

RÉSUMÉ :

Les implications psychologiques des lésions cérébrales sont envisagées ici d'un point de vue psychodynamique, où la lésion cérébrale est vue comme un traumatisme psychique et d'un point de vue neuropsychologique, dans une relation anatomo-clinique entre lésion cérébrale et trouble de la personnalité. Le but est de souligner l'impact d'une lésion cérébrale sur la personnalité et de mieux comprendre les interactions entre la personnalité pré-morbide et post-traumatique afin de mettre en place la prise en charge la plus adaptée.

MOTS-CLÉS :

Neurologie - Psychologie - Traumatisme - Intégration sociale et scolaire - Adulte
Personnalité.

Sylvie CHOKRON
Maître de Conférences
et Neuropsychologue
Université de Savoie et Fondation
Ophtalmologique Rothschild,
Paris.

IMPLICATIONS PSYCHOLOGIQUES DES LÉSIONS CÉRÉBRALES CHEZ LES TRAUMATISÉS CRÂNIENS : Approche psychodynamique et neuropsychologique

par Sylvie CHOKRON

SUMMARY : Psychological implications of cerebral damage in traumatic brain injury : psychodynamic and neuropsychological approach

Psychological implications of cerebral damage are treated both in a psychological and neuropsychological way. Cerebral damage can induce some personality disorders linked to the lesion site but also some psychological difficulties unrelated to lesion characteristics. The aim of the present paper is to shed light on these disorders in order to propose a more appropriate therapy.

KEY WORDS :

Neurology - Psychology - Trauma - Social and school intergration - Adult - Personality

Si les orthophonistes et les neuropsychologues sont de plus en plus aptes à diagnostiquer, évaluer, et rééduquer les troubles instrumentaux* consécutifs à des lésions cérébrales (amnésie, agraphie, alexie, acalculie etc..), il persiste une certaine réticence à accepter (et donc à prendre en charge) l'existence de troubles psychopathologiques et plus généralement du traitement des émotions à la suite d'une lésion cérébrale.

Seule une poignée de chercheurs s'intéresse d'une part aux effets d'une lésion cérébrale sur le comportement émotionnel et d'autre part aux troubles psychopathologiques consécutifs à l'événement traumatisant que constitue la lésion cérébrale.

Concernant le lien particulier unissant cerveau et émotions, en particulier chez le sujet traumatisé crânien, porteur de lésions cérébrales souvent diffuses, on se doit de distinguer deux approches indépendantes mais malgré tout complémentaires :

1) L'étude de l'effet d'une lésion cérébrale, vue comme un traumatisme psychique, sur la personnalité du patient, dans une *approche psychodynamique*, examinant l'interaction entre la structure de la personnalité antérieure pré-morbide et réaction psychologique au traumatisme.

2) L'étude de l'effet d'une lésion cérébrale sur la compréhension et l'expression des émotions dans une *approche neuropsychologique*.

En effet tout comme les autres fonctions supérieures, le traitement cognitif des émotions peut être troublé par une lésion cérébrale.

L'étude de ces deux aspects, indissociables, renforce l'idée que le retentissement de TOUTE lésion cérébrale sur l'état psychologique du patient doit être pris en compte non seulement lors de l'étape diagnostique mais également dans l'élaboration d'un projet de réadaptation.

Nous nous attacherons ici à décrire brièvement ces deux approches qui composent le tableau complexe que présentent les patients victimes d'un traumatisme crânien.

APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

Cette approche est indissociable d'une bonne adéquation de la prise en charge à la personnalité du patient. Comment ignorer que l'AVC, le traumatisme crânien, ou encore la tumeur cérébrale agissent comme un traumatisme psychique grave induisant chez le patient une angoisse et une dépression parfois insurmontables, pouvant parfois aller jusqu'au passage à l'acte : automutilation, tentative de suicide etc...?

Les patients peuvent réagir à leur traumatisme par la dépression, l'angoisse, l'agressivité, l'indifférence, le déni, voire le refus total d'accepter la présence des troubles.

