrême difficulté de l'annoncer au conjoint. Une sélection va se faire parmi les proches et une expérimentation de la qualité des liens. Quelle vérité l'autre est-il capable de supporter ? Et comment vivre ce moment crucial : « Cette épreuve soit nous fait couler, soit devient une telle force qu'on est obligé de l'exprimer ; soit elle vous détruit, soit elle vous fait faire des choses qu'on n'aurait jamais faites autrement ! »

## **Lorsque la maladie est là**

Certaines personnes touchées vont participer à un protocole de recherche (« compassionnel ») qui donne espoir, sens à la vie, satisfait au désir de laisser des traces.

Souvent une profonde transformation va s'annoncer : changement de vie, redécouverte de la tendresse, de la manière même d'aimer, naissance

d'un nouveau rapport de soi avec soi, de soi à son corps et de soi à l'autre. La personne va se prendre en charge, apprendre à vivre au jour le jour, tenter de faire de chaque journée un acte d'amour, de courage, de vie.

Cette recherche d'un sens à la vie et même à la maladie n'est guère différente des besoins spirituels décrits plus haut (p. 147) débordant largement le religieux. C'est une conversion (= se tourner vers) de l'existence à l'essentiel.

Un malade témoigne : « Mes joies, mes peines, mes rires, ma souffrance, tout ce que je peux partager avec les autres, je le dois au VIH », et un autre : « Je voudrais une chaîne humaine où l'on inventerait de la chaleur pour finir heureux, en douceur ».

Sur le plan psychopathologique, la dépression affleure souvent : les projets sont difficiles à concrétiser ; il y a baisse ou disparition de la libido (les médicaments en sont aussi responsables et il est difficile de déterminer la part organique de la part psychique).

Le VIH peut provoquer des décompensations psychotiques, des bouffées délirantes. Les états démentiels ne sont pas rares en fin d'évolution. Pour prévenir ces états et apporter un soutien psychologique outre la participation à des activités de groupe, un accompagnement en psychothérapie duelle peut être indiqué et précieux.

## **VIH et maternité**

La révélation du diagnostic d'une maladie porteuse de mort est source de culpabilité massive.

Actuellement, 7 à 9 femmes enceintes sur 10 pratiquent le test de dépistage. Si la mère est séropositive, le nouveau-né a environ 10 % de chance d'être atteint, si le sida est avéré, 50 à 60 %. L'enfant est contaminé à partir de la 8<sup>e</sup>/10<sup>e</sup> semaine de grossesse et il semble que le risque maximum soit en fin de grossesse et au moment de l'accouchement. L'allaitement maternel est à déconseiller absolument et au sevrage la cuisson des viandes est à surveiller pour éviter les risques de toxoplasmose.

À la naissance, si la sérologie du bébé est positive du fait du passage des anticorps par le placenta dans le sang, des tests particuliers doivent être pratiqués pour déterminer la contamination.

Le désir d'enfant peut être grand et plus fort que la perception du risque pour l'enfant et la mère. Il y a au contraire souvent surinvestissement de la mère.

Il est fortement conseillé en début de grossesse de pratiquer plusieurs tests pour confirmer un diagnostic de séropositivité chez la mère et éviter une IVG inutile.

## **VIH et prisons**

On estime à 6 % la population pénitentiaire touchée par le VIH. L'institution carcérale est confrontée à la maladie VIH mais différemment selon qu'il s'agit de prisons où sont purgées de longues peines ou de maisons d'arrêt qui sont des lieux de passage. C'est là, parfois lors de l'entrée, que se découvre une séropositivité (souvent aussi une syphilis). Le nombre de toxicomanes y est important. Beaucoup de ressortissants d'Afrique sub-saharienne (10 %) sont déjà atteints en entrant.

L'entretien confidentiel à l'entrée en prison est essentiel pour établir une relation de confiance entre détenu et soignants mais le nombre des entrées et le manque de moyens adaptés créent une distorsion dont tout le monde souffre.

Des complications dues au sida, notamment la tuberculose, posent des problèmes de prise en charge.

La confidentialité est également difficile à respecter et la réinsertion sociale, surtout en cas de toxicomanie, est difficile à étayer.

## **VIH et toxicomanie**

30 à 50 % des drogués sont séropositifs et on compte entre 80 000 et 150 000 toxicomanes en France.

Il est important que le toxicomane ait envie de se soigner (VIH et drogue). La relation au médecin va être déterminante dans cette décision car c'est lui qui va décider de donner ou non des psychotropes pour cibler son traitement sur le VIH.

