

# Hildegard E. Peplau – « Relations Interpersonnelles en Soins Infirmiers » (1952) - Extraits

## 1<sup>ère</sup> partie – Etapes et rôles dans les situations de soins

### 1/ Une définition des Soins Infirmiers

Les questions qui permettent de clarifier le concept « Soins Infirmiers » sont les suivantes :

Que sont les soins infirmiers ? Qui les prodigue ? Dans quelles situations sont-ils utiles ? Que peuvent-ils faire pour les individus ? Comment agissent-ils ? Quand sont-ils nécessaires ? Sont-ils efficaces isolément ou nécessitent-ils la coopération d'autrui ? Comment procède-t-on pour obtenir des soins infirmiers ?

Les soins infirmiers constituent une démarche interpersonnelle et souvent thérapeutique qui comprend des actions qui requièrent la participation de deux personnes ou plus, personnes qui tirent parfois profit de telles interactions.

La santé recouvre le développement de la personnalité et des autres processus humains dans le sens d'une vie personnelle et sociale qui soit créative, constructive, et fructueuse. Les conditions essentielles qui sont en interaction dans la santé se résument en deux grandes catégories :

- les exigences physiologiques de l'organisme qui nécessitent des conditions matérielles adaptées au bien-être de l'individu et du groupe,
- les conditions interpersonnelles individuelles et sociales qui répondent aux besoins de la personnalité et permettent l'expression et l'utilisation fructueuse des aptitudes.

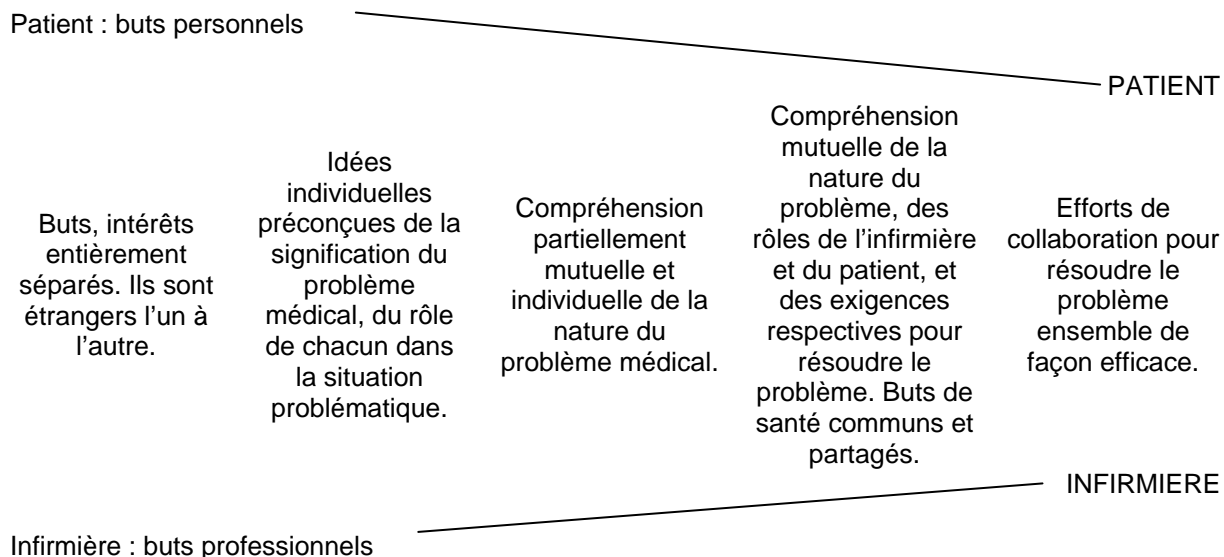
La santé a toujours été l'objectif principal des soins infirmiers, et si les méthodes curatives ont eu tendance à supplanter le développement de méthodes préventives, les objectifs actuels s'inscrivent dans un vaste projet qui propose les deux approches. Quelle que soit la situation, des étapes ordonnées s'imposent pour atteindre un but. Le processus de soins se définit comme une série d'actions applicables à diverses situations.

Les soins infirmiers constituent une fonction. Le mandat et l'orientation des fonctions de l'infirmière découlent des différentes situations qui voient ces professionnels collaborer à l'amélioration de la santé.

A la fois démarche (dont l'objectif est de ramener les malades à la santé) et fonction, les soins infirmiers sont aussi une force de maturation et un instrument éducatif. En effet, ils peuvent amener individus et collectivités à introduire des changements de comportements bénéfiques dans leur vie. Tout problème vécu par un individu ou une collectivité porte en lui sa propre solution. En amenant les gens à développer leur capacité à résoudre leurs problèmes par eux-mêmes, les infirmières jouent à la fois un rôle éducatif et thérapeutique.

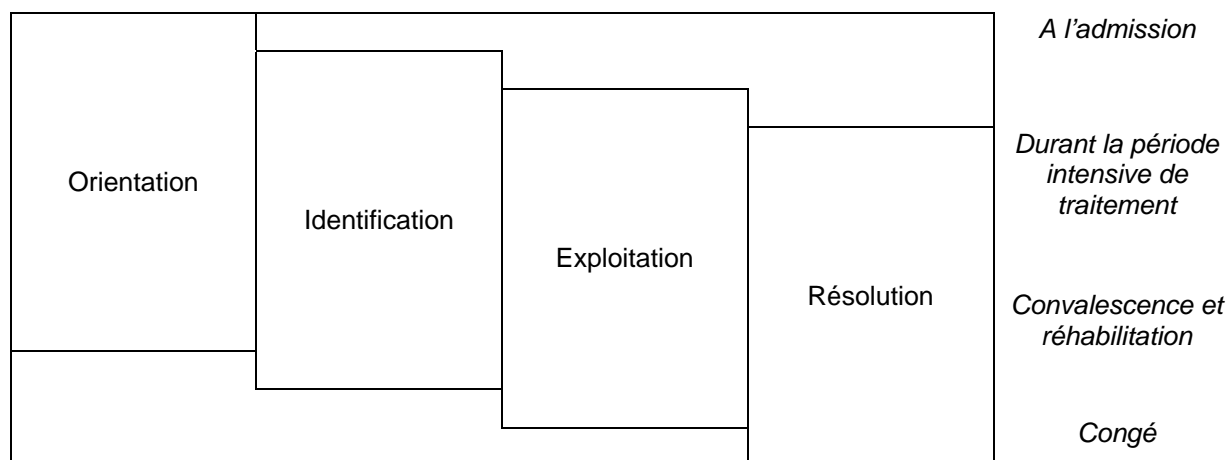
Question : l'infirmière doit-elle faire les choses *pour* un patient, ou peut-on favoriser des relations interactives de sorte qu'elle parvienne à faire des choses *avec* le patient ?

La relation infirmière - patient peut être représentée sur un continuum. A une extrémité se situent deux individus aux objectifs et aux intérêts différents. A l'autre, deux personnes qui travaillent ensemble à la résolution d'une difficulté qu'elles appréhendent de la même manière :



## 2/ Les étapes de la relation infirmière - patient

Quatre étapes interreliées se chevauchent dans la relation infirmière – patient : orientation, identification, exploitation et résolution. Chacune est caractérisée par une imbrication de rôles et de tâches relatifs au problème de santé posé. A mesure que l'infirmière et le patient apprennent à travailler en coopération pour résoudre les difficultés, ces rôles et tâches se redéfinissent. Ces quatre étapes incontournables s'imposent comme les composantes de toute relation complète de soins infirmiers.



## L'étape d'Orientation

La première, dite étape « d'orientation » est la période au cours de laquelle le patient identifie à la fois son problème de santé et les personnes ressources qu'il peut mettre à contribution pour gérer ce problème.

Dans sa démarche de recherche d'une aide professionnelle, il exprime un besoin « ressenti » : un problème de santé est apparu dont il comprend plus ou moins la nature. La recherche d'aide constitue alors une situation d'apprentissage dynamique qui pourra donner lieu à une prochaine étape constructive de son évolution personnelle et sociale. Le patient veut trouver un sens à ce qu'il vit. Le rôle des soins infirmiers est d'aider à ce processus de clarification afin que le patient intègre sa maladie comme une expérience riche d'enseignement.

Durant cette phase, le soignant et le soigné sont deux étrangers l'un pour l'autre. Ils n'ont pas encore conscience d'avoir quelque chose en commun. Pour autant, dès ce moment, l'infirmière met en œuvre quatre types de rôles infirmiers :

- Personne ressource : elle donne au patient les informations nécessaires à la compréhension de son problème et de sa nouvelle situation,
- Conseillère, assistante psychosociale : elle écoute le patient s'exprimer sur ses sentiments nés des événements liés à sa maladie,
- Substitut maternel, paternel, ou fraternel : elle permet au patient de revivre et d'examiner des sentiments vécus lors de relations antérieures. Ce faisant, elle fournit au patient de nouvelles figures symboliques d'autorité ou de rivalité qui lui permettent de réorienter ses sentiments,
- Expert technique : elle sait manipuler différents appareils dans l'intérêt du patient.

Cette étape pose le cadre thérapeutique qui permet au patient de s'engager dans une relation de partenariat actif dont l'objectif est la gestion du problème de santé. Le patient ignore généralement que ces rôles sont à sa disposition, comme il ignore que sa situation nécessite d'y faire appel souvent. Son comportement indique cependant qu'il éprouve certains besoins demandant ce type d'aide professionnelle. La manière dont l'infirmière perçoit le fait d'aider ses semblables peut considérablement modifier l'évolution de la personnalité du patient. L'une de ses missions est d'obtenir le consentement du patient en lui apportant des données de nature l'aider à identifier et comprendre les différents aspects de son problème médical et leurs implications.

L'orientation est essentielle à la pleine participation du patient et à l'intégration complète de l'évènement maladie dans le cours de ses expériences de vie. C'est la seule prévention contre le refoulement ou la dissociation de l'évènement. Car si le patient nie sa maladie ou cherche à ignorer certains aspects de sa situation afin de la rendre plus confortable, cela complique les choses. Tout patient a besoin d'être aidé à utiliser de façon positive l'énergie née des tensions et de l'anxiété associées aux besoins ressentis pour définir et comprendre son problème et y faire face.

Pendant la période d'orientation, le patient clarifie sa première impression globale du problème, dont certains aspects et détails se révèlent à mesure que les divers intervenants agissent en fonction de sa nouvelle situation psychologique. Le patient participe à ce processus d'orientation en posant des questions, en essayant de découvrir ce qu'il doit savoir pour être sécurisé, et en observant comment les professionnels réagissent avec lui. En demandant et en recevant de l'aide, le patient se sent pour ainsi dire bientôt chez lui parce qu'il sait qu'il a le droit d'exprimer ses désirs et que ceux-ci seront pris en considération.

### L'étape d'Identification

Lorsque la première impression du patient s'est plus ou moins éclaircie et qu'il perçoit ce que la situation peut lui offrir, il répond sélectivement aux personnes qui peuvent le mieux l'aider. Pendant cette phase il identifie donc l'infirmière comme étant la personne la plus à même de diminuer l'insécurité liée à sa maladie.

Cette infirmière a pour mission de permettre l'expression émotionnelle du patient pendant les soins infirmiers qui lui sont prodigués. Le patient peut librement expérimenter des expériences gratifiantes et des sentiments que la culture n'encourage pas d'habitude : impuissance, dépendance, égocentrisme, envie de pleurer, etc...

Tant qu'il n'y a pas eu communication entre l'infirmière et le patient, cette dernière ne sait rien des besoins du patient liés à l'apparition du problème de santé. Elle lui posera donc directement des questions sur ce sujet afin d'identifier son mode de vie antérieur, ce qui l'aidera à déterminer quels sont ces besoins actuels. Dans le même temps, l'infirmière aura à cœur de clarifier les idées préconçues du patient au sujet des infirmières et des soins infirmiers, mais également ses propres idées préconçues concernant le patient et sa capacité à gérer le problème.

Il convient également d'examiner les possibilités d'utiliser les relations infirmière – patient et leurs véhicules naturels (toilette, repas, etc...) comme expériences nouvelles de « maternage » pouvant supplanter les expériences traumatisantes de l'enfance. Ce faisant, l'infirmière met en œuvre une approche pédagogique de nature à développer chez le patient un sentiment de rapport aux autres lui permettant d'exprimer en toute sécurité ses besoins et ses désirs. Souvent, la maladie est ressentie comme une menace pour la sécurité, le pouvoir, la dignité, et la valeur personnelle. Cette peur diminue si le patient s'identifie aux personnes qui l'aident à se sentir moins menacé par la situation. Les soins infirmiers symbolisent l'acceptation des malades tels qu'ils sont, et leur assistance en périodes de stress.

