



HAL
open science

Solitude et troubles cognitifs en phase palliative : intensité de la détresse psychologique et entrecroisement des réalités

Ophélie Margottin

► **To cite this version:**

Ophélie Margottin. Solitude et troubles cognitifs en phase palliative : intensité de la détresse psychologique et entrecroisement des réalités. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03409477

HAL Id: dumas-03409477

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03409477>

Submitted on 29 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Sorbonne Université
Faculté de médecine

**Solitude et troubles cognitifs en phase palliative :
Intensité de la détresse psychologique et entrecroisement des réalités.**

Par Ophélie MARGOTTIN
Psychologue de la santé

Mémoire pour le Diplôme Universitaire de Soins Palliatifs et d'Accompagnement
Année universitaire : 2020 – 2021

Responsables d'enseignement :
Professeur Francis BONNET, Professeur Emmanuel FOURNIER,
Docteur Laure SERRESSE, Docteur Laure COPEL,
Mme Christelle GELGON et Mme Alexandra PLANCHIN.

Plan :

Introduction.....	4
Narration de la situation clinique.....	4
Problèmes posés par la situation.....	7
Problèmes que me posent la situation.....	7
1.Conséquences cognitives et psychologiques des métastases cérébrales.....	8
1.1. Métastases cérébrales dans les cancers broncho-pulmonaires.....	8
1.2. Troubles cognitifs et comportementaux dans les cancers broncho-pulmonaires.....	9
1.3. Souffrance psychologique dans les cancers broncho-pulmonaires.....	10
2. La solitude.....	11
2.1. Définir la solitude et comprendre sa particularité dans le cancer.....	11
2.2. Aux origines du sentiment de solitude.....	12
2.3. Fonction de l'isolement face à la douleur de la solitude.....	13
Discussion et conclusion.....	14
Bibliographie	16

Introduction :

J'exerce le métier de psychologue dans deux structures dans lesquelles je travaille respectivement à mi-temps : dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et dans l'Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP) du Centre Hospitalier du Sud Seine-et-Marne. Cet hôpital se divise en trois sites correspondant à trois villes du sud du département : Fontainebleau, Montereau, Nemours. L'équipe se compose sur chaque site d'un temps complet d'infirmier, d'un temps partiel de médecin, d'un temps partiel de psychologue ainsi que d'une secrétaire et d'une autre infirmière organisant leurs temps complets sur les trois sites.

L'EMASP à laquelle je suis rattachée se situe à Nemours. Avec mes collègues, nous intervenons principalement dans les services somatiques (Médecine, Court Séjour Gériatrique, services de Soins de Suite et de Réadaptation : deux services polyvalents et un gériatrique) et plus rarement dans le service d'hospitalisation de Psychiatrie adulte.

Provisoirement, j'ai remplacé sur une partie de mon mi-temps, ma consœur du site de Fontainebleau aux mois d'août et de septembre. C'est durant ce temps de remplacement que j'ai commencé à accompagner Mme M. en service d'oncologie. Je rencontre Mme M. pour la première fois en septembre 2020 où elle est hospitalisée pour traiter une gale et une altération de l'état général. Elle repart à domicile et revient quelques jours plus tard suite à une chute et pour des difficultés d'hébergement. Elle est ensuite transférée en service de Soins de Suite et Réadaptation Polyvalent (SSRP) à Nemours pour rééduquer sa marche. Dans ce service, elle contracte le SARS-CoV 2 sans développer de symptômes et elle reste hospitalisée deux semaines en service de médecine COVID avant de revenir en SSRP.

Narration de la situation clinique :

Mme M. est une femme de 59 ans, souffrant d'un adénocarcinome pulmonaire avec métastases cérébrales. Son cancer a été diagnostiqué en décembre 2017. Son dernier traitement a été donné entre juin et août 2020, il s'agissait d'une chimiothérapie par Carboplatine hebdomadaire en hôpital de jour à Fontainebleau. Elle est signalée en avril 2019 à l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs et d'Accompagnement. En septembre 2020, la prise en charge par notre équipe consiste à soulager ses douleurs et lui proposer un soutien psychologique. Hormis une hypertension artérielle et un tabagisme chronique, Mme M. ne présente pas d'autre antécédent personnel médical ni psychiatrique connu. Sur le plan physique, c'est la plainte douloureuse qui reviendra le plus fréquemment. Elle la ressent dans tout le corps avec plus d'intensité au niveau du dos.

Sur le plan social, Mme M. vit dans une précarité financière. Elle a exercé de façon intermittente le métier de femme de ménage. N'ayant pas cumulé assez de trimestre, elle ne bénéficie pas de pension retraite ni d'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE). Sa seule source de revenu est une allocation handicapée. En hospitalisation, c'est sa famille qui finance la télévision et son forfait de téléphone. S'associe à la précarité sociale de cette femme une réalité juridique qui prend forme au cours de son séjour à l'hôpital : une sauvegarde de justice a été demandée par les assistantes sociales à la suite de la baisse d'autonomie intellectuelle et physique de Mme M. Une protection juridique n'est pas envisagée à la vue de la courte espérance de vie de la patiente. De plus, Mme M. nous explique qu'elle a été mise en dehors de chez elle par sa fille cadette, ce qui a motivé sa dernière hospitalisation. Son ex compagnon et père de sa fille dément cette version. Un retour à domicile commence à être pensé par l'équipe soignante mais il n'y a pas de proche disponible pouvant porter le rôle d'aidant.

