

# APPROCHE CLINIQUE ET ECLAIRAGES THEORIQUES AU SEIN D'UNE UNITE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

ANNE NACHIN

*Psychologue clinicienne*

[ap25@gmx.fr](mailto:ap25@gmx.fr)

*Centre de soins (SSR) des Tilleroyes à Besançon*

**MOTS CLES :** *unité cognitivo-comportementale,  
maladie neurodégénérative,  
troubles du comportement*

Ce texte présente deux situations cliniques de patients hospitalisés dans une unité cognitivo-comportementale (UCC). Ce service accueille des personnes atteintes de maladies neuroévolutives et de troubles du comportement productifs, pour une durée de quelques semaines.

Cette clinique est étayée de concepts psychologiques et psychanalytiques, venant l'éclairer. Exposés brièvement, ils viennent éclaircir la rudesse du réel, celle de la clinique du quotidien, celle de l'immersion émotionnelle et affective.

Les prises en soins de l'équipe pluridisciplinaire se révèlent souvent bénéfiques pour les patients. L'équipe est

toujours en recherche pour aider les personnes à alléger le poids douloureux de la maladie et maintenir l'accès à leur pensée, à leur langage, à leur vie psychique.

Le soin allie l'approche médicamenteuse et les approches non médicamenteuses. Les deux sont nécessaires et dépendantes l'une de l'autre. L'ajustement du soin se construit par les observations de chacun des soignants et par les temps de mise en commun et d'échanges.

Tout ceci produit des effets. Comment cela se fait-il ?

## 1. MME C. LE TRAVAIL DE CONTENANCE

Mme C. est hospitalisée à l'UCC en raison de troubles psycho-comportementaux, agitation anxieuse et agressivité notamment. Elle vit en Ehpad depuis 4 ans. Mme C. est âgée de 85 ans, elle est veuve et souffre de la maladie d'Alzheimer. Elle a des enfants avec lesquels elle a très peu de relations. Ses frères et sœurs sont décédés. Mme C. a exercé quelque temps le métier d'institutrice, au début de son mariage. Les éléments de vie plus anciens (enfance, parents...) ne nous sont pas connus.

Durant son hospitalisation, nous observons la désorientation spatiale et temporelle, avec de nombreux plongeurs rétrogrades (les événements du passé sont vécus au présent), le syndrome dysexécutif (difficultés à planifier les actions, à s'adapter...), les troubles mnésiques antérogrades majeurs (impossibilité de fixer de nouvelles informations), l'inversion du rythme veille/sommeil. Les troubles anxieux sont prédominants, le langage et la compréhension nettement diminués et ralentis. Si la tristesse peut être présente, nous n'observons pas pour autant d'humeur dépressive.

Les pertes ont été multiples pour Mme C. lors de ces dernières années (décès de son mari, départ de sa maison, de sa ville, perte de contact avec ses enfants, déclin de ses capacités...). Les aménagements psychiques, plongeurs rétrogrades en particulier, maintiennent ses identités professionnelles, maternelles, familiales : « Je dois aller en classe... », « Il faut que j'y aille, j'ai mes enfants, ma famille à m'occuper... ». L'hypersomnie peut aussi interroger sur un besoin de récupération ou d'évasion en lien avec ce déclin psychique et cet isolement relationnel.

L'anxiété est majorée par les oublis à mesure : ce qui est vécu n'est plus codé et donc plus mémorisé. Par exemple, lorsque l'ergothérapeute s'éloigne d'elle quelques instants pour aller chercher un gant de toilette et revient, Mme C. la redécouvre et lui redit bonjour.

Le plus souvent, cette anxiété reste cependant apaisable grâce à la présence humaine et à un environnement rassurant. Ces effets de présence, de contenance se révèlent profondément anxiolytiques pour Mme C.

Mme C. a besoin de beaucoup de sommeil, elle se recouche souvent le matin après la toilette et le petit déjeuner. Lorsqu'elle est dans la salle commune, Mme C. se montre très sociable, cordiale et souriante. Elle participe aux activités proposées avec motivation. Mme C. est très perméable à son environnement. Une ambiance calme l'apaise. Aussi, dans les moments où l'environnement peut être stressant, la présence et la relation avec un soignant, calme, expliquant, mettant des mots sur ce qu'il se passe, lui permet souvent de se rassurer. Les soignants valident ses émotions, ses besoins (Valider au sens de Naomie Feil (1) : c'est-à-dire reconnaître la valeur de ce qui est dit par la personne, car ce qu'elle dit a du sens et nous pouvons aller la rejoindre dans sa compréhension du monde).