A partir de soins infirmiers de qualité prodigués pendant l'étape de l'identification, le patient peut tirer parti des événements qui, au point de vue psychologique, le ramènent à des attitudes de son enfance. Pendant cette étape, trois réactions sont possibles :

- la participation du patient sur la base d'une relation d'interdépendance avec l'infirmière,
- son indépendance ou son isolement par rapport à l'infirmière,
- son impuissance ou sa dépendance vis-à-vis de l'infirmière.

L'identification éveille des sentiments mêlés d'amour et de haine. Alors que l'aide est reconnue utile, la personne qui a le pouvoir d'aider peut-être enviée ou détestée pour ses talents qui incitent au respect.

Par ailleurs, le patient n'éprouvera pas les mêmes sentiments selon qu'on lui demandera de laisser l'infirmière faire les choses pour lui, de faire des choses par lui-même, ou de travailler de façon interdépendante avec elle. Le développement d'une relation interpersonnelle peut comprendre ces trois modes d'action pour la réalisation d'un objectif. Une relation peut commencer sur le premier mode de comportement, puis progresser vers les deux autres modes à mesure que la coopération s'améliore.

Au final, le patient apprend à utiliser la relation infirmière - patient à mesure qu'ils en viennent à se connaître et à se respecter mutuellement en tant que personnes dont les opinions, les façons de percevoir une situation et d'y réagir peuvent converger ou diverger. L'infirmière utilise sa formation professionnelle et ses habiletés pour aider le patient à exploiter au maximum leur relation afin de résoudre son problème de santé.

### L'étape d'Exploitation

Après s'être identifié à une infirmière qui sait reconnaître et comprendre les relations interpersonnelles en jeu dans la situation, le patient passe à une étape de pleine utilisation des services qui lui sont offerts. Selon l'idée qu'il se fait de sa situation, il va tenter de diverses manières de tirer le meilleur parti de sa relation avec l'infirmière et d'exploiter pour son intérêt et ses besoins personnels tous les biens et services mis à sa disposition.

Cette période recouvre toutes les précédentes ainsi qu'une projection du moi du patient dans le futur. Elle se caractérise par un enchevêtrement des besoins et par des mouvements alternatifs de progression et de régression. L'observation du patient devient plus complexe à cause des changements brusques de comportement qui expriment chez lui un amalgame de besoins. Cependant, l'observation permet à l'infirmière d'aider son patient à trouver un juste équilibre entre besoin de rester dépendant (comme au cours de la phase aiguë de la maladie) et besoin d'être indépendant (comme ce sera le cas après la guérison).

Le problème infirmier le plus complexe pendant cette phase résulte d'une exploitation de la situation par les patients non fondée sur une identification positive aux infirmières et sur la liberté d'utiliser les services offerts, mais sur un besoin insatiable de pouvoir, de domination, d'obtenir plus que les autres.

### L'étape de Résolution

A mesure que ses anciens besoins sont satisfaits, le patient s'en détourne spontanément et adapte ses aspirations aux nouveaux objectifs qui ont commencé à se dessiner lorsqu'il explorait et exploitait les possibilités du service infirmier. Le patient dépasse le problème de santé auquel il vient d'être confronté (y compris le cas échéant en tenant compte des séquelles qui en résultent). Lors de cette phase, il se libère progressivement de l'identification aux personnes qui l'ont aidé, et restaure ses capacités d'autonomie.

Logiquement, cette étape devrait survenir après que le problème médical ou chirurgical est résolu. Toutefois, le caractère plutôt psychologique du phénomène explique que la guérison médicale et le désir de terminer réellement l'épreuve de la maladie ne coïncident pas toujours. En effet, il est possible que son besoin de dépendance n'ait pas encore été satisfait alors qu'il est désormais physiquement apte à prendre soin de lui-même. Nous devons alors trouver d'autres moyens de satisfaire ses besoins de dépendance psychologique et de relations enrichissantes.

L'étape de résolution entraîne la libération progressive du patient de l'identification aux personnes qui l'aident ainsi que, progressivement, sa capacité d'autonomie. Ces résultats ne peuvent être obtenus que lorsque toutes les étapes précédentes ont été satisfaites sous forme de « maternage psychologique » :

- accepter le patient sans condition dans une relation soutenue qui satisfait complètement ses besoins,
- reconnaître des signes de maturation du patient, si minimes soient-ils, et y répondre quels que soient le moment et la forme de leur expression,
- abandonner progressivement son pouvoir au patient en fonction de sa capacité de différer l'assouvissement de ses désirs et d'employer ses efforts à la réalisation de nouveaux objectifs.

L'étape de résolution est un processus de libération : les soins infirmiers aident le patient à organiser sa vie pendant la maladie afin d'encourager son désir d'autonomie pour des activités sociales plus productives et des relations qu'il aura lui-même choisies.

### **3/ Les Rôles Infirmiers**

#### Rôle de l'Étrangère

Un étranger est un individu qu'un autre individu ne connaît pas. Lorsque deux étrangers se rencontrent, ils n'ont pas conscience d'avoir quelque chose en commun. Le respect et l'intérêt accordés à l'étranger sont d'abord impersonnels et comprennent les mêmes politesses d'usage que l'on accorde à tout nouvel hôte, quelles que soient les circonstances. Ce principe implique :

- d'accepter le patient tel qu'il est,
- de traiter le patient comme un étranger émotionnellement sain et de s'en tenir à cette approche jusqu'à preuve du contraire.

L'accueil d'un étranger ne saurait être stéréotypé. L'approche adéquate résulte à la fois de la personnalité de l'infirmière et de son évaluation de la situation. Quant aux attentes du patient, il est utile de garder à l'esprit qu'elles seront sans doute influencées par des facteurs culturels au même titre que par sa conception de l'infirmière. De fait, lorsque nous communiquons avec un nouveau patient, qui est aussi un étranger, essayons de lui dire ce que nous désirons qu'il entende.

Lorsque les infirmières effectuent des visites à domicile, il leur faut toujours s'adapter à l'action en cours au moment de leur arrivée, puis attendre que des sentiments positifs s'établissent pour ensuite orienter la famille vers le but de leur visite et les services proposés. A partir d'un certain degré d'identification, le savoir peut être transmis et utilisé ; ce n'est qu'en présence de respect et d'intérêt réciproques que l'une des deux personnes pourra informer l'autre.

### Rôle de Personne - Ressource

Ce rôle a trait à l'information en matière de santé. Une personne – ressource offre des réponses spécifiques à des questions formulées habituellement par rapport à un problème plus vaste.

Se considérant comme des sources d'information sur certaines connaissances et procédés techniques, elles ont enseigné ce qu'il convient de savoir pour améliorer la santé des patients et des collectivités. Les patients attribuent fréquemment aux infirmières le rôle de personne – ressource, bien qu'il ne corresponde pas aux services les plus utiles qu'elles sont en mesure de rendre.

Les infirmières compétentes apprennent à repérer les moments propices à l'intégration d'un apprentissage constructif. Un des critères de réussite des infirmières est le degré d'autonomie du patient.

Les infirmières apprennent dans la pratique à distinguer les questions qui demandent les réponses directes, franches et factuelles, de celles qui mettent en jeu des sentiments et nécessitent l'application de principes psychologiques.

### Rôle Educatif

L'enseignement part toujours des connaissances du patient et se développe autour de son désir de recevoir et d'être en mesure d'utiliser une information médicale complémentaire.

Les méthodes d'enseignement traditionnelles consistent en l'acquisition d'un savoir dispensé par une personne considérée comme une autorité en la matière. Il en résulte souvent des comportements automatiques. L'apprentissage par l'expérience, que les infirmières désirent encourager chez leur patient, demande le développement de plans et de situations innovants qui peuvent déboucher sur des résultats variés, adaptés à une situation précise, pour le plus grand bénéfice des infirmières et de leurs patients. Cette méthode développe d'une part des façons de faire face aux difficultés récurrentes de la vie, et d'autre part une approche orientée vers la résolution de problèmes. Elle fait appel chez l'infirmière à divers rôles représentant chacun une des facettes de l'enseignement dans son sens le plus large.

### Rôle des Fonctions de Leader en Soins Infirmiers

Les soins infirmiers, comme toute entreprise humaine, doivent concevoir le leadership comme une caractéristique de la vie démocratique.

Individuellement, chaque patient s'identifie aux infirmières et s'attend à ce qu'elles l'orientent pour faire face à ses difficultés.

Un leadership démocratique encourage la participation de tous aux efforts de tous : les protocoles et les objectifs sont déterminés par tous les membres et doivent permettre au patient de participer activement à l'élaboration de son plan de soins. La planification du travail à accomplir est établie par décision du groupe : les lignes de conduites sont planifiées à partir de discussions ouvertes, chaque participant étant accepté tel qu'il est, et l'intérêt général étant centré sur le problème.

Etre capable de s'asseoir au chevet de tout patient, l'observer, recueillir des données sur la manière dont il envisage la situation, visualiser ce qu'il vit intérieurement, étudier ce qui se passe dans la relation interpersonnelle sont autant de conditions nécessaires à la santé du patient. Pour l'aider à s'acquitter des tâches qu'il doit accomplir, il faut établir une relation de coopération où chacun peut, à un certain degré, prendre conscience de la nature de ces tâches et de la manière de les effectuer.

### Rôle de Substitut

Bien plus souvent qu'on ne le pense, et sans le savoir, le patient prend l'infirmière pour quelqu'un d'autre. Il ne la perçoit pas comme la personne qu'elle est réellement car elle peut symboliser une image maternelle ou une image d'un membre de la fratrie. Une autre représentera une image culturelle extra-familiale telle une institutrice ou une infirmière rencontrée il y a longtemps. Au lieu d'aborder l'infirmière telle qu'elle est, le patient peut avoir tendance à l'associer à cette relation ancienne. Les valeurs et les sentiments liés à une figure ancienne vont teinter les attentes du patient envers l'infirmière qui lui rappelle cette personne.

S'il éprouve un sentiment de détresse, d'impuissance et un profond désir de dépendance, il sera contraint d'utiliser des modes de comportements qui se sont révélés efficaces dans une période où ces sentiments s'inscrivaient dans un environnement plus naturel, pendant son enfance par exemple.

Les attitudes de l'infirmière, le registre d'émotions qu'elle éveille, sa façon personnelle de faire la toilette, influenceront la manière dont le patient la percevra. Son comportement, son apparence, sa façon de procéder, de s'exprimer, son langage corporel, rappellent souvent quelqu'un d'autre au patient qui risque d'établir une relation à l'infirmière sur le mode de celle vécue avec cette autre personne.

L'infirmière peut aider les patients à prendre conscience des similitudes et des différences, et les amener à la reconnaître en tant que personne. Et c'est en étant elle-même que l'infirmière aidera les patients à apprendre qu'il y a des similitudes et des différences entre les gens. On peut dire qu'une infirmière est elle-même lorsqu'elle est consciente de son comportement, de la manière dont elle gère ses relations à autrui.



INFIRMIERE	Etrangère	Substitut de mère inconditionnelle	Assistance psychosociale, Personne – ressource, Leadership, Substitut mère, frère ou soeur		Adulte
PATIENT	Etranger	Bébé	Enfant	Adolescent	Adulte
ETAPES DANS LA RELATION DE SOINS	Orientation ----- Identification Exploitation ----- ----- Résolution				

Chaque infirmière a la responsabilité d'exercer ses compétences professionnelles pour aider la relation à évoluer sur le continuum afin que puissent se développer des relations de personne à personne correspondant aux âges chronologiques. En observant ses attitudes envers les autres, chaque infirmière parvient à identifier sa philosophie de la vie ainsi que les principes qui guident son comportement dans les circonstances de l'existence. Plus l'infirmière développe sa capacité d'observer et de comprendre la façon dont le patient se représente la situation, plus ses actes infirmiers seront appropriés. Percevoir le rôle que le patient lui donne, identifier le problème qui doit être résolu, et maintenir une relation qui développe chez le patient la conscience de ce qu'il éprouve constituent des compétences infirmières.