Au niveau psychologique, Mme M. est traversée par plusieurs processus qui se transforment progressivement et à mesure que son hospitalisation s'allonge. Durant les premiers entretiens, c'est la peur de sa propre finitude qui est abordée. La maladie avance, elle le sent et les douleurs sont pour elle comme des signaux d'alerte de son aggravation. Elle exprime sa peur de la mort de façon claire et il m'est peu commun d'être face à cette lucidité chez une personne de son âge. C'est une verbalisation que j'ai plutôt l'habitude d'accompagner auprès des personnes du 3ème et 4ème âge. Lorsqu'elle exprime cela, sa souffrance est brute, sans filtre et sans élaboration. Cette difficulté à mobiliser des ressources psychologiques et à se défendre de cette angoisse de mort, en plus de l'avancée organique de la maladie, l'ont usées et ont fait apparaître des mouvements régressifs importants en unité COVID et au SSRP. En effet, au bout de quelques jours d'isolement à la suite de sa contamination au coronavirus, Mme M. se positionne comme un fœtus dans son lit, ne mange et ne se lave plus seule. Lors d'un entretien, elle verbalise : « Je veux qu'on me porte. », « Je veux qu'on me dise que je suis sage. ».

Sa détresse psychologique est envahissante dans son psychisme et sa tristesse est difficile à contenir. Elle exprime lors du troisième entretien, qui se déroule au SSRP, son souhait d'être entourée par ses enfants lorsque viendra sa fin de vie. Mme M. a eu six enfants : deux sont décédés et un a été incarcéré durant son hospitalisation en oncologie. Les visites sont rares. Son ex-compagnon et père de sa fille cadette est venu quelques fois la voir ainsi qu'une autre de ses filles qu'elle a désignée comme personne de confiance. Son histoire de vie est difficile à connaître car Mme M. s'exprime peu dessus. En effet, les sujets abordés en entretien reflètent ce que la patiente vit de façon immédiate.

Lorsque Mme M. parle de sa famille, cela crée de la tristesse dû à un sentiment d'isolement affectif et physique. Cette solitude ressentie en fin de vie, qu'elle soit subjective ou objective, me questionne tant sur le plan psychologique qu'existential pour les patients qui la vivent. Associée à la peur d'être rejeté par autrui, Mme M. voit sa solitude s'accroître par plusieurs événements au cours de son hospitalisation : elle arrive en septembre pour une gale contractée à cause d'une mauvaise hygiène puis elle est contaminée en novembre par le SARS-CoV 2. Malgré l'absence de symptômes, Mme M. est hospitalisée dans une unité COVID. A cause de ces deux maladies, elle est contrainte à un isolement sanitaire alimentant sa souffrance par plusieurs aspects : la porte de sa chambre doit rester fermée l'isolant architecturalement de la vie du service ; les visites de ses proches sont interdites ; le port des protections et notamment du masque créent une méfiance chez elle (« C'est louche votre masque. », « On dirait que vous êtes faux avec le masque. »).

Cette méfiance apparaît dès les premiers entretiens et, de façon épisodique, des idées de persécution sont exprimées. Après avoir été traitée de la gale, Mme M. revient en oncologie quelques jours plus tard, nous expliquant avoir été mise dehors par sa fille. En novembre, et toujours en lien avec son hébergement, elle me dit qu'on lui a tout pris chez elle mais son discours est peu argumenté et flou. Elle est transférée quelques jours plus tard en unité COVID et elle pense alors qu'on « [la] change de service pour [la] tuer. ».

Il m'est alors difficile de comprendre ces symptômes. Ils apparaissent à la fois comme étant des symptômes psychiatriques en lien avec une psychose non diagnostiquée (il existe des antécédents familiaux psychiatriques). Il y a des incohérences dans le discours et certains pans de la réalité sont occultés d'un entretien à l'autre et même d'une minute à l'autre. Par exemple, Mme M. oublie quel est son diagnostic puis le retrouve ; elle oublie pourquoi on l'a changé de service ; etc. Toutefois, ces symptômes peuvent aussi évoquer une confusion et des troubles cognitifs dus aux métastases cérébrales de la patiente. En effet, sur le plan neuropsychologique, Mme M. présente des troubles phasiques (anomie au premier plan) et des troubles mnésiques épisodique et autobiographique fluctuants et évoluant de façon déficitaire. Je m'interroge alors sur l'intrication des troubles cognitifs avec les mouvements conscients et inconscients de la patiente. En effet, malgré un ralentissement psychomoteur grandissant et un discours de plus en plus pauvre, ses verbalisations peuvent être mises en perspective avec ce qui avait été exprimé lors des premiers entretiens à savoir sa peur de la mort.

