

## *Psychiatrie adulte*

---

<b>I. INTRODUCTION A LA PSYCHIATRIE CLINIQUE</b>	<b>7</b>
<b>A. Classifications</b>	<b>7</b>
1. DSM	7
2. CIM 10	7
<b>B. Le diagnostic</b>	<b>8</b>
1. Définition du diagnostic	8
2. Limites en psychiatrie	8
3. Intérêt d'un diagnostic précis	8
4. Particularités d'un bilan psychiatrique	8
5. Diagnostic positif ou différentiel	8
a) Positif	8
b) Différentiel	8
<b>C. Les entretiens</b>	<b>9</b>
1. L'entretien	9
a) Première partie : entretien libre	9
b) Deuxième partie : entretien directif	9
2. Techniques d'entretien	9
a) Trois étapes principales	9
b) Trois fonctions de l'entretien médical	9
c) Deux objectifs techniques essentiels	10
d) Deux styles d'entretien	10
e) Mener l'entretien	10
f) Questions ouvertes/fermées	10
g) Modèle bio-psycho-social	10
h) Comportement de maladie	10
3. Sémiologie : A rendre compte	11
a) La présentation	11
b) Trouble des conduites instinctuelles	11
c) Conduite et comportement social	12
d) Vigilance	12
e) Troubles de la conscience de soi (/estime de soi)	12
f) Troubles de l'humeur	12
g) Troubles des perceptions	13
h) Troubles de la mémoire	13
i) Troubles de la pensée	13
j) Troubles du jugement	14
<b>II. HISTOIRE DES IDEES EN PSYCHOPATHOLOGIE</b>	<b>15</b>
<b>III. LES SCHIZOPHRENIES</b>	<b>19</b>
<b>A. Différence entre névrose et psychose</b>	<b>19</b>
<b>B. Symptômes schizophréniques</b>	<b>19</b>
1. Définition	19
2. Historique	20
a) Emil Kraepelin (1856-1926)	20
b) Eugen Bleuler (1857-1939)	20
<b>C. Les origines de la schizophrénie</b>	<b>21</b>

<b>D. Hypothèses étiologiques</b>	<b>21</b>
<b>E. Clinique</b>	<b>23</b>
1. Classement en symptômes positifs et négatifs	23
2. Classement en Syndromes	23
a) Syndrome dissociatif, de discordance, de désorganisation	23
b) Syndrome délirant, de distorsion de la réalité	24
c) Syndrome d'automatisme mental	24
d) Syndrome d'appauvrissement	25
<b>F. Formes cliniques</b>	<b>25</b>
1. Selon le mode de début	25
2. Selon l'expression clinique	26
a) Forme paranoïaque	26
b) Forme hébéphrénique	26
c) Forme catatonique	26
d) Forme héboïdophrénique	26
e) Formes dysthymiques, troubles schizo-affectifs	26
f) Formes pseudo-névrotiques	27
g) Paraphrénie	27
<b>G. Evolution</b>	<b>27</b>
<b>H. Diagnostic positif et différentiel</b>	<b>29</b>
<b>I. Prise en charge</b>	<b>30</b>
<b>IV. LES DELIRES CHRONIQUES SYSTEMATISES</b>	<b>34</b>
<b>A. Généralités</b>	<b>34</b>
<b>B. Historique</b>	<b>34</b>
1. IX <sup>ème</sup> siècle	34
2. Début XX <sup>ème</sup> siècle	34
3. 1920	35
<b>C. Clinique</b>	<b>36</b>
1. Organismes	36
a) Mécanismes	36
b) Thèmes	36
2. Organisations	36
a) Délires paranoïaques systématisés	36
(1) Délire d'interprétation systématisé (paranoïa)	36
(a) Mécanisme du délire	37
(b) Thèmes	37
(c) Structure en réseau +++	37
(d) Eléments du diagnostic paranoïa	38
(2) Délire de relation des sensitifs de KRETSCHMER	38
(a) Mécanisme du délire	38
(b) Thèmes	39
(c) Structure limitée à un secteur (familial ou professionnel)	39
(3) Paranoïa sénile de KLEIST	39
(4) Prise en charge	39
b) Délires passionnels	40
(1) Délire de revendication	40
(a) Mécanismes	40
(b) Thèmes	40
(c) Structure en secteur +++	40
(2) Délire de jalousie	41

(a) Mécanisme	41
(b) Thème	41
(c) Structure en secteur +++	41
(d) Facteurs favorisants	41
(e) Diagnostic différentiel	41
(3) Le délire érotomaniaque	42
(a) Mécanismes passionnels	42
(b) Thème	42
(c) Structure en secteur +++	42
(d) Les trois stades de DE CLERAMBAULT	42
(e) Formes cliniques	42
c) PHC	43
(a) Clinique	43
(b) Evolution	44
(c) Diagnostics différentiels	44
d) Paraphrénie	45
(a) Phase d'état : caractéristiques	45
(b) Formes cliniques	45
(c) Critères diagnostiques	45
(d) Diagnostic différentiel	46
e) Délires partagés	46
<b>D. Conclusion</b>	<b>46</b>
<b>E. Diagnostic différentiel des délires paranoïaques</b>	<b>47</b>
<b>V. LES DELIRES AIGUS</b>	<b>48</b>
<b>A. La bouffée délirante aiguë typique</b>	<b>48</b>
1. Critique de la bouffée délirante de GRIVOIS	48
2. Début	49
3. Phase d'état	49
4. Facteurs psycho réactionnels et troubles de la personnalité	50
<b>B. Bouffée délirante aiguë atypique</b>	<b>50</b>
<b>C. BDA symptomatique d'une affection</b>	<b>51</b>
1. Affections psychiatriques	51
2. Affections somatiques	51
<b>D. Prise en charge</b>	<b>52</b>
<b>E. Modalités évolutives</b>	<b>52</b>
<b>F. Pronostic par rapport à la schizophrénie</b>	<b>52</b>
<b>VI. SYNTHÈSE SUR LES PSYCHOSES AIGUES/CHRONIQUES</b>	<b>53</b>
<b>VII. LES TROUBLES ANXIEUX</b>	<b>54</b>
<b>A. Historique</b>	<b>54</b>
<b>B. Définitions</b>	<b>54</b>
<b>C. Sémiologie de l'anxiété</b>	<b>55</b>
<b>D. La névrose d'angoisse</b>	<b>56</b>
1. Définition	56

2.	Nosographie	56
<b>E.</b>	<b>PTSD</b>	<b>57</b>
1.	Clinique	57
2.	Prévention	58
<b>F.</b>	<b>Phobies spécifiques et phobies sociales</b>	<b>60</b>
1.	Clinique	60
2.	Prévalence	60
3.	Exemples de forme clinique	60
4.	Diagnostic positif	61
5.	Evolution	61
6.	Traitement	61
<b>G.</b>	<b>Anxiété généralisée (TAG)</b>	<b>61</b>
1.	Clinique	61
2.	Prévalence	61
3.	Symptomatologie	62
4.	Evolution	62
5.	Traitement	62
<b>H.</b>	<b>Trouble panique et agoraphobie</b>	<b>63</b>
1.	Clinique	63
2.	Diagnostic positif	64
3.	Evolution	64
4.	Traitement	65
5.	Diagnostics différentiels	66
<b>I.</b>	<b>Trouble obsessionnel compulsif TOC</b>	<b>66</b>
1.	Clinique	66
2.	Obsessions	67
3.	Diagnostic différentiel	67
4.	Compulsions et rites conjurateurs	68
5.	Thèmes des obsessions et des compulsions	68
6.	Les formes cliniques	68
7.	Traitement	69
8.	Évolution	69
<b>VIII.</b>	<b>LES TROUBLES DE L'HUMEUR</b>	<b>70</b>
<b>A.</b>	<b>Les états dépressifs</b>	<b>70</b>
1.	Critères de durée	71
2.	Caractéristiques associées	71
3.	Caractéristiques selon l'âge	71
4.	Formes cliniques	72
a)	Dépression majeure ou unipolaire	72
b)	Dysthymie/Cyclothymie	73
c)	Dépression majeure à caractère saisonnier	73
d)	Dépression du post partum ou post avortum	73
e)	Folie myxoedémateuse	73
f)	Trouble thymique organique type dépressif	74
g)	Dépression selon l'âge	74
h)	Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive	74
i)	Chagrin	74
j)	Dépression atypique	74
5.	Différences cliniques	75
6.	Traitement	79
7.	Evolution	80
8.	Personnalité et dépression	80

9.	Le suicide	81
10.	Problématique du deuil	82
<b>B.</b>	<b>Troubles maniaques ou hypomaniaques</b>	<b>84</b>
1.	Clinique	84
2.	Formes cliniques	85
a)	Trouble thymique organique	85
b)	Syndrome du « chapelier fou » (« mad hatler »)	85
c)	Manie dans l'adolescence	85
d)	Trouble bipolaire cyclique d'alternance rapide	85
e)	Cyclothymie	85
3.	Prise en charge	86
4.	Evolution	87
5.	Diagnostics différentiels	87
<b>C.</b>	<b>Les troubles bipolaires</b>	<b>88</b>
1.	Les troubles bipolaires	89
2.	Troubles de l'humeur DSM IV-TR	89
3.	Traitement	90
4.	Evolution	91
<b>IX.</b>	<b>L'HYSTERIE</b>	<b>92</b>
<b>A.</b>	<b>Hystérie de conversion</b>	<b>92</b>
<b>B.</b>	<b>Diagnostic Syndrome de BRIQUET</b>	<b>92</b>
<b>C.</b>	<b>L'hystérie dans la clinique traditionnelle</b>	<b>92</b>
<b>D.</b>	<b>Personnalité histrionique</b>	<b>93</b>
<b>E.</b>	<b>Troubles dissociatifs DSM IV</b>	<b>93</b>
<b>F.</b>	<b>L'homme hystérique</b>	<b>93</b>
<b>G.</b>	<b>Hystérie contagieuse</b>	<b>94</b>
<b>X.</b>	<b>LES PERSONNALITES PATHOLOGIQUES</b>	<b>95</b>
<b>A.</b>	<b>Classification des personnalités</b>	<b>96</b>
1.	HIPPOCRATE	96
2.	Le BIG-FIVE : OCEAN	96
3.	Classification de EYSENK	96
4.	Classification du DSM IV, axe II	96
<b>B.</b>	<b>Personnalité anti-sociale</b>	<b>97</b>
<b>C.</b>	<b>Personnalités hystériques et dépendantes</b>	<b>98</b>
1.	Clinique	98
2.	Évolution	98
<b>D.</b>	<b>Personnalité paranoïaque</b>	<b>99</b>
1.	Clinique	99
2.	Évolution	100
<b>E.</b>	<b>Personnalités psychasthéniques, obsessionnelles ou personnalités compulsives</b>	<b>100</b>
1.	Personnalité psychasthénique	100
2.	Personnalité obsessionnelle ou compulsive	100

3.	Personnalité anankastique	101
4.	Évolution	101
<b>F.</b>	<b>Personnalité psychopathique</b>	<b>102</b>
1.	Clinique	102
2.	Évolution	102
3.	Sociopathie	102
<b>G.</b>	<b>Personnalité limite</b>	<b>102</b>
1.	Clinique	102
2.	Évolution	103
<b>H.</b>	<b>Perversion</b>	<b>104</b>
1.	Perversions sexuelles	104
2.	Différence pervers/perversité	104
<b>I.</b>	<b>Comportements violents dans cadre familial</b>	<b>105</b>
<b>XI.</b>	<b>LES ADDICTIONS</b>	<b>106</b>
<b>A.</b>	<b>Introduction</b>	<b>106</b>
<b>B.</b>	<b>Les principaux toxiques</b>	<b>106</b>
1.	Alcool	106
2.	Hashisch/cannabis	107
3.	Héroïne	107
4.	Cocaïne	107
5.	Amphétamines, kétamines, ecstasy	107
<b>C.</b>	<b>Problèmes d'alcoolisme</b>	<b>108</b>
1.	Définition médicale	108
2.	Plusieurs types d'alcoolismes, différents profils	108
3.	Alcoolisme féminin	109
4.	Alcoolisme primaire	109
5.	Alcoolisme secondaire	109
<b>XII.</b>	<b>ETUDE D'UN CAS CLINIQUE</b>	<b>110</b>
<b>A.</b>	<b>Recueil sémiologique</b>	<b>110</b>
1.	Symptômes	110
2.	Syndrome, regroupement syndromique	110
<b>B.</b>	<b>Discussion diagnostique</b>	<b>110</b>
1.	Diagnostic positif	110
2.	Diagnostic différentiel	110
<b>C.</b>	<b>Recherche d'informations complémentaires pour orienter le diagnostic</b>	<b>111</b>
<b>D.</b>	<b>Prise en charge psychiatrique</b>	<b>112</b>
<b>E.</b>	<b>Evolution et pronostic</b>	<b>113</b>
1.	Evolution favorable si les trois conditions sont présentes	113
2.	Evolution défavorable si une des quatre conditions n'est pas présente	113
3.	Pronostic réservé	113
<b>XIII.</b>	<b>AUTRE COURS DE PSYCHIATRIE ADULTE</b>	<b>114</b>

# I. Introduction à la psychiatrie clinique

Clinique symptôme (≠ interprétation)

## A. Classifications

### 1. DSM

C'est un des premiers outils de classification effectué par les US.

L'homosexualité n'appartient plus aux pathologies psychiatriques du DSM IV contrairement au tabagisme. L'appartenance est décidée lorsque l'état est source de souffrance personnelle ou quand il y a un critère de durée. Par exemple, lorsque l'état dure depuis plus de deux semaines, le patient est considéré comme déprimé ou comme maniaque.

Il faut aussi prendre en compte la souffrance de l'entourage.

Aujourd'hui nous en sommes au DSM IV : c'est la cinquième révision (3 et 3 révisé)

Il y a cinq axes :

1. Dépression
2. personnalité
3. pathologies dissociées
4. ...
5. évaluation globale du fonctionnement

Dépression névrotique ou réactionnelle : la personnalité peut être un obstacle au traitement médicamenteux, d'où la nécessité d'un traitement psychologique.

### 2. CIM 10

C'est une classification internationale commandée par l'OMS, à partir d'études multicentristes, épidémiologiques sur plusieurs pays afin que le facteur culturel soit moins important.

Il y a des classifications et des consensus afin de bien soigner et afin de prévoir l'évolution. Il s'agit alors de recueillir les facteurs de pronostic. Par exemple, pour une bouffée délirante le pronostic est positif si le début est brutal et que le patient répond au traitement, tandis qu'il est négatif lorsque le début est plus lent.

Il faut faire attention aux non dits concernant le diagnostic. Il n'y a pas de certitude, ne jamais être dans l'affirmatif. Par exemple, lorsqu'il y a retrait social, plusieurs diagnostics sont concernés.

Le DSM et le CIM sont des classifications catégorielles. Or on constate un continuum entre les différentes pathologies psychiatriques. Par exemple le concept de psychose unique du début du siècle est fonction de la personnalité, de la structure... il va se manifester différemment aujourd'hui.

Kraepelin a proposé la classification dite dichotomique : la folie maniaco-dépressive et... puis il y a eu apparition de la troisième psychose (schizo).

**Hallucination** : perception sans objet.

**Délire** : conviction erronée (non réelle) et inébranlable (pas de changement d'avis)

### **Traitement schizophrénie**

Neuroleptiques, qui sont aussi efficaces dans les troubles bipolaires, tandis que les antidépresseurs sont aussi efficaces dans les troubles schizophréniques. D'où l'intérêt d'une approche dimensionnelle ( $\neq$  catégorielle) : lorsqu'il y a plusieurs symptômes, il faut s'intéresser à celui qui prédomine.

## **B. Le diagnostic**

L'analyse sémiologique est une enquête, il ne faut rien laisser au hasard. Avoir un maximum d'arguments pour diagnostiquer car l'erreur dans le traitement peut être dramatique.

### **1. Définition du diagnostic**

*« Compilation de signes et de symptômes de fonctions physiologiques altérées, et leur classification en entités dans lesquelles on peut prévoir une évolution... le diagnostic concerne également l'étiologie et le choix des modalités thérapeutiques »*

### **2. Limites en psychiatrie**

- souvent étiologie inconnue
- traitement empirique

### **3. Intérêt d'un diagnostic précis**

- choix de la méthode thérapeutique, adapter la prise en charge
- prévision de l'évolution sous traitement, évaluer l'évolution.

### **4. Particularités d'un bilan psychiatrique**

- qualité de la relation à autrui
- degré de satisfaction sur les plans sexuel, créatif et matériel
- modes d'adaptation typique du sujet et ses défenses psychologiques
- techniques du parler et de l'écoute

Délai d'action pour juger de l'efficacité d'un médicament (ex : antidépresseurs 6 mois si il y a une diminution des symptômes, schizo : si rémission symptôme, arrêt du traitement après 2 ans). Il faut faire attention aux effets secondaires.

### **5. Diagnostic positif ou différentiel**

#### **a) Positif**

C'est celui qui nous paraît le plus probable (avec plus ou moins de certitudes) en fonction duquel on met en place une thérapeutique.

#### **b) Différentiel**

C'est le ou les diagnostics qui peuvent prêter à confusion avec le diagnostic positif.



## **C. Les entretiens**

Il faut s'adapter au milieu culturel dont est issu la personne (ex : sorcellerie en Afrique) et savoir s'adapter au niveau socio-économique de la personne. Il faut faire attention lors du premier entretien à dire bonjour, se présenter : nom et fonction.

Dialectique qui se construit dans une intersubjectivité.

Cinq phases :

1. Accueillir quelqu'un qui souvent n'est pas à l'aise, livré à une angoisse. Se laisser impressionner sans se laisser enfermer.
2. Cerner le problème par de la compassion, une attitude de disponibilité, questionnement.
3. Essayer d'obtenir une certaine alliance avec le patient : critère décisif de l'efficacité. Trouver un registre d'alliance qui implique un objectif et une capacité de changement.
4. Tester la flexibilité du patient, de sa capacité de changer, où il veut aller et où il en est.
5. Effectuer des tests pour vérifier une hypothèse : se procurer des éléments structurants pour une prise de décision.

### **1. L'entretien**

#### **a) Première partie : entretien libre**

La personne s'exprime (si elle tourne en rond, il faut passer au directif).

Y a-t-il un motif de consultation ? Pourquoi ?

Intérêt pour les processus de pensée, les mécanismes de défense. Mais il faut faire attention en fonction des pathologies : savoir arrêter un délirant et orienter l'entretien. Si on écoute le délire, il augmente, or notre rôle consiste à confirmer la réalité. De même face à une personne en euphorie ou maniaque.

Si c'est une personnalité timide, il faut l'aider : rebondir sur la dernière chose qu'il a dit pour qu'il y ait continuité.

#### **b) Deuxième partie : entretien directif**

Elle sert à affiner le diagnostic.

##### **Entretien directif**

- point négatif : on va passer à côté des autres choses.
- Point positif : on va avoir des réponses à des questions précises.

### **2. Techniques d'entretien**

#### **a) Trois étapes principales**

Début de l'entrevue, entretien proprement dit et conclusion.

#### **b) Trois fonctions de l'entretien médical**

- Déterminer la nature du problème
- Etablir et maintenir une relation thérapeutique
- Communiquer l'info et mettre en place un projet thérapeutique

### c) Deux objectifs techniques essentiels

- Déterminants psychologiques au comportement (pourquoi tel comportement ?)
- classement des symptômes

### d) Deux styles d'entretien

(Non mutuellement exclusifs)

- intuitif : mettre à jour et interpréter les conflits, anxiétés et défenses inconscientes
- orienté sur les symptômes : classification des plaintes et dysfonctionnements en catégories diagnostiques spécifiques

### e) Mener l'entretien

cf. tableau

- mise en route
- mettre à l'aise, observer, définir les limites
- cerner le problème
- poursuite des premières impressions
- confirmation de l'histoire
- complément d'information

Puis :

- renvoi de l'information
- contrat de soin : très important

On est tenu par la loi d'informer le patient sur la maladie, le traitement, les risques du traitement. Obligation légale sauf si le patient n'est pas capable d'entendre (cancer, paranoïa...).

### f) Questions ouvertes/fermées

cf. tableau

### g) Modèle bio-psycho-social

George Engel, modèle dérivé de la théorie des « systèmes généraux » :

- Système biologique : composantes anatomiques et moléculaires de la maladie et leurs effets sur le fonctionnement biologique
- système psychologique : facteurs psychodynamiques, motivation et personnalité et leurs effets sur l'expérience de la maladie et des réactions à son égard.
- Système social : influence de la culture, de l'environnement et de la famille sur la manière dont la maladie s'exprime et se vit.

### h) Comportement de maladie

**Définition** : « réaction du patient à l'expérience de la maladie ». Le rôle du malade est « attribué par la société », importance du rôle des expériences antérieures et des convictions culturelles.

Réactions prévisibles à la maladie intrapsychique et clinique (anxiété, déni, dépression, marchandage et accusation, régression, isolement, dépendance, colère, acceptation...).

