

L'APPROCHE NEUROPSYCHOLOGIQUE EN ADDICTOLOGIE

David Lefebvre, psychologue

LA NEUROPSYCHOLOGIE

Neuropsychologie: étude des liens entre les lésions cérébrales et les conséquences sur les comportements des personnes.

S'appuie essentiellement sur la passation de tests papier-crayon.

La consommation excessive, aiguë ou chronique d'alcool entraîne des lésions et des dysfonctionnements cérébraux

On peut constater une impulsivité, des persévérations, des pertes de mémoire, une communication inadaptée et des difficultés à prendre conscience de ces troubles.

LE REPÉRAGE

Les troubles neuropsychologiques peuvent passer inaperçus au court d'un entretien. Ils sont en général nettement plus prégnant durant la réalisation de certaines tâches spécifiques (préparation des repas, orientation dans le service...). L'ensemble du personnel joue un rôle essentiel dans le repérage.

Formation des IDE et aides-soignants à la passation de tests de dépistage.

Un bilan neuropsychologique complet permet de mettre à jour les troubles spécifiques et d'adapter la prise en charge.

L'IMPULSIVITÉ

Comportements réalisés prématurément, excessivement risqués, inappropriés à la situation et pouvant entraîner des conséquences indésirables.

L'impulsivité est difficilement observable en entretien: nécessité de s'appuyer sur les observations de l'équipe durant les activités de la vie quotidienne.

Généralement interprétée comme un trait de personnalité, propre au patient (colérique, impoli...).

L'IMPULSIVITÉ

Mr A. présente des comportements inadaptés face aux membres de l'équipe et aux autres patients (agressivité verbale, ne respecte pas les règles...)

Il fait preuve d'une importante labilité émotionnelle.

Explosion de colère pour des incidents mineurs.

Réaction de l'équipe: verbalisation et recadrage

L'IMPULSIVITÉ

Rôle du neuropsychologue: aider l'équipe à ne pas considérer ces comportements comme volontaires mais comme l'une des conséquences des lésions cérébrales.

Mr A connaît le cadre mais n'a plus les ressources nécessaires pour se contrôler.

Prise en charge de l'impulsivité:

- Aider à la prise de conscience: reprise immédiate (soignant présent durant l'activité), prise de conscience des signaux corporels (kinésithérapeute)
- Permettre un délai entre l'apparition de la pulsion et l'expression comportementale: aide médicamenteuse (médecin), tâches distrayantes (infirmiers, aides soignants), exercices de relaxation rapides (psychologues)
- Rééducation des capacités d'inhibition identification des situations à risque (psychologue)

LES PERSÉVÉRATIONS

Comportements répétés alors que l'objectif est atteint, le patient ne parvient pas à passer à une autre tâche, ni à modifier ses comportements habituels.

Facteur de risque d'une rechute rapide.

Patient perçu comme manquant de motivation, épuisement de l'équipe soignante.

LES PERSÉVÉRATIONS

Mr U bénéficie d'une seconde prise en charge dans le service, la réalcoolisation a été rapide (1 semaine).

L'équipe peine à donner du sens à son travail et se sent surmenée.

La motivation du patient est remise en question et devient la cible thérapeutique principale.

LES PERSÉVÉRATIONS

L'éclairage neuropsychologique permet d'élargir le questionnement au-delà des considérations sur la motivation au changement.

Déficit de la flexibilité mentale: sans signal extérieur, le patient répète indéfiniment les mêmes actions.

Nécessité d'adapter l'environnement (ergothérapeute).

Casser les habitudes dans les actes de la vie quotidienne (aides soignants).

LES PERTES DE MÉMOIRE

Difficultés à apprendre des informations nouvelles.

Impact sur de nombreuses activités durant la cure (cours médicaux, cours contrat, atelier photo...)

Nécessité de mise en place d'aide à la mémorisation et au rappel (technique d'imagerie, carnet mémoire...) par le psychologue.

Tout nouvel apprentissage n'est envisageable qu'avec l'implication de l'ensemble des soignants (rappel systématique des stratégies compensatoires).

LA COMMUNICATION

Dans la maladie alcoolique, la communication verbale est épargnée, toutefois, il existe un déficit d'identification des composantes non verbales (expressions faciales émotionnelles, tonalité de la voix...).

En particulier: surestimation de la colère et hypersensibilité au rejet.

Compréhension parfois difficile entre le malade alcoolique et l'entourage (soignant ou non).

LA COMMUNICATION

Rôle du psychologue:

- Éducation du patient aux techniques de communication (affirmation), travail d'identification et d'expression émotionnelle
- Analyse des communications et en particulier des messages non verbaux avec l'équipe

Rôle de l'équipe:

- Cohérence entre les messages verbaux et non verbaux
- Attention particulière portée aux situations de rejet

ANOSOGNOSIE

Incapacité à prendre conscience des troubles.

Souvent confondu avec le déni ou attribué à la « mauvaise foi » du patient.

Risque important de surestimation des capacités propres par la patient, pouvant entraîner des réticences à adhérer aux soins et la minimisation des changements nécessaires.

ANOSOGNOSIE

Le rôle du psychologue est ici de sensibiliser l'équipe à la problématique (différent du déni) et de confronter le patient afin de permettre la prise de conscience des troubles.

La confrontation est souvent pénible pour le patient, et le psychologue identifié comme le mauvais objet, il est alors nécessaire de pouvoir se reposer sur un autre membre de l'équipe pour soutenir le patient.

CONCLUSION

Les troubles cognitifs ont un impact très large sur les activités du patient, le neuropsychologue seul ne peut identifier l'ensemble des troubles.

Le point de vue neuropsychologique permet de mettre en lumière certains comportements qui resteraient incompris sans cette analyse spécifique.

La prise en charge de ces troubles n'est possible que par le croisement des points de vue afin de traduire les résultats aux tests en leurs conséquences concrètes pour le patient.