



TROUBLES PSYCHO COMPORTEMENTAUX DES PATIENTS ATTEINTS DE SCLEROSE EN PLAQUES

Mme SANCHEZ Ariane, Psychologue clinicienne RRASEP, HCL
Journée Rhônalpine d'Information sur la SEP, samedi 5 octobre 2019



Troubles psycho- comportementaux et SEP

Une intrication complexe entre:

- Des phénomènes neuropsychobiologiques (troubles cognitifs et émotionnels)
- Les caractéristiques de personnalité et de vécu de la maladie

Troubles psycho- comportementaux et SEP

« Indifférence presque stupide...conceptions lentes... facultés affectives et intellectuelles émoussées... Il n'est pas rare de les voir tantôt rire niaisement ou fondre en larmes sans plus de raison... »

CHARCOT, 1887

TROUBLES EMOTIONNELS

Mme SANCHEZ Ariane, Psychologue clinicienne RRASEP, HCL
Journée Rhônalpine d'Information sur la SEP, samedi 5 octobre 2019

EUPHORIE

- ✓ Rare au début de la maladie
- ✓ 10 % cas dans SEP SP
- ✓ Etat de bien-être, de gaieté, d'optimisme sur un mode désinhibé contrastant avec l'état physique du patient

Association constante avec :

- ✓ Troubles cognitifs et charge lésionnelle importante

RIRE et PLEURER SPASMODIQUES ou INCONTINENCE EMOTIONNELLE

- ✓ Origine neurologique : syndrome pseudo-bulbaire (lésions cérébrales diffuses impliquant les régions frontales, pariétales et les pédoncules cérébraux)
- ✓ 7 à 10 % cas SEP > 10 ans SP + EDSS > 6,5
- Relations constantes avec atteinte cognitive (VTI + FE)
- ✓ Pas de relation démontrée avec dépression ou anxiété ou avec antécédents psychopathologiques

LABILITE EMOTIONNELLE

- ✓ Changements rapides et répétés de l'expression émotionnelle dans un temps relativement court (alternance irritabilité, tristesse, bonne humeur au cours de l'examen) « changement de caractère » « sautes d'humeur » rapportés par entourage
- ✓ 30 % à 37 % cas dès le début de la maladie
- ✓ Pas de lien avec dépression, ni handicap
- ✓ Corrélation avec baisse de l'efficacité intellectuelle

ALEXITHYMIE

- ✓ 50 % cas contre 20,7 % dans la population générale
- ✓ Dysfonctionnement interhémisphérique et lien avec atrophie du corps calleux
- ✓ Difficulté à décrire et exprimer ses émotions
- ✓ Evaluation à l'aide de la TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale) validée en français par Loas et al. en 1997

APATHIE

- ✓ Trouble psycho-comportemental le + fréquent après dépression
- ✓ 34 % cas
- ✓ + fréquent que dans d'autres pathologies chroniques
- ✓ Relation avec dépression, atteinte cognitive et fatigue
- ✓ Pas de lien entre sévérité de l'apathie et handicap

TROUBLES DE L'HUMEUR

Mme SANCHEZ Ariane, Psychologue clinicienne RRASEP, HCL
Journée Rhônalpine d'Information sur la SEP, samedi 5 octobre 2019

Les troubles de l'humeur

La Dépression

Prévalence :

- Vie entière: 50 à 60% (Schiffer, 2001)
- Annuelle : 20%

Evolution SEP et Dépression:

- Absence de corrélation avec le handicap fonctionnel MAIS plus présente dans les formes secondairement progressives
Explications: - Charge lésionnelle à l'IRM
- Adaptation plus difficile en SEP SP

Origine :

- Hypothèses psychologiques et neurobiologiques

Les troubles de l'humeur

Dépression et Fatigue:

- 75 à 95% des patients
- Dépression corrélée uniquement à une plainte de fatigue mentale (Trojan, 2007)

Dépression et Douleurs:

- 53 à 86% des patients
- Douleur corrélée à humeur dépressive, fatigue, baisse de l'activité et un score de handicap plus élevé
- Douleur induit : retrait, isolement, irritabilité, découragement, angoisse, dépression

Les troubles de l'humeur

L'Anxiété

Anxiété majeure : 37% (Korostil, 2007)

Trouble panique : 10%

TOC: 8,6%

Corrélée à:

- Stress engendré par imprévisibilité de la maladie
- Perception du risque à court terme de dépendance au fauteuil roulant chez les patients récemment diagnostiqués (Janssens, 2004)
- Refus des limitations physiques

Exacerbée lors:

- Poussées

Les troubles de l'humeur

Le risque suicidaire

2,3 > population générale

Facteurs de risque:

- Sexe masculin
- Précocité de la SEP, Forme progressive
- Périodes d'aggravation
- Sévérité dépression/anxiété
- Isolement affectif et social
- Baisse du niveau socio-économique
- Antécédents psychiatriques

Le trouble bipolaire: 10%

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Mme SANCHEZ Ariane, Psychologue clinicienne RRASEP, HCL
Journée Rhônalpine d'Information sur la SEP, samedi 5 octobre 2019

L'évaluation de la dépression

Un diagnostic complexe

DEPRESSION	SEP
Perte d'énergie	Fatigue et Fatigabilité
Ralentissement	Ralentissement
Désinvestissement	Incapacité fonctionnelle
Troubles de la concentration et de la mémoire	Troubles cognitifs
Troubles du sommeil	Troubles du sommeil
Troubles de l'appétit	Baisse de l'appétit

L'évaluation de la dépression

Sur quels critères se baser ?