La structure psychologique du toxicomane et son comportement rendent difficiles la motivation à la régularité des soins ainsi que la participation à des groupes et particulièrement à des aides diverses.

La cohabitation de certains groupes particulièrement touchés (homosexuels et toxicomanes) dans des lieux, des associations, des groupes comportant toutes les personnes concernées, pose ainsi des problèmes psychologiques et pratiques.

## **Transfusions et VIH**

On pense que parmi les 5 000 ou 6 000 personnes qui ont été transfusées lors d'accidents et d'interventions, un certain nombre sont actuellement séropositives sans le savoir et risquent donc de contaminer leurs proches.

C'est en 1977 que le virus du sida contamina les banques de sang américaines. En 1982 fut décrit le premier cas probant d'infection post-transfusionnelle. Il fut autocensuré par crainte d'indisposer les puissantes institutions qui commercialisent les produits sanguins.

En France, le don du sang est gratuit mais le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine) en revendait. Peur de la concurrence de produits chauffés venant de l'étranger, peur de l'arrivée sur le marché du test américain déjà prêt qui aurait pu protéger les dons de sang ; incroyable négligence des médecins ; criminels intérêts commerciaux d'un organisme auquel la loi interdisait, en théorie, de faire des bénéfices, tout cela a conduit les responsables du CNTS à distribuer, pendant deux ans, des produits contaminés en cachant les risques encourus aux intéressés et à leurs médecins. 40 à 50 % des hémophiles ont été contaminés dont 80 % dans la région parisienne. Les responsables furent poursuivis.

Il y eut ensuite la volonté implicite de discréditer les victimes, coupables de « surconsommation » de ces produits dits « de confort ». Les hauts responsables du gouvernement, de la Santé et du CNTS, pourtant alertés par certains spécialistes, se réfugièrent, pour leur défense, dans l'ignorance qui entourait entre 1983 et 1985 l'épidémie.

Les hémophiles vivent donc deux maladies graves dont une mortelle, avec le dramatique sentiment d'être doublement victimes. Ils se sont battus depuis la petite enfance pour survivre et croyant, depuis une vingtaine d'années, pouvoir mener une vie normale grâce à la transfusion préventive de certains facteurs sanguins (VIII et IX), et ils se voient atteints d'immuno-déficience, contaminés et surcontaminés par leur traitement.

## Soignants et VIH

Les soignants voient autant de séropositifs que de malades avérés à cause des traitements préventifs. Des liens forts se créent entre patients et soignants.

93 % des malades meurent à l'hôpital même si un gros effort est fait en faveur de l'hospitalisation à domicile, ce qui suppose la présence d'un tiers en permanence auprès d'eux.

Devant l'inéluctabilité de la mort, le personnel soignant doit faire son deuil de ne pouvoir guérir (phénomène de « *burn out* » ou tentation de baisser les bras). Seule la qualité humaine des soignants : leur compétence, leur écoute, la possibilité qu'ils ont de prendre dans les bras, de masser, d'aborder l'essentiel, permet aux malades de rester vivants jusqu'au bout. Cela demande de l'humour, de l'authenticité et de l'humilité. C'est une confrontation permanente à l'impuissance thérapeutique, à des sujets tabous (mort, drogue, sexe), à la dégradation physique et parfois psychologique. Le malade a droit au secret et également au déni qui est une défense vitale. Il a droit également à l'identité qu'il se choisit.

C'est une confrontation aussi au danger de contagion qui requiert une très grande attention. Il faut aussi savoir qu'une piqûre entraîne 0,31 % de chance d'être contaminé (contre 30 % d'hépatite B).

L'accompagnement est le même que pour d'autres malades gravement atteints : présence, don d'une parole d'espérance lorsque le malade est prêt à la recevoir. Toutefois le temps consacré au malade est plus important : une étude du BEH montre que le soignant est 30 % plus longtemps au lit du malade et que le temps de soins est majoré de 40 %. À cela il faut ajouter la contrainte des protocoles thérapeutiques.

Le passage du curatif au palliatif (antalgie, accompagnement) est une phase difficile avec la crainte d'erreur dans la décision, le palliatif étant vécu comme irréversible.

Parmi les difficultés spécifiques s'ajoute la conduite quasi suicidaire des toxicomanes non sevrés.

Le malade assiste impuissant à la lente dégradation de son corps même s'il ne souffre pas physiquement.

Parfois, il y a contradiction entre son désir de recevoir encore des traitements actifs et son désir de mourir sereinement.

