Psycho-oncologie :
12 cas cliniques

Sous la direction de Sophie LANTHEAUME

> Comment accompagner les patients – enfants et adultes – atteints de cancer et leur entourage ?

CONCEPT-PSY

• EDITIONS IN PRESS •

Psycho-oncologie :
12 cas cliniques

ÉDITIONS IN PRESS
127, rue Jeanne d'Arc - 75013 Paris
Tél. : 09 70 77 11 48
E-mail : inline75@aol. com

www.inpress.fr

PSYCHO-ONCOLOGIE : 12 CAS CLINIQUES

ISBN 978-2-84835-473-6
© 2018 ÉDITIONS IN PRESS
Couverture : Élise Ducamp Collin
Mise en page : Meriem Rezgui

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituera

Psycho-oncologie :
12 cas cliniques

Sous la direction de
Sophie Lantheaume

Sommaire

Les auteurs 7

Introduction 11

Chapitre 1
Cancer de l'estomac et trouble de la personnalité borderline
M. T., 49 ans
Sophie Lantheaume 17

Chapitre 2
Cancer du sein et trouble anxieux généralisé
Mme A., 43 ans
Sophie Lantheaume 57

Chapitre 3
Quand le cancer vient déstabiliser le système familial : apparition de troubles anxieux chez le conjoint d'une patiente suivie pour un cancer du sein. M. P., 55 ans
Audrey Couillet 95

Chapitre 4
L'après cancer du sein : impacts sur la sexualité du couple
Mme G., 38 ans
Sébastien Landry 109

Chapitre 5
Après cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS), vie affective et sexuelle. M. B., 67 ans
Anne-Laure Sedda, Michel Reich 133

Chapitre 6
Adolescence, quand le cancer bouleverse une sexualité génitale naissante. M. J., 18 ans
Sébastien Landry 151

Chapitre 7
Adolescence, cancer et approche groupale
Fazya Aït-Kaci, Audrey Vasseur 179

Chapitre 8
Cancer du sein et médiation par le test de l'arbre
Mme C., 48 ans
Sophie Lantheaume 203

Chapitre 9
Cancer et prise en charge socio-esthétique
Mme D., 48 ans et Mme M., 39 ans
Sandrine Sargousse 219

Chapitre 10
Ateliers collectifs en onco-sexologie, intérêts et limites
Mme S., 47 ans
Sébastien Landry, Sophie Lantheaume 239

Chapitre 11
La place des proches dans le temps d'annonce du cancer
Pauline, 58 ans
Xavier Fenouil 253

Chapitre 12
Cancer de la prostate métastasé, une virilité mise à mal
M. V., 55 ans
Sébastien Landry 269

Conclusion 295

Les auteurs

AIT-KACI Fazya, Psychologue clinicienne, Centre Oscar Lambret, Service d'oncopédiatrie, 3 rue Frédéric Combale, BP 307, 59020 Lille Cedex.

COUILLET Audrey, Psychiatre, Responsable de l'unité de psycho-oncologie, Service DISSPO, Centre Léon Bérard, 28 rue Laennec, 69008 Lyon.

FENOUIL Xavier, Psychologue, Psychothérapeute, Psychanalyste, Ligue contre le Cancer comité de l'Ardèche, 11 cours du Palais, 07000 Privas.

LANDRY Sébastien, Psycho-sexologue, Sexothérapeute, Ingénieur de Santé, AASM-Clinique Victor Hugo-Centre Jean Bernard, Le Mans, Ligue contre le cancer (comités 44, 49 et 72).

LANTHEAUME Sophie, Docteure en psychologie, Psychologue, Psycho-oncologue, Psychothérapeute en Thérapies Cognitives et Comportementales, Hôpital Privé Drôme Ardèche, Clinique Pasteur, 294 bd Charles de Gaulle, 07500 Guilherand-Granges.

REICH Michel, Psychiatre, Centre Oscar Lambret, 3 rue Frédéric Combemale, 59020 Lille cedex.

SARGOUSSE Sandrine, Socio-esthéticienne CODES (Cours d'esthétique à option humanitaire et sociale), Ligue contre le cancer de l'Ardèche, 11 cours du Palais, 07000 Privas et Ligue contre le cancer de la Drôme, 3 et 5 avenue de Romans, 26000 Valence.

SEDDA Anne-Laure, Psychologue clinicienne, Sexologue Centre Oscar Lambret, 3 rue Frédéric Combemale, 59020 Lille cedex.

VASSEUR Audrey, Psychologue clinicienne, CHRU de Lille, Hôpital Jeanne de Flandres, Service d'hémato-oncopédiatrie, Avenue Eugène Avinée, 59037 Lille Cedex.

