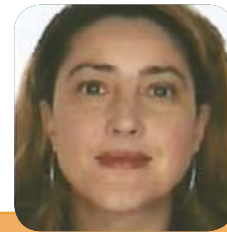


# PSYCHOLOGIE ET INSUFFISANCE RÉNALE



Colette MONTET-AUBRÉE, Psychologue, service de néphrologie et dialyses, Hôpital Tenon, AP-HP, PARIS

## LA RÉSIGNATION : LA DIALYSE OU LA MORT

La mise en dialyse constitue pour le patient la véritable entrée dans la maladie rénale quels que soient ses antécédents néphrologiques. Un processus d'adaptation va se mettre en place dans lequel la personnalité de l'individu et sa capacité à affronter, voire à dépasser les adversités de la vie sont des éléments importants à prendre en considération.

Néanmoins, dans cette hétérogénéité de cas, et en tenant compte de la personnalité de chacun, nous retrouvons des constantes dans les réactions des patients :

- Dans un premier temps, l'annonce de la mise en dialyse est vécue comme un choc, source de révolte ; la peur de l'avenir s'installe ! Jusqu'à ce que...
- Les premières séances viennent confirmer ou démentir cette peur de ne pouvoir faire face.
- Suivant les cas alors, et après un temps plus ou moins long pour chacun, nous pouvons assister à deux grandes classes de réactions : le refus qui amène, avec le temps, à la résignation ou l'acceptation.

En sachant que l'individu peut aller de l'un à l'autre suivant les moments de son existence, l'acceptation ou la résignation ne sont pas forcément définitives.

La question du choix est fondamentale. La plupart des patients évoquent le fait qu'ils « *n'ont pas le choix* ». Or, ce disant, ils nous disent autre chose. Ils nous disent qu'ils ont choisi ! Qu'ils sont du côté de la vie, de manière douloureuse pour certains, avec des angoisses terribles, voire un vécu traumatique, mais qu'ils veulent vivre.

Notre rôle, me semble-t-il, c'est de rendre conscient ce désir-là qui dans un premier temps peut être camouflé par des idées de mort, une angoisse de mort, et parfois des idées suicidaires. Il n'est pas rare qu'à l'issue d'une consultation d'information à la dialyse, certains patients disent

« *je n'ai plus qu'à me mettre une balle dans la tête* ».

Il est important à ce stade, d'accompagner la personne par une écoute et lui permettre de « *manipuler* » l'idée source d'angoisse, de la mettre en forme afin de la contenir et surtout de la partager, ce qui permet de se délester un peu du poids de l'émotion.

A ce propos, je peux rapporter les paroles d'un patient qui, à l'issue de sa consultation d'information sur la dialyse, dit à l'infirmière : « *...Alors, ça veut dire qu'il ne me reste plus que 10 ans à vivre* » et l'infirmière, rassurante, lui répond « *Mais non, il ne faut pas dire ça ! Vous verrez !* ».

Elle a tout à fait raison, rien ne dit qu'il mourra dans dix ans, mais le psychisme n'est pas forcément rationnel. Ici l'infirmière tente de rassurer le patient, et cela peut être une solution qui fonctionne à court terme, mais on peut aussi permettre au patient d'aller plus loin dans son idée afin qu'il aille chercher ce qui l'effraie pour le mettre en forme, le contenir : « *Qu'est-ce qui vous fait penser cela ?* » « *Pourquoi dites-vous cela ?* ». L'expérience émotionnelle négative entraîne un fort sentiment d'insécurité que la parole peut soulager. Freud, en allongeant ses patients sur un divan, en avait bien compris le pouvoir et mis en évidence le bien-être né du fait d'être écouté.

Que signifie « *se résigner* » ? Selon la définition du Larousse, la résignation est le fait de supporter, sans protester quelque chose de pénible, d'inévitable. Formulé autrement, c'est avoir perdu le contrôle de ce qui nous arrive, mais le vivre, malgré la souffrance que cela occasionne. C'est dire « *oui* », alors que l'on voudrait dire « *non* » ! Mais c'est surtout penser que quoi que l'on fasse, cela n'aura aucun impact sur la situation.

Et, il faut bien le dire, pour certains de nos patients dialysés, nous retrouvons cet état de renoncement, voire de désespoir qui rappelle le concept d'impuissance apprise ou de résignation acquise décrit par Martin Seligmann

dans les années 60. Selon lui, l'impuissance apprise ou résignation acquise est un état psychologique résultant d'expériences répétées d'insuccès ou d'échecs entraînant l'abandon des efforts, le sujet étant convaincu que quoi qu'il fasse, cela n'aura aucun impact sur ce qui lui arrive. Afin de mieux comprendre, rappelons l'expérience princeps de Seligmann : en laboratoire, des chiens sont placés dans un box où ils apprennent à passer d'un compartiment électrifié à un autre, qui ne l'est pas. Ensuite la moitié de ces chiens sont soumis à des chocs électriques inévitables et lorsqu'on leur permet à nouveau d'éviter les chocs électriques, deux tiers des chiens ne s'échappent pas et continuent de subir, comme s'ils avaient oubliés le comportement salvateur. Pour eux, agir ou ne pas agir revient au même. Par contre, un tiers d'entre eux ne se résigne pas et reste capable de fuir et ainsi se protéger lorsque c'est possible ! Il est également intéressant de noter que si l'expérimentateur aide les chiens résignés à passer de l'autre côté, ils retrouvent le comportement salvateur.

Ce modèle a été élargi au modèle humain pour expliquer que lorsque les événements de vie sont perçus comme incontrôlables et traumatiques, il peut s'ensuivre un apatisme, une passivité et une résignation. Le sujet déprime et croit (ou a appris) qu'il ne peut contrôler les événements négatifs ou positifs de son existence. La mise en dialyse, pour certains patients, peut tout à fait correspondre à ce modèle dans le sens où certains d'entre eux nous disent qu'il s'agit là d'un « *coup dur* » de la vie, d'un véritable traumatisme.

