

La psycho-oncologie : Pour quoi ? Quand ? Pour qui ?

Pour quoi ?

La psycho-oncologie, encore quasi inconnue il y a 25 ans, s'est peu à peu frayé un chemin comme entité psychologique spécifique.

A l'époque, et pendant des années, les questions la concernant s'énonçaient à peu près ainsi: de quoi s'agit-il? Pourquoi faut-il une approche psychologique particulière? Un cancer ne soulève-t-il pas les mêmes problèmes qu'une autre maladie somatique grave? Qu'est-ce qu'une aide psychologique peut donc bien apporter à des malades «condamnés»?...

Et il fallait alors démontrer l'impact psychologique massif de l'angoisse de mort, les risques de décompensation psychique par débordement des défenses psychologiques des patients, l'importance de l'atteinte à l'image de soi et des changements de rôles (familial, sentimental, social, professionnel) sur le plan identitaire, les perturbations systémiques secondaires (entourage familial, socioprofessionnel).

Un peu plus tard, la tendance des demandes médicales et, surtout, paramédicales - la psycho-oncologie commençant à être connue dans ce milieu - s'orienta vers l'étiologie «du» cancer:

Y a-t-il un profil de personnalité propre à développer «le» cancer?

Y a-t-il un lien entre la souffrance psychologique et la survenue, voire la localisation, du cancer? A quel niveau de l'échelle du stress le patient vivait-il avant la déclaration de la maladie cancéreuse?... Cette recherche très réductrice d'une causalité psychique, seule et unique concernée, eut la vie longue, très encouragée par toute une littérature médicale et para-médicale (1).

Les années 90 virent se développer des études sur la survie des malades: de ceux suivant une psy-

chothérapie en comparaison avec ceux ne suivant pas ce traitement, dans l'attente d'un bénéfice en terme de durée chez les premiers (2). Des espoirs naquirent et retombèrent, un dépouillement sérieux de toutes les études concluant à la non-influence (3).

Actuellement, au sortir de tous ces méandres, la psycho-oncologie se concentre, comme l'indique B. Hurny, président de la toute jeune Société Suisse de Psycho-oncologie, sur son rôle fondamental, à savoir: aider à la qualité de vie des patients, quel que soit le stade dans la maladie ou le pronostic.

Il est donc, peut-être, utile d'essayer une synthèse des situations de patients «à risque» sur le plan psychologique, situations pouvant alerter le médecin référant et l'encourager à ouvrir un dialogue sur une éventuelle aide psycho-oncologique.

Quand ?

Certains «temps» d'une maladie cancéreuse peuvent présenter des situations psychologiquement délicates.

Les temps de l'*attente* sont très durs à vivre: attente du diagnostic que, parfois, certains patients vont recevoir, encore actuellement, seulement trois semaines après une biopsie, lors de leur prochain rendez-vous. L'angoisse a tout le temps, dans pareilles situations, de faire le siège de la pensée et d'ébranler, non seulement le malade, mais aussi son entourage, tant elle est grave et communicative. Attentes, aussi, précédant les résultats des examens de contrôles, signifiant pour le patient, de façon à peine caricaturale, verdict de vie ou de mort. Attentes, encore, des décisions thérapeutiques.

Les *annonces* provoquent des temps particulièrement dangereux: Un dia-

gnostic de maladie cancéreuse (d'autant plus s'il est communiqué par téléphone... ça existe!), une convocation pour une ré-opération d'un cancer du sein, une métastatisation, alourdie parfois dans la foulée du signalement d'un pronostic à court terme, une récurrence sans clinique et découverte lors d'un contrôle, constituent, tous, des moments d'annonces susceptibles d'entraîner sidération puis décompensations psychiques sur différents modes.

La *durée* et la *persistance* des effets secondaires des traitements sont souvent causes de déstabilisation psychique. Car ils peuvent être très débilissants, voire désocialisants et destructeurs. Les malades l'expriment de façon évidente: «cette fatigue me rend étrangère à moi-même» «la sécheresse de ma bouche, depuis les rayons, me fait renoncer à toute sortie avec mes copains» ou encore «je ne suis plus un homme depuis mon opération (prostate), ma femme devrait en trouver un autre»... Au moment du diagnostic et du traitement les séquelles à long terme, même si elles avaient heureusement été évoquées, ne pouvaient, en effet, pas être évaluées dans toute leur future pesanteur.

Le moment de la *réalisation de l'incurabilité* de la maladie et de l'*approche de la mort* avivent angoisse et sentiments dépressifs. Ce passage, parfois brutal, parfois insidieux, peut plonger les patients dans toutes les réactions psychologiques du deuil, de l'impuissance et, parfois, de la désintégration psychique.

La période de la *réhabilitation*, une fois la rémission complète obtenue, soulève fréquemment une énorme ambivalence, déprimante, chez les ex-malades. Soulagement, angoisse de la récurrence (les paravents des traitements et des RV réguliers étant

tombés), perte de leur nouvelle famille soignante, peine à sortir du cocon-maladie pour réintégrer la vie dite normale, cohabitent en eux et ils se sentent incompris de leurs proches qui veulent, eux, tourner cette page douloureuse.