Les expériences antérieures ont souvent une influence décisive sur la capacité du patient d'accepter les soins infirmiers ou, au contraire, son embarras d'être pris en charge. Pourtant, des expériences anciennes revécues et réexaminées à la lumière d'une situation nouvelle rendent une réorganisation de l'expérience possible. En revivant un état de complète impuissance et les soins de maternage qu'il a nécessités, le patient peut se sentir comme un bébé, mais le rôle maternant de l'infirmière et la relation de personne à personne qu'elle contribue à construire ont pour finalité de permettre au patient d'atteindre la pleine expression de ces besoins d'adulte.

Le patient peut solliciter des ordres dans le simple but de se révolter contre eux. Il peut refuser de coopérer, se rebeller contre les conseils, retenir des informations nécessaires à la solution de son problème pour montrer son mépris envers les personnes qui semblent exercer leur autorité sur lui. Les patients qui ont suffisamment travaillé sur leurs sentiments et leurs difficultés relationnelles avec leurs parents pour se comporter avec eux en adultes et non en enfants, éprouveront moins de peine à apprendre à connaître et utiliser les infirmières et les soins infirmiers.

Le défi de la pratique infirmière consiste à élaborer pour les patients des expériences d'apprentissage leur permettant d'utiliser leurs relations individuelles. Cela exige que les rôles donnés par le patient à l'infirmière, et inversement, soient reconnus et que l'on prenne davantage en compte le changement de rôle au fur et à mesure que la relation devient plus adulte. Cela exige de savoir que les rôles peuvent changer d'un instant à l'autre, que de nouveaux acteurs peuvent être investis de rôles familiaux, que le patient peut se montrer incapable d'abandonner un rôle avant que ses besoins ne soient satisfaits et consciemment reconnus.

## Rôle de Conseillère, d'Assistance Psychosociale

Les processus de renouvellement de soi, de régénération de soi, et de conscience de soi qui favorisent les comportements réfléchis viennent de l'individu lui-même. L'individu apprend seulement en recréant les étapes, en revivant les sentiments et en regardant ses difficultés sous un nouvel angle. L'une des fonctions de l'assistance psychosociale consiste à encourager ces actes délibérés.

L'ambition de toute relation soignant-soigné, à savoir la promotion d'expériences conduisant à la santé, détermine les différents rôles de l'assistance psychosociale en soins infirmiers. Parce que les infirmières doivent fournir bien d'autres prestations essentielles aux patients, elles ont un rôle plus actif que d'autres thérapeutes dans l'ensemble de l'effort thérapeutique. La thérapie est ici définie comme une relation qui permet la satisfaction de besoins non satisfaits dans le passé, et par laquelle un épanouissement continu devient possible. L'assistance psychosociale en situation clinique dépend plus de la manière dont l'infirmière répond aux demandes qui lui sont faites que de la nature même de ces demandes. Ainsi, il revient à l'infirmière d'exercer son rôle d'assistance psychosociale pour aider la patient à démêler son sentiment vis-à-vis de ce qui lui arrive, donc à inscrire dans sa mémoire et à comprendre pleinement ce qui lui arrive dans le moment présent afin que l'expérience puisse être intégrée plutôt que dissociée de ses autres expériences de vie.

### **2<sup>ème</sup> partie – Facteurs d'influence en soins infirmiers**

#### **4/ Les Besoins de l'Etre Humain**

Nous avons tous des besoins naturels ou acquis au cours du processus de socialisation. La personnalité a pour but de grandir et de s'épanouir. Les soins infirmiers sont un processus qui vise à faciliter ce développement en aidant les individus à se servir des forces et des expériences qui influent sur la personnalité pour atteindre une productivité maximale.

Symonds identifie deux objectifs principaux de tout organisme qui sont :

- l'autopréservation = opérations de sécurité, de survie, actions calculées qui aident l'individu à sentir qu'il ne va pas mourir,
- la conservation de l'espèce = participation au développement de la civilisation, extension du moi dans la collectivité, interdépendance.

Plusieurs auteurs ont établi des listes de besoins ou des aspirations de l'être humain :

- Thomas : désir de sécurité, d'expériences nouvelles, de réponses affectueuses et de reconnaissance.
- Healy rajoute à la liste précédente le désir de maîtrise.
- Rosenzweig : besoins de l'organisme de se protéger des dysfonctionnements, besoins qui permettent l'expression des différents niveaux de croissance, besoins de se reproduire (et donc de se perpétuer), et besoins où des activités créatives sont exprimées dans le comportement de façon biologique et symbolique.

*« Lorsque des besoins immédiats sont satisfaits, apparaissent des besoins plus matures. Les besoins créent une tension ; ils peuvent entraîner de l'anxiété, mais pas toujours. Tout comportement cherche à réduire ces tensions. Lorsqu'un besoin est impérieux, tous les comportements se concentrent sur lui et d'autres besoins peuvent rester ignorés. La majorité des actes entraînent la fusion de plusieurs besoins ou pulsions. La satisfaction des besoins présents permet de mieux affronter les manques ultérieurement. » (Symonds).*

Donc, les besoins créent de la tension et la tension crée de l'énergie qui prend forme dans le comportement. Les besoins sont autant physiologiques que psychologiques. Ils peuvent être classés en besoins primaires (ou physiologiques) et en besoins secondaires (comme ceux de l'ego).

C'est en identifiant les besoins qui émergent et ne sont pas satisfaits dans la situation et en planifiant d'y subvenir qu'il sera possible aux patients de laisser de côté leurs demandes excessives. L'anticipation des besoins d'un patient laisse ce dernier libre d'utiliser ce qui lui reste de tension de façon créative et expressive. Les soins infirmiers forment une démarche qui aide les patients à satisfaire leurs besoins présents afin que les besoins plus matures puissent émerger et être comblés.

Des réactions somatiques plus intenses que d'habitude sont stimulées à la suite d'une baisse de tension résultant de besoins indirectement satisfaits. Les modifications physiologiques peuvent réactiver des sentiments vis-à-vis de certaines parties du corps ou du corps tout entier et amener des modifications de l'image corporelle. Ces réactions, plus liées aux besoins émotionnels et psychologiques qu'aux difficultés structurelles de l'organisme lui-même, sont habituellement appelées réactions psychosomatiques.

Chaque organisme lutte à sa façon pour réduire la tension créée par ses besoins. L'homme est un organisme qui vit en équilibre instable (c'est-à-dire en fluctuation physiologique, psychologique et sociale) et la vie est une lutte pour un équilibre stable, c'est-à-dire une forme d'immobilité qui n'est atteinte que dans la mort. La passivité d'un patient correspond à un comportement où aspirations et luttes sont fortement inhibées, en général pour des raisons psychologiques. Au contraire, l'hyperactivité correspond à une surcompensation de la lutte. Ces deux comportements sont des manières de satisfaire des besoins non reconnus, et insatisfaits dans la situation présente. Ce sont aussi deux manières d'utiliser l'énergie générée par ces besoins non satisfaits.

## **5/ Les Obstacles à la Réalisation des Objectifs – Notion de Frustration**

Le patient éprouve des frustrations lorsque des obstacles viennent entraver le chemin menant à la réalisation d'un objectif. L'infirmière qui sait reconnaître et évaluer ces aspects frustrants de l'expérience, et qui sait identifier les comportements qui en découlent, est en meilleure position pour envisager avec lui de nouvelles manières de surmonter les difficultés.

Tout comportement humain a un sens et vise un but en termes de sentiments, de satisfaction, et de sécurité. Tout ce qui constitue un obstacle, un blocage ou une barrière à la satisfaction d'un besoin, d'une pulsion ou d'un objectif constitue une frustration. Or, puisque la satisfaction des besoins et l'impression de sécurité résultent de l'atteinte d'un objectif (et sont donc essentielles à l'évolution du développement de la personnalité), une frustration constitue souvent une menace ou une privation pour la personnalité. L'obstacle est frustrant lorsqu'il est perçu comme une menace pour la personnalité. Pour qu'il y ait frustration, il faut qu'il y ait eu anticipation du but à atteindre. Puisque la motivation, le stimulus ou l'objectif déclenche et/ou transforme la tension issue du besoin ou de la pulsion en énergie, tout obstacle à la dépense de cette énergie est perçu par le moi comme un obstacle à l'action, au comportement.

Les obstacles ont été classés selon leur nature externe qui peut être active ou passive, animée ou inanimée, personnelle ou impersonnelle. On en compte aussi de nature interne tels que les conflits psychologiques. La maladie et les dysfonctionnements physiologiques sont tous ressentis comme des barrières à l'atteinte des objectifs. Les objectifs de l'infirmière peuvent aussi constituer pour le patient un obstacle à ses objectifs.

Toute entrave à une action engagée dans le but d'atteindre un objectif mène à l'agression. L'agressivité est souvent liée à la manière dont l'infirmière et le patient se perçoivent mutuellement. Elle peut s'exprimer directement ou indirectement. Lorsqu'elle s'exprime directement, on peut considérer que l'objet ou la personne perçue comme source de frustration est facilement identifiable et que l'agressivité se dirige contre cette source. Moins l'objet est identifiable, plus l'intensité de l'agressivité diminue.

Les frustrations dépendent du niveau de l'ambition que les individus se fixent à eux-mêmes. Trois facteurs sont liés à l'ambition. Les gens tendent :

- à rechercher le succès,
- à éviter l'échec,
- à accorder la hauteur de leurs objectifs à ce qu'ils se sentent capables de réaliser et varier ces objectifs selon les expériences concrètes.

De plus, il a été établi que :

- le niveau d'aspiration est en général élevé,
- il n'atteint qu'un certain point,
- les individus évitent les domaines trop faciles ou trop difficiles.

Si l'on cherche à découvrir l'origine du comportement agressif en situation de soins, nous devons nécessairement dégager les motivations, les pulsions, les besoins ou les objectifs en jeu, de même que le degré d'ambition qu'ils suscitent dans l'esprit des individus.

Lorsque les frustrations sont répétitives et qu'elles entraînent un sentiment d'échec dans l'accomplissement des objectifs, l'anxiété survient. L'anxiété est un degré de tension à peine supportable. C'est une menace pour la personnalité qui oblige le moi à se défendre et nécessite une action. Face aux frustrations répétées, trois réactions sont possibles :

- pour obtenir un sentiment de satisfaction, l'objectif peut être modifié et rendu plus compatible avec le succès, ce qui revient à moduler le niveau d'ambition en fonction des capacités et des possibilités de l'individu, en tenant compte de l'expérience traversée.
- l'objectif peut être abandonné, et les sentiments qui lui sont liés (satisfaction, sécurité) seront dissociés. Par exemple, l'objectif de guérison peut être remplacé par l'objectif de dépendance aux soins.
- des réactions figées peuvent s'installer à type de stéréotypes, de délires, d'idées fixes. Ces réactions sont liées à une longue anxiété générée par des frustrations répétées qui ont exigé une réorganisation de la personnalité afin d'atténuer les sentiments d'insécurité.

L'intensité de la frustration d'un individu est liée à sa « tolérance à la frustration ». Certains individus peuvent subir une frustration sans en souffrir. Ce qui est frustrant pour l'un peut ne pas l'être pour l'autre, même si chacun paraît également lésé. Ce facteur peut être relié au degré de satisfaction des besoins lors d'expériences antérieures. Les effets de la frustration semblent déterminés par trois facteurs interreliés : l'intensité, le besoin non satisfait, et la personnalité de l'individu dans la situation. Quant ils vivent la maladie comme un obstacle à la réalisation d'un objectif, les patients peuvent réagir de trois façons :

- ils peuvent devenir plus dépendants qu'ils ne l'étaient dans leur mode de vie adulte. Dans ce cas, l'objectif est abandonné en tout ou partie pour accepter l'aide nécessaire pendant la maladie.
- ils peuvent surcompenser leur sentiment de dépendance en agissant comme si leur indépendance était maintenant plus forte que dans leurs modes comportementaux antérieurs. Dans ce cas, l'objectif n'est pas abandonné mais le patient redouble d'efforts pour maintenir l'illusion que l'objectif antérieur et la réponse attendue peuvent encore être atteints dans la nouvelle situation.
- ils peuvent nier la maladie en agissant comme si elle n'existait pas pour eux. Dans ce cas, une réponse figée survient quand le patient refuse d'admettre à sa conscience la présence de la maladie en la dissociant du moi et en continuant à accepter les soins comme s'ils faisaient partie du cours normal des événements.

## **6/ Les Buts Conflictuels**

Le comportement humain suit une progression. Il se peut que l'individu apprenne à vivre en société par le biais d'outils spécifiques lors des différentes périodes du développement et à travers des tâches particulières nécessitant un apprentissage à ces mêmes périodes. Il se peut également que les individus échafaudent à partir de cet apprentissage une superstructure d'habiletés conventionnelles.

