

| Psychologie

UE 1.1/Semestre 1

Professeur Jacques Birouste

Docteur en psychologie
Docteur d'État en Sciences Humaines

Professeur des universités émérite en Psychologie et Psychopathologie

Ancien chargé d'enseignement, de formation et de supervision
dans les Écoles et Instituts de formation des infirmiers.

A exercé la psychologie et la psychothérapie en services hospitaliers
de médecine générale et de gynécologie obstétrique, en clinique
psychiatrique et en institutions médico-sociales.

Chargé d'encadrement éducatif et de prévention
en Centres anti-cancer et anti-dopage.

Collection dirigée par Kamel Abbadi



« Le photocopillage, c'est l'usage abusif et collectif de la photocopie sans autorisation des auteurs et des éditeurs.

Largement répandu dans les établissements d'enseignement, le photocopillage menace l'avenir du livre, car il met en danger son équilibre économique. Il prive les auteurs d'une juste rémunération.

En dehors de l'usage privé du copiste, toute reproduction totale ou partielle de cet ouvrage est interdite. »

ISBN 978-2-216-11499-3

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du Droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris), 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 analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 1^{er} juillet 1992 – art. 40 et 41 et Code pénal – art. 425).

© Éditions Foucher – Vanves – Septembre 2011

Sommaire

■ Introduction	Le système nerveux.....	7
■ Cours 1	Treize besoins en psychologie chez l'infirmier(e)	25
■ Cours 2	Mise en place de la structure psycho-affective pendant la vie prénatale....	33
	Psychologie et soin 2.....	36
■ Cours 3	Développement de la structure psycho-affective, de la naissance à trois semaines	37
	Psychologie et soin 3.....	41
■ Cours 4	Le nourrisson et l'émergence de la structure individuelle (vers 15 mois)	43
	Psychologie et soin 4.....	47
■ Cours 5	Le développement psychomoteur du nourrisson	49
	Psychologie et soin 5.....	53
■ Cours 6	Les prises de conscience en fin de première année	55
	Psychologie et soin 6.....	60
■ Cours 7	L'apprentissage de la première liberté	61
■ Cours 8	La référence tierce, de la troisième à la sixième année	65
	Psychologie et soin 8.....	71
■ Cours 9	L'adolescence	73
	Psychologie et soin 9.....	80
■ Cours 10	La personnalité	81
	Psychologie et soin 10.....	88
■ Cours 11	L'approche de la personne par la psychologie cognitive	89
	Psychologie et soin 11.....	97
■ Cours 12	Les émotions.....	99
	Psychologie et soin 12.....	104
■ Cours 13	Les sensations, les perceptions	107
	Psychologie et soin 13.....	115
■ Cours 14	La mémoire	117
	Psychologie et soin 14.....	123
■ Cours 15	L'attention, l'intelligence, la communication.....	125
	Psychologie et soin 15.....	140

■ Cours 16	L'approche de la personne par la psychanalyse	141
Psychologie et soin 16		150
■ Cours 17	La psychopathologie, les pathologies mentales	153
Psychologie et soin 17		168
■ Cours 18	Le corps en psychologie	169
Psychologie et soin 18		182
■ Cours 19	L'approche de la personne par la psychologie sociale.....	185
■ Cours 20	L'approche soignante : risque de dépersonnalisation, expression de sujet.....	199

Pour préparer l'examen :

Téléchargez sur www.supfoucher.com des évaluations inédites

Les émotions

L'émotion est la résultante d'un éprouvé de facilité ou de difficulté – voire d'impossibilité – à réaliser une conduite. L'intensité émotive est variable, entre deux pics : elle est à son maximum dans l'effet de surprise, qui correspond à la soudaine extrême facilité à réaliser la conduite puisque le résultat s'offre brusquement ; elle est à son maximum en cas d'échec devant l'obstacle. La durée est brève. L'expression émotionnelle est caractéristique : la peur, la joie, la colère, le dégoût, la stupéfaction, l'abattement, par exemple, sont aisément reconnaissables par autrui. L'émotion peut être communicative : les émotions « se partagent » dans des scènes d'euphorie collective ou de colère, de compassion, etc.

I L'émotion néonatale est innée

Pour les émotions primitives liées notamment à la faim, à la soif, au sommeil et au repos, au confort de la position, de récents travaux scientifiques sur des nourrissons aveugles de naissance tendent à montrer qu'il existe des **schémas d'expression émotionnelle innés**, dont la durée est très brève. La révolulsion, la colère, la peur, la joie premières disposeraient d'expressivité qui ne doit rien à l'imitation de l'environnement. Il s'agirait de traits génétiquement inscrits. Matis Chiva a établi une échelle de rudiments expressifs néonataux en faisant varier des stimuli gustatifs. Les réponses ne doivent rien à la culture puisqu'il s'agit des toutes premières heures après la naissance. Partout dans le monde, les bébés ont les mêmes réactions émotionnelles intenses et brèves.

II L'expression émotionnelle interactive chez le nourrisson

On s'accorde pour reconnaître le rôle joué par **l'imitation** au fur et à mesure que le nourrisson grandit. **Dans l'interaction avec ceux qui le maternent** se construit le code qui donnera sens à ses attentes, à ses agissements et à ses réactions. La traduction des émotions et l'apport de signes pour les exprimer est un tout premier apprentissage social.

La mutation des expressions émotionnelles est une condition-clé de la socialisation et de l'insertion culturelle du bébé.

L'apprentissage de l'éventail des émotions est un conditionnement, qui associe une suite favorable ou défavorable (bien-être/mal-être) à des gestes ou à des conduites. Les expressions s'intercalent alors peu à peu comme **signaux**, pour avertir que l'action va se satisfaisant ou qu'elle peine à être satisfaite, ou encore qu'elle bute sur un obstacle.