En mémoire à tous ces combattants…
Mme B. Aude†, Mme R. Mélanie†, M. T. Olivier†, M. G. Thierry†, Mme B. Jacqueline†…
À Joanny† parti trop tôt.

« *Il ne suffit pas d'utiliser la technique mais il s'agit de la vivre avec son clien*t »[1]

1. Seznec J.-C., ACT : applications thérapeutiques, Paris, Dunod, 2015.

Introduction

La psycho-oncologie s'intéresse aux réactions psychologiques et sociales des patients atteints de cancer ainsi que de leur famille. Elle identifie les situations de vulnérabilité des personnes afin de prévenir l'apparition de détresse émotionnelle ainsi que les facteurs psychologiques, comportementaux et sociaux qui influencent l'apparition du cancer, sa récurrence ou la survie (neuro-immunologie, génétique).

Cet ouvrage se présente comme un manuel pratique. Il s'adresse aussi bien aux psychologues travaillant avec des patients atteints de cancer qu'aux étudiants en psychologie ou aux différents intervenants du milieu médical et paramédical.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de manuel de psycho-oncologie qui expose uniquement des études de cas en proposant plusieurs interventions selon différentes orientations cliniques, d'où son originalité.

Chaque chapitre est présenté en commençant par la problématique psychopathologique, un descriptif du cas, les outils ou les tests choisis, les mécanismes psychiques en jeu et des recommandations sont proposés par les auteurs.

Dans le chapitre 1, Sophie Lantheaume aborde le repérage et la prise en compte des comorbidités psychopathologiques (troubles de la personnalité) chez les patients atteints de cancer. Elle propose, à partir d'un cas clinique, une prise en charge originale par la thérapie des modes et des schémas de Young chez un patient de 49 ans, M. T., atteint d'un cancer de l'estomac et souffrant d'un trouble

de la personnalité borderline. Ce trouble de la personnalité colore d'emblée les modalités adaptatives du patient à sa maladie ainsi que ses relations, à l'équipe et avec sa femme. Cette prise en charge témoigne d'une nécessaire adaptabilité du thérapeute qui accompagne le patient dans ses cheminements.

Dans le chapitre 2, Sophie Lantheaume rapporte un cas de prise en charge en thérapie cognitive et comportementale d'une patiente de 43 ans, Mme A., qui présente un trouble anxieux généralisé dans le cadre d'un cancer du sein. La maladie qui s'impose, réactive sensiblement le trouble anxieux de la patiente. La psychologue propose des techniques qui viennent assouplir le trouble anxieux et redessiner un avenir intégrant l'expérience du cancer dans le continuum de vie de sa patiente.

Dans le chapitre 3, Audrey Couillet traite de la question de l'impact de la maladie chez le conjoint d'une patiente traitée pour une récidive d'un cancer du sein. Cette prise en charge questionne les angoisses de séparation ainsi que les troubles de l'attachement précoces. Avec le cas de M. P., 55 ans, la psychiatre illustre la nécessité de prendre en compte le patient pris en charge en oncologie dans son ensemble, et notamment par rapport au système familial dans lequel il évolue : les comportements et attitudes du conjoint influençant fortement les capacités d'adaptation de l'épouse malade.

Dans le chapitre 4, Sébastien Landry s'intéresse à l'après cancer et à la qualité de vie sexuelle chez une femme de 38 ans, Mme G. atteinte d'un cancer du sein non métastasé et en rémission. Il s'agit, à travers le cas présenté, de rendre compte des répercussions de la maladie sur la féminité, l'intime et le couple. Le psycho-sexologue, par les thérapies sexo-cognitivo-comportementales (TSCC) et

psychocorporelles, met notamment au travail le fantasmatique et l'imaginaire érotique, le vaginisme, la place du mari et la relation de couple.

Dans le chapitre 5, Anne-Laure Sedda et Michel Reich traitent la question de l'impact du cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) sur toutes les sphères de la vie. Les prises en charges successives du psychiatre puis de la psychologue apportent une lecture complémentaire des problématiques rencontrées chez M. B., 67 ans. Les plaintes somatiques, la perte de l'estime de soi, les perturbations de la vie affective et sexuelle et la peur de l'avenir seront abordées. La prise en charge psycho-oncologique offre un étayage nécessaire au déploiement de la parole du patient. La psychologue propose une prise en charge spécifique aux problèmes de couple ainsi que des retentissements sexuels après cancer.

