

Mémoire de Maîtrise en médecine N°809

Une Intervention Psycho-oncologique d'Inspiration Psychodynamique

Etudiante

Cindy Godel

Tuteur

Prof. Friedrich Stiefel
Service de Psychiatrie de Liaison, CHUV

Co-tuteurs

Mme Sonia Krenz
Dr Daniele Stagno
Service de Psychiatrie de Liaison, CHUV

Expert

Prof. Philippe Conus
Service de Psychiatrie Générale, CHUV

Lausanne, Avril 2012

Table des matières

Résumé	3
<i>Mots clés</i>	3
Introduction	4
<i>Souffrance psychique chez les patients atteints de cancer</i>	4
<i>Réponses à la souffrance psychique</i>	4
<i>La psychothérapie psychodynamique</i>	5
La psychothérapie psychodynamique en psychiatrie de liaison	5
La psychothérapie psychodynamique en oncologie	6
Contexte du travail de master	7
<i>Objectifs et hypothèses</i>	7
<i>Population étudiée</i>	7
<i>L'intervention psycho-oncologique (1-4 séances)</i>	8
<i>La psychothérapie psychodynamique brève (5-16 séances)</i>	9
Méthode	9
<i>Les rapports</i>	9
<i>La méthode d'analyse</i>	10
Première étape : mise en évidence des thématiques	11
Deuxième étape : validation des thématiques et catégorisation	11
Troisième étape : la méthode de "consensus"	11

Résultats	12
<i>La grille d'analyse</i>	12
<i>L'analyse des rapports</i>	13
Description des catégories et exemples de thématiques	13
Catégorie 1 : témoignage/ demande de soutien	13
Exemple thématique 2 : témoignage/ besoin d'être entendu	13
Sous-catégorie 2.1. : changement de fonctionnement psychique	13
Exemple thématique 7: travail d'élaboration face à la réactualisation du passé	13
Sous-catégorie 2.2. : modification du positionnement relationnel	14
Exemple thématique 19: redéfinition des rôles	14
Description des patients dans les différentes catégories	14
Patients de la catégorie 1: témoignage/demande de soutien	14
Patients de la catégorie 2: introspection	15
Patients de la sous-catégorie 2.1: changement de fonctionnement psychique	15
Patients de la sous-catégorie 2.2: modification du positionnement relationnel	15
<i>Graphiques et tableaux</i>	16
Discussion	24
Conclusion	26
Bibliographie	27

Résumé

Introduction. La détresse psychique touche entre 30 et 50% des patients atteints de cancer (1–5). Les troubles psychiatriques les plus fréquemment observés sont les états dépressifs et les troubles anxieux et d'adaptation (1). En ce qui concerne les approches psychodynamiques auprès de patients atteints de cancer, il manque des études évaluant l'effet de ces thérapies. L'objectif de ce travail de master est d'investiguer une intervention psychothérapeutique d'inspiration psychodynamique effectuée auprès de patients nouvellement diagnostiqués de cancer.

Méthode. Basée sur la lecture de 20 rapports, une grille de lecture des thématiques abordées dans les interventions a été élaborée puis discutée en deux focus groups entre trois chercheurs. Pour l'analyse semi-quantitative, deux de ces chercheurs ont appliqué la grille d'analyse à tous les rapports (N=135) et ont ensuite confronté et discuté leurs classifications jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Résultats. Une liste de vingt thématiques classées dans deux catégories a été élaborée: 1) témoignage/demande de soutien et 2) introspection avec les sous-catégories 2.1) changement de fonctionnement psychologique et 2.2) modification du positionnement relationnel. La moitié (50,4%) des patients ont consulté pour témoigner ou demander un soutien, 27,4% pour un changement de fonctionnement psychologique et 9,6% pour une modification du positionnement relationnel; 12,6% des patients n'ont pas pu être classifiés. En général, les patients consultant pour témoigner ou demander un soutien sont légèrement plus âgés et présentent un stade de maladie plus avancé, et consultent en moyenne durant 4 à 5 séances. Les patients qui visent un changement de fonctionnement psychologique suivent une tendance inverse et consultent en moyenne durant 11 à 12 séances; ceux qui désirent une modification de leur positionnement relationnel sont également légèrement plus jeunes, avec un stade de maladie moins avancé, mais leur nombre de séances effectuées est très variable. Lorsque les patients effectuent un travail sur soi ou sur leurs relations, les sujets abordés ne sont que rarement centrés sur le cancer. Par contre, chez des patients qui consultent pour témoigner ou être soutenus, les angoisses liées au cancer sont plus souvent au coeur de l'intervention thérapeutique.

Discussion. Les rapports de psychothérapie de patients atteints de cancer rédigés dans le cadre d'une étude sont sujets à la subjectivité des thérapeutes et à leurs interprétations quant au processus thérapeutique. Et il en va de même pour l'analyse que les chercheurs en font. Néanmoins, les résultats montrent qu'une grande variété de thématiques sont abordées durant les thérapies et que "l'évènement cancer" n'est pas toujours au centre des entretiens; avec certains patients les thérapeutes entament un travail plus conséquent en ce qui concerne sa durée et son contenu; travail qui va au-delà de "l'évènementiel". Les patients des différentes catégories identifiées se distinguent clairement quant à leur désir d'approfondir un travail thérapeutique, quant aux objectifs qu'ils souhaitent atteindre et quant au type d'intervention psychothérapeutique dont ils ont besoin.

Conclusion. Les approches psychothérapeutiques pour les patients atteints de cancer demandent du thérapeute une grande souplesse, afin de s'adapter à la demande et aux capacités d'élaboration des patients. Une clarification rapide de ces deux paramètres dans les premières séances devrait faire partie intégrante de la prise en charge.

Mots clés

Psycho-oncologie, psychothérapie psychodynamique, cancer, psychiatrie

Introduction

Souffrance psychique chez les patients atteints de cancer

La maladie cancéreuse et ses traitements ont un impact sur le corps, mais aussi sur la psyché et la vie sociale du patient. Malgré la difficulté de "mesurer" l'impact de la maladie oncologique sur le plan psychique, des études ont été réalisées, dont les résultats varient, entre autres, à cause des diverses méthodes utilisées (mesures psychométriques, diagnostics psychiatriques, entretiens structurés, études qualitatives). On constate à travers cette lecture qu'une détresse psychique, définie ici comme un diagnostic psychiatrique, touche entre 30 et 50% des patients atteints de cancer (1–5). Les troubles psychiatriques les plus fréquemment observés sont les états dépressifs et les troubles anxieux et d'adaptation (1), avec la dépression majeure ou l'anxiété généralisée touchant 12 à 16% des patients (6–8). Alors que quelques revues de la littérature relèvent des chiffres similaires (9–12), une étude néerlandaise de 1997 qui tenait compte des études réalisées entre 1980 et 1994 (N=58), ne trouve pas de différences significatives entre patients atteints de cancer et la population générale, sauf pour la dépression qui est plus élevée chez les patients atteints de cancer (13).

Réponses à la souffrance psychique

La littérature décrit de nombreux types d'interventions psychothérapeutiques en milieu oncologique: counseling, hypnose, thérapies cognitivo-comportementales ou systémiques, thérapies individuelles ou de groupe, imagerie guidée, art ou musico-thérapie, exercices de relaxation ou méditation (14). On peut classer cette littérature selon le type d'intervention, le diagnostic de cancer, le trouble psychique ciblé ou d'autres variables: parmi les types d'intervention figurent le plus souvent les thérapies cognitivo-comportementales, parmi les diagnostics le cancer du sein, et parmi les troubles psychiques la dépression et l'anxiété; relativement peu d'études se penchent sur les psychothérapies d'orientation psychodynamique (14).

Quelques revues rapportent des bénéfices des interventions psychologiques chez les patients cancéreux (15,16), précisément concernant l'anxiété, la dépression, la qualité de vie (17–19), les douleurs et les coûts des traitements oncologiques (20). Une revue anglaise (21) a sélectionné 155 études randomisées contrôlées évaluant l'efficacité des psychothérapies chez les patients atteints de cancer: évaluées selon les recommandations du Cochrane Collaboration Handbook, leur qualité méthodologique a été jugée pauvre avec une seule étude atteignant le seuil de bonne qualité. Une revue américaine (22) se penchant sur 36 revues de la littérature évaluant l'efficacité des interventions psychologiques sur la détresse des patients cancéreux remet en cause la qualité même de ces revues, auxquelles on reproche le fait d'être plus narratives que systématiques; les revues de meilleure qualité montrent une efficacité sur la détresse psychique non conclusive, donc non convaincante, comme illustré par la citation suivante: "The more rigorous the review, the less likely it is to conclude there is evidence that psychological interventions are effective".

Deux méta-analyses et une revue systématique (23–25) rapportent un impact positif des thérapies cognitivo-comportementales sur la douleur et la détresse chez les patients oncologiques, et une méta-analyse (26) sur l'anxiété, la dépression, les nausées et vomissements. En ce qui concerne l'hypnose, trois revues de la littérature et un article (27–30) décrivent un bénéfice sur certains effets secondaires des traitements oncologiques et sur d'autres symptômes, mais une autre revue (31) constate une mauvaise qualité des études et ne se prononce donc pas sur l'efficacité de l'hypnose. Les bienfaits de la méditation (32) et de la musico-thérapie (33) ont aussi été décrits.

Par rapport au diagnostic psychiatrique, les revues relèvent l'efficacité d'interventions psycho-éducatives (34), de l'aromathérapie (35) et de la combinaison d'antidépresseurs et de psychothérapies (36–40) sur les états dépressifs chez les patients atteints de cancer.

Mais d'autres revues (41–44) émettent un doute sur la fiabilité des études soit à cause du manque de répliquabilité, soit d'imprécisions concernant la définition de la dépression, soit encore à cause du nombre limité d'études randomisées et contrôlées et de problèmes méthodologiques.

En ce qui concerne le type de cancer, la Cochrane Collaboration a analysé les résultats de 5 études portant sur des interventions de groupe chez des femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique: deux utilisaient des interventions cognitivo-comportementales et trois des thérapies "supportive-expressive"; l'évidence du bénéfice semble très limitée, en raison de la possibilité qu'il y ait des bénéfices à court terme qui ne sont pas maintenus dans la durée, et qui sont sans influence significative sur la survie (45).

En résumé, la plupart des revues soulignent que les études relèvent souvent une efficacité significative des psychothérapies ou autres interventions sur l'amélioration de l'état psychique ou de la qualité de vie, mais que ces résultats sont peu fiables car leur méthodologie est discutable.

La psychothérapie psychodynamique

La psychothérapie psychodynamique s'inspire des théories de la psychanalyse, mais se pratique de manière plus souple, par exemple par rapport à la technique, la position couchée du patient ou la régularité temporelle des rendez-vous. Ce qui est spécifique à ce type de psychothérapie est la recherche d'une compréhension de la fonction et du sens du symptôme psychique, qui résulte du développement et des événements de vie. Les thérapeutes travaillent sur les conflits intrapsychiques, les mécanismes de défense, l'inconscient, la relation de transfert, l'association libre et d'autres éléments, comme le rêve.

Edmond Gilliéron (46) décrit l'évolution de la psychanalyse vers les psychothérapies brèves d'inspiration psychodynamique et d'autres techniques; il explique que les psychanalyses se prolongeant de plus en plus et faisant face à une demande croissante, des thérapies plus courtes sont apparues. De plus en plus, cliniciens et chercheurs se sont alors penchés sur le développement et l'étude de techniques modifiées avec comme conséquence l'émergence de thérapies se focalisant surtout sur la relation en tant qu'outil thérapeutique avec un psychothérapeute devenant plus actif, se centrant sur les problèmes réels et les expériences actuelles du patient.