Suite à ce changement de comportement, des échanges et une rencontre ont eu lieu entre les équipes soignantes de l'UCC et celle de l'Ehpad où réside Mme C., pour travailler ensemble à l'accompagnement le plus favorable pour elle. Mme C. est perçue très différemment à l'Ehpad, par les résidents et certains soignants. Elle y est décrite comme plutôt « agressive, irritable ».

Deux situations sont décrites en particulier. L'une au retour du repas du soir quand Mme C. prend l'ascenseur pour remonter

dans son service situé au 2e étage. Ce retour se fait sans accompagnateur soignant. Les résidents l'appréhendent et l'anticipent dès la fin du repas. Ils se retrouvent alors à plusieurs devant l'ascenseur à espérer une place. Chacun transmettant et recevant une part d'anxiété et de tension. Dans ce contexte, Mme C., qui est très grande et imposante, prend l'ascendant sur d'autres personnes, s'aidant parfois de sa canne pour s'ouvrir le passage !

L'autre au moment du coucher du soir. En effet, à l'UCC, Mme C. entrouvre une dizaine de fois sa porte, sort la tête et, après un regard ou une parole rassurante du soignant de nuit, referme sa porte avant de recommencer aussitôt après. S'il lui arrive de se réveiller la nuit, elle se montre rassurée par la présence du soignant. On peut par exemple lire dans une transmission de nuit : « Mme C. a entrebâillé la porte de sa chambre et jeté un coup d'œil en salle à manger vers 5 heures du matin. Je lui ai dit qu'elle pouvait encore dormir et elle est retournée au lit aussitôt et elle s'est rapidement endormie. »

Or, à l'Ehpad, sa chambre est située en bout de couloir, éloignée de la salle de vie. Le soir, la nuit, elle déambule anxieusement à la recherche de quelqu'un. Elle ouvre alors les portes et pénètre dans les chambres...

L'environnement contenant de l'UCC a permis à Mme C. de se rassurer. De ce fait, le comportement est redevenu calme et les relations sociales apaisées. Le regard de son entourage sur elle est positif. Cet apaisement s'est prolongé après son retour en Ehpad où l'équipe a pu s'adapter, modifier certains éléments anxigènes (changement de chambre en particulier) et accompagner au mieux les besoins de Mme C.

### **Le travail de contenance**

Pouvoir « plonger » dans le sommeil demande de s'abandonner à l'inconnu, « lâcher prise » sur le réel. Chez les personnes âgées et de surcroît malades, l'angoisse de mort peut venir compliquer un endormissement paisible. Mme C. s'endort paisiblement le matin, en entendant la vie de l'unité autour d'elle. Par contre, la solitude de la nuit l'angoisse.

Lorsque l'assise interne est défaillante ou fragilisée, le sujet cherche à l'extérieur de lui, dans la réassurance donnée par la présence, le regard et les paroles empathiques de l'autre, un rempart à ses angoisses.

Denis Mellier (2) parle de « fonction à contenir ». « Il s'agit de la position psychique à adopter et à mettre en œuvre sur le terrain, dans l'intersubjectivité, pour recevoir et transformer des souffrances très primitives ».

Qui dirait mieux la fonction contenante que cette autre patiente, Mme F. ? Lorsque Mme F. arrive dans le service, elle veut immédiatement rentrer chez elle. « J'ai des choses à faire », nous dit-elle. Que fait-elle quand elle est chez elle ? Mme F. nous répond, sur un ton donnant à comprendre combien cette question est sottise : « Je m'assieds dans mon fauteuil ! » Lorsqu'elle est chez elle, Mme F. est assise dans son fauteuil. « Ce lieu où se reposer », ce lieu où être contenue par l'assise, le dossier, les accoudoirs, ce lieu de souvenirs, d'évocations, de liens familiaux, ce lieu de vie, où elle se retrouve elle-même. Sans son fauteuil, Mme F. ne sait plus qui elle est, où elle est, d'où elle vient ni bien sûr où elle va.

