

## RÉSUMÉ :

*Entre neurologie et psychiatrie, le "trouble neuro-comportemental" est à la convergence de signes organiques et de problèmes relationnels. Il est l'expression de l'atteinte de l'identité subjective vécue par les patients traumatisés crâniens et de leur tentative de lutte contre celle-ci. A partir d'exemples cliniques, nous décrivons comment le vécu des patients traumatisés crâniens s'exprime à travers le "trouble neuro-comportemental". Nous insistons aussi sur l'apport d'une approche dynamique et psychothérapeutique dans la prise en charge des patients et des familles. Cette réflexion nous amène à préciser la nécessaire pluridisciplinarité des approches.*

## MOTS-CLÉS :

Comportement - Psychologie - Traumatisme crânien - Adulte - Thérapie - Psychopathologie - Psychanalyse - Trouble neuro-comportemental.

Hélène  
OPPENHEIM-GLUCKMAN

Psychiatre et psychanalyste,  
hôpital de la Salpêtrière  
et CICL de Puteaux

Jean-Jacques DUMOND

Psychiatre et psychanalyste,  
service de psycho-réhabilitation,  
Limoges

*\*Ce texte a fait l'objet d'une communication lors du IX<sup>e</sup> Symposium des hôpitaux Berckois en Octobre 1996.*

# APPROCHE DYNAMIQUE DU TROUBLE NEURO-COMPORTEMENTAL DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS SÉVÈRES\*

par Hélène OPPENHEIM-GLUCKMAN  
et Jean-Jacques DUMOND

## SUMMARY : *Dynamic approach of the neuro-behavioural disorder in severe traumatic brain injury*

*The term «neuro-behavioural disorder» relates to neurology and psychiatry, and to a cross between organic symptoms and relational difficulties. It is a way patients with severe traumatic brain injury express how they relate to their impaired subjective identity and how they fight against it. Using clinical cases, we describe how patients express what they experiment through «neuro-behavioural» disorders. We also focus on the value of a dynamic and psychotherapeutic approach in treating these patients and their families. This discussion leads us to insist on the necessity of using multidisciplinary approaches.*

## KEY WORDS :

Behaviour - Psychology - Traumatic Brain Injury - Adult - Therapy - Psychopathology - Psychoanalysis - Neuro-Behavioural Disorder.

Les descriptions des troubles du comportement chez les patients cérébro-lésés s'appuient sur des présupposés psycho-biologiques\*. Ceci amène quelques réflexions critiques.

D'une part, l'étude des dimensions non intellectuelles du comportement reste à définir\*.

D'autre part, présenté comme un concept objectif et objectivable, le comportement fait référence implicite à une norme forcément relative comme le montre, entre autres, l'ethno-psychiatrie. Son appréciation implique toujours la subjectivité de l'observateur, ses affects, son interprétation de la situation. Dans les études avec des échelles de comportement, les observateurs sont les facteurs les plus significatifs dans la mesure où ils analysent une situation et décident des scores\*.

La littérature récente consacre la notion de trouble neuro-comportemental en référence à l'origine organo-psychique des difficultés des blessés. La plupart des études se réfèrent à l'axe neuro-psychologique. Il y aurait extension abusive à ce que les difficultés affectives et relationnelles soient seulement interprétées par rapport à des présupposés psycho-biologiques. Qu'il s'agisse d'approches théoriques, cliniques et thérapeutiques, les troubles psycho-comportementaux doivent être abordés par plusieurs approches et disciplines collaboratives.

Nous soutiendrons ici l'intérêt d'un éclairage psychopathologique et psychanalytique, la nécessité d'aborder les troubles du comportement des cérébro-lésés en se centrant non seulement sur l'aspect lésionnel et neuropsychologique, mais aussi sur l'expérience subjective du sujet et de son entourage.

Dans cette approche dynamique, nous développerons trois points :

1° - Le "trouble neuro-comportemental" lié aux atteintes cognitives est surtout le reflet de leur vécu, expression d'une atteinte de l'identité subjective et d'une tentative d'ajustement.

L'agression somatique et neurologique atteint le sujet dans son "être au monde", dans son identité subjective. En même temps, il y a tentative de lutte contre cette atteinte et création d'un nouveau rapport à soi-même et au monde qui parfois doit être respecté\*. L'atteinte de l'identité subjective se traduit pour le sujet cérébro-lésé par un sentiment "d'inquiétante étrangeté"\*\*, le sentiment d'être dans un rêve, intégrant sa perception de la réalité extérieure. Il a par ailleurs la sensation d'être divisé, avec des éléments de clivage du moi. Il existe aussi une atteinte de ce que Freud appelle le "pare-excitations"\*\*. Tous ces éléments s'appuient sur les atteintes cognitives et perceptives qui modifient le rapport conscient et inconscient du sujet à lui-même et au monde extérieur.