Pour vivre le moins mal possible, il faut pouvoir se projeter dans l'avenir de manière positive et avoir quelques certitudes : nous portons tous en nous des croyances fondamentales universelles qui colorent peu ou prou notre manière d'être au monde :

- Nous croyons en notre propre immortalité, c'est-à-dire que nous pensons avoir le temps de vivre, même si nous savons que nous sommes mortels. Freud évoque ainsi le fait que personne au fond ne croit à sa propre mort et que dans l'inconscient, chacun d'entre nous est convaincu de son immortalité.
- Nous croyons que le monde est juste et bon et que l'on a ce que l'on mérite et que s'il n'y a pas de justice sur terre, il y en a une par-delà l'homme, c'est à dire que nous croyons que la vie a un sens.
- Et nous croyons que si l'on fait ce que l'on doit faire, il nous arrivera de bonnes choses.

Lors du traumatisme, ces croyances sont mises à mal. La croyance selon laquelle « *j'ai du mérite et donc je ne mérite pas le mauvais* » est complètement bouleversée

puisque la maladie est là et le traitement par dialyse nécessaire, un traitement pour la vie entière. Il s'ensuit alors un profond sentiment d'injustice. Un travail de deuil est nécessaire pour réaménager l'espace psychique et ses représentations de vie et de mort et permettre ainsi le dépassement de la souffrance. Lorsque ce travail de deuil est impossible, le patient reste bloqué sur des idées mortifères, sans pouvoir se projeter dans l'avenir. Ce travail de deuil fait appel à la capacité du patient à supporter le manque, l'absence et donc les frustrations et à sa capacité à accepter le changement.

Au quotidien, pour les équipes, travailler avec des patients résignés peut s'avérer usant. Et les émotions étant extrêmement contagieuses, le soignant lui-même peut être atteint de résignation. L'on sait que le fonctionnement psychique des patients dans un service peut se diffuser sur le fonctionnement de l'équipe. Le patient qui ne sait pas quoi faire pour aller mieux et qui pense qu'il ne peut rien faire pour lui-même va faire supporter au soignant un sentiment d'inutilité et d'inefficacité qui peuvent à leur tour se traduire par de la résignation. La chronicité du patient devient ainsi la chronicité du soignant par un jeu de passe-passe.

La résignation admet les pertes et la dépendance (en phase de deuil), mais elles ne sont pas transformées, « *sublimées* ». A ce moment-là, une dépression chronique plus ou moins masquée peut être présente dont un des signes peut être la transgression répétée des contraintes écrasantes (régime alimentaire, restriction hydrique, respect des séances de dialyse).

L'opposé de la résignation est l'acceptation où les pertes peuvent être dépassées par l'individu au profit d'un réaménagement psychique qui se traduit par un réaménagement de la vie. Celle-ci « *résiste* » à l'individu, il y a un obstacle, mais comme au judo, où l'un des grands principes est l'utilisation de la force de l'adversaire pour la retourner contre lui, le sujet transforme l'adversité en opportunité ; on dit qu'il « *roule* » avec la résistance.

**Pour conclure**, l'acceptation est la certitude d'avoir les capacités à faire face. C'est, comme le disait un patient « *faire le bouchon* », « *quand vous regardez un bouchon dans l'eau, il flotte et suit les mouvements de l'eau, il ne coule pas* ». La résignation est la certitude de ne pas pouvoir faire face, de ne pas pouvoir supporter la situation. Il y a une exigence non satisfaite, le sentiment que la vie nous doit des comptes.

## LA DIALYSE, LE RELATIONNEL AVEC L'ENTOURAGE : LA FAMILLE, LES SOIGNANTS

### ► La culpabilité

Il s'agit d'un sentiment que nous éprouvons tous avec une intensité plus ou moins grande selon chacun. La culpabilité est le sentiment de faute ressenti par le sujet, que celle-ci soit réelle ou imaginaire. Il se manifeste souvent par de l'angoisse, et est constitutif de la dépression.

#### La culpabilité selon Sigmund Freud

Lors de la phase œdipienne, l'enfant éprouve un sentiment amoureux pour son parent de sexe opposé et une rivalité pour le parent de même sexe (qu'il aime également profondément). L'enfant se structure alors en expérimentant l'ambivalence, la culpabilité et l'intériorisation de l'interdit. Par la suite, une instance interdicienne interne se structure au gré des valeurs et des interdits parentaux, on l'appelle le « surmoi ». Lorsque ces valeurs sont en contradiction avec ses actes ou ses pensées, cette instance « émet » un jugement négatif et l'individu se sent coupable. La culpabilité peut être consciente ou inconsciente.

#### La culpabilité selon Mélanie Klein

Il existe une culpabilité très précoce chez le nourrisson. Ce dernier frustré par la mère dans ses désirs en éprouve un sentiment de persécution et des sentiments agressifs à son encontre malgré son profond amour pour elle. Cette ambivalence est source de culpabilité. Il s'ensuit alors un désir de réparation. La culpabilité chez l'enfant n'est plus à vérifier. Très fréquemment lors de difficultés familiales où il n'a aucune responsabilité, l'enfant peut verbaliser un sentiment de culpabilité. Cela renvoie aussi à la « toute puissance » infantile.

La dialyse peut être vécue comme une sanction, une punition. Il n'est pas rare d'entendre les patients dialysés se questionner « *Mais qu'est-ce que j'ai fait pour mériter ça ?* ».

La culpabilité est centrée sur l'acte et non sur l'individu lui-même, comme l'est la honte avec laquelle on la confond parfois. La culpabilité comme la honte sont responsables du manque d'estime de soi. Le choc de la mise en dialyse bouleverse les repères et la cohérence du monde et afin de remettre de l'ordre, le sujet tente de donner du sens à ce qu'il vit : « *s'il m'arrive quelque chose de mauvais, c'est que je l'ai mérité* » ; mais ces idées-là sont aussi la résurgence de problématiques infantiles plus ou moins bien résolues (cf. S. Freud et M. Klein).

Si dans l'enfance, le sujet n'a pu expérimenter suffisamment la réparation, si ses parents lui ont fait ressentir de manière trop importante qu'ils étaient inquiets à son sujet, il est probable que l'enfant en conservera des traces et notamment, un sentiment de culpabilité qui ne demandera qu'à s'exprimer à la première occasion. En effet, l'enfant peut avoir le sentiment que le bien-être de ses proches dépend, en grande partie, de lui. Il développe un sentiment de responsabilité. Le sujet peut penser « *s'il arrive quelque chose, ce sera de ma faute* ».