A la demande de l'équipe et de la mienne, la patiente est transférée en janvier dans une autre ville pour se rapprocher de sa famille. C'est alors ma collègue psychologue de l'EMASP qui prend le relais du suivi psychologique. A ce jour, elle est toujours hospitalisée dans un service de SSRP.

Problèmes posés par la situation :

Sur le plan physique :

- Perte de l'autonomie nécessitant une aide d'abord partielle puis totale pour les soins d'hygiène et les repas.
- Évaluation et gestion de la douleur chez une patiente atteinte de troubles cognitifs n'arrivant pas toujours à désigner la localisation, le type de sensation et l'intensité de sa douleur.

Sur le plan social :

- Pauvreté financière et matérielle : Ayant très peu de revenus, ses proches payent ses forfaits de téléphone et de télévision. Mme ne possède dans sa chambre d'hôpital qu'une tenue, celle avec laquelle elle est arrivée en hospitalisation, et n'en a jamais reçu d'autres par la suite.
- Altération de ses capacités physiques et intellectuelles nécessitant la mise en place d'une sauvegarde de justice.

Sur le plan psychologique :

- Isolement physique générant un pauvre soutien familial et social.
- Sentiment de solitude alimenté par différentes formes d'isolement et les troubles mnésiques.
- Idées délirantes de persécution.
- Détresse psychologique.
- Émergence de troubles cognitifs et de troubles comportementaux dus aux métastases cérébrales.

Problèmes que me posent la situation :

- Questionnement sur le sens des verbalisations. Le discours incohérent de la patiente montre une intrication du vécu conscient et inconscient avec les troubles cognitifs dont l'écho avec l'histoire de vie est difficile à comprendre.
- Remise en question de l'intérêt du soutien psychologique face aux troubles du langage, de la pauvreté de l'élaboration et en l'absence d'amélioration de la thymie.
- Sentiment d'impuissance face à la souffrance morale de la patiente et notamment à son sentiment de solitude que rien ne semble apaiser.

Le vécu de la solitude des patients que je rencontre m'intrigue. Rencontrant ce problème régulièrement dans ma clinique je souhaite développer la question suivante : Quelles sont les particularités du vécu psychologique de la solitude chez les personnes en phase palliative présentant des troubles cognitifs ?

1. Conséquences cognitives et psychologiques des métastases cérébrales.

1.1. Métastases cérébrales dans les cancers broncho-pulmonaires.

La classification internationale des maladies (version CIM-10) reconnaît différentes histologies pour le cancer des poumons : les cancers épidermoïdes, les adénocarcinomes et les cancers à petites cellules. Il a été estimé, en 2018, à 46 363 nouveaux cas. Les hommes sont majoritairement touchés, à hauteur de 67%.

Son pronostic est mauvais. En effet, 34,7% des patients de sexe masculin en meurt et c'est le 2^{ème} cancer le plus létal chez la femme qui tue 14% d'entre elles (Defossez et al., 2019). Les tumeurs malignes des bronches et des poumons représentent la première cause de métastases cérébrales, soit 30 à 50% des cas. Les métastases sont des cellules cancéreuses d'une tumeur primitive qui ont atteint le cerveau par la circulation sanguine. On les connaît également sous le nom de tumeur cérébrale secondaire. La durée de survie d'un patient atteint d'un cancer broncho-pulmonaire métastasé au cerveau dépend du traitement, du type de cancer, de la qualité de la prise en charge, du nombre et de la localisation des métastases. Avec un traitement, la survie peut aller de 3 à 18 mois selon les facteurs cités préalablement (Taillibert et Le Rhun, 2014).

Les traitements des tumeurs cérébrales sont variés : chirurgie, radiothérapie, radiochirurgie, chimiothérapie, médicaments complémentaires (anticonvulsivants, corticostéroïdes). Ils sont majoritairement à visée curative mais peuvent aussi être utilisés dans une démarche palliative afin de contrôler l'évolution de la maladie et offrir une qualité de vie plus confortable au patient.

Selon leurs localisations, elles peuvent être asymptomatiques ou se répercuter sur le fonctionnement du patient. L'examen clinique va notamment rechercher des crises d'épilepsie, un syndrome d'hypertension intracrânienne, des déficits focaux, des troubles cognitifs, des troubles de l'équilibre et une atteinte des nerfs crâniens (Collège des enseignants en neurologie, 2020).