Lorsque cette structure ne fonctionne plus, ils remettent en action des aptitudes et des outils anciens. C'est la régression.

Les individus tendent fondamentalement à évoluer. La régression correspond à l'utilisation d'aptitudes antérieures liées à des tâches de développement inachevées. Ces lacunes dans le développement étaient suffisamment camouflées pour donner l'impression que des apprentissages ultérieurs ont réellement eu lieu, du moins jusqu'à ce que survienne une situation de crise.

Parfois, le comportement s'oriente vers une situation dans laquelle s'expriment des buts opposés. Cela crée un conflit. Les conflits, de nature et d'intensité variables, sont inévitables tant chez les individus que dans les cultures. C'est une donnée inéluctable du processus vital. Chaque patient est prisonnier de conflits entre des systèmes de valeurs rivaux.

Les conflits, comme les frustrations, sont des expériences douloureuses qui augmentent la tension, produisant ainsi l'énergie essentielle au comportement. Des réactions comme l'hésitation, la tension, l'indécision ou le blocage complet résultent de la compétition entre des pulsions incompatibles. Plusieurs types de réactions incompatibles produisent un comportement conflictuel :

- incompatibilité motrice = dimension mécanique intéressant la structure physique,
- incompatibilité neurologique = absence d'innervation réciproque dans le fonctionnement musculaire,
- incompatibilité chimique = sécrétion d'adrénaline en présence d'une peur, ce qui améliore le fonctionnement d'évitement de l'objet redouté, mais interfère avec le fonctionnement digestif,
- incompatibilité perceptuelle = comme lorsqu'un enfant entend une voix mais ne voit pas la personne qui parle,
- incompatibilité acquise = existence de sentiments contradictoires d'amour et de haine envers une même personne, ou idées logiquement contradictoires lorsqu'elles s'appliquent à la résolution d'un problème, ou expression de sentiments opposés.

Chaque situation appelle plusieurs réactions qui surviennent dans un certain ordre. Dans un conflit, l'impasse n'est atteinte qu'en présence d'un blocage complet : les réponses en direction d'un but et celles qui visent à éviter un autre but incompatible avec le premier produisent un « équilibre stable ». Quatre principes sont à prendre en considération :

- plus un sujet s'approche du but, plus sa tendance à l'atteindre devient forte,
- plus un sujet s'approche d'un but à éviter, plus sa tendance à l'éviter devient forte,
- plus la réalisation du but est imminente, plus la tendance à en éviter la réalisation rapide s'accroît (cette accentuation ne s'observe pas dans la tendance à se rapprocher du but),
- la force de chaque pulsion ou but modifie la force d'attraction ou d'évitement, ce qui peut transformer les résultats.

Un conflit normal consiste à devoir choisir entre deux buts également désirables. Toutefois, nous ne parlerons de conflit qu'en présence de tendances à l'évitement. Le repli et la peur sont des signes de la présence de fortes tendances à s'approcher du but. Savoir que le comportement de repli indique la présence de tendances de forces égales constitue une piste précieuse pour les infirmières. Il est possible d'établir une relation entre peur et conflit. Lorsque la peur est à l'origine de l'évitement, l'objet de la peur peut être identifié, donc évité. Au point de vue éducatif, l'examen détaillé de l'objet redouté le rend familier et réduit ainsi la force de l'évitement.

En présence d'une anxiété inexplicée, il faut rechercher des conflits intérieurs. Un patient qui affirme craindre un objet peut polariser sur cet objet des préoccupations plus profondes. L'objet en question peut symboliser ou représenter un événement plus significatif qu'il n'y paraît dans son comportement. L'infirmière peut donc aider le patient en proie à des conflits intérieurs non verbalisés.

Quand les patients sont aux prises avec des buts incompatibles et la difficulté de préciser un choix qu'ils ne sont pas sûrs d'effectuer sagement, la tâche prioritaire de l'infirmière consiste à écouter. Elle agit en caisse de résonance qui permet au patient de découvrir et reconnaître ce qu'il ressent, et de prendre conscience d'éléments qui l'aideront à fixer son choix. Pour que la relation soit utile au patient, on doit lui expliquer ce qu'on attend de lui en matière de protocoles et de traitements, et il doit être traité avec compréhension et respect. Un tel respect comprend le droit du patient d'avoir ses propres sentiments et de les exprimer en présence de professionnels de santé qui peuvent les comprendre, mais qui ne le confronteront pas nécessairement avec ses intentions inconscientes.

A des degrés divers, nous utilisons tous à un moment ou à un autre des mécanismes de défense. Leur fonction est de nous aider à évoluer en renforçant nos sentiments de sécurité dans une situation qui nous paraît menaçante. En période de conflit, quand la tendance à s'approcher d'un but est inhibée ou refoulée efficacement, la tendance à l'évitement gagne en force. L'individu commencera à trouver les moyens d'atténuer cette force et à progresser si la situation présente de nouvelles conditions, et si l'évitement n'est pas combattu. Toute relation qui conteste la pertinence du refoulement de la pulsion à l'approche d'un but renforce la tendance à éviter ce but.

Lorsque la personnalité est menacée, plusieurs réactions défensives peuvent intervenir pour assurer la sécurité de l'individu :

- l'agressivité, quand un but ou les actions nécessaires à sa réalisation sont contrariés,
- l'introjection, processus par lequel l'individu incorpore au moi ou à l'ego les attitudes et sentiments d'autrui manifestés durant ses années formatrices,
- la projection, qui consiste à faire peser sur autrui la responsabilité de nos difficultés,
- la sublimation, processus par lequel des comportements primitifs ou instinctuels sont remplacés par d'autres comportements socialement plus acceptables.

Globalement, les conflits intérieurs se résolvent par la mise en œuvre dans les relations interpersonnelles de différents types d'inclinaisons individuelles :

- inclinaison à aller vers les autres ou à les aborder pour se sentir en sécurité,
- inclinaison à s'opposer aux autres,
- inclinaison à éviter les gens se manifestant par de l'éloignement,
- inclinaison à progresser avec les autres vers des relations de collaboration.

Toutes les situations de soins peuvent être examinées à partir de ces quatre inclinaisons et mener à la résolution de problèmes interpersonnels.

Par ailleurs, tout individu affronte trois épreuves pour agir selon ses convictions :

- développer la conscience de ses propres sentiments,
- établir ses propres buts et valeurs,
- créer des relations à autrui positives.

La relation patient - infirmière est de nature à aider le patient à surmonter ses épreuves et à développer les compétences nécessaires à une plus grande maîtrise. L'infirmière peut aider le patient à prendre conscience de sa confusion et des problèmes existant, à les exprimer. Acceptant au départ le patient tel qu'il est, elle l'aide à se déplacer sur le continuum qui va du soin inconditionnel à la participation où tous deux peuvent collaborer à la résolution des problèmes de soins. Ce processus sera d'autant plus efficace que le patient réagit à une situation et aux gens qui se trouvent impliqués. Cela suppose que le patient prend en compte ce que dit, ressent, pense et fait l'infirmière.

## **7/ Les Malaises inexplicables – L'Anxiété**

Les besoins, la frustration, et les conflits constituent des malaises inexplicables, des expériences qui influencent le comportement par la production d'énergie. Bien des forces internes (psychobiologiques) et externes (culturelles) poussent l'individu à des mouvements de progression ou de recul de la personnalité qui ne sont pas compris. Toutes ces épreuves agissent en instruments de la réorganisation continue de l'expérience et de la reconstruction de la personnalité qui peuvent ou non être productives. Les relations productives à autrui se développeront mieux si on comprend l'interaction établie dans une relation interpersonnelle et sa signification. Dans le cas contraire, il y a production d'anxiété.

Sullivan souligne que la caractéristique unique de l'anxiété est son induction interpersonnelle dans les situations où le prestige et la dignité sont menacés par d'autres personnes auxquelles on ne peut échapper. Les sentiments de valeur et de respect de soi de l'infirmière peuvent être menacés, ainsi que le besoin de prestige du patient manifesté par l'idée qu'il se fait de l'infirmière. Aider le patient à tolérer le malaise et à utiliser l'énergie fournie par l'anxiété pour identifier et évaluer les difficultés de la situation relève des compétences de l'infirmière.



Soigner est un processus interpersonnel qui coopère avec les tendances naturelles de l'organisme humain, les assiste. Les processus de mémoire et de prise de conscience sont facilités quand les « tendances dissociatives » ou « l'inattention sélective » du patient sont maintenus au minimum par les soins infirmiers dispensés.

Tout individu utilise à un certain point des tendances à la dissociation. On peut dire qu'une « tendance dissociative » est à l'œuvre quand un événement (ou les sentiments qui s'y rapportent) se voient dénier l'accès à la conscience, même si quelqu'un d'autre peut les identifier et mettre en relief ce qui semble être la motivation à agir. L'individu ne peut pas faire de liens puisqu'il ne peut activer ce dont il n'a pas conscience.

On parle « d'inattention sélective » lorsqu'un individu ne remarque pas ou ne fait pas attention à certains aspects de son expérience. Elle intervient lorsque la sécurité est menacée et exige de prêter strictement attention à obtenir l'approbation et recevoir ou éviter la désapprobation.

L'anxiété légère s'observe par des manifestations d'irritabilité comme l'agitation, l'insomnie, l'hostilité modérée, le dénigrement, les malentendus, etc... Elle sous-tend des comportements persistants comme la curiosité, les questions répétitives, la quête constante d'attention, le besoin incessant d'être rassuré, approuvé. L'anxiété augmente dans les relations interpersonnelles perçues comme menaçantes pour le prestige, la valeur la dignité personnels et l'estime de soi.

Maintenue dans les limites du tolérable, l'anxiété peut constituer un élément fonctionnel efficace dans les relations interpersonnelles. L'anxiété comme réponse de l'organisme née du sentiment d'un danger inconnu est éprouvée comme un malaise et stimule l'organisme à mobiliser des ressources pour affronter la difficulté. Elle peut donc être perçue comme un premier pas vers la résolution de problème : le « besoin perçu » conduit à la concentration des ressources.

Euphorie « pure »	Anxiété légère	Anxiété modérée	Anxiété grave	Panique	Terreur	Anxiété « Pure »
----------------------	-------------------	--------------------	------------------	---------	---------	---------------------

Continuum des pôles et niveaux d'anxiété selon Sullivan

Une autre caractéristique de l'augmentation du niveau de l'anxiété est le rétrécissement du champ de perception. Les forces disponibles se focalisent sur un domaine plus étroit de la vie : la difficulté éprouvée. En prêtant moins attention à ce qui l'entoure, le patient peut se concentrer sur le problème, et dès que certaines habiletés se révèlent disponibles, il utilise ce phénomène naturel à son avantage.

Le malaise s'intensifie et la capacité de concentration se réduit à un point handicapant lorsque l'anxiété devient grave ou progresse vers la panique. Le patient voit et prend de moins en moins en compte ce qui se passe. Son aptitude à observer ce qui arrive et à utiliser son expérience passée pour évaluer les événements présents cède la place à une focalisation excessive sur l'inconfort lui-même. Il se retrouve complètement incapable d'examiner ses propres sentiments, le problème, les faits, l'environnement, la situation.

Les tensions et la conversion de l'énergie produite par les tensions forment l'expérience. Les besoins généraux, les besoins spécifiques et l'anxiété donnent naissance à une tension qui se convertit en actions ouvertes ou masquées. Le but de l'aide offerte à un individu particulièrement tendu serait de l'amener à convertir son énergie en une action productive et un épanouissement de la personnalité. Il appartient aux infirmières de développer avec les patients des expériences qui les aident à différencier les aspects d'une expérience globale, à comprendre ce qui se passe dans leurs relations avec les infirmières et à élaborer des manières de convertir la tension et l'anxiété en actes intentionnels, c'est-à-dire en utilisant de façon croissante des compétences et des aptitudes naturelles en vue d'un développement personnel au sens social élargi.

#### Principes généraux déjà présentés dans les chapitres précédents :

1/ Les pulsions instinctives (faim, soif, sexualité) et les besoins acquis (appartenance, estime de soi, reconnaissance d'autrui) constituent des besoins humains impérieux.

2/ les besoins humains impérieux mènent à la tension (et/ou à l'accumulation d'énergie dérivée de la tension) exigeant une réduction de la tension. Cette diminution, obtenue par n'importe quel moyen, est perçue comme le soulagement d'un malaise, une récompense, une satisfaction, une sécurité, un plaisir.