Lorsque le malade n'a plus aucun désir, en particulier lorsqu'il est atteint psychologiquement ou cérébralement dans son désir de communiquer, s'instituent des codes de communication auquel le soignant doit se former.

## **Fin de vie**

Il y a une grande diversité de phases terminales, les maladies opportunistes étant elles-mêmes très diverses. Seul point commun, le vieillissement est accéléré : perte de poids et cachexie, fatigue, troubles neurologiques périphériques et déficit des fonctions supérieures ; la maladie touche beaucoup d'organes.

Les soins infirmiers ne sont pas différents de ceux des autres patients : précautions comprises, surveillance des possibles infections opportunistes, soulagement de la douleur physique et de l'anxiété. Il faut savoir s'abstenir de traitements jugés inutiles en fin de vie. La concentration de toute l'équipe soignante est nécessaire.

Si un malade refuse un traitement, il faut analyser si ce traitement lui profite vraiment ou s'il occasionne des souffrances. Certains établissements imaginent des « vacances thérapeutiques » pour permettre au patient de « souffler ».

Le recours au « cocktail lytique » ou euthanasie témoigne d'une méconnaissance des possibilités chimiothérapeutiques de soulagement, de la relation née des soins de confort et de la communication de tendresse ultime.

## Familles et VIH

La relation de la personne atteinte à sa famille est parfois délicate. Lorsqu'elle apprend la séropositivité, la famille voit souvent sanctionné un comportement à risques qu'elle a déjà condamné, dont elle a craint l'issue, qu'elle a parfois voulu ignorer.

Mourir avant ses parents est une perspective perçue comme profondément injuste. Certains séropositifs retardent le moment où ils vont révéler l'inquiétante nouvelle. Ils appréhendent autant le rejet que l'hyperprotection.

La famille va affronter les énigmes de la relecture d'un passé commun. Il y a aussi la crainte de renvoyer à ses parents âgés une image de mort.

Certaines familles peu informées peuvent craindre une « contamination domestique » et se montrer maladroites.

Souvent, pendant la séropositivité, la famille reste marginale et elle ne prend sa place que dans la phase palliative. Mais là aussi les choses ne sont pas faciles. Le plus souvent, les lieux de rencontre à l'hôpital sont inexistantes (couloirs...).

Chez les homosexuels, la rencontre de la famille et de l'amant au chevet du malade est chose délicate à gérer, chacun ayant sa place dans l'accompagnement.

Cela peut être aussi un intense moment de réconciliation. Un malade l'exprimait ainsi disant : « Je voudrais que ma mère me prenne dans ses bras et que nous pleurions un bon coup ! ».

La relation des soignants à la famille, particulièrement dans l'hospitalisation à domicile, peut être d'une qualité exceptionnelle et transformer la phase terminale pour le patient comme pour ses proches ; une parole de paix peut transformer le deuil de ces parents qui ressentent douloureusement cette interruption d'une vie jeune, amputée de son accomplissement.

Certaines familles reviennent dans le service où leur enfant est décédé ; d'autres reprennent son engagement associatif, d'autres encore contactent les groupes de soutien dont il faisait partie.

Parfois les familles ne se manifestent pas du tout et il est difficile de savoir si elles ont été mises à l'écart, tenues dans l'ignorance par le malade, ou si elles l'ont rejeté.

## Bibliographie

- Cassuto G.P. et Reboulot B. – La séropositivité au quotidien. Ed. Odile Jacob, Paris.  
 Casteret A.M. – L'affaire du sang. Ed. La Découverte, Paris.  
 Chambers A. – La danse du coucou. Le Seuil, Paris, 1983.  
 Daniel-Ange. – Franck ou le sida vaincu par l'espérance. Fayard, Paris, 1983.

- Guibert H. – À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie. Gallimard, Paris, 1990.
- Guibert H. – Le protocole compassionnel. Gallimard, Paris, 1991.
- Henry E.L. – De l'hémophilie et du crime. Ed. Le pré aux clercs, Paris, 1992.
- Kubler-Ross E. – Le sida, un défi à la société. Interédition, Paris, 1989.
- Pollak M. – Les homosexuels et le sida. Ed. Métailé, Paris, 1988.
- Pratt R.J. – Sida et soins infirmiers. Paris, 1993.
- Riedmatten-Roe L.A. – Le scandale des hémophiles. Ed. du Rocher, Paris, 1992.
- Ruffiot A. et coll. – Psychologie du sida. Pierre Margada, Bruxelles, 1989.
- Vertadier A. – Vivre le sida. Le livre blanc des états généraux. Le Cerf, Paris, 1992.
- Jalmar H. – Sida, accompagnement et soins palliatifs. Cahier n° 26, 1991.
- Bulletin Épidémiologique hebdomadaire – Surveillance du Sida en France : situation après 2 ans d'interruption. N° 38-2000, 19 septembre 2000.
- Impact-Médecin. – N° 195, juin 1993.
- L'infirmière magazine. – N° spécial Sida, décembre 1992.
- Onusida – Rapport sur l'épidémiologie mondiale de VIH-Sida. Juin 2000.