Mais ce sentiment de culpabilité peut aussi appeler une « punition » comme cette jeune femme qui, pour tenter d'annuler son sentiment de culpabilité envers son conjoint qu'elle aime, lui propose de la quitter : « *J'ai dit à mon compagnon qu'on avait qu'à se séparer parce qu'avec ce traitement, je ne peux plus rien faire* » « *Je vais lui gâcher la vie* ». S'exprime ici aussi le besoin de maîtrise : la jeune femme a tellement peur que son mari la quitte qu'elle préfère devancer afin de préserver son image d'elle-même et ne

pas porter le poids de la culpabilité. Dans un premier temps le vécu de la dialyse est tellement difficile que les gens n'imaginent pas faire ou être autre chose qu'un patient dialysé. Il s'agit là de fantasmes et il faut l'épreuve de réalité pour se rendre compte qu'il est possible de conserver ou d'investir d'autres activités. L'adaptation ne se fait que sur la durée.

La culpabilité génère une angoisse (cf. plus haut : peur d'avoir détruit l'objet en fantasme). Cette angoisse, pour être évacuée va devoir trouver des voies de dégageant :

- La réparation : lorsque l'on a commis une faute, afin de se débarrasser de ce sentiment pénible, l'on souhaite réparer :
- Être le bon patient, ne jamais se plaindre...
- Faire des « cadeaux » à l'équipe soignante (à ne pas confondre avec le désir de manipuler le soignant)...
- L'agressivité envers le soignant, l'entourage ou envers soi-même :
- Se faire du mal avec les écarts de régime, le non-respect de la norme, le saut d'une dialyse.
- Irritabilité à la maison ou avec les soignants.
- Le repli sur soi
- Le déplacement : une des défenses de l'individu pour se débarrasser des émotions douloureuses est le « déplacement », c'est-à-dire que le sentiment d'être fautif est rejeté sur la famille ou le soignant :
  - Un patient diabétique non observant et en rupture de soins affirmant : « *c'est de la faute du médecin si je suis dialysé, il m'a mal soigné* » ; un autre disant à une infirmière « *c'est de votre faute si j'ai mal* ».
  - La quête étiologique est un autre déplacement de la culpabilité : étiologie génétique, maladie associée.

Nous pouvons aussi aborder la culpabilité du soignant comme cette infirmière qui disait ne pas pouvoir accepter qu'un patient refuse de se soigner : « *Il faut l'obliger à venir, on ne peut pas le laisser comme ça* ».

Néanmoins, la culpabilité n'est pas négative en soi. C'est un cadre intérieur qui donne SA place à l'enfant et à l'adulte en référence à la phase œdipienne ; elle permet aussi une prise de conscience de soi et inscrit l'individu dans la lignée des humains, même si elle est douloureuse. Freud lui-même disait que soit l'on était coupable, soit l'on était malade (psychiquement).

## ► L'anxiété

L'anxiété est normale, elle nous permet de mobiliser nos ressources physiques et psychiques pour faire face à des situations perçues comme dangereuses....

L'anxiété est une peur. Elle se manifeste de manière plus diffuse que l'angoisse. Mais les deux sont des émotions dirigées vers le futur à la différence de la colère qui est une émotion dirigée vers le passé. L'anxiété est intimement liée à notre histoire personnelle et infantile : comment dans l'enfance a-t-on géré nos peurs ? Comment avons-nous été rassurés ? Quelle marge de manœuvre nous a-t-on laissé afin d'expérimenter notre capacité à faire face et à relever les défis de l'existence ? Toutes ces questions relevant de l'enfance sont à l'origine de notre manière de manifester et de gérer notre anxiété.

L'annonce de la mise en dialyse génère très fréquemment une angoisse de mort consciente ou non. En effet, certains patients l'évoquent de manière brutale « *mes reins sont morts* », « *si je ne me fais pas dialyser, je meurs* ». Pour ceux qui ont une conscience aiguë de cet état, la mise en dialyse peut s'avérer un peu moins pénible que pour ceux qui « refoulent » ou refusent cette idée. Quoi qu'il en soit, un sentiment d'insécurité peut ou va se manifester : « *Comment vais-je pouvoir vivre maintenant avec ce traitement ?* ».

Très vite, ce qui apparaît au premier plan est l'aspect chronique et « à vie » du traitement. Ce rapport au temps infini prend des allures de temps perdu. Le traitement se confond alors avec la maladie. Le patient ne souffre plus d'insuffisance rénale mais d'être dialysé !

La tension intérieure générée par l'anxiété doit être évacuée : agitation, pleurs, cris, irritabilité, trouble de la mémoire ; parfois, sidération. Il y a autant d'expression de l'anxiété qu'il y a d'individus.

L'anxiété se manifeste par la petite voix que nous avons

à l'intérieur de nous et dont nous ne sommes pas toujours conscients. Elle est un juge implacable. Le discours intérieur est souvent le suivant « *Je ne pourrais pas le supporter* », « *C'est trop difficile* », « *Personne ne m'écoute...* », provoquant un sentiment d'incapacité.

Au niveau du soignant, il y a un nécessaire travail d'interprétation des signes anxieux, sinon, le risque est d'être « contaminé » par l'émotion du patient et en réponse soit de prendre la fuite soit de répondre en miroir (se montrer agressif face à une agression).

L'anxiété est également due à la façon dont l'individu interprète la situation dans laquelle il se trouve : Richard Lazarus dans les années 60 a pu montrer que suivant l'interprétation, l'émotion du sujet pouvait différer. En 1964, ce psychologue américain, projette à des sujets un film sur les adolescents d'une tribu australienne subissant une circoncision. Il constitue quatre groupes de sujets avec différentes explications :

- Anthropologique intellectuelle : « *veillez à bien comprendre les aspects ethnologiques* ».
- En niant l'aspect douloureux et valorisant l'aspect : « *rite de passage* », source de joie : « *ces adolescents se réjouissent de subir ces rites* ».
- En dramatisant : « *Il s'agit de pratiques horribles* ».
- Sans aucune explication.

L'émotion du sujet était évaluée durant la projection par un contrôle de la fréquence cardiaque et à l'issue de la projection, de manière subjective. Les résultats sont les suivants :

- L'explication intellectuelle diminue la réaction émotionnelle.
- L'explication traumatique augmente la réaction émotionnelle.
- Suivant l'explication et donc l'évaluation du sujet, l'émotion change.