---

A Nachin : Approche clinico-théorique en UCC des soins donnés à l'enfant par la mère et sa capacité à contenir ses angoisses à la fois sur le plan physique et sur le plan psychique. Dans les pratiques soignantes, on pourrait évoquer un « holding visuel » qui rassure, sécurise, tempère les émotions auxquelles la personne ne peut plus faire face seule

### ***La permanence de l'objet***

Dans la première année de sa vie, se développe chez le bébé la capacité de se représenter un objet même si celui-ci n'est pas présent. Cette compétence a été nommée la « permanence de l'objet ». Le bébé se met à chercher le jouet caché par l'adulte derrière son dos. D'où les jeux de « cache-cache » si appréciés par les enfants. Cette capacité est essentielle car elle concerne les personnes également : le parent qui n'est plus visible va donc revenir, il s'est juste éloigné quelque temps. L'absence remplace la perte. Chez certaines personnes âgées atteintes de maladie neurocognitive, nous constatons que cette capacité se détériore. La personne absente n'est plus intériorisée. Son absence équivaut à une disparition et engendre un sentiment d'abandon et une profonde détresse.

### ***Le regard est un soin***

Rappelons combien notre regard sur l'autre influe sur son comportement. Une personne perçue comme agressive finira par le devenir ou le demeurer. Tout au contraire, lorsque le regard reconnaît les qualités de la personne et les valorise, celle-ci les développe. Du fait d'une confiance accrue en elle, d'une sécurité affective et d'un narcissisme soutenu, elle pourra abandonner peu à peu des comportements agressifs, de rivalité ou de compétition, devenus inutiles.

La première image que l'enfant reçoit de lui-même se trouve dans le regard de sa mère. Elle est le miroir de son bébé. Ce que le bébé voit dans le regard de sa mère c'est lui-même. Selon D.W.Winnicott (3), le holding ou « portage » désigne l'ensemble

## **2. M. T. LE SOIGNANT-TRANSFORMEUR**

M. T. est entré à l'UCC pour des troubles du comportement dans le contexte d'une maladie neurocognitive. Il vivait à son domicile avec son épouse. Mme T. était épuisée par la situation qui a évolué très rapidement. M. T. est âgé de 76 ans. Il était horloger.

Pendant son hospitalisation, nous observons les troubles cognitifs, mnésiques, phasiques, praxiques. L'humeur est dépressive. Les affects de détresse, de dévalorisation sont exprimés : « Je suis un c... », avec régulièrement le désir exprimé d'en finir avec cette vie. M. T. se déplace mais les mouvements avec les bras et les mains sont très limités. Le repas nécessite une aide.

Nous observons que l'agressivité et l'agitation sont conséquentes à une position de refus : toilette, médicaments, habillage, repas... Les soignants s'adaptent alors et diffèrent le soin. Il arrive parfois que M. T. demande par lui-même à aller s'habiller ou faire sa toilette. Parfois aussi, après un temps relationnel très empathique et des explications sur le soin et sa nécessité, M. T. l'accepte.

Lorsque M. T. est sali dans les protections, il le vit très mal, se sent mal, ne comprend pas, ne sait quoi faire, s'agite, mais refuse tout de même les soins de toilette. Nous observons que cette agitation s'accroît de plus en plus et qu'il vaut mieux pour lui que

la toilette soit réalisée. Il y a donc à ce moment-là un soin sous contrainte, très rapide et expliqué à M.T. Après le soin, M. T. se sent bien, le verbalise et remercie. Cette position de contrainte de soin est discutée et réévaluée régulièrement en équipe. Cela est important pour les soignants qui vivent eux aussi difficilement cette situation.

Les émotions sont labiles, avec des épisodes de pleurs, et d'autres de rires motivés et partagés. M. T. aime la musique, les chansons. Écouter les chants qu'il connaît a souvent amené un apaisement. Il entonne intensément avec la voix, le regard et tout son corps « La vie en rose » ou « Padam padam padam » d'Édith Piaf. Pendant la toilette, chanter avec lui peut aussi être aidant.