LA PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE EN PSYCHIATRIE DE LIAISON

On comprend aisément qu'une intervention psychothérapeutique en milieu somatique doit s'adapter aux besoins et possibilités des patients, raison pour laquelle la thérapie psychodynamique, une modification de la psychanalyse classique, décrite ci-dessus, est sujette à des modifications en fonction du contexte. Ludwig et al. (47) décrivent les particularités de la psychothérapie auprès du patient souffrant d'une maladie somatique; en raison des aléas de l'évolution de la maladie et des traitements, le psychothérapeute doit être flexible quant à la fréquence, le cadre et les objectifs de la thérapie et doit être attentif à la situation réelle du patient, aux relations avec les soignants et aux raisons de la consultation. Pour s'adapter à ce qu'il vit, il importe au patient de découvrir et comprendre, avec le thérapeute, comment il rencontre la maladie selon l'éclairage de sa biographie et de son univers relationnel. A titre exemplaire, Ludwig et al. décrivent deux variantes de la thérapie psychodynamique utilisées en psychiatrie de liaison: le "Moi auxilliaire" et le "psychodynamic life narrative". La technique du "Moi auxilliaire" consiste en un soutien s'inspirant des études sur la relation mère-enfant et permet au patient de se développer et passer d'une relation de dépendance à son individuation; le thérapeute part du vécu du patient, l'aide à intégrer peu à peu ses sentiments en les nommant et au fil des rencontres, essaie d'amener le patient à une compréhension de son vécu psychique face à la maladie. Cette technique est, par exemple, utile pour traiter des patients souffrant de douleurs chroniques et montrant des difficultés d'introspection. Le "psychodynamic life narrative" est décrite de manière détaillée sous "Cadre de l'intervention psycho-oncologique (4 premières séances)".

LA PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE EN ONCOLOGIE

En ce qui concerne les approches psychodynamiques auprès des patients atteints de cancer, il existe quelques livres (48,49), quelques articles réflexifs (50–55) et très peu d'études (56,57).

N. Straker (50), décrit diverses phases de défis psychiques selon le stade du cancer. Dans la phase diagnostique, par exemple, le patient doit faire face à des pertes (son indépendance, son contrôle, son attractivité ou ses revenus professionnels); d'autres préoccupations sont liées à la prise de conscience de la finitude et des questions existentielles. Certains patients attribuent l'hygiène de vie à l'origine du cancer, vivent la maladie comme une atteinte narcissique, ou posent la question du sens et donc interrogent le rapport du sujet à son destin.

N. Bendrihen (58) décrit comment le patient oncologique, face aux pertes, peut réagir par un travail de deuil ou une dépression qui serait liée à une perte que le patient ignore souvent. A. Perpère et al. (51) mettent en avant la possible réactivation d'anciennes blessures par la maladie cancéreuse et conseillent de les prendre en compte dans le processus thérapeutique. S.Pucheu (52) souligne l'importance de l'adaptation à la crise, du vécu de la crainte de la mort et du respect des mécanismes de défense.

On retrouve l'importance de la narration dans un article de B. Verdu, et al. (53), qui considèrent qu'il s'agit d'amener les patients à retrouver une permanence de soi, et d'intégrer la maladie dans leur histoire de vie.

Dans deux études de cas mettant en avant l'utilité de l'analyse du transfert (54,55), les auteurs démontrent la valeur de la théorie psychanalytique pour la prise en charge psychothérapeutique des patients cancéreux. Les deux articles soutiennent que la psychothérapie ne se focalise pas sur le cancer, mais plutôt sur la vie, le fonctionnement psychique et la relation des patients avec le thérapeute.

Pour faire une synthèse des éléments clefs de la psychothérapie psychodynamique chez les patients oncologiques: le thérapeute doit être flexible tenant compte des autres acteurs auprès de son patient, de l'évolution de sa maladie et des changements nécessaires du cadre; la narration de la biographie du patient est primordiale pour l'élaboration du sens autour du vécu de la maladie; une recherche active des pertes (réactualisées) est nécessaire; une attention particulière doit être portée aux défenses des patients qui sont parfois confrontées et parfois renforcées selon la situation et l'évolution de la maladie.

En ce qui concerne la recherche, des interventions de crise et des psychothérapies à court et à long terme se basant sur des principes psychodynamiques ont été évaluées auprès de patients atteints de cancer. Une première étude (56), basée sur l'analyse qualitative de séances hebdomadaires de supervision, conclut que des modifications des interventions ainsi qu'une aide plus structurée sont nécessaires pour empêcher de trop fortes régressions et l'envahissement par l'anxiété et le désespoir chez ces patients; les investigateurs proposent d'ajouter à la psychothérapie des techniques de relaxation, de l'imagerie guidée et du dessin. Une autre étude (57) combinant quinze séances de psychothérapie psychodynamique individuelles avec deux séances d'imagerie guidée par rêve éveillé, montre que ce type d'approche active les processus primaires de mentalisation (plus proches du principe de plaisir, de la fantaisie, que de celui de réalité) et diminue l'anxiété en augmentant l'activité référentielle (capacité du sujet à penser son expérience et à l'exprimer).

En conclusion, on trouve dans la littérature sur les psychothérapies psychodynamiques en oncologie surtout des travaux conceptuels et il manque (comme c'est le cas pour d'autres approches psychothérapeutiques en milieu oncologique) des études évaluant l'effet de ces thérapies.

Contexte du travail de master

Objectifs et hypothèses

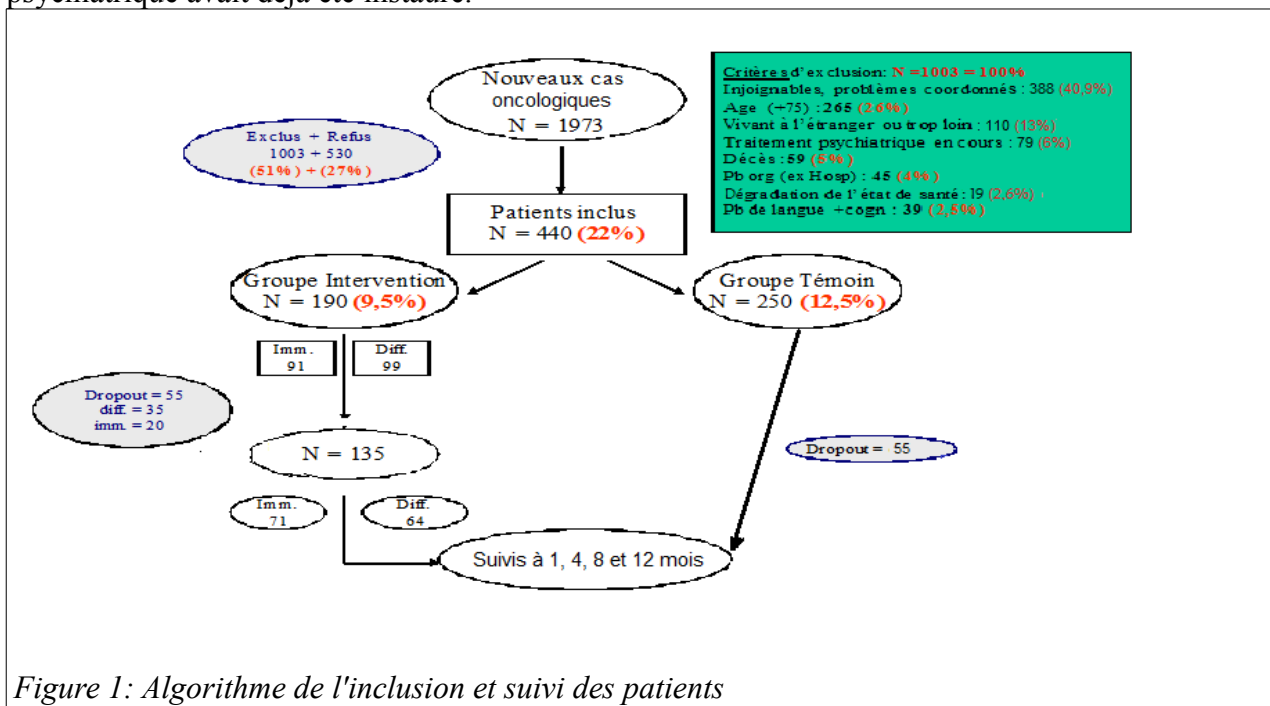
- ⤴ L'objectif de ce travail de master est d'investiguer la nature du travail psychothérapeutique d'inspiration psychodynamique effectué auprès de patients atteints de cancer.
- ⤴ L'hypothèse est que la maladie cancéreuse (élément de réalité) ne prend pas toute la place dans ce travail et que les sujets abordés avec les patients sont très divers.

Population étudiée

Dans le cadre d'une étude (59) ayant eu lieu entre novembre 2006 et juillet 2009, tous les patients pris récemment en charge par le Centre Coordonné d'Oncologie (CCO) du CHUV ont été invités à bénéficier d'un soutien psychologique. Les patients qui ont accepté de participer à l'étude ont été répartis de manière randomisée dans un groupe d'intervention psychothérapeutique immédiate et un groupe d'intervention différée (qui a débuté quatre mois plus tard); ceux qui n'ont pas souhaité de soutien mais qui étaient d'accord de participer à l'étude ont été inclus dans un groupe d'observation. Le groupe d'intervention différée a été prévu en tant que groupe contrôle, tandis que le groupe d'observation a permis de suivre l'évolution psychique des patients sans intervention. Dans les deux groupes d'intervention, les patients ont décidé après 4 séances, avec leurs thérapeutes, de compléter ou pas ce travail par une psychothérapie brève d'inspiration psychodynamique de 12 séances supplémentaires.

Les buts de l'étude ont été d'évaluer l'efficacité (efficacité dans des conditions réelles) d'une telle intervention chez des patients avec un diagnostic récent de cancer, d'identifier les profils des patients désirant ce soutien et de comparer les résultats du groupe d'intervention avec ceux du groupe d'observation.

Les patients inclus devaient avoir entre 18 et 75 ans, une bonne compréhension du français, être suivis par le CCO depuis moins de 4 mois et avoir signé le consentement éclairé; ils ont été exclus en cas d'attente cognitive ou de toute autre condition ne permettant pas de consentir ou de récolter des données et lorsqu'ils nécessitaient un traitement psychiatrique d'urgence ou si un traitement psychiatrique avait déjà été instauré.



Parmi 1973 nouveaux patients, 1003 (51%) ont été exclus de l'étude, 530 (27%) ont refusé d'y participer et 440 (22%) ont été inclus, dont 250 dans le groupe témoin, 91 dans le groupe de traitement immédiat et 99 dans le groupe de traitement différé. Comme 55 patients du groupe intervention sont sortis de l'étude (drop outs) et autant du groupe témoin, 135 patients dans les groupes d'intervention et 195 dans le groupe d'observation ont terminé l'étude (voir figure 1).

Pour évaluer l'efficacité des interventions, tous les patients ont répondu à des questionnaires psychométriques (la Symptom Check-List SCL-90R, le Hospital Anxiety and Depression Scale HADS, la Toronto Alexithymia Scale TAS, et le quality of life questionnaire QLQ-C30) lors de l'inclusion, puis à 4, 16, 32 et 52 semaines. Des données habituelles d'ordre socio-démographique, médical et psychiatrique (âge, sexe, niveau social et professionnel, stade et durée de la maladie, traitements, diagnostics psychiatriques) ont également été récoltées. A la fin de l'intervention, un rapport a été établi pour chaque patient.