### 3. Sémiologie : A rendre compte

#### a) La présentation

- a. *Habits* (prendre en compte saison, génération, niveau social...)
- b. *Mimiques et expressions du visage* (excès et manques, tics)
- c. *Discordance/concordance entre visage et récit*
- d. *Contact* (à interpréter suivant le contexte)
- e. *Présentation psychomotrice, tenue*
  - i. Entrée dans la pièce
  - ii. Etat stuporeux (surprise ou mélancolie grave), sidération
  - iii. Catalepsie, catatonie
  - iv. Mouvements impulsifs
  - v. Dyskinésies, tics (gilles de la Tourette)
  - vi. Troubles du langage : aphasies, bégaiements toniques ou cloniques
    - 1. troubles de l'articulation : blésité
    - 2. trouble du débit : logorrhée, mutisme, écholalie, palilalie
    - 3. troubles de la fonction sémantique : glossolalie, néologisme, coprolalie
  - vii. maniérisme

#### b) Trouble des conduites instinctuelles

- a. *fonctions sphinctériennes*
  - viii. énurésie
  - ix. constipation/encoprésie (trouble grave de la personnalité, du développement psychoaffectif)
- b. *troubles du sommeil*
  - x. insomnies d'endormissement (anxiété), de réveil (dépression), de milieu de nuit.
  - xi. Hypersomnie, clinophilie (dépression saisonnières), macrolepsie ou maladie de Gelineau
- c. *Troubles des conduites alimentaires*
  - xii. Anorexie mentale (aménorrhée, amaigrissement, rationalisation délirante)
  - xiii. Boulimie, mérycisme, potomanie
- d. *Troubles des conduites sexuelles : identité sexuelle ?*
  - xiv. Désir
  - xv. Plaisir (frigidity)
  - xvi. Réalisation
    - a. Dysérection
    - b. Ejaculation retardée, précoce ou prématurée (anteportas)
    - c. Vaginisme
  - xvii. Perversion
    - a. Objet : /âge, /sexe, fétichisme
    - b. Acte : déplacement (voyeurisme, exhibitionnisme)
    - c. Sado-masochisme

### c) Conduite et comportement social

- a. *difficulté, crainte de la solitude*
- b. *difficulté à l'adaptation sociale* : phobie sociale (PTSD?), agressivité
- c. *psychopathie* : forme dans l'extériorité, extrême de l'incivilité
- d. *agressivité retournée contre soi-même* : psychosomatique, orale ou anale
- e. *harcèlement* : moquerie, ironie, agressivité
- f. *psychorigidité des relations*
- g. *perversité* : cleptomanie, fétichisme, pyromanie, mythomanie

### d) Vigilance

Problème toxique, traumatique ou neurophysiologique

- a. *troubles confusionnels*
  - xviii.** états anxieux : sidération, dépression, ...
  - xix.** état second : alcoolisme, toxicomanie...
  - xx.** état stuporeux : hébété, obnubilé (prison), cf. travail de Ganser
- b. *troubles de l'attention*
  - xxi.** état anxieux : découpage dans le réel d'un détail, défaut et excès relatif d'attention
  - xxii.** hypnose, focalisation induisant un état mental hypnoïde
  - xxiii.** syndrome de distraction (dépression ? fatigabilité, peu d'intérêt...)

### e) Troubles de la conscience de soi (/estime de soi)

- c. *problématique de stress post-traumatique* : inceste, agressions sexuelles. Attaque de l'identité, de la réalité des choses, permanence d'un sentiment d'étrangeté, trouble de l'image du corps
- d. *problématique d'anxiété*
  - xxiv.** hypocondrie
  - xxv.** cénesthopathie
- e. *troubles psychotiques*
  - xxvi.** dépersonnalisation grave et chronique
  - xxvii.** sentiment de dédoublement, héantoscopie, syndrome de Caporas
  - xxviii.** sentiment d'influence
- f. *dysmorphophobie*, distorsion du schéma corporel
- g. *asomatognosie* (problème neurologique)

### f) Troubles de l'humeur

(= fonction vitale du plaisir à vivre)

- a. *dépression*
  - xxix.** distorsion cognitive, jugement négatif, culpabilité
  - xxx.** plaintes, attitudes, pensées, sentiments négatifs, tristesse
  - xxxi.** ralentissement
- b. *accès maniaque*
  - xxxii.** fonctions vitales exacerbées
  - xxxiii.** excentricité, agressivité, excitation, euphorie, exaltation
- c. *normothymie*

- d. *indifférence sur les affects* : psychose, dépression, parkinson (symptôme transversal)

### **g) Troubles des perceptions**

Illusion (erreur des sens critiquée par le sujet, états oniroïdes, hystérie : conscience et vigilance affectés) ; hallucination (conviction, état de conscience normal, psychose) par rapport au réel

- a. *sensorielles* : hallucinations auditive, visuelle, cénesthésique, olfactive
- b. *de mouvement* : hallucination kinesthésique
- c. *psychosensorielle* : hallucination de langage intérieur, parasite de la pensée, syndrome d'automatisme mental (perte du sentiment d'autonomie), syndrome d'influence.

### **h) Troubles de la mémoire**

Dialectique entre l'oubli et l'apprentissage ; amnésie de fixation/d'évocation

- xxxiv. cas de stress : fatigue ?
- xxxv. personne âgées inquiètes
- xxxvi. individu dans un rapport de défi avec lui-même
- a. *amnésies*
  - xxxvii. syndrome de korsakoff : amnésie de fixation et fabulation
  - xxxviii. traumatisme crânien
  - xxxix. Alzheimer
- b. *hypermnésie*
  - xl. débile
  - xli. épilepsie
  - xlii. pré-mortel
- c. *paramnésie* : déjà-vu

### **i) Troubles de la pensée**

- a. *court de la pensée*
  - xlili. rapide, beaucoup d'associations
  - xliv. ralentie
  - xlv. discontinue, fuite des idées (schizo)
- b. *contenu de la pensée*
  - xlvi. réaliste
  - xlvii. pertinente
  - xlviii. positive ou négative
  - xlix. pensées intrusives : souffrance, fatigue
    - l. pensées obsessionnelles
    - li. pensées passionnelles : jalousie, amour
    - lii. pensées fabulatrices, étranges
    - liii. pensées délirantes, rupture avec la réalité, évidence pour le sujet : interprétation fausse, intuition conviction fausse, imagination.
      - 1. mégalomanie
      - 2. délire de filiation
      - 3. mélancolie délirante : culpabilité, ruine, fin du monde

- 4. délire de persécution
- 5. délire de jalousie
- 6. délire hypocondriaque
- liv. néologisme
- c. *qualité de la pensée*
  - lv. capacité d'abstraction
  - lvi. capacité de raisonnement
  - lvii. capacité d'expression sur les émotions, le vécu

## **j) Troubles du jugement**

- a. *le jugement*, critique et analyse de ses pensées, implique :
  - lviii. intégration de toutes les fonctions de l'identité
  - lix. capacité d'auto-observation, d'interprétation : distance face aux émotions, jugement sur ses propres pensées (dimension culturelle), sens critique
  - lx. capacité de compréhension des autres, assimilation de la dimension subjective du jugement
- b. *altérité du jugement*
  - lxi. passion, amour : sentiment de profonde confiance, sens critique suspendu, perte de la capacité de méfiance
  - lxii. colère
- c. *pathologie du jugement*
  - lxiii. paranoïa : opposition rigide, rationalisme froid, distorsion du jugement, vision négative
  - lxiv. démence : détérioration profonde du jugement, dégradation intellectuelle
  - lxv. schizophrénie : rationalisme étrange

**Conclusion** : symptômes articulés sur un fond de personnalité, le psychologue décrit une sémiologie par rapport à sa propre sensibilité.

## II. Histoire des idées en psychopathologie

<u>antiquité</u>	<b>HIPPOCRATE</b> a essayé de mettre des termes sur ces états (le mélancolique, le maniaque...). C'est le premier à introduire la notion de folie considérée comme relevant du savoir.	
<u>Moyen-Âge</u>	Ordre religieux étouffant, ordre critique interdit, jugement intoléré. La folie comme incarnation du diable, origine diabolique. Vision du fou influencée par la culture.	Cf. <b>MICHELET</b> . Utilité des sorcières comme incarnation du mal. Nous sommes les héritiers de cette problématique que de faire dire à l'autre ce qu'on veut qu'il dise. Nous devons connaître la vérité : rôle d'inquisiteur.
<u>Renaissance</u>	Le libre arbitre est autorisé. Retour au dogme grec de la raison. Vérité : il faut que ce soit logique, vérifiable. L'homme ne peut que être fou car la sagesse appartient à dieu.	La raison est froide, ne fait pas rêver, d'où le livre d'ERASME (16 <sup>e</sup> siècle) <u>éloge de la folie</u> : le fou révèle une vérité de la condition humaine et apporte une dérision à ce que la souffrance pourrait avoir d'aveuglante.
<u>Louis XIV</u>	Construction des grandes villes. Les marginaux, sortis des campagnes, envahissent et errent dans les villes : le « grand enfermement ».	Cf. <b>FOULCAULT</b> <u>Histoire de la folie</u>
<u>1656</u>	Apparition des hôpitaux et de la police. Les individus n'allant pas mieux dans les hôpitaux sont envoyés dans les hospices : diagnostic.	
<u>1660</u>	Autonomie et libre arbitre (≠ modèle collectif)	Molière décrit l'individualisme dans le <u>malade imaginaire</u> : l'être malade comme destin de l'homme.
<u>Révolution Française</u>	Question des droits de l'homme. Apparition des sédatifs, de la morphine.	Avant, les malades étaient généralement traités de façon brutale. Observation qu'après leurs

		grands accès, certains sont très communicatifs. Le malade mental est-il un homme comme les autres ?
<u>1793</u>	<b>PINEL</b> et son élève <b>ESQUIROL</b> . « déchaînent » les fous.	Traitement avec de l'eau froide
<u>1801</u>	<b>PINEL</b> père de la psychiatrie moderne. Concept d'aliénation mentale. Notion de « traitement moral » = révolution humaniste.	<b>PINEL</b> premier livre de psychiatrie <u>Traité de la manie</u> . Aliénation mentale comme maladie d'origine organique et/ou héréditaire.
<u>1838</u>	<b>Loi de responsabilité pénale</b> .	loi d'internement qui définit l'aliénation (critères de l'aliéné) pour classer les individus, savoir qui est responsable de ses actes.
<u>1850</u>	Chaque département français doit avoir un hôpital psychiatrique.	
<u>1860</u>	<b>MOREL</b> : première grande classification psychiatrique. Apparition d'une nosologie.	<b>MOREL</b> fait le <u>Traité sur la maladies mentales</u> . Concept de dégénérescence.
<u>1850-1900</u>	<b>RIBOT</b> en France a été un des premiers à penser, à essayer de comprendre la vie psychique non par introspection mais à partir des maladies mentales : il part des dysfonctionnements de l'appareil mental pour le comprendre à l'état normal.	
<u>20<sup>e</sup> siècle</u>	Au travers de la psychiatrie, dimension à la fois de découverte scientifique et d'évolution socioculturelle.	<b>NIETZSCHE</b> « l'homme est un animal malade ».
<u>1900s</u>	Notion de psyché apparaît ( <b>JANET</b> , <b>KRAEPELIN</b> , <b>FREUD</b> ). deuxième classification par <b>KRAEPELIN</b> . <b>JANET</b> , un des premières chaires de psychologie.	<b>KRAEPELIN</b> : description PMD, schizophrénie et paranoïa. <b>FREUD</b> neurologue décrit la névrose obsessionnelle et la névrose d'angoisse. <b>JANET</b> créé un laboratoire à la Sorbonne.



<u>1920</u>	Passage de l'hôpital psychiatrique du ministère de l'intérieur au ministère de la santé	
<u>WW2</u>	Apparition de médicaments.	
<u>1955</u>	Apparition des Neuroleptiques (antipsychotiques) par <b>LABORIT</b> en France (Largactil).	Effet important sur la clinique : les malades arrêtent de délirer et se calment.
<u>1960</u>	Antidépresseurs, tranquillisants, psychotropes, hypnotiques et benzodiazépine (Valium, Xanax, Exomil...)	
<u>1962</u>	<b>Loi de secteur</b> : loi qui change l'organisation de système de santé. Mouvement de désaliénation.	L'hôpital, sensé mettre à l'écart et soigner, avait plutôt tendance à aggraver. Il faut sortir de l'hôpital, soigner à l'extérieur, réinsérer les malades.
<u>1968</u>	Apparition des diplômes de psychologue et de psychiatre : le système a besoin de professionnels. <b>Loi des incapables majeurs</b> pour ceux qui ont des problèmes à gérer leurs finances, prendre des décisions...	2 à 3% de la population relève de pathologies graves. <b>FOUCAULT</b> proteste contre ce qu'on a fait du fou dans <u>L'histoire de la folie</u> .
<u>1975</u>	<b>Loi sur le handicap mental.</b>	orientation des enfants handicapés par une commission et un suivi (CDES). La COTOREP distribue pour les adultes une formation spécialisée, une prise en charge et un suivi pour une insertion professionnelle.
<u>1980</u>	Apparition de la classification du DSM4.	Deux modèles de classification jusqu'alors : - classification de Kraepelin - modèle de classification psychanalytique

La psychopathologie comme mise en ordre. Qui est réellement malade ?

Apparition d'un modèle de compréhension comportementale aux EU. Comportementalisme de SKINNER. Théorie cognitivo-comportementale indépendante de la psychanalyse.

Apparition des neurosciences, de l'analyse physiologique du cerveau, de la psychologie cognitive.

Aujourd'hui : apparition du Modèle du stress : analyse des réactions psychologiques et physiologiques d'un individu face à une menace. Il y a génération de stratégies d'accompagnement (coaching) pour une gestion du stress.

Depuis 1997, existence de cellules d'urgence médico-psychologique dans chaque département, signe de la psychologisation de la société moderne.

Aujourd'hui, Nosologie entre deux modèles : Kraepelin et DSM IV

### **Le DSM IV**

Créé par sociétés américaine (psychologues et psychiatres) et réactualisé en permanence.

Le DSM IV s'est voulu :

- d'emblée universel
- extrêmement simpliste
- reposant sur des données statistiques

Ce modèle est multiaxial, en cinq axes :

- symptômes recueillis classés en syndromes
- personnalités pathologiques
- état de santé ?
- vecteurs de stress ?
- degrés d'insertion sociale, qualité

Défauts du DSM IV :

- la classification des symptômes est trop rigide, les axes extrêmement étanches.
- il est ici et maintenant (pas de chronologie, d'histoire, d'évolution).

### III. Les schizophrénies

#### A. Différence entre névrose et psychose

Rapport à la réalité complètement perturbé dans la psychose, rupture.  
Le principe de réalité de FREUD (acquis vers 2 ans).

Phase schizo paranoïde de M. KLEIN, auquel le schizo aurait régressé.  
Jouissance du psychotique qui est tout-puissant. Principe de plaisir qui aurait du être dépassé.

Les gens normaux ont une conscience d'eux-même, identité en étant dans des rôles qui les constituent mais se révolteraient si ce rôle se fixait, il y a un jeu entre plusieurs rôles. Le psychotique est enfermé dans ses rôles, rapport à lui-même limité. Le psychotique devient son personnage. Sa biographie devient son rôle.

La fonction symbolique est en trouble profond, perdue. Le décalage entre l'imaginaire, le réel et le rôle que nous tenons, que nous sentons être, va s'écraser.

Le psychotique, dans son rapport au réel, s'autodéfinit (« j'ai inventé la fusée ariane »). Le mot devient la chose pour le psychotique.

La fonction symbolique est représentée par le père LACAN (cf. le signifiant du nom du père).  
Forclusion du nom du père : la représentation de la filiation n'est pas suffisante chez le psychotique. D'où le délire se fixe souvent sur une question de l'origine.

Il y a probablement une fonction dans le cerveau, un support organique qui permet à ces jeux à se mettre en place, ce qui est absent chez le psychotique.

#### B. Symptômes schizophréniques

##### 1. Définition

- Groupe de psychoses ayant un noyau sémiotique commun : la dissociation (LEMPERIERE, FELINE).
- Ensemble de troubles mentaux graves caractérisés par leur évolution chronique et par l'association en proportion variable d'un syndrome de désorganisation (discordance), de distorsion de la réalité (hallucinations, délires) et d'appauvrissement (apragmatisme, froideur affective, retrait autistique). (DEBRAY, GRANGER, AZAIS)
- Une maladie, un groupe de maladies ou un ensemble syndromique caractérisé par des symptômes plus ou moins spécifiques et évoluant généralement vers une désorganisation profonde de la personnalité (GUELFY et al.)

Les syndromes peuvent se trouver dans d'autres maladies.

## 2. Historique

### a) Emil Kraepelin (1856-1926)

Il reprend le terme Dementia praecox de Morel (introduit à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle) et le différencie de la psychose maniaco-dépressive (maladie cyclique).

Démence précoce ≠ démence sénile

- Trois grandes formes cliniques: Paranoïde, hétérophrénie (troubles affectifs) et catatonie (attitude très figée, problèmes de motricité).
- Deux caractéristiques de la démence précoce:
  - a. maladie chronique sans cause extérieure et évoluant généralement vers le déficit, la dégradation
  - b. le trouble fondamental est l'appauvrissement émotionnel, démence affective et non seulement intellectuelle

Affect (sentiment personnel) ≠ émotion (au niveau physiologique)

### b) Eugen Bleuler (1857-1939)

Bleuler a apporté le terme de schizophrénie. Influencé par la psychanalyse, il a donné de l'importance au langage et à la pensée dans sa description de la maladie. Pour lui, on peut donner le diagnostic de schizophrénie de manière transversale (sur le moment) grâce à ces symptômes : ABID (ambivalence, bizarrerie, impénétrabilité, dissociation).

- La schizophrénie n'est pas une maladie mais un groupe syndromique (= ensemble de symptômes mais qui peuvent être communs à plusieurs maladies). Il faut faire attention aux étiologies.
- Les limites sont plus larges (paraphrénie : psychose caractérisée essentiellement par un délire imaginatif fantasmatique mais avec généralement une bonne conservation des acquis socioprofessionnels ; bipolarité de la vie psychique ; schizophrénie simple : trouble de la personnalité de type schizo-typique, ce qui appartient au trouble de la personnalité pour le DSM et relève de la schizophrénie pour le CIM).
- Le critère n'est pas évolutif mais clinique : dislocation (spaltung) des fonctions psychiques. L'évolution déficitaire n'est pas la règle.

L'Europe est restée attachée au diagnostic longitudinal, tandis que outre atlantique, diagnostic transversal.

Mais vers **1930s**, les patients qui ne correspondent ni aux PMD ni aux schizophrénies. D'où apparition de la « troisième psychose » : le trouble schizo-affectif, qui associe des troubles de l'humeur et des éléments schizophréniques.

Vers **1970s**, étude célèbre compare la prévalence de la schizophrénie en GB et aux US. On trouve plus de cas en GB car on y suit les critères de BLEULER.

Ambivalence : hystérie ?

Dissociation : relâchement des associations : démences ?

D'où l'OMS a fait un mélange de ces deux critères.

### **C. Les origines de la schizophrénie**

Prévalence de 1% dans la population générale, mondiale, sauf chez les hamishs et dans une région de Suède avec mariages consanguins. 2,5‰ de la population générale (< 2‰ prévalence vie entière).

Maladie évolutive. Pathologie fréquente.

Dans 30% des cas, des patients resteront handicapés avec de graves séquelles sur la vie sociale, personnelle et professionnelle.

### **D. Hypothèses étiologiques**

La schizo se manifeste bruyamment chez l'adulte jeune, période de vulnérabilité : 15-30 ans (mais manifestation dès l'enfance). La maladie se manifeste très tôt, dans l'enfance : troubles de l'attention, ce qui permet de se dire que c'est une maladie dont la génétique donne une vulnérabilité.

#### **Hypothèses étiologiques, étiopathogénie de la schizo**

- Avant : virus ? traumatisme crânien infantile ? : faux.
- La psychanalyse ne propose pas beaucoup de modèles. M. KLEIN : phase schizo observée chez les enfants (et non adultes)
- Anomalies périnatales du développement cérébral, complications obstétricales [forceps, hémorragie, prématurité, souffrance fœtale, incompatibilité rhésus mère/enfant (d'où développement d'anticorps), hypotrophie... séquelles du développement embryonnaire donnant des petites encéphalites, des infections... ] : argument clinique de l'absence de déclin démentiel (mais aujourd'hui il y a une réalité du déclin).
- Arguments indirects épidémiologiques : infection/relation avec les gripes de la mère pendant la grossesse (déséquilibre saisonnier des naissances : les enfants de fin d'hiver sont plus à risque), carences alimentaires (relation avec le degré de famine), interaction avec le stress
- Anomalies génétiques : Risque empirique (=constatation) 1% population mondiale. Composante génétique nécessaire mais probablement insuffisante. Existence de sujets à haut risque. Influence possible de l'environnement sur « l'expressivité de la maladie »
  - o Etude sur des jumeaux (indexé sur modèle 1),
  - o Etude sur des frères et sœurs dans une famille de schizo
  - o Chiffres :
    - Population générale : 1
    - jumeaux Dizygotes : 12
    - jumeaux homozygotes : 47
    - Frères et sœurs : 8

- Parent/enfant : 12
- 2 parents/enfant : 40

= risque de la maladie très lié au patrimoine génétique mais maladie trop complexe pour être génétique.

- Hypothèses neurologiques

- Hypothèse quasi dégénératives du cerveau (dès la naissance ou avant), à partir de processus défailants. Différent au niveau des connexions cérébrales et des influx chimiques. Aujourd'hui : Neurodéveloppemental au début, puis neurodégénératif.
- Imagerie cérébrale : au scanner, ventricules centraux plus larges et plus asymétriques que population générale, volume plus important.
- Médicaments (50s) : action sur le cerveau, donc problème dans le cerveau ? lien entre impact médicaments et origine du symptôme. Action dans cerveau sur les récepteurs dopaminergiques D<sup>2</sup> : hypothèse dopaminergique. Neuroleptiques auraient une action sur ces récepteurs, où problème chez schizo (or participation mais problème ne siège pas là).