Dans le chapitre 6, Sébastien Landry pose la question de la complexité d'un accompagnement thérapeutique illustré par la prise en charge d'un patient de 18 ans, M. J., atteint d'un lymphome de Hodgkin (hémopathie). Outre la gestion d'un traitement intensif et de ses effets secondaires, ce cas interroge la dynamique relationnelle à partir de la question de la sexualité. En s'appuyant sur des thérapies sexo-cognitivo-comportementales (TSCC), seront questionnées les problématiques de l'intime et du psychosexuels. Cette thérapie pose la question du lien à son corps en développement mis à mal par le cancer et ses traitements, et questionne le partage et la transmission à l'autre.

Dans le chapitre 7, Fazya Ait-Kaci et Audrey Vasseur abordent la problématique du cancer chez l'adolescent par la médiation groupale. Elles illustrent une pratique clinique qui autorise les jeunes à s'exprimer sur différents thèmes (l'impuissance, les représentations sociales du cancer, la

mort, les perturbations de l'image corporelle en construction, etc.). Le groupe et les échanges participent au travail de deuil et à la projection dans l'avenir ; c'est un soutien au travail psychique. Le groupe thérapeutique s'apparente à un espace de création où se déploient les compétences des adolescents dans le seul domaine où ils peuvent agir : celui de leur propre vie.

Dans le chapitre 8, Sophie Lantheaume s'intéresse au vécu du cancer du sein chez une femme, Mme C., 48 ans. À travers des entretiens et le test de l'arbre utilisé en tant que médiation, la psycho-oncologue propose une lecture de l'évolution de la patiente autour de trois temps distincts : avant les traitements, après les traitements et six mois après la fin des traitements anticancéreux. Les difficultés autour de l'acceptation de la maladie, de l'image corporelle et de l'estime de soi sont rapportées et mises au travail. L'arbre a permis la mise en récit de soi pour accepter l'épreuve de la maladie dans sa radicalité et la digérer. La patiente est alors à nouveau capable de se concevoir (dans) un avenir.

Dans le chapitre 9, Sandrine Sargousse illustre la place de la socio-esthétique dans le repérage et la prise en compte de l'atteinte de l'intégrité physique et de l'image de soi chez des patients atteints de cancer. La socio-esthéticienne apporte une lecture des perturbations du corps induites par les traitements et des bénéfices retirés des séances de soin grâce aux conseils préventifs. L'estime de soi est mise au travail par le touché bien-être. Les cas de Mme D., 48 ans et de Mme M., 39 ans seront présentés à titre d'exemple.

Dans le chapitre 10, Sébastien Landry et Sophie Lantheaume traitent la question des intérêts et des limites d'une approche groupale en psycho-oncologie sous forme d'ateliers. Cette intervention didactique et psychothérapeutique systématique permet aux patients de s'ouvrir sur

un sujet sensible – celui de l'intime – de comprendre et de se déculpabiliser de leurs difficultés sexuelles, et de franchir le cap de la consultation individuelle ; le groupe servant d'étayage narcissique. L'atelier « hormonothérapie et sexualité » sera proposé à titre d'exemple avec le cas de Mme S., 47 ans.

Dans le chapitre 11, Xavier Fenouil s'intéresse à l'impact de l'annonce d'une maladie comme le cancer chez une patiente Pauline, âgée de 58 ans. Il rappelle combien l'annonce du cancer n'est pas le fait d'un individu mais bien d'un groupe exposé à cette annonce. Le travail psychothérapeutique a permis à Pauline de se défaire de cette culpabilité du « faire subir à son entourage » pour pouvoir s'inscrire dans l'épreuve de la maladie et l'affronter. Les changements successifs de statut, de rôle (agresseur, agressée), supposent une remise en question perpétuelle du lien et de la place des proches dans ce parcours de la maladie.

Dans le chapitre 12, Sébastien Landry aborde les répercussions intimes et sexuelles d'un traitement d'hormonothérapie chez un homme, M. V., 55 ans, atteint d'un cancer de la prostate métastatique. Il illustre une pratique clinique qui autorise le sujet à dire et raconter ses difficultés sexuelles lorsque la maladie entre dans la relation de couple. L'identité sexuée est remise en question, le désir sexuel est recherché et le corps souffre des effets secondaires des traitements. Les problématiques seront interrogées à travers l'utilisation d'un questionnaire évaluant la fonction érectile et des thérapies sexo-cognitivo-comportementales (TSCC).