Ces expressions sont possibles lorsqu'un premier contrôle de sa musculature faciale et pondérale s'établit par l'enfant, qu'il apprend en distinguant l'effet qu'il produit sur l'environnement.

L'expression est aménagée en fonction des circonstances, qu'il identifie assez précocement (situations de nourrissage, de toilette, de coucher, de lever, de visites autour de lui, de sorties dans des lieux de calme ou d'excitation, etc.). Ces situations s'accompagnant de changements neurovégétatifs intenses, le bébé en reconnaît vite les prémices et il y **associe mimiques et gestes qui manifestent la facilité et l'aisance à s'y préparer ou la réticence, voire la résistance, à s'y conformer.**



Pleurs, cris, tressautements, gloussements, éclats, gesticulations annoncent comment bébé capte les débuts de la conduite. Selon le plaisir ou la gêne ressentis, il y participe en positif ou en négatif (il accompagne vers ou s'instaure contre). Le couple plaisir-déplaisir est bien sûr le principal moteur du conditionnement aux codes sociaux qui, **envoyés par le visage de la mère, par ses gestes et par le ton de ses dires, façonne l'expression émotionnelle du bébé.**

III Les formes émotionnelles sont expressives

De la joie à la colère, de la peur à la révolte s'établissent des formes expressives. L'éventail est restreint. Quelques nuances dépendent de la variété des signaux émis par l'entourage à destination du bébé pour qu'il les adopte, mais aussi de la capacité du bébé à les faire agir en tant que signaux sur les autres pour **avertir** qu'il est satisfait ou insatisfait. L'émotion est soudaine et brève, elle relève de moments-clés concernant l'éprouvé immédiat. Manque, colère, impatience, peur, dégoût... puisent dans un stock de quelques traits sociaux utilisés dans un code expressif sommaire avant même l'acquisition du langage.



Plus tard, même après acquisition de la parole, **l'émotion reste en deçà du langage verbal** : la soudaineté « coupe le souffle », « il n'y a pas de mots pour dire ». L'intensité de l'éprouvé qui, articulé à l'organisme, provoque la vasoconstriction/dilatation brusque, fait monter les larmes, serre le gosier, voile le regard, bouleverse la coordination sensori-motrice, fait trembler, fait s'affaisser, empêche d'entendre... Combien d'intentions de discours solennel ont dû capituler soudain sous la charge d'une bouffée d'émotion ! Les belles phrases sont balayées par un « Je suis ému » à peine balbutié. **L'organisme surgit par surprise au point de défaillance du psychisme.**

Émotions et psychisme

Les émotions sont la première articulation de l'organisme avec le psychisme. Le pic d'émotion devient expressif quand il est capté et renvoyé par l'entourage sous forme de signifiant. L'émotion est un ressenti très corporel mais qui, vu par autrui, prend du sens. Plaisir ou déplaisir ressentis font ensuite des images constituant l'imaginaire, puis sont traduits par la parole pour devenir des sentiments.

- Le corps ému (affecté) est senti.
- Les images et l'imaginaire produisent de l'invention, qui est une tentative de sens, des impressions.
- Les symboles, par la parole, font les sentiments.

L'infirmier a constamment affaire aux trois registres expressifs, sachant que les situations et circonstances vécues par un patient donneront plus d'importance à l'un ou à l'autre.

L'état de maladie produit des affects (le corps est affecté) en soulagement ou en douleur ; le soin aussi. Le patient passe alternativement par les trois registres à l'occasion de son éprouvé de malade comme de son éprouvé de soin. Il y a de l'émotion quand soudain un événement apporte une donnée nouvelle. Il y a une impression quand le malade tente une approximation de signification en s'appuyant sur sa mémoire et son imagination.

Le soignant cherche à faire différencier les éprouvés d'émotions et d'impressions, qu'il utilise comme repères pour sa stratégie de soin :

- **hurler** est de la douleur brute, l'organisme est sans psychologie ;
- **geindre** ne l'est plus tout à fait car le gémissement s'adresse à quelqu'un, il est une demande d'assistance. Il y a de l'émotion ;
- **se plaindre** est une franche demande de soin, avec une **stratégie pensée** : le sujet n'est plus dans l'émotion, il organise ses impressions et ses sentiments.

A Dynamique expressive dans le soin

L'aide soignante prend en compte la capacité du patient à éprouver des émois et à tenter d'en exprimer les impressions.

Pour décoder et comprendre la dynamique expressive d'un patient, il est utile d'**apprendre à distinguer les vécus corporels** en regard de l'originalité de chaque situation de malaise ou d'amélioration d'aise :

- un corps secoué, un corps lent, un corps contraint, un corps violenté ou à l'inverse un corps soulagé, un corps désensibilisé, un corps calmé, un corps reposé... Les émotions expriment ces états.
- Ensuite, le soignant repère les références à la vie foisonnante de l'imaginaire qui viennent chez le patient : ce qu'il a en mémoire et ce qu'il tente de mettre en forme en termes d'impressions. Chaque plaisir-déplaisir entraîne une cohorte d'impressions, de souvenirs, de ressauts de mémoire ou d'invention d'expressions (« *C'est comme si... ; ça me fait penser à...* »). L'émotion stimule la vie imaginaire, l'excitation de plaisir-déplaisir provoque l'attente que l'action se prolonge ou cesse.
- Cette tension entraîne les images positives ou négatives stockées, qui provoquent à leur tour un renchérissement positif ou négatif. La souffrance entraîne la peur, qui entraîne la colère, qui entraîne la révolte. Ou le repos entraîne la passivité, la démission, la tristesse, un vécu d'abandonné, etc.
- Enfin l'émotion, par le jeu des codes sociaux, deviendra communication. Soit elle est mimique, posture, gestuelle, donc signe symbolique déjà ; soit même elle accède à la verbalisation, jusqu'à pouvoir être exprimée en termes de sentiment (le sentiment est du ressenti mis en mental, du « senti-mens »). Alors le sujet exprime ses émotions.