Ces rapports ont été rédigés comme des rapports psychiatriques standards de fin de prise en charge. Ils contenaient le motif d'intervention, l'anamnèse et le status psychiatrique du patient, ainsi qu'une discussion.

L'intervention psycho-oncologique (1-4 séances)

Les objectifs généraux de l'intervention psycho-oncologique ont été "de mettre en perspective la manière dont les patients vivent leur maladie, de percevoir des liens entre passé et présent, entre émotion et pensée et entre état psychologique et difficulté interpersonnelle, de faciliter l'expression émotionnelle et d'offrir un environnement contenant" (60). Les quatre premières séances de l'intervention ont été inspirées des travaux de Milton Viederman et d'Edmond Gilliéron.

M. Viederman (61,62) a développé une intervention de psychothérapie psychodynamique, dans laquelle le thérapeute est beaucoup plus actif que d'habitude, ayant comme but de réussir à engager le patient dans le processus thérapeutique. Le psychothérapeute est encouragé à restituer au patient ce qu'il a compris de son récit et de son vécu émotionnel, afin de renforcer l'alliance thérapeutique et de sortir le patient du sentiment de solitude. En validant la légitimité des émotions ou de la réaction du patient et en les liant avec son développement ou son histoire de vie, le patient est amené à mieux comprendre sa manière de rencontrer la maladie et à trouver ainsi du sens à son vécu. Dans cette intervention, nommée "the psychodynamic life narrative", le psychothérapeute relève au patient une réaction face à la maladie qui l'étonne ou l'interroge puis demande au patient de lui parler de son développement et ses événements de vie, en l'encourageant à faire des liens entre son vécu actuel et passé. L'interprétation par le thérapeute porte sur des éléments conscients ou pré-conscients, et vise à diminuer l'anxiété et à clarifier le vécu du patient en utilisant les éléments importants de sa trajectoire de vie. En d'autres mots, le "psychodynamic life narrative" donne un sens à la réaction face à l'évènement actuel (la maladie), la considérant comme une conséquence compréhensible du développement psychique du patient plutôt que comme une conséquence inévitable de l'évènement.

Selon E. Gilliéron (46,63), le psychothérapeute doit se concentrer, dans les premières séances, sur le diagnostic du fonctionnement psychique du patient et l'hypothèse étiologique, tous deux déterminants pour la stratégie thérapeutique. Le diagnostic du fonctionnement psychique ne se base pas uniquement sur l'anamnèse et les symptômes du patient, mais aussi sur le type de relation que cherche à établir le patient avec son psychothérapeute. E. Gilliéron postule que le patient vivant une crise est soumis à une répétition de son mode de relation habituel avec le thérapeute; afin que cette relation puisse se développer, le psychothérapeute doit faire attention à sa propre réaction émotionnelle et identifier comment le patient lui fournit des informations. En ce qui concerne l'hypothèse étiologique de la crise, E. Gilliéron conseille de la formuler comme étant le résultat d'un déséquilibre psychologique lié à un évènement et dépendant du fonctionnement psychique du

patient.

A partir de ces réflexions, E.Gilliéron a développé une investigation psychodynamique brève (IPB), constituée de quatre séances, suivie d'une négociation entre patient et psychothérapeute pour décider d'une prolongation des entretiens vers une psychothérapie dont la durée est déterminée.

Le concept des quatre premières séances de cette étude est inspiré des travaux de ces deux psychiatres puisqu'il met l'accent sur le diagnostic du fonctionnement psychique et l'hypothèse étiologique quant aux symptômes présentés tout en investiguant simultanément le développement et les événements de vie, afin d'arriver à une meilleure compréhension de la réaction actuelle du patient face à sa maladie et à une alliance thérapeutique solide.

La psychothérapie psychodynamique brève (5-16 séances)

Pour les patients désirant entamer un processus thérapeutique plus conséquent, une psychothérapie psychodynamique brève selon les modèles de Habib Davanloo et James Mann a été proposée.

E. Gilliéron ((46), p.123) résume les éléments clefs des "psychothérapies dynamiques à court terme (PDCT)" de Davanloo: une thérapie d'une durée de maximum 30 séances, en face à face, fondée sur la motivation du patient et la mise en évidence d'un conflit majeur, un travail centré sur ce conflit et une attitude active et confrontante du thérapeute.

James Mann (64) considère qu'une psychothérapie limitée dans le temps avec une date de fin fixée dès le départ confronte le patient à la séparation future de son thérapeute et provoque ainsi des réactions conflictuelles et de résistance, mais en même temps le motive et le mobilise afin qu'il s'engage dans un processus thérapeutique. Selon J. Mann, les premières rencontres servent à formuler le conflit central du patient et une hypothèse diagnostique. Pour identifier le conflit central, J. Mann utilise la méthode développée par Felix Deutsch (65,66) de "l'anamnèse associative", qui est basée sur le concept de l'association libre de la psychanalyse: le thérapeute, lors de l'anamnèse, centre son attention sur certains mots (exprimant souvent des émotions) et le comportement les accompagnant, ainsi que leurs moments d'apparition. Cette observation est ensuite rapportée au patient qui est informé de l'objectif thérapeutique. Afin de renforcer l'alliance thérapeutique, le conflit central est formulé sous la forme d'un constat général de la compréhension du thérapeute de la souffrance du patient. L'accord du patient est explicitement demandé, ce qui l'engage dans la thérapie. Pour J. Mann (64) les conflits centraux universels qui peuvent être retrouvés chez un patient sont "l'indépendance versus la dépendance, l'action versus la passivité, une estime de soi adéquate versus diminuée ou perdue et une peine différée ou non résolue." Ces conflits sont liés au processus de la phase de "séparation-individuation" qui, lorsqu'il se passe bien, permet de faire face aux pertes rencontrées dans la vie et à l'anxiété de séparation.

Lors des 12 séances supplémentaires, les thérapeutes continuent donc le travail amorcé avec leurs patients lors des premières séances en (i) les amenant à une introspection plus profonde, ou (ii) les soutenant sans confrontation si l'introspection s'avère trop déstabilisante ou en (iii) utilisant les deux approches tout au long du processus thérapeutique.

Méthode

Les rapports

Les rapports utilisés dans cette étude ont été rédigés à des fins cliniques, sans question de recherche préalablement définie. Le contenu est sous forme de texte (et non sous forme de verbatim retranscrit), produit par des thérapeutes, sur la base d'un travail réflexif supervisé par un thérapeute expérimenté. La forme des rapports est celle qui est communément adoptée par les collaborateurs du Service de Psychiatrie de Liaison pour les fins de psychothérapies, contenant le motif de consultation, l'anamnèse et le status psychiatrique du patient, ainsi qu'une discussion.

Ces rapports présentent différentes spécificités dont il est important de tenir compte: ils condensent des contenus de natures différentes, c'est-à-dire un texte qui par exemple rapporte les propos du patient (narration, problème et demande tels que le patient les a formulés), la compréhension de la situation par le thérapeute (fonctionnement, problématique, psychopathologie du patient), ou le processus et l'issue du travail psychothérapeutique (travail d'élaboration, de compréhension, de changement). Ces différents aspects sont difficiles à dissocier, car chaque rapport n'aborde pas de façon systématique les mêmes aspects du travail thérapeutique et pas sous la même forme. Par exemple, la demande initiale du patient n'est pas rapportée telle qu'il l'a formulée ou le fonctionnement du patient et/ou sa psychopathologie ne sont pas explicités dans la discussion mais apparaissent de façon implicite dans l'anamnèse. L'hétérogénéité des rapports est donc due au manque de directives quant à la forme de la rédaction et au fait qu'ils ont été rédigés par trois auteurs, supervisés par des cadres différents.

La méthode d'analyse

La forme du matériel à investiguer s'apparente à celle décrite dans les études qualitatives comme l'ethnographie ou la Grounded theory. Ces méthodes (67,68) sont surtout utilisées pour des études sociales, en sciences humaines, et peuvent porter sur des matériaux très divers; il peut s'agir, par exemple, de prise de notes lors d'entretiens semi-directifs ou d'enregistrement de rencontres en "table ronde". Ils ont une approche de découverte et de description des observations faites sur le terrain (67), qui serviront à l'élaboration d'une théorie ou d'un constat. L'unité de base est le concept (ou thématique); en regroupant les concepts, des catégories conceptuelles ressortent. Ces catégories sont remaniées jusqu'à saturation, c'est à dire jusqu'aucune nouvelle catégorie ne vienne les contredire, et servent à la formulation d'interprétations, d'un modèle descriptif ou d'une théorie (68). Dans le cadre de cette étude, les quatre chapitres (motif de la consultation, anamnèse, status, discussion) des rapports sont envisagés comme quatre questions ouvertes auxquelles trois thérapeutes ont répondu de façon relativement codifiée avec l'aide d'un superviseur.

Comme les rapports ont été rédigés par un thérapeute au sujet de la thérapie d'un patient donné, l'étude pourrait porter sur les thérapeutes et leur compréhension de la nature du travail psychothérapeutique effectué avec les patients. Etant donné que l'idée d'investiguer la nature du travail psychothérapeutique n'a émergé qu'à la fin de l'étude, on a considéré qu'il serait préférable d'utiliser le contenu de l'ensemble des rapports afin d'investiguer ce sujet.

En l'absence de recherches décrites dans la littérature ayant analysé ce type de matériel, une méthode d'analyse semi-quantitative a été développée en s'inspirant des méthodes existantes dans ce champ d'étude (67,68).

Les thématiques extraites du matériel ont été regroupées selon leur similarité dans des catégories, qui servent de base pour décrire la nature du travail psychothérapeutique effectué. Cette approche contient certaines limites. La qualité des rapports est très hétérogène (certains ne contiennent par exemple qu'un paragraphe et d'autres deux pages ainsi qu'un second rapport final) et leur rédaction manque de neutralité, car le travail effectué est interprété par l'auteur et il est difficile de différencier ce qui a vraiment été fait de ce qui relève des ambitions du thérapeute. En ce qui concerne l'analyse, elle est sujette à l'interprétation des chercheurs même si une méthode de consensus entre chercheurs a été adoptée.

PREMIÈRE ÉTAPE : MISE EN ÉVIDENCE DES THÉMATIQUES

Le travail initial destiné à extraire des thématiques et des catégories du contenu a été réalisé par trois investigateurs : un psychiatre et une psychologue tous deux détenteurs d'une formation de psychothérapeute, ainsi que d'une étudiante en médecine.

- ♦ Chaque chercheur a lu 20 rapports pour en extraire une liste de thématiques identifiées.
- ♦ Dans le cadre d'un premier focus group, les trois chercheurs ont confronté leur liste de thématiques afin de garder les plus pertinentes et de s'accorder sur leur intitulé; au final, 20 thématiques ont été retenues.

DEUXIÈME ÉTAPE : VALIDATION DES THÉMATIQUES ET CATÉGORISATION

- ♦ Les chercheurs ont ensuite utilisé la liste des thématiques, réalisée dans le cadre du premier focus group, pour analyser à nouveau les mêmes rapports.
- ♦ Dans un deuxième focus group, les 20 thématiques ont été confirmées et classées en 3 catégories principales qui ont ensuite été regroupées en 2 catégories, avec pour la deuxième, deux sous-catégories (voir Tableau 1). Ce regroupement a été décidé en raison de la différence entre les thématiques de la catégorie 1 (témoignage, demande de soutien) et celles de la catégorie 2.1 et 2.2 orientées vers un changement intrapsychique.