- Modèle actuel de la vulnérabilité

Influence de la génétique et de l'environnement qui entraînent de la fragilité/vulnérabilité qui peut donner soit un schizophrène, soit rien, soit un certain nombre de troubles de la personnalité. On parle de patients à haut risque de schizophrénie. Matériel génétique transmis qui existe, mais il interagit avec l'environnement. A force de dépister les personnes vulnérables, on espère arrêter le développement de la maladie. Personne ayant des raisons génétiques et épigénétiques inconnues les rendant vulnérables.

Effet ad hoc, par exemple la psychose nuptiale (BD) déclanchée par la nuit de noce en Afrique. On serait tous vulnérables, seuls l'implication des facteurs déclenchants et l'évolution dépendent de facteurs environnementaux.

On aurait tous une charge biologique pouvant créer un degré de fragilité. Face à une situation, la réaction va dépendre de ce degré. Variation de la PMD à la schizophrénie. Les limites entre maladies sont très floues. Il y aurait peut être un continuum.

La schizophrénie reste une maladie mystérieuse.

Influence des drogues dans le déclenchement schizo et psychose (« effet parano »).

La schizophrénie est un **processus neuro-développemental** (≠ dégénératif). Mais malgré tout, un nombre important de schizo baisse en performance après 50 ans : la maladie, avec un traitement mal utilisé, accélère le phénomène d'apoptose cérébrale (mort neuronale). Elle constitue une première étape qui a tendance à favoriser la seconde étape : la mise en place d'un processus neuro-dégénératif, d'où résulte une démence qui vient compléter la maladie mentale. Délire face au stress, d'où production de cortisol, or le cortisol dangereux pour le cerveau à la longue. Donc il faut arrêter le stress. Les hallucinations et les délires sont délétaires pour le cerveau, ce qui entraîne le besoin d'une suractivation de la zone du cortex concernée pour accomplir une tâche. Hyperactivité qui se fait au dépend d'autre chose. L'organisme cherche à la contrôler entre autres par l'activation du système glutamanergique. Or ce système est quasi nocif pour le cerveau lorsqu'il est en intense activité. Plusieurs facteurs permettent de réduire ce risque, dont l'utilisation des psychotiques atypiques

(psychotiques de seconde génération). D'où les recherches actuelles pour de nouveaux produits.

Chez le schizophrène, le stress libère de manière excessive de la dopamine, or il faut un taux pour bloquer cet excès qui n'est pas atteint. Neuroleptiques : antidopaminergique.

## **E. Clinique**

### **1. Classement en symptômes positifs et négatifs**

- symptômes négatifs :
  - o pauvreté du discours
  - o émoussement des affects
  - o ralentissement psychomoteur
  - o retrait social

Peu d'action des médicaments sur ces symptômes.

- Symptômes positifs :
  - o Discours incohérent
  - o Inadéquation des affects
  - o Stéréotypies

Action des médicaments sur ces symptômes.

### **2. Classement en Syndromes**

#### **a) Syndrome dissociatif, de discordance, de désorganisation**

= dislocation des fonctions psychiques

(Terme retrouvé dans la psychiatrie française : Bleuler)

Touche trois sphères :

#### **1. Affectivité**

- Ambivalence affective (répulsion/attraction), discordance idéo-affective (pensée/affect), athymormie (anesthésie affective, indifférence affective, perte de l'affectivité, athymie, détachement affectif, froideur, perte de contact vital)

#### **2. Psychomotricité**

- Maniérisme, théâtralisme, parakinésies, stéréotypies, échopraxie ou échokinésie, échomimie, écholalie.
- Syndrome catatonique : catalepsie, négativisme, mutisme, c'est-à-dire suspension temporaires ou définitives imprévisibles (ex : signe de l'oreiller, impulsions, furie catatonique après une suspension agitation très vive qui peut être dangereuse, soudaine)
- Hyperkinésies

Rmq : ces signes sont devenus très rares.

#### **3. troubles du Langage**

= désorganisation de la pensée et du discours

- mutisme et semi-mutisme

- trouble, relâchement des associations, diffluence, sauts du coq-à-l'âne, réponses à côté
- raisonnement abstrait, ambivalent, illogique, pseudo-rationnel (rationalisme morbide), impénétrabilité, sibyllin (hermétisme)
- néologismes, paralogismes (faux raisonnements), agrammatisme (trouble de l'organisation syntaxique), schizophasie (langage incompréhensible), « fading » ou barrage (suspension temporaire soudaine du langage et de la pensée)

Un seul élément de dissociation suffit pour poser le syndrome de dissociation.

Il faut faire attention à la congruence à l'humeur qui peut avoir un caractère bizarre, entre l'humeur (le ressenti) et le concept évoqué.

1. bizarrierie, relation énigmatique : impression d'étrange, de fantastique, dans le domaine des pensées du comportement, des attitudes...
2. trouble du cours de la pensée :
  - hésitation, contamination
3. Trouble du langage
  - intonation, timbre
  - bruits parasites « croasseries »
4. préciosité du langage
  - métaphores
  - logolatrie (« culte des mots »)
  - symbolisme « j'ai peur que les portes me mangent » « l'air de votre pensée est comme une fleur fanée »
5. distorsion logique
  - abstraction extrême (+)
  - conceptualisation déréelle
6. affectif
  - négativisme (refus de l'expression de l'affect) ou au contraire intrusion, ironie, entêtement, harcèlement
  - régression : conduites archaïques
  - expressions immotivées, discordantes
  - violences, passions...

Trouble du traitement de l'information contextuelle : prendre tout au premier degré. C'est un trouble des capacités d'abstraction.

### **b) Syndrome délirant, de distorsion de la réalité**

- Polythématique, mal systématisé, flou, bizarre
- Mécanismes hallucinatoire (visuel, auditif, tactile, kinesthésique, somesthésique, cénesthésique) et interprétatif (souvent)

### **c) Syndrome d'automatisme mental**

Télépathie, dévinement de la pensée, vol de la pensée, contrôle de la pensée, écho de la pensée, pensée en écho, pensée imposée contre laquelle il lutte, syndrome d'influence...

Attention aux attitudes d'écoute (tend l'oreille, regarde à côté...)

Ex : syndrome d'influence (télépathie, vol de la pensée, évidage...)

Attention car la schizophrénie, la BD et la psychose hallucinatoire chronique peuvent toutes trois présenter des syndromes d'influence.



### **d) Syndrome d'appauvrissement**

Retrait social actif (ne veut rien faire : attention !! est-ce secondaire au délire de persécution ?), ou passif (se laisse faire). Et autres symptômes négatifs.

Y a-t-il des troubles associés ? (Trouble du comportement de type hétéroagressif...)

#### **Loi du 4/03/2002**

Cette loi signe la fin du secret médical, le « dossier patient » doit contenir toutes les informations le concernant. Il faut éviter d'y mettre les informations des tiers pour éviter des ennuis.

#### **Fabulation ≠ conviction délirante**

Fabulation : le sujet n'est pas convaincu, le thème peut changer suivant le bénéfice attendu (financier...).

Conviction délirante : thème inchangé, pas de bénéfice, conviction erronée.

## **F. Formes cliniques**

### **1. Selon le mode de début**

#### Brutal ou progressif

Rmq : dès la petite enfance, on observe des symptômes.

1. Existence d'un **phase prodromique** de cinq ans caractérisées par des symptômes sur le versant négatif ou non spécifiques : dépression, retrait social, baisse de niveau, négligence au niveau hygiène et vestimentaire et réduction du nombre d'amis. Cette phase est d'un grand enjeu thérapeutique et on l'appelle **durée de psychose non traitée** (DUP : duration untrahited psychosis). Plus cette durée non traitée est longue, plus mauvais est le diagnostic.  
Cf. Site : EPPIC ou IEPA.  
Les antidépresseurs sont aussi efficaces que les neuroleptiques pour prévenir la seconde phase. Pendant la phase schizophrénique, traitement par des neuroleptiques.
2. apparition du **premier symptôme positif** trois ans après : dépersonnalisation, déréalisation, dysmorphophobie (syndrome du miroir). Puis le nombre va crescendo.  
Le moment de l'hospitalisation dépend de la tolérance de la famille aux symptômes.  
Cette phase psychotique initiale dure environ 1,1 an.
3. hospitalisation, et début de la prise en charge cinq ans après le premier symptôme.

#### **Dysmorphophobie**

Lorsque le jeune sent des choses bizarres dans son corps, trois diagnostics différentiels à la schizophrénie :

- Jeune en crise d'adolescence
- Anorexie
- Hystérie

Aujourd'hui, il y a des demandes d'avis psychiatrique par des chirurgiens esthétiques. La dysmorphophobie peut être considérée comme pathologique du fait du caractère inadapté de la demande, ou du caractère exagéré de la plainte, ou de la dissociation idéo affective car la plainte n'est pas accompagnée ni d'angoisse ni de troubles de l'humeur. C'est un symptôme de dépersonnalisation (càd ne pas se reconnaître dans un miroir).

## 2. Selon l'expression clinique

### a) Forme paranoïaque

Prédominance du délire et des hallucinations

→ **Syndrome de distorsion de la réalité**

#### **Délire paranoïde du schizo**

Type clinique : bizarrerie, étrangeté et impénétrabilité du délire paranoïde du schizo. Délire flou, imprécis, non systématisé, construit sans logique et procède de thèmes et de mécanismes multiples. C'est un délire dans sa forme chronique, devient stéréotypé, monotone et stagnant. Trouble du jugement (et non du raisonnement), sur l'existence de tel ou tel élément.

Il ne s'attache pas à un modèle de problème particulier. Souvent des hallucinations, interprétations, intuitions subites et spontanées. Beaucoup d'idées et de pensées mais sans logique ou cohérence, illusions perceptives qui font un monde irréel. Toujours dans une atmosphère d'angoisse profonde, d'étrangeté, de dépersonnalisation, expérience de morcellement, de décorporation. Va inventer un nouveau monde pour sortir de cette expérience d'étrangeté.

FREUD : délire comme tentative de guérison du Moi.

Si ce délire est important, il s'agit d'une forme de Schizophrénie paranoïde (se distingue du délire paranoïaque).

### b) Forme hébéphrénique

Prédominance des symptômes négatifs et de désorganisation ou dissociation. C'est une forme déficitaire de la schizo.

→ **Dissociation et syndrome d'appauvrissement**

### c) Forme catatonique

Elle est devenue très rare, voire exceptionnelle depuis l'apparition des neuroleptiques, sans existence de liens de cause à effet. Certaines formes : mutisme et négativisme.

→ **Syndrome catatonique**

### d) Forme héboïdophrénique

C'est la forme psychopathique de la schizophrénie, avec présence d'actes délictueux, de conduites anti-sociales.

### e) Formes dysthymiques, troubles schizo-affectifs

Caractérisées par la présence de troubles de l'humeur et de la non congruence de l'humeur par rapport au délire (≠ mélancolie délirante ou manie délirante).

Il peut y avoir des symptômes maniaques : excitation, insomnie, fuite des idées, dépenses financières excessives, hyperactivité désordonnée et stérile...

Diagnostic différentiel avec la manie/mélancolie délirante (= accès maniaque/mélancolique avec des éléments psychotiques) :

1. Le délire est-il antérieur aux troubles de l'humeur ? Dans les troubles schizo-affectifs, les troubles de l'humeur doivent arriver en même temps que le délire, les troubles de l'humeur sont concomitants avec le délire. Primauté du délire sur les troubles de l'humeur, ils préexistent, délire antérieur aux troubles de l'humeur. Alors que dans la mélancolie délirante les troubles de l'humeur précèdent le délire. Cependant une dépression peut survenir en dehors de l'épisode psychotique.
2. Y a-t il congruence à l'humeur ?

### **f) Formes pseudo-névrotiques**

Elles constituent une forme de cicatrisation de la psychose. Ce sont des formes assez favorables dans l'évolution d'une schizophrénie. L'existence de symptômes névrotiques signifie une lutte contre l'angoisse dissociative, ils sont des compromis partiels.

Les névroses sont très protéiformes, variables, souvent mixtes (pannévrose) avec toujours un caractère de bizarrerie. Elles peuvent être de forme obsessionnelle, pseudo-hystérique, phobies atypiques...

Ex : TOC avec rituels de lavage qui ne concernent que le bras droit

### **g) Paraphrénie**

Fantasmagique qui ne retentit pas sur la vie sociale.

## **G. Evolution**

L'évolution dépend de :

- l'observance du traitement,
- de l'existence ou non d'une détérioration intellectuelle,
- du milieu familial.

L'évolution peut être :

- vers une rémission complète, guérison
- 1/3 continue, chronique : chronicisation résiduelle, rémission partielle (un ou plusieurs symptômes puis stagnation de petits symptômes non graves) ou chronicisation permanente (résistance au traitement ou aggravation des troubles). Evolution chronique mais avec des variations importantes selon les individus. Troubles de l'adaptation, délire et rapport au réel extrêmement perturbé.
- épisode : sans symptômes entre les épisodes ou avec des symptômes entre les épisodes

Elle est plus souvent épisodique que continue.

Quand neuroleptiques, 30% de rechute dans la crise ; quand placebo, 65% de rechute dans la crise.

KRAEPELIN avait décrété que la maladie était continue. Puis idée de la troisième psychose par l'observation de patients qui évoluaient tout en gardant des ressemblances avec les symptômes des autres.

Aujourd'hui on insiste sur le fait que la maladie est épisodique. Seule une fragilité, appelée vulnérabilité, persiste.

### **Schizophrénie résistante**

10% à 20% des schizophrénies sont des formes résistantes au traitement des hallucinations par neuroleptiques. Schizophrénie pour laquelle on a essayé au moins deux neuroleptiques différents à dose suffisante et pour une durée suffisante. On utilise alors la clozapine, dont la seule indication est la schizophrénie résistante car les effets secondaires sont très graves même si rares : l'agranulocytose, qui correspond à une diminution du nombre de plaquettes (d'où risque d'hémorragie...). Ce traitement ne peut être instauré que par un spécialiste et avec l'obligation d'un contrôle régulier de la numérotation de formule (une fois par semaine puis une fois par mois), c'est-à-dire par des prises de sang. Ce médicament a été retiré du marché puis réintégré dans les années 90s. Il est le chef de file des antipsychotiques de seconde génération.

### **Cas de rechute**

≠ Récidive = intentionnel, elle ne peut survenir qu'après une rémission complète.

La rechute concerne quelque chose qui commence à s'améliorer, sans atteindre le niveau optimal, et qui reprend à nouveau sous forme de nouvel épisode (c'est une décompensation). Etude épidémiologique : dans les six mois après rémission, tout événement est considéré comme une rechute. Après six mois, c'est une récurrence.

### **Phénomène d'anticipation**

Plus la maladie évolue au travers des générations, plus elle s'aggrave (schizo développée de façon plus précoce, forme plus sévère).

Certains spécialistes pensent que la schizophrénie va disparaître d'ici la fin du siècle car moins de 10% des malades ont des enfants. Le taux d'incidence de la schizophrénie diminue depuis les années 70s.

Beaucoup de cas graves s'observaient dans les années 80s, comparé à aujourd'hui où les prises en charge sont plus précoces.

### **Suicide**

10 à 15% des schizophrènes meurent de suicide, généralement pendant les phases de rémission : ils se rendent compte qu'ils ont une maladie mentale grave alors que les symptômes disparaissent. Suicides généralement très violents. Le risque de suicide est plus important quand il y a rupture de prise en charge.

50% de TS.

### **Conscience de la maladie**

Dans la schizophrénie, la conscience de la maladie n'est pas considérée comme une variable dichotomique, c'est une variable multidimensionnelle. Elle va jusqu'à l'attribution des symptômes. Echelle SUMD du psychologue américain AMADOR, sur un échantillon très large.

### **Conscience de soi**

Le psychotique a de la peine à distinguer l'origine de ses pensées... déficit de la conscience de soi, retrouvé comme caractéristique de toutes les psychoses. Les processus de pensée qui nous sont naturels sont repensés, complètement perturbés chez le schizo.

## ***H. Diagnostic positif et différentiel***

Il est toujours recommandé d'attendre une durée d'évolution suffisante (6 à 12 mois, c'est-à-dire deux phases actives) avant de porter un diagnostic.

< 6 mois : aigu

> 6 mois : chronique

Pour ce qui est des réflexes du diagnostic :

- éliminer toutes les causes organiques
- effectuer des examens complémentaires :
  - o test de personnalité : ils n'ont pas de valeur diagnostique
    - Projectif : rorschach
    - Type questionnaire : MMPI
  - o test d'efficience intellectuelle : QI performance est touché en premier chez le schizophrène mais pas systématiquement/ QI verbal). Un faible QI est un facteur de risque à la schizophrénie. Intérêt aussi pour voir l'évolution. Le QI prémorbide est le QI avant de tomber malade. Calcul qui permet une estimation par rapport aux acquis scolaires... Y a-t-il une désorganisation intellectuelle en plus ? À vérifier car élément de pronostic et aide pour l'orientation.

Selon les symptômes, il y a des facteurs pronostic. Il existe toutes les formes de schizophrénie (très légère à plus grave : atteinte neuro ?).

### **Selon le DSM IV**

Deux types de symptômes A et B :

- A. Délire
- Hallucination
  - Incohérence pensée
  - Trouble de l'attention (étrange)
  - Repli sur soi
  - Indifférence

Deux symptômes au moins

- B. un trouble de l'adaptation sociale grave

Et notion de bizarrerie

### **Selon la durée d'évolution**

Il faut une durée totale d'au moins six mois et une durée de symptômes actifs de plus de un mois pour la schizophrénie.

On peut avoir affaire à une BDA, à un trouble psychotique bref (durée de moins d'un mois) ou à des troubles schizophréniformes (durée de un à six mois).

Cf. étude suisse sur 220 patients schizophrènes. Observation que ¼ avec débuts aigus finissent bien et ¼ avec début chroniques finissent mal.

### Selon les troubles secondaires

- Affection organique : maladie de huntington, de Corée
- Prise de toxiques

#### Toxiques qui provoquent des hallucinations

Kétamine (anesthésique), LSD (agit sur les récepteurs à sérotonine) et les amphétamines (agit sur les récepteurs à dopamine).

Les nouvelles molécules antipsychotiques atypiques agissent sur les deux types de récepteurs en même temps.

### Attention si absence d'hallucination

A-t-on demandé clairement au patient s'il avait des hallucinations ?

Ex : patient qui dit ne pas entendre de voix, mais on s'aperçoit par la suite qu'il croit que l'image du miroir lui parle.

Ex : patients qui entendent des voix mais qui considèrent que ces voix sont normales et donc n'en parle pas pendant l'entretien

« L'absence de preuve n'est pas la preuve de l'absence »

### Si présence de troubles de l'humeur

Diagnostic différentiel avec :

- PMD (bipolaires) notion de congruence à l'humeur et de concomitance/antériorité des troubles (en même temps et non congruent dans la schizophrénie) : manie ou mélancolie délirante avec éléments psychotiques
- Troubles schizo affectifs (symptômes schizophréniques avec des troubles bipolaires)
- dépressions avec catatonies : les symptômes psychiatriques sont contemporains des épisodes thymiques

Pour la mélancolie délirante sévère, les cures d'électro-convulso-thérapie sont essentielles. Elles vont être remplacées par la stimulation magnétique transcranienne utilisé en dépression.

### Délires chroniques

Ex : paranoïa

- Absence de discordance,
- délire structuré,
- âge de début tardif,
- chronique

### Psychoses infantiles vieillies

#### Troubles de la personnalité

## I. Prise en charge

**Objectif de la psychiatrie** : arriver à atteindre un niveau de fonctionnement (réinsertion socio-professionnelle) optimum par rapport aux possibilités, aux compétences du malade.

Avant, hôpitaux psychiatriques remplis de schizo car pronostic redoutable. Puis psychanalyse, neuroleptiques...

1. Doit il être hospitalisé ? Si oui, sous quel type d'hospitalisation ?
  - Hospitalisation libre : avec l'accord du sujet

- Hospitalisation à la demande d'un tiers : sous contrainte, il faut deux certificats (un médecin extérieur à l'hôpital aux frais de la famille, et un par un médecin de l'hôpital)
  - Hospitalisation d'office : sous contrainte, lorsque l'état clinique ne permet pas que le consentement soit pris en considération.
2. Approche bio-psycho-sociale : qu'est ce qui prédomine ?
- Traitement médicamenteux : les Neuroleptiques diminuent les délires et augmentent le dynamisme, reprise contact avec environnement.
  - psychothérapeutique
    - a. thérapie de soutien : phase de crise (bouffée délirante...)
    - b. psychothérapie : il existe 280 types de psychothérapies différentes
    - c. Programme psycho-éducatif (individuel ou familial) : modules d'information sur la maladie, sur les traitements et leurs effets secondaires, sur les nouvelles molécules... permet de faire évoluer le traitement avec l'accord du malade.
  - social :
    - a. évaluation, bilan de compétences dans un objectif, projet de réinsertion/réintégration sociale et professionnelle (arrêt de travail, assistance sociale...)
    - b. mesures de protection des invalides : trois types
      - Sauvegarde de justice : rapide
      - Curatelle :
        - o Avec un curateur qui gère l'argent et qui peut intervenir pour certaines décisions d'ordre civil (mariage...) mais conservation du droit de vote.
        - o Tuteur : pas de droit de vote, tout passe par le tuteur  
Ils peuvent être quelqu'un de la famille mandaté par le juge ou un organisme privé.
    - c. Logement ?
    - d. Ressources ? allocation adulte handicapé
    - e. Programme de remédiation cognitive

### **Neuroleptiques**

Molécules découvertes par hasard en 1957 en cherchant des produits pour anesthésie. Largactil. Baisse les délires et augmente la pensée organisée, réorganisent pensée, possibilité de resocialisation sous traitement.

