

LES SYNDROMES PSYCHOPATHOLOGIQUES REACTIONNELS

© Virginie ADAM, Psychologue

Il est admis en psycho-oncologie que 40 % des patients (toutes pathologies et étapes d'évolution confondues) présentent des troubles psychopathologiques relativement importants. Le dépistage et le diagnostic en sont souvent délicats.

Les difficultés psychologiques du patient ne dépendent pas essentiellement d'un trouble psychopathologique, mais sont engendrées par la situation traumatisante de la maladie : cela implique la référence à des concepts spécifiques.

On peut citer 2 concepts plus particulièrement utiles :

1 / Le concept de " crise " considéré comme " moment fécond " peut être analysé selon 3 étapes :

- le temps du signalement, de la mise en évidence du problème (ici, le changement du rapport au corps et la notion d'une vulnérabilité et d'une mort possible), qui a valeur d'appel et témoigne du dépassement des capacités de maîtrise d'un individu,
- le temps de la mobilisation de l'environnement (proches, soignants),
- le temps de création d'un nouvel équilibre par " invention " de solutions adaptées et acceptation du changement ;

2 / le concept de " stratégie d'ajustement "

ou coping proposé par la psychologie cognitive anglo-saxonne (LAZARUS, 1982) : est l'étude des stratégies qu'un sujet développe pour maîtriser ou diminuer l'impact d'un événement menaçant son bien-être physique ou psychologique. Elles dépendent de l'évaluation cognitive que le sujet fait des événements et des ressources dont il pense disposer en ces circonstances, du comportement qu'il adopte face au problème : soit d'affrontement (actif), soit d'évitement (passif), du contrôle émotionnel " utilisé ". Ce concept de " stratégie d'ajustement " s'intègre au modèle explicatif proposé par une nouvelle discipline, la " psychologie de la santé " (BRUCHON- SCHWEITZER, 1994) dont le mérite essentiel est de mettre en évidence la dimension plurifactorielle de l'adaptation psychologique et ainsi de distinguer des catégories de facteurs à analyser dans leur interaction :

- Du côté des patients : les prédicteurs (événements de vie, statut social, constitution biologique, personnalité, etc.), les modérateurs (ce sont les stratégies d'ajustement utilisées par le sujet dans les situations étudiées, l'anxiété-état, etc.), le type d'adaptation qui en résulte,
- Du côté des soins : (organisation, techniques thérapeutiques, etc.)

Le cancer, plus que toute autre affection, exige du patient un effort continu répété d'adaptation. L'adaptation psychologique vise à préserver l'intégrité psychique et physique, à récupérer les troubles réversibles, à assumer les troubles irréversibles.

Elle repose sur une série de réactions qui sont cognitives, émotionnelles, comportementales. À chaque étape de la maladie, les réactions psychologiques opèrent une intégration complexe entre la mémoire des expériences passées, la perception des menaces futures et les ressources disponibles. Ces réactions peuvent mener à une adaptation ou à un échec : troubles de l'adaptation, syndromes psychopathologiques, échec de la réinsertion. (RAZAVI, 1994)

L'adaptation psychologique est sous-tendue par un processus élaboratif progressif, spécifique à l'histoire propre du sujet et à sa structure psychique.

▪ Troubles de l'adaptation :

Les troubles de l'adaptation sont définis comme une réaction non adaptée à un stress psychosocial identifiable, soit par l'intensité des réactions émotionnelles et affectives, soit par des conduites inefficaces (DSM IV, 1995). Ils représentent une étape de durée variable, jusqu'à l'obtention d'un meilleur niveau d'efficacité. La prévalence des troubles est de l'ordre de 30 % dans une population de patients cancéreux (FORD, 1995).

Les symptômes observés peuvent être des manifestations anxieuses ou dépressives, de la fatigue, des troubles relationnels (conflits, irritabilité), des troubles de conduite (refus de traitement), des préoccupations corporelles excessives, des difficultés de réinsertion.

Certaines échelles comme l'HADS (ZIGMOND, 1983) peuvent aider à une évaluation quantitative répétée.