TROISIÈME ÉTAPE : LA MÉTHODE DE "CONSENSUS"

La grille d'analyse développée (sous forme de thématiques et de catégories) permet d'extraire des résultats quantifiables et donc d'en faire une analyse semi-quantitative en identifiant la fréquence d'apparition des thématiques et en comparant leur distribution selon le sexe, l'âge, le type de cancer, le stade de la maladie, et le nombre de séances effectuées par le patient.

Les deux chercheurs au bénéfice d'une formation de psychothérapeute ont mis en évidence, après avoir confronté leurs analyses indépendantes des 20 premiers rapports de l'étude, qu'il ne serait pas possible d'atteindre une fiabilité inter-juges satisfaisante concernant l'identification des thématiques. Il a donc été décidé d'utiliser une méthode de consensus (voir ci-dessous) pour identifier les thématiques figurant dans les rapports.

La méthode de consensus a été réalisée de la façon suivante : Les deux chercheurs ont sélectionné individuellement les thématiques de la grille d'analyse correspondant le mieux au contenu d'un rapport donné. Après une mise en commun des thématiques identifiées pour chaque rapport, elles ont été discutées jusqu'à ce qu'un consensus soit obtenu. L'ensemble des rapports a été ainsi analysé par les deux chercheurs et les thématiques sélectionnées ont été introduites dans la base de données déjà existante, établie par l'étude.

Il a été décidé de considérer trois entités: "la Catégorie 1, la sous-catégorie 2.1 et la sous-catégorie 2.2", plutôt que deux (la catégorie 1 et la catégorie 2), car le nombre de thématiques spécifiques à chaque (sous-)catégorie aurait été disproportionné (respectivement 6,8 et 6). Sur la base du nombre de thématiques identifiées dans chaque catégorie ou sous-catégorie, une catégorie ou sous-catégorie principale pour chaque patient a été définie. Certains patients n'ont pas pu être catégorisés, se trouvant en proportions égales dans deux catégories ou sous-catégories.

Par exemple, si on sélectionnait pour un patient donné quatre thématiques de la catégorie 1, trois de la sous-catégorie 2.1 et trois de la sous-catégorie 2.2, le patient était classé dans la catégorie principale 1, même si le total des sous-catégories 2.1 et 2.2 donnait un nombre plus élevé.

Le programme informatique SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) a été utilisé pour réaliser les calculs et graphiques.

Résultats

La grille d'analyse

Une liste de 20 thématiques a été extraite des rapports, classifiées dans deux catégories, et deux sous-catégories de la catégorie 2.

Tableau 1: Catégories, sous-catégories et thématiques identifiées (N=135 rapports)

1. Témoignage/ demande de soutien

1. Angoisses liées à la maladie
2. Témoignage/ besoin d'être entendu
3. Sortir de l'isolement/ du repli sur soi/ de la solitude
4. Soutien des ressources personnelles ("tenir bon")
5. Recherche de moyens de se ressourcer
6. Demande de traitement médicamenteux

2. Introspection

2.1. Changement de fonctionnement psychique

7. Travail d'élaboration face à la réactualisation du passé
8. Assouplir un mode de fonctionnement trop rigide
9. Acceptation de la vulnérabilité, des limites
10. Recherche des causes de la maladie
11. Elaboration de sens autour de la maladie
12. Travail sur les pertes/ deuils/ renoncements/ ruptures/ séparations
13. Réflexion sur l'amélioration de la qualité de vie/ aménagements
14. Développement de stratégies de "coping"

2.2. Modification du positionnement relationnel

15. Prendre soin de soi, moins des autres
16. Apprendre à poser des limites
17. Difficultés relationnelles/ communicationnelles
18. Développement de la capacité à demander de l'aide
19. Redéfinition des rôles
20. Autonomisation/ affirmation de soi

L'analyse des rapports

DESCRIPTION DES CATÉGORIES ET EXEMPLES DE THÉMATIQUES

Catégorie 1 : témoignage/ demande de soutien

Dans cette catégorie, le cadre thérapeutique est utilisé comme un espace d'expression et un lieu de soutien. Les thématiques qui y figurent décrivent des besoins de nature régressive, appelant un soutien de type maternant, ou indiquent un besoin de témoigner de leur expérience de la maladie chez certains comme l'expression d'un besoin de reconnaissance et de valorisation. Les patients classés dans cette catégorie n'ont pas le désir de faire un travail sur soi en vue d'un changement intérieur. Un exemple d'une thématique figurant dans cette catégorie est décrite à titre illustratif ci-dessous.

Exemple thématique 2 : témoignage/ besoin d'être entendu

Dans cette thématique, les patients consultent pour être écoutés et/ou s'exprimer; certains souhaitent ainsi être reconnus et valorisés. Le besoin de reconnaissance apparaît sous diverses formes. Par exemple: "La demande de la patiente est d'avoir un espace neutre, hors de la famille, pour pouvoir parler de sa situation". D'autres disent vouloir participer à l'étude dans le but que leur témoignage serve la science: "Le patient consulte non pas par intérêt personnel, mais plutôt par intérêt pour la recherche. Il dit se sentir parfaitement bien et tient en fait à témoigner de son parcours pour aider les autres malades." Plusieurs patients viennent se plaindre, utilisant l'espace thérapeutique comme un lieu d'étayage où leur souffrance peut alors être reconnue: "Monsieur ne fait pas la demande d'un soutien psychologique particulier, mais tient à nous rencontrer afin d'exprimer ses griefs envers le système de santé, notamment par rapport à la prise en charge des patients oncologiques."

Sous-catégorie 2.1. : changement de fonctionnement psychique

Cette sous-catégorie fait référence à une demande de travail sur soi. Celle-ci peut être motivée par un désir de changement du fonctionnement psychique, avec pour certains un espoir de changement de leur vie, parfois parce que la maladie a réactualisé des problèmes anciens ou conflits internes ou mobilisé des mécanismes de défense inappropriés. Ce travail nécessite une capacité d'introspection et a pour but que le patient, par sa narration et l'interprétation que le psychothérapeute en fait, puisse trouver l'origine et le sens de son vécu actuel, ou puisse assouplir son fonctionnement, modifier ses mécanismes de défenses, renforcer ou développer ses stratégies pour faire face à la maladie. Les changements visés concernent la vie interne du patient, mais devraient également se traduire par un meilleur aménagement de la réalité externe. Un exemple d'une thématique figurant dans cette sous-catégorie est décrite ci-dessous.

Exemple thématique 7: travail d'élaboration face à la réactualisation du passé

Lorsque la maladie fait écho à des événements de vie passés, un travail d'élaboration consiste en premier lieu à comprendre les comportements et réactions actuels en faisant des liens avec le passé du patient. Par exemple; "Elle n'arrive cependant pas à se protéger de certaines émotions que la maladie fait resurgir de son passé et qu'elle revit maintenant avec encore plus d'intensité. De la même façon qu'elle a éprouvé un sentiment d'injustice par rapport à ses amis au moment où elle a perdu son père, elle estime qu'il n'est pas juste qu'elle ait ce cancer alors que d'autres femmes n'en ont pas. De plus, le fait d'avoir mené une vie saine la renforce dans son sentiment d'être pénalisée de façon injuste." Ou: "La survenue de la maladie a déclenché beaucoup de questions chez ce patient. Nous avons proposé au patient de focaliser

les prochains entretiens sur une meilleure compréhension de son fonctionnement psychique grâce à l'éclairage de son passé et d'évaluer avec lui, s'il a le souhait, d'entamer des petits changements dans sa vie...Il s'est confronté à sa problématique d'évitement de conflit par peur de perdre l'autre. Le patient a pu faire des petits changements dans son attitude envers sa compagne actuelle et ses enfants."

Sous-catégorie 2.2. : modification du positionnement relationnel

Comme dans la sous-catégorie 2.1., les patients de cette sous-catégorie expriment un désir de changement nécessitant également un travail sur soi. Mais dans cette sous-catégorie, faisant partie de la catégorie "Introspection", l'accent est mis sur les relations. On ne peut travailler sur son mode relationnel sans passer par un travail d'introspection, puisque le fonctionnement personnel détermine la façon dont un individu entre en relation. Dans cette sous-catégorie, se trouvent des patients qui ont un désir de changement d'attitude ou de positionnement vis à vis des autres ou qui souhaitent améliorer leur mode communicationnel. Un exemple de thématique de cette sous-catégorie suit.

Exemple thématique 19: redéfinition des rôles

Cette thématique est identifiée chez les patients qui souhaitent réfléchir sur ou redéfinir leur rôle dans la famille, le travail ou tout autre groupe auquel ils appartiennent, suite aux changements induits par la maladie (ou d'autres facteurs). Par exemple: "Après plusieurs mois d'arrêt maladie, elle a été licenciée par sa patronne. Elle a eu beaucoup de mal à accepter son congé se sentant remise en question dans sa valeur personnelle." Ou: "A ceci s'ajoute le sentiment de se percevoir comme une personne inutile et insuffisante si elle ne parvient pas à s'occuper de sa famille suite aux effets secondaires de la chimiothérapie." Ou: "Cette compréhension de son histoire lui a permis de redéfinir les rôles dans cette relation mère-fille et d'établir un lien plus mature et satisfaisant avec sa propre mère."

DESCRIPTION DES PATIENTS DANS LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES

Patients de la catégorie 1: témoignage/demande de soutien

Les patients classés dans cette catégorie consultent souvent pour peu de séances et n'expriment pas un désir de changement intérieur. Il est possible que le pourcentage de patients se trouvant dans cette catégorie soit plus élevé qu'en clinique, étant donné que les patients ont été recrutés de manière pro-active dans le cadre d'une étude. Certains patients de cette catégorie ne semblent pas savoir pourquoi ils consultent, ou n'arrivent pas à formuler une demande. Par exemple: "Ayant évité de parler aux autres de sa maladie au début, il arrive maintenant à échanger avec son entourage sur son vécu, ce qui le soulage. Ainsi, il n'a pas de demande particulière concernant un suivi, mais souhaiterait tout de même pouvoir bénéficier de trois ou quatre entretiens... Cependant, le patient ne viendra pas à la deuxième séance." Certains patients ont une demande mais celle-ci ne peut pas être verbalisée, comme le montre l'exemple suivant: "Le patient est un homme érudit. S'il parle beaucoup de toutes ses passions, il évoque au compte-goutte ses difficultés et inquiétudes. Il ne se plaint guère et montre de grandes ressources pour faire face à sa situation. Il a fini par exprimer, à la dernière séance, la façon dont il avait réalisé qu'il avait un cancer. Ainsi l'angoisse était là mais les mots pour le dire manquaient, et il a fallu longtemps respecter les défenses sublimatoires du patient pour lui permettre de partager ce souci." Le soutien thérapeutique consiste en une écoute attentive et des encouragements. Quelques patients ne viennent qu'une fois pour se rassurer et s'assurer de la disponibilité d'une aide en cas de crise: "Selon le dernier contrôle médical, la situation ne se serait pas péjorée. Il demande à pouvoir reprendre rendez-vous en cas de besoin. Il est venu chercher un étayage en cas de crise aiguë, sans vouloir entrer dans un suivi thérapeutique." Ou: "Le patient

souhaitait venir parler de sa situation une fois, sans mettre en place de suivi. Il estime s'adapter comme il peut à sa situation et ne se trouve pas en difficulté particulière. Il demande par contre à pouvoir me rappeler en cas de besoin. Le patient est un homme qui a toujours fonctionné de manière active et entrepreneuriale, cherchant sans cesse à dépasser ses limites. Il est probablement venu trouver une confirmation de son bon fonctionnement, tout en mettant en place un contact qui lui serve de garde-fou en cas de besoin." Il y a dans cette catégorie également des patients qui consultent de manière "préventive", afin de ne pas, selon leurs craintes, entrer dans une détresse psychologique: "Le patient formule la demande de venir parler de façon ponctuelle pour faire épisodiquement le point sur sa situation psychologique, en parallèle à ses bilans médicaux. Craignant un risque dépressif, il tient à surveiller son évolution." On note un retrait social chez une partie des patients de la catégorie 1; le thérapeute sert alors comme ancrage relationnel, codifié et doté d'un cadre défini. Les angoisses liées à la maladie sont souvent abordées dans cette catégorie, mais pas plus fréquemment que dans la deuxième catégorie; par contre, les angoisses apparaissent plus intenses: "Elle se présente affolée et bouleversée, sous le coup de l'annonce de son diagnostic et de la gravité de sa tumeur. Elle se sent angoissée et a tendance à ruminer."