### **Médication retard**

Injection 2\* par mois, avec discussion, psychothérapie (évite les problèmes de prise de médicaments).

### **Psychothérapie**

Aide à l'adaptation sociale (partie saine du Moi). Prise en compte que de la réalité présente est aussi importante que la réalité passée. Le psychothérapeute intervient comme réalité concrète (créatif d'une certaine stabilité) : utilité d'une équipe. Doit s'attacher aux divers champs de la vie du patient, analyse précise de ses divers symptômes. Evaluation de la fonction affective et sociale (il faut qu'il y ait une meilleure insertion).

Prise en charge longue avec interruptions fréquentes

### **Réaction de la famille**

- Composante psychologique : culpabilité qui peut être induite par beaucoup de choses (surinvestissement du père sur son fils...), déni, envie de meurtre, ambivalence... vécu presque identique pour toutes les familles sauf en ce qui concerne quelques variantes psychopathologiques. Des auteurs ont essayé de définir la dynamique familiale en se penchant sur le niveau d'émotion exprimée (échelle afin de relever l'hostilité vis-à-vis du malade, l'intrusion...). Plus le niveau d'émotion exprimé est élevé, plus le pronostic est mauvais et plus le risque de rechute est important.
- Composante sociale : stigmatisation faite par la société et mauvaise information faite sur la maladie.

Les équipes doivent aussi beaucoup s'occuper des familles car grande souffrance aussi.

Attention, le délire n'est pas une tentative de guérison. Il est condamnable de la respecter. Délire et hallucinations sont souvent des tortures.

Attention à la notion de risque pour le malade et pour autrui.

### **Chambre d'isolement (CI)**

Elle est nécessaire en cas d'urgence nécessitant un soin et une surveillance adaptée. La famille n'a pas le droit de visite. C'est une chambre avec une fenêtre de sécurité, un lit scellé et équipée de système de climatisation, ventilation et toilettes. Mais souvent les patients sont attachés car ils sont trop agités. Le risque de l'agitation est pour autrui et pour le patient lui-même. Aujourd'hui il n'y a plus de camisole mais les infirmiers le tiennent avec des sangles, injectent le produit et le détache quand le traitement fait effet. Il faut une attache correcte permettant un certain mouvement, jusqu'à l'effet du traitement. La raison de cette contention est l'existence d'erreurs de vigilance, concernant par exemple un suicide. L'alternative à la contention serait une surveillance accrue, or il existe aujourd'hui un problème d'effectif.

La chambre d'apaisement est un intermédiaire.

Quand le patient est en chambre d'isolement, il y a deux étapes :

- Contention complète, généralement une à deux sorties par jour (douche...)
- Sorties à l'extérieur pour voir comment ça se passe

Selon la loi, toute prescription de chambre d'isolement est réévaluée toutes les 24h.

### **Recherche**

Dans la schizophrénie, on retrouve un dysfonctionnement social qui dure depuis plus de 6 mois, qui paraît essentiellement dépendre des déficits cognitifs. Le challenge actuel est de soigner ces déficits.

Echelle d'autonomie psychique pour évaluer l'autonomie sociale des malades mentaux. Un certain nombre de malades se révèlent plus autonomes que des personnes saines.

Problème du traitement de l'information chez le schizo : système dynamique et plastique qui interagit. Difficulté de focalisation, de différenciation entre les informations pertinentes et les informations non pertinentes. Il faut ensuite mémoriser et encoder l'information. Dans la schizophrénie, déficit dans la mémoire de travail (mémoire immédiate). Quel lien entre ces déficits cognitifs et les déficits sociaux ? Liens entre neuro-cognitif et psycho-social sur lequel il faut travailler, dans la but d'une réhabilitation. But : essayer de diminuer ces déficits sociaux pour diminuer les autres déficits. Avantage de l'informatique : interaction avec le psychologue, outil dynamique, ludique, support pédagogique qui capte les patients sur le plan thérapeutique. Equipe d'accueil des malades.

PHRC : programme hospitalier de recherche clinique



Rencontre avec les personnes pour expliquer le protocole (quoi, combien de temps...), une semaine de tests (attention, mémoire, fonctions exécutives, concentration, raisonnement...) comme le CPT (attention), le vis-compting (fonctions exécutives), le RBMT (mémoire, test dit écologique), et test de résolution des problèmes interpersonnels l'AIPSS. Sur sept séances, réentraîner la mémoire, l'initiative, le shopping... puis on refait les tests du départ pour voir l'évolution.

Les neuroleptiques amenaient de graves effets secondaires gênants, d'où la non-observance du traitement et recherche de nouvelles molécules.

**DRSP**

Département de réinsertion professionnelle (bilan de compétences et définition d'objectifs, stage et emplois pour une durée limitée, projet fait en commun avec l'équipe soignante)

**UNAFAMM** : union nationale des amis et familles des malades mentaux

## IV. Les délires chroniques systématisés

### A. Généralités

Un trouble psychotique est défini par la présence de délire en l'absence de toute cause organique.

#### Repères temporels

Durée supérieure à six mois : on parle de délires chroniques

Durée inférieure à six mois : on parle de BDA ou de troubles psychotiques aigus

#### Définition

Délires chroniques non dissociatifs (sinon ce sont des schizophrénies).

« *Psychoses caractérisées par des idées délirantes permanentes qui font l'essentiel du tableau clinique* » H. Ey.

« *Délires chroniques dont l'organisation relativement cohérente se maintient avec le temps, sans évolution dissociative ni déficitaire* ».

### B. Historique

#### 1. IX<sup>ème</sup> siècle

Dissociation schizophrénie et PMD. ESQUIROL les appelle les folies partielles ou monomanies.

Délire : se définit par un ou plusieurs mécanismes et par un ou plusieurs thèmes.

On définit alors les délires par leurs **thèmes** :

- Délire de persécution de LASEGUE
- Délire d'ambition de FOVILLE (mégalo manie)
- Délire hypocondriaque de MOREL
- Délire des persécutés-persécuteurs de FALRET

MAGNAN a été le premier à introduire la notion de « *délire chronique à évolution systématique* », « *délires chroniques systématisés* » ou « *cohérents* ».

#### 2. Début XX<sup>ème</sup> siècle

KRAEPELIN (1899) propose de séparer et identifier trois pathologies délirantes différentes selon leur gravité : Démence précoce > paraphrénie > paranoïa

On s'est alors plutôt intéressé aux **mécanismes** du délire :

- « les folies raisonnantes, le délire d'interprétation » par P. SERIEUX et J.CAPGRAS (1909)
- le délire d'imagination par DUPRE (1911)
- la PHC par Gilbert BALLEET (1912)
- le délire passionnel par G. de CLERAMBAULT (1921)

- la personnalité sensitive par E. KRETSCHMER

Aujourd'hui, on retrouve le délire d'imagination (paraphrénie), la PHC, le délire passionnel divisé en plusieurs groupes (délire érotomane, jalousie pathologique...), le délire d'interprétation (paranoïa) et la personnalité sensitive (forme particulière de délire paranoïaque). Ce sont plus particulièrement les définitions à partir des mécanismes qui prédominent.

### **3. 1920**

La psychiatrie germanique et anglo-saxonne considère que les délires chroniques systématisés appartiennent à la schizophrénie tandis que la psychiatrie française les considère comme n'y appartenant pas.

## **C. Clinique**

**Délire** : conviction (ou jugement de réalité) erronée et inébranlable.

La paranoïa apparaît tard dans la vie (pas comme la schizo). Age moyen du début : 40 ans  
« para-noïa » = à côté de l'esprit.

Fréquence : 0,03‰ (très rare)

Homme < femme

### **1. Organismes**

#### **a) Mécanismes**

- Distorsion du jugement : interprétation
- Altération des perceptions : hallucinations
- Proliférations imaginaires
- Impression de perte d'intimité, de désappropriation, d'extranéité de la vie psychique : automatisme mental (syndrome d'influence...)
- Intuitions subites

#### **b) Thèmes**

- Persécution
- Influence
- Grandeur ou mégalomanie, certitude d'avoir des dons particuliers, des talents, des découvertes qui les mène à harceler afin d'être reconnu. Il s'affronte aux grands, grandiosité, expansion, mise en valeur.
- Mystique
- Hypocondriaque, Hypocondrie délirante. Très souvent une préoccupation corporelle, souci, rapport fait d'inquiétude, de contrôle. Harcèlement des médecins (formes mineures : cancérophobies = forme moderne de la paranoïa). Rapport au corps fragile des paranoïaques, dysmorphophobie.
- Dysmorphophobie
- De négation
- D'empoisonnement
- De filiation

### **2. Organisations**

#### **a) Délires paranoïaques systématisés**

##### **(1) Délire d'interprétation systématisé (paranoïa)**

Elle se différencie sur les facteurs exogènes ou endogènes.

Installation souvent insidieuse et progressive, pour un âge moyen de 35-45 ans. Il peut quand même y avoir des débuts précoces.

Paranoïa : délire sans bizarrerie, avec autonomie conservée

### **Selon Kraepelin**

« Développement insidieux d'un système délirant permanent et solide, s'accompagnant d'une parfaite conservation de la pensée qui reste claire et ordonnée, de même que les actions et la volonté ». « se développe dans l'ordre, la cohérence et la clarté, avec conservation du vouloir et de l'action »

### **Selon SERIEUX et CAPGRAS (1909)**

« Folies raisonnantes ».

Attention, on peut se faire avoir par ce genre de délire car le sujet raconte quelque chose de logique et cohérent.

Ex : un homme paranoïaque et une femme hystérique : folie à deux.

- « Délire d'idée » : se construit autour de plusieurs idées
- « Délire centripète » : tout se rapporte au sujet.

Pas d'évolution déficitaire.

#### **(a) Mécanisme du délire**

- Le mécanisme principal est l'interprétation +++, qui s'intègre dans le caractère et la personnalité du malade, tout à fait cohérent
- Brusques intuitions (endogènes)
- Illusions perceptives corporelles (rares): impressions bizarres (fourmillement, paralysies...) passagères
- Hallucinations exceptionnelles, généralement auditives

#### **(b) Thèmes**

- Persécution souvent
- Mégalomanie (souvent secondaire à la persécution) « parce que je suis le meilleur »
- Idées de référence (délire centripète)

Cohérence +++ d'où entraînement possible dans un délire à deux, délire induit.

Le délire d'interprétation est à thématique essentiellement persécutoire.

Les thèmes touchent à l'affectif, au narcissisme, au rôle social, à la jalousie, sentiment d'être victime de préjudice. Arguments crédibles.

#### **(c) Structure en réseau +++**

Délire essentiellement dans un domaine, mais si le paranoïaque ne trouve pas d'écoute, son délire pourra s'étendre (ce n'est pas une structure en secteur).

- Humeur neutre en générale mais attention car peut facilement commettre un crime ou un acte médico-légal pour se défendre. Il y a des moments de dépression, dont on peut profiter pour proposer une prise en charge.
- Evolution émaillée de mouvements féconds, de périodes d'excitation ou de dépression.
- Retentissement moins important que dans la schizophrénie. L'isolement et l'évitement social actif (donc secondaire au délire de persécution) sont des bons arguments diagnostic.

Très peu de critique. La paranoïaque est toujours dans une continuité de sa personnalité. A quel moment le début ? Très progressif, passe assez inaperçu. C'est une déformation d'un fonctionnement normal.

Le délire paranoïaque se différencie de la personnalité paranoïaque, cette dernière se caractérisant par de la méfiance, une fausseté du jugement, une hypertrophie du moi, mais pouvant faire le lit d'un délire. La fausseté du jugement n'entraîne pas forcément une interprétation ou une construction délirante. Il y a alors une erreur, sans plus de conséquence.

#### (d) Eléments du diagnostic paranoïa

- Personnalité caractérisée par une hypertrophie du Moi, orgueilleux, humeur ombrageuse, méfiant, ne se remet pas en question, pas facile, méconnaissance caractère hostile.
- Trouble du jugement, interprétation fautive car trop auto-centrée, pas de prise en compte subjective des autres, psychorigidité. Fausseté du jugement.
- Insertion sociale normale.

« *Euréka, j'ai tout compris* » : phrase du paranoïaque, fondée à partir d'une intuition qui se transforme en conviction. Pas d'accès à une remise en question. « *Sûr de tout, il ne doute de rien* » LACAN.

Les délires chroniques vont durer, les paranoïaques restent dans la paranoïa, d'où troubles relationnels. Mais, dans des cas favorables, ils sont accessibles à une psychothérapie car ils sont dans un besoin de reconnaissance, sensibles à l'intérêt qu'on leur porte, afin qu'ils soient plus tolérables et tolérants à leur entourage.

Très sensibles à l'appel de la loi.

### (2) Délire de relation des sensitifs de KRETSCHMER

= délire de relation, délire des masturbateurs.

Personnalité plutôt timide, introvertie, inhibée, narcissique (pas reconnue à sa juste valeur), peur des autres (contraire de l'inflation narcissique), manque de confiance en soi. Développe petits délires en cachette, a l'impression qu'on se moque de lui, qu'on ne l'aime pas, se sent critiqué, jugé sévèrement... puis « pète les plombs » et s'exprime d'un coup.

C'est un délire d'interprétation qui se différencie par certains traits de personnalité. Le délire est la conséquence compréhensible d'un événement ou d'une situation de conflit sur une personnalité pathologique particulière : la personnalité sensitive. C'est à peu près le négatif de la personnalité paranoïaque, il restera dans l'ombre : le « conseiller du président ».

Tendance à développer des troubles hypocondriaques, digestifs (type constipation), alors que le paranoïaque a tendance à développer des troubles cardio-vasculaires.

#### (a) Mécanisme du délire

Interprétation +++ , pas de revendication.

**(b) Thèmes**

Persécution

Idées de référence

**(c) Structure limitée à un secteur (familial ou professionnel)**

- Humeur à tonalité dépressive
- Symptômes associés : anxiété, alcoolisme, préoccupations hypocondriaques
- Evolution récurrente émaillée de moments féconds, d'épisodes dépressifs
- Retentissement : l'adaptation quasi normale est possible. Rarement de PA car « se bouffent entre eux »

Attention quand il y a des troubles dépressifs, il faut chercher des troubles de la personnalité ou des idées délirantes sous jacentes. Généralement, l'intervention auprès d'un paranoïaque après un acte médico-légal se fait soit pour une expertise, soit pour une prise en charge thérapeutique.

**(3) Paranoïa sénile de KLEIST**

Vécu de préjudice des personnes âgées.

**(4) Prise en charge**

- Antidépresseurs pour la crise dépressive (délire des sensitifs)
- Neuroleptiques pour le paranoïaque (effet calmant)

Attention, il faut profiter des épisodes dépressifs pour créer un lien dans une perspective psychothérapeutique.

**Attention !!**

- à ne jamais faire d'humour avec ces sujets : neutralité bienveillante
- à toutes les réponses que nous donnons, car tout peut être interprété et on peut faire partie des persécutés
- à ne jamais faire durer les entretiens si rien ne sort
- ce sont des sujets qui cherchent à provoquer
- à gérer tout ce qui est CT

**Psychothérapie**

Attention de ne pas tomber dans la passion, être peu interprétatif, rester dans le cadre.

Il y a une fragilité narcissique importante, résonance avec une dépression ? Il y a des vécus dépressifs.

## **b) Délires passionnels**

- revendication (inventeur méconnu, idéalistes passionnés...)
- jalousie
- érotomanie

Ce sont des délires « en secteur » procédant d'un postulat de base « le malade ne désire que dans le domaine de son délire ». Les délires passionnels sont caractérisés par une préoccupation émotionnelle, affective et thymique dominante, très importante, d'où danger.

### **(1) Délire de revendication**

Interprétation et intuitions basées sur la conviction d'un préjudice subit.

#### **(a) Mécanismes**

Interprétation et intuition +++ . Des mécanismes imaginatifs et des illusions peuvent participer et en règle générale il n'y a pas d'hallucination.

#### **(b) Thèmes**

Ils différencient les diverses formes cliniques du délire de revendication.

- Querulents processifs : sujet qui entre dans des processus judiciaires permanents. Ce sont des procéduriers. Ils se considèrent comme harcelés (= petit paranoïaque).
- Inventeur méconnu
- Idéaliste passionné : on le retrouve dans la politique ou dans la religion (ou associations, terrorisme...)
- Filiation
- Sinistrose : par exemple quelqu'un qui a eu un accident du travail et qui attaque tout le monde, se sent sinistré (médecin, employeur...). Il ne suffit pas d'entendre sa douleur. Il faut à la fois un traitement médicamenteux et une psychothérapie pour donner du sens à cette revendication.
- Hypocondriaque persécuteur : il attaque les médecins. Il faut faire attention aux PA et aux actes médico-légaux faciles qui relèvent à la fois du soin et du légal.

#### **(c) Structure en secteur +++**

Domaines spécifiques. Il faut un traitement médicamenteux pour calmer leur sthénie. Possibilité d'actes médico-légaux.

Hyper sthénie (hyper activité), querulence et agressivité. Très actif, virulent.

Objectif de faire triompher la « justice » ou la « vérité ».



## **(2) Délire de jalousie**

Assez fréquent. Le début est souvent insidieux, ça commence par une idée fixe et obsédante confortée par des interprétations multiples. Plus fréquent chez l'homme.

Cf. le film *l'enfer*

La jalousie est un phénomène psychique naturel mais il devient pathologique par :

- L'inadéquation de la réaction jalouse : perspicacité morbide (enquête, filature...) ou
- La réaction excessive

C'est une projection de ses propres fantasmes sur le tiers du même sexe, sur sa femme.

### **(a) Mécanisme**

Essentiellement interprétation et intuition +++

### **(b) Thème**

Jalousie

### **(c) Structure en secteur +++**

La relation à l'autre

### **(d) Facteurs favorisants**

- Personnalité prémorbide : traits paranoïaques et sensitifs (predisposition)
- Alcoolisme chronique +++

### **(e) Diagnostic différentiel**

- Jalousie délirante ou pathologie de l'alcoolisme chronique
- Début d'une démence sénile (chez des sujets âgés)
- Thème de jalousie dans la schizophrénie paranoïde
- Réaction de jalousie pathologique des personnalités hystérique, sensitive ou dépendante

### (3) *Le délire érotomaniaque*

On parle plutôt de syndrome érotomaniaque car le délire pur est devenu très rare. Prédominance chez des femmes seules de 40 à 55 ans. Début souvent insidieux : idée fixe et obsédante confortée par des interprétations multiples.

#### (a) Mécanismes passionnels

- Intuition
- Interprétation secondaire
- Autres mécanismes moins fréquents : illusion, hallucinations cénesthésiques, rarement automatisme mental pur

#### (b) Thème

Passionnel +++

#### (c) Structure en secteur +++

#### (d) Les trois stades de DE CLERAMBAULT

- Espoir : « il m'aime mais je comprend qu'il ne le montre pas »
- Dépit : « il ne m'aime pas sinon il me l'aurait montré »
- Rancune : « c'est un connard, il mérite de mourir »

Idée délirante que quelqu'un est amoureux de vous, être persuadé que quelqu'un d'autre est amoureux mais il ne peut pas l'avouer, qu'il souffre en silence. Le malade veut l'aider à avouer. Va prendre un tour de harcèlement. Possibilité de passage à l'acte, de dépit amoureux à la longue, qui mène à un risque de meurtre.

Cf. la thèse de LACAN

#### (e) Formes cliniques

1. L'érotomanie paranoïaque pure (très rare)

2. Syndrome érotomaniaque +++ on le trouve dans :

- Organicité (certaines maladies organiques) : à éliminer en premier (tumeur...)
- Schizophrénie débutante (ttt neuroleptique) : rechercher le syndrome dissociatif
- Manie délirante (ttt neuroleptique) : rechercher l'exaltation de l'humeur (euphorie, fuite des idées...)
- Hystérie, fixation affective sur un « maître », sans interprétation délirante (psychothérapie, tranquillisants) mais il y a des traits hystériques (tendance à la séduction, exhibitionnisme)

Le syndrome érotomaniaque peut donc survenir à un âge plus jeune que le délire érotomaniaque pur.

### c) PHC

Psychose hallucinatoire chronique, considérée comme un tableau à mi-chemin entre paranoïaque et schizo, car cohérence du discours, mégalomanie (pas de discordance, ni d'évolution grave), avec hallucination de la schizo. Il n'y a pas le côté violent et passionnel de la paranoïa. Bonne qualité relationnelle.

« *Psychose délirante chronique basée sur le syndrome d'automatisme mental qui en constitue le noyau et dont la superstructure délirante constitue une idéalisation surajoutée* » DE CLERAMBAULT.

En d'autres termes, c'est plus un développement d'hallucinations multiples que la personne cherche à lier entre elles. C'est en cela que le délire est considéré comme secondaire.

Entité spécifique à la psychiatrie française. Ailleurs, elle appartient au groupe des schizophrénies.

#### (a) Clinique

Plus souvent chez la femme seule entre 30 et 40 ans.

Présence souvent de personnalité prémorbide (isolement). Y a-t-il présence de personnalité prémorbide ? Facteur important à prendre en compte pour les modalités d'évolution ainsi que pour la compréhension des raisons du retrait social : les personnalités schizoïde, paranoïaque et sensitive poussent au retrait social. Le retrait social est-il actif ou passif ?

#### (i) Début

Classiquement « sans incubation », brutal : épisode délirant aigu hallucinatoire avec automatisme mental et thématique d'influence.

Peut être insidieux : perplexité anxieuse, petit automatisme mental. La personne attend quelque chose avec anxiété, petit écho de la pensée...