Claude, trois ans après son traumatisme crânien, a la sensation de ne plus avoir de peau le protégeant du monde extérieur. Il me dit "prendre tout en pleine gueule", sentir en permanence, à cause de son handicap, la décomposition de tous les gestes qu'il faisait avant sans même y penser. Il y a de "l'excès" (lié au réel du corps, à la présence des autres, à ses fantasmes pervers qui l'envahissent). Ceci entraîne une logorrhée, des propos en apparence incohérents, des tentatives de suicides répétées, qui inquiètent les soignants et l'entourage.

Les troubles du comportement tentent de remédier aux atteintes cognitives, de lutter contre l'atteinte de l'identité subjective. Ils sont aussi l'expression du fonctionnement inconscient du sujet. Lorsque le jeune L. demande sans cesse la date, puis ne se déplace qu'avec son journal collé contre lui, pour voir, dit-il, la date, il cherche par tous les moyens à reprendre contact avec la réalité extérieure et ses scansion temporelles. L'amnésie signifie pour lui, comme pour de nombreux patients, l'incapacité de s'inscrire de façon vécue et éprouvée dans une temporalité. L. sait que son accident a eu lieu il y a six ans, mais pour lui ce temps ne s'est pas écoulé. Il note la date, mais il ne peut croire en sa propre écriture et seule l'inscription de la date sur le journal "dit la vérité".

Ces éléments sont bien sûr à mettre en relation avec son incapacité à éprouver le temps, mais aussi avec sa problématique personnelle (seule une parole, venant non de lui, mais du journal, peut être fiable).

\*Habib, 1993, Seron, 1994

\*Lezak, 1987

\*Mac Naughton, 1996

\*Oppenheim-Gluckman, 1996, Sacks, 1996, Dumond et al, 1996

\*Freud, 1985

\*Freud, 1981

2° - Les troubles "neuro-comportementaux" peuvent prendre sens à travers les notions psychopathologiques de réaction psychique, de travail de deuil, dont au passage la notion de coping ne peut être qu'enrichie. L'accident est pour le blessé un événement à patiemment intégrer à une histoire.

\*Oppenheim-Gluckman, 1996

Pendant de longs mois, voire plusieurs années, le sujet n'arrive pas à intégrer dans son espace psychique et dans sa personnalité l'expérience vécue lors du réveil du coma\*. Il en est de même pour les déficits neurologiques et cognitifs séquellaires.

\*Fiszlewicz, 1967

Ce temps nécessaire que l'on retrouve dans d'autres maladies somatiques graves\* se termine avec la reprise de projets.

Sophie, 20 ans m'est adressée pour manque d'initiative et «immaturité affective». Deux ans après un coma de 40 jours, elle ne se sent toujours pas «réveillée» et elle ne sait que faire face à l'expérience subjective qu'elle est en train de vivre. Elle se sent encore «dans le coma» et elle ne sait pas «qui elle est». Elle n'a plus d'amis, les autres n'existent pas pour elle, entièrement absorbée par l'expérience de la maladie. Au bout de plusieurs entretiens, elle dit «réaliser depuis peu ce qui lui est arrivé». Elle commence à parler du quotidien, fait des projets collectifs pour ses vacances, puis, décide seule un projet professionnel qui tient compte de ses séquelles neuropsychologiques. Lors de notre dernier entretien, elle dit : «un accident comme le mien, ça peut arriver à tout le monde. Il fait maintenant partie de moi. C'est mon histoire, inscrite dans mon cerveau, dans mon corps. C'est à la fois individuel et collectif, mais ça doit rester privé».

Pour qu'un travail de deuil soit possible, il faut que le sujet ait pu intégrer dans son espace psychique la perte liée à la maladie, et qu'il soit assuré d'une continuité psychique. Tant que le blessé n'a pu intégrer dans son système propre de représentation conscient et inconscient le traumatisme et la perte liés à l'accident et à ses conséquences, les choses fonctionnent dans l'immobile de la répétition et non pas dans le travail de deuil. Cette répétition peut prendre la forme comportementale du passage à l'acte. Il y a aussi le risque de basculer non dans un travail de deuil, mais dans la mélancolie (Freud, "Deuil et Mélancolie"), tant que le sujet n'a pu intégrer l'accident et ses suites dans son espace psychique.