Chapitre 1

Cancer de l'estomac et trouble de la personnalité borderline M. T., 49 ans

Sophie Lantheaume

1. Présentation de la problématique psychopathologique

La personnalité est ce qui caractérise un individu et fait de lui une entité unique. C'est le résultat de l'intégration de la cognition, des pulsions, des émotions, de l'environnement et du fonctionnement interpersonnel d'un individu (Féline, Guelfi et Hardy, 2002). La personnalité se forge vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Réaliser un diagnostic de trouble de la personnalité reste toujours difficile à établir tant la limite entre le normal et le pathologique n'est pas toujours une évidence. Toutefois, la personnalité devient pathologique lorsqu'elle se rigidifie et est responsable de réponses inadaptées, sources de souffrance et de rupture sociale (Soulié, Vennin et Reich, 2011). Avoir un trouble de la personnalité suppose des troubles du comportement ainsi que des émotions nécessitant une adaptation de soi et avec autrui. Les troubles de la personnalité sont souvent responsables d'altérations du fonctionnement social et professionnel. Certains symptômes cibles

tels que l'impulsivité, la labilité émotionnelle, l'irritabilité ou le sentiment d'hostilité doivent interpeller les équipes soignantes et faire suspecter une pathologie de la personnalité.

Lorsque la pathologie cancéreuse survient, elle peut fragiliser et faire décompenser le trouble sous-jacent. Les traits de caractère spécifiques au trouble peuvent s'exacerber et devenir l'une des principales difficultés de la prise en charge médicale (altération de la perception de la maladie cancéreuse, de la compréhension des informations médicales, de l'adhésion aux soins ; perturbation des relations avec les équipes soignantes). Les patients souffrent doublement : de la maladie somatique et des traitements en résultant ; ils renvoient des craintes de comportements inadaptés ou rigides imposés par leur fonctionnement psychique.

La prise en charge psycho-oncologique a pour principal objectif d'aider le patient à :

– s'adapter au cadre hospitalier et aux traitements proposés ;

– développer des capacités adaptatives pour faire face à la maladie.

La diminution des symptômes et l'établissement d'une réinsertion sociale acceptable avec le patient doivent être priorisés. On ne souhaite pas un changement dans la personnalité du patient, on s'appuie sur la spécificité de leur personnalité afin de favoriser leur adaptation à la maladie, aux traitements, au cadre hospitalier (Reich et Gaudron, 2009).

Les entretiens psychologiques doivent ainsi permettre au patient de mettre des mots sur les sentiments éprouvés, en lien ou non avec la maladie. Ils servent à influencer les comportements et les réactions des patients par la communication verbale et non verbale afin de soulager leurs souffrances.

Les rôles du psycho-oncologue sont de (Hay et Passik, 2000 ; Soulié *et al.*, 2011) :

– contenir le plus tôt possible les troubles du comportement pouvant interférer avec le fonctionnement du service hospitalier ;

– favoriser l'aide et la communication entre les membres de l'équipe soignante ;

– traiter les symptômes psychiatriques et les comorbidités éventuelles ;

– restreindre, fixer des limites, un cadre et mettre en place des mesures de prévention afin d'éviter les conflits et les passages à l'acte.

Les thérapies brèves centrées sur l'éducation du patient et son mode de relation à autrui sont à privilégier (Wynn, 2010). Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont pour objectifs de « déconditionner » le patient, par l'empathie et l'apport psychoéducatif de la relation patient-thérapeute, pour adopter de nouveaux comportements et acquérir des apprentissages pour faire face aux difficultés (Mirabel-Sarron, 2007).

Les traitements médicamenteux n'ont leur place que lorsque les troubles de la personnalité sont caractérisés par l'agressivité, l'impulsivité ou lorsqu'une autre pathologie psychiatrique est associée (épisode dépressif majeur, trouble anxieux, dépendance à une substance, etc.). La pharmacothérapie est la même que celle utilisée en milieu psychiatrique (anxiolytique si épisode dépressif, antidépresseur si humeur dépressive, etc.). Toutefois, il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique au trouble de la personnalité (Féline *et al.*, 2002).

Selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, APA, 1996), il existe dix troubles de la personnalité (antisociale, borderline, évitante, histrionique, narcissique,

dépendante, obsessionnelle-compulsive, passive-agressive, schizoïde, schizotypique).

Le trouble de la personnalité borderline est, avec les troubles histrionique et narcissique, celui qui cause le plus de problèmes dans les prises en charge, en service de médecine et ambulatoire (Soulié *et al.*, 2011). La prévalence de ce trouble est de 2 % dans la population générale (Miovic et Block, 2007) ; c'est le trouble le plus fréquent (Torgersen, Kringler et Cramer, 2008). Ce taux de prévalence est sensiblement le même chez les patients atteints de cancer. Ce trouble de la personnalité se caractérise par :

– une instabilité des relations interpersonnelles ;
– une instabilité de l'image de soi et des affects ;
– une impulsivité imprévisible. Certaines réactions impulsives peuvent parfois conduire au suicide.