#### (ii) Phase d'état

- Automatisme mental et syndrome d'influence
- Syndrome délirant, avec une conviction délirante

Puis envahissement de la vie sociale.

#### Thème

Unique le plus souvent : Persécution +++ , influence, possession, invention méconnue, mission grandiose à effectuer

#### Mécanisme

Hallucinations (au premier plan par rapport au délire) et multiples autres

#### Systématisation

Assez pauvre mais cohérente, non structuration

#### Humeur

En général passivité voire dépression : présence de troubles de l'humeur.

Mais il arrive qu'au cours d'un moment de crise la patiente présente des troubles du comportement qui constituent le premier motif de prise en charge.

### (b) Evolution

- Récurrente émaillée de moments féconds, de crises d'automatisme mental avec conservation de la lucidité et des capacités intellectuelles : le travail est possible.
- Envahissement de la vie mentale et sociale avec incorporation des mécanismes imaginatifs aboutissant à une rupture avec la réalité. Il se pose alors la question du diagnostic : PHC ou diagnostic à posteriori de schizophrénie à début tardif ? (pour les anglo-saxons, c'est la même chose).
- enkystement du délire et diminution des troubles du comportement qui peuvent être espérés avec une évolution sous traitement bio-psycho-social avec antipsychotique.

### Evolution défavorable si

- Persistance des hallucinations et augmentation des troubles du comportement
- Présence de syndrome dépressif et de risque suicidaire
- Risque de schizophrénie à début tardif

### Facteurs de pronostic

- Carence sociale et affective
- Durée d'évolution > 6 mois

### Traitement

Neuroleptiques et régulateurs de l'humeur (délire et troubles de l'humeur).

### (c) Diagnostics différentiels

#### Syndrome hallucinatoire aigu

- BDA
- Confusion mentale, prise de toxique
- Hystérie : état second avec production onirique, état crépusculaire
- Ivresse délirante et hallucinatoire
- Délire alcoolique subaigu (hallucinations visuelles zoopsy : araignée, éléphant...)
- Mélancolie/manie délirante

#### Syndrome hallucinatoire chronique

- Schizophrénie +++
- Délire paranoïaque/paraphrénique
- Névrose obsessionnelle : idées obsédantes
- Pharmacopsychose
- Syndrome démentiel

#### Délire d'interprétation

- Paranoïa
- Délire des sensitifs (pas de revendication, peu d'actes médico-légaux, beaucoup de symptômes dépressifs)
- Délire de revendication (quérulents, inventeur méconnu, sinistrose...)
- Délires passionnels (jalousie pathologique : réactions inadaptées ou excessives, érotomanie)
- PHC
- Paraphrénie

## Hallucinose

Hallucination due à des troubles organiques « *pas de vécu délirant de la réalité ni de croyance à son égard* » (non délirant, pas de conviction).

- Epilepsies : temporales (« dreamy state », états de remémoration, éamnésie, hallucinose olfactive), occipitale (visuelle), temporales (cénesthésique)
- Hallucinations hypnagogiques
- autres

## d) Paraphrénie

### Définition

« *Pensée riche, polymorphe, incohérente et invraisemblable avec une verbalisation prolixo voire poétique où le patient fait souvent preuve d'inventivité verbale (création de néologismes). L'intégrité paradoxale de l'unité psychique avec une parfaite adaptation à la réalité quotidienne est caractéristique.* »

- N'amène pas vers la détérioration (ce qui la différencie de la schizophrénie au sens kraepelinien).
- Syndrome dissociatif : inventivité verbale (=création de néologisme donc peut être considéré comme schizophrénie au sens bleuerien)

Maladie très rare voire exceptionnelle.

### Début

Entre 30 et 45 ans, sous deux formes :

- Soit une poussée aigüe d'emblée, vécu comme une sorte d'extase, de révélation.
- Soit un début insidieux avec un retrait affectif et une discrète bizarrerie des conduites.

#### (a) Phase d'état : caractéristiques

- « délire plus parlé que vécu »
- mécanisme prédominant : mécanisme imaginatif +++, de l'ordre de la pensée magique et de la fabulation. On peut cependant avoir un automatisme mental ou des hallucinations psychiques et psychosensorielles visuelles (plus rare).
- Thème mégalomane, de grandeur
- Retentissement absent, car il y a une « bipolarisation de la vie psychique », l'adaptation à la réalité extérieure est remarquable

#### (b) Formes cliniques

Deux formes cliniques selon le degré de systématisation

- **Forme imaginative** : paraphrénie confabulante de KRAEPLIN, délire d'imagination de DUPRE, imaginatif +++, les créations imaginatives plus ou moins reliées entre elles par un certain degré de systématisation.
- **Forme fantastique** : paraphrénie fantastique de KRAEPLIN, unicité thématique peu présente sinon par la « cohérence de l'extravagance » : imaginatifs et hallucinatoires.

#### (c) Critères diagnostiques

1. Thématique délirante qui est dominée par le registre du fantastique
2. Prévalence et richesse du mécanisme délirant imaginatif

3. Coexistence du monde fantastique et du monde réel sans désadaptation à la réalité quotidienne (= bipolarité)
4. Absence ou faible systématisation du délire, incohérence
5. Absence d'évolution déficitaire et intégrité paradoxale de la pensée logique

#### (d) Diagnostic différentiel

- Psychose imaginative aiguë
- PHC
- Schizophrénie paranoïde à début tardif

#### e) Délires partagés

Folie à deux, sectes ou certains mouvements religieux. Ils peuvent se situer à la frontière entre politique et psychiatrie.

### **D. Conclusion**

#### **Critères de diagnostic de psychoses non dissociatives**

- Durée > 6 mois
- Absence d'argument pour une psychose dissociative (càd schizophrénie)
- Absence de trouble organique ou de trouble de l'humeur (thymiques) qui pourrait expliquer la maladie
- Age en général > 35 ans

#### **Mécanismes**

- Mécanisme hallucinatoire : PHC
- Mécanisme imaginaire : paraphrénie
- Mécanisme interprétatif : paranoïa, délire d'interprétation chronique

#### **Trois types de délires paranoïaques**

- les éléments affectifs, sthéniques dominant avec un développement en secteur autour d'une idée prévalente. Les interprétations délirantes y sont circonscrites et secondaires : délires passionnels
- les interprétations sont primaires, s'enrichissent incessamment en un réseau diffus et les interprétations délirantes sont prédominantes par rapport à l'idée directrice qui reste secondaire : délire paranoïaque
- sur une personnalité sensitive survient un délire en secteur. Domine la symptomatologie passive, hyposthénique et dépressive : délire sensitif

Le suicide touche plus les sensitifs.

## ***E. Diagnostic différentiel des délires paranoïaques***

### **De la réaction paranoïaque aiguë**

BDA concomitante (avec interprétations dominantes) :

- D'une personnalité prémorbide paranoïaque ou sensitive
- D'une névrose obsessionnelle décompensée
- D'un traumatisme crânien
- D'une autre cause organique (syphilis cérébral, etc.)

### **Des paranoïas chroniques**

En phase d'exacerbation :

- Confusion mentale
- Prise de toxiques (cocaïne, amphétamines : « effet parano »)
- BDA
- Manie délirante (délires passionnels ou de revendications) ou mélancolie délirante (délire sensitif) [cf. ATCD et congruence]

Au long cours :

- Toxicomanie, pharmacopsychose
- Pathologies organiques, étiologies d'un syndrome démentiel
- Schizophrénie paranoïde
- PHC, paraphrénies

## V. Les délires aigus

Expérience de délire = noyau dur de l'expérience psychotique.

### Trois critères de définition

- conviction absolue
- imperméable à l'expérience
- invraisemblance évidente

« Idées en opposition évidente avec la réalité mais dont le sujet est convaincu ».

Différent de la croyance car conviction absolue sans faille et qui est impénétrable à la discussion et complètement en rupture avec les éléments de jugement du groupe auquel le schizo appartient.

Expérience délirante participe à une perturbation profonde de la perception de la réalité et de sa propre identité. Trouble profond de la conscience de soi-même.

Psychose naissante : idée que toute bouffée délirante est un moment où la vulnérabilité s'exprime, la façon dont le thérapeute la gère pourra être déterminante pour la suite. Cf. GRIVOIS.

### A. La bouffée délirante aiguë typique

Terme de Maniau

Rare (plus que la schizo). Plutôt chez des sujets jeunes

Bouffée délirante = psychose délirante aiguë, trouble psychotique bref. Etat psychotique d'installation brutale, caractérisée par le polymorphisme des thèmes et les mécanismes délirants, et la brièveté de l'épisode.

C'est un syndrome qu'on peut trouver comme mode d'entrée dans la PHC (alors PH aiguë) et dans la paraphrénie. Comment reconnaître la BDA ?

#### 1. Critique de la bouffée délirante de GRIVOIS

- position auto centrée : polarisation extrême de l'expérience vécue, tout ce qui se passe autour de lui (pour ou contre) Le délire est toujours une expérience auto centré, le sujet est toujours la victime ou le Dieu. Sentiment que tout le monde s'adresse à lui.
- énigme, singularité : sidération, perplexité
- mutisme (« ne peut se raconter ») absence de demande d'aide
- trouble du comportement extrêmement important, comportement désorganisé (agitation, fugue, repli...)



## 2. Début

- Soudain et brutal « *c'est un coup de tonnerre dans un ciel serein* »
- Quelques prodromes : insomnie, inquiétude, irritabilité, angoisse, tristesse ou euphorie

Rmq : il peut aussi y avoir des formes de début chronique

## 3. Phase d'état

- 1) Troubles du comportement (essentiellement agitation), de la présentation, et de l'expression verbale (parle beaucoup, peut crier, hurler, insulter...), agressivité possible (souvent secondaires au délire, ce qui confirme la conviction)
- 2) Etat délirant
  - Thèmes et mécanismes **polymorphes**. **Grande mobilité** des mécanismes et des thèmes (peut facilement changer), non systématisation
  - **Automatisme mental** constant, envahissement de toute la vie psychique
  - **Absence d'organisation du délire** (coq à l'âne, passage d'un mécanisme à l'autre, d'un thème à l'autre...), incohérence
- 3) Troubles de l'humeur et de l'affectivité
  - Humeur instable : **labilité** de l'humeur
  - **Angoisse** toujours présente
- 4) Troubles de la conscience
  - Etat oniroïde ou crépusculaire de la conscience
  - Pas de confusion mentale +++ (pas de désorientation temporo-spaciale)
- 5) Symptômes somatiques (car agitation)
  - **Insomnie** constante
  - Augmentation de la température corporelle (car agitation)
  - Fébricule, déshydratation (agitation et oubli de boire de l'eau)
  - Le bilan biologique et neurologique doit être systématique

Il peut y avoir des BDA pour cause organique.

### ≠ Syndrome confusionnel

Etat de sidération, de perplexité anxieuse, désorientation temporo spaciale +++, variabilité nyctéméral avec une aggravation nocturne (dès qu'il y a une obscurité) qui fait la différence avec le syndrome démentiel. Trouble aigu d'origine organique (toxique ou biologique : delirium tremens, tumeurs) ou psychiatrique (états de stress aigus, états de sidération).

#### **4. Facteurs psycho réactionnels et troubles de la personnalité**

##### 1) Evènements déclenchants

Traumatismes psychoaffectifs et situations de rupture avec les repères spacio-temporels.

Ex :

- psychose nuptiale
- psychose puerpérale post partum ou post avortum (risque important lors de la primiparité avant 20 ans et après 30 ans, apparaît au cours du premier mois généralement, ou au moment du sevrage ou du retour des règles)
- Syndrome de Jérusalem (départ dans le désert et conviction d'être prophète)
- Syndrome de Bankock (départ en vacance et choc culturel, décompensation et rapatriement d'urgence)

##### 2) Trouble de la personnalité

- Difficultés d'identification et /ou d'adaptation
- Certains traits de personnalité (personnalité paranoïaque, schizotypique, schizoïdie...)
- Annonce d'une séropositivité VIH (les patients ne sont pas égaux face au diagnostic de VIH, selon la structure de la personnalité sous-jacente)

#### ***B. Bouffée délirante aiguë atypique***

##### **Début**

- Progressif, phase prodromique assez longue, allure subaiguë

Ou

- délire moins riche, prédominance du syndrome de dépersonnalisation

Ou

##### **Prévalence d'un mécanisme délirant**

- Psychose imaginative aiguë : paraphrénie
- Psychose hallucinatoire aiguë
- Délire d'interprétation ou « paranoïa aiguë »

Ou

##### **Troubles thymiques +++**

Manie délirante aiguë ou mélancolie délirante aiguë

## **C. BDA symptomatique d'une affection**

### **1. Affections psychiatriques**

- BDA inaugurale d'une schizophrénie : BDA typique ou atypique (dépersonnalisation, pauvreté du délire...).
- BDA inaugurale d'une PMD : mélancolie/manie délirante aiguë (euphorie, mégalomanie, délire de culpabilité...)
- BDA inaugurale d'une PHC : chez des sujets plus âgés
- Psychose puerpérale (= psychose post-partum ou post-avortum) et états délirants pendant la grossesse (= formes particulières de BDA)

On peut y ajouter délire imaginatif aigu...

Post-partum : de l'accouchement à l'arrêt de la montée de lait (environ les six premiers mois)

Baby blues : de trois à huit jours après l'accouchement

### **2. Affections somatiques**

- **Atteintes organiques cérébrales**

BDA + éléments confusionnels + signes organiques

Ex :

Delirium tremens lors de sevrage volontaire ou non : signe de BDA, désorientation temporo-spaciale, problème de foie...

Attention à toutes les pathologies dues à l'alcoolisme (jalousie pathologique...)

- **Certaines intoxications : pharmacopsychoses**

- o Corticoïdes, certains antituberculeux
- o Sédatifs opiacés : opium, héroïne, morphine
- o Stimulants : cocaïne, amphétamines
- o Hallucinogènes : LSD, mescaline, dérivés du cannabis, amphétamines

40% des Sujets présentant un épisode schizophrénique utilisent du cannabis, comorbidité addictive.

### **D. Prise en charge**

- Une BDA se traite à l'hôpital (et non à la maison par exemple...). Dans la plupart des cas, l'hospitalisation est sans consentement car le consentement du patient est irrecevable.
- Traitement antipsychotique par des neuroleptiques.
- Au début la seule psychothérapie possible est une psychothérapie de soutien pour maintenir un lien avec la réalité. Ensuite, tout dépend de l'évolution.

Attention de ne pas demander raisons, origines... construction délire. Il faut dire : vous êtes malade, épisode grave, on va vous garder, vous soigner...

Attention de ne pas demander d'explication au psychotique car l'envahit de son délire. Ne pas regarder dans les yeux un psychotique car vécu comme menaçant.

Attention de ne pas alimenter le délire, et passer de la position de sauveur à une position d'harceleur dans le délire paranoïaque.

### **E. Modalités évolutives**

- 1) **Résolution complète** et sans récurrence dans un tiers des cas : BDA sans lendemain
- 2) **Récidives** dans un tiers des cas : BDA à répétition (avec des retours à la raison), considérée pour certains comme une forme d'expression de la schizophrénie
- 3) **Chronicisation** : cyclique (PMD ?), ou permanente (schizo avérée) pour un tiers des cas.

On considère que :

- Un ou deux épisodes (de 12 à 18 mois) : 5 ans de traitement
- Trois épisodes ou plus : 10 ans de traitement minimum

L'arrêt du traitement est possible si ce délai est passé et qu'il n'y a plus du tout de symptôme.

Mais sous conditions : hygiène de vie, ne prendre aucun toxique (« allergie au cannabis »)

### **F. Pronostic par rapport à la schizophrénie**

	Bon	Mauvais
Début	Brutal, aigu	Subaigu, prodrome
Délire	Polymorphe	Pauvre
Participation thymique et anxieuse	+++ (MD)	+/-
Facteur déclanchant	Oui	Non
Personnalité prémorbide	Non	Oui (schizoïde ou schizotypique)
Antécédents familiaux ou personnels	Non	Schizophrénie ou PMD
Sensibilité au traitement	Bonne	Mauvaise
Critique du délire, perplexité	Bonne	Mauvaise

## VI. Synthèse sur les psychoses aiguës/chroniques

Point commun :

Délire

Durée : < 6 mois > 6 mois

BDA

dissociatif

non dissociatif

Sans lendemain cyclique chronique (schizo)

Mécanisme :

DIC

DP

PHC

paraphrénie

Thème :

DP

DK

DP

Si diagnostic positif de BDA typique, sans cause organique, le diagnostic différentiel concernera l'évolution : BDA inaugurale d'une autre pathologie psychiatrique ?

## VII. Les troubles anxieux

### A. Historique

Au Moyen-Âge, on parle de peur. Système religieux solide qui « protège », mais qui évolue et devient un système collectif de peur (phénomène de groupe) mais qui n'est pas un modèle paranoïaque.

La peur de la femme a toujours existé et existera toujours. Homme : est attiré et redoute la femme, dans une ambivalence qui apparaît dans la chasse aux sorcières (défiance envers les femmes).

16-17<sup>ème</sup> siècle : Discours misogyne.

16<sup>ème</sup> siècle : notions d'inquiétude et d'angoisse : « angos » = se sentir serré.

1600 : DESCARTES le doute apparaît sur l'évidence des choses.

1660 : Molière, le malaise humain apparaît dans *le malade imaginaire*.

18<sup>ème</sup> siècle : ESQUIROL et la lypémanie anxieuse.

1800 : KANT critique de la raison pure.

HEGEL dialectique du maître et de l'esclave.

1860 : délire émotif, folie raisonnante, agoraphobie.

1895 : FREUD légitime le terme d'angoisse avec la névrose obsessionnelle, terme qu'il emprunte à KIERKEGAARD en 1850 dans *le concept d'angoisse*.

CHARCOT hystérie.

SCHOPENHAUER volonté/haine.

1940 : SARTRE aspect phénoménologique de l'angoisse : ne pas pouvoir se contrôler, vertige, « un néant se glisse entre moi et moi-même ».

1913 : JASPER « c'est une peur sans objet ».

1940 : A. FREUD « les mécanismes de défense » de l'angoisse, stratégies pour éviter l'angoisse.

### B. Définitions

Anxiété : mot récent. Aujourd'hui, concept psychopathologique et médico-philosophique.

Angoisse /anxiété :

Le français est la seule langue qui distingue les deux.

Angoisse : sensation physique (philosophique).

Anxiété : image, représentation, fantasme (psychologique).

L'anxiété comme prix à payer du désir, indicateur de l'apparition de la pulsion : signal du moi lorsqu'il y a un danger de la part de pulsions inconscientes qui tentent de surgir.

Anxiété comme processus d'adaptation et comme procédé de décompensation, pour surmonter une épreuve. Un niveau d'anxiété est nécessaire à la réussite des épreuves par exemple dans les examens.

Notion d'organisation, capacité d'organiser une réponse adaptée liée à un état anxieux.

A partir de quand l'anxiété devient pathologique ? Quand elle gêne l'adaptation.

Le stress appartient aux troubles de l'anxiété.

L'anxieux aura une quantité d'anxiété très élevée. Mais ce qui fait sa pathologie est son incapacité de réponse face à un événement anxiogène. Celui qui ne veut pas assumer une peur aigue est condamné à une peur continue.

La phobie comme plan d'action non efficace contre l'anxiété.

Toutes les théories cognitives sont nées sur le modèle anxieux. Le cycle de l'anxiété.

DARWIN considère les émotions comme un système de communication, avec des signes physiques. L'anxiété comme élément de la relation humaine.

Se vit de façon somatique (se sentir oppressé, serré, malaise, palpitation...).

L'effroi est la forme extrême de l'angoisse (on est saisi). L'anxiété est ce qui nous protège de l'effroi.

C'est dans le domaine de l'anxiété que les évolutions de la psychologie ont été les plus importantes depuis 30 ans.

### ***C. Sémiologie de l'anxiété***

Sentiment désagréable, de malaise ressenti au niveau corporel.

#### **Définition de PICHOT**

Etat émotionnel à tonalité négative faite de trois éléments principaux :

- Perception d'un danger imminent,
- Attitude d'attente (on subit),
- Sentiment de désorganisation, paralysie de l'action.

Le danger ne correspond pas à une situation objective : « peur sans objet ».

Dimension d'attente dans l'hypervigilance, il n'y a pas de solution.

L'anxiété est une expérience douloureuse, paralysante, désagréable et proche de la peur.

Contexte somatique qui surprend le sujet lui-même :

- Palpitations cardiaques, transpiration, tremblements, gêne thoracique, crampes digestives.
- Sentiment de perte de contrôle, d'étrangeté (très léger), peur de mourir : sentiment d'être en danger.

L'échelle de HUNTINGTON sert à coter l'intensité de l'anxiété, hétéroquestionnaire.

STAY : autoquestionnaire qui permet de différencier l'anxiété continue (trait de personnalité) de l'anxiété d'état (épisode, par exemple lors de dépression...).

Si complication d'un trouble de l'humeur secondaire, celui-ci ne doit être pas très élevé, sans idées noires, avec par exemple une projection dans le futur possible...

En médecine, il y a une différenciation entre les signes :

- Fonctionnels : c'est la souffrance du patient « mal là », « n'arrive plus à suivre une émission »
- Physiques : recherche de ce qui provoque la souffrance « qu'est ce qui fait mal là ? », « manque de concentration »

## **D. La névrose d'angoisse**

### **1. Définition**

Anxiété ou angoisse (on ne fait plus la différence).

Peur sans objet, sentiment de danger imminent, irrationnel et incompréhensible par un tiers (ex : arachnophobie). Pathologique par sa persistance, son intensité ou sa répétition invalidante.