3/ La tension et l'énergie qu'elle produit peuvent être libérées dans des comportements actifs ou passifs et/ou peuvent être complètement ou partiellement circonscrites à l'organisme pour éviter de ressentir les conséquences d'un comportement qu'on ne peut adopter spontanément.

4/ Lorsque l'énergie de la tension est contenue comme dans un symptôme ou un geste symptomatique, soulagement et récompense sont ressentis de la même manière que lorsque les tensions sont diminuées par une action constructive.

5/ La tension nécessite des modifications de la personnalité et de l'orientation d'un organisme. Le progrès survient lorsque l'énergie utilisée lors d'une action ouverte vise un apprentissage.

6/ Affronter la difficulté, la surmonter, et éviter le problème sont tous des modes de conversion de l'énergie issue de la tension sous forme de récompense (telle que la satisfaction) ou de soulagement (telle que la sécurité).

7/ L'individu ressent de la satisfaction lorsqu'il sait ce qu'il veut, c'est-à-dire lorsque qu'il vit pour quelque chose, et qu'il recherche, lutte et tend vers cette chose qu'il veut obtenir.

8/ L'individu a un sentiment de sécurité lorsqu'il sait ce qu'il ne veut pas et oriente ses objectifs en conséquence afin de se sentir moins menacé, moins impuissant, moins anxieux que par le passé, et de compenser des manques, des aspirations, des privations anciennement éprouvés.

9/ Il faut souvent ressentir la sécurité avant de rechercher la satisfaction.

10/ Si l'individu désire atteindre un but dont il a enclenché le processus de réalisation, toute interférence (avec blocage ou entrave à ce désir avant que satisfaction ou sécurité n'aient été ressentis) est perçue comme une frustration et entraîne une réaction d'agressivité, directe ou indirecte, ouverte ou déguisée.

11/ L'action peut être orientée vers l'identification des interférences et de leurs effets sur les buts fixés. La tension peut également être diminuée en renonçant à un but (et à la satisfaction ou à la sécurité anticipées) ou en renforçant des mécanismes de défense (qui par le biais de réponses figées défendent le moi sans renoncer au but ou à la réponse).

12/ Tout comportement humain est intentionnel et dirigé vers un but. Il est stimulé par la tension ou l'anxiété, et dépend, sciemment ou non, de la façon dont l'individu se perçoit par rapport aux autres et des facultés et compétences qu'il met en œuvre lorsque sa personnalité est menacée et qu'il doit se défendre. Ces comportements nécessitent la conversion de l'énergie dérivée de la tension ou de l'anxiété.

→ L'être humain a constamment tendance à transformer la tension et l'anxiété en énergie : c'est une manière pour l'organisme humain d'agir, de changer, de grandir, ou de se défendre. Les douze principes résumés ci-dessus s'appliquent aussi bien au patient qu'à l'infirmière. Tous deux réagissent d'après leur perception d'eux-mêmes et d'autrui dans une situation donnée.

Si l'infirmière comprend ce qui se passe dans une situation et qu'elle tient compte de ce principe, l'anxiété a toutes les chances d'être maintenue à un niveau minimal.

Si l'infirmière ne peut identifier ses propres préjugés et ses attentes envers les patients et qu'elle n'autorise pas l'expression des leurs avant qu'ils puissent communiquer et élaborer des objectifs communs entièrement compris de chacun, l'anxiété risque fort de se développer et souvent de se convertir en anxiété grave ou en panique.

Ecouter le patient, reformuler ses paroles, satisfaire promptement les besoins physiques exprimés procure au patient une relation de soutien pendant ses crises et donne à l'infirmière l'occasion d'apprendre quelque chose sur ce qui peut être fait en cas d'extrême malaise ou de détresse. Dans ces moments, la présence physique réelle de l'infirmière auprès du patient constitue une mesure de sécurité. Le niveau d'anxiété du patient diminuera si l'infirmière est capable d'évaluer ce qui se passe sans laisser l'anxiété qui lui est communiquée l'atteindre au point de limiter sa capacité d'agir. Au cours d'un état de crise, laisser un patient seul revient à renforcer le sentiment de solitude et le manque d'appartenance, quand précisément il a besoin de compter sur les autres dans l'adversité. La participation constante d'une infirmière qui est au courant de ce qui se passe peut aider le patient à réorganiser sa personnalité sur des bases productives. Une infirmière acquiert cette faculté en explorant ses propres problèmes et ce qui la touche dans ses relations à autrui.

Stimuler la prise de conscience de l'influence de jugements émis dans le passé par des personnes importantes pour le patient est un moyen de réduire l'anxiété. En encourageant une telle prise de conscience, en laissant les patients parler des sentiments et des inquiétudes liées à leur maladie, l'infirmière les aide à utiliser l'énergie issue de leur tension ou de leur anxiété pour apprendre à mieux vivre.

La prise de conscience des buts présents et futurs, déterminés par les limites imposées par la maladie, est une activité qui utilise de l'énergie. La planification des actions et des étapes nécessaires à la réalisation des buts est une expérience qui convertit l'énergie en action productive.

Les facultés créatives et la tendance à l'anxiété sont deux faces d'une même capacité. Elles agissent de concert dans la prise de conscience des divergences entre les attentes et ce qui est vécu dans la réalité. Le pouvoir de surmonter des difficultés diverses repose sur la fusion des attentes et de la réalité au moyen d'un processus de transformation issu de l'énergie produite par la tension.

### Anxiété et Culpabilité

Un individu éprouve de la culpabilité lorsque son image de soi n'est pas adaptée à la situation nouvelle. S'il existe un écart entre l'image de soi et les actions ou performances d'un individu dans une situation donnée, celui-ci risque de se sentir coupable.

La culpabilité est liée à la perception de l'existence de lacunes dans le moi, au fait d'avoir commis des erreurs de jugement ou à des actions reconnues comme inappropriées dans une situation. La culpabilité donne souvent lieu à des tentatives de réparation comme l'autopunition, le dénigrement de soi, l'expiation, etc... La culpabilité déclenche de l'anxiété qui rappelle à l'individu que sa personnalité et ses besoins sont menacés.

Le plus souvent le secret s'associe aux sentiments de culpabilité puisqu'il y a conflit entre l'aveu de l'échec à répondre aux normes approuvées et le besoin de reconnaissance de sa propre valeur. Plutôt que de révéler à autrui ce qu'il éprouve, l'individu préserve sa sécurité par le biais du secret.

L'augmentation de la culpabilité entraîne une anxiété qui peut servir à faire progresser l'apprentissage. L'aggravation de l'anxiété incite les mécanismes de défense à contrer la menace pour garantir la sécurité. Mais la culpabilité elle-même est un luxe qui limite l'individu et l'attention qu'il peut porter aux réalités d'une situation. Le plus souvent, elle agit hors de la conscience et peut être observée dans les actions plutôt que dans les paroles.

L'autopunition aide l'individu à garder la face et lui procure souvent l'attention dont il a besoin malgré l'échec. Elle peut aussi constituer un pas vers l'épanouissement car les dettes antérieures étant réglées, ce qui est proposé peut maintenant être accepté. L'épanouissement exige la reconnaissance des sentiments qui provoquent la culpabilité et l'identification de leur relation avec les attentes suscitées par une situation. Il réclame aussi l'exploration des sentiments qui conduisent à une nouvelle image de soi.

Le masochisme est une forme d'autopunition où la préférence est donnée à une destruction physique ou psychologique plus ou moins complète de soi pour préserver de soi d'autres menaces et rejeter sur autrui la responsabilité de l'épanouissement et du changement. La punition est recherchée, le moi jugé insignifiant, la souffrance et la pitié sollicitées afin de mettre le moi en valeur. Une autre façon de surmonter et de calmer les sentiments de culpabilité consiste à reconnaître la souffrance d'autrui et, s'érigeant en martyr, de sublimer ses propres besoins en essayant de soulager cette souffrance.

Les infirmières ont reçu bien des conseils sur la façon de se comporter des patients. Il est rare cependant qu'un ouvrage précise que l'infirmière peut elle aussi générer de l'anxiété et de la culpabilité si ses propres besoins inconscients ne sont pas satisfaits par les patients. L'ego des infirmières a des besoins et leur insatisfaction génère anxiété et culpabilité. Lorsque les infirmières deviennent plus conscientes de leurs besoins, ces derniers n'interfèrent plus dans leurs relations aux patients.

Un individu de se sent pas en sécurité en révélant à autrui des tendances pour lesquelles il se sent coupable. Il est difficile aux infirmières de s'avouer et de révéler à autrui ce qu'elles ressentent vraiment dans une situation en raison des « vous devez » et des « il faut » véhiculés par leur formation professionnelle. L'identification des sentiments réels est une solide garantie de développement des personnes qui voudront soigner des patients et seront à même de prendre en main leur évolution personnelle dans le futur. Elle peut donner lieu à une pratique infirmière exercée sciemment, intelligemment, et avec satisfaction, par une infirmière qui sait ce qu'elle observe, comprend les mécanismes en jeu, et peut fonder ces gestes sur cette observation et cette compréhension.

### Anxiété et Doute

Les patients sont souvent pris de doute. Le doute surgit lorsque l'indécision est liée à une activité, comme dans le conflit, ou que des obstacles s'interposent devant des buts, comme dans la frustration. L'anxiété générée par le doute est toujours liée aux relations interpersonnelles, que ce soit avec les infirmières ou les personnes qu'elles représentent.

Les convictions personnelles du patient sur son problème médical peuvent induire un état si confortable et rassurant qu'il est incapable de s'adapter avec succès aux nouveaux développements de sa condition. Ce phénomène s'observe lorsque ces convictions lui procurent un soulagement rapide de l'anxiété et du doute plutôt que de l'amener à considérer attentivement tous les éléments à sa portée.

Sans la capacité de douter, l'infirmière aurait des attitudes et des croyances bien établies et serait incapable de s'autoriser ou de subir une remise en question des idées reçues. Elle continuerait à agir sans esprit critique selon ce qu'elle a appris il y a bien des années. Les idées et les principes sont des guides de l'action qui doivent rester ouverts à la révision et à la reconstruction afin que de nouvelles pratiques de soins infirmiers puissent être élaborées. Le doute rationnel constitue une rébellion légitime contre le statu quo et mène de manière progressive et créatrice à de nouvelles méthodes.

En tant que personnes – ressources, les infirmières aident les patients à connaître les faits, et leurs origines, liés aux affections qui gravitent autour du problème principal de santé. Elles peuvent reconnaître l'anxiété inhérente au doute et permettre aux patients d'exprimer leurs sentiments, les aidant à percevoir ce que la situation représente pour eux, sans les soumettre à un interrogatoire. Si des questions sont posées, elles devraient être ouvertes pour amener le patient à réexaminer ce qu'il a éprouvé et pour lui permettre d'arriver à ses propres conclusions sur la conduite à suivre.

Lorsqu'elles se trouvent confrontées à des patients aux prises avec des doutes liés à certains concepts sociaux ou éthiques, les infirmières peuvent recevoir une aide considérable en élaborant des méthodes thérapeutiques tenant compte de ces problèmes. Bien que les infirmières, de part leur profession, personnifient les considérations sociales et éthiques et les valeurs culturelles les plus élevées, leur souci n'est pas d'imposer ces valeurs à autrui. Le processus de soins implique l'utilisation de méthodes et l'existence de conditions qui permettent à tout patient de réévaluer et de reconstruire ses propres croyances et attitudes et d'en découvrir de nouvelles par le biais d'institutions sociales ou par des sources de son choix autre que les soins infirmiers. Le processus de soins est un processus ouvert. L'infirmière n'impose pas de valeurs ni de normes. Elle aide les autres à examiner les données afin de parvenir à des décisions fondées sur un jugement éclairé.

### Anxiété et Phobies, Obsessions et Compulsions

Face à la peur et l'anxiété qui impliquent des menaces réelles et/ou inconnues à la personnalité, de nombreux mécanismes d'adaptation peuvent être enclenchés. Parmi ces réactions, les phobies, obsessions et compulsions garantissent d'éviter un objet ou une situation perçus comme dangereux. Un des principaux traits de ces réponses d'évitement est leur nature anticipée. Le danger une première fois ressenti lors d'une expérience concrète face à un objet ou un événement se transforme en attente ou anticipation du danger qui est désormais transféré sur des objets ou événements encore inconnus à l'individu. Ainsi, les tendances à éviter de nouvelles expériences limitent la participation de l'individu et inhibent sa faculté de comprendre et de juger chaque expérience nouvelle à sa propre valeur. En conséquence, pour soigner des patients qui réagissent par des peurs irrationnelles comme les phobies, les obsessions ou les compulsions, l'infirmière devra leur apprendre à vivre chaque nouvelle expérience de soin de la façon la plus simple et la plus facile à comprendre.