Nous voyons donc que l'interprétation et les peurs dépendent de l'individu. Cette interprétation peut se faire par anticipation : « *Si je prends le train pour partir et qu'il y a un problème ; comment faire, si je ne peux être dialysé en temps et en heure...* ». Il y a donc une angoisse de mort bien présente et pour l'évacuer, des comportements défensifs apparaissent tout au long du processus d'ajustement :

- Comportements revendicatifs (agressivité défensive).
- Régression (le patient se laisse prendre en charge, dort lors des séances de dialyse).
- Comportements de contrôle et de maîtrise qui permettent au patient de s'identifier au soignant.

Selon une étude d'Aurélien Untas en 2009 : 25 % des patients en dialyse présentent un état anxieux et 23 % un état dépressif. Pour faire face à l'anxiété de l'autre, il faut décrypter son discours latent et pouvoir se décentrer de soi-même en faisant preuve d'empathie. L'anxiété appelle une demande de réassurance, que ce soit par l'écoute, un regard, des gestes apaisants ou simplement une présence.

Au-delà du partage de l'expérience d'être dialysé, les éléments rassurants en salle de dialyse sont les rituels instaurés par la prise en charge soignante :

- Le « bonjour » en arrivant.
- La pesée.
- Le branchement.
- La collation.
- La permanence de l'équipe, qui même si les soignants changent, est toujours là quoi qu'il arrive. Cela est thérapeutique car « contenant ».

Les rituels permettent un réaménagement du temps et de l'espace. Ils redonnent une certaine capacité d'anticipation et de contrôle dans un environnement où tout peut arriver.

Une autre manière de gérer l'anxiété est de pratiquer les techniques respiratoires. En effet, l'anxiété dépend du système nerveux sympathique qui augmente la fréquence cardiaque, la tension artérielle et musculaire.

Se concentrer sur la respiration, fait que le système nerveux parasympathique est sollicité et vient s'opposer au système nerveux sympathique, ce qui entraîne un ralentissement de la fréquence cardiaque, un relâchement du tonus musculaire et une baisse de la tension artérielle ; cela redonne une sensation de reprise de contrôle où l'« ici et maintenant » est privilégié.

Les sources d'anxiété sont nombreuses :

- La ponction.
- La peur d'avoir mal.
- La crainte des chutes de tension...

Mais les craintes sont différentes suivant que le patient a choisi l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale et suivant qu'il est traité en centre ou à la maison. Quoi qu'il en soit, la mise en dialyse actualise souvent des conflits larvés, que ce soit avec l'entourage ou avec soi-même !

- La peur de blesser l'entourage en lui infligeant la dialyse à domicile.
- La peur de choquer les enfants.
- La peur d'être jugé.
- La peur de ne pas être à la hauteur.
- La peur de ne pas réussir à suivre le régime...

Nous pouvons dire qu'en ce sens, la mise en dialyse est un moment de « vérité » dans l'existence et qu'elle est une période de crise comme toute atteinte somatique. L'anxiété peut devenir trouble anxieux si le traitement par dialyse ou la pathologie rénale prennent tout l'espace psychique et que l'individu n'est plus capable d'investir autre chose que le traitement. Néanmoins, l'anxiété n'est pas négative en soi ; une certaine dose d'anxiété est nécessaire ; il faut avoir un peu peur pour sa survie pour respecter le régime alimentaire, le traitement et les contraintes en général ayant trait à l'insuffisance rénale.

### ► L'agressivité

Le traitement par dialyse, en tant que remise en cause des repères, du rythme de vie et du sentiment d'intégrité de l'individu génère un mal-être. Le patient dialysé peut exprimer ce mal-être par de l'agressivité. Faire preuve d'agressivité est toujours l'expression d'une blessure, d'une faille. L'agressivité n'est pas né-

gative en soi, notamment lorsqu'elle permet à l'individu de faire valoir ses droits. « A l'origine, le comportement agressif est presque synonyme d'activité » nous dit Winnicott. Et étymologiquement, agressivité signifie ad-gressere : « marcher vers ». L'agressivité peut signifier :

- Une intention de nuire à autrui, c'est-à-dire de blesser l'autre comme on a, soi-même, été blessé, avec l'idée d'y trouver du plaisir ; c'est un comportement qui empiète sur le monde de l'autre ou le sien propre. L'agressivité peut être dirigée contre celui qui a provoqué le courroux, mais aussi être déplacée sur une autre personne, voire un objet ; elle peut même être retournée contre soi (les patients qui ne prennent pas soin d'eux).
- Mais c'est aussi une force de vie qui nous pousse à agir et à surmonter les obstacles de l'existence dans le respect des autres.

Il ne faut pas confondre l'agressivité avec la violence qui signifie agir de force par la contrainte, l'intimidation ou la terreur.

Pour être soignant, il faut une certaine dose d'agressivité, une agressivité constructive. Mélanie Klein évoque la maîtresse de maison qui en s'occupant de son intérieur et des membres de sa famille leur prouve son amour et qui, en détruisant la poussière et les saletés exprime son agressivité. Le soignant, lui aussi en traitant le patient lui montre de la bienveillance et en tentant de faire disparaître ses symptômes et sa souffrance, se montre agressif. L'agressivité, s'exprime ici de manière légitime et constructive. Mais cette agressivité constructive s'exprime aussi par des traitements parfois invasifs envers le patient. Celui-ci doit consentir à être « agressé » pour être soigné ! Certains patients,



vont vouloir eux-mêmes se montrer agressifs en retour. Ils tentent ainsi de retrouver du contrôle en s'identifiant à l'agresseur : le soignant. C'est la patiente qui à l'issue d'une dialyse fait attendre le patient suivant et le soignant comme elle-même a attendu.

L'agressivité prend différentes formes : la plus visible est la manifestation de la colère ; mais il existe aussi d'autres formes d'expression, notamment, le silence ou la passivité... Quelqu'un qui ne répond pas lorsqu'on lui parle ou qui vous ignore se montre agressif !

## ► **Qu'est-ce qui, chez le patient dialysé, peut provoquer l'agressivité ?**

Nous avons vu précédemment la culpabilité et l'anxiété. Nous pouvons dire que la culpabilité peut générer de l'anxiété et que celle-ci peut entraîner de l'agressivité. L'anxiété en tant que sentiment de peur est un puissant déclencheur du comportement agressif. En outre, rappelons que l'irritabilité en tant que propension à se mettre en colère est un signe de la dépression. Donc l'agressivité, si elle est récurrente peut faire poser la question de la dépression. Quoi qu'il en soit, le comportement agressif accompagné de colère signe une faille et une vulnérabilité. L'agressivité est un moyen de communiquer. Le patient agressif dit quelque chose de lui-même que lui-même ignore sur le moment.