B Les cellules psychologiques post-traumatiques

Les « cellules psychologiques » dans les situations traumatiques fonctionnent sur le principe de l'**expression émotionnelle**. Elles mettent en place une « écoute », une disposition pour que les personnes ayant subi un **choc émotionnel** puissent ressentir une attention bienveillante à laquelle elles sont encouragées à s'adresser.

L'écoute psychologique = une aide à l'expression de la surprise, de l'effarement, du désarroi, de l'horreur, de l'extraordinaire... de manière à ce que le ressenti dépasse celui du choc émotionnel et soit intégré à un échange, via l'imaginaire puis avec la parole.

L'insensé (l'événement traumatisant n'a pas de sens dans la logique de l'existence de quelqu'un) sera capté et reprenne sens – même si la réalité impose que ce sens soit pénible, voire dramatique. Rester « interloqué » (= sans voix) devant l'horreur fragilise, peut détruire la cohérence de la personne. Même si c'est très difficile pour le traumatisé, **l'aider à identifier les émotions**, à en exprimer les soubresauts, et à lui **faire trouver l'expression sociale** de sentiments et de communication parlée, non seulement contribue au soulagement (l'expression est tournée vers le partage par autrui), mais donne – en étant dite – une forme plus légère et davantage fluide à l'émotion. Les « pleureuses » de certaines contrées venant sur les

lieux en cas de deuil, les rassemblements de voisinage commentant et brochant longtemps en cas de « veillée mortuaire », sont d'autres formes culturelles équivalentes. Là encore, des nœuds imaginaires noués dans l'intimité imaginaire sont convertis en inventions d'images, puis seront orientés pour emprunter l'expression parlée et la logique verbale.

Il s'agit de liquider les surplus nocifs d'affects, les émotions paralysantes parce que non socialisées, pour leur indiquer les voies plus souples et mieux communicatives de l'**expression symbolique**.

IV La cognition invente pour tenter une causalité

Les émotions correspondent à un ressenti de facilitation ou d'empêchement des besoins (émotions positives et négatives). Avec elles, c'est un état qui est vécu. Ce n'est qu'ensuite que la conscience attribue un objet (une cause) à cet état, pour exprimer/expliciter ce dernier. On a d'abord un ressenti de légèreté, d'ivresse, de fluidité et d'aisance, éprouvés d'émotion de joie intense, avant de signifier le lien : objet de la joie parce que réussite à un examen ou joie parce que premier signe complice d'un amoureux convoité. **L'émotion est un état de l'être** (être triste, être accablé, être las, être léger). Les émotions font rechercher ensuite l'identité d'un objet causal, plus ou moins vrai ou imaginaire, peu importe. Un état de peur, par exemple, peut être désigné comme provenant des souris, du vide, de la foule, d'un père sévère, de l'opération, du cancer, de mauvaises notes, des voyages en avion, du noir, etc. La cognition se met au service des **mécanismes de défense** de la personne.



La psychanalyse a découvert que ces causalités sont souvent une illusion que se donne le sujet pour ne pas dévoiler son désir inconscient. Lorsqu'il annonce son émotion de peur, il est dans le vrai : il a réellement peur. Mais il (se) truque la cause de sa peur : annoncer l'objet de la peur (les souris, la nuit...) n'est qu'un leurre qu'il (se) met à la place de l'aveu. S'il a peur, c'est qu'il est confronté à la réalisation de son désir interdit. Il préfère donc esquisser la confrontation à son désir interdit et glisser vers un **compromis** : l'état de névrose phobique, dont les causes crues et affichées sont des tromperies (▷ le cours sur les psychopathologies).

V L'anxiété et l'angoisse

Il est, par contre, un état émotionnel qui n'accepte pas d'objet, pas de causalité symbolisée, c'est celui de l'anxiété-angoisse. L'état anxieux comme l'état d'angoisse ne peuvent pas être affublés d'un quelconque objet causal. **L'anxiété** est permanente, indéfinie. Elle gêne l'existence. Le syndrome majeur de cet état de fragilité émotionnelle chronique est constitué par une **attente inquiète** d'événements malheureux, de la tension musculaire, de l'inhibition motrice, des manifestations neurovégétatives telles que palpitations et tachycardie.

L'angoisse paralyse l'existence, par violentes bouffées insupportables. Elle correspond à une sensation **d'oppression**, de sensation que des forces contraignantes compriment l'organisme (le terme « angoisse » vient du mot latin désignant l'étroitesse).

L'angoisse disqualifie la vie psychique. La cognition est impuissante devant les crises d'anxiété ou d'angoisse, elle n'est pas un recours pour apaiser.

Les recherches biochimiques montrent un recours possible dans quelques circonstances à des anxiolytiques et des bêtabloquants pour réduire les symptômes, la relaxation a aussi un effet

sédatif. Mais c'est à un niveau radical de la construction des équilibres de l'identité (pour l'anxiété) et de la personne (pour l'angoisse) que réside probablement la clé de ces deux émotions profondes, qui troublent notablement l'expérience de vie des personnes et de leur entourage.



La psychanalyse récente (J. Lacan) pense que la cause de l'angoisse réside dans la perte du bon fonctionnement des images et des symboles, le sujet étant alors obligé de se considérer comme objet, chose réelle d'autrui (d'où la pétrification et le poids ressentis). Le maniement des images et des signes, ce qui est la fonction habituelle du sujet est rendu possible.

VI Le stress, le *coping*, le *burn-out*

A Le stress

La situation de stress est une situation créée par une sursollicitation externe, cumul qui ne permet plus à l'organisme de sérier et d'adapter ses réponses aux trop nombreuses sollicitations, souvent contraires, qu'il subit.