Une phobie est un besoin acquis d'éviter les situations stressantes. L'incapacité du patient à lier sa réponse phobique au stress qui la provoque réellement le protège contre l'anxiété associée à la conscience de difficultés antérieures non résolues. Puisque la perception qui produit l'anxiété est l'image d'un moi inadapté ou impuissant face à la nécessité de gérer les crises, il faut l'exclure de la conscience. Deux buts sont ainsi atteints : le moi est assuré que l'aide viendra d'autrui, et il est protégé contre une reconnaissance plus étendue de ses insuffisances. L'estime de soi est sauvegardée.

## Anxiété, Obsessions et Compulsions

Les obsessions sont généralement des idées dominantes qui limitent la faculté de faire de nouvelles expériences sollicitant une remise en question. Elles expriment des besoins ou des désirs acquis, ou constituent des sentiments qui restreignent l'expérience.

Elles s'expriment essentiellement de façon indirecte. Le plus souvent, on observera des actions, les gestes compulsifs, qui permettent de gérer les pensées dominantes qui ne sont ni acceptables, ni évitables. Les obsessions et les compulsions vont généralement de pair, l'obsession étant une idée ou un sentiment qui doit être évité à tout prix pour se sentir en sécurité. Un geste compulsif est une action visant à améliorer la gestion de l'anxiété qui surgirait si les pensées ou les sentiments interdits accédaient à la conscience.

Des idées persistantes qui préoccupent sans cesse l'esprit, excluant ainsi la possibilité de l'avènement d'autres idées, engendrent un conflit intérieur. La pensée obsessionnelle ne peut être complètement évitée parce qu'elle représente aussi un désir ou une envie qui ont été dissociés. Elle est en réalité ce désir, cette pensée, et constitue en tant que telle un aspect de l'expression de soi. Comme dans tout conflit, on peut observer une hésitation, une indécision ou un blocage à l'expression du désir réel. Aucune décision ne pourra être prise tant que persistera l'ambivalence. Toutefois, la plupart des individus résolvent le conflit en utilisant un geste compulsif pour neutraliser la pensée obsessionnelle.

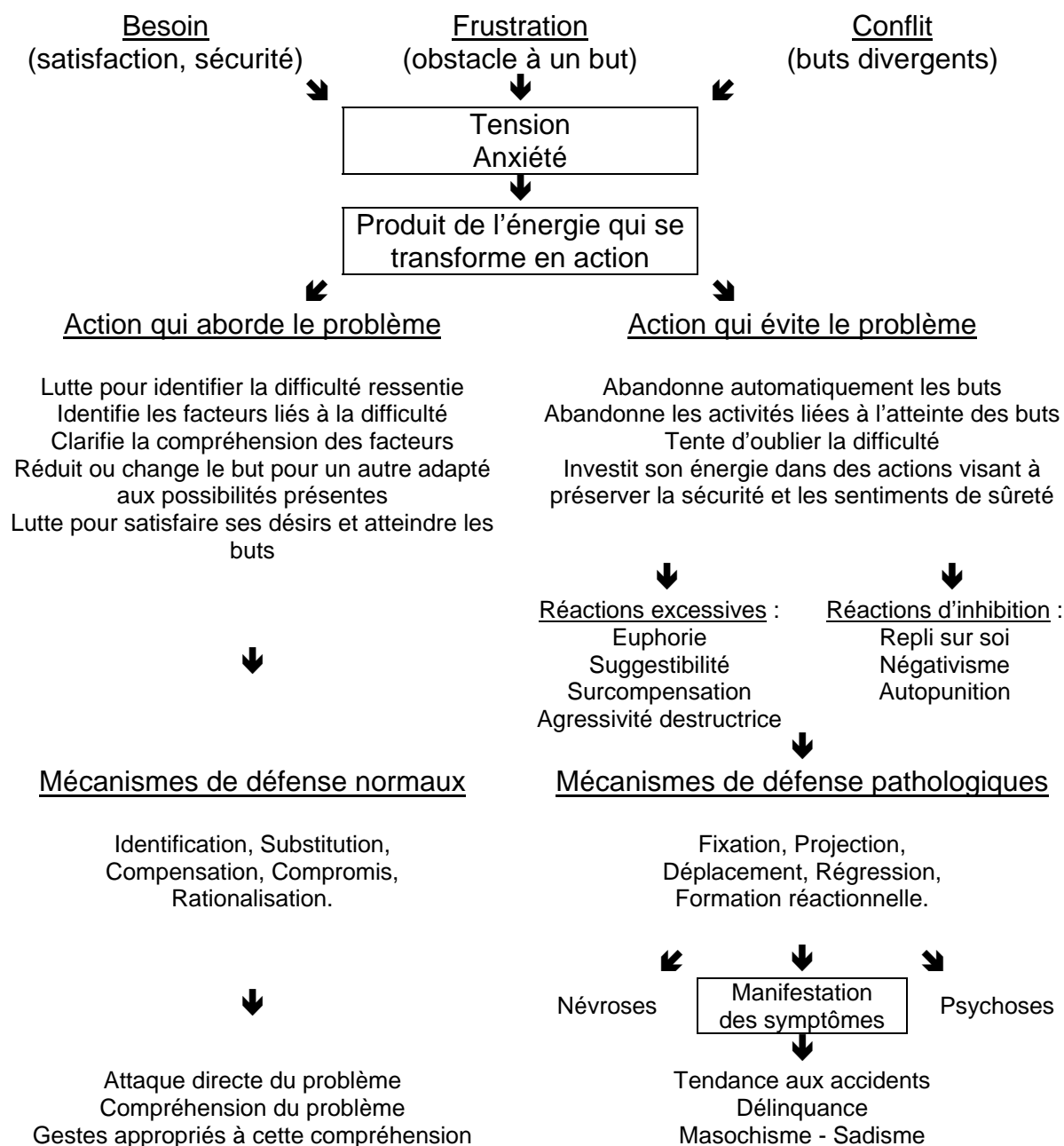
Les idées obsessionnelles et les gestes compulsifs sont des réponses rigides, des modes de comportement plus ou moins systématisés. Ces façons routinières, stéréotypées de penser et d'agir tiennent lieu d'adaptation en réponse aux menaces à la personnalité ressenties jadis en présence d'obstacles aux désirs personnels. Les tendances ou désirs inacceptables, autrefois contrecarrés, sont toujours inacceptables, mais dans une moindre mesure. Ce qui les rend inacceptable, c'est généralement que les attaques hostiles ou agressives envers les autres et les expressions du moi réelles ou sincères devant les obstacles ont autrefois exigé une distorsion du moi. En grandissant, les gestes compulsifs et les manières systématiques de penser et d'agir ont été renforcés pour maintenir cette distorsion et l'illusion de sécurité qu'elle procure.

Pensées obsessionnelles et gestes compulsifs sont affaire d'intensité. Tout individu utilise de temps en temps et à certains degrés ces mécanismes d'adaptation.

Les infirmières peuvent étudier le fonctionnement des mécanismes d'adaptation tels que les phobies, les obsessions et les compulsions. Elles peuvent élaborer des manières d'aider les patients à se sentir en sécurité auprès d'elles. Sans pour autant s'impliquer dans leurs pathologies, elles peuvent accepter les patients tels qu'ils sont. Le plus important est de reconnaître que les obsessions, les compulsions et les phobies sont des moyens de maîtriser l'anxiété et que, si les défenses sont attaquées, l'anxiété augmente graduellement et insidieusement.

L'infirmière permet au patient d'agir selon les règles strictes qu'il s'est établi de façon à augmenter son sentiment de sécurité, si possible jusqu'au point où il se sentira suffisamment en sécurité pour douter de ce qu'il fait. Si son anxiété est déjà grande, toute réserve émise sur la pertinence de ses gestes peut l'augmenter. Lorsque le doute provient du patient, puisqu'il s'agit d'un sentiment personnel, il initiera des actions en relations avec ce doute. S'il le doute provient de l'infirmière, il peut constituer un nouvel obstacle, et le patient redoublera d'efforts pour assurer sa sécurité.

**En résumé...**





Le travail psychologique sera lié aux tâches normalement rencontrées au cours des différents stades du développement. La maladie est un événement auquel se rattachent des sentiments provenant d'expériences antérieures qui sont réactivées dans la relation de l'infirmière au patient. Cette relation donne l'occasion aux infirmières d'aider dans une certaine mesure les patients à accomplir le travail psychologique inachevé dans l'enfance.

Les soins infirmiers peuvent fonctionner comme agent de maturation dans la société.

## **8/ Apprendre à compter sur les autres**

Un individu malade dépend des autres pour l'information et les soins qui contribueront à la résolution de son problème médical. Sa manière de réagir à l'obligation de demander et recevoir l'aide d'autrui dépend dans une large mesure de ce qu'il éprouve dans une situation de dépendance.

### Le développement de la personnalité dans l'enfance : notions de base

A sa naissance, tout enfant est doté de « matières premières » à partir desquelles se forme la personnalité. Ces éléments comprennent :

- un physique et sa capacité de développer un ensemble de mouvements,
- une capacité d'exprimer un tempérament qui comprend une amplitude, un rythme et une acuité de la faculté de perception et d'émotion,
- une capacité d'atteindre et de fonctionner à un certain niveau d'intelligence.

Tout enfant est également né dans une culture qui possède des forces desquelles il dépend pour sa survie. C'est l'interaction des forces culturelles avec l'expression de la constitution biologique d'un nourrisson qui détermine sa personnalité. Mais la culture environnante impose d'autres limites :

- situation économique familiale nécessitant l'adoption d'une philosophie de pénurie ou d'abondance,
- climat intellectuel demandant une philosophie d'exploration et d'expérience personnelle ou un apprentissage machinal et un conformisme menant rapidement à la formation d'habitudes.

Les définitions de la personnalité varient :

- structure relativement stable caractéristique des situations répétées dans la vie d'une personne (Sullivan),
- valeur de stimulus social, c'est-à-dire qu'en décrivant la personnalité de quelqu'un, nous décrivons l'impression qu'il produit ou la manière dont il influence autrui, plutôt que ses réactions à des situations (May),
- habitudes d'adaptation, actes d'un individu donné dans une situation donnée en réaction à différents signaux (Guthrie),
- totalité de l'actif et du passif qui détermine la conduite d'un individu (Watson).

Fromm différencie personnalité et caractère, ce dernier étant le cœur, l'orientation fondamentale de la vie qui est apprise et ancrée dans la structure fonctionnelle de l'individu et qui s'exprime dans sa personnalité.

Les infirmières qui désirent proposer aux patients des expériences susceptibles de les aider à épanouir leur personnalité et son fonctionnement devront d'abord examiner les orientations fondamentales de leur vie et leur influence sur les attitudes présentes exprimées par leur comportement et leur relation à autrui.

#### La première tâche psychologique : apprendre à compter sur les autres

Un nouveau né ne peut ressentir que « confort » et « inconfort ». Quand l'enfant grandit, les différenciations se précisent. :

- confort d'être au chaud, d'avoir l'estomac plein, etc...
- inconfort de la douleur, de la solitude, etc...

Un nouveau né ne peut se différencier de sa mère. Il sait par le biais de ses sensations que son inconfort peut être soulagé, mais il n'associe pas encore la satisfaction de ses besoins au rôle joué par la personne extérieure qui les satisfait. Le confort et l'inconfort sont vécus comme un tout, une série d'états momentanés qui forment une expérience globale, mais floue.

Par la suite, l'enfant utilise les pleurs comme moyen de communication lui permettant de signaler son malaise aux adultes, et par le même de recouvrer la sensation de confort. Le bébé comprend petit à petit la relation entre son mode de communication et la « réponse-satisfaction » qui s'en suit. Au fur et à mesure de son apprentissage, il perçoit la mère (ou son substitut) comme étant à l'origine de sa satisfaction. Plus tard, il développera des outils de communication culturellement plus acceptables que les pleurs.

Une relation interpersonnelle s'établit entre la mère et l'enfant. Chacun fait l'expérience de la « réponse-satisfaction » : lui de retrouver un état de confort, elle de s'acquitter de ses fonctions maternelles. Cette relation est empreinte d'empathie réciproque : même si l'enfant ne les comprend pas, il est capable de percevoir l'inquiétude voire l'anxiété de sa mère.