1.2. Troubles cognitifs et comportementaux dans les cancers broncho-pulmonaires.

Quand des troubles cognitifs apparaissent chez un patient malade du cancer, il est parfois difficile de trouver son origine. Ils sont souvent discrets, leur expression est peu spécifique contrairement à la maladie d'Alzheimer et ses maladies apparentées. On peut alors investiguer une cause psychiatrique ou neurologique pour tenter de trouver leur origine (Ali et al., 2018). Dans le contexte du cancer, l'émergence des métastases est multifactorielle : l'étude de Bender et Thelen (2013) a repéré des facteurs démographiques, psychologiques et physiologiques (ex : type de cancer, les traitements de la maladie et de ses symptômes avec les effets neurotoxiques qu'ils génèrent). L'irradiation de tout le cerveau crée des troubles cognitifs sur le plan de la mémoire verbale qu'importe la présence ou l'absence de métastases cérébrales (Welzel et al., 2008). De plus, l'apparition d'un dysfonctionnement cognitif est plus fréquente chez les survivants du cancer (5 ans et plus) âgés de 65 ans comparé à une population similaire n'ayant pas été malade (Heflin et al., 2005). Sans considération d'âge, chez les patient présentement malades ou survivants, on retrouve un déficit de la mémoire, de l'attention, de la concentration, un manque du mot (Asher, Myers, 2015) et des fonctions exécutives (Pendergrass et al., 2018).

Plus spécifiquement, pour les patients atteints d'un cancer des poumons ayant reçu un traitement, une méta-analyse objective des atteintes de l'attention, de la mémoire et de la fluence verbale. Ces résultats sont indépendants de l'histologie du cancer. 11,1% d'entre eux expriment une plainte cognitive mais il semblerait tout de même que les impacts objectifs et subjectifs soient plus conséquents pour les cancers à petites cellules (Van de Kamp et al., 2020). D'autres fonctions peuvent être touchées après traitement : mémoire verbal, fonctions exécutives, coordination motrice (Meyer et al., 1995). Le déclin cognitif est, par ailleurs, utilisé comme valeur pronostique de la progression de la tumeur cérébrale (Martin et al., 2004). Comparé à d'autres maladies, la confusion apparaît plus souvent dans le cancer des poumons et devient un symptôme critique pour la survie du patient (Alt-Epping et al., 2011).

En outre de la recherche scientifique, la clinique nous donne à voir une plus vaste manifestation de symptômes cognitifs, comportementaux et affectifs dus aux tumeurs cérébrales à savoir : des difficultés dans la cognition sociale, une désinhibition, de l'irritabilité, de l'agressivité, de l'apathie, de l'aboulie, du désintérêt ainsi que des symptômes d'allure psychiatrique comme les hallucinations et le délire (Ligue suisse contre le cancer, 2017).

1.3. Souffrance psychologique dans les cancers broncho-pulmonaires.

Le diagnostic d'un cancer augmente la dépression, l'anxiété et la détresse (Sharpet al., 2012) Cette détresse psychologique est plus intense chez les patients atteints d'un cancer des poumons comparé aux autres types de cancer (Ellis, 2012). Cela peut s'expliquer par la spécificité des symptômes physiques touchant notamment la sphère respiratoire. En effet, la fatigue et les problèmes respiratoires sont les symptômes physiques qui participent le plus à la détresse psychologique. Il est donc important de gérer les symptômes qui réduisent la qualité de vie (Polanski et al., 2016). Des soins insuffisants et jugés insatisfaisants vont alors augmenter les symptômes d'anxiété et de dépression (Liao et al., 2011). La gestion des symptômes physiques du cancer broncho-pulmonaire a donc un impact particulièrement handicapant sur le quotidien des malades. La temporalité de cette maladie joue aussi un rôle puisque le bien-être psychologique et spirituel s'atténue au fur et à mesure que le cancer du poumon avance et notamment lors des étapes suivantes : le diagnostic, l'arrêt des traitements, la progression de la maladie et le stade terminal (Murray et al., 2007). Cependant, des soins palliatifs précoces administrés pour un cancer du poumon métastaté permettent d'améliorer la qualité de vie et d'abaisser la prévalence de dépression contrairement aux soins standards qui sont plus agressifs (Temel et al., 2010).

Les patients et leur aidant principal trouvent du soutien auprès de leur famille et de leurs amis pour faire face aux symptômes du cancer des poumons. L'évitement des pensées en lien avec la maladie, le positivisme, un changement des attentes et la religion sont des stratégies de coping utilisées par cette population (Mosher et al., 2015).

Un soutien psychologique chez des patients traités par chimiothérapie pour un cancer du poumon permet d'améliorer leur perception de contrôle sur leur santé et leur qualité de vie. En effet, ils disposent d'un meilleur fonctionnement physique et mental, de leur vie quotidienne et de leur vie sociale que les personnes n'ayant pas reçu d'intervention psychologique (Zhang et al., 2006). De même, le niveau de douleur est abaissé après une chirurgie (Zhao et al., 2016).

2. La solitude.

2.1. Définir la solitude et comprendre sa particularité dans le cancer.

La solitude a autant de visages que d'êtres humains. Il est difficile d'en faire une définition exhaustive tant elle renvoie à une expérience et à un vécu affectif qui sont subjectifs et profondément intrinsèques à chaque individu. Sa définition¹ nous montre différents angles de vue. D'abord selon un aspect relationnel où le lien ne s'établit pas dans un espace-temps donné. Mais aussi, parce qu'elle est le résultat d'un état interne entraînant un ressenti subjectif indépendant de la présence d'autrui. Le vécu de la solitude peut alors être positif ou négatif selon qu'elle est choisie, acceptée ou subie.