En situation de **stress**, la personne perd de sa clairvoyance et en vient à des **passages à l'acte** qui expriment comment son système cognitif, trop affaibli, ne traite plus correctement l'information. Elle lâche prise et s'en remet à un arc réflexe primaire. L'émotion est intense, mais la saturation éprouvée donne le pas à l'anxiété, voire à l'angoisse, sans recours à la gamme d'expressions émotionnelles habituelles et codées dans le milieu de vie.

Le sujet psychologique se vit comme **saturé** par le cumul des stimuli et des sollicitations. Son affaiblissement émousse son sens de la responsabilité et son objectivité. Il a tendance à ressentir les sollicitations comme des **agressions**, dont il se protège par une attitude globalement défensive de **victime** (agressivité réactive). Il perd son objectivité pour analyser les situations et les relations.

Ce faisant, il fait courir des risques à autrui et à lui car le prisme du stress déforme ses capacités d'analyse d'un imprévu.

B Le *coping*

Le coping correspond au processus actif par lequel la personne tente de faire face au stress, en s'accommodant vaille que vaille de la situation négative. On tente des solutions de fortune en minimisant, en s'inventant des prétextes, en ne traitant qu'une partie du problème, en niant le problème. Mais les réponses palliatives ne tiennent qu'un temps.

C Le *burn-out*

Le stress et le *coping* indiquent un degré d'intolérance émotionnelle à une situation très inconfortable, qu'il convient de ne pas faire durer, sous peine de basculer dans un ***burn-out* très dangereux** pour soi et pour autrui, « pétage de plomb » irraisonné dans l'angoisse, dans l'inhibition dépressive ou dans la brusque colère, voire dans la violence. La personne « craque ». Ici, les émotions ont pris le dessus sur le psychisme : la structure de l'individu ne fonctionne plus. La personnalité « explose ».

P psychologie et soin

- Moteur ou frein, l'émotion peut être normale ou excessive. Trop d'émotions empêchent le sens critique et la raison. **Parler**, échanger, faire transformer l'émoi en impression puis en sentiment aide à **dépasser** l'état de stupefaction.
- La situation de malade, puis de patient en soin, déclenche souvent des **retours d'affects** (bouffées émotionnelles) drainant les images et les souvenirs archaïques des premières expériences de vie, vécues dans l'oscillation plaisir-déplaisir parce que facilitatrices d'aise ou obstacles pénibles. Le soignant ne doit pas s'étonner de ces **régressions** qui montrent comment la personne tente de composer (*coping*) avec le stress.
- La situation de maladie déclenche en régression des émotions globalement **positives** quand elles correspondent à un apport et à un confort (les soignants sont « super chouettes », le moindre succès est vécu comme un partage de bonheur), ou comme globalement **négatives** quand le patient subit mal la frustration et les contraintes (avec vécu déprimé-passif ou revendicateur-incisif).
- Les affects de la vie émotionnelle sont **moteurs** ou **freins**. Ils contribuent à établir chez le malade la base de confiance – *a priori* en soi et en l'équipe soignante.
- À l'inverse, ils en minent les fondements quand ils dégagent une ambiance de tension exagérée, qui ne colle pas avec la situation objective. Le malade se fait objet de soin avec un zèle encombrant, ou il devient obstinément rétif aux consignes et aux interventions.
- Lorsque l'humeur devient très euphorique, délibérément optimiste, le patient tend à **minorer** les contraintes du protocole soignant et les obstacles aux besoins. Il fait exagérément considérer que le soin est facile, que les soignants sont très efficaces, amicaux, magiciens aplanissant les difficultés, et que recouvrer la santé va de soi, phénomène normal, à portée. La relation peut aller jusqu'à aduler le soignant (Attention ! Piège en vue !). Une telle confiance euphorique est un leurre : sans fondement réel, relevant du **merveilleux enfantin**, passée l'excitation du rappel d'images euphoriques de la petite enfance aimée et protégée, elle déresponsabilise le malade. Un jour, une peccadille la dénonce. L'émotion de lâchage est alors intense, cruellement ressentie. Le patient, se vivant trahi, s'effondre et ne soutient plus l'effort soignant.
- Lorsque l'humeur de base est dépressive, pessimiste, « noire », alors le patient tend à **exagérer** la pénibilité de l'effort et minimise les gains des interventions soignantes. À quoi bon ? La relation est teintée d'aigreur et de reproches : on n'a pas su s'y prendre, on aurait dû agir autrement pour son cas. Le coche a été loupé, on est dans l'impasse, ça n'ira pas loin. S'énonce alors une litanie de regrets, qui nient la qualité du soin et disqualifient jusqu'au désir de soigner chez les soignants, accusés de n'être là que pour d'autres intérêts et de profiter de la situation des malades. Attention ! Pièges du **découragement** et de l'usure en vue : plus l'amélioration objective de la santé progresse et plus la tonalité déprimée alourdit le climat. *L'a priori* de l'impossible – par blocage affectif sur l'état de dépendance archaïque et les déceptions qui en ont résulté – prend le pas sur la responsabilisation optimiste et raisonnable du retour en autonomie.
- La relation à l'équipe soignante peut être une posture de « loser », pénible à supporter par l'entourage (famille et professionnels). Décliner systématiquement une gamme d'impuissance et d'inutilité des efforts de tous pour améliorer la situation révèle un traumatisme archaïque jamais compensé. Le « travail de deuil » sur l'émotion initiale n'ayant pas été accompli, la personne restant en son for intérieur persuadée que l'existence ne vaut pas les efforts pour vivre dès lors qu'on a été lâché par ses premiers protecteurs, la situation de soin est convertie en **défi perdu** (« Vous n'y arriverez pas ! »).

