



HAL
open science

Adaptation et ajustement

Axelle Van Lander

► **To cite this version:**

Axelle Van Lander. Adaptation et ajustement. Soins palliatifs en 54 notions - 2e édition, Dunod, pp.236-241, 2020, Aide-mémoire, 9782100804054. 10.3917/dunod.bioy.2020.03.0236 . hal-04666512

HAL Id: hal-04666512

<https://uca.hal.science/hal-04666512>

Submitted on 1 Aug 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Adaptation et ajustement

Axelle Van Lander

Face à la crise du Mourir, en phase avancée d'une maladie grave, des mécanismes de défense et des stratégies d'ajustement permettent de transformer la réalité pour qu'elle devienne supportable. Ils se retrouvent chez tout un chacun mais présente une intensité plus forte chez les malades, ce qui les rend plus facilement identifiable. Ils sont à respecter et les professionnels doivent si possible s'y adapter.

LES MECANISMES DE DEFENSE

Les mécanismes de défense sont inconscients. On les met en place naturellement pour gérer les dangers d'effraction du psychisme. Ils peuvent être archaïques ou plus élaborés ce qui n'a pas en définitive une grande importance. L'enjeu est plutôt de pouvoir disposer d'une palette suffisamment variée pour ne pas être bloqué dans des comportements répétitifs. Pour exemple la colère peut être bénéfique pour soulager son auteur, sauf si elle se systématisait à chaque nouvelle tension.

Les défenses archaïques

La régression

Le sujet paraît coupé du monde extérieur, replié sur lui-même, dans un comportement de lacher prise. Ces renfermements sur soi inquiètent l'entourage alors qu'en réalité ils sont plutôt synonymes de liberté. Michel Renault (2002), psychanalyste, affirme qu'ils sont une pause vitale revigorante pour les mourants. On peut observer ce mécanisme chez la plupart des grands malades (Van Lander, 2011). Il exclut la présence d'autres mécanismes plus évolués comme l'humour.

Le déni

Depuis Elizabeth Kübler-Ross (1989), le déni est certainement le mécanisme le plus connu des équipes. En France il qualifie un mécanisme psychotique : le fait d'évacuer hors du champ de la conscience l'information insupportable. Cela va au-delà du sens donné par Elisabeth Kübler-Ross qui constatait seulement que les malades refusaient, dans un premier temps, l'information difficile. Le refus ou la dénégation sont effectivement assez communs chez les personnes gravement malades. Le déni pour sa part est très rare.

Dissociation

La dissociation (ou clivage) est moins connue et pour autant beaucoup plus présente et intéressante pour les soins palliatifs (Rodin et Zimmerman, 2008). Le sujet présente deux attitudes à première vue antagonistes : une attitude raisonnable et un comportement du côté de la pulsion de vie apportant du plaisir. Un patient évoquera par exemple son pronostic à court terme puis achètera sur internet des vêtements pour l'été suivant. La capacité à profiter par l'imaginaire de l'avenir est ainsi préservée. Ce procédé sert d'issue en cas d'ambivalence conflictuelle face à la menace.

Les défenses plus élaborées

La sublimation

Ce mécanisme est très agréable puisqu'il donne cette sensation que la vie a encore un sens malgré le décès qui se profile. Le sujet transforme la réalité destructrice en œuvre, pensées ou actions valorisantes.

L'humour

Pour Freud, il est la plus haute réalisation des défenses (1905, p.407). Préconscient, il est toujours une surprise et une victoire du principe de plaisir. Selon Cyrulnik (1999) la capacité de faire rire de son malheur permet de ne pas être une simple victime et de rester acteur de sa vie.

La Rêverie

Avec l'humour, la rêverie est essentielle pour qu'un bien-être soit possible malgré la détresse et la crise identitaire associées à la maladie. Elle offre un refuge pour que le plaisir imaginaire triomphe du déplaisir réel. Winnicott affirmait que, bien plus que les événements eux-mêmes, c'est l'absence et la perte de vie créative (Winnicott D. W., 1975, p.139) qui sont à l'origine d'une grande détresse chez les sujets.

« *L'humain dispose de capacités de reprise – au double sens de rapiéçage et de réalaboration – étranges et inconnues qui lui permettent de dépasser, comme le proposait Nietzsche, certaines confrontations violentes avec le mal, le malheur, la souffrance ou la maladie.* » (Ben Soussan, 2004)

LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT

Contrairement aux mécanismes de défense, les stratégies d'ajustement sont le plus souvent conscientes. C'est un ensemble de réactions cognitives, émotionnelles et comportementales mises en place pour s'ajuster au mieux à un événement menaçant l'équilibre du sujet. Issu de la théorie du stress, le concept est apparu dans les années soixante sous le terme de coping, traduit en français par « stratégie d'ajustement ».

Le coping offre une possibilité d'action sur le réel par un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux. Il peut être actif : centré sur le problème « je prends les choses une par une ». Il peut être passif : centré sur l'émotion « j'essaie de ne pas y penser », « je minimise ». Il peut également être centré sur la recherche de soutien social « j'essaie de dire aux autres que j'ai besoin d'eux ».

