

Aspects psychologiques de l'adaptation aux maladies somatiques

DIU de soins palliatifs

Pr Senon

Unités médico-psychologiques

Quelques pistes de réflexion

- représentation de la santé et de la maladie
- maladie et ses conséquences
- stratégies d'ajustement ou coping
- décompensations comme adaptation
- prédictibilité de la décompensation
- Soins palliatifs
- Étapes du processus de mourir

La maladie et ses représentations

- conception ontologique :
 - maladie autonome agressant le corps de l'extérieur
 - concept pasteurien de l'agression microbienne
 - concept chrétien de la maladie-punition
- conception hippocratique :
 - maladie témoin de la perturbation de l'équilibre intérieur

La guérison n'est pas uniquement somatique

- la maladie aiguë est exception : guérison comme retour à l'état antérieur
- la maladie chronique suppose la négociation d'une nouvelle représentation de soi
- la guérison est construction active et apprentissage à vivre avec les limites du handicap

La maladie et ses représentations

- Bouleversement de la représentation de soi et du sentiment de toute puissance
- Remise en cause de l'aménagement défensif
- Atteinte du narcissisme
- Difficulté d'investissement d'un corps malade ou mutilé

Bouleversement de la représentation de soi et du sentiment de toute puissance

- Depuis l'enfance l'homme vit autour d'un sentiment d'immortalité :
 - Sentiment de toute puissance induit par la mère dans la période de holding permettant à l'enfant d'aller à la conquête du monde
- Développement des capacités physiques et intellectuelles dans l'éducation de la première partie de vie
- Capacité à donner la vie : naissance des enfants

Remise en cause de l'aménagement défensif

- L'aménagement défensif de la première partie de la vie adulte est tourné autour de la créativité :
 - Créativité professionnelle
 - Créativité familiale
 - Créativité sociale
- Cette créativité représente aussi une fuite en avant faisant oublier le vieillissement et la menace de la maladie

Atteinte du narcissisme

- La narcissisme, indispensable au développement de la vie affective et sociale est né de l'amour maternel et de la confirmation par celle-ci des capacités de son enfant et de son aptitude à séduire, conquérir et être aimé
- La maladie est la première menace à ce narcissisme de vie : remise en cause de la force, de l'invincibilité et la capacité à séduire

Difficulté d'investissement d'un corps malade ou mutilé

- Représentations du corps malade
 - Microbe caché comme menace
 - Cellule cancéreuse envahissant
 - Trahison des systèmes de défense et de la barrière immunitaire
- Représentation du corps mutilé
 - Corps non reconnu
 - Nécessité de vivre avec en faisant le deuil de l'organe disparu

La maladie et ses conséquences

- Atteinte à l'intégrité corporelle
- Atteinte à l'intégrité psychique
- Remise en cause de l'image idéale de soi
- Situation de faiblesse
- État de dépendance
- La maladie et la mort

Atteinte à l'intégrité corporelle

- Perte de la confiance du sujet dans un corps auparavant intègre
- Représentation pasteurienne : la barrière de l'enveloppe corporelle n'a pas pu protéger le corps de la pénétration par l'agent microbien
- Représentation mécaniciste : le corps « révisé » : réparation, autogreffe, hétérogreffe
- Sentiment de trahison
- Sentiment d'injustice

Atteinte de l'intégrité psychique

- Atteinte du moi idéal
- Effondrement du sentiment de toute puissance
- Crainte de ne pas être à la hauteur et de ne pas pouvoir faire face
- Menace de perte de l'identité personnelle

Situation de faiblesse

- Perception douloureuse des limites physiques
- Limites des mécanismes de défense : peur de l'effondrement
- Remise en cause de la projection à l'avenir et de la capacité à faire des projets qui pourraient ne pas être tenus

État de dépendance

- Dépendance aux médecins et aux soignants : réassurance par la présence ou l'accompagnement : perte de l'autonomie
- Dépendance aux proches
- Dépendance à tous les facteurs de vie : restriction du champ de vie et réduction des projets et activité vicariantes