Les sujets borderline sont en proie à la peur de l'abandon et au sentiment chronique de vide ; leur identité (image de soi, image corporelle) est perturbée. L'anxiété et l'inconfort suscités par la situation médicale et/ou à des hospitalisations parfois longues, peuvent engendrer des difficultés étant à l'origine de comportements auto ou hétéro-agressifs.

Dans les prises en charge, il est nécessaire d'établir un cadre avec des limites afin de concilier émotions et comportements liés à la personnalité, tout en évitant la création d'un lien affectif : « Se laisser attendrir risque d'augmenter les possibilités de manipulation et favorise la mise en échec des traitements » (Soulié *et al.*, 2011).

2. Choix et intérêt du cas

M. T. est un homme âgé de 49 ans. Il est rencontré au cours de son hospitalisation par la psychologue rattachée à l'équipe des soins oncologiques de support. Le patient a été opéré d'un cancer de l'estomac (¾ de l'estomac lui

a été enlevé). La consultation a été demandée par l'équipe soignante qui a perçu des difficultés relationnelles au sein du couple, ainsi que des « mouvements » de colère assez impulsifs de la part du patient envers le personnel soignant et surtout sa compagne.

La première rencontre s'est donc passée au « lit du patient ». Au bout de quelques minutes d'entretien, le patient a exprimé : « Vous avez très bien et surtout très vite perçu les différents visages que je peux avoir… C'est comme si je jouais une pièce de théâtre et cela m'est difficilement contrôlable », « C'est un gilet pare-balles ». Il utilisera, lors de cet entretien et à de nombreuses reprises, l'humour noir ou cynique.

Après l'opération, M. T. a subi une chimiothérapie puis une radiothérapie ; au moment de l'écriture de ce cas, il est en rémission de son cancer.

3. Anamnèse du cas

M. T. est marié depuis 26 ans avec sa compagne, et a un garçon de 21 ans qui réalise des études sur G. (-ville). Il dirige une entreprise d'import-export avec son épouse : « Je n'avais le sentiment de n'exister qu'au travail », « Je ne sers à rien dans le boulot dans lequel je suis ».

Le patient est le deuxième d'une fratrie de trois enfants ; dont une sœur plus grande et un petit frère de deux ans de moins que lui. Les parents du patient ont divorcé lorsqu'il avait 17 ans, suite à plusieurs tromperies du père. Il relate un père assez colérique et une mère calme, un peu effacée. Le patient énoncera qu'il « n'aurait pas dû naître », « Mes parents ne me voulaient pas », « Je suis un accident », « Mon père m'a oublié dans mon enfance », « Petit, on ne me voyait pas trop ». La mère du patient a la maladie de Parkinson ainsi qu'un diabète qui la mettent en difficulté

dans le quotidien : « Voir ma mère comme ça me pousse à me battre. Elle est très forte ».

M. T. décrit un parcours scolaire avec quelques complications : « J'étais le pitre de la classe. Je faisais tout pour qu'on me remarque », « À l'adolescence, je faisais des conneries ». Il exprime avoir toujours été en difficulté avec son père : « Nous étions souvent en conflit. On ne se comprenait pas ».

La relation avec son épouse semble s'être dégradée peu à peu au fil des années, notamment depuis qu'ils ont l'entreprise : « Il ne faut pas mélanger travail et relation de couple ». Le patient a eu à de nombreuses reprises des moments de colère avec des gestes impulsifs et violents sur le lieu de travail (claquement de porte, renversement de bureau, etc.). Il dira : « C'est le travail qui a tué notre couple » ; « Ma femme est dans un contrôle permanent de tout ce que je fais, comme une mère. Ça m'allait bien au début mais je ne le supporte plus maintenant. Je me sens incapable ».

M. T. semble être assez isolé sur le plan familial mais aussi social lors de notre première rencontre. Il n'avait pas reparlé à sa famille depuis plusieurs années : « Ma femme ne les supportait pas. C'est des paysans ! » La maladie a, en quelque sorte, réactualisé ses relations, ce qui met en grande difficulté la femme du patient : « Ma femme dit que je me fais dupé *;* qu'ils reviennent juste parce que je suis malade, pour avoir des choses à raconter ». Les seuls amis que le patient « possède » sont des amis de sa femme : « Elle ne supporterait pas que je connaisse des personnes qu'elle ne connaîtrait pas ».