Il semble donc indispensable de savoir dépister, reconnaître et évaluer ces troubles de la personnalité afin de surtout mettre en place la prise en charge la plus adaptée, seulement neuropsychologique, neuropsychologique et psychothérapique ou seulement psychothérapique dans certains cas extrêmes de décompensation. En effet, on ne sait que trop bien à quel point un trouble psychopathologique peut freiner voire entraîner l'arrêt d'une rééducation.

I - LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ POST-TRAUMATIQUE

A - L'IMPORTANCE DU COMA

La plupart des auteurs dans la littérature s'accordent sur le fait que les perturbations psychologiques sont rarement proportionnelles à la sévérité du traumatisme psychique. Malgré tout, on s'accorde à relier les troubles psychiques à la gravité du coma lorsqu'il existe. On pense ainsi que le coma correspond à un vécu de mort d'autant plus marqué que le coma a été profond ou long. Le réveil est déterminant dans la mesure où certains repères en particulier, corporels, affectifs, temporels, spatiaux, doivent être récupérés le plus rapidement possible, sans quoi l'on constate fréquemment, même après la reprise de conscience, un vécu corporel morcelé, voire même des hallucinations somesthésiques, liées en particulier au souvenir de tous les appareils (essentiellement invasifs) mis en place lors du coma (sondes etc..).

Comme l'explique fort bien Oppenheim-Gluckman*, l'expérience subjective du réveil de coma peut, si elle devient un épisode figé et indépassable, entraver les processus de récupération psychiques, neuropsychologiques et même neurologiques. Les traces de cette expérience subjective se manifestant à travers un trouble de la conscience de soi, une sensation de clivage de soi, une sensation de ne pas se reconnaître, d'être absent à soi-même et au monde* (Oppenheim-Gluckman, Fermanian et Derousne, 1993).

Parallèlement, l'attitude de la famille est d'une importance prépondérante, quant à la revalidation narcissique et à la résurgence du « sentiment de vie ». Il est des familles qui enferment un de leurs parents, sortant d'un coma, dans une position de « mort-vivant », si bien que le patient ne reprend pas conscience qu'il est en vie et conserve un sentiment d'irréalité de son environnement qui se surajoute aux autres troubles de la personnalité.

B - SÉMIOLOGIE

De façon générale, les troubles de la personnalité post-traumatique consécutifs à un traumatisme sont décrits comme une régression infantile marquée, des relations affectives puérides et dépendantes, une irascibilité, une focalisation des investissements sur le patient ou sur son entourage proche, avec un défaut d'investissement vers le monde extérieur, le plus souvent accompagné d'une baisse de libido.

L'accident induit un clivage entre la personnalité « d'avant » souvent idéalisée, et celle « d'après », où ont disparu tous les repères indispensables : sociaux, affectifs, professionnels* physiques, intellectuels, et où domine l'incapacité à se projeter dans l'avenir.

Cette rupture de continuité dans la vie du patient s'accompagne d'un sentiment de pertes multiples, touchant à la fois le deuil éventuel de proches lors de l'accident, la perte de fonctions motrices et/ou instrumentales aboutissant à une perte de l'intégrité corporelle et psychique, la perte des statuts : affectif, social, professionnel, la perte d'autonomie, la perte d'identité, la perte d'un sentiment de sécurité et de toute puissance, qui nous permet d'entreprendre chaque jour de nouveaux projets, enfin la perte de la capacité à se projeter dans l'avenir.

Tous ces vécus de perte se surajoutent aux difficultés mnésiques, aux perturbations du champ perceptif, aux troubles de l'attention, à la fatigabilité, à l'inhibition, à la plainte dépressive, ainsi qu'à la culpabilité : d'être dans cet état et parfois d'avoir causé cet état.

On conçoit que parfois l'intrication entre tous ces troubles est telle que le patient traumatisé crânien nous paraît inaccessible, évoluant dans un univers où cohabitent les troubles psychopathologiques, neuropsychologiques et neurologiques, dans une interaction constante, rendant toute prise en charge "spécifique" quasiment impossible.

C - LES NÉVROSES POST-TRAUMATIQUES

Elles sont définies en terme de troubles nerveux fonctionnels psychogéniques, apparaissant après un accident, indépendamment de la présence ou de l'absence d'un dommage corporel.