- La **maladresse de personnes** ayant un **trouble du schéma corporel**, même passer, est parfois **humiliante** : inonder le lit par le bol de café, maculer de chocolat ou de thé la chemise de nuit, renverser le plateau-repas ou le vase de fleurs est vexant pour le patient. Ne plus assurer son équilibre, vaciller, se cogner devient une forte gêne. Le personnel soignant est attentif à ne pas déconsidérer la situation (« *Ce n'est rien !* ») puisque **celle-ci a de l'importance aux yeux du malade**. Il est préférable de signifier que, du point de vue des civilités (politesse, propreté), les choses se rattrapent aisément, mais que du point de vue de la santé, ce trouble significatif est retenu par l'équipe soignante et mérite toute son attention.
- La perte de confiance en soi, inhérente aux troubles de l'habileté, déclenche de l'anxiété : le malade redoute **qu'elle n'envahisse toutes les composantes** des gestes et de la motricité. Il a besoin de pouvoir confier son désarroi, il a besoin de témoins qui le rassurent sur les caractères partiel et limité des troubles.
- L'image du corps commande l'assimilation psychologique des **prothèses**. Il ne peut y avoir de correctif et de compensation adéquats sans la participation positive de l'ensemble de la personnalité. Ce qui signifie que le narcissisme de base doit l'adopter pour qu'elle soit assimilée. La personne doit arriver à se plaire ainsi appareillée ; les regards et paroles d'autrui y contribuent.
- Une image du corps n'intégrant pas une prothèse la condamne au **rejet** : le sujet ne « se fait pas » à cet appareil qui, resté au statut d'un ajout artificiel, est une gêne. L'utilité n'est pas un argument suffisant. **La prothèse doit porter une dimension libidinale pour plaire** : faire plaisir. Le détour par le plaisir d'autrui est parfois efficace (chacun a avalé des goûts *a priori* acides et amers pour faire plaisir à maman, à papa ou au chat de la maison, avant de s'y habituer, puis d'aimer ça).
- L'image de son corps change avec le temps. Très narcissique au moment de la jeunesse, elle cède du terrain au fil des âges. Il faut tout de même rester attentif à la mémoire inconsciente du corps, qui veille à continuer d'obtenir du plaisir par la séduction et l'attraction, **jusqu'à des âges avancés**. Le dispositif de soin veille au respect de la pudeur, mais aussi au respect des goûts pour **la rencontre** : parure, coiffure, rasage, change de linge, colifichets, parfum, crèmes, maquillage, perruque, etc. L'entretien du corps pour le regard d'autrui, dont les soignants, et pour le contact dans la rencontre d'autrui, dont la visite ou les pansements et médications, est un facteur positif pour la contribution personnelle du soin.
- **Les mal-être de l'adolescent ou du névrosé** sautent souvent aux yeux, surtout lorsque ceux-ci sont mal à l'aise dans leur corps. L'entourage a souvent le réflexe de minimiser l'envergure des problèmes : les « complexes » avoués paraissent minimes (trop gros mollet, couperose sous les yeux, nez retroussé ou en pointe, chevelure frisée, etc.). Or, ce qui est vrai dans le réel ne l'est pas dans la réalité psychique : un bouton sur la joue est dérisoire, cependant il cristallise à lui seul l'ensemble du manque à être de la personne (« *Il me fait manquer* » dira-t-on), ce qui conduit aux associations d'idées avec toutes les frustrations et toutes les insatisfactions. La personne en est consciente. « *Je sais bien que c'est ridicule* » dit-elle, avant d'ajouter : « *Mais quand même, ce bouton me défigure* » à entendre comme : « *il représente tout ce que j'exècre lorsque je manque* ». La personne ne sait pas dire ce qu'il y a dans son inconscient, mais elle sait qu'elle refoule l'exécration, dont le bouton qui bourgeonne sur la figure idéale (narcissique) atteste la **meurtrissure** (par le Ça).
- Les personnes agitées et anxieuses finissent par être perçues comme « mauvais » malades en regard des patients passifs catégorisés de « bons ». Attention aux raccourcis

risqués : la contribution et la responsabilité pour se soigner ne sont pas nécessairement entraînées par des postures activistes et un tonus tendu.

- La tentative d'**autolyse** (suicide) ou le geste ayant entraîné des blessures (rixes, agression, prise de risques inconsidérée...) peuvent heurter la conscience du soignant. Celui-ci doit distinguer et **isoler son action soignante de ses appréciations de valeurs**. L'intervention soignante porte sur un être humain en accident de santé, quel que soit son contexte. Le travail en équipe aide à **extraire le projet soignant** des interférences avec l'affectivité personnelle. Il aide aussi à distinguer, énoncer et affirmer ses propres valeurs, mais ailleurs que dans l'exercice du soin.
- La tentative de connaître les **limites** corporelles et de pratiquer les marges entraînent parfois des conséquences tragiques, avec **séquelles** irréparables (suites aux vitesses, infections, drogues et toxiques, ivresses...). Le personnel soignant, qui a à connaître de près les séquelles, ne juge pas les personnes dans leur choix individuel, mais il doit s'investir activement dans la **prévention**, qui est la démarche par laquelle les conséquences objectives de l'irresponsabilité servent l'éducation.
- **L'accompagnement en fin de vie** requiert une sensibilisation au parler « sans objet », dans lequel la prise de parole vise simplement à dire la dignité qu'apporte le dialogue. La routine du soin peut lui servir de support : à propos d'un dosage, d'une compresse, d'une médication, d'un geste, etc., le dialogue est lancé, ou relancé, vers l'évocation des souvenirs de la personne ou vers l'évocation du projet d'un proche, d'un trait de caractère de l'un ou l'autre, vers l'évocation de l'air du temps, du temps qu'il fait, etc. Il s'agit de la fonction dite « **phatique** » du langage, celle où s'entretiennent **le contact et la reconnaissance mutuelle** des interlocuteurs (dire : « *Allo ? !* » en prenant un appel téléphonique relève de la **fonction phatique** de la parole. Cette interjection ne dit rien d'autre que le contact est établi, que la liaison passe, que les conditions de l'échange sont en place et que le dialogue est accepté).