Patients de la catégorie 2: introspection

Pour les patients se trouvant dans la catégorie 2, les angoisses liées au cancer ne sont qu'un sujet de discussion parmi d'autres. Les profils de ces patients sont décrits plus en détails, par les sous-catégories, ci-dessous.

Patients de la sous-catégorie 2.1: changement de fonctionnement psychique

La citation suivante illustre bien un type de travail thérapeutique réalisé avec les patients de cette catégorie: "Le patient se pose actuellement de nombreuses questions sur sa vie professionnelle et privée, la maladie étant venue faire un arrêt sur image. Il réalise son fonctionnement très actif et souhaite arrêter certaines activités (vers le début de la thérapie)... Il dit avec humour pouvoir s'autoriser maintenant à rester cinq minutes sur une terrasse de café à ne rien faire, et préférer le progrès à la perfection, ce qui montre un certain dégageant et changement dans son fonctionnement défensif (en fin de thérapie)." Les patients de cette catégorie montrent donc une certaine conscience de leur fonctionnement psychique et réalisent que les changements souhaités ne s'opéreront que par un travail sur soi. Le chemin vers un changement du fonctionnement psychique, un des buts de la psychothérapie, est illustré par le constat suivant: "La psychothérapie a débuté juste après une auto-greffe qui a entraîné une hospitalisation de trois semaines et dont la patiente est ressortie passablement affaiblie. Elle sentait alors un décalage entre son vécu de la maladie et celui de son entourage, décalage dans lequel elle a pu se différencier, s'autorisant une position réflexive, régressive par moments, centrée sur elle et sur ses ressentis, au lieu de recouvrir et d'être dans l'agir comme elle pouvait le faire auparavant. Elle a ainsi pu prendre véritablement conscience de sa maladie, s'approchant progressivement mieux de ses émotions qui étaient réprimées ou déplacées. Elle a donc fait une place à la souffrance psychique, au lieu de lutter contre, ce qui lui a permis de pouvoir mieux l'affronter." Bien que ce soient les thématiques de la catégorie 2.1 qui prédominent, le plus souvent une ou deux thématiques de la catégorie 2.2 (travail au niveau relationnel) sont aussi présentes; ceci s'explique par le fait que toute problématique intrapsychique se traduit également dans le lien avec autrui.

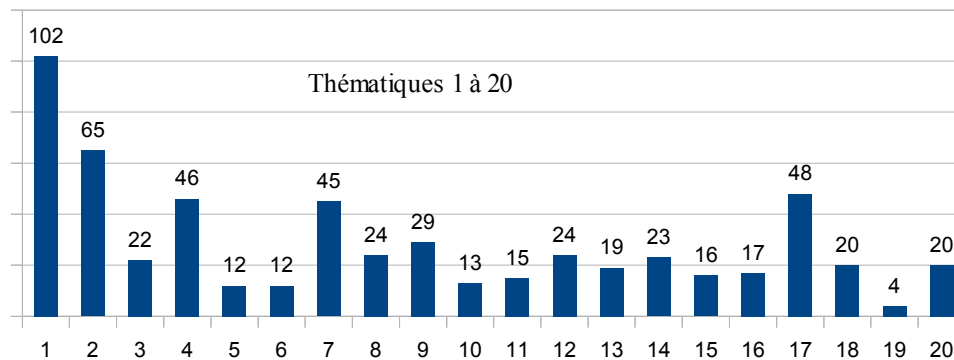
Patients de la sous-catégorie 2.2: modification du positionnement relationnel

Dans cette catégorie se trouvent souvent des patients en conflits avec autrui ou ayant des problèmes communicationnels, soit avec le corps médical, soit avec leurs proches ou leurs collègues de travail: "La patiente n'avait pas révélé sa maladie à son fils âgé de dix ans, qui commençait à manifester des troubles du comportement à l'école. Nous l'avons encouragée à lui parler en présence de son mari,

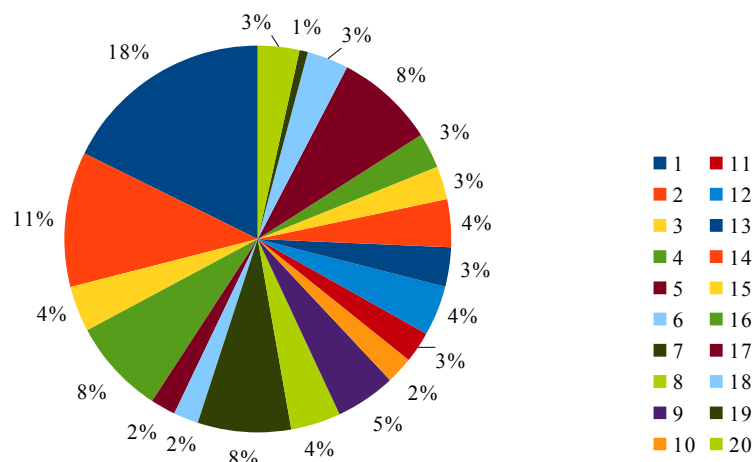
en l'aidant à trouver les mots qu'elle souhaitait utiliser, ce qui a levé une partie des tensions relationnelles familiales et permis à son fils de retrouver une certaine stabilité." Il y a aussi des patients qui cherchent à se repositionner vis à vis des autres, soit en prenant plus soin d'eux-mêmes, soit en posant des limites plus claires dans la relation, soit en s'affirmant plus: "Au fil de la psychothérapie, la patiente a réalisé qu'elle était souvent peu respectée dans ses besoins et qu'elle se mettait toujours en second plan par rapport aux autres. En banalisant la situation avec humour, elle ne posait pas de limites claires et explicites, entraînant ainsi la répétition de maltraitances. Grâce à cette prise de conscience, elle a pu apprendre à se positionner plus fermement auprès de son fils et de sa mère, et à mieux se protéger dans ses relations professionnelles et sentimentales." Ce désir de modification du positionnement relationnel peut émerger à cause de la maladie qui oblige les patients à changer certains aspects de leur construction relationnelle. Parfois cette conscience de devoir changer existait déjà préalablement.

Graphiques et tableaux

Graphique 1a: fréquence des thématiques identifiées sur 576

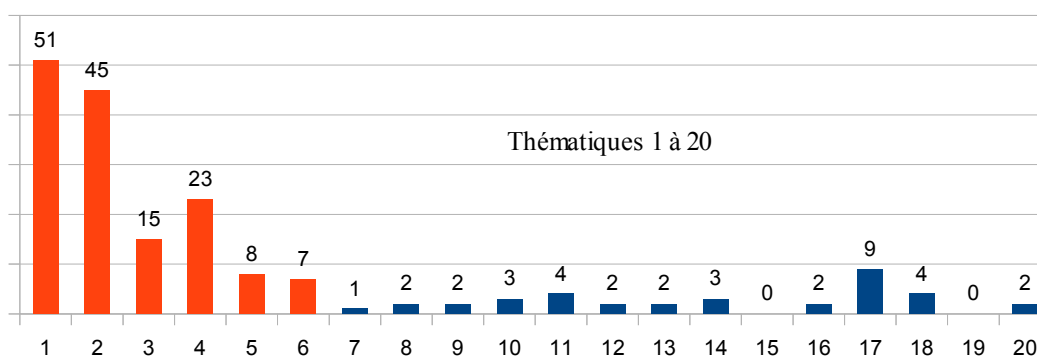


Graphique 1b: fréquence (en pourcentage) des thématiques identifiées sur 576

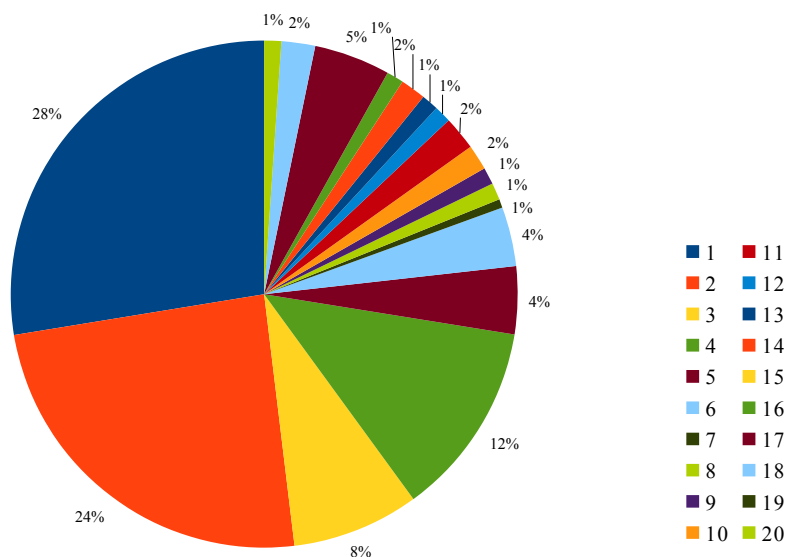


Parmi les 576 thématiques identifiées dans les 135 rapports, les deux thématiques les plus souvent sélectionnées se trouvent dans la catégorie 1. La thématique la plus souvent identifiée (N=102) est "angoisses liées à la maladie". Mais, étant donné que la somme de toutes les thématiques identifiées s'élève à 576, et la somme des thématiques liées au cancer (1, 10 et 11) à 130, on obtient un total de 446 thématiques non liées au cancer (77,4%). Il faut alors relativiser l'importance de la maladie comme contenu de la thérapie.