Elles sont caractérisées par un comportement régressif, une instabilité émotionnelle, et des rêves fréquents de l'événement traumatique. L'anxiété est généralement focalisée sur des thèmes somatiques, on note des traits dépressifs, des tendances hypocondriaques, ainsi qu'un comportement de type « compensatoire ». Ceci se remarque surtout chez les enfants et les adolescents, à la suite d'un traumatisme corporel, où parallèlement au comportement régressif, au besoin de fusion avec la mère ou le thérapeute, ils revendiquent le « droit de compenser » le vécu de mort.

Ils ont entre autre besoin de « manger des bonnes choses », de dormir dans un lit « moelleux », de recommencer à vivre dans un environnement « doux » et clément.

Il arrive souvent que les familles ou les thérapeutes s'oppose à cette régression qui pourtant semble nécessaire afin d'accepter et d'affronter à nouveau le monde extérieur vécu comme persécuteur.

On observe également dans ces névroses post-traumatiques des signes spécifiques, prenant la forme d'un débordement émotionnel (tremblements, crises de larmes, réactions émotionnelles intenses), un blocage des fonctions du moi (apathie, asthénie, désintérêt affectif et sexuel) des phénomènes de répétition constante du traumatisme, s'associant aux troubles non spécifiques que sont, les troubles fonctionnels (fatigue, algies, oppression respiratoire, malaises etc.), l'anxiété, et l'inhibition.

On accordera un intérêt particulier à l'inhibition qui peut toucher le comportement affectif et social mais également les fonctions supérieures. Dans ce dernier cas, l'impact de l'inhibition peut être tel que l'on peut confondre cette « non-utilisation » des capacités intellectuelles et mnésiques avec un processus de détérioration pathologique d'origine organique.

D - LES PSYCHOSES POST-TRAUMATIQUES

Le doute persiste encore sur la possibilité d'une décompensation psychotique post-traumatique. On s'accorde le plus souvent sur le fait que d'une part, ce type de décompensation ne surviendrait que chez des patients présentant antérieurement des troubles de la personnalité et que d'autre part, le type de lésion et sa sévérité ne seraient pas déterminants quant à la genèse de ces psychoses post-traumatiques.

Se pose ainsi la question du rôle de l'accident sur l'organisation de la personnalité. Les types les plus fréquents de décompensation psychotique sont des perturbations de type schizophréniques (dans les états psychotiques régressifs) et paranoïde (dans les états psychotiques régressifs).

Concernant la survenue d'une psychoses post-traumatiques, Crocq* fait l'hypothèse suivante : « Par le bouleversement brutal qu'il introduit dans l'environnement, et la coupure qu'il provoque dans le continuum de signification de cet environnement, l'événement traumatisant provoque une rupture entre le moi et la réalité et laisse la place à la mise en œuvre de mécanismes psychotiques d'urgence restituant un minimum d'adaptation pour combler le vide laissé par la faillite des mécanismes adaptatifs habituels ».

**(1992)*

E - LE SYNDROME SUBJECTIF

On observe parfois chez les patients traumatisés crâniens un syndrome caractérisé par le fait que les troubles fonctionnels divers, ressentis par le patient ne provoquent aucune perturbation visible ou objectivable par un appareil ou un test (Dumond et Fayol, 1995). On parle alors de syndrome subjectif dont le rôle semble être de contenir l'angoisse et de demander de l'aide, et que l'on ne rencontre dans aucun autre cadre que le traumatisme crânien.

Ce syndrome se caractérise par des troubles fonctionnels variés : céphalées, sensations vertigineuses, troubles neurovégétatifs, troubles du caractère, troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, troubles du sommeil éléments dépressifs.

L'intensité de ce syndrome est indépendante de la gravité apparente du traumatisme crânien ou de la lésion cérébrale, et peut aussi s'observer à la suite d'un traumatisme crânien bénin sans perte de connaissance. Par contre ce syndrome semble être favorisé par la structure névrotique pré-morbide du patient (anxieuse, dépressive, obsessionnelle, psychorigide) ou par l'adaptation sociale précaire.