Table des matières

■ Le système nerveux.....	7
I Organisation du système nerveux.....	7
II Du neurone au nerf	7
A Le neurone	7
1. Aspects cytologiques	7
2. Le neurone, une cellule excitable	9
3. Intégration du message nerveux.....	13
B Le nerf	15
III Système nerveux central	15
A Organisation.....	15
B L'encéphale.....	16
1. Le cerveau	16
2. Le cervelet	18
3. Le tronc cérébral.....	18
C La moelle épinière.....	19
IV Système nerveux périphérique.....	19
V Système nerveux autonome SNA	22
■ Cours 1 Treize besoins en psychologie chez l'infirmier(e).....	25
Besoin 1 : repérer la place du soin dans l'existence de la personne	25
Besoin 2 : considérer les impacts des conditions du métier de soignant sur sa personnalité	26
Besoin 3 : les relations interpersonnelles des intervenants optimisées en tant que système soignant	26
Besoin 4 : considérer le corps en tant que corps humain.....	27
Besoin 5 : énoncer clairement pour faire preuve de rigueur	27
Besoin 6 : intégrer la particularité de l'âge des soignés	28
Besoin 7 : intégrer les particularités de crise.....	28
Besoin 8 : reconnaître la frustration	29
Besoin 9 : reconnaître les ressources de compensation.....	29
Besoin 10 : faire sens	30
Besoin 11 : repérer les effets du cumul des dépendances	30
Besoin 12 : lutter pour l'identité et contre le morcellement et les dissociations.....	30
Besoin 13 : sauvegarder la dignité	31
■ Cours 2 Mise en place de la structure psycho-affective pendant la vie prénatale	33
I Le stade fœtal est déjà riche en échanges	33
A Le fœtus réagit avec précision.....	33
B L'interaction très précoce articule passé, futur et mystère.....	33
C La flèche du temps	34
D La communication inconsciente mère-fœtus.....	34
II La psychologie génétique et les âges de l'enfance	35
Psychologie et soin 2.....	36
■ Cours 3 Développement de la structure psycho-affective, de la naissance à trois semaines	37
I Le contact mère-enfant	37

II	L'unité fusionnelle prolongée.....	37
III	Le rôle de la tétée.....	38
IV	La réactivité du nouveau-né.....	39
V	De la fusion à l'influence sociale : l'interstructuration	39
VI	Les premières sensations « d'être-au-monde »	40
	Psychologie et soin 3.....	41
■	Cours 4 Le nourrisson et l'émergence de la structure individuelle (vers 15 mois).....	43
I	La construction des perceptions.....	43
A	Avec la cavité buccale : découverte de l'autre discontinu	43
B	L'ébauche du soi continu	43
II	La dynamique de la rencontre abolit la fusion et fonde l'altérité.....	44
III	L'activité à succès : fabriquer des illusions	44
IV	L'installation de la vie psychique	44
V	La tyrannie psychique.....	45
VI	L'angoisse dépressive des six mois.....	45
VII	Les prémices de la pensée	46
	Psychologie et soin 4.....	47
■	Cours 5 Le développement psychomoteur du nourrisson.....	49
I	La posture et les mouvements	49
II	La cognition.....	50
A	Le rôle du sevrage	50
B	La fabrication et la fonction d'objets transitionnels	50
C	La pensée en transition	51
D	L'hypothèse de l'empreinte	52
	Psychologie et soin 5.....	53
■	Cours 6 Les prises de conscience en fin de première année.....	55
I	La connaissance d'objets : des choses, un auteur, des moyens d'action.....	55
II	Le stade du miroir	56
III	Le reflet de soi suscite l'amour.....	56
IV	Le mythe de Narcisse pour comprendre l'amour de soi normal ou pathologique.....	57
V	Estime et confiance, mais aussi doute et anxiété.....	57
VI	Le goût pour les premiers jeux	58
	Psychologie et soin 6.....	60
■	Cours 7 L'apprentissage de la première liberté.....	61
I	Le progrès en langage	61
A	Les étapes	61
B	Le processus d'apprentissage de la parole.....	62
II	Le progrès en mobilité.....	63
III	Le progrès en propreté.....	63
A	La mise en responsabilité sur les évacuations.....	63
B	Les dérives inconscientes.....	64
C	La spirale conflictuelle des affrontements entre parents et enfant	64
■	Cours 8 La référence tierce, de la troisième à la sixième année	65
I	La rigueur des régularités, règles et réglementations	65
II	Le cadre éducatif.....	65

III	La référence de la loi.....	66
A	La castration par le symbolique.....	66
B	L'âge des « <i>Et pourquoi ?</i> ».....	66
C	La volonté personnelle	67
IV	Le complexe d'Œdipe	67
V	La socialisation de l'enfant	68
A	L'accès au savoir.....	68
B	Le rire et le « faire semblant »	68
C	Les identifications : « faire comme », avec humour.....	69
VI	Le souci chez l'enfant de la maîtrise et de la performance	69
	Psychologie et soin 8.....	71
I	Cours 9 L'adolescence.....	73
I	Corps d'adolescence	73
II	En remorque ou en pilote, en élève ou en action.....	74
III	Tester et se tester.....	74
A	Norme et originalité.....	74
B	Figures d'identification.....	75
IV	La vulnérabilité adolescente.....	75
A	L'anxiété rend prompt(e) à s'en remettre à un(e) guide.....	75
1.	Richesse et danger de l'appui.....	75
2.	La passion aveugle.....	75
B	Les flottements de la crise.....	76
V	L'idéal du Moi et les identifications sociales.....	77
VI	Psychopathologies à l'adolescence.....	77
A	Suicide en commun.....	77
B	Anorexie	77
C	Boulimie.....	78
D	Addiction	78
E	Épisodes névrotiques et psychotiques.....	79
1.	Névroses.....	79
2.	Psychoses	79
	Psychologie et soin 9.....	80
I	Cours 10 La personnalité	81
I	La personnalité, un tableau dynamique	81
II	La personnalité, une commodité pour prévoir le comportement.....	82
III	Les tests de personnalité	82
IV	Les traits, les tableaux, les styles.....	83
V	Les tests projectifs	84
VI	Les tableaux de personnalités	85
	Psychologie et soin 10.....	88
I	Cours 11 L'approche de la personne par la psychologie cognitive.....	89
I	Naissance de la psychologie scientifique	89
II	La personnalité a disparu derrière l'écran des résultats objectifs.....	90
III	Les conduites initiales seraient programmées	90
IV	La démarche du cognitivisme.....	91
V	Les neurosciences conçoivent les modèles comme évolutifs et les programmes souples.....	91
VI	La faculté à produire du traitement malin	92

