

ASPECT ET SOUTIEN PSYCHOLOGIQUES DANS LA POLYARTHRITE

Comment se rencontrent un patient souffrant de P.R. et un « psy » ?

La P.R. est une **maladie chronique, douloureuse et invalidante**. Ce qui implique donc une source de **stress**.

Ce stress qui peut mener à des situations de **dépression** ou à d'**anxiété**, qui elles-mêmes favorisent le développement de la maladie comme dans un cercle vicieux.

De quelle dépression s'agit-il ?

Pas d'une maladie mentale en tant que telle mais d'un état « légitime » secondaire à la souffrance physique.

De quelle anxiété s'agit-il ?

D'une anxiété « légitime » face à l'évolution de la maladie et donc de l'avenir.

Quel chemin doivent parcourir les patients ? (et donc les médecins, les soignants et les familles)

1. **Apparition des symptômes.**

2. **Annnonce du diagnostic.**

Combien de temps cela prendra-t-il ?
Combien d'avis faudra-t-il ?

⇒ Il est important d'avoir une bonne compréhension des informations, d'une bonne information claire, précise et objective.

3. **Intégration et digestion du diagnostic.**

Il convient de prendre le temps.

Selon les personnalités, différentes étapes échelonnent le passage :

- Etape de **SIDERATION** « je suis assommé »
- Etape de **COLERE – REVOLTE** « pourquoi moi ? » - « les médecins se sont trompés »
- Etape de **DENI** « je n'ai rien – ça va passer »
- Etape de **DESORGANISATION PSYCHOLOGIQUE** plus importante.

L'évolution se fait selon les images associées à la P.R. et selon l'histoire familiale face à la P.R.

4. « Acceptation » du diagnostic

5. « Deuil ». Renoncements nécessaires face aux divers registres de la vie (famille – travail – loisirs...)

Le processus de deuil est en rapport avec le sentiment de perte.

1. Perte d'espoir de la guérison. Dans notre société l'attente du patient face à la médecine est de recevoir un traitement pour éradiquer la maladie et être guéri, ce qui n'est pas possible dans une maladie chronique.

2. Perte d'espoir d'être « comme avant »

On a pu repérer l'existence d'un **profil psychologique** associé aux patients souffrant de P.R.

- Perfectionniste.
- Centré sur la satisfaction des besoins d'autrui plus que sur les siens.
- Hypersensible.
- Anxieux.
- « Battant ». L'activité est souvent une bonne défense contre l'anxiété.
- Faible estime de soi.
- Culpabilisation rapide de soi-même.
- Rigidité de pensée – besoin de contrôle - + tempérament hyperactif, donc impossible de « rester à rien faire ».

⇒ peu d'attention pour soi-même et pour les signaux d'alarme envoyés par notre corps,

⇒ dépassement des limites.

La culpabilité et le besoin de contrôle entraînent un cercle vicieux « j'ai mal – il faut forcer – je force – j'ai encore plus mal... » très douloureux et difficile à vaincre.

Symptômes liant P.R. et Psy :

- Douleur.
- Fatigue.
- Troubles du sommeil.
- Limitation de la mobilité , des activités.
- Perte de contrôle sur sa vie.
- Impuissance qui mène à la rage.
- Nécessité de demander de l'aide, perte d'indépendance

Culpabilité

↳ Ce qui mène à la dépression et l'anxiété.

↳ Selon de degré de perte d'espoir dans l'avenir et/ou d'intensité de la douleur il peut arriver que certains patients présentent une idéation suicidaire à laquelle il faut être attentif.

Quelques sujets à examiner :

1. La notion du **temps** sous l'angle organisation / désorganisation.

« Tout prend plus de temps », « moi qui étais si vive avant » nous rapportent les patients.

De même, que deviennent les PROJETS ? « Comment serai-je demain ? »

⇒ la nécessité d'AMENAGEMENT DE VIE :

- Un jour à la fois.
- Maintenir les projets même si parfois ils tombent à l'eau.
- Envisager qu'une bouteille est à ½ pleine et pas à ½ vide et donc regarder ce qu'on sait encore faire plutôt que ce qu'on ne sait plus faire.
- Ménager des temps de repos (SIESTE).
- Organiser un temps libre pour se débrouiller le matin.

2. Le regard **des autres** ?

« Ils ne comprennent pas ».

La douleur et la fatigue étant invisibles, il importe de se centrer sur soi sans s'occuper (trop...) de ce qu'on pense l'autre – en laissant la culpabilité au vestiaire.