Aujourd'hui, la solitude est amenée par l'individualisme grandissant des sociétés contemporaines. Dans la clinique, certains patients vivent leur parcours de soin et leur fin de vie en dehors de toute enveloppe familiale et sociale (Campeon, 2014) et la recherche nous montre le bénéfice de ce tissu relationnel sur la santé psychique et physique des malades.

Il a été montré que le temps écoulé depuis le diagnostic est positivement corrélé au degré de solitude chez les patients atteints de cancer. Ceux qui ne sont pas mariés (divorce, veuvage, absence de mariage au cours de leur vie) et qui manquent de soutien social et psychologique ont plus de risque de ressentir de la solitude. Les facteurs en lien avec la maladie (localisation du cancer, ses traitements ou son stade), eux, n'ont pas de lien avec la solitude (Deckxet al., 2014). L'isolement social chez les patients atteints de cancer métastatiques réduit leur longévité (Moore et al., 2018). Une revue systématique de la littérature a, par ailleurs, appuyé la difficulté à définir la solitude existentielle en fin de vie dans la recherche scientifique. Il semblerait qu'en la regardant à travers trois dimensions on peut s'approcher de sa définition selon qu'elle est un état, une expérience et un développement intérieur (Ettema et al., 2010). Il y aurait alors plusieurs façons de vivre la solitude selon qu'elle fige l'individu ou qu'elle lui permette de se mettre en mouvement pour transformer ce ressenti et la dépasser grâce à la résilience.

¹ Dans le Larousse, la solitude est définie en ces termes : « État de quelqu'un qui est seul momentanément ou durablement. État de quelqu'un qui est psychologiquement seul. Caractère d'un lieu où l'on se sent seul, isolé ».

La solitude s'inscrit presque exclusivement dans une dimension d'échange notamment relationnelle qui est complexe. Il ne faut alors pas la confondre avec l'isolement. Au premier abord, la définition de l'isolement² semble similaire à celle de la solitude. Or, l'isolement désigne une configuration physique, architecturale où deux éléments ou plus sont séparés. Il désigne l'état physique, le plus souvent dénué d'affect, de quelqu'un ou de quelque chose. Il participe à la solitude mais n'est pas celle-ci. En effet, le sentiment de solitude vient souvent dans des moments d'isolement mais aussi, bien qu'entouré, lorsque la qualité des relations sociales n'est pas satisfaisante. Ainsi, l'attachement et le sentiment de sécurité qui en découle permettent de protéger de la solitude (Drageset et al., 2011). Cette sécurité intérieure est détaillée dans la partie suivante à la lumière de la psychanalyse. Les autres courants psychothérapeutiques ont moins de littérature sur ce sujet.

2.2. Aux origines du sentiment de solitude.

La psychanalyse nous permet de comprendre que le vécu de la solitude s'expérimente dès la naissance et participe à notre construction psychique grâce à la relation maternelle. C'est ce que développent Mélanie Klein et Donald Woods Winnicott.

Pour D. W. Winnicott (1896, 1971), la capacité d'être seul s'acquiert chez le bébé qui reçoit des soins maternels « suffisamment bons ». Cela lui permet d'intérioriser un bon objet dans son psychisme qui lui permettra de se sentir en confiance au sein de son environnement tout en supportant l'absence réelle de sa mère. Pour cela, le bébé intègre dans un premier temps qu'il est une unité, qu'il est un « je ». Puis, il prend conscience qu'il est en proie à la vulnérabilité, à l'insatisfaction (« Je suis ») pour enfin être soulagé de cette fragilité par une mère présente, par un « environnement facilitateur » qui lui permet à nouveau de se sentir seul et en sécurité (« Je suis seul »). Vient alors la capacité de se créer un autre « je » comme une manière différente de se voir, se sentir et s'entendre. Ainsi, le bébé n'ayant pas reçu des soins « suffisamment bons » pour supporter la solitude risque à l'adolescence ou l'âge adulte de rechercher sans cesse une stimulation, d'être incapable de se détendre ou à créer un « faux-self » pour combler ce manque de soins (Agostini, 2005).

² Dans le Larousse, l'isolement est défini comme : « État d'une habitation, d'un lieu écarté, perdu. État de quelqu'un qui vit isolé ou qui est moralement seul. Séparation d'un individu – ou d'un groupe d'individus - des autres membres de la société. État d'un pays, d'une ville, d'une région qui est sans relation économique, politique avec les autres, qui ne fait partie d'aucun groupement, d'aucune alliance. »

Selon M. Klein (1882, 1960), le concept de se « Sentir seul » est un processus douloureux auquel aucun humain n'échappe. Ainsi, pour atténuer ce sentiment de solitude, intérioriser un « bon sein » c'est à dire une « bonne » mère répondant à tous les besoins de son enfant est nécessaire car il donne plus d'adaptabilité au Surmoi pour tenter de s'accorder au Moi, le rendre plus fort et ainsi éviter son morcellement. Ce sentiment de solitude est en lien avec la recherche d'un autre qui nous comprendrait sans mot, à l'image d'un jumeau. C'est ce que fait expérimenter une mère synchrone à son bébé or, avec le temps, le bébé réalise que cette synchronie est imparfaite, que sa mère n'est pas toujours là comme il veut et quand il veut. Il commence alors à se « sentir seul », à connaître la solitude.