▪ Syndromes psychopathologiques :

1 / État anxieux

- Soit à type de crise anxieuse ou de réaction anxieuse, souvent dans l'anticipation d'un examen, d'un acte thérapeutique. Elles sont assez facilement exprimées par le patient et accessibles à une meilleure information et à un traitement anxiolytique bref. Elles peuvent accentuer les manifestations secondaires de certaines thérapeutiques (nausées, vomissements anticipés).
- Soit plus rarement constituer un syndrome anxieux tel que défini par le DSM IV. Ils relèvent alors d'une prise en charge spécialisée (HOLLAND, 1989).

2 / Etat dépressif

La prévalence varie, selon les contextes, de 5 à 20 % selon les études (en fonction des localisations, stade, etc.). Il est plus particulièrement fréquent pendant les phases de rémission (dépression dite de " sevrage ").

Le diagnostic de dépression est difficile à faire dans la mesure où plusieurs critères du diagnostic peuvent dépendre de symptômes propres à la maladie cancéreuse (fatigue, anorexie, etc.), par ailleurs l'expression d'une plainte dépressive dépend de la qualité de la relation avec les soignants : les affects dépressifs sont souvent négligés, dissimulés, voire déniés par les patients qui ne savent pas toujours les reconnaître (ils les considèrent comme normaux) quant aux soignants, ils peuvent craindre de les souligner (MC DANIEL, 1995). Le diagnostic positif doit s'appuyer surtout sur les sentiments d'impuissance, d'être sans valeur, d'incurabilité.

Il est essentiel d'éliminer une étiologie organique (douleur non contrôlée, trouble psycho-organique) fréquemment rencontrée.

Une consultation psychiatrique sera proposée en fonction de l'intensité des symptômes ou du peu d'efficacité du traitement antidépresseur déjà prescrit.

3 / Etat d'agitation et syndromes confusionnels

L'état d'agitation est toujours une situation médicale d'urgence, car il s'accompagne chez le malade d'une montée d'angoisse et il est le plus souvent mal toléré par les soignants impliqués. Il est impératif de conduire simultanément la recherche d'une étiologie et la prescription d'un traitement symptomatique.

Une cause somatique est à rechercher en priorité : elle est parfois facilement curable (douleur mal contrôlée, fécalome, globe vésical). Souvent, il s'agit d'une situation organique sévère : prédélirium, syndromes confusionnels, iatrogénie par surdosages ou sevrages médicamenteux, troubles métaboliques, atteinte neurologique centrale, infection, etc.

En l'absence de cause organique, l'hypothèse moins fréquente d'une cause psychiatrique peut être évoquée (agitation anxieuse mélancolique, accès maniaque, agitation psychotique). La désorientation y est plus rare, l'activité délirante plus souvent présente et la notion d'antécédents psychiatriques peuvent orienter le diagnostic. Il est souvent nécessaire de faire appel à une consultation spécialisée psychiatrique. (SOR pour une bonne pratique en psycho-oncologie, 1998).

L'adaptation psychologique du patient dépend de nombreux facteurs qui sont en partie répertoriés. Leur influence peut être modulée dans certains cas par les conseils des soignants :

- permettant de renforcer l'adhésion au traitement.
- Renforcer une attitude active
- Renforcer la recherche active de soutien social
- Accepter parfois une attitude de déni.

Des réactions émotionnelles (pleurs, propos exagérés, etc.) peuvent accompagner les moments critiques (annonce d'un diagnostic). Ils ne sont pas un indice pronostique d'une mauvaise adaptation.

Des symptômes psychopathologiques, souvent transitoires mais perturbant la qualité de vie des patients, sont fréquents. Il convient de renforcer leur dépistage précoce en particulier après l'arrêt des traitements (rémissions, etc.).

Une attention particulière doit être prêtée aux intrications fréquentes de troubles psycho-organiques avec les manifestations psychopathologiques.

Les soignants doivent chercher activement les signes de désadaptation ; ils peuvent demander par exemple au patient, dans certaines circonstances, s'il poursuit ses liens sociaux et ses activités, voire s'il a des idées suicidaires. (SOR pour une bonne pratique en psycho-oncologie, 1998).