Si la mère répond de manière adéquate à la communication de son enfant, celui-ci développe un sentiment de puissance et la sensation que ses propres efforts (exprimés par les pleurs) l'amènent à ressentir de la satisfaction. Dans le cas contraire, il arrive que l'enfant renonce à lutter pour obtenir la « réponse-satisfaction ». Cette réaction d'adaptation appelée « repli négatif » se rencontre lorsque l'enfant est confronté à la négation constante de ses désirs de satisfaction et de confort.

Au final, la dépendance à la mère est expérimentée comme une chose claire et agréable. Plus tard, la dépendance envers autrui sera également expérimentée au moyen de sensations, et non par une opération intellectuelle. En réalisant qu'il dépend des autres pour la réalisation de ses désirs, l'enfant acquiert la faculté de se différencier des autres et de faire appel à leur aide quand cela est nécessaire.

Un insatiable désir de dépendance se développera si l'on ne l'aide pas à se différencier d'autrui, à reconnaître ses besoins, et à lutter pour les communiquer.

### La dépendance et le désir de dépendance en soins infirmiers

La dépendance envers autrui pour obtenir de l'aide quand cela est nécessaire exige la capacité d'identifier ses désirs, de lutter pour les communiquer à autrui, et de se sentir libre d'utiliser l'aide proposée pour résoudre un problème personnel.

Un désir de dépendance agit comme un besoin insatiable chez l'individu qui peut :

- soit considérer comme allant de soi que les autres sauront ce dont il a besoin sans qu'il fournisse la moindre indication à la personne aidante,
- soit nier l'utilité de toute aide.

Ces deux façons d'exprimer son désir de dépendance se sont révélées utiles dans des situations passées où l'individu n'a pas été complètement respecté comme personne pouvant faire connaître ses besoins et lutter pour les satisfaire avec l'aide d'autrui.

En soins infirmiers, dépendance et certains désirs de dépendance interviennent chez les patients. Ils requièrent différents degrés de maternage en tant que composante de soins infirmiers. Lorsque un désir de dépendance survient, l'infirmière doit :

- aider le patient à apprendre qu'il peut compter sur son aide quand cela est nécessaire, cet apprentissage s'effectuant en lui manifestant de l'intérêt,
- aider le patient à prendre conscience de ses besoins et à améliorer la façon de les exprimer.

Certaines infirmières pensent que tout faire pour le patient le maintient dans un état infantile, mais le principe intervenant chez les bébés et les adultes est le suivant : lorsque l'on satisfait les besoins qui apparaissent, des besoins plus matures peuvent faire surface. Materner un patient qui a besoin de maternage lui permet d'évoluer et de devenir indépendant du substitut maternel à mesure que se développe une relation de personne à personne.

## **9/ Apprendre à différer la satisfaction**

Il n'est pas toujours possible en soins infirmiers de garantir aux patients la pleine expression de tous leurs besoins tout en respectant les impératifs d'un plan de traitement élaboré par une équipe professionnelle. Il faut souvent aider le patient à différer l'obtention de ses satisfactions, en modifiant ses buts, à la lumière de la réalité de son problème médical.

### La formation de la personnalité dans l'enfance : notions de base

Tout individu doit, avec une bonne grâce relative, vivre et accepter un certain degré d'interférence dans l'exercice de ses compétences acquises à exprimer ses besoins, produire, décider, et formuler des projets indépendamment d'autrui. Le respect des désirs d'autrui exige souvent de retarder la satisfaction de ses propres désirs : c'est le premier pas vers des relations sociales interdépendantes.

La physiologie de l'enfant fonctionne de façon à ce que son corps agisse dans son meilleur intérêt. Lorsque le rectum est plein, le bébé le vide à sa convenance et se sent soulagé d'un malaise. En grandissant, l'enfant ne peut plus jouir de cette liberté et on attend de lui qu'il s'adapte à ce qui est culturellement acceptable : utiliser les toilettes comme un lieu plus approprié pour évacuer les selles encombrant son rectum. Voilà ce que la société attend de l'enfant. Quel que soit l'âge déterminé par les parents pour commencer l'apprentissage de la propreté, ce n'est qu'après avoir maîtrisé ses muscles sphinctériens que l'enfant sera capable d'atteindre ce but social. Cela constitue une expérience frustrante pour l'enfant qui considérait jusqu'alors ses selles comme quelque chose d'intéressant produit par son corps. Jusqu'ici, il les offrait à sa mère comme un cadeau produit par ses propres efforts. Ce faisant, il entretenait la relation à sa mère et développait sa capacité à donner à autrui. Désormais, il lui faut se dissocier de sa mère et accepter que des règles culturelles nouvelles construisent une autre relation : approbation et encouragements seront liées aux manifestations d'un comportement socialement acceptable.

Cette période permet à l'enfant de faire l'apprentissage du report de sa satisfaction, ce qui sera d'autant plus facile qu'il sera autorisé, dans une certaine mesure, à participer à la prise de décision et à l'élaboration des projets le concernant. Il apprendra à petites doses à retarder ses désirs au profit de ceux des autres, et à structurer sa vie en fonction des obstacles et des limites qu'il intègre progressivement à son propre comportement.

Apprendre la propreté est un processus complexe. Un apprentissage prématuré et des exigences excessives sont ressentis par l'enfant comme des expériences frustrantes, et mènent souvent à un conflit entre le pouvoir nouvellement acquis de l'enfant et celui que sa mère exerce sur lui. Tout au long de cette expérience, l'enfant n'a que trois lignes de conduite possibles :

- on peut lui permettre d'adapter ses besoins à ceux du groupe familial et d'apprendre progressivement à déposer ses selles au même endroit que les parents auxquels il s'identifie,
- il peut renoncer au sentiment de puissance et obéir aux ordres de sa mère, lui laissant le contrôle complet de ses fonctions corporelles,
- il peut refuser d'abandonner son pouvoir et l'utiliser pour retenir ses selles, pour en priver les autres et vaincre ainsi les efforts d'autrui à le rendre impuissant.

#### Apprendre à retarder la satisfaction en soins infirmiers

Les patients qui n'ont pas développé la faculté d'accepter toutes sortes d'obstacles ou de retarder la satisfaction de leurs besoins et de leurs désirs, souvent mal visualisés, sont rarement capables de montrer leur gratitude envers la bonté qui leur est manifestée, si tant est que l'infirmière nourrisse cette attente.

Fromm a identifié des types et des indices de types de comportements susceptibles de se manifester :

- certains individus sont des exploiters qui manipulent autrui pour arriver à leurs propres fins tout en étant eux-mêmes incapables d'être productifs. Autrui est suspect. Ils le considèrent avec envie et jalousie, et l'utilisent pour défouler leur hostilité de façon à se mettre en valeur,

- d'autres ne se sentent en sécurité que s'ils peuvent stocker, garder pour eux, et estimer ce qu'ils possèdent comme leur bien propre. Ils peuvent par exemple se montrer excessivement ordonnés et ponctuels à leurs rendez-vous, mais être dans l'impossibilité de partager leurs sentiments, leurs idées ou leurs biens avec autrui. Ils sont donc incapables d'avoir une relation avec autrui qui nécessiterait un don de soi,

- le troisième type est le marchandeur, qui peut changer ses relations à autrui en fonction de leurs diverses valeurs marchandes. Leurs variations de comportement sont si grandes qu'ils semblent ne pas avoir de structure de personnalité stable et relativement consistante.

Horney décrit des traits de caractère similaires, insistant sur les individus qui cherchent continuellement à exercer un contrôle sur autrui et à avoir raison, supportant très mal d'éventuelles erreurs de jugement. Un deuxième type répertorié est celui qui retient et cherche à cacher ses biens, étant incapable de partager des expériences personnelles avec les autres.

Comment une infirmière peut-elle être en relation avec ces patients dont le comportement présente pareils traits de caractère ? White est d'avis qu'il est très difficile de modifier, autrement qu'en situation thérapeutique, le comportement des êtres humains qui ne peuvent le modifier eux-mêmes. Toutefois, il conclut que lorsque nous agissons « comme si » les difficultés n'étaient pas insurmontables, et « comme si » ce comportement pouvait être modifié, les changements constatés peuvent être remarquables. Il n'y a pas de règle absolue à suivre. L'infirmière considérant la vie de chacun de façon productive utilisera son ingéniosité à trouver des façons d'aider les patients à se sentir suffisamment en sécurité pour prendre conscience, et ainsi examiner leur relation avec elle.

Lorsqu'une infirmière réussit à aider un patient avec des besoins de dépendance, et à diminuer l'intensité du désir de dépendance, le patient atteint une phase relationnelle où apparaissent nécessairement des embûches et des délais à certains de ses besoins. En particulier, le patient doit être capable de partager les services disponibles, dont le temps infirmier. Partager est une composante de la capacité d'accepter l'interférence d'autrui et de différer la satisfaction de ses désirs et de ses besoins en considération des intérêts et des besoins d'autrui. Le partage est l'expression naturelle de la bonne volonté à diviser ou à renoncer à ses possessions actuelles. Le partage intervient à condition d'être libre de toute contrainte et n'est pas synonyme d'un renoncement sous la contrainte suivant des critères extérieurs. Les étapes du processus menant à la décision de partage comprennent :

- une sécurité intérieure suffisante pour affirmer « c'est à moi » et pour protéger ce bien de la confiscation,
- le développement de la faculté de dire « je m'en sers actuellement, mais j'aurai fini bientôt et tu pourras l'avoir »,
- l'éventuelle faculté de dire « parlons-en » pour exprimer et discuter les différences et atteindre un consensus ou un plan, pour considérer à qui cela « appartient », qui l'avait en premier, qui en a le plus besoin, et les raisons de le vouloir tout de suite,
- la faculté de reconnaître les besoins des autres par anticipation et d'offrir son propre bien ou ses compétences à un autre qui en a plus besoin.

Le stockage aide la personne à se sentir en sécurité. L'autoriser peut permettre au patient de dépasser sa difficulté et de résoudre son problème.

## 10/ S'identifier

Nous avons tous une représentation mentale de nous-mêmes qui intervient dans nos relations à autrui. Cette image n'est pas innée, mais s'est développée dans le milieu social où une certaine constitution biologique et des compétences ont été exprimées, puis récompensées ou punies par les adultes. En apprenant à compter sur autrui pour recevoir de l'aide quand cela est nécessaire, et en acceptant de différer la satisfaction de ses besoins et de ses désirs, l'individu développe une image de lui-même incluant la faculté de recevoir et de donner qui agit dans ses relations à autrui.

### La formation de la personnalité dans l'enfance : notions de base

Nous avons précédemment abordé l'apprentissage de l'enfant à compter sur l'aide d'autrui, puis son besoin à éprouver le respect d'autrui quand il découvre et commence à utiliser les nouveaux pouvoirs liés à son fonctionnement biologique d'une façon qui l'aide à tenir compte des conventions sociales et des désirs des autres. Ces deux apprentissages incluent une différenciation partielle entre le monde et la perception du moi dans ce monde. Pour un fonctionnement adulte fructueux, il faut élargir les bases en complétant la différenciation d'un moi séparé d'autrui, mais qui y est tout de même relié.

Les trois variantes de l'image de soi peuvent être résumées ainsi :

- Je peux identifier mes besoins et mes désirs, les communiquer à d'autres qui me respectent, et obtenir l'aide nécessaire à ma satisfaction.
- Je n'ai pas besoin d'identifier mes désirs. Si je reste impuissant, les autres me donneront ce qu'ils estiment nécessaire et je me sentirai en sécurité. Une personne impuissante qui ne demande rien ne peut pas être abandonnée.
- Je ne peux aucunement compter sur l'aide des autres. Ils ne respectent ni ma personne ni mes aptitudes, mais j'obtiendrai ce dont j'ai besoin sans aide. Je le prendrai si nécessaire.

Ces perceptions de soi proviennent des relations avec les adultes en situation familiale et sont plus ou moins renforcées dans les relations avec d'autres adultes de l'entourage, à l'école, ou dans d'autres institutions sociales. Les premières compétences de l'enfant dans l'art de vivre sont acquises en relation avec l'alimentation, l'élimination, la propreté et l'évitement de situations dangereuses. Parallèlement, l'enfant observe ce que les autres éprouvent à son égard, et tant que personnes, et commence à structurer les rôles qu'il adoptera dans ses relations avec eux et avec le monde tel qu'il le perçoit.