VII	Combiner les constantes et les variations : le travail de l'intelligence	92
VIII	Apathie et hospitalisme : un manque à fabriquer du traitement d'informations.....	93
IX	La fonction cognitive.....	94
A	La compression d'informations.....	94
B	L'intelligence discrimine, mais rassemble et harmonise également	94
C	La dissonance cognitive.....	95
X	Le sujet renaît de ses cendres, l'estime de soi.....	95
	Psychologie et soin 11.....	97
■ Cours 12	Les émotions.....	99
I	L'émotion néonatale est innée.....	99
II	L'expression émotionnelle interactive chez le nourrisson.....	99
III	Les formes émotionnelles sont expressives.....	100
A	Dynamique expressive dans le soin	101
B	Les cellules psychologiques post-traumatiques.....	101
IV	La cognition invente pour tenter une causalité.....	102
V	L'anxiété et l'angoisse.....	102
VI	Le stress, le <i>coping</i> , le <i>burn-out</i>	103
A	Le stress.....	103
B	Le <i>coping</i>	103
C	Le <i>burn-out</i>	103
	Psychologie et soin 12.....	104
■ Cours 13	Les sensations, les perceptions.....	107
I	Les sensations.....	107
A	Les sensations pour la vie.....	107
B	Les sensations sont du toucher, elles portent sur les contacts et liens avec le milieu	108
C	Les sensations témoignent du processus de vie en train de s'accomplir	108
D	Les sensations, clés de l'insertion dans l'espace et dans le temps	109
1.	La sensation du toucher dans le développement de l'enfant.....	109
2.	La profondeur mystérieuse qui apporte le contact ou qui en prive pousse à la curiosité.....	109
3.	La sensation forte immédiate : caprice, motivation, mobilisation.....	110
E	L'affordance guiderait le geste	110
F	Le renforcement d'apprentissage par répétition des sensations.....	111
II	Les perceptions.....	111
A	La perception organise des constances, qui font connaître et reconnaître	111
B	L'humain optimise : le passage des sensations aux perceptions.....	112
C	La perception des coordonnées et la métrique	112
D	Les perceptions font se reconnaître entre soi.....	113
E	L'olfaction	114
	Psychologie et soin 13.....	115
■ Cours 14	La mémoire	117
I	La mémoire, pierre angulaire de la psychologie cognitive	117
A	Structure et dynamique	117
B	L'activation de représentations (images).....	118
C	Mémoire et vieillissement	119
1.	Le déficit de mémoire.....	119
2.	Les amnésies.....	119
3.	Le vieillissement et le langage : optimisation cognitive.....	119
II	La mémoire, pierre angulaire de la psychanalyse	120
A	La mémoire fabrique des leurres de diversion	120

B	Les représentations en mémoire sont combinables pour fabriquer des inventions	120
C	L'oubli	120
D	Les retours de la mémoire dans le rêve	121
E	L'invention de la psychanalyse, un clivage du sujet : pour et contre le retour de mémoire	122
Psychologie et soin 14		123
Cours 15 L'attention, l'intelligence, la communication		125
I	L'attention	125
A	La concentration sur une tâche	125
B	L'attention est un contrôle de situation tendant au maximum de maîtrise	125
C	Les stratégies attentives	126
D	La sélection, le filtre	127
E	Le manque d'attention et la faute d'inattention	127
F	La fiabilité au travail	128
II	L'intelligence	129
A	L'extraction d'images vers l'abstraction	129
B	L'abstraction et le raisonnement	130
1.	Le système de l'intelligence est un tri économique	130
2.	L'abstraction réfléchissante installe la pensée	130
3.	La pensée poursuit un but	130
C	La surveillance et la censure du foisonnement imaginaire	131
1.	Les associations libres	131
2.	L'invention pragmatique	131
D	L'abstraction formelle et la logique	132
E	L'activité de la pensée	132
1.	Les tests d'intelligence	132
2.	Le QI	133
III	La communication	134
A	La communication est une science de la complexité	134
B	La communication verbale	135
1.	La distinction signal-symbole	135
2.	La parole	136
3.	La communication infra-verbale	136
C	Le développement de la communication chez l'enfant	137
1.	L'entrée dans la signifiante	137
2.	La base du dialogue	137
3.	Les supports des messages	138
4.	Se mettre en scène en tant qu'allocuteur (celui qui parle)	139
Psychologie et soin 15		140
Cours 16 L'approche de la personne par la psychanalyse		141
I	Les découvertes de la psychanalyse	141
A	Le refoulement	141
B	Le transfert	141
C	Le contre-transfert	142
D	Les fantasmes inconscients	142
E	Le corps érogène et les représentations sexuelles refoulées	143
F	L'inconscient n'est pas une mémoire morte, mais une poussée dynamique	143
II	L'objet de la psychanalyse : l'inconscient	143
A	L'inconscient est contenu dans la parole	143
B	Le clivage du sujet parlant	144
1.	Le sujet conscient de l'énoncé	144
2.	Le sujet inconscient de l'énonciation	144
3.	Besoin, demande et désir	144