Voici une vignette clinique pour l'illustrer : M. M est un patient dialysé depuis plusieurs années qui est également diabétique. Il s'agit d'un patient décrit comme « agressif » par l'équipe soignante. Un jour, il fait preuve d'un comportement très agressif, voire violent, envers une infirmière. En effet, lors d'une séance, il se plaint de ses douleurs, en criant

et gémissant. Mme G, infirmière vient le voir et lui demande pour quoi il crie ainsi ; lui ne se sentant pas entendu dans sa souffrance, et interprétant les questions de l'infirmière comme une dénégation de sa douleur, s'accroche à son avant-bras en le serrant très fort tout en lui enfonçant ses ongles dans la peau. La douleur et le sentiment d'être incompris rendent le patient agressif. Il rend presque l'infirmière responsable de ce qu'il vit, alors que celle-ci n'y est pour rien. Il veut la faire souffrir comme lui-même souffre. Il dira plus tard « *quand j'ai mal, je suis méchant !* », c'est dire toute la culpabilité que cet homme porte en lui et le sentiment que laisse l'agressivité : le sentiment d'être mauvais. Et je rends hommage à l'infirmière qui a supporté d'être maltraitée par ce patient, comme une bonne mère qui transforme les cris et les plaintes de son nourrisson en éléments ayant du sens, c'est-à-dire, qu'elle est restée auprès de lui et a pu contenir la colère de ce patient, en supportant elle-même la douleur. Il s'agit là de la capacité de la mère à transformer en éléments de pensées les cris et colères de son bébé et ainsi à donner du sens à ce qu'il vit ; lorsque la mère accueille les ressentis violents de son nouveau-né et les transforme en mots et en sensations grâce à sa propre pensée, cela permet au nouveau-né de structurer son propre psychisme et d'atténuer les ressentis violents afin de les intégrer petit-à-petit pour les exprimer, plus tard, de manière plus socialisée ; si par contre, la mère répond par de l'agressivité à l'agressivité de son enfant, celui-ci risque d'avoir des difficultés à structurer son psychisme.

Pour en revenir au cas de Mr. M. nous voyons, qu'il a interprété l'attitude et la parole de Mme G, ce qui conduit au conflit. Pour éviter cela autant que faire se peut, il faut être très précis et ne pas laisser de place

à l'interprétation du moindre geste. Pour cela, il est possible de « valider l'émotion » du patient, c'est-à-dire, reconnaître et justifier son ressenti tel qu'il l'exprime lui, ici et maintenant : « Vous gémissiez et criez, c'est que vous devez avoir très mal ». La validation de l'émotion est une autre formule pour désigner l'empathie, c'est une reconnaissance de l'autre dans sa singularité et dans son droit fondamental à réagir à une blessure, c'est réduire le décalage intérieur qu'il est en train de vivre : « *C'est normal de gémir quand on a très mal* ». Cela remet de la cohérence et du sens, là où le sujet n'en voit plus.

Cela n'est pas une technique infailible, mais cela apaise souvent la personne agressive.

Le sentiment de ne pas être pris en considération, de ne pas exister peut aussi générer de l'agressivité :

- C'est le cas de certains patients en salle d'attente qui ont le sentiment d'avoir été oubliés. Le vécu de la temporalité est important et la sensation de temps perdu génère de l'agressivité. C'est le patient qui de manière récurrente, ne supporte pas l'attente et après quelques minutes dans le retard de son branchement en dialyse, menace en haussant le ton « *Je suis là 5h. Je ne viendrai pas la prochaine fois. Je n'ai pas que ça à faire, j'en ai marre* ».
- Le temps accordé à un patient par le soignant peut être vécu comme un temps perdu par un autre et un sentiment de jalousie peut survenir comme l'affirme cette patiente : « *Quand l'infirmière débranche un patient alors que moi aussi, je suis prête à être débranchée, j'ai l'impression que je suis moins importante, que je ne compte pas ! C'est un peu comme si je ne l'intéressais pas et qu'elle préfère l'autre ! Et du coup,*

je peux être froide avec elle quand elle vient me voir ». L'attente est vécue comme un abandon et génère une agressivité larvée à l'égard de l'infirmière.

- La ponction est aussi un moment susceptible de générer de l'agressivité, en lien avec la douleur qu'elle peut occasionner et le sentiment que l'infirmier ou l'infirmière n'a pas fait suffisamment attention à la fistule.

Certains patients qui rendent les autres responsables de ce qui leur arrive peuvent avoir une facilité à se montrer agressif.

La maladie chronique, elle aussi, peut conduire le patient à se comporter de manière agressive :

- Le discours médical parfois contradictoire d'un médecin à l'autre.
- L'expertise du patient sur sa pathologie acquise au fil du temps.
- La connaissance du milieu médical et du fonctionnement des équipes font que le patient se permet un comportement à un certain moment qu'il s'interdisait au début. La maladie chronique gomme certaines barrières. C'est le patient qui dit « *Maintenant, quand quelque chose ne va pas ou ne me plait pas, j'ouvre ma bouche, je n'étais pas comme ça au début* ».

La famille et les soignants sont les réceptacles préférentiels de l'agressivité du patient, les motifs de se comporter de manière agressive varient d'un patient à l'autre, et suivant la capacité de l'individu à supporter les frustrations. Mais il faut garder à l'esprit que la lourdeur du traitement et les blessures narcissiques infligées par la maladie font le lit du comportement agressif.

L'agressivité peut d'ailleurs être retournée contre soi. Nous le voyons de manière flamboyante chez certains enfants qui, s'ils ont le sentiment d'avoir mal agi, peuvent se tirer les cheveux ou s'infliger eux-mêmes une punition. Le corps propre est pris comme médiateur pour communiquer avec l'entourage ; l'enfant disant « *J'ai mal agi, je me punis, c'est moi qui décide* » et ce faisant il enlève la possibilité à son parent de le punir adéquatement. Un exemple d'agressivité assez spectaculaire retournée contre soi chez le patient dialysé est le fait de sauter une dialyse en raison d'un conflit avec l'équipe soignante. C'est le patient qui, pour tenter de soumettre l'autre à son idée va se mettre en danger, surtout pour contrarier un ou des membres de l'équipe. Il se punit lui-même pour « *punir* » l'autre. Bien évidemment, cela n'empêche pas que dans cet acte, il montre aussi sa lassitude du traitement par dialyse. Mais cela diffère du fait de « *sauter* » une dialyse ou plusieurs

pour cause de dépression.

