

UNIVERSITE FERHAT Abbas – SETIF

Faculté de Médecine

Module de Psychologie Médicale

(Année universitaire : 2019- 2020)

Réactions psychologiques face au cancer

Pr Alouani M.L

(Professeur de psychiatrie, Université Ferhat Abbas, Sétif)

Introduction

Par l'expression « conséquences psychologiques du cancer », on entend deux ordres de faits :

- d'une part, les conséquences psychologiques de la maladie au moment notamment de sa découverte.
- d'autre part, les conséquences des traitements et des modalités d'adaptation des patients à des bilans et des thérapeutiques lourdes.

A ces deux niveaux, des troubles psychologiques et une adaptation inadéquate peuvent entraîner une augmentation de souffrance, que le malade exprime parfois par le terme de « douleur », et une mauvaise observance du traitement qui risquent de compromettre lourdement les chances de guérison du malade.

Les troubles affectifs qui accompagnent la maladie cancéreuse peuvent être considérés comme des réactions émotionnelles à une situation de danger qui débute avec le stress du diagnostic et du premier traitement.

Une étude de Derogatis et coll. chiffre à 47% le nombre de malades cancéreux qui présentent des troubles psychiatriques définis par le DSM IV. Ce chiffre correspond à deux fois la prévalence des troubles affectifs dans la population globale des malades et trois fois celui constaté dans une population générale.

Les diagnostics les plus fréquents sont en rapport avec des troubles de l'adaptation.

La dépression et l'anxiété représentent chez 85% des cancéreux les symptômes majeurs.

Ces symptômes sont d'intensité variable et se rapportent à l'une des menaces spécifiquement liées à la maladie cancéreuse ou à son traitement.

Les manifestations consécutives à la menace du cancer peuvent se grouper en neuf catégories principales facilement identifiables :

- la peur de mourir.
- la peur de souffrir.
- la peur de mutilation.
- la peur d'une modification de l'image corporelle,
- la peur des conséquences sociales.
- l'angoisse et la détresse,
- la perte ou la réduction des investissements.
- la fatigue et la dépression.
- les troubles cognitifs ou intellectuels.

La peur de mourir est déclenchée par le mot « cancer » qui appelle dans les mentalités l'idée d'une maladie à haut risque de mortalité.

Dans ce contexte, les informations apportées ou non au malade lors des diverses étapes de sa maladie sont à double tranchant.

Elles peuvent l'aider à vivre ce qu'il a à vivre ou lui apporter des souffrances supplémentaires.

De toute façon, dès que le mot « cancer » est évoqué, « quelque chose » se vit aux trois niveaux neurophysiologiques du langage de la douleur que sont la représentation, l'expression et la communication.

- **La peur de souffrir** paraît en relation avec la notion que la maladie cancéreuse est une maladie qui tue « à petit feu », contrairement à un infarctus du myocarde par exemple.

Cette peur de souffrir est renforcée par le fait que les douleurs sont encore trop souvent insuffisamment calmées, ce qui engendre des difficultés avec l'entourage.

Voir souffrir ses proches est insupportable et génère divers comportements défensifs.

Les soignants de leur côté vivent avec un sentiment d'échec, d'impuissance et de culpabilité les douleurs incontrôlables ou incontrôlées de leurs malades.

Il s'en dégage un sentiment de frustration dans la relation avec le malade qui perd confiance dans le soignant du fait de la persistance des douleurs.

- **La peur de la mutilation** est particulièrement présente lorsqu'une intervention chirurgicale est envisagée.

Les conséquences psychologiques d'une perte d'organe dépendent de ses représentations et de l'investissement affectif dont l'organe est l'objet.

L'idée de perdre la rate, le poumon, le testicule, le sein, l'utérus ou un orteil ne déclenche pas les mêmes difficultés d'acceptation.

Mais quelles que soient les représentations liées à un organe, et l'investissement du patient sur celui-ci, toutes les mutilations déterminent une autodépréciation que le cancéreux aura à affronter.

- **La peur d'une modification de l'image corporelle** ou de son « look » habituel est souvent accrue par les informations plus ou moins formulées, plus ou moins comprises que le patient enregistre sur la toxicité de la chimiothérapie ou de la radiothérapie.

Les modifications de l'apparence physique sont perçues comme une routine par les soignants, alors qu'elles sont vécues comme un stigmate du cancer, une révélation de maladie grave et menaçante par l'environnement familial et social.

La personnalité du malade peut être gravement perturbée par les modifications de son image corporelle : refus de la chimiothérapie, ou suicide en raison de la perte des cheveux, de la barbe...

- Comme toutes les affections graves et prolongées, le cancer porte **atteinte au rôle social**, notamment familial et professionnel, du malade.

Dès le début de leur maladie, les malades perçoivent comme une des conséquences les plus angoissantes du cancer, la perte d'autonomie et la perte du pouvoir sur eux-mêmes et sur leur environnement social.