Ces observations vont dans le sens d'une souffrance psychique majeure dans ce chaos intérieur de la perte identitaire et de l'angoisse d'abandon. Chaos aggravé par la rapidité de l'évolution de la maladie. Celle-ci était probablement contenue à domicile par ses repères et l'accompagnement de son épouse. L'hospitalisation a révélé la réalité d'une maladie à un stade avancé. Les troubles cognitifs diminuent les possibilités d'élaborer et verbaliser le mal-être qui s'exprime alors par les troubles comportementaux. M. T. s'agite et devient opposant quand il ne comprend pas ce qu'il se passe et se sent alors menacé.

Nous avons pris contact avec l'Ehpad qui a accueilli M. T. Les informations transmises ont permis à l'équipe d'anticiper, de préparer la prise en soin et d'accompagner M. T. dans la continuité. Chants, musique ou soin différé ont été utilisés. Il n'y a pas eu de difficultés majeures et l'adaptation s'est faite aussi bien que possible pour M. T.

### ***La capacité de rêverie***

Selon le modèle explicatif de W.R. Bion (4), le soignant transforme les éléments anxigènes du patient (béta) en éléments apaisés (alpha). D'après lui, dans la relation mère-bébé (la « mère » étant la personne, femme ou homme, qui offre les soins maternants à l'enfant), si sa mère peut comprendre et agir en fonction de sa demande, l'enfant a le sentiment qu'il s'est débarrassé de quelque chose d'insupportable dans sa mère, et que celle-ci en a fait quelque chose de supportable. Bion appelle cela « la capacité de rêverie de la mère ».

Le soignant propose au patient un espace psychique d'accueil. Il ressent ses vécus douloureux (éléments bêta). En les reformulant, en les synthétisant, le soignant restitue au patient un vécu apaisé (éléments alpha). On parle alors de « la capacité de rêverie du soignant ». Cela n'est possible au long cours que si le soignant est lui aussi soutenu, par un cadre contenant sur lequel il puisse s'appuyer et se libérer de ses propres tensions internes.

### ***Le contenant contenu***

Le soignant est appelé à rencontrer le patient. Cette rencontre est engageante, impliquante. Dans la répétition, elle devient usante, lassante, voire ravageuse. Pierre Delion (5) parle de « fonction métaphorique ». C'est « Le portage des signes de souffrance des patients par la psyché des soignants. Je l'appelle «la fonction sémaphorique ». Dans la terminologie freudienne classique, il s'agit là du contre-transfert ».

L'expression d'« attaque à la pensée » est utilisée par Louis Ploton (6) pour décrire ce que produit psychiquement la rencontre avec une personne atteinte d'une maladie



---

neuroévolutive : une atteinte à la capacité de pensée.

Comment survivre à ces attaques, comment continuer à offrir du soin, du « care » (prendre soin) sinon du « cure » (soigner) ? Les temps de parole (réunions interdisciplinaires, réunions cliniques, relèves, échanges informels...) sont le cœur du travail des soignants. Ces temps de travail soutiennent le soignant dans sa rencontre avec le patient, l'accompagnent dans l'expression des « effets secondaires » de l'empathie (attaque de la pensée, contre-transfert...).

### **3. QUELQUES COULEURS ENCORE A CES PAYSAGES HUMAINS**

#### ***La part bébé du soi***

Certains patients vivent d'insupportables angoisses d'abandon. Du fait probablement de leur histoire de vie, leur sécurité interne est défaillante. Les expériences précoces laissent des traces émotionnelles et corporelles. Un des aspects du soin psychique consiste à prendre contact avec cette part infantile chez le patient. Albert Ciccone (7) la nomme « la part bébé du soi » : « Quand la souffrance déborde, quand elle est innommable, terrible, traumatique, désorganisatrice, c'est qu'elle touche des aspects infantiles, car elle est alors moins pensable, transformable, supportable. C'est de cette souffrance infantile dont se protège tout sujet. »

#### ***Des effets de présence***

Un « effet de présence » a été décrit dans le contexte groupal par Ophélie Avron (8). Elle observe une « inter-liaison » qui se crée de manière spontanée entre les

A Nachin : Approche clinico-théorique en UCC personnes par le seul fait d'être ensemble, « une d'inter-liaison psychique dont le rôle est de maintenir un niveau minimum de stimulation réciproque entre les individus, et qui se réalise par une mise en activité réciproque des psychismes ».

