



**« LA COINFECTION VIH VHC DANS TOUS SES ETATS »**

# **EN AMONT, PREPARER AU TRAITEMENT**

**SFLS MARSEILLE 2012**

JF Souchon Psychologue

Service de Médecine Interne 1

Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Paris

# Les troubles psys dans la coinfection

- **Sur le plan psychologique**

- Déni de la réalité
- Clivage interne (information acceptés ou non)
- Rationalisation
- Agressivité, régression, conduites phobiques, obsessionnelles, sadiques
- Centration sur le corps, investi affectivement, recherche des dysfonctionnements
- Angoisse archaïque de dévoration interne
- Blessure narcissique

- **Sur le plan psychiatrique**

- Troubles anxieux fréquents
- Troubles de l'humeur fréquents
- Troubles maniaques +
- Risques suicidaires +

Les troubles psys dans la coinfection peuvent être en lien

- **A l'annonce de la maladie VIH VHC**

- ▶ déstabilisation thymique (anxiété, variation de l'humeur agitation intérieure, asthénie, perte de confiance, troubles sexuels) elle correspond au travail de deuil normal (# dépression) (il est important de pouvoir faire confiance aux processus d'adaptation du sujet...donc pas d'anticipation systématique de prescription AD)

- ▶ dépression plus fréquente chez sujets ayant des ATCD de dépression, fragiles ou vulnérables.

- **A la maladie elle-même (VHC +)**

- **Aux symptômes réels ou ressentis (VIH VHC)**

- ▶ fatigue => sentiment d'inutilité => dépression

- ▶ dg maladie = « être malade, sans devenir » => anxiété, dépression

- **Aux effets secondaires des traitements (pendant le TT)**

- ▶ Interferon, Ribavirine, Sustiva peuvent faire décompenser des troubles de personnalité sous jacente.

- ▶ Fatigue

(1/3 VHC troubles thymiques, hypomanie, dépression et plus fréquents chez sujets ayant des ATCD psy ou vulnérables)

- **Aux effets secondaires des traitements (après le TT VHC)**

- ▶ **dépression après l'échec thérapeutique:**

- soit parce que le TT à été interrompu à causes des effets secondaires,
    - soit parce que le patient est « non répondeur »,
    - soit parce qu'il est « rechuteur »,
    - soit parce que le patient est guéri mais conserve des  $\Sigma$  invalidants
    - soit parce que le patient est guéri mais que cette réussite est vécue comme un échec (ex troubles narcissiques sous jacents aux problématiques addictives)

(il arrive aux professionnels d'oublier ou de minimiser les risques d'échec...c'est la préparation et l'accompagnement qui sont le plus utiles pour aider à s'adapter à ce qui est vécu comme une injustice, une perte de chance de mieux vivre)

- ▶ **dépression paradoxale**

Dans les situations de surinvestissement de la période du TT, de glissement de la dépendance addictive vers le soin somatique, de sentiment d'abandon ou de vide succédant à un suivi hyper-intensif

## **En résumé, « en amont préparer au traitement »**

- Avoir un peu de temps pour un travail de réappropriation de soi
- Évaluer les ATCD psy..., les trauma antérieurs...
- Reconnaître l'« objectivité » et la « subjectivité » de la relation à la maladie et au traitement
- Donner / recevoir une information
  - maladie...
  - TT (aspects favorables, la guérison possible, l'échec possible...)
  - Effets secondaires (variable d'un sujet à l'autre, facteurs  $\phi$  + facteurs  $\Psi$ )
- Reconnaître l'ambivalence
  - relation (transfert / contre-transfert)
  - traitement (ami / ennemi)
  - soin (vouloir se soigner ou pas)
- Créer une relation de confiance réciproque, collaborer
- Donner / prendre la parole
- L'accompagnement thérapeutique processus continu
  - avant, pendant, après (VHC) le TT