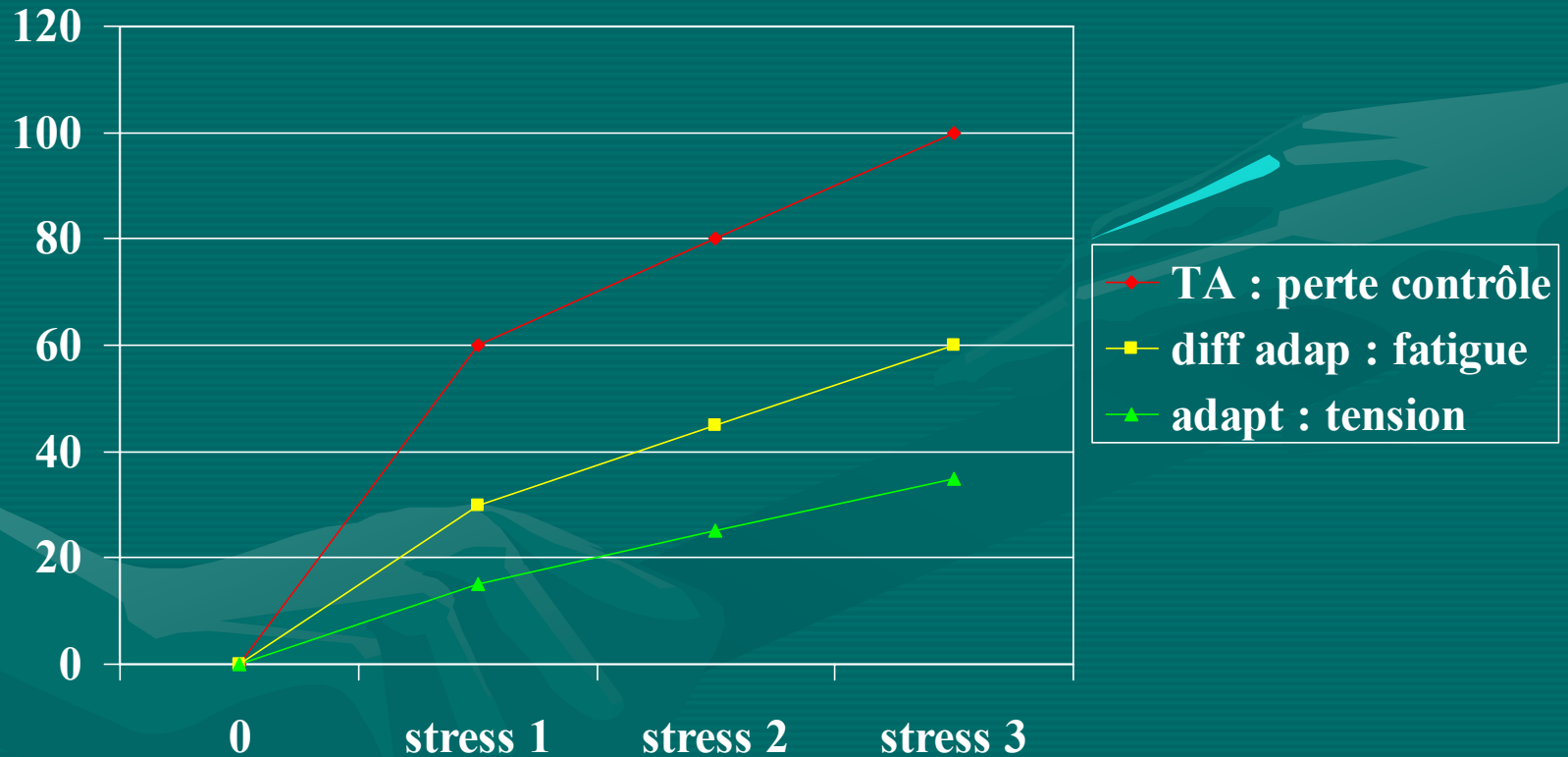
Remise en cause de l'image idéale de soi

- Effondrement du mythe de la toute puissance
- Fin de l'invincibilité
- Infiltration par l'idée de la fin de vie
- Dégradation physique et intellectuelle redoutée
- Déclin et résignation

Différences enfant-adolescent

- Enfant :
 - La maladie va dans le sens des besoins psychologiques du développement
 - Adaptation le plus souvent aisée
- Adolescent :
 - Maladie comme renversement des besoins du développement

Complications du stress de la maladie



TA en oncologie

(Razavi)

	Effort	TA	Décompens
Nb sympt	< 3	> 3	> 4
intensité	+	++	+++
Permanence sympt	non	non	oui
Caract inhab	Non	oui	Oui
Conséquences relationnelles	non	oui	oui
Durée (sem)	< 1	> 1	> 2