Les patients dialysés acquièrent péniblement un équilibre au prix de multiples concessions et renoncements. De ce fait, toute nouvelle atteinte (corporelle, organisationnelle, ou autre) peut être vécue comme une violence et une injustice. Cela peut provoquer un renfermement sur soi ou des crises de révolte et d'agressivité adressées aux soignants que les patients peuvent percevoir comme des persécuteurs. Ces comportements peuvent être abordés avec le patient pour lui permettre d'extérioriser sa souffrance verbalement. En conclusion, l'agressivité est un moyen de communiquer, de manière coûteuse psychologiquement et physiquement, mais du côté de la vie.

## L'ÉTAT DE RÉGRESSION

La maladie, de par l'état de vulnérabilité et d'incertitude qu'elle induit engendre peu ou prou des moments de régression. La dialyse, de par la relation de dépendance qu'elle impose au patient, favorise également la survenue d'états régressifs.

Par ailleurs toute relation de soin étant par essence asymétrique, elle renvoie à la toute première relation de soins : la relation mère/enfant. Le renversement dedans/dehors et la porosité des limites qu'impliquent la dialyse, invitent donc à régresser à un état où ces limites étaient floues et où existait une harmonie entre le dedans et le dehors, et donc à la toute première relation, c'est-à-dire alors que l'enfant et la mère ne faisaient qu'un.

La régression est donc une conséquence inévitable pour certains patients. Régresser en psychologie est le fait de retourner à un état antérieur du développement, souvent un état infantile, au cours de moments particulièrement anxiogènes ou frustrants. Il s'agit d'un mouvement psychique défensif. Par exemple, chez l'enfant, c'est le fait de recommencer à mouiller les draps à la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur. C'est donc retrouver une relation au monde moins aboutie, mais un monde où le « *problème* » actuel n'existait pas.

La régression permet au patient :

- De concentrer ses forces sur lui-même, mais se faisant il va désinvestir l'« *Autre* », c'est pour cela que ces patients peuvent être catalogués d'égoïstes.
- D'évacuer la culpabilité et l'angoisse puisqu'elle invite à retrouver une relation fusionnelle avec la mère, et même si la mère n'est pas présente dans la réalité, c'est l'« *Autre* » (soignant ou entourage) qui va en être le substitut et un mode de pensée magique : les fantasmes prennent le pas sur la réalité.

Il existe une régression normale : le jeu et la rêverie qui sont des phénomènes transitionnels (Winnicott) et permettent à l'individu d'expérimenter sa créativité et sont un rempart contre l'angoisse dépressive. Michael Balint (psychiatre et psychanalyste), traitant de la régression, parle d'un de ses patients qui dans un moment de régression lui demandait de ne pas parler, de rester tranquille et de bouger de temps en temps pour lui manifester sa présence : « mais il ne m'était pas permis d'utiliser des mots parce qu'ils demandaient à être compris, [...] compréhension qui impliquait la nécessité d'émerger de l'état de régression pour entrer dans le monde adulte des mots ». Donc parfois la régression soustrait l'individu à la compréhension des mots et l'invite au silence et au repli sur soi, c'est le cas de ces patients qui en salle de dialyse se plongent le plus rapidement dans le sommeil.

Les états régressifs, s'ils sont protecteurs pour le patient, sont souvent difficiles à supporter pour la famille ou les soignants. En effet, l'entourage et/ou les soignants ne reconnaissent pas l'individu, ils ne savent pas comment réagir à ce nouveau comportement. Par ailleurs, certains patients régressés vont clairement faire une demande de maternage à l'entourage et aux soignants, dont ce n'est pas forcément le rôle. Il peut donc y avoir un décalage entre les attentes des uns et celles des autres, source de conflit. A ce propos, je me souviens de M. J qui est un patient traité par dialyse péritonéale. C'est un monsieur âgé de 75 ans environ mais qui reste actif et autonome. Il est traité par dialyse péritonéale ambulatoire et ce sont des infirmiers qui se déplacent à son domicile quatre fois par jour. M. J ne veut rien savoir du traitement ni de la maladie. C'est une manière d'ignorer qu'il est malade et de conférer cela aux soignants qui en sont les dépositaires, comme dans la toute première relation, la mère est la dépositaire des angoisses de son enfant qu'elle doit calmer. Concernant sa pathologie M. J est complètement passif et régressé, lui et les infirmiers, dans le contexte de la maladie ne faisaient qu'un. Les infirmiers qui se déplaçaient au domicile de M. J n'avaient pas cette compréhension de son comportement, ce qui a amené à un conflit larvé entre lui et les infirmiers. En effet, ces derniers retrouvaient, d'un passage à l'autre, très régulièrement les compresses utilisées pour le cathéter de dialyse péritonéale sur le coin de la table où ils les avaient laissées, ce qu'ils interprétaient comme un manque de respect à leur égard : « *On n'est pas ses boys, il pourrait quand même mettre les compresses à la poubelle !* ». Or, pour M. J, cela n'était pas de son ressort, il ne pensait même pas à mettre ses compresses à la poubelle puisque il s'en remettait complètement, au sens de s'abandonner, aux infirmiers. Le fait d'avoir pu expliquer et repositionner le comportement de Mr. J

dans le contexte de son fonctionnement psychique a permis d'apaiser quelque peu la situation.

D'autres comportements régressifs qui peuvent laisser l'entourage et les soignants perplexes sont les comportements auto-érotiques de l'enfance comme sucer son pouce lors de séance de dialyse. Il s'agit là d'une régression à une attitude infantile qui permet la réassurance.

La régression peut se traduire par l'abandon de l'activité professionnelle où la personne se concentre sur le traitement par dialyse et s'en remet à son entourage et à la société pour vivre. Il s'agit là d'un temps nécessaire plus ou moins long suivant les cas, mais aussi une régression familiale où les rôles homme/femme ou parents/enfants sont renversés. A ce propos, je citerai l'exemple d'une patiente dialysée dont la fille, une jeune femme d'une vingtaine d'année, « maternait » sa mère : elle s'inquiétait pour elle, appelait le centre de dialyse pour être rassurée.