Des moments plus particuliers peçoivent le parcours de nombreux malades : le transfert dans un hôpital universitaire peut être ressenti comme un danger polymorphe, le départ d'un médecin référent comme un abandon, des fêtes significatives pour eux comme des ultimatums de vie...

Pour qui ?

La grande majorité des patients dispose de ressources humaines magnifiques. Certains, cependant, vivent des *situations existentielles* à plus haut risque de décompensation psychique et nécessitent de la part du médecin une attention plus grande.

Les *solitudes* extrêmes rendent inexistant tout partage et tout soutien, tel l'isolement de cette patiente de 59 ans, lymphomateuse, qui n'avait pour tout entourage qu'une vague cousine aux USA et la concierge de son immeuble.

La *période de vie* pendant laquelle survient la maladie peut déjà être problématique en elle-même : l'adolescence et la très jeune vie adulte se voient, normalement, malmenées sur les plans de l'identité, du comportement, de l'adaptation relationnelle ; la péri-ménopause est bousculée par le problème des pertes et des troubles thymiques, la vieillesse connaît la souffrance de nombreux deuils, souvent de la solitude, de la vulnérabilité somato-psychique...

Certains malades, fragilisés par la maladie, doivent encore endurer un *milieu affectif* rendu douloureux par une relation sentimentale chaotique, la lourdeur d'un partenaire malade, handicapé ou âgé, un conflit familial, la monoparentalité.

Enfin, actuellement, bon nombre de patients vivent de graves *inquiétudes*

socioéconomiques dues à des licenciements, du chômage, du mobbing ou du burnout.

Par ailleurs, comme dans toute population, certains malades cancéreux présentent une *fragilité psychique* que la maladie risque d'aggraver. La tristesse, adéquate, peut alors se muer en dépression, l'inquiétude en angoisse paralysante, la révolte en agressivité dirigée contre les autres ou contre soi, l'exigence adaptative en déstructuration psychique. Les patients tourmentés par un deuil antérieur non effectué et ceux soumis à des problèmes d'addiction (OH, drogues diverses, et aussi troubles alimentaires, « accros » du travail et de l'hyperactivité...) de même que les personnalités narcissiques vivant mal les diminutions dues à la fatigue, méritent d'être suivis très attentivement.

Ce tour d'horizon, non exhaustif, serait encore plus incomplet s'il n'incluait pas le soutien psychologique à de nombreux proches de patients cancéreux. Ceux-ci vivent fréquemment leur désarroi dans une immense solitude. Leurs sentiments d'impuissance, le changement de leur rôle, les limites imposées à leur vie, la tristesse et l'angoisse peuvent les submerger et les faire sombrer. Les enfants, trop souvent tenus dans le silence, surtout s'ils sont très jeunes, ressentent isolement, pertes d'affection et de confiance et peuvent développer, à bas bruit, un état dépressif immédiat ou tardif.

Les médecins traitants sont en première ligne pour détecter ces risques chez leurs patients qu'ils connaissent, les prendre en charge, ou, si nécessaire, « passer la main » aux thérapeutes spécialisés.

En conclusion, la thérapie psychoncologique poursuit deux ambitions principales :

Tout d'abord, permettre aux malades souffrant d'un cancer de s'adapter à une vie qui a brusquement basculé. L'empathie valorisante, l'information productive de

changements comportementaux, la détection et la reconnaissance des ressources individuelles, permettent ce « coping » aux limites de vie et, parfois, à la limite ultime qu'est la mort.

Par ailleurs, la thérapie psychoncologique garde la mission, inhérente à toute psychothérapie, d'aider les patients à trouver leur épanouissement personnel. La maladie oblige à s'arrêter, déjà concrètement (arrêt de travail, repos augmenté, pauses dans les salles d'attente, de traitement) ce qui facilite la réflexion. L'angoisse de la mort et la réalisation de sa finitude permettent souvent de revisiter son système personnel de valeurs et de donner sens au temps de vie, quelle qu'en soit la durée : reconnaissance de sa propre valeur, de l'importance des liens affectifs, retrouvailles, sécurisation des êtres aimés, réévaluation des espaces privés, professionnels et sociaux, règlements de diverses situations...

Il peut être alors essentiel d'aider les proches à effectuer également « un bout de chemin » pour que le risque d'hiatus entre l'évolution psychique des uns et des autres ne se réalise pas.

Dr Nelly Giger
Psycho-Oncologue
Service d'oncologie
Hôpital des Cadolles
2000 Neuchâtel

- 1) Ancelin, Reich, Simonton, Hashimoto, Lagarde, Selye, Leshan, Zweig...
- 2) Simonton, Spiegel...
- 3) Cassileth, Johansen, Keehn, Petticrew, Protheroe...