

# Psychiatrie et cancer

Abid Ouzna  
psychologue

## VIGNETTE CLINIQUE

- Mr B né en 1939
  - Premier épisode d'un accès maniaque atypique en 1961 et signifie l'entrée dans la psychose , puis diagnostic de PMD ou trouble bipolaire
  - De 1975 A 2008 équilibré par le lithium
  - Marié , travaillait

- En mars 2008 présente une néphropathie avec insuffisance rénale
- Arrêt du lithium, remplacement par du dépamide,
- mais il y a décompensation hospitalisation en psychiatrie deux mois plus tard
- plus des troubles somatiques avec perte de l'autonomie motrice et incontinence fécale

Le médecin généraliste ne trouve pas d'arguments cliniques  
pour une pathologie somatique  
l'incontinence fécale prend des dimensions très  
particulières  
et il présente une phobie à la marche

- nouveau bilan somatique :découverte d'un adénocarcinome du bas rectum
- Annonce du diagnostic
- changement de comportement: les troubles comportementaux s'atténuent  
les mots sur les maux apaisent le patient et les troubles comportementaux s'arasant
- la thymie se normalise

- douleurs somatiques sont régulées par traitements antalgiques
- dégradation somatique rapide, le patient s'affaiblit
- et face aux limites des soins en psychiatrie, mr B accepte de partir vers un service de soins somatiques pour prise en charge plus appropriée

## VIGNETTE CLINIQUE

- Madame C
- Née en 1950
- 1993 : 1er épisode dépressif suite décès du père
- 1996 épisode hypomaniaque avec désinhibition comportementale et fabulations

- Janv 2008 épisode maniaque avec délire à thème mystique et mégalomaniacal après arrêt du traitement en décembre
- Fin hospitalisation : critique son délire, anxiété avec sensation d'oppression
- « un poing au niveau de la poitrine »
- « j'ai pensé à ma mère qui meurt d'un cancer de l'intestin »

- Mars 2008 nouvelle hospitalisation sur un mode dépressif majeur sans contenu délirant
- 13.03.08 se plaint de douleurs au niveau du dos, de jambes lourdes, très fatiguée,
- « je me sens molle »
- 12.04.08 bilan sanguin
- 15.04.08 rendez vous hématologie

- Confirmation d'une leucémie aigue lymphoblastique
- Entretien après l'annonce de la pathologie
- « je prends les choses comme elles viennent, je n'ai pas le choix, je suis rassurée par le traitement »

- 21.04 hospit en hématologie
- Prise en charge par la psychiatrie de liaison
- Pas d'éléments délirants, humeur stable
- Pas d'affect dépressif, tendance apathique
- A du mal à se contraindre au régime alimentaire et au traitement

- 29.05.08 ralentie, prostrée, pas d'éléments symptomatiques psychiatriques

En résumé l'hospitalisation en hématologie

Adaptation sur un mode régressif ( elle subit, ne se plaint de rien, passive,) sans affect

TRANSFERT EN PSYCHIATRIE 09.06.08

Pour risque de décompensation pour arrêt du  
thymorégulateur et de l'antipsychotique

Pas de décompensation psychique

Du 2306 au 15.0708 hospitalisation en service  
d'hématologie

# REMISSION

11.09.08 service hémato pour bloc n°3

Bon contact, bonne présentation, souriante,  
plutôt positive

16.12.08 rechute humeur adaptée et stable

02.04.09 médecine interne pour céphalées

Rechute neuroméningée de la leucémie aiguë  
lymphoblastique

Pleure à l'annonce de la rechute,

Humeur stable

05.09 Soins palliatifs

DECEDE LE 09.05.09

## Comportements observés face à l'annonce d'une pathologie cancéreuse

Christine DELA PORTE

Réaction de sidération

L'annonce de la maladie provoque un choc

Coup porté si violent qu'il est ressenti  
physiquement

Traumatisme psychologique

Intensité telle qu'il peut y avoir arrêt de la  
pensée

Il peut y avoir amnésie lacunaire de ce qui a été dit

Ou distorsion de ce qui a été annoncé

En général, la représentation de la santé se fait par sa privation

Il y a perte qui sera la source d'affects et émotions tumultueux

- Pour le stade final de la pathologie il pourra y avoir déni, rébellion,
- démarche hallucinatoire du désir de maintenir présent ce qui est à cet instant perdu : sa santé
- Avec l'espoir chimérique d'une guérison possible