IMPORTANCE ET ARTICULATION

Depuis Freud les mécanismes de défense sont une des clés les plus utilisées pour s'expliquer le fonctionnement psychique (Ruszniewski, 1999) :

- et ainsi mieux accepter certains comportements sinon jugés insupportables. Pour exemple un conjoint supportera mieux les accès de colère de sa compagne malade, par exemple pour le motif futile qu'il a oublié d'acheter le pain, s'il les perçoit comme le déplacement et la projection inconsciente d'une angoisse liée à la maladie. C'est également vrai pour les professionnels qui sont ainsi plus compréhensifs.

- on peut ainsi repérer des comportements répétitifs destructeurs chez un sujet pour aider ce dernier à en prendre conscience et parfois les modifier. Ceci doit être fait avec prudence par un professionnel qualifié. Le temps du mourir n'est pas toujours la période adéquate pour un tel travail d'introspection.

Une étude récente¹ conduite auprès de 344 patients révèle que le coping est présent chez $\frac{3}{4}$ des malades en fin de vie. Il s'articule avec la régression et la dissociation qui sont également à l'oeuvre, notamment au moment des annonces difficiles. Les défenses évoluées type sublimation, humour et rêverie, quant à elles, étonnamment, augmentent en se rapprochant du décès.

¹ Van Lander A. (2012), L'identité à l'épreuve de la maladie létale, Thèse de Doctorat, Université Lumière Lyon 2.

Ces mécanismes et stratégies permettent aux malades de mieux supporter la réalité de la maladie et du mourir. Ils maintiennent l'équilibre psychique en réduisant ce qui pourrait faire tension. Pour exemple, un malade qui apprend la récurrence de son cancer peut transformer cette réalité en la minimisant : « *c'est juste un peu plus long que prévu pour guérir* ». Il peut également réagir en bloquant au moyen de la sidération cette information : « *quand le médecin me l'a annoncé, je n'étais plus capable de penser. Je crois que ça m'a évité de m'effondrer* ».

Régression, déplacement et humour

Brigitte a 45 ans. En phase terminale d'un cancer du sein négligé, elle présente une attitude infantile dans sa relation à l'équipe. Elle vit leur aide comme humiliante et réagit violemment. Elle menace de se plaindre à la direction, fait appeler le médecin et critique ses prescriptions. Elle exprime lors des entretiens sa crainte d'être jugée, rejetée et son impossibilité à maîtriser cette colère qui l'envahit. Au bout de plusieurs semaines, le climat s'apaise : à contre pied de cette agressivité, un soignant lui a dit que l'équipe admirait cette attitude rebelle. De l'humour s'infiltré dans la relation : lors des accès de révolte contre les soins et les traitements, il lui suffit de répondre avec humour « *oui Docteur Brigitte* » pour qu'elle prenne conscience de son attitude (pas toujours dans l'immédiat). Personne n'est dupe : ce n'est pas l'équipe qui est en cause mais « *cette foutue maladie* ».

ATTITUDES AIDANTES DE L'ENTOURAGE

Comprendre ses propres mécanismes

En miroir des patients, famille et professionnels mettent également en place des défenses. Dans l'étude citée précédemment (Van Lander, 2012) 26 psychologues ont analysé leurs propres contre-transferts. Face à la détresse des patients, ils réagissaient en éprouvant des sentiments maternels : l'envie de protéger les patients des difficultés insupportables de leur situation. Ils éprouvaient également un fort sentiment d'impuissance. Celui-ci indiquait que la détresse des patients était d'un niveau élevé. A l'inverse les sentiments de bien-être des patients initiaient une tendance à la rêverie chez les psychologues.

Cette étude a démontré l'importance de repérer ses propres sentiments pour identifier et comprendre ceux des malades que l'on accompagne.

Les soutenir

Les défenses sont nécessaires pour maintenir l'intégrité psychique. Il arrive que dans certaines situations extrêmes, la réalité fasse effraction et sidère les défenses. Le sujet présente alors une détresse très élevée. Il est agité et parfois délirant. C'est

alors aux professionnels et à l'entourage à créer une sorte de bulle protectrice autour du malade afin de laisser le temps aux mécanismes de réédifier un système efficient.

Que les patients soient défensifs est plutôt le signe d'une « bonne santé mentale ». La diversité et la souplesse des défenses permettent une bonne adaptation à la réalité de la maladie et construisent leur vérité. Celle-ci est à respecter.

BIBLIOGRAPHIE

- Ben Soussan P. (2004), "Je est un autre", in *Le cancer, approche psychodynamique chez l'adulte*, Ben Soussan P., Ramonville Saint-Agne, Erès, p. 101-117.
- Kübler-Ross E. (1989), *Les derniers instants de la vie*, Labor et fides.
- Renault M. (2002), *Soins palliatifs: question pour la psychanalyse, angoisse, culpabilité, souffrances, régression*, Paris, L'Harmattan.
- Ruszniewski M. (1999), *Face à la maladie grave*, Paris, Dunod.
- Van Lander A. (2011), A booklet for Psychologist in Palliative Care to evaluating Distress and Identity Crisis in 12e Congress of the european association for palliative care, Lisbon, European Journal of Palliative Care, p. 152-3.
- Winnicott D. W. (1975), *Jeu et réalité* (éd. 2008), Saint-Amant, Folio.