En effet, le cancer entraîne souvent une rupture dans la situation sociale et souvent des problèmes financiers viennent s'y greffer.

L'arrêt de travail, la perte du rôle familial de celui ou celle qui ne rapporte plus « sa paie » conduisent le malade à se sentir inutile.

- Parfois, toutes les « peurs » étiquetées précédemment ne permettent pas de rendre compte de l'état du malade.

Il s'agit, pour lui, plutôt d'un **sentiment général d'angoisse** lié à l'incertitude du présent et de l'avenir.

Ce sentiment global de malaise est souvent associé à une difficulté à trouver des informations lui permettant de comprendre sa maladie, la ou les causes, ce qui lui permettrait de donner une base rationnelle aux difficultés de vie qu'il rencontre, de se réconcilier avec ce qu'il vit.

Les tentatives du malade pour trouver une causalité rationnelle peuvent entraîner un sentiment de culpabilité.

La maladie est alors perçue comme la punition d'une faute. C'est un aspect qui revient très fréquemment dans les cancers liés au tabagisme.

Ce sentiment d'angoisse explique la docilité de beaucoup de patients, qui sont prêts à accepter n'importe quoi dans l'espoir de trouver une issue à l'impasse dans laquelle ils se trouvent, et à la menace de mort qui les talonne.

- La maladie cancéreuse s'accompagne d'une modification profonde de la vie quotidienne.

Le malade **perd l'intérêt** pour ce qui faisait son plaisir avant la maladie ou représentait ses occupations habituelles.

Il montre une indifférence envers autrui, y compris l'entourage le plus proche.

Plus rien ne l'intéresse que lui-même, sa maladie, sa douleur et ce qui y répond.

- Le malade devient un agresseur pour ses proches, ses parents et les soignants.

Cette agression suscite en retour l'ambivalence au sein de la famille, qui joue simultanément deux rôles : celui de la famille « rêvée », qui est capable de tout supporter, et celui de la famille « violente » qui se défend par des jugements moralisateurs, qui n'aident en rien les patients si souvent déjà en détresse eux-mêmes.

- Un grand nombre de facteurs expliquent la **diminution des performances** ou la fatigue de ces malades.
- Non prise en charge, celle-ci se mêle rapidement à un **syndrome dépressif** qui évolue ensuite pour son propre compte.

Le syndrome dépressif peut s'exprimer aussi par un comportement agressif envers la famille, ou les soignants, ou bien un comportement de passivité avec mutisme et attitudes de retrait.

Les effets les plus habituels de ce syndrome dépressif sont la perte d'intérêt pour l'environnement et pour soi-même, la perte de confiance dans l'avenir, l'autodépréciation.

Cette « dépression des cancéreux » atteint rarement le stade d'un syndrome psychiatrique grave et autonome.

Néanmoins, cette dépression doit être reconnue et traitée dès que possible, car elle peut donner naissance à des conséquences fâcheuses, telles que l'échec des traitements analgésiques ou la mauvaise observance, voire tolérance, des traitements spécifiques.

Enfin, chez les patients guéris, une dépression persistante peut gêner la réhabilitation et le retour à la vie normale.

- En général, la maladie cancéreuse n'a pas d'impact sur les **fonctions intellectuelles**.

L'apparition de troubles cognitifs évoque une progression cérébrale de la maladie ou des séquelles de radiothérapie.

Par contre, ce dont les malades se plaignent, c'est d'une sorte de ralentissement intellectuel évoluant parallèlement à l'asthénie diffuse.

Quand ils sont conscients de cette réduction de leurs capacités, ils peuvent en éprouver un sentiment de déchéance et en souffrir considérablement.

En résumé donc, ce qui domine et gère la vie du malade depuis le jour où l'on a évoqué le diagnostic de cancer, c'est la **peur** et l'**attente**.

La plus grande de toutes les peurs, et en réalité, la seule peur est la peur de la mort.

On ne peut pas échapper au désir de sa propre mort, car au plus profond de nous-mêmes, nous savons que nous n'échappons pas à la mort : elle est inévitable.

Comme on n'en veut pas et qu'on essaie de la refuser, la pensée se forme en nous.

Cette peur se lève parce que l'individu sait ou sent le changement en lui, mais en même temps, il le refuse.

Nous savons que la mort viendra car c'est un fait de la vie.

La vie qu'on a reçue, on veut la garder pour toujours. Mais ce désir est contrarié par la loi du changement, ravivée par la menace que dresse le cancer.

Comme notre désir est contrarié, nous nous sentons trahis, envahis par le sentiment d'une totale impuissance. Tout d'un coup, sous l'effet de la nouvelle du cancer, le malade rend nul et non avvenu ce que la vie lui a déjà donné jusqu'alors.

Après tout, l'important n'est peut être pas de faire vivre le plus longtemps un malade auprès d'un acharnement thérapeutique qui perd toute signification, mais de faire en sorte que ce qui lui reste à vivre, le vive le mieux possible.