Au niveau du psychisme, c'est l'introjection-identification d'un « bon » objet interne qui permet d'acquérir la confiance en soi et en les autres. Elle est facilitée par une meilleure souplesse du Surmoi. Or, si un « bon » objet interne n'est pas intégré, un sentiment d'exclusion apparaît. En effet, le sujet ayant recours au clivage dans ses relations sociales (l'autre est perçu soit uniquement bon, soit uniquement mauvais), il ne peut ni s'identifier ni accéder à un sentiment d'appartenance. Malgré une définition pessimiste de la solitude, Klein nous explique qu'il est possible de dépasser la douleur de la solitude en expérimentant la joie et la gratitude. Elles donnent la capacité au sujet de recevoir et d'accepter de son environnement pour apaiser ce sentiment de solitude et freiner son envie irrépressible de la combler. Selon elle, la conscience de la solitude rend plus authentique et ne nous empêche pas d'être en lien (Agostini, 2005).

2.3. Fonction de l'isolement face à la douleur de la solitude.

Philippe La Sagna (2007) différencie l'isolement et la solitude en ces termes : le sujet qui s'isole met une barrière entre lui et l'autre grâce à un détachement de la réalité. Le sujet isolé ne prend pas conscience de sa solitude puisqu'elle est voilée par une stimulation interne ou externe (l'auteur prend comme exemple les toxiques, les fantasmes et le délire). L'autre n'a pas de place chez le sujet isolé, il n'y est pas désiré. Tandis que dans la solitude, le sujet intègre l'autre dans son vécu mais il en est séparé (temporairement ou définitivement ; volontairement ou involontairement). En somme, l'isolement est une parade contre la solitude.

Face à l'isolement, La Sagna nous donne un aperçu de son accompagnement. Il explique notamment sa vision psychanalytique du professionnel de l'aide face à un sujet précaire, souffrant d'isolement. La clé n'est pas l'empathie voire la compassion mais la reconnaissance du sujet d'une solitude élaborée et solide chez celui qui écoute en silence. Cela permet à la fois de respecter l'expérience de solitude du sujet, même s'il n'y pas accès. Par-là, l'auteur entend que la solitude est une expérience en soi, de soi-même, sans les autres auquel personne n'accède. L'autre peut en avoir

un aperçu sans en faire l'expérience ni la conceptualiser. Enfin, une élaboration de la solitude du thérapeute lui permet d'accompagner le patient vers sa propre solitude, d'en faire un meilleur appui voire une ressource pour sortir de l'isolement quand bien même cette solitude serait fragile mais soutenant.

Discussion et conclusion.

Rétrospectivement, pour Mme M., une médiation aurait pu apaiser sa détresse. Par exemple, de l'art-thérapie, des thérapies corporelles ou de l'ergothérapie. A la manière des thérapies non médicamenteuses destinées aux personnes âgées souffrant de démences pour canaliser les troubles psychologiques et comportementaux. Associée à une thérapie médicamenteuse, le bien-être de la patiente aurait pu s'améliorer. Je me demande alors si j'ai suffisamment communiqué le vécu de Mme M. aux soignants et si nous aurions pu faire plus pour elle. En l'absence de moyens pour les médiations citées plus haut, les entretiens psychologiques ont permis de maintenir un lien stable et d'apporter une enveloppe à ce vécu psychique décousu. D'abord dans le temps car les entretiens avaient un début et une fin bien identifiés, ils étaient réguliers, je tentais d'étayer la verbalisation de son ressenti et de la contenir durant ces moments. Puis dans l'espace, je fermais la porte de la chambre lorsque la patiente était d'accord et je lui portais mon regard qu'elle soutenait ou non. Mon positionnement pour apporter une contenance psychique à cette patiente, je l'espère, lui a permis de se sentir plus unifiée durant nos rencontres.

En proie à la fois à la solitude et à un dysfonctionnement cognitif ajoutant une pointe d'étrangeté à toutes les manifestations de Mme M., il m'était parfois difficile de comprendre son vécu si particulier que je vais développer succinctement avec un versant social, familial puis intrapsychique.

Le type de cancer et la condition sociale de Mme M. créent une spécificité qui vient expliquer l'intensité de sa détresse. En effet, Ashi et al. (2020) ont pu montrer que les malades d'un cancer des poumons recevant des allocations ont un plus grand niveau de solitude et d'isolement social. La solitude est d'autant plus haute lorsque ces malades présentent des symptômes de démence. Il y a donc un effet stigmatisant avec le type de cancer (cancer du « fumeur ») et les aides financières (« assistanat »). Le rejet et l'exclusion qui peuvent être provoqués par la stigmatisation sont rapidement ressentis par mes collègues et moi-même. De fait, la patiente n'a pas une apparence soignée, elle est hospitalisée pour une gale liée à un manque d'hygiène, elle n'est pas la « bonne » patiente qui va valoriser le travail des soignants. Mais à travers cette allure grossière, j'ai vu une souffrance et une vulnérabilité qui ont soutenues mon intérêt pour ce soutien psychologique et

m'ont données l'envie d'apporter une attention particulière à cette patiente à travers cet écrit.