3. Le sentiment de **solitude**.

Naturellement quand on souffre on se replie sur soi ⇒ l'importance capitale de ré-investir dans une « autre vie », dans d'autres centres d'intérêt – notamment via par exemple la participation à l'Association Polyarthrite.

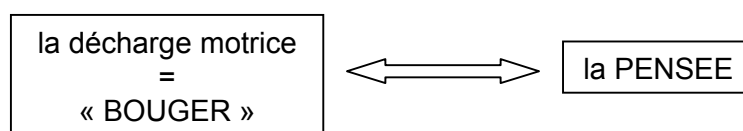
Il est important aussi d'investir d'autres registres que physiques :

- Relaxation.
- Lecture – musique.
- Discussions de groupe.

surtout si la maladie a causé la perte de l'activité professionnelle.

Hypothèse équilibre psycho-moteur.

Il existe un lien entre



Et donc la dépression, dans le sens où le fait de bouger est un très bon antidépresseur puisqu'il nous empêche de penser.

« Quand je travaille, quand je m'active, quand j'ai mes mains occupées je ne pense à rien – je ne sens pas mon chagrin » disent certains patients.

La P.R. entraîne par la douleur et les déformations une diminution de la décharge motrice et donc « on a plus le temps pour penser » - donc on déprime.

Un soutien psychologique peut aider à mieux apprivoiser ce phénomène.

A quoi sert « un psy » ? Qu'est-ce qu'un « psy » ?

Beaucoup de caricatures circulent autour du psy : le psy plus fou que ses patients, le psy qui assomme les gens de médicaments, le psy qui fait divorcer les gens, etc.

Petit rappel :

- Un psychiatre = médecine + spécialisation en psychiatrie.
- Un psychologue = licence en psychologie.

Les deux peuvent être formés en psychothérapie.

Il existe 3 grands modèles en psychothérapie :

1. La psychothérapie psychanalytique basée sur le postulat de l'existence d'un inconscient nous joue parfois des vilains tours à notre insu. On peut faire la connaissance.
2. La psychothérapie comportementale qui analyse les comportements en utilisant notamment le déconditionnement.
3. La psychothérapie systémique ou familiale qui tient compte de l'incidence du système et de l'environnement.

De quoi va-t-on s'occuper ?

« Le psy remonte dans l'enfance » dit-on. Pas nécessairement !

Le passé nous a construit, on peut parfois s'interroger sur « pourquoi nous réagissons de telle ou telle manière dans le présent » afin de mieux aménager le futur ; mais dans notre cas de P.R. le but est justement de vivre mieux le présent donc par exemple pouvoir réduire le sentiment de culpabilité d'être malade pour se respecter soi-même.

« Alors, je dois tout changer ? » NON !

Autre caricature des psy qui changent tout.

Nous avons développé des MECANISMES DE DEFENSE face aux agressions de la vie.

Il faudra garder ceux qui nous sont utiles et abandonner ceux qui nous sont devenus inutiles.

⇒ Le but du psy est d'aider le patient à atteindre la SERENITE intérieure autant qu'il est possible...

Autre crainte face au psy : « il lit dans mes pensées », « il va m'influencer ».

C'est bien sûr le patient qui garde le contrôle de ce qu'il dit ou ne dit pas, de ce qu'il change ou ne change pas.

Le psy peut aider à apprendre à

- **Prendre du temps pour soi.**

On est assis « à ne rien faire » pour essayer de faire connaissance avec soi-même, pour accepter et apprivoiser la douleur de la maladie.

Le psy n'émet pas de jugement de valeur. Il peut aider aussi à

- **Apprendre à dire NON.**

Pour s'occuper de soi il faut s'écouter, sentir la fatigue, la douleur, et la trouver légitime, et donc parfois refuser d'agir pour autrui.

- **Apprendre à gérer la CULPABILITE** interne que suscite le fait de dire non.

- **Assouplir le gendarme intérieur** qui nous habite et parfois nous persécute avec « IL FAUT » « TU DOIS »...

- **Apprendre à « INVENTER UNE AUTRE VIE »**

OUVRIR LES YEUX SUR LE MONDE (monde intérieur et extérieur)

Le psy peut aussi aider à

- **Renforcer le filtre** qui en principe nous protège du monde extérieur.
- **Communiquer plus directement** nos attentes.
(Exemple d'un couple à table : si Monsieur dit « cette soupe manque de sel », la majorité des épouses se lèvent et lui apportent le sel alors que Monsieur n'a en fait officiellement rien demandé – il a simplement énoncé une impression)
- **Changer l'ordre des priorités.**
Moi ↔ les autres
J'ai envie ↔ je dois – il faut.
Plus tard ↔ immédiatement.