Autre « effet de présence » quand nous arrivons à un moment d'anxiété dans une salle où des patients déambulent, cherchent leur mère, leur carte d'identité, leurs lunettes, la sortie... quand nous nous asseyons simplement à une table, présente, disponible... quand tel un aimant, les trajectoires des patients se dirigent vers les chaises libres autour de cette table... quand quelques minutes plus tard dans le cercle formé, les tensions tombées, l'apaisement revenu, les sourires, les conversations, le silence ou l'écoute d'une musique réunit chacun avec les autres, rassuré par cet étayage identitaire sur le groupe ? Louis Ploton (6) parle d'« un centre de gravité relationnel » qui a une fonction rassurante pour le groupe.

Evoquons aussi le syndrome de Godot. Ce comportement d'une personne qui en suit une autre dans tous ses déplacements. Comme son ombre, collée à elle, se levant quand elle se lève, s'asseyant quand elle s'assied, déambulant à ses côtés. Une tension permanente vers l'Autre. Est-ce un mécanisme de survie psychique ? La remise en route minimale d'une activité de pensée ? Un palliatif à l'effondrement ?

#### ***Le pari du sujet***

« Faire le pari du sens » dit Louis Ploton à propos du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Leur comportement est tout à fait adapté. C'est le meilleur équilibre qu'elles aient trouvé

pour vivre la situation qui est la leur. Et supporter l'insupportable.

« Et le pari du sujet » poursuit-il. Les personnes souffrant de maladie neuroévolutive sont les premières concernées par les soins et aussi les décisions à prendre. Elles ont leur mot à dire. Elles participent au projet de soins, aux décisions pour leur avenir.

Nous aidons les familles quand elles le souhaitent à tisser un lien de confiance avec leur parent. Nous les accompagnons dans les difficiles décisions d'entrée en Ehpad, dans l'expression de la vérité, délicatement et pas à pas. Les patients hospitalisés ne sont ni à l'hôtel, ni à une cure d'amaigrissement, comme ils l'entendent parfois de leurs proches désemparés. Elles sont hospitalisées parce qu'elles ont une maladie qui se manifeste souvent par des problèmes de mémoire. Elles ne vont pas partir en maison de repos pour quelques jours, mais vont quitter ce service hospitalier pour entrer en maison de retraite parce que leur maladie nécessite de l'aide. Dans notre expérience, la vérité lorsqu'elle est demandée, atténue l'anxiété, l'agitation et la dépression.

## CONCLUSION

Ce travail d'écriture donne une consistance à notre pratique. Nous en avons besoin tant nous sommes régulièrement chavirés émotionnellement, déboussolés dans nos pensées, questionnés dans notre éthique. En fait nous sommes quotidiennement décontenancés par cette clinique du chaos. Écrire, contribue à remettre des mots, de la pensée. C'est un véritable travail de contenance pour notre pratique quotidienne. Nous témoignons aussi de l'essentiel de la relation humaine dans la pratique soignante. La relation humaine est un soin en elle-même.

## REFERENCES :

- (1) Feil, Naomie, Validation Mode d'emploi. Pradel, 2018.
- (2) Mellier, Denis. "La fonction à contenir." *La psychiatrie de l'enfant* 48.2 (2005) : 425-499.
- (3) Winnicott, Donald Woods. *Le bébé et sa mère*. Payot, 2017.
- (4) Bion, Wilfred. *Aux sources de l'expérience*. Presses universitaires de France, 1979.
- (5) Delion, Pierre. "Psychanalyse, autisme et institution." *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 1.2 (2011) : 27-43.
- (6) Ploton, Louis. « À propos de la maladie d'Alzheimer », *Gérontologie et société*, vol. 32 / 128-129, no. 1-2, 2009, pp. 89-115.
- (7) Ciccone, Albert, et al. *La part bébé du soi : approche clinique*. Dunod, 2012.
- (8) Chapelier JB. « La pensée scénique. Groupe et psychodrame d'Ophélie Avron. » *Carnet/Psy* n°25 1997, *Les psychothérapies de groupes*, p16-17.