Il est nécessaire d'accorder toute son importance à ce syndrome pour diverses raisons. Tout d'abord parce qu'il joue un rôle dans l'organisation psychique du patient, et que l'on se doit donc de le respecter au sens du « respect du symptôme » de Winnicott, d'autre part parce que le patient pourrait s'installer dans ces troubles si on ne leur accordait aucune importance et enfin pour ne pas confondre ces troubles avec une dépression masquée. Ces troubles peuvent soit disparaître spontanément après quelques semaines, soit nécessiter une courte prise en charge adaptée, soit régresser dès que la procédure d'indemnisation est entamée.

F - LA DÉPRESSION

Si les troubles que nous avons évoqués plus haut ne sont pas toujours rencontrés chez les patients traumatisés crâniens, la dépression, elle, est fréquente et indépendante de la gravité objective du traumatisme crânien.

On qualifie cette dépression de normale, adaptative, réactionnelle à la prise de conscience des pertes. Elle représente une étape importante dans l'évolution du patient traumatisé crânien, puisqu'elle doit aboutir à une restauration narcissique. Elle peut passer inaperçue lorsqu'il existe des éléments ou des plaintes somatiques focalisant l'attention. Cette dépression se caractérise par un ralentissement et une inhibition intéressant tous les domaines (affectif, intellectuel, social), une douleur morale intense, parfois des conduites suicidaires, et des symptômes somatiques.

Cette dépression se rencontre à différents moments de l'accident :

- à la prise de conscience des handicaps, qui correspond en général aux premières séances de rééducation (orthophonie, kinésithérapie etc..), le patient réalisant alors l'ampleur des efforts à fournir.

- lorsque les séquelles sont fixées, et qu'il n'y a plus grand chose à attendre des différentes prises en charge. Ce moment correspond à la tentative de réinsertion ou à l'impossibilité d'une réinsertion.

-lorsqu'il y a retour à la vie familiale.

Le travail de deuil semble donc réapparaître à chaque fois que le patient est confronté à une des facettes de son handicap, et semble être de mieux en mieux géré au fur et à mesure que le patient ne cherche plus à retrouver à tout prix « ce qu'il était avant » ou plutôt ce qu'il imagine « avoir été ».

II - APPROCHE NEUROPSYCHOLOGIQUE

L'étude de l'effet d'une lésion cérébrale sur la compréhension et l'expression des émotions apparaît comme indispensable en neuropsychologie car elle doit permettre de diagnostiquer et de rééduquer une certaine forme d'adaptation sociale parallèlement aux troubles classiquement pris en charge.

Même s'il n'est pas question à l'heure actuelle de raisonner en terme de localisation cérébrale des émotions, on a coutume de faire une distinction inter-hémisphérique ainsi qu'une distinction intra-hémisphérique pour mettre l'accent sur la spécificité avec laquelle, non seulement chaque hémisphère, mais également chaque partie du cerveau (antérieure vs postérieure) gère le comportement émotionnel.

1 - DISTINCTION INTER-HÉMISPHERIQUE

Concernant la distinction inter-hémisphérique, l'utilisation du test de suppression hémisphérique de Wada dès la fin des années 50 a permis à différents auteurs de faire l'hypothèse que chaque hémisphère gère de manière particulière les émotions. D'après Perria et coll.* l'inactivation pharmacologique de l'hémisphère gauche au cours du test de Wada serait suivie de réactions dépressives importantes alors que l'inactivation de l'hémisphère droit induirait des réactions euphoriques ou maniaques.

Dès lors, l'hypothèse d'un centre des émotions positives dans l'hémisphère gauche et négatives dans l'hémisphère droit a été avancée. Ainsi, il existerait deux systèmes, à la base des composantes positives et négatives des conduites émotionnelles, situés respectivement dans l'hémisphère gauche et dans l'hémisphère droit et fonctionnant en équilibre dynamique.

Ces hypothèses ont été confirmées tant par les travaux chez les sujets normaux* que par l'examen neuropsychologique clinique de patients cérébrolésés.

Il est en effet fréquent d'observer chez les patients cérébro-lésés gauches une réaction émotionnelle intense de nature dépressive mais tout à fait adaptée à la situation, alors que l'on observe fréquemment chez les patients cérébro-lésés droits des réactions émotionnelles étranges et inadaptées au contexte.