Réactions de protection et d'adaptation

- Régression
- Renforcement des mécanismes de défense
- Réactions d'inhibition
- Réactions d'adaptation actives
- Distorsions de l'évaluation
- Passages à l'acte et troubles du comportement

Régression utile et nécessaire

- mécanismes de la régression
- régression et perte de la triangulation
- s'en remettre au soignants
- conséquences comportementales de la régression
- limites de la régression
- régression et autonomisation

Reconnaître la régression

- Égocentrisme
- Centrage sur soi
- Intolérances aux frustrations
- Retour à des satisfactions infantiles
- Refuge dans le sommeil
- Comportement d'oralité

Refus de régression

- peur de régresser
- crainte de la passivité
- sensation de danger lors de la perte de contrôle
- suradaptation coûteuse en énergie

Renforcement des mécanismes de défense

- Annulation
- Déni
- Dénégation
- Isolation
- Intellectualisation
- Déplacement

Réactions adaptatives actives

- Centrage sur soi
- Anticipation
- Humour
- Sublimation
- Information
- Responsabilisation

Distorsions de l'évaluation

- Omnipotence
- Idéalisation du soignant
- Idéalisation du médicament
- Déévaluation

Passages à l'acte

- Fuites
- Fugues
- Sorties contre avis médical
- Identification projective
- Agression des soignants
- Auto-agressions, TS, Suicides

Facteurs d'ajustement psychologiques

- caractéristiques de la personnalité
- signification symbolique de la maladie
- genèse de la maladie
- expériences antérieures personnelles
- expériences antérieures des proches
- niveau du soutien émotionnel

Évaluation psychologique face à une maladie grave

- évaluation individuelle
- évaluation du soutien familial et social

Évaluation individuelle

- niveau d'anxiété
- dimension dépressive associée
- capacité d'adaptation face à des situations traumatiques antérieures
- adaptation des conduites défensives
- attentes exprimées ou implicites face au traitement

Nécessité d'une évaluation individuelle dynamique

- Stratégies d'évitement-vigilance
- Coping et stratégies d'adaptation

Vigilance et évitement

	Effets bénéfiques	Effets négatifs
Vigilance	Expression des émotions Comportements appropriés	Centrage sur les symptômes et le corps Restriction des projets
Évitement	Réduction des soucis Vie « normale » ?	Comportement inapproprié Prise de distance avec la réalité

Étude du coping (Ray, Consoli)

Position	Toute puissance	Intermédiaire	Impuissance
Maintien dans la conscience de pensées perturbatrices	Hostilité Révolte Injustice Revendication...	Recherche de maîtrise Information Responsabilisation	Désespoir Renoncement Résignation Démission
Évacuation de la conscience des pensées perturbatrices	Déni Rationalisation Intellectualisation	Évitement Fuite Oubli Addictions	Idéalisation délégation aux soignants

Déni et intrusion (Ravazi)

DENI

Réduction de émotion

Attention réduite

Perte de mémoire

Momification

Annulation des associations

Stéréotypies

INTRUSION

Angoisse

Peur de perte de contrôle

Pensées intrusives

Hypervigilance

Cauchemars

Fausse perceptions

Réactions psychologiques et adaptations

- trouble psychologique comme adaptation
 - dépression
 - anxiété
 - somatisation
- réaction défensive

Méconnaissance de la dépression

- Centrage du somaticien sur les plaintes somatiques
- Symptomatologie dépressive labile
- Hypothèse de la réversibilité des troubles dépressifs
- Répugnance à identifier le patient à un malade mental
- Crainte des effets secondaires des AD
- Crainte de l'intrusion du psychiatre

Facteurs diagnostiques de méconnaissance

- Les critères de l'EDM du DSM IV sont peu opérants
- Intérêt du trouble de l'adaptation anxiodépressif
- Absence d'outil de mesure spécifique
 - Entretiens standardisés
 - Auto-questionnaires

Dépression : trouble de l'adaptation dépressif

- fonction d'interpellation
- repli communicationnel et relationnel
- point de vue narcissique
- point de vue économique

Deux tableaux d'apparence opposés

- dépression hostile
- dépression abandonnique ou syndrome de glissement

Hostilité

- dépression hostile
- projection anxieuse
- projection dépressive
- projection hostile
- dimension institutionnelle
- bon et mauvais malades...