C	La fonction de l'imaginaire	145
1.	Le rêve	145
2.	Les fantasmes	146
D	La libido	146
III	La pratique de la cure	147
A	Le transfert	147
B	Les résistances	147
C	La pratique du sens des symptômes	147
D	Le soulagement	148
E	La théorisation	148
	Psychologie et soin 16	150
■	Cours 17 La psychopathologie, les pathologies mentales	153
I	La psychopathologie	153
A	Les écarts et la norme	153
1.	L'habitude et la perturbation	153
2.	Le modèle et l'écart	153
3.	La norme et l'anormalité statistique	154
4.	L'invalidité d'existence et la douleur morale	154
B	Le sens des défaillances dans la phénoménologie analytique	154
1.	Phénoménologie analytique	154
2.	Le symptôme est un gain	155
C	Une posture active	155
1.	La méthode clinique	155
2.	L'accompagnement	156
II	Approche psychanalytique des conditions de pathologie psychologique	157
A	Les manques, les compensations, les frustrations : les occasions de ratés de la dynamique psychique ...	157
B	La castration	157
C	La psychopathologie des conflits internes	159
III	Les pathologies mentales majeures	161
A	Paranoïa, délires paranoïaques	161
1.	La personnalité paranoïaque	161
2.	Les délires	161
B	Schizophrénies et dissociation	162
1.	Le syndrome de dissociation	162
2.	Les délires	162
3.	Les hallucinations	162
4.	Modélisation	163
C	Les psychoses maniaco-dépressives	164
1.	L'accès maniaque	164
2.	L'accès mélancolique	164
3.	Modélisation : le dysfonctionnement touche la relation à soi	164
D	Les syndromes dépressifs	164
4.	L'état dépressif	164
5.	Modélisation	165
E	Les névroses	165
1.	La névrose hystérique	166
2.	La névrose obsessionnelle	166
3.	La névrose phobique	167
	Psychologie et soin 17	168
■	Cours 18 Le corps en psychologie	169
I	Le schéma corporel	169
A	La nécessité dynamique	169

B	Pathologies et schéma corporel	170
1.	La défaillance anxieuse.....	170
2.	L'apraxie.....	170
3.	Le membre fantôme	170
4.	L'angoisse de morcellement.....	171
5.	Les confusions et hallucinations psychotiques	171
II	L'image du corps.....	171
A	Valeur par rapport au possible ou à l'impossible	171
B	Valeur par rapport à autrui	172
C	Pathologies et image du corps	173
1.	Mal dans sa peau.....	173
2.	Psychopathologies névrotiques et psychotiques	174
III	L'image inconsciente du corps	174
IV	La stratégie de résilience	175
V	L'approche psychosomatique de la maladie	176
A	Le tonus musculaire	176
B	Les affections et la psychosomatique	177
C	La relaxation, méthode transversale aux troubles du tonus et psychosomatiques	177
VI	L'expérience des limites.....	178
A	L'orgasme	178
B	La pratique sportive, d'endurance ou des extrêmes, « repousse les limites »	178
C	Les situations à risques	178
D	Les situations de défi.....	179
VII	L'expérience du sacré	179
A	Les corps supports d'écriture transcendante	179
B	Les corps purifiés.....	179
VIII	La mort du corps : les maladies létales.....	179
IX	La responsabilité pour la mort.....	180
X	Soins palliatifs et accompagnement de fin de vie	181
	Psychologie et soin 18	182
Cours 19	L'approche de la personne par la psychologie sociale	185
I	La vie sociale	185
A	Les interdépendances homme-société.....	185
B	Les hiérarchies complexes	186
1.	La consonance cognitive	186
2.	La dissonance cognitive.....	186
C	Le jugement social.....	187
1.	Faveur	187
2.	Comparaison	188
3.	Attitude.....	188
D	Le rapport au pouvoir	189
1.	Sanctionner.....	189
2.	Commander.....	189
3.	Obéir.....	190
4.	Justifier	190
5.	Manipuler	191
6.	Avoir le leadership.....	191
E	Le pouvoir et les jeux de pouvoir	192
1.	Le rapport à la volonté souveraine.....	192
2.	Le statut, le rôle, la fonction.....	192
3.	Les enjeux de pouvoir.....	192

F	Les relations intergroupes et les déformations cognitives	193
1.	Le préjugé.....	193
2.	La discrimination.....	193
3.	L'expédition	193
4.	La compétition, le conflit.....	194
5.	La violence intergroupe.....	194
G	Les valeurs.....	194
II	La psychologie sociale et le travail.....	195
A	Les conduites au travail.....	195
B	Le partage des tâches, les coopérations.....	195
C	La fierté d'appartenance.....	196
D	Les motivations au travail.....	196
E	L'alimentation de la dynamique personnelle au travail	196
1.	Progression	196
2.	Dysfonctionnement	197
■	Cours 20 L'approche soignante : risque de dépersonnalisation, expression de sujet	199
I	La clinique pour l'énonciation du patient.....	199
II	Le passage de la douleur à la souffrance	200
III	En soignant, proposer l'écoute.....	200
IV	L'empathie et le désarroi du soigné.....	201
V	Face à la quête d'explications.....	202
A	Demandeur	202
B	Connaisseur	202
VI	Limitation de la relation soignante.....	203
A	Contact intersubjectif.....	203
B	Séduction	203
C	Affabulation.....	203
VII	Grandeur et poids du rôle de soignant	203
VIII	Les dimensions psychologiques du soin pour l'accompagnement du patient	204