Constante dans les troubles névrotiques (mais peut se trouver dans plusieurs pathologies).

### **Point de vue psychodynamique**

Dite "flottante" dans les névroses d'angoisse (anxiété généralisée), déplacée ou liée dans les autres névroses (phobie ou agoraphobie) à une situation ou à un objet.

### **2. Nosographie**

#### **Cinq types de troubles anxieux**

1. Trouble panique et agoraphobie
2. Anxiété généralisée
3. Phobies spécifiques et phobies sociales (= névroses phobiques)
4. TOC (= névrose obsessionnelle). La névrose obsessionnelle prenait en considération à la fois la personnalité obsessionnelle et les TOC, or au niveau sémiologique il y a une différence fondamentale : notion d'egodystonie dans les TOC, c'est-à-dire que le sujet reconnaît la nature absurde et bizarre des idées obsédantes qu'il a et du comportement qui en découle, alors que dans le cas de la personnalité obsessionnelle il y a une egosyntonie c'est-à-dire que pour le sujet il n'y a pas de mal à être trop perfectionniste ou caractère excessif du comportement qui paraît normal. Syntonie : cohérence ou compréhension
5. PTSD (= névrose traumatique). Deux formes : état de stress aigu et état de stress post traumatique.

#### **Sémiologie du DSM4**

Il existe huit tableaux de troubles anxieux :

- Trouble panique ou attaque panique (1970s) sans agoraphobie. L'attaque de panique n'est pas pathologique en soi (tout le monde est susceptible d'en faire au moins une dans sa vie), c'est pourquoi on parle de **trouble de panique**. Il y a une anxiété anticipatoire (trouble anxieux)
- Trouble panique associé à de l'agoraphobie.
- Agoraphobie simple (sans troubles paniques) = vertige qui apparaît dans une situation d'espace où on se sent difficilement aidé, pas de possibilité de fuite.
- Phobie simple = état anxieux qui n'apparaît que quand quelqu'un est confronté à telle ou telle situation. Cristallisation de l'anxiété sur une situation, liée à un objet, avec un objet contra-phobique. Il y a des phobies situationnelles et les phobies d'objet
- Phobie sociale = trac, sensation d'être mal jugé par les gens. L'éreutrophobie comme forme de phobie sociale.
- Trouble anxieux généralisé TAG « maladie du souci ».
- syndrome de Stress post-traumatique « oubli impossible ».
- Trouble obsessionnel compulsif TOC (ex-névrose obsessionnelle), rituels face à des obsessions, objectif anxiolytique qui devient ensuite anxiogène (rituels)



Toutes ces pathologies peuvent avoir la dépression ou la consommation toxique comme complication.

Traitement :

- Anxiolytiques (à faible dose, pour les symptômes invisibles), antidépresseurs et psychothérapie.
- Antidépresseurs et TCC

## **E. PTSD**

Syndrome de répétition survenant après un événement traumatisant provoquant un stress important (possibilité de complication). Oubli impossible de situations, d'épreuves extrêmement violentes qui vont revenir souvent sous forme de cauchemars répétitifs. Compulsion de répétition.

Névrose traumatique de Freud. Le traumatisme est la répétition d'une épreuve antérieure qui n'a pas été intégrée, négociée et qui resurgit. Répétition d'un traumatisme antérieur.

Psychologue : position d'investigateur du traumatisme initial, ce qui peut être mal pris par les victimes qui pensent que le psy essaie de le culpabiliser.

Les premiers grands accidents étaient les accidents de chemin de fer. Puis WW1 et le retour des tranchés, WW2 et le retour des camps de concentration.

Pathologie extrêmement fréquente ces dernières années car le monde actuel, la vie moderne le génère. Liée à un contexte socio-politique de réparation : donne droit à une pension d'invalidité, d'où des critères de diagnostic très stricts.

### **1. Clinique**

**Selon DSM IV**

- A. Sujet exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
- 1) A vécu, a été témoin ou confronté à un ou des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou menacés de mort ou graves blessures ou durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
  - 2) Réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB : chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, d'une ou de plusieurs façons suivantes :
- 1) Souvenirs répétitifs ou envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. NB : chez les enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
  - 2) Rêves répétitifs provoquant sentiment de détresse. NB : chez enfants, rêves effrayants sans contenus reconnaissable.

- 3) Impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire.
- 4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices externes ou internes évoquant ou ressemblant à l'événement traumatique.
- 5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes.

C. Il y a des stratégies d'évitement, des comportements qui ressemblent à une phobie sociale. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme (pour éviter les pensées, activités, lieux, conversation...) et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- 1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme
- 2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
- 3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
- 4) Réduction nette de l'intérêt pour les activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
- 5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
- 6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres)
- 7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple ne pense pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de vie)

D. présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- 1) difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu
- 2) irritabilité ou accès de colère
- 3) difficultés de concentration
- 4) hypervigilance
- 5) réaction de sursaut exagérée

E. la perturbation (symptômes de critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

## 2. Prévention

Idée d'une prévention à faire du syndrome post-traumatique, en intervenant au moment du drame pour gérer les émotions, pour prendre en charge le plus rapidement possible les victimes de catastrophes.

PTSD : → prévention (par des cellules d'urgence médico-psychologiques)  
→ Réparation

Souvent, dans les heures qui suivent le traumatisme, sentiment d'étrangeté, de déréel, d'être quelqu'un d'autre. Ce sentiment serait associé à la survenue plus tard du syndrome post-traumatique : Etat hypnoïde pathogène.

### **Débriefing**

- Expression des émotions :
  - Partage émotionnel entre victimes pour sortir du sentiment de solitude et d'impuissance
  - Avec des professionnels pour légitimer les émotions
  
- Restructuration cognitive :
  - Culpabilité ? Sentiment de responsabilité ?
  - Croyances sur ce qui s'est passé ?
  
- Résolution de problème :
  - Recherche d'informations
  - Recherche d'aides sociales
  - Conseil (apprendre à se relaxer...)
  
- Evaluation des facteurs de risque :
  - Personne isolée, vulnérable...
  - Des modes « coping », individus qui cherchent à tout contrôler et qui ne supportent pas cette situation qui leur a échappé.
  - Des ressources

Importance de la légitimation du traumatisme : expliquer que le traumatisme est justifié par rapport à l'événement. Modèle du droit des victimes, statut de la victime qui lui permet une restauration (≠ modèle psychanalytique).

## **F. Phobies spécifiques et phobies sociales**

= névrose phobique de Freud.

État anxieux (attaque de panique sans peur de mourir, de devenir fou...) qui renvoie à une immaturité émotionnelle (enfant).

- peur d'affolement et paralysie
- peur d'un stimulus déterminé (objet ou situation) (DSM3-R), limité à des « situations hautement spécifiques », tels certains animaux, orage, obscurité, sang, certaines maladies... (ICD10).

### **1. Clinique**

Peurs irrationnelles d'un objet spécifique (= phobies d'objet, par ex d'un animal, des couteaux de cuisine...), d'une situation (= phobie de situation, par ex peur des hauteurs, du vide, phobie sociale, peur d'une situation sociale, éreutrophobie...) ou d'une activité (= phobie de fonction : passage du permis de conduire).

### **2. Prévalence**

Pathologie assez fréquente.

- Phobie spécifique : 10 à 20% de la population générale
- Phobies sociales :
  - 10% dans la forme classique
  - 3% dans la forme grave.

#### **Sexe ratio**

- phobie spécifique : deux fois plus de femmes que d'hommes
- Phobie sociale : hommes = femmes

#### **Age moyen de début de maladie**

Variable (mais généralement adulte jeune ou enfant).

Chez l'enfant on ne commence à parler de phobie qu'à partir de 10 ans.

### **3. Exemples de forme clinique**

- **Phobies spécifiques** (isolées) : couteau, seringue (objet), prendre l'ascenseur, peur de l'obscurité (situation)
- **Phobies sociales** : éreutrophobie (peu de rougir), peur de parler en public, trac, éreutrophobie... honte. Peur de certaines situations sociales dans lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui et dans lesquelles il craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante (DSM3-R). Problématique d'affirmation de soi. Sentiment d'être jugé négativement par les autres. Recoupe le champ de la névrose (conflit précoce).
- **Agoraphobie** : peur des grands espaces et peur des bains de foule

#### 4. Diagnostic positif

Survenue d'une anxiété phobique (peur irrationnelle d'un objet, d'une situation ou d'une activité) dont le sujet se plaint.

Les symptômes anxieux sont directement liés à la confrontation avec la situation phobogène ou à l'anticipation de la situation phobogène.

Les mécanismes défensifs mis en jeu : conduites d'évitement ou réassurance par des objets contraphobiques (se faire accompagner par une personne, avoir du Lexomil dans la poche...).

#### 5. Evolution

- Surconsommation d'alcool ou de médicament (!!Attention !!), exemple : phobique social à qui surconsomme de l'alcool une soirée car le décoince, ou prise de tranquillisants juste avant la situation phobogène or phénomène de tolérance, d'où dépendance.
- Dépression secondaire (épuisement psychique)

#### 6. Traitement

Essentiellement psychothérapique avec en premier lieu les TCC (exposition *in vivo*, exposition *in imagino*, technique de relaxation sur la respiration, technique d'affirmation de soi avec jeux de rôles par exemple pour l'agoraphobie...) puis psychanalyse.

La médication est rare, très symptomatique et ponctuelle (juste avant l'intervention du professeur dace à son amphithéâtre...), pas au long court. Anxiolytiques.

### G. Anxiété généralisée (TAG)

#### 1. Clinique

Anxiété flottante avec anticipation péjorative d'événements malheureux ou avec majoration des soucis quotidiens (ex : départ en vacance).

Névrose d'angoisse de Freud.

Etat permanent de souci. Appréhension du réel en permanence en terme de risque.

Paradoxe : souci des faits rares et calme devant des risques plus forts. Etat de vigilance et d'angoisse qui annule le vrai stress.

C'est quasiment un mécanisme de défense, stratégies d'évitement par un brouillard anxieux.

#### 2. Prévalence

5 à 10%, très fréquente. Evolution au long court.

Selon l'estimation de l'OMS, seulement un tiers consulte :

- 15% des consultants en médecine générale (douleurs au dos, impression de fatigue...)
- 25% en psychiatrie

#### Sexe ratio

Plus les femmes que les hommes

**Age moyen** précoce (difficile à déterminer)

### 3. Symptomatologie

- Anxiété prévalente, quotidienne, continue. Symptômes anxieux primaires quotidiens avec une recrudescence vespérale (variation dans la journée) et des difficultés d'endormissement. « maladie de l'inquiétude ».
- Beaucoup de plaintes somatiques (maux de tête, fatigue, troubles digestifs, douleurs...)
- Soucis excessifs (tout paraît insurmontable)

Réactions de sursauts... qui témoignent de l'hypervigilance mais qui n'est pas spécifique au TAG (PTSD...).

Manifestions physiques (phénomènes neurovégétatifs, respiratoires, tremblement et moiteur des mains, tension musculaire à l'origine de douleurs qui poussent à la consultation d'un médecin généraliste) et psychiques (peur sans objet).

### 4. Evolution

Evolution nyctémérale qui n'est plus spécifique une fois que la maladie est déjà bien installée.

- Surconsommation d'alcool et de médicaments (notamment le soir avant de dormir) attention !! car risque de dépendance
- Dépression secondaire (dans plus de la moitié des cas), trouble mixte anxio dépressif.

Rmq :

≠ de la dépression car le dépressif est dans l'impossibilité de se projeter dans l'avenir, il est dans l'échec alors que le TAG accomplit tout de même l'action, au prix d'un grand effort, et il a toujours besoin d'être rassuré dans ce qu'il fait. Pour le TAG, la crise d'angoisse aigue n'est rien à côté de l'angoisse quotidienne toute la journée, peur inexplicée, bizarre et reconnue comme excessive. Peur qui est continue dans le temps, presque aucun mouvement de répit.

≠ de la personnalité anxieuse car les médicaments ont de l'action et au point de vue éthique on ne peut pas dire qu'on modifie la personnalité.

### 5. Traitement

- Avant : benzodiazépines. Aujourd'hui, **antidépresseurs** très efficaces (même en l'absence de dépression) et Atarax, tranquillisant nouvelle molécule (différence des benzodiazépines).
- **TCC**, essentiellement relaxation et changement des schémas cognitifs (apprendre à critiquer les pensées négatives). Eventuellement, d'autres types de psychothérapies (psychanalyse).

## **H. Trouble panique et agoraphobie**

Attaque de panique avec manifestations physiques et psychiques, avec ou sans agoraphobie. L'attaque panique provoque les mêmes sensations que l'infarctus.

Elle peut survenir à n'importe quel moment (pas de déterminisme particulier) = crise d'angoisse aiguë d'autrefois.

Autrefois on observait de la Spasmophilie, symptôme qui correspond aujourd'hui à une attaque de panique mineure.

Dans les années 1980s, elle est interprétée comme un problème psychologique. Mais ce n'est pas de l'hystérie, ce n'est pas lié à un événement particulier. Aujourd'hui, c'est un symptôme fréquent chez des individus normaux, hors champ particulier.

Renvoi probablement à des problématiques d'abandon (survient après un départ), peur d'être seul.

### **1. Clinique**

Anxiété épisodique paroxystique. Apparition brutale et de courte durée.

Le trouble panique est représenté par :

- Attaques de panique : attaques récurrentes sans cause déclenchante, survenue brutale, durée en générale inférieure à 30 min (tremblements, sueurs, sensation d'étouffement, peur de devenir fou et de mourir, phénomènes physiques d'angoisse et insomnie)
- Anxiété anticipatoire (par la suite) qui, dans l'extrême, entraîne des conduites d'évitement
- Agoraphobie

**Prévalence** pour vie entière : 2 à 3,5%

**Sexe ratio** : deux fois plus de femmes que d'hommes

**Age moyen** de début : 25 ans

#### **Attaque panique selon DSM IV**

A. Attaques spontanées et récurrentes. Episode limité dans le temps (quelques heures) de peur ou d'inconfort intense dans lequel 4 ou plus des symptômes suivant se développent brusquement et atteignent un maximum en moins de 10 min :

- 1) Palpitation, tachycardie
- 2) Sueurs
- 3) Tremblements
- 4) Sensation de manque d'air ou d'étouffement
- 5) Sensation d'étranglement
- 6) Douleur ou inconfort thoracique
- 7) Nausées ou troubles digestifs
- 8) Sensation de vertige, d'instabilité, tête vide ou malaise
- 9) Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (sentiment de détachement de soi-même)
- 10) Peur de perdre contrôle ou de devenir fou
- 11) Peur de mourir

12) Paresthésies (sensations de fourmillement ou d'engourdissement)

13) Sensation de chaud ou de froid

Réaction vive et globale exprimée par le corps.

Accompagné de (et/ou) :

- 1) Inquiétude persistante d'avoir de nouvelles attaques
- 2) Inquiétude concernant les conséquences de l'attaque ou des implications
- 3) Modification significative de comportement relative aux attaques (conduites d'évitement) pendant un mois ou plus.

B. Absence d'agoraphobie

C. Pas expliqué par des effets physiologiques d'une substance ou à un trouble médical.

D. Pas expliqué par un trouble mental

### **Agoraphobie simple selon DSM IV**

- A. *Anxiété relative à des endroits ou à des situations dont il serait difficile de s'échapper ou dans lesquels une aide ne pourrait pas être disponible.* Les peurs agoraphobiques incluent typiquement un ensemble de situations comme la peur de se retrouver seul en dehors de chez soi, la peur d'être dans la foule ou de faire la queue...
- B. Les situations sont évitées (par ex, les voyages sont annulés) ou endurées au prix d'un inconfort intense ou de la peur d'avoir une attaque de panique et peuvent requérir la présence d'un compagnon.
- C. Anxiété ou évitement phobique ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental telle qu'une phobie sociale, phobie spécifique ou TOC...

## **2. Diagnostic positif**

- 1) *Début soudain* : maximum des symptômes atteint en quelques minutes
- 2) *Durée limitée* : quelques minutes à 2 heures au maximum
- 3) *Survenue possible au cours du sommeil* et en dehors de toutes activités oniriques et en dehors des périodes d'endormissement et de réveil.
- 4) Existence de *cognitions catastrophiques* : peur de mourir, de devenir fou...
- 5) Symptomatologie somatique dominée par des *symptômes respiratoires*.
- 6) *Modifications comportementales* : besoin de quitter la situation, d'aller consulter...
- 7) *Modifications perceptuelles*.

## **3. Evolution**

- Immédiate

- **Anxiété anticipatoire** qui s'installe soit au décours de la première attaque soit après récurrence des accès
- Peut évoluer vers une anxiété généralisée **permanente**
- Conduites d'évitement ou de rémanence ultérieure. Il peut y avoir un phénomène de généralisation (métro > bus > taxis...). si le début de l'attaque est lié à des motifs très spécialisés, c'est une complication du trouble phobique. Si le début de l'attaque est sans motif, flou, on a affaire à une anxiété généralisée



- Plus tardivement
  - **agoraphobie** (peur des grands espaces, des lieux où il y a beaucoup de monde)
  - **Dépression secondaire** (pour plus de la moitié des cas)
  - **Surconsommation médicamenteuse et/ou alcoolique** dans 20 à 40% des cas.

Si le trouble panique n'est pas traité, risque d'aggravation de l'agoraphobie et de complication par dépression, trouble d'anxiété généralisée, conduite toxicomaniaque. Si traité, il faut porter de l'attention à la personnalité sous jacente.

Il y a un test diagnostique qui marche très bien : perfusion d'acide lactique qui provoque une attaque panique. Autre technique moins invasive : hyperventilation qui provoque attaque panique. Dès que le sujet sent la crise arriver, on lui demande d'inspirer profondément, puis d'expirer profondément... explication : facteur psychologique qui augmente le rythme cardiaque et respiratoire, emballement physique qui peut être contrôlé par de grandes respirations.

Les schémas négatifs se mettent en place après la première attaque, qui est incomprise et s'accompagne d'un sentiment de bizarrerie.

L'excès d'oxyde de carbone peut provoquer des attaques de panique (dormir sous la couverture). Attaques qui par la suite se reproduisent au réveil.

#### **Facteurs favorisant le trouble panique**

1. Psychologiques : événements de vie : deuil, mariage, naissance, retraite...
  - Surtout quand il y a agoraphobie
  - Prise en charge psychologique, explications psy qui peuvent ne pas être acceptées.
  - A voir avec des angoisses dépressives.
2. Médicale : interventions chirurgicales, affections médicales...
3. Toxique : abus de drogue, alcool ou stimulants (café...), sevrage d'alcool ou de benzodiazépines.
4. physiologique : grossesse, surmenage physique ou professionnel...

#### **4. Traitement**

- Les **antidépresseurs** à une dose plus élevée que pour la dépression sont efficaces (même en l'absence de dépression). 70% de la prise en charge des attaques paniques par les antidépresseurs. Explication : composante psychique qui peut être contrôlée par des médicaments. Ils permettent d'éviter l'attaque de panique, ainsi que la dépendance à des tranquillisants (= gestion à court et moyen terme)
- **TCC** (apprentissage de techniques de relaxation, désensibilisation systématique, exposition graduée en imagination ou *in vivo*) pour gérer la panique.
- Autres **psychothérapies** suivent l'indication et les désirs du sujet par la suite (psychanalyse : si capacité de verbalisation et de mise en sens...).

Insistance sur les règles hygiénico diététiques (éviter les excitants)

## 5. Diagnostics différentiels

- personnalités histrioniques chez qui on trouve des attaques paniques
- éliminer les causes organiques (ex : infarctus du myocarde, qui présente les mêmes symptômes : chercher les choses inhabituelles)
- dépression primaire ou secondaire ?
- phobies spécifiques

### 1. Trouble obsessionnel compulsif TOC

Névrose obsessionnelle de Freud.

Sujet envahit, submergé par des représentations négatives, inconfortables, interdites qui créent l'angoisse (pathologie au niveau de la tête alors que les autres étaient au niveau du corps). Symptômes sévères.

Personnalité obsessionnelle en lien plus ou moins fort avec une TOC (détresse, conflit, rigidité modérés). Devient une pathologie quand la souffrance de l'individu est trop grande, l'handicape.

#### 1. Clinique

Obsessions ou comportements compulsifs quotidiens pendant au moins deux semaines, entraînant une détresse ou retentissement sur les activités habituelles. Avec angoisse. Notion de durée et de souffrance (d'où différenciation avec personnalité obsessionnelle).

A. Existence d'obsession ou de compulsion

B. Obsessions et compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse ou d'une perte de temps considérable (plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités quotidiennes du sujet, son fonctionnement professionnel ou les activités ou relations sociales habituelles.

Echelles des pensées obsédantes et des compulsions de YALE-BROWN.

→ **Sentiment de détresse et répercussions sociales.** C'est l'une des plus graves psychopathologies.

**Prévalence** sur vie entière : 2 à 3 % population générale

**Sexe ratio** : différent en fonction de l'âge

- Adulte : hommes = femmes
- Adolescent : hommes > femmes

**Age moyen** 25 ans dans les 2/3 des cas

Un peu plus précoce chez le garçon

20% débutent avant 20 ans et 10% avant 10 ans.

## 2. Obsessions

- 1) Idées, pensées, sentiments, impulsions ou représentations mentales récurrentes et persistantes, qui, du moins au début sont ressenties comme faisant intrusion dans la conscience du sujet et sont éprouvées comme absurdes.
- 2) Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées ou impulsions ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.
- 3) Le sujet reconnaît que les obsessions sont le produit de ses propres pensées et qu'elles ne sont pas imposées de l'extérieur ( $\neq$  idées délirantes).
- 4) Ce n'est pas une préoccupation addictive du drogué, ou un trouble alimentaire...