L'état de régression permet au patient d'être un « bon patient » qui s'en remet entièrement au soignant. Dans l'excès, le patient « demande » au soignant de le « porter » au sens du holding maternel de Winnicott (tenir, contenir l'enfant physiquement et psychiquement par les soins quotidiens maternels, ce qui le protège des expériences angoissantes), ce qui peut être lourd pour le soignant.

Pourtant le refus de régresser, c'est-à-dire la crainte de la passivité peut être tout aussi compliquée pour le patient (et le soignant) car celui-ci va avoir besoin de contrôler son environnement et moins il se conforme au fonctionnement hospitalier, moins il a le sentiment d'être malade, et plus sa maîtrise le rassure, ce qui le conduit à se situer au même niveau que le soignant. Ces patients là peuvent se montrer revendicatifs et procéduriers.

## LE SENTIMENT D'INFÉRIORITÉ

La maladie, quelle qu'elle soit, altère l'image que l'individu a de lui-même, que cette altération se fasse au long cours ou qu'elle soit brutale. En effet, les pertes réelles sont bien présentes : tout d'abord perte de la santé qui entraîne avec elle d'autres pertes : perte de l'autonomie, du statut social, professionnel parfois ; perte du statut de parents capables de protéger, puisque nous avons vu que la régression peut renverser les rôles au sein de la famille.

Puisque la première des pertes qui nous concerne est celle de la santé, définissons ce qu'est la santé selon l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être*



physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Tout d'abord, ce complet bien-être physique, mental et social est loin de concerner tout le monde. Bon nombre d'entre nous, même s'ils n'ont pas de pathologie physique ne vivent pas forcément le bien-être mental et social en permanence, pour autant, nous ne nous considérons pas comme malade.

Dans l'enfance, pour se construire, l'enfant s'identifie à ses proches et notamment à ses parents, « en bonne santé », puisque la plupart du temps pour avoir des enfants, il faut être relativement jeune et en bonne santé (c'est une généralité bien sûr.) Donc l'enfant lui-même, sans pathologie, se construit avec cette idée d'intégrité physique et psychique, bon-an-mal-an. La survenue d'une maladie « casse » ces identifications précoces et ce rapport à soi ; et même si nous savons que nous pouvons vivre vieux avec une pathologie, il y a cette perte identificatoire essentielle qui fragilise la personne, quelle que soit la maladie. La perte de la santé introduit dans la pensée de l'individu une incertitude quant à son avenir et une peur de la mort, consciente ou non. En conséquence de quoi, toutes ces pertes font que le sujet se sent perdu et moins capable qu'avant. C'est le propre de la perte. Voilà pour une première approche du sentiment de dévalorisation.

Concernant la dialyse, il faut intégrer la perte de la capacité à se faire vivre seul et sans assistance et renouer avec (ou pas s'il s'agit de dialyse chez l'enfant) une dépendance que l'individu avait quitté depuis bien longtemps. Le sentiment de perte d'autonomie est délétère car au lieu de nous amener à une progression, comme vu précédemment, il nous amène à une régression et pour vivre pas trop mal, il faut avoir le

sentiment d'avancer. Ces pertes chez certains patients vont générer un sentiment de culpabilité qui ne sera que la résurgence d'une culpabilité infantile déjà vécue par le passé.

### ► **Le sentiment d'infériorité lié à la résurgence de conflits infantiles**

Toute perte ou séparation peut réactiver une angoisse de castration. La castration, terme psychanalytique, doit permettre à l'enfant d'intégrer la différence des sexes au cours de son développement : la petite fille pense qu'elle a été privée de pénis et le petit garçon craint d'en être privé ; cette privation est perçue par l'enfant comme une punition pour ses désirs amoureux infantiles envers son parent de sexe opposé lors de la phase œdipienne. La punition, réelle ou imaginaire engendre un sentiment de culpabilité qui lui-même va générer un sentiment d'infériorité et une dévalorisation de soi, puisque le sujet pense avoir mal agi.

Nous rappelons donc ici que la culpabilité est liée à un acte et ne concerne pas la personne toute entière. Elle est liée à la déception que l'individu pense provoquer à l'encontre de la ou des personnes aimées. C'est le cas de Mme H qui est une jeune femme ayant développé une insuffisance rénale terminale nécessitant un traitement par dialyse à l'issue de son premier accouchement. Ce fut un véritable traumatisme pour elle. Ce qui aurait dû être un moment de bonheur s'est retrouvé être un des pires moments de son existence. Bien sûr, il y avait la joie d'être maman, mais la profonde déception de ne pouvoir s'occuper librement de son bébé et la perspective d'un avenir sous hémodialyse ont pris le pas sur l'aspect positif et ont été source de dépression. Au cours des entretiens, elle évoque son passé : sa mère décédée lorsqu'elle était en-

core adolescente et dont elle avoue avoir gardé à ce sujet un sentiment de culpabilité. Elle dit « vous savez, elle me manque beaucoup et pendant longtemps je n'ai pu me défaire du sentiment que c'était peut-être un peu de ma faute si elle était partie ». Son père est très présent et elle en est très proche ainsi que de son compagnon avec qui elle vit depuis deux ans. Le fait de se retrouver dialysée a réactualisé et renforcé un sentiment de culpabilité. Elle raconte « J'ai dit à mon compagnon qu'on avait qu'à se séparer parce qu'avec ce traitement, je ne peux plus rien faire » « Je vais lui gâcher la vie » « En plus avec la fistule, je vais être mutilée ». Ici, il y a une tentative de rejeter le sentiment de culpabilité réveillé par la dialyse par une proposition de séparation (s'isoler ou rejeter le conjoint). Mais c'est aussi le signe d'un besoin de maîtrise toujours présent et accentué car la patiente ne maîtrise rien du tout !

La honte par contre est un sentiment qui concerne la personne dans son entier, dans le rapport qu'elle entretient avec son entourage proche, mais plus souvent dans le rapport qu'elle entretient avec les autres en général et notamment avec le groupe élargi. On parle de la dimension sociale de la honte. L'on n'a jamais honte lorsqu'on est seul. La honte se rapporte à la conviction de la vision négative de soi par les autres, le sentiment d'être indigne. Je me souviens de M. N, un jeune homme, âgé de 23 ans environ, dont les parents sont d'origine africaine, lui-même est né en France et qui souffre de drépanocytose et d'insuffisance rénale terminale. Il est hémodialysé de longue date. Il a des amis, sort avec eux et a pu suivre des études et formations en même temps que son parcours de soin. Il a pu trouver un emploi à plusieurs reprises malgré son traitement par hémodialyse en centre lourd. Ce jeune homme sou-

riant, décontracté n'a jamais dit à ses amis qu'il souffrait de drépanocytose et était traité par hémodialyse, il s'est toujours arrangé pour qu'ils ignorent tout de son état de santé et de son traitement, par peur dit-il qu'on ne le considère pas comme les autres.