En ce qui concerne le soutien familial et social, ils sont quasiment inexistantes. Son fonctionnement familial semble reposer sur des bases fragiles que la maladie a peut-être accentuées. En effet, l'évolution du cancer de Mme M. a fait apparaître une régression importante, des difficultés de langage et un délire qui ont pu désarmer ses proches. Sa personnalité s'est égrenée pour donner place à une réalité déconstruite dans laquelle il est difficile d'accéder. Comment créer du lien avec ce parent, cet enfant ou cet ami quand les repères d'autrefois s'effacent ? Là où les points d'accroches ont disparu ? Cela demande de supporter la rencontre, avec la fragilité et le changement. Il faut alors réapprendre pour laisser place aux nouvelles capacités de cet être aimé et l'accueillir tel qu'il est afin de maintenir le lien.

Mme M. s'isole dans le délire pour ne plus être confrontée à sa solitude. Au sens développé par La Sagna, on pourrait penser que son délire de persécution aurait pour fonction de créer une nouvelle réalité plus supportable que la solitude, la mort et la séparation avec ses enfants. Les métastases cérébrales ont fragilisé les capacités cognitives de la patiente. Elle n'avait peut-être plus assez de ressources pour comprendre son vécu, ses ressentis et décoder un environnement aussi peu rassurant et contenant que sa chambre d'hôpital. L'apparition du délire est corrélée au développement des métastases. Ce qu'elle ne pouvait supporter et voir durant nos entretiens restent à l'état d'hypothèses et demeureront un mystère pour l'autre que je suis.

Pour conclure, la mort est probablement l'événement le plus solitaire qui puisse être donné aux êtres humains. En effet, quand bien même nous mourrions en même temps qu'un autre dans des conditions identiques, nous ne serions jamais plus seul qu'à cet instant ou rien, ni personne, ni objet, ni valeur, ne pourra nous sauver ni nous accompagner. Aucun autre ne peut expérimenter ma fin de vie ni mourir à ma place. Cette solitude dans la mort et le néant auquel elle nous renvoie peut-être effrayante (Yalom, 1980).

Bibliographie :

- Agostini, D. (2005). Les concepts de « Capacité d'être seul » (D. W. Winnicott) et de « Se sentir seul » (M. Klein) *Adolescence*, Éditions GREUPP.
- Ali, F.-S., Hussain, M.-R., Gutiérrez, C., Demireva, P., Ballester, L.-Y., Zhu, J.-J., Blanco, A. et Esquenazi, Y. (2018). Cognitive disability in adult patients with brain tumors. *Cancer treatment reviews*, 65, 33-40.
- Alt-Epping, B., Stäritz, A., Simon, S., Altfelder, N., Hotz, T., Lindena, G. et Nauck, F. (2011). What is special about patients with lung cancer and pulmonary metastases in palliative care ? Results from a nationwide survey. *Journal of palliative medicine*, 15, (9).
- Asher, A. et Myers, J. (2015). The effect of cancer treatment on cognitive function. *Clinical advances in hematology and oncology*, 13 (7).
- Ashi et al. (2020). Factors influencing social isolation and loneliness among lung cancer patients : a cross-sectionnel study. *Anticancer Research*, 40 (12).
- Bender, C. et Thelen, B. (2013) Cancer and cognitive changes : the complexity of the problem. *Seminars in oncology nursing*, 29 (4), 232-237.
- Campeon, A. (2014). Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitudes des personnes âgées. Caisse nationale d'assurance vieillesse. *Gérontologie et société*, 38, (1), 11-23.
- Collège des Enseignants de Neurologie. (2020). *Tumeurs intracrâniennes*. <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/tumeurs-intracraniennes>
- Deckx, L., den Akker, M. et Buntinx, F. (2014). Risk factors for loneliness in patients with cancer : a systematic literature review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 18 (5), 466-477.
- Defosse, G., Le Guyader-Peyrou, S., Uhry, Z., Grosclaude, P., Colonna, M., Dantony, E., Delafosse, P., Molinié, F., Woronoff, A., Bouvier, A., Bossard, N., Remontet, L. et Monnereau, A. (2019). *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 : Tumeurs solides : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim*. Santé publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-1-tumeurs-solides-etud>
- Drageset, J., Kirkevold, M., et Espehaug, B. (2011). Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment : a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (5), 611-619.
- Ellis, J. (2012). The impact of lung cancer on patients and carers. *Chronic respiratory disease*, 9 (1).