Trouble anxieux

- anxiété généralisée
- crise d'angoisse et attaque de panique
- trouble panique
- anxiété somatisée
- phobies

Décompensations délirantes aiguës

- le délire comme équivalent de la dépression
- fonction d'interpellation du délire
- le délire comme restauration de la communication
- Délires dans les confusions iatrogènes (corticoïdes, opiacés, antimétoprotiques...)

Deux approches complémentaires

- psychosomatique et psychanalytique
- psychologie de la santé

Psychanalyse et Psychosomatique

- Freud, Ferencsi, Grodeck
- école américaine : Alexander, Spitz, Sifnéos et l'alexithymie
- école française : Marty, De M'Uzan, David, Cain, Sami-Ali, MC Célérier, PH Keller
 - pensée opératoire
 - défaut de mentalisation
 - défaut d'accès au symbolique

le modèle analytique

- une description des mécanismes de défense
- ...sans que ceux-ci soient prédictifs de la décompensation
- la structure de personnalité ne permet pas de rendre compte de la vulnérabilité au stress
- des limites : I Paulhan : ne rend pas compte des capacités d'adaptation et de mobilisation face à la maladie

Approche de la psychologie de la santé

- Coping ou stratégies d'ajustement
- Le cas des affections cancéreuses
 - La personnalité de type C
 - Dépression, résignation et désespoir
 - Répression des émotions
 - soutien social

Facteurs de risque au stress

- type A de Friedman et Rosenman :
 - (cardio vasculaire) x 2
 - 30 à 70% de la population
- type C
 - cancers, maladies auto-immunes
 - dépendance : alcool, drogue, tabac
 - conduites de risque : automobile, sports
 - richesse de l'imagination et des rêves

type A de Friedman et Rosenman

- célérité, impatience, rapidité
- combativité, responsabilités
- réussites
- investissement professionnel
- perfectionnisme

type C

- patience
- capacité à attendre
- soumis, conciliants
- évitement des conflits
- répression de l'agressivité

facteurs de protection

- type B : robustesse psychique de Kobasa ou sentiment d'efficacité personnelle de Bandura :
 - tentative d'action et de maîtrise
 - sens des responsabilités
 - souplesse d'adaptation
 - événement perçu comme rupture plus que comme menace

