

11 Soigner les troubles psychiques associés

Détecter une « comorbidité », c'est-à-dire une maladie psychiatrique ou somatique qui s'ajoute au trouble autistique ou au handicap mental, fait partie de la conceptualisation. Interpellé par la souffrance d'un sujet handicapé, l'accompagnant, surtout s'il est professionnel de la santé, doit se demander si nous sommes en présence d'un trouble psychique (ou mental) caractérisé. Un diagnostic de comorbidité a un double intérêt ; d'une part, il ouvre des portes insoupçonnées pour aider le patient ; le trouble psychique qui s'ajoute au handicap peut souvent bénéficier d'un traitement médicamenteux spécifique (comme dans le cas de la dépression ou du trouble bipolaire) qui améliore la situation et facilite l'aide éducative et psychothérapique ultérieure. D'autre part, le diagnostic d'une comorbidité nous éclaire sur la conceptualisation et les protocoles thérapeutiques qui en découlent. Par exemple, le diagnostic d'une dépression nous conduira à privilégier, en même temps ou à la place des antidépresseurs, un programme d'activation comportementale.

La dépression n'est pas toujours triste !

Dans cette population ayant un autisme ou un retard mental, la dépression a souvent une présentation atypique. Certes, les personnes disposant de langage fonctionnel et capables d'exprimer leurs émotions peuvent dire qu'elles sont tristes, mais le clinicien aura toujours besoin d'informations données par les tiers. L'entourage peut ainsi rapporter des signes évoquant la dépression, tels que la mimique triste, les crises de larmes, l'anhédonie (la perte d'intérêt pour des activités, des personnes et des objets qui suscitaient autrefois du plaisir), le retrait, l'irritabilité (avec des comportements auto- ou hétéroagressifs), les troubles du sommeil, la perte des compétences acquises, l'inappétence (avec perte de poids) et même parfois des propos suicidaires. Plus le langage est pauvre, plus le clinicien comptera sur les informations données par les aidants pour étayer son diagnostic. La dépression se manifeste habituellement par l'apparition de plusieurs de ces signes, qui persistent même si les événements ayant pu leur donner naissance ne sont plus. Comme nous l'avons évoqué avec notre « candélabre », la dépression peut être vue de différentes manières complémentaires : ici comme un trouble mental qui justifie un traitement antidépresseur et, plus loin, avec l'activation comportementale, comme un processus de renforcement négatif.

Laurent, jeune homme de 28 ans, ayant un TSA avec une DI légère, vit dans un foyer et passe ses week-ends chez sa mère. Cependant, ces journées en commun que partageaient mère et fils se passaient de plus en plus mal. Laurent, déjà un peu irritable pendant la semaine, prit brusquement l'habitude d'injurier sa mère dès la moindre contrariété. La mère était persuadée que son fils lui en voulait de l'avoir placé dans un foyer, et qu'il n'osait pas ou ne savait pas le dire. À part cela, Laurent était souriant la plupart du temps à la maison ; ni la mère ni le personnel de l'établissement n'ont repéré d'événement pouvant expliquer ce changement de comportement. En plus, Laurent était en bonne santé, l'examen médical somatique était dans les normes.

En interrogeant la mère et le personnel du foyer, les thérapeutes ont mis en évidence des signes discrets de dépression : quelques crises de larmes inexplicables, tendance à être moins souriant et moins loquace pendant ses activités favorites, sommeil un peu raccourci le matin. Un traitement anti-dépresseur fut prescrit, ce qui rétablit la situation au bout de deux semaines. On voit ici que le signe principal qui annonçait la dépression était l'irritabilité et les comportements agressifs.

À retenir

Une « règle d'or » dans l'autisme et le handicap mental

Chez les personnes qui n'ont pas de langage fonctionnel, la douleur physique et la dépression sont deux conditions à évoquer devant toute modification inexplicable du comportement, notamment lors de l'apparition ou de l'aggravation des comportements agressifs, cela avant même de chercher à faire l'analyse fonctionnelle de ces comportements.

Exemple de la bipolarité

Benjamin est un adolescent de 15 ans, porteur d'un TSA avec handicap mental. Son langage est pauvre, limité à quelques mots et expressions dont le sens est incertain.

Ses parents décrivent des troubles du comportement évoluant depuis quelques années. Benjamin mord les bras de ses parents, parfois des autres proches, ou essaie de les tordre. Ces comportements agressifs sont présents presque tous les jours ; ils semblent parfois provoqués par une frustration, quand les parents disent non à une demande, mais bien souvent on n'arrive pas à identifier de facteur déclenchant.

