

I/Introduction :

La psychologie médicale a pour objet pour objet privilégié la relation médecin malade, son but c'est d'orienter le médecin vers une pratique centrée sur l'homme malade et sur ses réactions psychologiques à la maladie, à la mort, aux médecins et aux institutions médicales.

Elle doit éclairer le praticien sur ses transactions psychologiques avec son patient, contribue à une meilleure prise en charge de la maladie mais également du malade en tant qu'être humain souffrant.

II/- L'Homme en état de maladie :

-L'Homme malade l'est dans sa totalité.

-Ne peut être indifférent au bouleversement qui le menace, aux dangers qui peuvent le détruire.

-a-La réaction du patient face à la maladie :

-La prise de conscience est dramatique lors d'une maladie aigue

-d'installation plus lente devant une affection qui s'installe à bas bruit

Quelles sont les mouvements psychologiques vécus par le patient ?

1-Attente narcissique va entraîner : - une inquiétude sur :

- Son devenir psychique et physique.
- La gravité de la maladie
- La perte de l'autonomie
- Disparités ou diminution des satisfactions personnelles.
- Tout cela risque d'entraîner une absence de lutte contre la maladie.
-

4- le patient se débarrasse de ses souffrances pour passer sous une épreuve.

3- peur de l'abandon : crainte de perdre les supports affectifs habituels.

4- prise de conscience : des bénéfices secondaires matériels et psychologiques de la maladie permet au malade ou au patient de récupérer l'amour,

l'attention de l'entourage familial social et médical c'est pourquoi les plaintes sont parfois persistants même après l'amélioration clinique.

5- mise en place des mécanismes de défense :

-Ils permettent de lutter contre l'angoisse.

-Rétablir une adaptation à la réalité

1- la régression : le patient va se laisser aller à ce qui lui arrivé alors , ne supporte aucune faiblesse aucune régression

2- le déni : ne pas croire à la réalité de la maladie.

Le dénégation : consiste pour le patient à rester Sourd aux recommandation, à la gratuité de la maladie.

3- isolation : le malade connaît parfaitement son affection mais il l'a vit dans la moindre participation affective.

4- sublimation : acceptation sereine du destin (sujets âgé croyants)

b) réaction de la famille : intérêt excessif au début de la maladie on tout est tenté puis la chronicité est installée plus rien n'est fait

-les institutions qui interviennent dans la prise en charge de la maladie fonctionnent comme si elles avaient à prendre en charge des sujets bien portants.

-ne répondent pas à la population malade.

-est sont vécues comme agressives et frustrants

-le malade communique avec son médecin, s'explique au médecin, le médecin écoute, examine et propose un diagnostic suivi d'une thérapeutique.

-cette relation peut être entravée par des réactions émotives (pleurs, agressivité, séduction) du malade ou du médecin.

-elle peut être conceptualisée par la notion de transfert (transfert= report de sentiments que le patient peut éprouver de l'amour ou une sympathie)

-Le patient peut éprouver de l'amour ou une sympathie.

-On parle de transfert positif ou alors de la haine, de la colère envers le médecin on parle de transept négatif.

-Le médecin va à son tour répondre à ce transfert par un contre transfert positif ou négatif.

-L'attitude du médecin et la suivante :

Doit être : -attentif et présent psychologiquement

-disponible

-compréhensif

#### IV - Différents modèles de relation médecin -malade :

1-modèle au cours duquel le médecin est actif et le malade est passif.

-cette situation implique un malade totalement dépendant du médecin

-ce type de relation est retrouvé dans les urgences les comas, infections graves, et intervention chirurgicales.

2-modèle dans lequel le malade coopère avec un médecin qui dirige.

Le médecin oriente, conseille et le malade obéit.

3- participation réciproque malade-médecin :

Cette relation est impérative lors des maladies chroniques exple : diabète le patient prend en charge et assume son traitement.

## Les Groupes Balint

### I/ Définition :

C'est un groupe de 8 à 12 personnes qui se retrouvent régulièrement pour réfléchir autour de la présentation d'un cas clinique dans le quel la relation soignant-soigné pose problème.

Les participants sont des soigneurs qui ont tous des responsabilités thérapeutiques et 1 à 2 leaders de formation psychanalytiques.

### II/Déroulement de la séance de travail :

\*Présentation par un membre du groupe d'une situation clinique.

\*Les autres membres du groupe écoutent sans interrompre puis ils peuvent intervenir en questionnant, en exprimant leur avis, voire leurs émotions.

### III/- La règle de fonctionnement est basée sur :

\*la spontanéité avec laquelle le rapporteur du cas le raconte (pas de préparation)

\*associations libre des idées

\*absence de notes

\*respect de la parole des autres sans évaluation ni jugement

L'ensemble du travail se déroule dans un cadre de confidentialité.

\*le fonctionnement du groupe nécessite un engagement personnel par une présence régulière.

### IV/-Le rôle des leaders :

\*Assurent la cohésion du groupe

\*Protègent les participants d'interpellations entre participants.

\*Assurent la libre circulation de la parole

### Conclusion :

\*Le groupe balint n'est pas un groupe thérapeutique

\*Ce n'est pas un groupe d'étude sur la clinique des patients et de leur maladie.

\*Objectif et bénéfices sont les suivants

Meilleure évaluation et compréhension du patient de la qualité des soins par l'écoute.

Amélioration de la qualité des soins par l'écoute

\*Capacité de travailler avec enthousiasme

\*Ne pas se sentir isolé face aux exigences de sa profession.

\*Reconnaître les émotions du malade mais aussi celles du soignant et de voir comment l'interaction entre les deux peut être favorable et utile au malade.