En général dans la population africaine, la dimension du groupe est très importante. L'individu en tant que tel n'existe pas, il n'existe qu'en fonction de sa place dans le groupe. Les croyances concernant le sang, en tant que force vitale, et le traitement par dialyse source de tous les fantasmes de dévitalisation, de perte de puissance font que bien souvent ces patients sont mis à l'écart du groupe. Un patient se confiait « si je dis à ma famille que je suis dialysé, on ne me demandera plus mon avis concernant les décisions importantes, je serai mis de côté ». J'évoque les patients africains car on peut souvent observer de manière flagrante le sentiment de honte et donc d'infériorité, même s'il est lié à une culture spécifique.

Pour se défendre de ce sentiment d'infériorité certains patients vont adopter des attitudes de prestance. Lorsque ces attitudes de prestance et de supériorité apparaissent comme caricaturales, l'on peut supposer que derrière, se trouve une profonde blessure narcissique. Ces patients, en tentant d'impressionner les autres, tentent surtout de s'impressionner eux-mêmes. L'imperfection physique (la maladie et le traitement), vient faire écho à un sentiment d'imperfection psychique source de souffrance d'où ce sentiment de dévalorisation.

L'estime de soi est un concept dont on parle beaucoup actuellement. Les individus qui manquent d'estime pour eux-mêmes vivent de plein fouet ce sentiment d'infériorité. Pour une bonne estime de soi, ce qui compte, c'est d'être ou se sentir aimé plus que d'être ou se croire le plus fort. L'estime de soi se compose de :

- L'amour de soi : selon Christophe André « s'aimer ne souffre aucune condition, on s'aime malgré ses défauts et ses limites, malgré les échecs et les revers ». L'amour de soi ne protège ni du doute ni de la souffrance, mais il empêche le désespoir. Il dépend de l'amour dont nous avons bénéficié étant enfant. Il faut que l'enfant ait reçu un amour inconditionnel, c'est-à-dire, qui ne dépend pas des réussites et qu'échouer ne va pas de pair avec le sentiment de ne plus être aimable.
- La vision de soi est la façon dont l'individu se perçoit, dont il s'évalue lui-même ; c'est la conviction qu'il a de ses qualités et de ses défauts, c'est pouvoir se dire « quoi que ce soit, je peux le vivre, je peux le supporter ».

- La confiance en soi s'applique aux actes ; avoir confiance, c'est penser qu'on a les capacités à agir de manière adéquate pour résoudre un problème.

Ce dernier aspect de l'estime de soi renvoie aussi au sentiment d'efficacité personnelle décrit par Albert Bandura dans les années 80 : l'individu doit croire en sa capacité d'influencer son comportement ou son environnement par ses actions sinon, il n'y a pas de motivation à agir ; la personne ne prend pas d'initiative et évite les difficultés (fuite) ce qui altère la confiance en soi.

Les éléments qui permettent de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle sont :

- L'entourage : observer ses pairs, ceux qui y arrivent, d'où l'intérêt des groupes de paroles ou d'échanges (cf. l'éducation thérapeutique du patient).
- L'humeur : plus celle-ci est positive, plus le sentiment d'efficacité personnelle augmente d'où l'importance des encouragements aux patients, ce qui les rassurent.
- L'expérience de la maîtrise : relever des défis faciles et accessibles pour expérimenter la réussite.

Les programmes d'éducation thérapeutique visent ces objectifs : redonner du contrôle au patient, l'encourager et faire en sorte qu'il y ait un partage d'expérience et de solutions et ainsi renforcer l'estime de soi et la confiance en soi. C'est ainsi que la souffrance peut être un tant soit peu apaisée ; et, si cela ne peut se faire, il faut pouvoir respecter les défenses mises en place par le patient, sans que celles-ci maltraitent le soignant, qui doit pouvoir aussi se protéger.

## CONCLUSION

Nous avons vu plusieurs notions comme la résignation, la culpabilité, l'agressivité, l'anxiété ou le sentiment d'infériorité qui sont activées ou réactivées par l'insuffisance rénale et la mise en dialyse. Tous ces mouvements psychiques sont liés entre eux et ont une importance capitale dans la manière d'appréhender la poursuite de l'existence. L'individu doit pouvoir être conscient de ces mouvements afin de les intégrer voire de les dépasser pour vivre au mieux ; et cela ne peut se faire sans le soutien des proches, mais aussi de l'équipe médicale et para-médicale toute entière.

## BIBLIOGRAPHIE

1. André Christophe, L'estime de soi, Recherche en soins infirmiers, 2005, n°82, p.26-30, ARSI.
2. André Christophe, Lelord François, L'estime de soi, 2008, Odile Jacob.
3. Balint Mickaël, Les voies de la régression, Petite Bibliothèque Payot.
4. Cottraux Jean, la Force avec soi, 2010, Odile Jacob.
5. Jeammet Nicole, La haine nécessaire, 1989, PUF.
6. Klein Mélanie, Riviere Joan, L'amour et la Haine, 1968, Petite bibliothèque Payot.
7. Lacroix Anne, Maladie chronique : la psychologie clinique au cœur de toute prise en charge. La santé de l'homme, 377, 2005, p. 31-32.
8. Laplanche et Pontalis, Vocabulaire de la Psychanalyse, PUF.
9. Lelord François, André Christophe, La force des émotions, 2003, Odile Jacob.
10. Marchand Gilles, Le monde de l'intelligence, Comment reprendre confiance en soi, 2012, n°22, p. 52-67.
11. Sullivan Pierre, Psychopathologie de l'adolescent, 2001, In Press.
12. Tisseron Serge, La MNH prend soin de vous, Santé mentale, Violence et agressivité, une distinction essentielle, n°165, février 2012, p. 6-7.
13. Untas Aurelie et coll, Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'HADS, Néphrologie et Thérapeutique, 2009, 5, 193-200.
14. Winnicott D.W., De la pédiatrie à la psychanalyse, 1969, Payot.
15. L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif.
16. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels.
17. Recherche en soins infirmiers, L'estime de soi, n°82, p.26-30, 2005.