Graphique 2a: fréquence des thématiques parmi les patients de la catégorie 1 (185 thématiques identifiées au total)

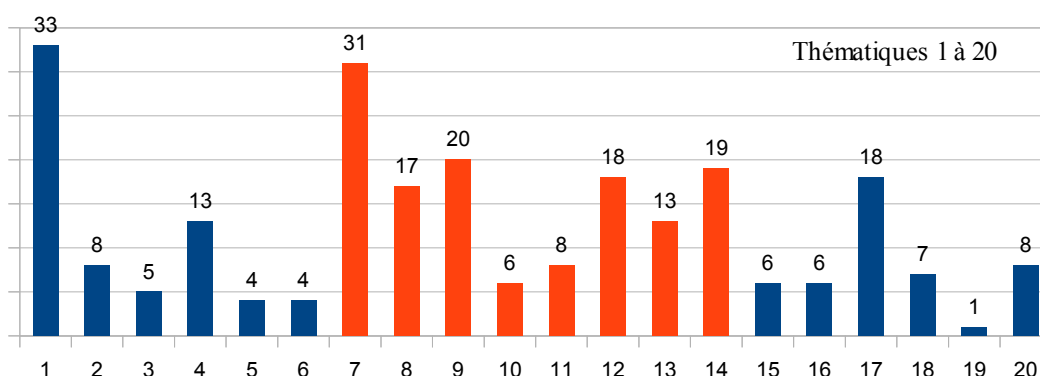


Graphique 2b: fréquence (en pourcentage) des thématiques parmi les patients de la catégorie 1 (185 thématiques identifiées au total)

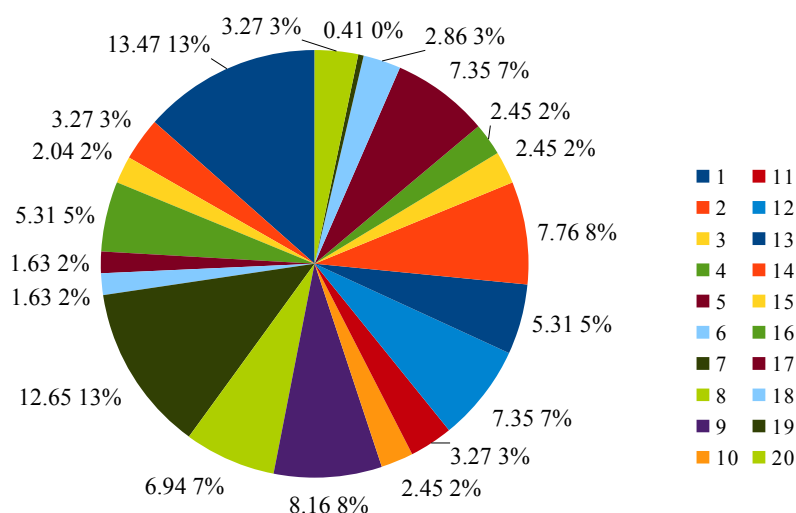


Chez les patients de la catégorie 1, les thématiques 1 et 2 rassemblent plus que la moitié des thématiques identifiées: "angoisses liées à la maladie" et "témoignage/besoin d'être entendu". Etant donné que les patients classifiés dans cette catégorie pouvaient également présenter simultanément des thématiques d'autres catégories, les graphiques contiennent toutes les thématiques possibles.

Graphique 3a: fréquence des thématiques parmi les patients de la sous-catégorie 2.1 (245 thématiques identifiées au total)

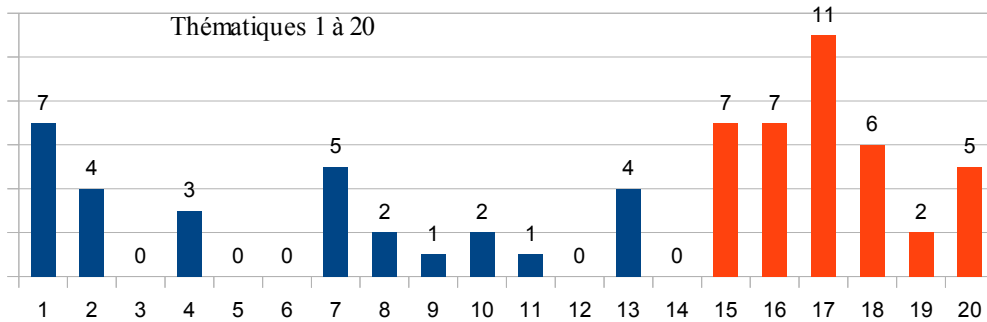


Graphique 3b: fréquence des thématiques (en pourcentage) parmi les patients de la sous-catégorie 2.1 (245 thématiques identifiées au total)

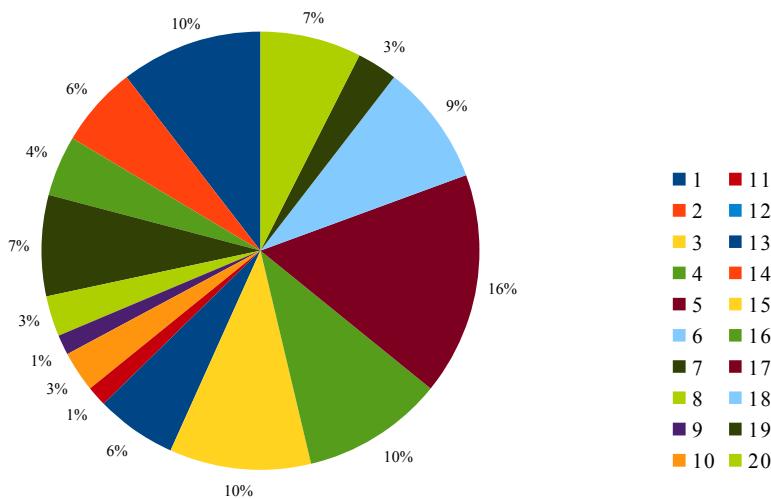


Les thématiques spécifiques à cette sous-catégorie (7 à 14) totalisent 53% de toutes les thématiques identifiées chez ces patients. Ils abordent des thématiques très variées, les angoisses liées à la maladie et le travail d'élaboration face à la réactualisation du passé étant les deux thématiques les plus fréquemment identifiées.

Graphique 4a: fréquence des thématiques
 parmi les patients de la sous-catégorie 2.2
 (67 thématiques identifiées au total)



Graphique 4b: fréquence des thématiques
 (en pourcentage) parmi les patients de la sous-catégorie 2.2
 (67 thématiques identifiées au total)



Les thématiques spécifiques à cette sous-catégorie (8 à 20) représentent 55% de toutes les thématiques identifiées chez ces patients.

La thématique la plus fréquente est celle des "difficultés relationnelles/ communicationnelles", "les angoisses liées à la maladie" est clairement moins fréquente que dans les graphiques précédents.

Les thématiques abordées sont, à nouveau, variées.

Tableau 2: fréquence des catégories

	Fréquence	Pourcentage
Catégorie 1	68	50.4
Sous-catégorie 2.1	37	27.4
Sous-catégorie 2.2	13	9.6
Pas de catégorie prédominante	17	12.6
Total	135	100.0

Ce tableau montre que la moitié (50,4%) des patients consultent pour témoigner ou demander un soutien et 37% entament un travail introspectif (27,4% dans le but d'un changement de fonctionnement psychique et 9,6% dans le but d'une modification du positionnement relationnel); 12,6% des patients n'ont pas été classés de manière prédominante dans une des catégories de la grille d'analyse.

Tableau 3: répartition hommes/femmes dans les catégories

			Sexe		Total
			H	F	
Categorie principale	Catégorie 1	Count	27	41	68
		% within categ_principal	39.7%	60.3%	100.0%
		% within Sexe	54.0%	48.2%	50.4%
Sous-catégorie 2.1		Count	12	25	37
		% within categ_principal	32.4%	67.6%	100.0%
		% within Sexe	24.0%	29.4%	27.4%
Sous-catégorie 2.2		Count	3	10	13
		% within categ_principal	23.1%	76.9%	100.0%
		% within Sexe	6.0%	11.8%	9.6%
Pas de catégorie prédominante		Count	8	9	17
		% within categ_principal	47.1%	52.9%	100.0%
		% within Sexe	16.0%	10.6%	12.6%
Total		Count	50	85	135
		% within categ_principal	37.0%	63.0%	100.0%
		% within Sexe	100.0%	100.0%	100.00%

Le tableau 3 illustre que 54% des hommes se trouvent dans la première catégorie (vs 48,2% des femmes), 24% des hommes vs 29,4% de femmes se trouvent dans la sous-catégorie 2.1 et 6% des hommes vs 11,8% des femmes dans la sous-catégorie 2.2. Le test du chi-square a montré que la distribution des sexes dans les catégories ne différait pas de manière significative.

Tableau 4: moyennes d'âge dans les catégories

categ_principal	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Catégorie 1	54.78	11.738	30	80
Sous-catégorie 2.1	48.19	11.609	29	69
Sous-catégorie 2.2	49.08	7.953	37	64
Pas de catégorie prédominante	54.24	11.924	28	71
Total	52.36	11.705	28	80

Les résultats par rapport à l'âge (patients de 28 à 80 ans), montrent que les patients de la catégorie 2 sont légèrement plus jeunes que ceux de la catégorie 1. D'un point de vue statistique ce résultat est significatif (p=0,0034).

Tableau 5: catégories et type de cancer

(1Respiratoire 2Gastro-intestinal 3Uro-génital 4Hématologique 5Sein 6Neurologique 7ORL 8Autre)

			Diagnostic somatique (1-2-3-4-5-6-7-8)								Total
			1	2	3	4	5	6	7	8	
categ_princip	Catégorie 1	Count	8	11	5	4	25	6	5	4	68
		% within categ_princip	11.8	16.2	7.4	5.9	36.8	8.8	7.4	5.9	100
		% within Diagnostic somatique	66.7	47.8	35.7	36.4	54.3	66.7	83.3	28.6	50.4
Sous-catégorie 2.1	Count	3	5	4	6	12	3	1	3	37	
	% within categ_princip	8.1	13.5	10.8	16.2	32.4	8.1	2.7	8.1	100	
	% within Diagnostic somatique	25.0	21.7	28.6	54.5	26.1	33.3	16.7	21.4	27.4	
Sous-catégorie 2.2	Count	1	2	2	1	5	0	0	2	13	
	% within categ_princip	7.7	15.4	15.4	7.7	38.5	0	0	15.4	100	
	% within Diagnostic somatique	8.3	8.7	14.3	9.1	10.9	0	0	14.3	9.6	
Pas de catégorie prédominante	Count	0	5	3	0	4	0	0	5	17	
	% within categ_princip	0	29.4	17.6	.0	23.5	0	0	29.4	100	
	% within Diagnostic somatique	0	21.7	21.4	.0	8.7	0	0	35.7	12.6	
Total	Count	12	23	14	11	46	9	6	14	135	
	% within categ_princip	8.9	17.0	10.4	8.1	34.1	6.7	4.4	10.4	100	
	% within Diagnostic somatique	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

Les types de cancer les plus fréquents parmi les patients de cette étude sont les cancers du sein (46) et les cancers de la sphère gastro-intestinale (23), les autres types de cancer touchant chacun environ une dizaine de patients. Les différences dans la distribution des types de cancer ne sont pas significatives.

Tableau 6: catégories et stade de la maladie

			Stade de la maladie (1-4)			
			1	2	3	4
categ_principal	Catégorie 1	Count	15	14	17	19
		% within categ_principal	23.1	21.5	26.2	29.2
		% within Stade de la maladie	46.9	40.0	51.5	63.3
	Sous-catégorie 2.1	Count	8	9	10	8
		% within categ_principal	22.9	25.7	28.6	22.9
		% within Stade de la maladie	25.0	25.7	30.3	26.7
	Sous-catégorie 2.2	Count	5	6	1	1
		% within categ_principal	38.5	46.2	7.7	7.7
		% within Stade de la maladie	15.6	17.1	3.0	3.3
	Pas de catégorie prédominante	Count	4	6	5	2
		% within categ_principal	23.5	35.3	29.4	11.8
		% within Stade de la maladie	12.5	17.1	15.2	6.7
Total	Count	32	35	33	30	
	% within categ_principal	24.6	26.9	25.4	23.1	
	% within Stade de la maladie	100	100	100	100	

Dans chaque stade de la maladie cancéreuse (1 à 4) figurent environ trente patients (pour 5 patients, le stade de la maladie n'était pas connu). On observe que 63,3% des patients avec un stade 4 se trouvent dans la catégorie 1 contre 46,9% des patients avec un stade 1, ainsi que 40% et 51,5% avec un stade 2 et 3. Alors que dans la sous-catégorie 2.1 les patients classifiés selon le stade de la maladie sont distribués de manière quasi égale, dans la sous-catégorie 2.2, on observe que les patients avec un stade 1 (38,5%) ou 2 (46,2%) sont beaucoup plus fréquents que ceux avec un stade 3 (7,7%) ou 4 (7,7%). Donc, plus les patients sont à un stade avancé de la maladie, moins ils visent à modifier leur positionnement relationnel dans la thérapie et plus ils sont demandeurs de soutien. Ce résultat est statistiquement significatif.