Idées qui reviennent souvent :

- Saleté et contamination +++
- Crainte des maladies
- Thèmes d'agression
- Doute

Variations en fonction de la culture et de l'époque.

Classiquement, on différencie trois types d'obsession :

- Obsessions idéatives (folie du doute) ex : gaz éteint ?
- Obsession impulsives (phobie d'impulsion) ex : si j'accélère, je l'écrase
- Obsession phobique, ex : microbes, saleté

Ces obsessions sont hautement anxiogènes. Le sujet en reconnaît le caractère absurde (d'où égodystonie). Pour lutter contre les obsessions, le sujet met en place des compulsions et rites.

## 3. Diagnostic différentiel

- Idées fixes : il n'y a pas de lutte anxieuse (contrairement aux idées idéatives)
- Impulsion : car il y a une action, ex : il accélère (contrairement aux idées impulsives)
- phobies : l'idée ou la peur survient même en absence de l'objet (contrairement aux idées phobiques)

Diagnostics différentiels :

- psychoses : les idées fixes sont elles des idées délirantes ?
- cause organique
- trouble de l'humeur
- trouble de la personnalité :
  - o personnalité obsessionnelle : les obsessions et compulsions sont elles le reflet d'une personnalité obsessionnelle ? par exemple, notion de propreté excessive qui doit être différenciée de l'anxiété. Si les symptômes sont égodystoniques ( $\neq$  égodystoniques), ils ne sont pas pathologiques car ils ne posent pas de problème ni gêne au sujet, il s'agit d'une personnalité obsessionnelle.
  - o Personnalité paranoïaque : il y a une psychorigidité, mais absence de sentiment de persécution, de méfiance ou d'hypertrophie du Moi, d'obséquiosité.

#### 4. Compulsions et rites conjurateurs

Comportements impérieux, délibérés, stéréotypés que le sujet s'impose pour neutraliser les pensées obsédantes.

Ex : rites d'habillage, de vérification, de lavage, les conjurations, par onomatomanie (répétition de phrase) ou arithmomanie (compter dans sa tête).

A un certain moment, ces compulsions et rites, d'abord anxiolytiques, deviennent eux-mêmes anxiogènes.

- 1) Comportements répétitifs dirigés vers un but et intentionnels se déroulant selon certaines règles de façon stéréotypée (rituels).
- 2) Comportement destiné à neutraliser ou empêcher un sentiment de malaise ou un évitement ou une situation redoutés. Pourtant cette activité n'est pas liée de façon réaliste à ce qu'elle propose de neutraliser ou de prévenir, ou elle est manifestement excessive.
- 3) Le sujet reconnaît que son comportement est excessif ou absurde (sauf chez les petits enfants qui ont transformés les obsessions en idées surinvesties).

Activités compulsives :

- Vérification
- Besoin de questionner (ou de confesser)
- Lavage
- Comptage
- Besoin de mettre de l'ordre ou symétrie

#### 5. Thèmes des obsessions et des compulsions

Ils sont variables :

- Thèmes de protection corporelle (se laver plusieurs fois par jour)
- Thèmes de protection contre les dangers extérieurs
- Compulsion d'ordre et de symétrie (tout ranger)
- Compulsion de précision et de complétude (peur de se tromper, perfectionnisme qui n'aboutit jamais)

#### 6. Les formes cliniques

- Les laveurs (= folie du toucher) : refus de serrer la main, mettre des gants...
- Les vérificateurs (= folie du doute)
- Les ruminateurs (= maladie du scrupule) « et si mon père décède, et si ... »
- Les contrôleurs (= vérificateurs)
- Les amasseurs (ex : matières fécale conservée avec la date)

**Autres formes cliniques :**

La personnalité obsessionnelle, dont les formations réactionnelles concomitantes ou se succédant sont :

- Propreté excessive, ou saleté excessive
- L'ordre et le désordre
- Avarice ou prodigalité
- L'obséquiosité ou la grossièreté

## 7. Traitement

- Antidépresseurs à très forte dose
- TCC : exposition avec prévention de la réponse (ne pas réaliser la compulsion ou le rite), technique d'arrêt de la pensée (imaginer un panneau stop).
- Psychothérapie d'inspiration analytique afin de donner du sens
- Dans les foers sévères ou résistantes, ECT (électro convulsivo thérapie ou sismothérapie), voire la psychochirurgie (environ 100 cas, résultats mitigés car âge avancé).

Antidépresseurs et TCC afin de réduire les obsessions et les compulsions.

Social : invalidité professionnelle

## 8. Évolution

- Surconsommation d'alcool ou de médicaments (toxicomanie)
- Dépression secondaire
- Complications d'ordre somatique : lavage à l'eau de javel qui provoque des lésions...

Voir la personnalité sous jacente. Cependant, ne survient pas forcément sur une personnalité obsessionnelle.

Rmq : peut être un mode d'entrée dans une schizophrénie

On peut espérer une évolution mais il faut surveiller le risque suicidaire si dépression, et toxicomanie. S'il n'y a pas d'amélioration, sismothérapie.

## VIII. Les troubles de l'humeur

### A. Les états dépressifs

Maladie du siècle, la dépression a toujours existée mais elle a pris une résonance particulière à notre époque car elle est autorisée. Avant, être déprimé était un pêché pour le chrétien. Pendant la révolution russe, c'était considéré comme un symptôme de petit bourgeois, passible de prison. Il y a eu une longue évolution de l'être humain vers l'autonomie et la solitude, qui mena à l'acceptation de la dépression. Dans les années 1960, apparition des anti-dépresseurs donc de la capacité d'action qui valide cette plainte.

Système extrêmement possessif. La dépression appartient à quelque chose de violent, génère de la violence. C'est une dépression de l'humeur. **Humeur** : ce qui colore toutes nos expériences dans une gamme qui va du plaisir à la douleur. C'est un état affectif global. Notion de plaisir.

#### Trois niveaux :

- Se sentir triste, déprimé (souvent lié à la déception/perte d'espoir, témoin d'une douleur/compassion), caractérisé par une absence de plaisir.
- Perte de l'élan vital qui a des répercussions sur l'ensemble des fonctions vitales (vigilance, appétit, sommeil), qui se trouvent perturbées, ralenties.
- Ralentissement psychomoteur (plus d'envie ni d'énergie), sensation de fatigue, tout devient difficile. → Tableau d'un épisode dépressif, mal-être physique.

Dans les formes graves, il y a des pensées de dévalorisation de soi, de culpabilité, se sentir indigne, mauvais. Idées noires : envies suicidaires (toutes les idées suicidaires ne sont pas liées à une dépression). Sensation d'arrêt du temps, projets creux. Hyperfragilité (pleure beaucoup).

Les formes atypiques sont souvent cycliques : boulimie/anorexie, insomnie/hypersomnie.

Cinq règles fondamentales président au diagnostic de dépression :

#### **1. Reconnaître une dépression masquée**

Dont l'expression symptomatologique se situe à un niveau physique (migraine, lombago, douleurs dorsales...) > 15% des états migraineux sont des dépressions masquées. Masques somatiques et psychiques : cf. tableau

#### **2. Distinguer le type de dépression**

Episode dépressif unique ou dépression saisonnière ou bipolaire. La prise en charge n'est pas du tout la même.

#### **3. Evaluer le risque suicidaire**

Par des questions masquées, indirectes ou directes. Puis chercher : est ce que les idées suicidaires sont marquées ? Si les idées sont précises, le risque est imminent.

#### **4. Discuter l'indication d'une hospitalisation**

Dédramatiser la situation

## 5. Discuter l'orientation thérapeutique

Toujours éliminer les causes organiques (surtout si c'est un premier épisode). On retrouve de la dépression dans les phases d'entrée dans maladie de parkinson, démence (+ désorganisation temporo-spaciale) et problème d'hypothyroïdie (qui provoque des forme résistantes de dépression)

Si mélancolie, stuporeuse : première indication de ECT.

En psychiatrie la dépression peut être comprise à trois niveaux :

- Un symptôme : modification pathologique de la tristesse (touche uniquement l'humeur)
- Un syndrome : état ou épisode dépressif (humeur et autres symptômes)
- Une maladie : mélancolie

Il y a toujours un risque de rechute, il faut en informer, prévenir le patient. Risque de rechute/récidive : mode inaugural d'un trouble bipolaire.

**Dépression = Trouble thymique (tristesse, perte de plaisir...) + inhibition psychomotrice (sauf pour les dépressions agitées) + symptômes physiques/somatique**

### 1. Critères de durée

- > à deux semaines, les symptômes constituent un changement net par rapport au fonctionnement antérieur pour la dépression (sinon : personnalité dépressive).
- Etat chronique.
- Dysthymie : 2 ans
- Deuil : 1 an

### 2. Caractéristiques associées

- Plaintes somatiques : dépression masquée. Selon l'OMS, plus de 40% des plaintes au généraliste sont des dépressions masquées.
- Idées délirantes : congruence à l'humeur (d'où différentiation d'avec les psychoses), conviction erronée
- Aspects culturels : variations selon les cultures, peut apparaître plus dans le côté corporel que dans le verbal

### 3. Caractéristiques selon l'âge

Pathoplastie : variation clinique en fonction de la culture et de l'âge.

- **Avant la puberté** : plaintes somatiques, agitation, hyperactivité, hallucination à une seule voix, trouble anxieux et phobies.
- **Adolescence** : abus de substances psychoactives (le cannabis a des vertus antidépressives), comportements antisocial délictueux, difficultés scolaires, sensibilité accrue aux rejet, mauvaise hygiène. Attention : où est la limite avec la crise d'adolescence ?
- **Sujet âgé** : déficit cognitif, pseudo-démence, dépression pseudo dementielle ou démence pseudo-dépressive. Est-ce une démence qui prend le masque dépressif ou

une dépression qui prend le masque de démence ? pour les différencier, il faut prendre un traitement d'épreuve à base d'antidépresseurs.

Indication d'ECT pour les dépressions chez les sujets âgés car maniement difficile des médicaments et effets secondaires forts, présence souvent de polyopathie, et rapidité d'action. Dans tous les cas, le risque d'évolution dans les cinq années suivant l'épisode dépressif vers une démence est très élevé.

## 4. Formes cliniques

### a) Dépression majeure ou unipolaire

- Sous type mélancolique suivant trois critères : intensité des symptômes, culpabilité (délirante), idées pessimistes (on retrouve un sourire faux dans les formes de mélancolie souriante)
- Sous type chronique ( $\neq$ continue, mais épisodique avec plus ou moins de retour à la normale)

Attention : risque suicidaire majeur en fin de nuit, réveils précoces « fin de nuit, fin de vie », et en fin d'épisode « fin de mélancolie, fin de vie ».

#### Symptômes de l'épisode dépressif majeur selon le DSM IV

Il faut 5 symptômes, pendant plus de 2 semaines, qui sont un vrai changement avec d'habitude. Il faut soit une humeur dépressive, soit une perte de plaisir.

1. *Humeur dépressive*, pratiquement toute la journée, presque tous les jours, observé par le sujet ou les autres. Eventuellement irritabilité chez les enfants et adolescents.
2. *Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir* pour presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
3. *Perte ou gain de poids ou augmentation ou diminution de l'appétit* presque tous les jours (en l'absence de régime).
4. *Insomnie ou hypersomnie* presque tous les jours.
5. *Agitation ou ralentissement psychomoteur* presque tous les jours.
6. *Fatigue ou perte d'énergie* presque tous les jours.
7. *Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée* (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se sentir coupable d'être malade).
8. *Diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer ou indécision* presque tous les jours.
9. *Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes* sans plan précis ou avec ou tentative de suicide.

→ forme *typique*

En France 7 à 8% de la population est en épisode dépressif majeur.

Les facteurs du risque de dépression :

- Situation sociale précaire
- Sexe : les femmes invoquent deux fois plus que les hommes les problèmes dépressifs.
- Age : problème de diagnostic à l'adolescence, + 60 ans (anorexie...)
- Antécédents familiaux, génétiques.



Le risque de rechute d'une personne qui a fait un épisode dépressif majeur, lorsqu'il va mieux :

- 15% dans moins de 6 mois
- 22% dans moins d'un an

→ rechute extrêmement importante

### **Mélancolie**

C'est la forme de l'épisode dépressif majeur la plus grave. Attention au risque suicidaire.  
Au moins 5 symptômes dont l'humeur dépressive.

A. Un ou deux symptômes :

1. perte de plaisir dans des activités, effondrement de toute capacité de se faire plaisir.
2. absence de réactivité aux éléments agréables, absence d'influence par le bonheur des autres.

B. Trois ou quatre symptômes :

1. humeur dépressive « particulière », tristesse poignante de douleur morale insupportable.
2. dépression surtout le matin
3. réveil matinal précoce
4. très ralenti ou très agité +++
5. anorexie, perte de poids ++
6. profonde culpabilité, avec caractère délirant ++

→ Caractéristiques *atypiques*

Dans la bipolaire, l'épisode dépressif est souvent de caractère mélancolique. On peut trouver des épisodes maniaques chez les grands mélancoliques (PMD décrit par KRAEPELIN).

PMD → mélancolique (attention risque très important de passage à l'acte, de suicide)

→ Accès maniaques

### **b) Dysthymie/Cyclothymie**

Forme mineure de la dépression. Personnalité dépressive. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, > 1 jour sur 2 avec au moins 2 symptômes et une perte d'espoir (pessimisme), pendant au moins 2 ans (1 an pour les enfants et adolescents), sans épisode dépressif majeur. Les intervalles libres (le sujet se sent bien) sont généralement < à 1 mois.

**Cyclothymie** : Personne cyclothymique = Personnes très sensibles aux échecs et aux réussites. Oscillation de l'humeur, sans trop de dépression, ni trop maniaque.

### **c) Dépression majeure à caractère saisonnier**

Hypersomnie et hyperphagie glucidique. Traitement : mélatonine, luxothérapie. Phénomène du jet-lack.

### **d) Dépression du post partum ou post avortum**

### **e) Folie myxoedémateuse**

Hypothyroïdie, déficit d'iode

**f) Trouble thymique organique type dépressif**

Hypertenseur

**g) Dépression selon l'âge**

Enfant, pseudo-démence

**h) Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive**

Changement de domicile, de travail...

**i) Chagrin**

Chagrin de deuil qui devient pathologique par l'intensité ou la durée > 1 an.

**j) Dépression atypique**

- Pas de ralentissement : agitation
- Idées délirantes

Dépression d'épuisement des « managers » ou des « ménagères ».

Le lithium « rabote » un peu, sentiment de perdre le sel de la vie.

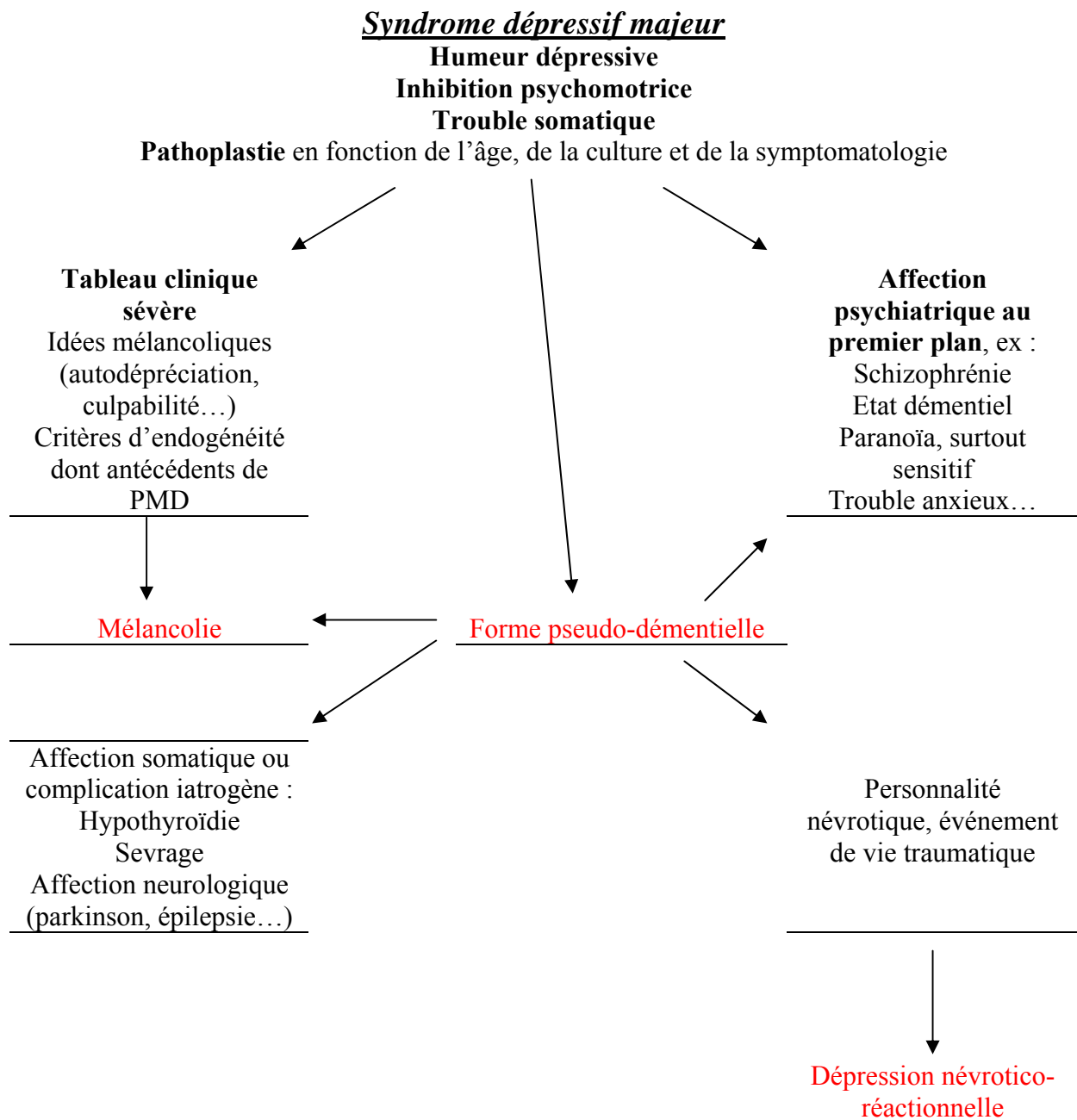
## 5. Différences cliniques

	<b>Syndrome dépressif</b>	<b>Syndrome maniaque</b>
<b>Incidence</b>	1/100 hommes 3/100 femmes	1,2/100 hommes 1,8/100 femmes
<b>Prévalence</b>	2-3/100 hommes 5-10/100 femmes	1/100 hommes et femmes
<b>Sexe</b>	2 hommes : 1 femme	Hommes = femmes
<b>Age</b>	Age moyen 40 ans 10% après 60 ans pic fréquence à l'adolescence 50% avant 40 ans	Age moyen 30 ans
<b>Humeur</b>	<u>Triste</u> , déprimé, anxieux ou irritable Crise de larme ou anhédonie	<u>Euphorique</u> , <u>expansif</u> , exalté, <u>irritable</u> ou hostile Pleurs occasionnels (formes mixtes)
<b>Manifestations psychiques et psychomotrices associées</b>	Perte de confiance en soi, baisse de l'estime de soi, culpabilité, désespoir	Confiance excessive en soi, vantardise, idées de grandeur
	<u>Difficultés de concentration</u> , indécision, perte de plaisir,	<u>Fuite des idées</u> , association par consonance, distractibilité, <u>agitation désordonnée</u> , <u>logorrhée</u>
	Perte d'intérêt pour les activités visuelles, pertes des liens, retrait social, pensées récurrentes de mort et idéations suicidaires	Hyperactivité, hypersociabilité, <u>hyperfamiliarité</u> , achats inconsidérés, indiscretions sexuelles
<b>Manifestations somatiques</b>	<u>Ralentissement psychomoteur</u> , <u>fatigue</u> , agitation, angoisse Anorexie et perte de poids ou boulimie, gain pondéral, <u>troubles de l'appétit</u> <u>Troubles du sommeil</u> : insomnie ou hypersomnie Irrégularités menstruelles, aménorrhée Perte du désir sexuel, <u>baisse de la libido</u>	<u>Agitation psychomotrice</u> , euphorie Perte de poids, <u>troubles de l'appétit</u> Réduction du besoin de sommeil, <u>insomnie sans fatigue</u> Désir sexuel accru
<b>Symptômes psychotiques, idées délirantes</b>	Idées délirantes d'iniquité ou de <u>culpabilité</u> , <u>d'autodépréciation</u> et <u>d'autoaccusation</u> , de dévalorisation Idées délirantes de références et de persécution	Idées délirantes de grandeur, <u>mégalomanie</u> Idées délirantes de référence et de persécution

	Idées délirantes de maladie (nihiliste, somatique ou hypocondriaque) Idées délirantes de <u>ruine</u> (à l'extrême : syndrome de COTTARD, dénégation des organes)	Idées délirantes « formes mentale et physique exceptionnelles » Idées délirantes de richesse, de <u>filiation</u>
	Hallucinations visuelles, auditives et rarement olfactives	Hallucinations momentanées visuelles, auditives
<b>Histoire familiale, risque parmi les parents du premier degré</b>	10-13%	20-25%

Manque d'envie, lassitude, perte d'intérêt, négligence dans présentation, manque d'énergie vitale, replis social... éventuellement événement déclencheur qu'il faut spécifier (réactionnel à un événement déclanchant, épuisement, ou inaugurale d'un trouble bipolaire ou unipolaire... cf. évolution).

