

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX

Martine FERRY
Orthophoniste,
Centre Médical Germaine REVEL

Michel PAVY
Psychothérapeute, Kinésithérapeute,
FORUM II

/1992

Les aspects psychologiques et comportementaux présents dans la Sclérose en Plaques sont multiples et souvent associés. Outre le fait qu'ils peuvent être antérieurs à l'apparition de la maladie, il est parfois difficile de dissocier les troubles purement psychologiques, voire psychiatriques, des troubles consécutifs à l'atteinte neurologique.

- **L'atteinte neurologique** d'une affection telle que la Sclérose en Plaques peut toucher toutes les fonctions, dont les fonctions supérieures, la communication, et la déglutition.

Il existe, dans 50% des cas, des troubles cognitifs et comportementaux d'origine organique, qu'il est nécessaire de pouvoir déceler précocement.

Ceux-ci sont facteurs de désinsertion sociale, professionnelle et familiale. Ils se traduisent le plus souvent lors des atteintes du lobe frontal, et se manifestent par des déficits de mémoire, d'attention, des difficultés de raisonnement et de jugement, d'auto-analyse des affects, et par une diminution des capacités d'abstraction et de résolution des problèmes.

- Les atteintes frontales se traduisent par des troubles de la personnalité avec des signes pseudo dépressifs sans douleur morale ni anxiété et des conduites impulsives, des troubles de l'humeur, des troubles comportementaux, sphinctériens, sexuels ou alimentaires pouvant aller jusqu'à des états de démence sous-corticale.

Les syndrômes frontaux nécessitent, de la part des soignants, vigilance et disponibilité. L'apparition d'un désintérêt du patient pour la rééducation ou l'indifférence à ses troubles peuvent être des signes. Ces lésions peuvent apparaître précocement. Leurs manifestations sont au départ peu quantifiables et hétérogènes. Contrairement aux atteintes corticales, elles ne touchent pas les activités de langage ni le quotient intellectuel.

- Les soignants (Infirmières, Kinésithérapeutes, Orthophonistes) ont également à prendre en compte, de façon spécifique, les troubles de la communication. Les atteintes cérébelleuses fréquentes engendrent des troubles de l'élocution pouvant aboutir à une totale inintelligibilité.

Le malade doit faire le deuil de sa personnalité antérieure, mais aussi de son image corporelle.

- Les problèmes de déglutition, qui apparaissent plus tardivement dans l'évolution de la maladie, renvoient à nos patients leur angoisse de mort. Là aussi, la perte de l'autonomie et le "spectacle (le mot est souvent employé) qu'ils imposent aux autres" peut les amener à réduire leur alimentation ou à refuser les repas en commun.

- **Les aspects comportementaux** évoluent au cours de la maladie. A la connaissance du diagnostic, le malade qui prend conscience "que sa vie ne sera plus jamais comme avant", passe par les différentes étapes du deuil : déni, épisodes dépressifs, révolte, et plus difficilement, acceptation.

Les réaménagements consécutifs aux poussées entraînent un processus de deuil à chaque fois renouvelé.

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX

REPRESENTATION SYSTEMIQUE