Tableau 7: nombre de séances suivies et catégories

categ_principal	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Catégorie 1	4.56	5.106	1	19
Sous-catégorie 2.1	11.70	4.824	3	19
Sous-catégorie 2.2	6.62	6.462	1	17
Pas de catégorie prédominante	6.35	6.194	1	19
Total	6.94	6.067	1	19

Le tableau 7 montre que les patients de la catégorie 1 consultent en moyenne durant 4 à 5 séances, ceux de la sous-catégorie 2.1 en moyenne durant 11 à 12 séances et ceux de la sous-catégorie 2.2 en moyenne durant 6 à 7 séances. Ces résultats sont significatifs, mais le nombre de séances minimal et maximal sont pour chaque catégorie très écartés.

Tableau 8: catégories et type de suivi

			Type de suivi		Total
			1-4 séances	>4 séances	
categ_principal	Catégorie 1	Effectif	54	14	68
		% compris dans categ_principal	79.4	20.6	100.0
		% compris dans type de suivi	69.2	24.0	50.4
	Sous-catégorie 2.1	Effectif	6	31	37
		% compris dans categ_principal	16.2	83.8	100.0
		% compris dans type de suivi	7.7	54.4	27.4
	Sous-catégorie 2.2	Effectif	8	5	13
		% compris dans categ_principal	61.5	38.5	100.0
		% compris dans type de suivi	10.3	8.8	9.6
Pas de catégorie prédominante	Effectif	10	7	17	
	% compris dans categ_principal	58.8	41.2	100.0	
	% compris dans type de suivi	12.8	12.3	12.6	
Total	Effectif	78	57	135	
	% compris dans categ_principal	57.8	42.2	100.0	
	% compris dans type de suivi	100.0	100.0	100.0	

Les résultats du tableau 8 vont dans le même sens que les résultats du tableau 7; le type de suivi (1-4 vs >4 séances) varie selon les catégories. Par exemple, 79,4% des patients de la catégorie 1 et seulement 16,2% des patients de la sous-catégorie 2.1 consultent pour 1-4 séances seulement. Les patients qui consultent pour un soutien ou pour témoigner entament peu souvent une psychothérapie brève (20,6%), alors que ceux qui sont classés dans la catégorie "introspection" se distinguent selon la sous-catégorie: ceux avec qui un changement du fonctionnement psychique est visé continuent en grande majorité après les premières séances (83,8%), mais moins que la moitié (38,5%) de ceux qui souhaitent une modification du positionnement relationnel entament une thérapie plus conséquente.

Discussion

L'analyse des rapports, rédigés dans le cadre d'une étude évaluant les effets d'une intervention psychothérapeutique auprès de patients atteints de cancer, montre une grande variété de thématiques abordées dans les entretiens. Ce résultat confirme l'impression clinique que la maladie est certes la problématique qui amène les patients à consulter, mais de loin la seule préoccupation discutée en thérapie. L'hypothèse que l'approche psychothérapeutique vise à dépasser l'évènementiel se reflète dans les catégories, basées sur le regroupement des thématiques, qui montrent que les patients travaillent sur trois catégories principales dans la thérapie: (i) certains cherchent à témoigner et souhaitent bénéficier d'un soutien, recherche directement liée à l'irruption de la maladie dans leur vie; d'autres ont pour but d'approcher des thématiques émergent de leur vécu intrapsychique, ce qui se traduit par une motivation de (ii) changer leur fonctionnement psychique et (iii) de modifier leur positionnement relationnel. En effet, les thérapeutes se voient confrontés à une moitié (50,4%) de patients qui se trouvent dans la catégorie 1, et une autre moitié distribuée dans les deux autres catégories, dans lesquelles la thérapie se concentre sur le vécu intrapsychique qui devient une préoccupation qui émerge suite à la maladie ou qui commence, "grâce à la maladie", à mériter une attention particulière. Il se peut que les patients de la catégorie 1, par ailleurs, soient sur-représentés par le fait que dans cette étude une attitude pro-active ait été choisie pour approcher les patients et que dans la clinique des patients consultant "juste" pour témoigner de leur vécu n'auraient peut-être pas formulé de demande.

En ce qui concerne le profil des patients selon la catégorie dans laquelle l'analyse du rapport les a classés, on ne constate pas de différence significative entre les sexes, avec une tendance des femmes à figurer plus souvent dans la catégorie "introspection", constat qu'on observe aussi dans d'autres cadres de prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique (69). Etant donné que le cancer touche surtout des personnes âgées et que la distribution de l'âge dans la population étudiée n'est pas comparable à celle de la population générale, l'âge n'est pas un indice révélateur pour dessiner le profil des patients; en plus, les différences d'âge observées dans les catégories ne sont pas pertinentes (5-6 ans de différence), même si statistiquement les résultats concernant l'âge sont significatifs.

De même pour le type de cancer, on ne constate pas une distribution particulière dans les différentes catégories, alors qu'on observe cliniquement que des patients avec certains cancers, comme des cancers de la sphère ORL, se caractérisent par une haute prévalence d'alexithymie qui complique un travail psychothérapeutique (70). On constate néanmoins que les patients avec des cancers ORL sont surtout représentés dans la catégorie 1 (83,3%), mais le faible nombre de patients avec ce type de cancer inclus dans l'étude ne permet pas d'en tirer des conclusions. Alors que le type de cancer par catégorie ne se révèle pas significatif, le stade du cancer montre que les patients avec un stade 4 de leur maladie se trouvent majoritairement dans la première catégorie (63,3%), alors que moins que la moitié des patients avec un stade 1 (46,9%), ou 2 (40%) et la moitié des patients avec un stade 3 (51,5%) se trouvent dans cette catégorie. Même si les chiffres n'atteignent pas le seuil statistique significatif, ce résultat confirme les impressions cliniques que les thérapies plus confrontantes visant à un changement sur le plan intrapsychique sont souvent modifiées au cours de l'évolution de la maladie, laissant place à une attitude d'écoute et de soutien de la part des thérapeutes (50,56). Ceci s'explique surtout par le fait que pour bon nombre de patients la progression du cancer est accompagnée d'une vulnérabilité croissante, d'un manque d'énergie psychique (nécessaire pour l'introspection) et d'un repli sur soi et d'un désinvestissement relationnel ce qui se traduit par une adaptation des objectifs psychothérapeutiques en fin de vie.

En ce qui concerne le rapport entre les catégories et le nombre de séances suivies, on constate que les patients de la catégorie 1 consultent significativement moins d'heures (moyenne de 4-5 séances), alors que les patients avec lesquels un changement du fonctionnement psychique est visé sont plus souvent motivés pour entamer une psychothérapie brève (moyenne de 11 à 12 séances). Le résultat

varié concernant les séances suivies par les patients de la sous-catégorie 2.2 (modification du positionnement relationnel) étonne de premier abord, puisque ces patients, classés dans la catégorie "introspection", ne consultent en moyenne que 6 à 7 séances. Il se peut que ces patients soient relativement vite satisfaits, si leurs capacités de prendre soin de soi, de poser des limites, de demander de l'aide, de s'affirmer ou de redéfinir leur rôle augmentent et si cela est suivi par des aménagements extérieurs qui les apaisent. Ce qui vient d'être discuté est également valable pour le rapport entre catégories et type de suivi où on observe que les patients de la catégorie 1 privilègent largement (79,4%) une intervention psycho-oncologique courte, alors que les patients de la sous-catégorie 2.1 privilègent (83,8%) une psychothérapie brève et les patients de la sous-catégorie 2.2 privilègent une intervention courte (61,5%), mais à un taux moins important que les patients de la catégorie 1.

Même si la thématique la plus souvent abordée dans les entretiens semble être "la maladie" (thématiques 1, 10,11), avec trois quart des patients la discutant, les dix-sept autres thématiques identifiées représentent plus de 75% de tous les sujets qui émergent dans les rapports. Selon la catégorie, on observe une fréquence différente des thématiques, avec une prédominance des "angoisses liées à la maladie" et "témoignage/besoin d'être entendu" dans la première catégorie et une distribution plus variée des thématiques dans les deux sous-catégories de la deuxième catégorie. Cette observation ramène de nouveau au constat que les patients de la catégorie 1 se concentrent souvent sur leur maladie, alors que les patients des deux sous-catégories visent un travail d'introspection qui va au-delà de l'évènementiel.

Cette étude contient certaines limites: les patients consultant dans des conditions cliniques se distinguent de notre population, l'inclusion ayant été faite dans le cadre d'une étude et de manière pro-active. Ce travail a utilisé des rapports de fin de consultation qui dépendaient de la subjectivité des thérapeutes et qui ont été établis de manière hétérogène. L'analyse s'est basée sur une interprétation des chercheurs quant aux thématiques identifiées et à leur classification, même si la méthode de consensus employée diminuait la variation de l'interprétation entre chercheurs.

Deux autres études ont investigué les processus thérapeutiques en psycho-oncologie, plus précisément ce qui est perçu comme aidant dans la psychothérapie et ce qui motive les patients à consulter. T. Maccormack et al (71) ont réalisé une étude à partir de l'analyse de questionnaires envoyés aux patients cancéreux après la fin de leur thérapie cognitivo-comportementale ou de relaxation. Ils concluent que, selon la perspective des patients, la psychothérapie est avant tout une expérience relationnelle ou de "being with" qui offre un espace unique pour explorer et discuter leurs pensées et sentiments avec un professionnel compréhensif. La deuxième étude (72), également rétrospective, a investigué les motivations des patients oncologiques à consulter un psychothérapeute, en se basant sur les notes de consultation prises durant 10 ans par l'auteur. Avec l'aide de deux autres psychothérapeutes, les motivations ont été assignées à cinq catégories. Le motif de consultation le plus fréquent était "coping with anxiety and worries caused by the disease" (58/167), suivi de "dealing with relational problems in life outside the disease" (37/167), "dealing with relational problems actualised by the disease" (28/167), "living with a malignant disease-despair in a new life situation" (19/167) et "dealing with a particular problem" (17/167) (les 8 patients restant sur les 167 n'ont pas pu être classés dans une des cinq catégories). L'auteur conclut que les patients oncologiques consultent un psychothérapeute pour gérer leurs soucis liés au cancer, mais aussi pour d'autres raisons diverses, conclusions qui ont été confirmées par notre étude.

Malgré ses limites, ce travail a permis de mettre en lumière la grande variété de thématiques abordées durant le processus d'une intervention psychodynamique auprès de patients atteints de cancer. Dans ce sens, cette analyse complète les résultats chiffrés de l'évaluation psychométrique de

cette intervention (59), évaluation qui, par ailleurs, n'a pas produit de différences significatives entre les groupes d'intervention et le groupe d'observation et qui interroge la pertinence de l'utilisation de la psychométrie pour investiguer ce type de travail.