Suite à plusieurs rencontres avec l'épouse et le patient, ceux-ci rapporteront des violences conjugales engendrées par le mari sur sa femme : « J'apprécie le fait qu'elle soit

venue vous voir seule. C'est un signe qu'elle veut faire des efforts donc j'en fais aussi. Je vais tout vous dire ». Les propos de M. T. sur sa femme sont ambivalents : « Il m'arrive de m'énerver très fort et de la bousculer », « J'ai besoin d'elle », « J'aimerais que ma femme me laisse grandir un peu. Tout est sujet à conflit. J'aimerais faire ce que j'ai envie. Je fais attention aux choses pour pas qu'elle pète un câble. J'ai l'impression d'être enfermé, c'est comme si en permanence elle me disait "tu n'as pas le droit". Je suis un petit garçon méchant à ses yeux. Elle m'inquiète, me fait peur », « Parfois j'ai l'impression qu'elle me prend vraiment pour un con », « J'ai été le jouet de ma femme, elle était ma mère », « Je ne veux pas rester le petit à sa maman ».

Le patient a déjà été suivi il y a deux ans par une psychologue, et ce durant trois ans suite à une relation extra-conjugale : « Je me suis dit qu'on pouvait faire autre chose. J'étais encore un homme », « Le petit O.(-prénom) a été méchant. J'ai fait en sorte que ma femme le sache ». La prise en charge s'est terminée par une hospitalisation en hôpital psychiatrique (HP) demandée par la psychologue suite à des propos du patient énonçant un souhait de violenter sa femme. Lors de cette hospitalisation (trois mois), le patient a été suivi par un psychiatre avec qui nous avons repris contact pour nous aider dans notre prise en charge. Le psychiatre, Dr Z., est formé aux TCC. Il avait proposé au patient un premier travail en imagerie (thérapie par les modes de Young, Klosko et Weishaar, 2005) avec des rencontres en couple qui n'avaient pas pu aboutir : le patient étant sorti de l'hôpital, le suivi psychologique n'a pas pu être reconduit. Un diagnostic de personnalité borderline avait déjà été posé et un traitement avait été mis en place pour une dépression associée.

Le patient est donc rencontré et pris en charge suite à l'annonce d'un cancer de l'estomac qui l'a placé dans une grande détresse : « Avec la maladie, je ressens encore plus fort le fait de n'être rien », « J'ai pris conscience que mon cancer était mortel ».

4. Bilan psychologique

4.1. Diagnostique

Selon la classification du DSM-IV (APA, 1996), le diagnostic suivant peut être évoqué :

– *Axe I (troubles cliniques)* : Trouble dépressif majeur, récurrent, de sévérité moyenne avec guérison intercurrente complète : F33.2 [296.32].

Étant donné la présence d'un épisode dépressif il y a deux ans, le trouble dépressif majeur et récurrent a été proposé. Il est de sévérité moyenne étant donné que les symptômes et altération du fonctionnement sont compris entre « léger » et « sévère ». Il semblerait qu'entre ces deux épisodes, le patient ait été complètement guéri de la dépression.

– *Axe II (troubles de la personnalité)* : Personnalité borderline : F60.31 [301.83].

Nous retrouvons comme principaux symptômes chez M. T. une instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image qu'il a de lui-même, une impulsivité, un sentiment de vide et/ou d'abandon, des efforts pour éviter l'abandon réel ou imaginé, une fragilité aux émotions négatives, une difficulté dans l'expression de ses émotions.

Le diagnostic établi a été vérifié par l'entretien structuré pour la personnalité borderline (DIB R) (Gunderson, Kolb et Austin, 1981). Les différents scores (Tableau 1) ont permis d'aboutir à un résultat au DIB R de 8, ce qui

témoigne selon Zanarini *et al.* (1989) de la présence d'une personnalité borderline chez notre patient.

Tableau 1. Scores établis aux différentes sections du DIB R.	
Score section affects	2
Score section cognitions	0
Score section des actes impulsifs	3
Score section des relations interpersonnelles	3

Le questionnaire des Schémas de Young (YSQ-L2-SQII) (Young, 1994 ; Cottraux et Blackbum, 1995) a été proposé au patient. Les schémas suivants sont ressortis :

– Dans le domaine *de séparation et rejet* : abandon/instabilité, manque affectif, imperfection/honte ;

– Dans le domaine de *manque de limite* : contrôle de soi/autodiscipline insuffisants ;

– Dans le domaine d'*orientation vers les autres* : assujettissement, abnégation ;

– Dans le domaine de *survigilance et inhibition* : idéaux exigeants/critique excessive.