- Ettema, E.-J., Derksen, L.-D. et van Leeuwen, E. (2010). Existential loneliness and end-of-life care : a systematic review. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31, 141-169.
- Heflin, L.-H., Meyerowitz, B.-E., Hall, P., Lichtenstein, P., Johansson, B., Pedersen, N.-L. Et Gatz, M. (2005). Cancer as a risk factor for long-term cognitive deficits and dementia. *Journal of the national cancer institute*, 97 (11), 854-856.
- Larousse. (s. d.). Solitude. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 23 mai 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/solitude/73340>
- Larousse. (s. d.). Isolement. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 23 mai 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/isolement/44469>
- La Sagna, P. (2007). De l'isolement à la solitude. *La Cause freudienne*, 66 (2), 43-49.
- Liao, Y.-C., Liao, W.-Y., Shun, S.-C., Yu, C.-J., Yang, P.-C et Lai, Y.-H. (2011). Symptoms, psychological distress, and supportive care needs in lung cancer patients. *Supportive care in cancer*, 19, 1743-1751.
- Ligue suisse contre le cancer. (2017). *Tumeurs et métastases cérébrales chez l'adulte*. <https://boutique.liguecancer.ch/files/kl/webshop/PDFs/francais/tumeurs-et-metastases-cerebrales-chez-l-adulte-021078012111.pdf>
- Martin, Taphoom, J.-B., Klein, M. (2004). Cognitive deficits in adult patients with brain tumours. *The Lancet. Neurology*, 3, (3).
- Meyers, C.-A., Byrne, K.-S. et Komaki, R. (1995). Cognitive deficits in patients with small cell lung cancer before and after chemotherapy. *Lung cancer*, 12, (3).
- Moore, S., Leung, B., Bates, A. et Ho, C. (2018). Social isolation : impact on treatment and survival in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 36 (34).
- Mosher, C.-E., Ott, M.-A., Hanna, N., Jala, S.-I., et Champion, V.-L. (2015). Coping with physical and psychological symptoms : a qualitative study of advanced lung cancer patients and their family caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 23, 2053-2060.
- Murray, S.-A., Kendall, M., Grant, E., Boyd, K., Barclay, S., et Sheikh, A. (2007). Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. *Journal of pain and symptom management*, 34 (4), 393-402.
- Pendergrass, J.-C., Targum, S.-D., et Harrison, J.-E. (2018). Cognitive impairment associated with cancer : a brief review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 15 (1-2), 36-44.
- Polanski, J., Jankowska-Polanska, B., Rosinczuk, J., Chabowski, M., et Szymanska-Chabowska, A. (2016). *Onco Targets Ther*, 9.
- Sharp, L., Carsin, A.-E., et Timmons, A. (2012). Associations between cancer-related financial stress and strain and psychological well-being among individuals living with cancer. *Psycho-oncology*, 22, (4), 745-755.

- Taillibert, S. et Le Rhun, E. (2014). Épidémiologie des lésions métastatiques cérébrales. *Cancer/Radiothérapie*, 19 (1), 3-9.
- Temel, J. S., Greer, J.-A., Muzikansky, A., Gallagher, E.-R., Admane, S., Jackson, V.-A., Dahlin, C.-M., Blinderman, C.-D., Jacobsen, J., Pirl, W.-F., Billings, J.-A., et Lynch, T.-J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non small-cell lung cancer. *The new england journal of medicine*, 363, 733-742.
- Van de Kamp, H.-J., Molder, M.-T., Schulkes, K.-J.-G., Stellingwerf, M., van Elden, L.-J.-R., van Lindert, A.-S.-R. et Hamaker, M.-E. (2020). Impact of lung cancer treatment on cognitive functioning. *Clinical lung cancer*, 21, (2), 114-126.
- Welzel, G., Fleckenstein, K., Schaefer, J., Hermann, B., Kraus-Tiefenbacher, U., Mai, S.-K. et Wenz, F. (2008). Memory function before and after whole brain radiotherapy in patients with and without brain metastases. *International Journal of radiation oncology, biology, physics*, 72, (5).
- Yalom, I. (2017). *Thérapie existentielle*. Lgf.
- Zhao, X., Cui, L., Wang, W., Su, Q., Li, X. et Wu, J. (2016). Influence of psychological intervention on pain and immune functions of patients receiving lung cancer surgery. *Pakistan journal of medical sciences*, 32, (1).
- Zhang, J., Pan, J. et Tao, M. (2006). Effects of psychological on quality of life in patients with lung cancer. *Chinese journal of behavioral medical*.

Résumé : Cet écrit retrace une partie de l'hospitalisation d'une patiente de 59 ans atteinte d'un adénocarcinome pulmonaire métastasé au cerveau. Elle présente des troubles cognitifs et comportementaux évoluant avec la maladie et une détresse psychologique alimenté par un sentiment de solitude. Nous étudions ici les particularités de ce vécu intense au crépuscule de la vie.

Titre : Solitude et troubles cognitifs en phase palliative : Intensité de la détresse psychologique et entrecroisement des réalités.

Mots-clés : Solitude – Troubles cognitifs - Cancer du poumon – Phase palliative.