Les thérapeutes, sollicités par les parents, ont établi des grilles d'observation qui ont confirmé l'impression initiale des parents, à savoir que les troubles sont généralement provoqués par des frustrations (par exemple,

Benjamin veut que sa mère reste avec lui au lieu d'aller au travail, il essaie de la retenir, etc.). Ces comportements apparaissent cependant aussi en l'absence d'événements frustrants.

Les observations ont été poursuivies sur de plus longues périodes. Elles ont finalement montré une légère variation des troubles : deux ou trois fois par an, et pendant quelques semaines, les troubles sont plus fréquents que le reste du temps. Les thérapeutes ont formulé l'hypothèse d'une cyclothymie ou d'un trouble bipolaire. Un traitement thymorégulateur a apporté une grande amélioration. Depuis trois ans, le jeune homme continue de produire des gestes agressifs de temps en temps ; leur intensité cependant est moindre et leur fréquence est descendue au quart environ de ce qui était constaté auparavant. Maintenant que les troubles du comportement sont devenus moins massifs, il a été plus facile pour les thérapeutes de mener, en collaboration avec les parents, une analyse fonctionnelle des troubles résiduels, que le traitement médicamenteux n'a pas pu juguler. Celle-ci a de nouveau mis en avant l'hypothèse de gestes agressifs en cas de frustration, le patient ayant du mal à supporter la colère provoquée par ces situations.

Ainsi, dans un deuxième temps, une aide à gérer les émotions a été mise en place, en même temps l'équipe soignante a aidé la famille à améliorer l'utilisation du système de communication par images, qui était déjà en place. Au terme de cette thérapie, les gestes agressifs sont devenus très rares et, surtout, Benjamin semble plus heureux qu'avant.

Accepter les médicaments

L'histoire de Bruno nous montre comment un traitement médicamenteux peut aider le sujet porteur de handicap à un certain moment de sa vie, et surtout comment le thérapeute peut travailler avec le patient et sa famille pour accepter ce traitement.

Bruno est un jeune de 17 ans, porteur d'un TSA avec une DI moyenne. Il vit chez ses parents et fréquente un IMPRO. Il peut faire des phrases correctes, souvent hors contexte, mais son langage, en temps normal, est plutôt fonctionnel (il sait exprimer ses besoins, demander de l'aide, etc.). Au début de l'année scolaire, malgré une bonne intégration à l'IMPRO et un environnement familial stable et sécurisant, les éducateurs et les parents furent alarmés par une angoisse croissante ; Bruno était comme fébrile, semblait avoir peur des gens et finissait par ne plus vouloir sortir de la maison. Le médecin a évoqué une dépression, un trouble anxieux, une agoraphobie. Cependant, les interventions en TCC proposées s'avèrent inefficaces, tant l'anxiété était, et restait, sévère. Les parents, initialement réticents pour donner un traitement médicamenteux, avaient accepté que leur fils prenne un antidépresseur. Les accompagnants, parents comme éducateurs, ont finalement remarqué que Bruno avait des attitudes d'écoute

(comme s'il avait des hallucinations auditives). Le médecin a évoqué un épisode psychotique aigu et a proposé un traitement antipsychotique. Les parents étaient toujours un peu réticents ; les thérapeutes ont alors orienté la TCC pour travailler avec les parents, non sur l'anxiété de Bruno, mais sur la perception des médicaments par les parents. Ils ont réussi à instaurer un climat de confiance et d'empathie avec les parents, leur ont posé des questions ouvertes sur leurs craintes. Les craintes des familles des personnes autistes au sujet des médicaments psychotropes sont justifiées et il faut les prendre en compte ; ces médicaments ne doivent pas être prescrits ou pris à la légère. Il est cependant du devoir des thérapeutes d'évaluer avec les proches (et avec le patient lorsque ses capacités cognitives le permettent) le rapport bénéfice/risque du médicament et, si ce rapport est avantageux, de les aider à accepter le traitement.

Cette démarche est particulièrement importante en cas d'épisode psychotique aigu car la TCC n'y est pas indiquée, le seul traitement efficace étant les médicaments antipsychotiques. Dans le cas de Bruno, une dose modérée d'antipsychotique a apporté un soulagement rapide de l'anxiété et une disparition des hallucinations. Dans d'autres cas, les parents ayant maintenu leur opposition au traitement, la souffrance psychotique a persisté beaucoup plus longtemps.