Le patient a été revu par le psychiatre Dr Z. (lors de la 3e séance) afin de refaire le point sur son traitement. Le retour du médecin est le suivant :

« Le patient souffre d'un syndrome dépressif transitoire suite à un épisode psychique et physique à faire face à une instabilité émotionnelle générée par le sentiment abondant suite au départ du domicile après un nième conflit violent et à son incapacité à autogérer sa solitude et les soins imposés par sa maladie somatique.

Cet épisode se développe sur un trouble de la personnalité de type borderline avec une forte impulsivité.

On craint que l'instabilité émotionnelle et les épisodes dépressifs soient des facteurs qui rajoutent aux autres

facteurs médicaux de mauvais pronostic. L'intérêt d'un traitement intensif antidépresseur et anxiolytique lui permet l'adhésion à la psychothérapie ».

– *Axe III (affections médicales générales)* : Cancer de l'estomac ;

– *Axe IV (problèmes psychosociaux et environnementaux)* : Difficultés conjugales (violences) ;

– *Axe V (évaluation globale du fonctionnement)* : 51 (Symptômes d'intensité moyenne ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel).

4.2. Évaluations

4.2.1. Questionnaires nomothétiques (Mesures à intervalles espacés)

Ces mesures sont effectuées à la 2e séance et à la fin de la thérapie (29e séance).

Les questionnaires utilisés sont les suivants :

– *Inventaire de dépression de Beck* (Beck, 1979 ; Bourque et Beaudette, 1982) : cet inventaire évalue l'intensité de la dépression, et permet d'attirer l'attention sur d'éventuelles idées suicidaires ;

Échelle d'anxiété et de dépression (HADS) (Zigmond et Snaith, 1983 ; Razavi *et al.*, 1989) : cette échelle permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie anxieuse et dépressive, d'en évaluer la sévérité en éliminant les symptômes somatiques susceptibles de fausser les évaluations chez les patients vus en médecine qui présentent fréquemment des problèmes organiques. Trois scores sont évalués, un score total de symptomatologie anxieuse et dépressive, un score d'anxiété et un score de dépression ;

– *Échelle d'estime de soi de Rosenberg* (Rosenberg, 1965 ; Vallieres et Vallerand, 1990) : cette échelle permet de mesurer l'estime de soi globale du patient ;

Questionnaire de qualité de vie (FACT-G) (Cella *et al.*, 1993 ; Conroy *et al.*, 2004) : ce questionnaire permet de mesurer la qualité de vie (liée à la santé) de patients souffrant d'un cancer (ou de maladies chroniques). Quatre sous-échelles peuvent aussi être mesurées : le bien-être physique, familial/social, émotionnel et fonctionnel.

4.2.2. Questionnaires ipsatifs (Mesures à intervalles rapprochés)

Dans le but de suivre l'évolution spécifique des troubles présentés par le patient, quatre types de symptômes sont évalués chaque semaine :

– *L'anxiété généralisée* : intensité moyenne de l'anxiété globale de la journée (échelle évoluant de 0 [pas d'anxiété] à 10 [anxiété très sévère]) ;

– *Le nombre de crise d'angoisse*[2] par semaine ;

– *Le nombre de fois où le sentiment d'abandon* a été ressenti ;

– *Le nombre de fois où le patient s'est mis en colère* (rage/furie).

Chaque jour, le patient relève lui-même ces différents paramètres sur une feuille qu'il doit ramener à chaque entretien. Ces résultats servent à établir le niveau de base de la condition du patient, ce qui s'avère essentiel pour estimer les changements engendrés par la démarche thérapeutique

2. Les crises d'angoisses sont définies par le patient comme des instants où il pleure beaucoup et se met en boule pour pouvoir se contenir. Ces crises ont habituellement lieu le soir : « Je suis en difficulté lorsque la nuit tombe. Je me mets en boule, en position fœtus, pour me contenir. Le noir m'angoisse ».

et identifier si besoin les éléments plus robustes au changement ou non ciblés.

5. Conceptualisation

La conceptualisation du cas présenté est effectuée à partir du 2e entretien et sera complétée tout au long de la thérapie. Elle est co-construite avec le patient. Cette conceptualisation est composée du schéma de conceptualisation (Pascal, 2015) (Figure 1) et d'une conceptualisation par les modes afin de mieux comprendre les processus qui se jouent dans la problématique actuelle de M. T. (Figure 2). Un tableau des principaux schémas et stratégies utilisées est aussi présenté (Tableau 2).