2 - DISTINCTION INTRA-HÉMISPHERIQUE

Concernant la distinction intra-hémisphérique, on a coutume d'opposer la partie antérieure à la partie postérieure des hémisphères cérébraux et d'accorder un rôle spécifique aux lobes frontaux dans la prise en charge des conduites affectives et **émotionnelles**.

* (1961)

* (Ladavas et coll., 1980)

On associe en effet depuis longtemps lésion frontale et modifications de la personnalité*.

Phineas Gage, en 1848, alors qu'il faisait exploser de la poudre à fusil, fut frappé par une barre de fer qui lui traversa le crâne et produisit une lésion massive du cortex pré-frontal.

Le médecin traitant termina son rapport en le décrivant de la façon suivante : « Son esprit fut transformé d'une façon si radicale et définitive que sa parenté et ses amis disaient : « ce n'est plus Gage »...L'équilibre entre ses facultés intellectuelles et ses propensions animales semble avoir été détruit. Il est inconstant, irrévérent, incapable d'accepter conseils ou restrictions qui contrastent avec ses désirs...Un enfant dans ses manifestations et capacités intellectuelles, il a les passions animales d'un homme vigoureux. »

L'éventail des troubles de la personnalité d'origine frontale est large et hétérogène. Ces troubles semblent être liés tant à la personnalité pré-morbide du patient qu'à l'étiologie de la lésion ou encore à sa localisation exacte.

Il semblerait que les lésions de la convexité du lobe frontal entraînent une pseudodépression associant : ralentissement, apathie, baisse d'énergie et de réactivité émotive, alors que les lésions fronto-orbitaires induiraient des troubles évoquant une pseudo-psychopathie, caractérisés par l'insouciance, la désinhibition, le manque de tact, les calembours grossiers et souvent à contenu sexuel.

*(Baribeau, 1987)

CONCLUSIONS

Nous avons décrit très rapidement ici la nature des troubles de la personnalité et du comportement émotionnel que peuvent présenter des patients traumatisés crâniens. Ces quelques lignes reflètent à peine le désarroi qui s'empare de ces patients souvent jeunes dont la vie semble brisée.

Le développement d'outils diagnostiques ainsi qu'une meilleure compréhension de ces troubles psychopathologiques devrait aider chaque thérapeute, confronté à ces patients, quelle que soit sa formation initiale, à accepter de prendre en compte l'ampleur de ces troubles et leur retentissement aux différentes étapes de : prise de conscience des déficits, début de la rééducation, retour au domicile et réinsertion.

Il ne s'agit pas de s'improviser psychologue clinicien mais simplement d'essayer de comprendre la souffrance de chaque patient, malgré son impossibilité souvent à l'exprimer, afin de réfléchir à la meilleure (ou aux meilleures) prise (s) en charge à même d'aider le patient à se reconstruire et à s'accepter tant du point de vue physique que psychique, affectif ou intellectuel.

BIBLIOGRAPHIE

- BARIBEAU J., (1987). Neuropsychologie de l'affectivité. In « *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. M.I. Botez (ed). Presses Universitaires de Montréal, 1987.
- CROCQ L., (1992). Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, état de stress post-traumatique et autres séquelles. *Psychologie Médicale*, 24, 427-432.
- DUMOND J.J., FAYOL P., (1995). Le syndrome subjectif des traumatisés crâniens. *Neuro-Psy*, 10, 427-433.
- LADAVAS E., UMILTÀ C, ET RICCI-BITTI P.E., (1980). Évidence for sex differences in right-dominance for emotions. *Neuropsychologia*, 18, 361-366.
- OPPENHEIM-GLUCKMAN H. (1994). Processus de reconstruction de l'identité après un coma. *Revue Française de Psychosomatique*, Juin, 149-169.
- OPPENHEIM-GLUCKMAN H. (1995). Clinique Psychopathologique des traumatisés crâniens sévères. *Neuro-Psy*, 10, 348-357.
- OPPENHEIM-GLUCKMAN H., FERMANIAN J., DEROUENÉ C., (1993). Coma et vie psychique inconsciente. *Revue Internationale de Psychopathologie*. 11, 425-450.
- PERRIA L., ROSADINI G., ROSSI G.F., (1961). Determination of side of cerebral dominance with amobarbital. *Archives of Neurology*, 4, 173-181.