# Index

## A

accompagnement, 151  
accompagnement des familles, 153  
acharnement thérapeutique, 143  
Adler, 18  
adolescence, 59  
agonie, 147  
agressivité, 94  
– dans l'adolescence, 66  
alcool, 80  
ambivalent, 48  
analyse transactionnelle, 26  
angoisse, 16  
anorexie, 96  
autoérotisme, 64

## B

besoin d'appartenance, 86  
– de communication, 87  
– de considération, 85  
– de dépassement, 89  
– de sécurité, 86  
– physique, 146  
– psychologique, 148  
– spirituel, 150  
boulimie, 96

## C

Ça, 16  
célibat, 93  
communication, 87  
compulsion, 15  
conduites de fuite, 98  
conscient, 15  
coprophagie, 97  
corps, 101  
couple, 92  
Cyrulnik, 23

## D

délinquance juvénile, 74  
délire, 131

dépression, 130  
– du post-partum, 41  
désir d'enfant de la mère, 35  
désir du père, 37  
dessin d'enfant, 56  
deuil, 152  
développement psychomoteur de l'enfant  
– 0 à 15 mois, 42  
– 1 à 3 ans, 45  
– 3 à 6 ans, 47  
– 6 à 9 ans, 47  
– 9 à 12 ans, 48  
déviance, 33  
Dolto, 22  
douleur, 105  
drogue, 75

## E

échographies, 37  
école, 53  
écoute active, 89  
encoprésie, 97  
énurésie, 97  
équipe soignante, 115  
euthanasie, 144

## F

fait social, 34  
famille, 33  
– relation éducative, 49  
familles et VIH, 164  
fixations, 95  
fugue, 73

## G

Gestalt, 27  
grossesse, 37  
groupe, 31  
– social, 34



**H**

histoire, 1  
homosexualité, 92  
hospitalisation  
– adulte, 112  
– enfant, 113  
hypocondrie, 128, 130

**I**

identité, 46  
inconscient, 16  
involution sexuelle, 94

**J**

jeu, 55  
Jung, 18

**K**

Klein, 18

**L**

Lacan, 21  
langage, 45  
latence, 14  
leadership, 32

**M**

maladie, 111  
maladies somatiques, 129  
mécanisme de défense, 17  
médias, 53  
modes de garde, 51  
Moi, 16  
mort, 137  
– dans le christianisme, 142  
– dans le judaïsme, 140  
– en Afrique noire, 139  
– en gériatrie, 154  
– en Islam, 138  
– en pédiatrie, 154

**N**

naissance, 40  
Naouri, 24  
narcissisme, 67

**O**

objets transitionnels, 20  
Œdipe, 13

**P**

préconscient, 16  
principe de plaisir, 12  
principe de réalité, 12  
psychanalyse, 11  
psychodrame, 25  
psychogériatrie, 126  
psychologie  
– animale, 3  
– de l'enfant, 6  
– différentielle, 4  
– expérimentale, 1  
– pathologique, 10  
– sociale, 8  
psychologie du fœtus, 39  
psychopathologie, 129  
psychosomatique, 101  
psychothérapies, 25  
puberté, 60

**Q**

quotient intellectuel, 5

**R**

régressions, 95  
relation d'autorité, 116  
relation de dépendance, 116  
relaxation, 28, 108  
retraite, 119  
Rufo, 24

**S**

séropositivité, 158  
sexualité, 64, 91  
sida, 157  
sociologie, 31  
soignants et VIH, 162  
sophrologie, 28  
souffrance du soignant, 155  
Spitz, 20  
stade  
– oral, 13  
– phallique, 13  
– sadique anal, 13  
stress, 106  
suicide, 81  
Surmoi, 16

**T**

tabac, 80  
test de Rorschach, 6  
transfert, 112  
transfusions et VIH, 161

**V**

vérité, 145  
vieillessement, 119

**VIH**

– et maternité, 160  
– et prisons, 161  
– et toxicomanie, 161  
visualisation, 29

**W**

Winnicott, 19