Il importe donc de bien différencier l'anosognosie (du côté neurologique) ou le déni du temps nécessaire pour que le patient puisse faire de sa maladie une réalité psychique pour lui-même. Ceci a des conséquences sur les processus de rééducation et de réadaptation.

3° Il n'y a pas une entité "cérébro-lésé", mais une présentation faussement univoque liée aux troubles neuro-psychologiques. Chaque patient utilise sa structure psychique dans la confrontation au fait d'être "cérébro-lésé", et celle-ci est souvent révélée violemment et de façon "caricaturale" à l'occasion de la maladie et de ses conséquences.

La perte vécue dans la réalité résonne dans l'imaginaire, c'est-à-dire dans la façon dont le sujet se voit et voit les autres, et dans le symbolique, c'est-à-dire dans la façon dont il aborde les autres à travers son fantasme.

Abdel, boxeur professionnel, mêle dans les années qui suivent son traumatisme crânien des comportements toujours à la limite de l'antisocial et une demande adhésive vis-à-vis du service où semblent se disputer l'anosognosie et l'utilitaire. Un jour, il attaque une banque, sa propre banque, armé d'un manche de couteau, et d'un bristol au dos duquel il a mentionné : «je rendrai l'argent». Toute l'anamnèse du cas suggère plusieurs niveaux de lecture, à la convergence de troubles neuro-psychologiques frontaux et de l'aggravation d'une trajectoire de type psychopathique. La lecture psychopathologique dans son jeu de demande et fuite semble bien signifier un "à-dire" de l'expérience traumatique et une demande d'étayage à travers le thérapeute de médiation à la loi.

## CONCLUSION

Les troubles du comportement apparaissent donc à la convergence de plusieurs éléments : les lésions traumatiques et leur traduction neuropsychologique, le vécu de l'accident et ses conséquences avec tous les aléas de son élaboration dans le temps et dans l'appareil psychique, la perte des marges de manœuvre sociales et personnelles antérieures qui permettaient au sujet de "faire avec" sa psychopathologie. L'éclairage psychopathologique est indispensable pour la compréhension des troubles et leur prise en charge.

## BIBLIOGRAPHIE

- DUMOND J.J., FAYOL P., LÉGER J.M. (1996). Troubles psychiques des traumatisés crâniens. *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris), *Psychiatrie*, 37-520-A-10.
- FISZLEWICZ P. (1967). Le handicapé moteur et la société. *Thèse de Doctorat en Médecine*, Paris.
- FREUD S. (1981). Au-delà du principe du plaisir. *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 7-40
- FREUD S. (1978). Deuil et mélancolie. In *Metapsychologie*, Paris, Gallimard 145-174
- Freud S. (1985). L'inquiétante étrangeté. In *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris Gallimard, 209-64.
- HABIB M. (1993). *Bases neurologiques des comportements*, Paris, Masson,
- LEZAK M.D. (1987). L'évaluation neuropsychologique. In BOTEZ M.I. *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*, Masson, 51-70.
- MAC NAUGHTON R.J. (1996). Numbers, scales and qualitative research. *Lancet*, 347, 1099-100.
- OPPENHEIM-GLUCKMAN H. (1996). *Mémoire de l'absence, clinique psychanalytique des réveils de coma*. Masson Ed.
- SACKS O. (1996). *Un anthropologue sur Mars*. Paris, Seuil.
- SERON X. (1994). Le programme de la neuropsychologie. In *Neuropsychologie Humaine* (Seron X et Jeannerod M), Mardaga Ed, 35-56.

MÉMOIRES  
D'ORTHOPHONIE

La Bibliothèque de médecine de Nancy, vient de faire paraître la 15<sup>ème</sup> édition du répertoire national des mémoires d'orthophonie. Ce répertoire recense 280 mémoires soutenus en 1996 dans les 12 centres de formation.

Un index alphabétique des sujets traités ainsi qu'un index alphabétique des auteurs font de ce document un outil précieux.

Il peut être obtenu sur simple demande à l'adresse ci-dessus, accompagné d'un chèque de 50 francs, établi à l'ordre de SCD UHP Régie Médecine.

Les répertoires des années 1982 à 1995 sont encore disponibles.

Service Commun de Documentation  
Bibliothèque de Médecine

9, Avenue de la Forêt de Haye  
54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY  
Tél. 03 83 44 60 00