## Dans le cadre des patients de psychiatrie

- D'autres phénomènes
- Réactions différentes :
- Hyperadaptabilité du patient à la réalité
- Pour monsieur B : normalisation de la thymie
- Pour madame C : prend les choses comme elles viennent

## L'organisation psychique fait la différence

- La PMD est une psychose :
- Qui affecte la perception du réel du monde extérieur et de soi
- Psychisme : selon la construction théorique de FREUD

- cet app psychique est organisé selon des instances  
ça moi et le surmoi
- fonctionnant au niveau inconscient et conscient
- **Le ca** est le réservoir pulsionnel
- **Le moi** s'ébauche à la première frustration
- **Le surmoi** , qui équivaut à la conscience morale

- Les 3 instances psychiques Ça-Moi-Surmoi sont à l'origine des conflits permanents, parce que chaque instance a des intérêts divergents
- L'individu est la proie de conflits intérieurs

- La névrose se trouve sur le registre de l'après Complexe d'Œdipe
- Où l'organisation psychique est basée sur les interdits et sur la culpabilité
- La psychose se trouve sur un autre registre
- Avec une faille dans l'acceptation de la réalité

- La psychose maniaco-dépressive est un trouble de l'humeur avec une alternance dépression - manie

## Les troubles somatiques avant l'annonce

- Sont transposés dans un registre d'interprétation analytique et psychiatrique
- La psychosomatique

## Voie de sortie de la psychiatrie

- Les troubles somatiques ont un autre sens sous l'éclairage somatique, et permet au patient de comprendre ses troubles du côté somatique et réel
- Aidant ainsi à distinguer les ressentis fonctionnels des ressentis psychiques

## conséquences

- Il y a un processus de transformation qui redonnent le pouvoir aux mots et apaise les maux
- Changement comportemental avec une hyperadaptabilité qui permet de refaire son entrée dans la réalité, en même temps qu'il intègre la maladie du cancer

- Le patient s'identifie à un corps malade et non plus à un esprit malade
- S'opère une concentration de la dynamique intrapsychique vers le corps réellement souffrant et douloureux
- Les symptômes sont identifiés dans le champ du cancer

Le lieu de soins spécifique au cancer se situe à  
l'hôpital,  
L'hôpital de tout le monde

## Poids social ?

Vécu de la maladie psychiatrique chez les patients psychiatriques

La représentation de la maladie mentale est un poids supplémentaire.

Les patients ont plusieurs stratégies: Se résigner, faire face à la stigmatisation, cacher leur histoire, éviter les contacts sociaux et s'écarter du groupe des malades mentaux.

Les expériences de stigmatisation entraînent du découragement, de la peine, de la colère et une baisse de l'estime de soi.

47% ont honte de leur maladie

51% s'attendent à être rejetés

73% pensent qu'il auront du mal à trouver du travail

- Étude transculturelle

## Représentation mentale de la maladie psychiatrique

- PARSON: La maladie peut être une déviance potentielle par rapport à l'ordre social.
- La médecine est l'institution qui fait face à cette menace = contrôle social par la médecine
- KHOL: la maladie à des conséquences sociales, elle agit par exclusion.

## Pour la population en général

- Les représentations sociales de la schizophrénie sont négatives.
- Ils sont plus considérés comme dangereux et imprévisibles que ceux ayant une dépression.

- La représentation des maladies mentales et plus particulièrement de la schizophrénie, repose sur plusieurs éléments:
- Gravité et une évolution médiocre
- Une irresponsabilité
- Imprévisibilité
- Dangereusité

## Représentation sociale

- DURKHEIM
- MOSCIVICI: « Elle est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social qui donnent lieu à une vision commune des choses. »