Pendant le stade génital du développement psychosexuel, les opinions culturelles sur les activités sexuelles, leur signification et leurs conséquences dans la vie influencent souvent les attitudes que l'adulte exprime envers l'enfant.

L'enfant sait qu'il vient de découvrir une partie de son corps jusqu'alors inconnue, ses organes sexuels, et qu'il éprouve du plaisir en la manipulant. Tout enfant jouera avec ses organes génitaux à un moment ou à un autre, tout comme il testera de nouveaux objets intéressants en les portant à sa bouche ou manipulera ses selles pour se familiariser avec le produit de son propre corps. Lui permettre ces découvertes et ces explorations jusqu'à ce qu'il arrive à en clarifier le sens tout en lui proposant d'autres objets nouveaux et excitants qu'il peut aussi explorer et manipuler, peut rendre l'enfant capable de transférer le sens de haute utilité accompagnant la découverte de ses organes génitaux sur des objets tout aussi satisfaisants pour sa curiosité. Un climat dans lequel l'enfant est libre de décider ce qui lui procure le plus de satisfaction est celui où l'on met à sa disposition du matériel qu'il pourra sans contrainte utiliser à sa manière. Il mettra volontiers de côté son intérêt pour ces parties du corps si de nouvelles expériences lui permettent de développer davantage ses compétences sont mises à sa disposition.

Le but de l'enfant quand il découvre ses organes génitaux est de satisfaire sa curiosité sur leur utilité. Les idées préconçues de l'adulte, sa volonté de le forcer à faire autre chose sont ressenties comme des obstacles à ce but. L'enfant se sent frustré et adopte une des trois réactions des individus à la frustration. Le plein développement des compétences de l'enfant devient impossible s'il fait l'expérience de la frustration, du conflit, et de l'anxiété avant d'être apte à surmonter les obstacles et effectuer des choix.

Lorsqu'un individu sent qu'il ne peut satisfaire sa curiosité et communiquer son expérience à autrui, il ne peut pas se libérer des liens parentaux puisque son besoin de dépendance est renforcé au point de se transformer souvent en désir de dépendance. C'est alors une image de soi peu consistante, passive et improductive qui émerge. Tant qu'un individu n'a pas pris conscience de ses propres sentiments envers l'univers des autres, il ne peut percevoir cet univers. La délimitation du moi et la reconnaissance de ses modes d'expression ne seront possibles que si l'enfant est libre de découvrir et d'utiliser ses capacités.

### L'image de soi en situation de soins infirmiers

Dans une relation interpersonnelle, l'image de soi est toujours menacée. Elle est souvent inconsciemment protégée par différentes formes de comportement. La façon dont le comportement apparaît à quelqu'un d'autre éclaire un peu son sens et son évolution. Ce qu'il signifie pour le patient en fonction de sa perception d'un événement donne des indications sur l'utilité qu'il lui trouve.

Pour aider un patient, nous devons acquérir une compréhension de la perception qu'il a de lui-même et de la situation qu'il affronte. Une infirmière ne peut entrer en relation avec un patient dans sa globalité que si elle est capable de saisir toute la personnalité du patient axée sur son problème. De même, l'infirmière est perçue par le patient à travers sa façon d'affronter avec lui le problème qui surgit.

L'image de soi du patient est étroitement liée à son problème. C'est le sien, c'est un événement qui lui arrive à lui et qui exige qu'il révise ses sentiments sur lui-même afin d'éprouver de la satisfaction ou de la sécurité. Pour comprendre la dynamique qui mène à la formation du concept de soi, il convient d'examiner le mode d'éducation auquel le patient a ou été exposé.

Questionner une personne sur la manière dont elle se perçoit n'amène généralement que des réponses conventionnelles ou banales. Lorsqu'une infirmière est capable d'aller au-delà des réponses conventionnelles comme « je suis une personne qui aime bien les gens », lorsqu'elle peut être honnête vis-à-vis de ce qu'elle éprouve réellement, il lui est possible de réorienter des sentiments souvent involontairement manifestes dans sa relation à autrui.

L'opinion de l'infirmière sur la « formation des habitudes » entre aussi en jeu dans sa relation aux patients. La propreté est une valeur souvent accentuée dans la petite enfance et renforcée à l'école d'infirmières. Malgré les mérites de la propreté, une rigidité à ce sujet entraîne des difficultés pour le patient. A moins qu'une infirmière n'examine ses sentiments relatifs à la saleté ou au désordre, en ce qui la concerne, et qu'elle ne prenne conscience que ses propres opinions limitent le patient, elle risque de déformer la relation en insistant sur des points qui ont été trop soulignés dans la petite enfance du patient. Lorsque l'infirmière insiste sur la propreté et l'ordre, et qu'elle a dans ce domaine des exigences perçues par le patient comme des obstacles à des buts récemment visualisés, l'interférence peut renverser le processus d'auto-restauration et d'auto-renouvellement.

Tandis que chaque infirmière fondera sûrement ses propres actions sociales sur certains idéaux et certaines valeurs, il ne lui appartient pas de travailler à leur propagation par le biais de sa relation aux patients. Chaque infirmière peut être informée des points de controverse, mais en ce qui concerne les émotions du patient à leur égard, elle est neutre et lui procure simplement les conditions où elle agit comme une caisse de résonance permettant au patient d'émettre ses opinions et d'exprimer pleinement ses sentiments dans une relation où il n'est pas jugé.

Ecouter un patient, surveiller ses réactions somatiques, lui permettre d'avoir et d'exprimer ses sentiments personnels est une tâche difficile. La signification du comportement du patient pour le patient est la seule base sérieuse sur laquelle les infirmières peuvent déterminer les besoins à satisfaire. C'est chose facile lorsqu'un patient mature exprime verbalement ses besoins et que ses mots correspondent étroitement aux sentiments sous-jacents. Le plus souvent, les besoins affectifs émotionnels sont dissimulés et exprimés de façon déguisée.

### Les félicitations, le blâme, l'indifférence et l'apprentissage en soins infirmiers

Féliciter un patient est souvent perçu comme une des manières les plus efficaces de l'encourager à s'intéresser à ce qui l'entoure. En soins infirmiers, il est « tabou » de blâmer le patient. Aussi, le blâme est-il rarement observé directement dans la relation de face à face entre infirmière et patient.



C'est toujours le besoin de l'infirmière de louer le patient qui est à l'origine des éloges qu'elle lui fait. Pour un patient dont tout le comportement vise l'obtention de l'approbation d'autrui, peu importe la valeur de ce qui est approuvé. Les louanges ferment les possibilités d'apprentissage en éveillant chez lui une ambition plus grande, des sentiments de compétitivité et de supériorité. Il se comportera en fonction de ce qui lui apportera des louanges. Les relations interpersonnelles peuvent provoquer de l'anxiété, obligeant le patient à se concentrer presque exclusivement sur ce qui lui vaudra les félicitations de l'infirmière plutôt que sur un apprentissage utile à la résolution de son problème.

La concentration sur l'apprentissage demande que l'infirmière puisse aider le patient à identifier les prochaines étapes de la résolution de son problème. L'apprentissage dépend d'un sentiment de profond respect envers chaque individu, ses capacités et son droit de les utiliser pour réussir ce qu'il peut. Il dépend de la reconnaissance par l'infirmière que son patient peut vivre des expériences fructueuses qui se multiplieront à mesure qu'il en viendra à reconnaître par lui-même ce dont il est capable.

Les félicitations et les blâmes, le bon et le mauvais, le bien et le mal limitent à une simple alternative la démarche infirmière dans la relation aux patients. Se concentrer sur des étapes d'apprentissage permet d'infinies variétés de relations avec les patients et peut constituer une contribution notable au niveau général d'épanouissement dans la civilisation contemporaine.

## **11/ Apprendre à participer**

Une société démocratique exige la participation de tous ses membres. La discussion des problèmes conduit à leur compréhension et à des éléments sur lesquels les décisions peuvent se fonder. Lorsque tous les membres participent aux décisions qui les concernent, ils ont plus de chances de comprendre les implications des buts choisis. L'engagement de l'individu en tant que membre d'un groupe, dans le processus d'élaboration des buts qui le concernent, entraîne le respect de l'intégrité des autres car les opinions et les attitudes de chacun sont évaluées et reformulées dans un plan pour satisfaire les besoins de tous.

Lorsque une personne affronte un problème de santé, il est judicieux de s'assurer de sa participation à l'élaboration de nouveaux buts et à la planification d'activités ou d'expériences qui semblent pouvoir le conduire à une solution efficace. Les patients peuvent être aidés à vivre les étapes de résolution d'un problème et développer les compétences nécessaires pour participer à sa résolution.

### La formation de la personnalité dans l'enfance : notions de base

Pendant la période « juvénile », approximativement entre 6 et 9 ans, l'enfant commence à développer plusieurs compétences importantes dans ses relations avec d'autres enfants de son âge partageant les mêmes intérêts.

La *capacité de compromis* est la capacité d'arbitrer, de parvenir dans un groupe à un accord à partir de concessions individuelles mutuellement approuvées.

La *capacité de compétition* est la capacité de lutter avec ses condisciples, de rivaliser ouvertement pour un objet ou une position dans le groupe.

La *capacité de coopération* est la capacité de plusieurs individus de subordonner leurs désirs personnels au profit de bénéfices mutuels et d'identifier des objectifs communs.

Pour apprendre à participer en collaboration avec autrui à une société démocratique et à la résolution de problèmes personnels, le développement des capacités de coopération, de compétition et de compromis est fondamental.

Pendant la période juvénile, les enfants commencent de plus en plus à exiger que leurs compagnons utilisent ces nouvelles compétences dans le groupe. D'autres méthodes comme geindre, pleurer, exiger, sont inacceptables dans un groupe d'enfants. Ceux qui utilisent ces anciennes méthodes pour satisfaire leurs besoins sont considérés comme différents de la bande et souvent mis en quarantaine pour leur manque de compétences.

L'enfant qui a pu profiter des relations avec ses parents pour discuter avec eux et exprimer honnêtement ses sentiments sera prêt à ces nouvelles expériences et développera facilement les compétences appropriées au sein d'un groupe d'enfants de son âge.

Après la période juvénile, survient la pré-adolescence pendant laquelle les compétences utilisées antérieurement sont plus ou moins consolidées, et l'enfant renforce sa faculté de participation en apprenant à utiliser un processus de « validation consensuelle ». Ce processus est une expérience sociale par laquelle un enfant en vient à se voir plus ou moins comme ses copains le voient. Il abandonne ses conceptions autistiques de lui-même à mesure qu'il exprime librement ses sentiments et ses idées et qu'il compare des informations avec les autres membres du groupe. Une réorganisation des expériences passées se produit, une vision réaliste de la vie, du monde, et du rôle de chacun dans ce monde commence à émerger au cours de cette expérience de partage d'opinions, de discussions avec les jeunes du même sexe et du même âge.

#### L'aptitude à participer requise en soins infirmiers

Nous avons fait le choix de fonder l'étude des problèmes rencontrés en soins infirmiers sur l'hypothèse que l'infirmière a la responsabilité d'aider les patients à améliorer leur faculté d'affronter les problèmes plutôt que celle de leur enseigner des solutions.

Une infirmière ne peut pas être assurée qu'un problème sera résolu et doit donc permettre au patient de la guider selon les intérêts et le rythme qui lui sont propres. Généralement, dans sa tentative de clarification d'une difficulté, un patient ne va pas plus loin que sa limite de sécurité ne l'y autorise.

L'infirmière risque fort de nuire au patient si le temps constitue pour elle une contrainte et qu'elle tente des solutions prématurées en lui « disant » ce qui ne va pas, ce qu'il doit faire en ce qui concerne ses sentiments, ou encore si elle informe le patient de la signification de ses sentiments tels qu'elle les comprend.

Le processus d'identification et de résolution d'un problème, comme les processus d'auto-renouvellement, d'autoréparation, et de conscience de soi proviennent de l'intérieur. Ces processus rendent possible un comportement réfléchi et fructueux, comportement qui doit être initié par la moi de celui qui agit. Dans une situation donnée, les conditions interpersonnelles peuvent être améliorées de façon à ce que le patient désire se révéler ses problèmes à lui-même. Il ne s'agit pas de révéler le problème pour fournir des informations aux autres, mais plutôt pour agir consciemment en fonction de ce qui a été découvert, sans le refouler ni le déformer.

**En résumé...**