- Dévalorisation
- Culpabilité
- Anesthésie affective
- Absence de plaisir
- Perte d'anticipation
- Désir de mort, idées suicidaires

L'évaluation de la dépression

Quels freins au diagnostic?

Du côté des professionnels:

- Rationalisation face à la sévérité de la situation médicale
- Recoupement des symptômes
- Confusion avec des symptômes émotionnels d'origine neurologique

Du côté des patients:

- Peur (2ème maladie, « on ne guérit pas si on n'a pas le moral »)
- En raison du syndrome lui-même (honte, repli, ralentissement psychique...)

Faire face à la dépression

Quelles stratégies de « coping »?

Pour les patients et les proches:

Facteurs de risque:

- évitement

Facteurs de protection:

- Stratégies centrées sur le problème
- Maintien du contact social
- Stratégie de réduction du stress (distraction, vivre au jour le jour)

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE



Particularités de l'annonce en neurologie

- Représentations sociales et culturelles des maladies neurologiques très lourdes
- Annonce du diagnostic difficile et progressive
- Des pronostics évolutifs très variables
- Détérioration des fonctions cognitives et perte d'autonomie physique:
 - Pour le patient: sentiment de perte d'identité et de sa place familiale et sociale
 - Pour la famille: deuil anticipé du proche, implication massive dans la maladie

Principales préoccupations des patients en neurologie

- Symptômes psychologiques (angoisse, anxiété, tristesse, colère...)
- Préoccupations sociales (emploi, peur pour la famille, de l'avenir...)
- Adaptation aux symptômes physiques et à la maladie (handicap, fatigue, traitements...)
- Préoccupations existentielles (recherche du sens de la vie, de la maladie...)

Principales difficultés psychologiques des patients

- Blessure narcissique
- Remise en cause des idéaux
- Sentiment d'échec du projet de vie
- Sentiment d'injustice
- Sentiment de culpabilité
- Anxiété, Angoisse liée à la dépendance

Principales difficultés psychologiques des proches

- Inquiétudes pour le patient, sentiment d'impuissance
- Se protéger d'un diagnostic difficile à accepter
- Gestion de l'agressivité et de l'irritabilité
- Repères émotionnels moins stables
- Angoisse face à un surcroît des tâches
- Angoisse d'une défaillance possible
- Absence de loisirs
- Marginalisation de l'aidant principal



Le psychologue en neurologie

Ses objets d'étude et d'interventions cliniques sont les dimensions:

- Emotionnelles
- Cognitives
- Affectives
- Comportementales
- Sociales

des sujets touchés par des maladies neurologiques

Le recours au psychologue

- Les neurologues et infirmières mentionnent l'existence du psychologue au moment de l'annonce du diagnostic, d'une consultation, ou d'une hospitalisation:
- Les troubles de l'humeur
- Aggravation des symptômes
- Changement de traitement
- Nouveaux symptômes
- Difficultés au travail
- Difficultés relationnelles, isolement
- Epuisement des proches

Objectifs cliniques de la prise en charge des patients

- Evaluer, anticiper et prévenir la détresse psychologique
- S'ajuster à cette détresse en fonction des étapes de la maladie pour retrouver un fonctionnement physique et psychologique le plus satisfaisant possible
- Permettre au patient de penser ce qui lui arrive
- Apprendre à communiquer à propos de la maladie
- Viser la perception et le maintien d'une « cohérence de soi »
- Favoriser une bonne relation soignant-soigné et l'adhésion au traitement

Objectifs cliniques de la prise en charge des aidants

- Accès à l'information
- Accès à une entraide, des échanges en groupe : appui émotionnel et soutien thérapeutique
- Le « Répit »
- La diminution du sentiment d'abandon

L'attitude du psychologue

- Approche non directive
- Souplesse dans la conduite des entretiens
- Partir de là où se situe le patient/le proche
- Soutenir l'échange verbal
- Ouverture aux questionnements actuels ou ultérieurs
- Mise en place d'une matrice de soutien
- Ouverture d'un possible

Choisir la réponse adaptée à chaque patient/proche

- **Psycho-éducatrice:** Améliorer la connaissance de la maladie, apprendre à parler de la maladie
- **Soutien émotionnel:** colère, tristesse, sentiment d'injustice, sentiment d'urgence généré par la confrontation à la maladie grave
- **Prise en charge cognitive et comportementale:** gestion du stress, résolution de problèmes, favoriser les comportements de santé

Choisir la réponse adaptée à chaque patient/proche

- **Thérapie d'inspiration psychanalytique:** travail de repérage et d'élaboration de la dynamique psychologique du patient qui détermine la façon dont le patient pense et vit sa maladie
- Relaxation, Sophrologie, Psychomotricité
- Groupes

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

ÇA TOMBE BIEN...
J'AI MAL
PARTOUT!



PHILIPPE TASTET

MERCI