« ASSOUPLIR » donc le système de fonctionnement.
- **Bien prendre son traitement**
Et voir les soignants quand il le faut.
La dépression et la douleur peuvent parfois aboutir à ce qu'on ne me soigne plus correctement par crainte de la douleur supplémentaire causée par certains traitements ou par craintes des effets secondaires des médicaments.
Il importe donc de s'occuper aussi de cette « compliance ».

Quelques réflexions au sujet de la douleur.

« La douleur est toute manifestation que la personne affirme ressentir. Cette douleur existe chaque fois que cette personne dit qu'elle existe » *Mac Caffery 1979*

« La douleur est une expérience sensorielle ET émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en terme d'un tel dommage. »
IASP International Association for the Study of Pain.

Ces définitions nous illustrent d'emblée qu'il faut

1. toujours croire ce que le patient raconte ;
2. travailler dans un modèle multidisciplinaire.

La douleur chronique

- constitue une maladie à part entière ;
- est présente chez 50% des adultes dans la communauté européenne.

« La douleur chronique n'est pas une menace pour la vie mais peut menacer chaque aspect de votre vie » *EFIC European Federation of IASP*

La crainte spécifique de la douleur ou la crainte de lésions est plus invalidante que la douleur elle-même ». *Crombel 1999*

⇒ A nouveau l'importance multidisciplinaire associant physique et psychologique.

Un peu de pharmacologie...

L'O.M.S. (Organisation mondiale de la Santé) a classé les anti-douleurs en 1982 selon 3 paliers :

1. palier 1
Analgésiques périphériques pour D+ faible à modérée :
 - acide acétylsalicylique,
 - paracétamol,

- anti-inflammatoires non stéroïdiens.

2. palier 2

Analgésiques centraux pour D+ modérée à intense :

- codéine + paracétamol,
- tramadol (DOLZAM®),
- tilidine + maloxone (VALTRAN®),
- dextropropoxyphène (DEFRONAL®).

3. palier 3

Opiacés majeurs pour D+ intense à très intense :

- morphine,
- MS-CONTIN,
- FENTANYL.

Ne pas associer le palier 2 avec 3 !

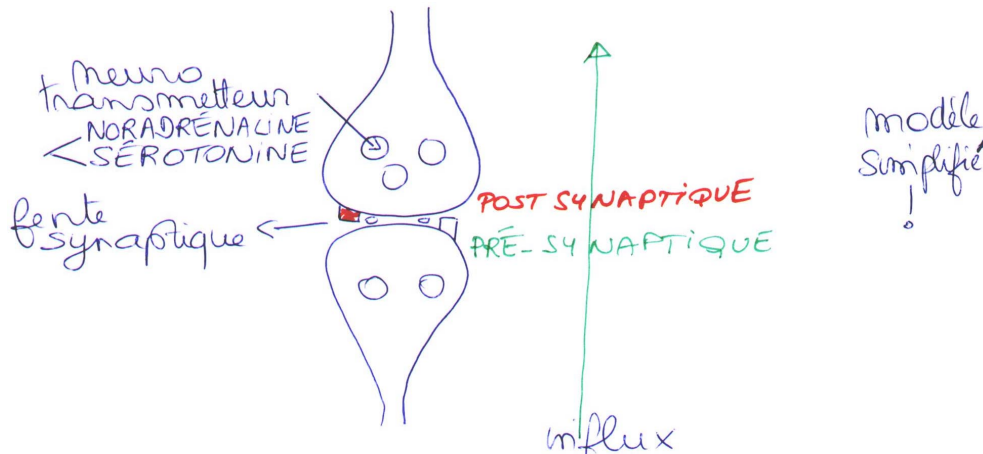
Il existe aussi des CO-ANALGESIQUES

Médicaments dont l'indication initiale est autre que l'analgésie mais qui, administrée en même temps potentialisent l'effet d'un autre analgésique :

- CORTICOIDES
- ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES Redomex® Tryptizal®
- ANTI-EPILEPTIQUES
 - Carbamazépine – Tegretal®
 - Clonazépine – Rivotril®
 - Gabapentin – Neurontin®
- MYORELAXANTS
 - Valium®
 - Myolastan®

Un peu de chimie "psy"

Dans notre cerveau existent des SYNAPSES.