Conclusion

Ce travail de master montre une grande diversité de thématiques abordées dans des entretiens psychothérapeutiques avec des patients atteints de cancer. La psychothérapie en psycho-oncologie ne se limite donc pas à un lieu d'expression et de témoignage d'angoisses liées au cancer. Bien au contraire, la psychothérapie dans ce setting vise à aller au delà de l'évènementiel: une grande partie des patients consultent pour faire un travail d'introspection, ce qui demande un investissement plus conséquent du patient et du thérapeute. On observe que les différentes thématiques abordées dans les entretiens correspondent à différents profils de patients et à différents types d'objectifs et stratégies thérapeutiques. D'un point de vue clinique, il serait donc important d'être attentif dès le premier entretien aux types de thématiques apportées par le patient et de clarifier avec lui les objectifs et le type d'intervention qui semblent adaptés à sa demande et sa situation. De manière générale, ce genre d'analyse, comme effectuée dans ce travail, contribue aux développements conceptuels de la psycho-oncologie, à la formation des psycho-oncologues et à la mise en place du dispositif thérapeutique répondant aux besoins spécifiques des patients atteints de cancer.

Bibliographie

1. Gregurek R, Bras M, Dordević V, Ratković A-S, Brajković L. Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatr. Danub.* 2010;22(2):227–30.
2. Fritzsche K, Liptai C, Henke M. Psychosocial distress and need for psychotherapeutic treatment in cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiother. Oncol.* 2004;72(2):183–9.
3. Fritzsche K, Struss Y, Stein B, Spahn C. Psychosomatic liaison service in hematological oncology: need for psychotherapeutic interventions and their realization. *Hematol. Oncol.* 2003;21(2):83–9.
4. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology.* 2001;10(1):19–28.
5. Dolbeault S, Bredart A, Mignot V, Hardy P, Gauvain-Piquard A, Mandereau L, et al. Screening for psychological distress in two French cancer centers: feasibility and performance of the adapted distress thermometer. *Palliat. Support. Care.* 2008;6(2):107–17.
6. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T, Mikami I, Okamura H, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer.* 2000;88(12):2817–23.
7. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer.* 2005;104(12):2872–81.
8. Brédart A, Didier F, Robertson C, Scaffidi E, Fonzo D, Costa A, et al. Psychological distress in cancer patients attending the European Institute of Oncology in Milan. *Oncology.* 1999;57(4):297–302.
9. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer.* 2007;110(8):1665–76.
10. Neises M. Psychooncologic Aspects of Breast Cancer. *Breast Care (Basel).* 2008;3(5):351–6.
11. Breitbart WS, Alici Y. Psycho-oncology. *Harv. Rev. Psychiatry.* 2009;17(6):361–76.
12. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J. Natl. Cancer Inst. Monographs.* 2004;(32):57–71.
13. van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivendoorn HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom. Med.* 1997;59(3):280–93.
14. Moyer A, Sohl SJ, Knapp-Oliver SK, Schneider S. Characteristics and methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. *Cancer Treat. Rev.* 2009;35(5):475–84.
15. Andrykowski MA, Manne SL. Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. *Ann. Behav. Med.* 2006;32(2):93–7.
16. Manne SL, Andrykowski MA. Are psychological interventions effective and accepted by

cancer patients? II. Using empirically supported therapy guidelines to decide. *Ann. Behav. Med.* 2006;32(2):98–103.

17. Naaman SC, Radwan K, Fergusson D, Johnson S. Status of psychological trials in breast cancer patients: a report of three meta-analyses. *Psychiatry.* 2009;72(1):50–69.
18. Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br. J. Cancer.* 1999;80(11):1770–80.
19. Dégi CL. [Analysis of the effectiveness of psychologic interventions in oncology regarding the quality of life and survival of cancer patients]. *Psychiatr. Hung.* 2006;21(2):138–46.
20. Luborsky L, German RE, Diguier L, Berman JS, Kirk D, Barrett MS, et al. Is psychotherapy good for your health? *Am. J. Psychother.* 2004;58(4):386–405.
21. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J. Natl. Cancer Inst.* 2002;94(8):558–84.
22. Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Ann. Behav. Med.* 2006;32(2):85–92.
23. Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *J. Behav. Med.* 2006;29(1):17–27.
24. Devine EC. Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. *Oncol. Nurs. Forum.* 2003;30(1):75–89.
25. Dale HL, Adair PM, Humphris GM. Systematic review of post-treatment psychosocial and behaviour change interventions for men with cancer. *Psychooncology.* 2010;19(3):227–37.
26. Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol. Nurs. Forum.* 1995;22(9):1369–81.
27. Elkins G, Marcus J, Palamara L, Stearns V. Can hypnosis reduce hot flashes in breast cancer survivors? A literature review. *Am. J. Clin. Hypn.* 2004;47(1):29–42.
28. Richardson J, Smith JE, McCall G, Richardson A, Pilkington K, Kirsch I. Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *Eur. J. Cancer Care.* 2007;16(5):402–12.
29. Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2007;55(3):275–87.
30. Flory N, Lang E. Practical hypnotic interventions during invasive cancer diagnosis and treatment. *Hematol. Oncol. Clin. North Am.* 2008;22(4):709–725, ix.
31. Rajasekaran M, Edmonds PM, Higginson IL. Systematic review of hypnotherapy for treating symptoms in terminally ill adult cancer patients. *Palliat. Med.* 2005;19(5):418–26.
32. Ott MJ, Norris RL, Bauer-Wu SM. Mindfulness meditation for oncology patients: a discussion and critical review. *Integr. Cancer Ther.* 2006;5(2):98–108.

33. Dileo C. Effects of music and music therapy on medical patients: a meta-analysis of the research and implications for the future. *J. Soc. Integr. Oncol.* 2006;4(2):67–70.
34. Barsevick AM, Sweeney C, Haney E, Chung E. A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncol. Nurs. Forum.* 2002;29(1):73–84; quiz 85–87.
35. Yim VWC, Ng AKY, Tsang HWH, Leung AY. A review on the effects of aromatherapy for patients with depressive symptoms. *J. Altern. Complement. Med.* 2009;15(2):187–95.
36. Newport DJ, Nemeroff CB. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *J. Psychosom. Res.* 1998;45(3):215–37.
37. Reich M. Depression and cancer: recent data on clinical issues, research challenges and treatment approaches. *Curr. Opin. Oncol.* 2008;20(4):353–9.
38. Stagno D, Stiefel F, Rousselle I, Guex P. [Diagnosis and treatment of depression in patients with cancer]. *Rev. Med. Suisse.* 2005;1(5):350–3.
39. Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J. Natl. Cancer Inst. Monographs.* 2004;(32):32–9.
40. Fulcher CD, Badger T, Gunter AK, Marrs JA, Reese JM. Putting evidence into practice: interventions for depression. *Clin. J. Oncol. Nurs.* 2008;12(1):131–40.
41. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2008;30(2):112–26.
42. Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008;(2):CD005537.
43. Rodin G, Lloyd N, Katz M, Green E, Mackay JA, Wong RKS. The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. *Support. Care Cancer.* 2007;15(2):123–36.
44. Fisch M. Treatment of depression in cancer. *J. Natl. Cancer Inst. Monographs.* 2004;(32):105–11.
45. Edwards AG, Hulbert-Williams N, Neal RD. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008;(3):CD004253.
46. Gilliéron E. *Manuel De Psychothérapies Brèves.* 2e ed. Paris: Dunod; 2004.
47. Gundula Ludwig, Bénédicte Verdu, Friedrich Stiefel. Konzeptuelle Überlegungen zur psychodynamisch orientierten Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie. *Die Psychodynamische Psychotherapie.* Schattauer GmbH. Stuttgart; 2011;69–77.
48. *Le Cancer: Approche Psychodynamique Chez L'adulte.* Ramonville Saint-Agne: Erès; 2004.
49. Deschamps D. *Psychanalyse Et Cancer: Au Fil Des Mots... Un Autre Regard.* Paris: L'Harmattan; 1997.
50. Straker N. Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *J. Psychother. Pract. Res.*

1998;7(1):1–9.

51. Perpère A, Hurbault A. Réflexions suscitées par la pratique d'orientation psychanalytique en cancérologie. *Psycho-Oncologie*. 2010;4(3):164–8.
52. Pucheu S. Psychothérapies en oncologie hospitalière: cadres, références et pratiques. *Psycho-Oncologie*. 2010;4(3):151–8.
53. Verdu B, Krenz S, Ludwig G, Stagno D. [Psychotherapy in the somatic field--what specificities?]. *Rev. Med. Suisse*. 2010;6(263):1770, 1772–3.
54. Stagno D, Guex P. [Dynamic investigation and the question of early transference in a case of cancer patient]. *Rev. Med. Suisse*. 2006;2(52):409–10, 412–3.
55. Rothe EM. Psychotherapy with a narcissistic playboy facing the end of his life: a self-psychology and object relations perspective. *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*. 2010;38(2):229–41.
56. Söllner W, Gross R, Maislinger S. Psychotherapeutic interventions in melanoma patients. *Recent Results Cancer Res*. 2002;160:362–9.
57. Frick E, Stigler M, Georg H, Fischer N, Bumeder I, Pokorny D. Tumor patients in psychodynamic psychotherapy including daydreaming: can imagery enhance primary process and positive emotions? *Psychother. Res*. 2008;18(4):444–53.
58. N. Bendrihen. Quelques visages de la perte et de la dépression dans la pratique cancérologique. *La lettre du psychiatre*. Edimark SAS. 2010;162–5.
59. Ludwig G, Krenz S, Aymon N, Zdrojewski C, Rousselle I, Stagno D, Luthi F, Fucina N, Leyvraz S, Bauer J, Stiefel F. Effectiveness of psychodynamic-oriented psychotherapeutic interventions in cancer patients: a naturalistic study (submitted for publication).
60. Stagno D, Stiefel F. Intervention psychothérapeutique chez les patients oncologiques. Une étude naturaliste. *OncoSuisse*. 2007.
61. Viederman M. The active dynamic interview and the supportive relationship. *Compr. Psychiatry*. 1984;25(2):147–57.
62. Viederman M. Active engagement in the consultation process. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2002;24(2):93–100.
63. Gilliéron E. *Le Premier Entretien En Psychothérapie*. Nouv. éd. Paris: Dunod; 1996.
64. Mann J. *Time-Limited Psychotherapy*. Harvard University Press; 1973.
65. Deutsch F. *Applied psychoanalysis: selected objectives of psychotherapy*. Grune & Stratton; 1949.
66. Deutsch F, Murphy WF. *The clinical interview*. International Universities Press; 1955.
67. Alami S. *Les Méthodes Qualitatives*. Paris: Presses universitaires de France; 2009.
68. Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (Québec). *La Recherche*

Qualitative: Enjeux Épistémologiques Et Méthodologiques. Montréal [etc.]: G. Morin éd.; 1997.

69. Vessey JT, Howard KI. Who seeks psychotherapy? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1993;30(4):546–53.
70. De Vries AMM, Forni V, Voellinger R, Stiefel F. Alexithymia in cancer patients: review of the literature. *Psychother Psychosom*. 2012;81(2):79–86.
71. MacCormack T, Simonian J, Lim J, Remond L, Roets D, Dunn S, et al. « Someone who cares: » a qualitative investigation of cancer patients' experiences of psychotherapy. *Psychooncology*. 2001;10(1):52–65.
72. Salander P. Motives that cancer patients in oncological care have for consulting a psychologist--an empirical study. *Psychooncology*. 2010;19(3):248–54.