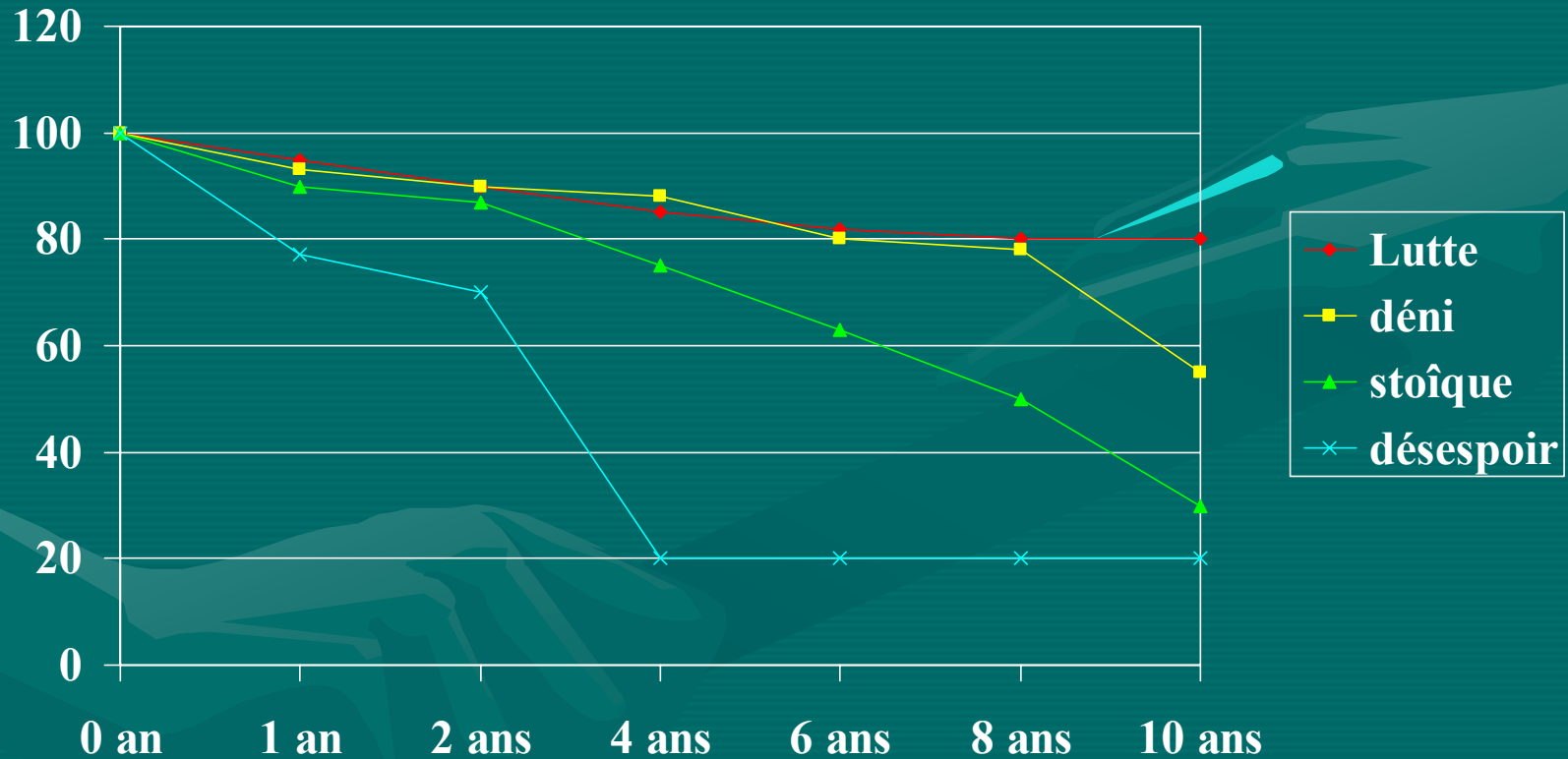
Dépression, résignation et désespoir

- Jansen (1984), Pettingale (1988) : les patients cancéreux sont plus dépressifs
- Dépression comme conséquence directe ou indirecte du cancer
- Dépression comme cause du cancer : Shekelle (1981)
- Seligman (1975) : modèle de la résignation apprise

Répression des émotions

- Contrada (1990) : rapport entre modalité d'expression émotionnelle et cancers
- Étude prospective d'Heidelberg (1982, 10 ans, 140 000 personnes) : les « rationnels anti-émotifs » ont plus de risque de cancer
- Jansen : colère contenue comme risque

Taux de survie et cancer du sein (Greer, 1979)



Principes généraux de la prise en charge

- Lieux et modalités
- Attention portée à la relation médecin - malade
- Pratique des psychothérapies à l'hôpital général
- Évaluation de l'efficacité

Différences...

	Exercice « classique »	Consultation liaison
Instigateur	patient	Somaticien
lieu	Cabinet	Lit du malade
Durée	40 mn...	Variable
Objet	Souffrance psychique	Maladie
Cadre	RV fixes	Aléas de la maladie
Nature	Formation du psy	Éclectiques

Prise en charge individuelle

- Prendre en compte :
 - L'histoire personnelle (abandons, séparations...)
 - L'histoire des rapports à la maladie
 - L'histoire de la maladie
- Psychothérapies de soutien
- « Conseil psychologique »
- Parler la mort
- Acceptation d'une chimiothérapie antidépressive

Travail auprès de la famille

- Prise en compte de l'adaptabilité et de la cohésion familiales
- Importance du conjoint
- Restauration de la communication patient/famille/soignants
- Travail de deuil

Travail auprès de l'équipe soignante

- Aider l'équipe somatique à faire face
- Aider à tenir quand le patient agresse et projette :
 - Donner sens à la projection et à l'hostilité
 - Restaurer la capacité à communiquer
- Aider à la prise de distance avec le patient gratifiant
- Travail de deuil

Soutien social

- Soutien émotionnel
- Soutien d'estime
- Soutien matériel
- Soutien informatif

Contre attitudes médicales

- sur-explorations
- sur-interventions thérapeutiques
- déni partagé
- abandon
- « revolver door syndrom »
- fusion, appropriation et surinvestissement

prise en charge

- psychothérapique :
 - verbalisation des craintes
 - information
 - appropriation de la maladie
 - de passivité en activité
- chimiothérapie
 - tranquillisants
 - AD

prévention des décompensations

- régularité du soutien psychothérapeutique
- cheminer avec le patient
- parler la mort ...
- aide apportée aux proches
- soutien des soignants

difficultés du travail de liaison

- travailler chez l'autre
- valoriser le travail des somaticiens
- accompagner l'équipe somatique
- conforter l'identité de l'équipe médico-psychologique
- travail longitudinal