Normalement il existe dans la fente synaptique une quantité « X » de neurotransmetteurs qui permettent le passage de l'influx dans la synapse – quand cela fonctionne on peut comparer ce modèle à un moteur avec des boulons qui s'emboîtent et tournent bien grâce à une quantité « X » d'huile.

La dépression réduit la quantité d'huile dans le système ; il « coince » et produit des troubles de l'humeur, du sommeil, de l'appétit, etc.

Les antidépresseurs agissent notamment en inhibant la sensibilité des récepteurs postsynaptiques et le recaptage présynaptique, et donc en augmentant la quantité de neurotransmetteurs (= « d'huile ») dans la synapse.

En résumé.

Dans les médicaments psychotropes on relève :

1. ANTIDEPRESSEURS,
2. STABILISATEURS DE L'HUMEUR,
3. ANXIOLYTIQUES,
4. HYPNOTIQUES .

1. ANTI-DEPRESSEURS

Il en existe des sédatifs, des « neutres » et des excitateurs ou stimulants, à choisir selon le type de dépression.

Ils peuvent avoir une structure chimique différente et un mode d'action différent :

- TRICYCLIQUES
 - Recaptage présynaptique Noradré séré
 - Sensibilité R postsynaptique Noradr
 - Ex : Redomex® – Tryptizol® – Anafranil® – Nortrilen® – Prothiaden® – Sinéquan® – Ludiomil® – etc.

Ils peuvent augmenter le poids – ce qui n'est pas idéal pour les articulations.

- SSRI Selective Serotonine Recapture inhibitor
 - Recaptage sérotonine
Ex. Cipramil® Prozac® Serlain® Floxyfral® Seroxat® Aropax® Sipralaxa®
 - Recaptage Noradrénaline
Ex. Edronax®
 - Recaptage Sérotonine et Noradrénaline
Ex. Efexor®
 - Blocage R présynaptiques et 5HT post-synaptiques
Ex. Remergon®
- Divers : Lérivon®, Trazolan®, Déanxit®

Le traitement s'effectue selon le type de dépression, l'âge, les traitements adjuvants, etc.

2. ANXIOLYTIQUES

Quelques noms couramment utilisés : Xanax® – Temesta® – Clozan® – etc.

A prendre d'office avec rythme bien précis et pas à la demande, afin de réduire au maximum le risque de dépendance.

3. HYPNOTIQUES

Le plus souvent Loramet® – Stilnoct® – Imovane® – etc.

Qu'en est-il de la peur des médicaments « psy » ?

« On ne sait plus s'en passer »

« On devient comme un zombie »

« On n'est plus soi-même »

Tout cela est faux si le traitement est adéquat.

∇ Mieux vaut traiter la dépression correctement, se sentir mieux et donc reprendre une vie plus harmonieuse ; cela permettra de réduire la douleur et donc la consommation d'antalgiques.

▽ Si on considère la dépression comme une maladie, et une maladie comme une autre, on se doit de la traiter comme telle, avec des doses d'antidépresseurs suffisantes et pendant une durée suffisante (en moyenne 12 mois) afin d'éviter les rechutes. (Dans notre image de moteur avec circuit d'huile, il faut remettre de l'huile dans le circuit ET remplir le réservoir !...)

▽ Ne pas craindre la dépendance mais plutôt raisonner en terme de confort de vie augmenté.

EN RESUME

Nécessité d'un modèle PLURIDISCIPLINAIRE SOUPLE incluant :

Médecin traitant
Rhumatologue
Psychiatre
Psychologue
Kinésithérapeute
Ergothérapeute
Association de patients
Famille
Etc.

Travaillant ensemble dans le respect de l'autre pour donner un sens, rester ouvert, lutter, trouver le plus de pistes possibles pour garder la sérénité devant cette épreuve quotidienne qu'est la P.R.

Pour terminer je sou mets à votre réflexion ces quelques lignes :

« Je n'ai pas d'espoir de sortir par moi-même de ma solitude. La pierre n'a pas d'espoir d'être autre chose que pierre, mais en collaborant elle s'assemble et devient temple. » *Antoine de Saint Exupéry.*

Je vous remercie pour votre attention et votre présence.

Dr Monique Vander Elst
Neuropsychiatre
Psychothérapeute
U.L.B.
Hôpital Erasme – Bruxelles
Rhumatologie psychosomatique
Clinique de la douleur