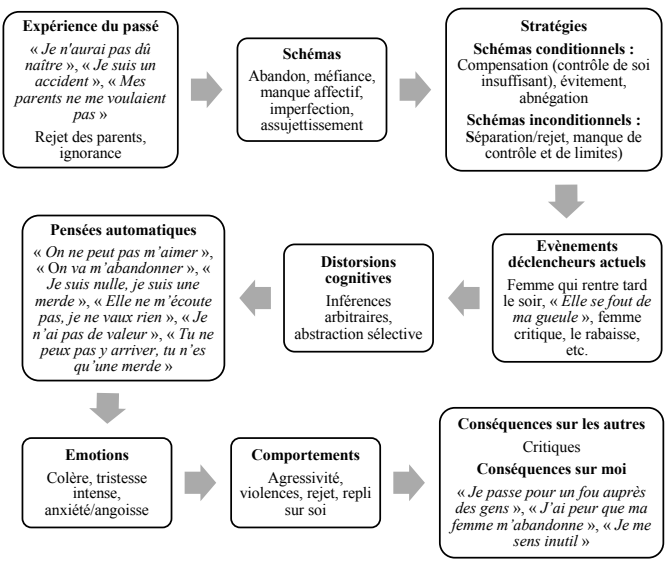

Figure 1. Diagramme de conceptualisation de la problématique de M. T.

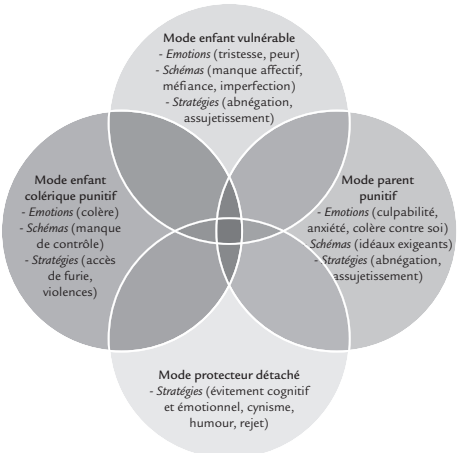

Figure 2. Conceptualisation en termes de modes de la problématique de M. T.

Tableau 2. Principaux schémas et stratégies utilisés par M. T.

Schémas	Stratégies
Abandon/ instabilité	Compensation Exemple : présence de scènes de violence envers épouse si elle rentre tard : « Je ne supporte pas lorsqu'elle rentre après moi du travail. Je ressens une espèce d'abandon. Surtout quand il fait déjà nuit dehors, c'est ingérable pour moi ».
Méfiance/ abus	Compensation Exemple : méfiance puis scènes de violence envers épouse « Je suis sûr qu'elle se fout de moi, qu'elle va me la faire à l'envers ».
Manque affectif	Compensation Exemple : M. T. est exigeant envers sa femme « Je ne supporte pas si elle ne m'apporte pas ce dont j'ai besoin dans l'instant. Je me mets dans des rages folles ».
Imperfection/ honte	Évitement Exemple : évite d'exprimer ses pensées et sentiments réels « Je me protège. Je fais le clown. C'est comme un gilet pare-balle pour moi ».

CONCEPT-PSY

Psycho-oncologie : 12 cas cliniques

Sous la direction de Sophie LANTHEAUME

Lorsque le cancer affecte le corps, il touche aussi l'esprit. Ainsi, le clinicien est confronté quotidiennement à des patients atteints de cancer présentant diverses formes de psychopathologies, liées ou non à leurs maladies. Comment accompagner les patients – enfants et adultes – atteints de cancer et leur entourage ? Comment les aider à apprivoiser la maladie et à traverser cette épreuve ?

À travers 12 cas cliniques, les auteurs – psychologues, psycho-oncologues, psychiatres, socio-esthéticiennes – explorent les problématiques relatives à l'oncologie et proposent une vue d'ensemble sur la psycho-oncologie. Chaque chapitre présente la psychopathologie du patient, puis les mécanismes psychiques en jeu et enfin expose la façon de travailler avec le patient.

Ce livre est avant tout pédagogique car il énonce les fondements de la psycho-oncologie, mais il est aussi pratique car les cas cliniques présentés ont valeur d'exemple de prise en charge pour les étudiants et cliniciens confrontés au travail avec des patients atteints de cancer.

La discipline de la psycho-oncologie est peu abordée dans des manuels à visée pratique. Descriptions de cas, analyses et recommandations font de cet ouvrage novateur un guide concret pour aborder cette discipline.

Les auteurs : *Ait-Kaci Fazya, Couillet Audrey, Fenouil Xavier, Landry Sébastien, Lantheaume Sophie, Sandrine Sargousse, Reich Michel, Sedda Anne-Laure, Vasseur Audrey.*

9 782848 354736
ISBN : 978-2-84835-473-6
15 € Prix TTC France

www.inpress.fr

• EDITIONS IN PRESS •