10 commandements du psychiatre de liaison (S. M. Consoli)

- pas d'attente passive de la demande
- ne pas dissimuler la nature psychologique
- respect de confidentialité
- actualisation clinique
- transmettre aux équipes
- patient, famille et équipes
- donner sens au symptôme
- pas de « neutralité »

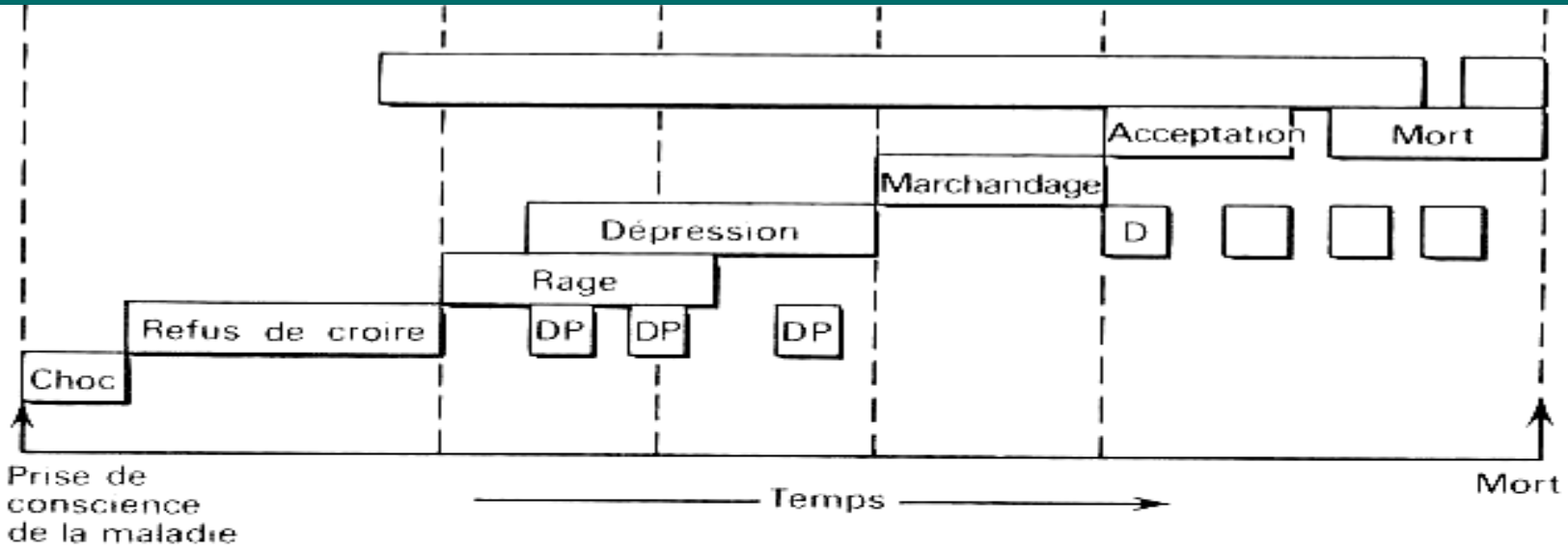
La maladie et la mort

- Problème des soignants : la mort se fait souvent à l'hôpital
- La mort est autre du fait des soins : disparition de la déshydratation, des infections terminales, atténuation, des douleurs
- Dans nos pays laïcisés le rôle du prêtre est souvent assuré par les soignants qui accompagnent jusqu'à la mort

Représentation individuelle de la mort

- Importance de la philosophie individuelle de vie
- Religion, croyances, valeurs
- Sens donné à la vie, sens donné à la mort
- Différences individuelles tenant à l'histoire de vie et de mort
- Différences tenant à la recherche d'information

Étapes du processus de mourir Elisabeth Kübler-Ross



DP : = déni partiel

D : = deuil préparatoire.

FIG. 12. - *Les étapes du processus du mourir*
(d'après E. Kübler-Ross, 1969)