- Trouble de l'humeur (tristesse, autodépréciation, idées suicidaires)
- Troubles psychomoteurs (ex : ralentissement, essentiellement au niveau discursif)
- Troubles somatiques (plaintes somatiques, fatigue, asthénie, perte d'appétit, anorexie, perte de poids, diminution de la libido, troubles du sommeil, hypersomnie/clinophilie...)



### **Troubles de l'humeur**

- Episode dépressif majeur : tristesse + 4 symptômes
- Episode maniaque : euphorie + 3 symptômes

### **Formes cliniques Dépression**

- Isolée
- Récurrente (> 2 épisodes)

### **Dysthymie**

Humeur dépressive + 2 symptômes > 1j/2, > 2ans

### **Bipolaire**

1 : épisode maniaque →lithium

2 : épisode dépressif + hypomanie → médicaments (lithium ?)

### **Psychothérapie**

→ psychothérapies « traire sa dépression pendant des années »

- exprimer les choses, les ressentis
- comprendre le contexte, les éléments (sociaux, familiaux...)
- remise en cause de son fonctionnement

## 6. Traitement

- Hospitalisation (alcool, TS, état d'incurie, carence familiale, besoin d'évaluation diagnostic : phase d'expertise...)
- Bio :
  - o **Antidépresseurs**
  - o Traitement de désintoxication (troubles du comportement et risque vital car besoin de réhydratation et cure de vitamine neuroproductrices B1 et B6) soit certains benzodiazépines (qu'il faut réduire rapidement sinon dépendance), soit certains neuroleptiques.
  - o Hormones thyroïdiennes si problème de thyroïde
  - o Régulateurs de l'humeur si associée à des troubles maniaques ou hypomaniaques
- Psychothérapie de soutien et sur notion d'événement déclanchant ou catalyseur, et détection d'un trouble de la personnalité sous jacent. Trois type de psychothérapies : inspiration analytique, comportementale et cognitiviste, interpersonnelle.
- Social : garde des enfants ? Travail (arrêt maladie) ? Droits au chômage ? Aide ménagère ? Suivi ambulatoire à domicile ?

Au niveau épidémiologique, on estime qu'on ne devrait plus parler d'épisode mais de maladie dépressive si celle-ci dure longtemps. D'où débat sur la durée de traitement d'un épisode dépressif :

- 1 épisode dépressif sans lendemain : 6 à 8 mois de traitement médicamenteux
- 2 épisodes : traitement plus long

### Sismothérapie / ECT

Indications :

- Pas de risque vital
- Pas d'autre indication thérapeutique possible : épisode dépressif majeur résistant
- Accord du patient

Recherche d'une crise d'épilepsie : 27s de convulsions et 29s d'épilepsie. Deux à trois séances par semaines, dix séances au maximum. Aujourd'hui, certains patients répondent à un entretien, c'est-à-dire à une séance par mois après avoir eu un soin. C'est fonction du patient. Chez les épileptiques, conséquence de fragilité du cerveau, mais ECT très surveillé et rare, d'où OK.

C'est le seul traitement antidépresseur qui est efficace à 100%. Pour les dépressions résistantes, il va être remplacé par deux techniques :

- La stimulation transcrânienne : sans anesthésie, méthode en court de développement aussi pour les hallucinations auditives résistantes à un traitement neuroleptique. Elle permet une très bonne amélioration des symptômes au niveau de la fréquence et de l'intensité.
- Pace maker cérébral : stimulation du nerf vagal. Indication : épilepsie et dépressions résistantes.

Dépression : lobe frontal ; hallucinations auditives : lobe pariéto temporal. Hyperactivité qu'il faut réduire en inhibant la région.

A priori, les électrochocs font moins de mal au cerveau que la dépression elle-même. Phénomène du KINDLING : au fur et à mesure des épisodes, les éléments déclenchants ont de moins en moins d'importance. Augmentation de la sensibilisation des neurones. On part

d'une cause psychique, et on arrive à une cause organique. Différentiation endogène/exogène des dépressions qui n'est donc plus pertinente à ce niveau épidémiologique.

## 7. Evolution

Le traitement antidépresseurs agit dans 70% des cas, mais ne commence à agir qu'à partir de la troisième semaine : expliquer ça au patient.

Risque de suicide. Risques durant épisode :

- levée d'inhibition, surtout si association antidépresseurs et tranquillisants (effet recherché)
- Virage maniaque, il faut alors revoir le diagnostic.

Si homme de 50 ans : mode d'entrée dans Parkinson

Si femme de 50 ans : évolution vers une démence

A prendre en compte lors du pronostic et de la prise en charge :

- L'épisode dépressif est il primaire (essentiellement du au surmenage professionnel ou événement de vie) ou secondaire (du à l'alcool ou à des pathologies somatiques).
- Risque de comorbidité à l'alcool, qui a un effet anxiolytique et quasi-euphorisant, d'où l'abstinence peut être anxiogène, et avec une polypathologie somatique (reins, cœur artères).
- Antécédents : tempérament hyperthymique ? (hypomanie ou dépression qui dure) y'a-t-il eu des épisodes hypomaniaques ? antécédents familiaux de troubles de l'humeur ?

**Ex 1:** Syndrome dépressif retenu au vue d'un changement net avec avant, la durée > 2 semaines, et la présence de troubles de l'humeur avec tristesse et idées de mort, troubles psychomoteurs (ralentissement) et troubles somatiques (anorexie, hypersomnie). Ce syndrome est associé à un alcoolisme chronique probablement secondaire avec retentissement somatique.

**Ex 2 :** récidive dépressive dans le cadre d'un trouble dysthymique chez une patiente traitée, évoluant depuis plus d'un an et faisant suite à un événement de vie mineur.

## 8. Personnalité et dépression

Pas de lien entre une personnalité et une tendance à la dépression, mais il y a des personnes qui traînent un style d'être les exposant à la dépression, à des épisodes dépressifs, mais pas à la mélancolie. Pas de personnalité typiquement dépressive reconnue.

→ Personnalité dépendante, narcissique, qui n'assume pas la séparation, l'autonomie.

→ Personnalité obsessionnelle, compulsive. La dépression est tardive chez l'homme qui n'est pas de caractéristique obsessionnelle. Système tellement rigide que génère des malentendus, conflits... et donc une frustration.

→ Personnalité fragile, hystérique.

On retrouve chez beaucoup de gens qui ont des problèmes de dépression, des troubles pour exprimer leur agressivité, leur frustration. Difficulté d'expression de leur autonomie existentielle.



**Cf. M. Klein :**

L'enfant doit assumer sa violence contre le sein pour accéder à une dépression normale, acceptation de l'ambivalence et de son agressivité.

→ modèle psycho dynamique de la psychanalyse.

**Freud :**

Deuil et mélancolie : lie la culpabilité à l'agressivité du mélancolique, qui s'en prend à travers lui à l'objet perdu auquel il s'est identifié.

## **9. Le suicide**

Risque suicidaire important dans :

- Bipolaire
- Episode dépressif (Mais le suicide n'est pas toujours lié à un épisode dépressif)
- Adolescents et personnes âgées

Problème grave d'actualité, fréquence importante :

- 1 tentative toutes les 4 min
- 1 suicide toutes les 40 min

Quand il y a tentative, une fois sur deux il y a re-tentative dans l'année qui suit, dont 2% meurent. 80% des gens qui se suicident en avaient parlé avant à quelqu'un (dont professionnels).

12 000 morts par an.

Parmi les suicidants, un sur deux ont des troubles psychiques (schizophrènes dont 10% meurent par suicide).

**Crise suicidaire : syndrome**

- Etat de douleur psychique intense
- Chez des gens qui n'ont aucun plaisir à être triste, à souffrir
- Pour eux, la seule solution est de mourir. La vie ne vaut pas le coup d'être vécue
- Importance des idées suicidaires, de l'impulsion, de l'idée de le faire. En lutte contre une impulsion.

Il peut y avoir un syndrome dépressif en plus.

→ poser des questions (idées noires ? malheureux ?)

C'est un état ponctuel, mais 2 choses peuvent être durables :

- Anhédonie (recherche permanente d'autostimulation extérieure)
- Idée que la mort est une solution au problème.

Personnalité anhédonique : qui a du mal à avoir du plaisir.

Il y a souvent un événement traumatisant, caractérisant la phase pré-suicidaire durant laquelle l'individu se trouve sans solution. Sentiments assez forts :

- d'agressivité, de violence
- d'impuissance
- Sentiment de solitude, repli, perte d'intérêt, isolement (deuil anticipé)

Rapport dépression/deuil, élément fusionnel, d'identification. Suicide comme mort de l'objet. Passage à l'acte pour exprimer ce qu'il n'arrive pas à dire ?

## 10. Problématique du deuil

Dépression comme échec du travail de deuil : deuil pathologique.

L'évolution de la société a fait du deuil un élément culturel. Travail de mise en forme par une psychothérapie. La perte est une problématique de la vie quotidienne. L'identité de quelqu'un se construit dans la relation à l'autre, après la séparation. Lorsque quelqu'un perd son objet, il perd une partie de lui-même. Déformation du Moi. D'où le fait que des pertes banales peuvent avoir de grandes conséquences. L'autre comme porteur d'un désir, rythme la vie et miroir de soi-même (l'autre comme son métier, son ami...).

### Deuil

= perte d'un investissement. Ce qu'on a perdu provoque un hyperinvestissement sur l'objet perdu. Surinvestissement, idéalisation de l'objet perdu. Le surinvestissement permet par la suite un désinvestissement. Surinvestissement qui peut provoquer dans le bouleversement émotionnel (ce n'est pas une tristesse dépressive) une hallucination de l'objet perdu (visuel, auditif...).

### Caractéristiques

A. Dualité pulsionnelle. Il y a une régression affective.

a. Problématique d'ambivalence, de persécution (persécuté par ce qui a été perdu).

b. Problématique de culpabilité : l'objet perdu est-il détruit ?

Clivage et idéalisation, culpabilité et réparation.

B. Identification

a. Attention à l'aspiration par le mort

b. Ambivalence sur l'identification :

- Vivante (lui dire « au revoir »)

- Mortifère (incorporer un cadavre)

C. Excitation maniaque ? aspect pulsionnel du deuil maniaque, quelques épisodes maniaques.

D. Souffrance dépressive :

- Agressivité, tristesse

- Séparation, sentiment d'abandon, de perte

- Douleur morale, somatisation

### Stades du deuil normal

1) Réactions de :

- Sidération

- Dénier, révolte

- Tristesse, accablement

→ Choc émotionnel, difficulté à réagir (quelques semaines)

2) **Désorganisation** (si elle dure = pathologique)

- Hallucination

- Sentiment de présence permanente

- Pensées magiques (télécommunication...)

- Plus ou moins de communication avec les proches (diminuée)

Trouble de la cohérence de la pensée. Le deuil comme fracture de la personnalité.

- 3) **Dépression** (à peu près trois mois après) comme étape de la réorganisation. Syndrome dépressif plus ou moins complet. Mais il n'y a pas de dévalorisation de soi, très peu de culpabilité.

- 4) **Adaptation** progressive

- Travail douloureux
- Soutien des proches
- Libération progressive des investissements

Accepter le statut de deuil, la réalité du décès. Désir de vivre à nouveau.

La durée de cette succession est d'à peu près un an.

Vulnérabilité ultérieure (anniversaires, coïncidences, rencontres...).

Différentes réactions au sein de la famille.

Tout ce travail d'adaptation est mal fait par la société aujourd'hui, d'où le besoin de psychologues.

## **B. Troubles maniaques ou hypomaniaques**

### **1. Clinique**

#### **Selon DSM IV**

Episode délimité dans le temps durant lequel l'humeur est élevée de façon anormale et persistante pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire). Pendant cette période de perturbation, 3 symptômes au moins sont demandés, avec une intensité suffisante.

1. *Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur*
2. *Diminution du besoin de sommeil*
3. *Plus grande communicabilité* que d'habitude ou désir de parler tout le temps : *logorrhée*.
4. *Fuite des idées* ou sensations subjectives que les pensées défilent
5. *Distractibilité* (attention trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance).
6. *Augmentation de l'activité orientée vers un but* (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou *agitation psychomotrice*.
7. *Engagement excessif dans des activités agréables* mais à *potentiel élevé de conséquences dommageables* (dépense d'argent, achats inconsidérés, conduites sexuelles inconséquentes...).

→ diagnostic relativement facile quand l'état est décalé (s'installe en 2-3 jours). Syndrome fréquent.

Le syndrome maniaque doit durer au moins une semaine, sauf si syndrome hypomaniaque qui lui, dure au minimum 4 jours.

Echelle de personnalité hypomaniaque de CHAPMAN.

#### **Symptômes**

- Troubles de l'humeur : Euphorie, excitation psychomotrice (hyperactivité désordonnée et sans objet, fuite des idées, logorrhée...), irritabilité voire hostilité, jeux de mots, mégalomanie (manie délirante à thème...)
- Troubles somatiques : désinhibition (sexuelle...), insomnie sans fatigue, troubles de l'attention, anorexie
- Dépenses excessives, familiarités ou hypersyntonie, mégalomanie...

## 2. Formes cliniques

### a) Trouble thymique organique

Trouble organique antérieur type maniaque ex : tumeur cérébrale, cocaïne

### b) Syndrome du « chapelier fou » (« mad hatler »)

Intoxication chronique au mercure

### c) Manie dans l'adolescence

Masquée pas l'abus de substances psychoactives, d'alcool ou par un comportement anti social.

### d) Trouble bipolaire cyclique d'alternance rapide

(48 à 72h)

### e) Cyclothymie

Phases hypomaniaques et phases modérées.

Durée > 2 ans, début adolescence ou adulte jeune.

Période libre < 1 mois

Attention de vérifier si le patient prend des antidépresseurs, et s'il présente une hyperthyroïdie car provoque des cycles rapides de bipolaire.

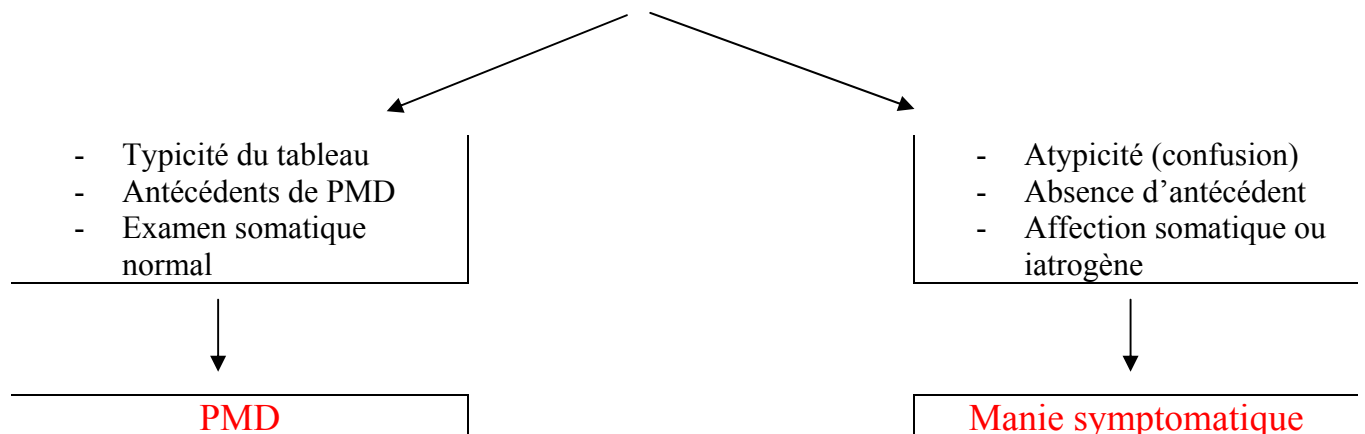
### Syndrome maniaque

**Aspect et attitude** : mobilité accrue, impulsivité, excentricité, contact facile

**Humeur expansive** +++

**Excitation psychique** et fuite des idées

**Syndrome somatique** : insomnies rebelles **sans fatigue**



### 3. Prise en charge

- Hospitalisation : si l'hospitalisation sans consentement peut être justifiée, alors H sous contrainte (carence sociale, hostilité...).
- Bio : régulateurs de l'humeur, **thymorégulateurs** et traitement sédatif si l'agitation est importante.
- Psycho : psychothérapie de soutien pendant la phase maniaque. Ensuite, selon son engagement, une psychothérapie plus poussée ou non.
- Quand stabilisé, techniques psychoéducatives dans le but de reconnaître la maladie et de connaître les symptômes d'alarmes.
- Social : mesure de protection des biens, il faut faire une demande de sauvegarde de justice (si seul). Possibilité de la lever par la suite ou de la faire évoluer vers une curatelle ou tutelle s'il y a un risque. Permet une renégociation des achats, en amenant la preuve qu'au moment des achats, il n'avait pas toute sa raison. Cf. contexte professionnel social...

Régulateur de l'humeur = normothymique. Le régulateur de l'humeur doit être curatif sur au moins un des versants (maniaque ou dépressif), et ne doit pas engendrer de trouble de l'humeur et doit avoir un effet préventif.

Ne pas utiliser d'antidépresseurs car ils peuvent déclencher un virage maniaque, ni de neuroleptiques car les neuroleptiques classiques sont connus pour leurs effets dépressiogènes (attention).

Mais les antipsychotiques atypiques (Zyprexa) viennent d'être reconnus comme des normotymiques car leur action est sur le versant maniaque, sans effets secondaires sur l'humeur et il y aurait un effet préventif.

La prévention se traduit par : l'absence de récurrence (sur un versant ou un autre), l'allongement des phases interthymiques (entre deux épisodes) et le raccourcissement des épisodes.

Toute prescription abusive d'antidépresseurs et de neuroleptiques est toxique. Il faut penser à éliminer un problème thyroïdien.

Régulateur de l'humeur : Lithium, certains antiépileptiques (Tegreto), Pepaco (validé pour prévention des accès maniaques) et Ziprexa (antipsychotique de seconde génération) et les électrochocs (efficaces autant pour les accès maniaques que les accès dépressifs).

Troubles subsyndromiques : une des manifestations serait l'hyperréactivité émotionnelle (bipolaire 5). Celle-ci augmenterait la probabilité de développer un trouble de l'humeur. Tempérament, prédisposition neuro biologique.

#### **4. Evolution**

- Sans traitement : durée de 6 à 8 mois
- Sous traitement : la guérison de l'épisode maniaque peut être atteinte mais le but du traitement est de ne pas refaire un épisode.

Rechute : quand on est encore dans l'épisode

Récidive : il y a eu une rémission complète (> 6 mois) puis réapparition des symptômes, et nouvel épisode.

30% des patients qui récidivent en prenant un placebo, répondent comme sous un traitement antidépresseur. La différence entre placebo et antidépresseur se situe dans l'effet préventif, car le placebo n'a pas d'effet préventif des rechutes.

#### **5. Diagnostics différentiels**

- Troubles bipolaires
- Si présence de délire :
  - o manie délirante avec thème mégalo
  - o BDA atypique (car dominance des troubles de l'humeur)
  - o Psychose
    - schizophrénie dysthymique de forme schizo affective : voir la qualité des phases inter, la congruence à l'humeur, la prédominance des troubles de l'humeur, l'impact sur le milieu socioprofessionnel (mais pas seulement retentissement lors de schizo), la présence de syndrome dissociatif.
    - Psychose imaginative ou paraphrénie, voir la cyclicité des troubles et la prédominance des troubles de l'humeur, la présence de bipolarité de la vie psychique et la présence d'adaptation.

## **C. Les troubles bipolaires**

= Lien dépression/ accès maniaque : Chez certains individus, on retrouve une oscillation entre ces deux états. Virage maniaque et virage mélancolique.

KRAEPELIN décrit en 1903 la PMD. Aujourd'hui : bipolaire ( $\neq$  psychose,  $\neq$  maladie chronique).

Apparaît chez l'adulte jeune qui n'a souvent jamais d'antécédent. La dimension génétique est importante, grande fréquence des antécédents familiaux.

Toute personne ayant un profil de dépression plus ou moins grave à accès maniaque plus ou moins grave, a un risque très important, majeur de tentative de suicide lors d'un épisode dépressif grave.

Toute dépression qui alterne une fois avec un accès maniaque  $\rightarrow$  diagnostic de bipolaire.

Eléments cliniques à prendre en compte lors du diagnostic de trouble bipolaire :

1. Polarité de l'humeur (M ou D), type de trouble de l'humeur
2. Périodicité ou récurrence (nombre d'épisodes par an), la fréquences des récurrences et le nombre total d'accès.
3. Sévérité de l'épisode (évalué selon le degré des complications, le risque suicidaire, l'impact sur la qualité de vie, le recours à l'hospitalisation, la durée des épisodes, la qualité des intervalles libres ...)
4. Le tempérament affectif prémorbide (hyperthymique : hyperréactivité émotionnelle, variation de l'humeur sans atteindre l'intensité d'un syndrome M ou D avéré ; cyclothymique, dépressif, irritable...)
5. L'histoire familiale, les antécédents
6. La présence de stressors : différenciation entre les dépressions dites endogènes (qui semblent indépendantes des événements de vie) qu'on retrouvait dans les psychoses MD et les dépressions exogènes liées à des événements de vie. Mais récemment, plusieurs études ont montré que les événements stressants interagissaient notamment avec un tempérament affectif prémorbide et pouvaient entraîner des troubles de l'humeur rentrant dans le cadre des troubles bipolaires.
7. Réponse pharmacologique, si virage maniaque quand traitement d'une dépression (= diagnostic bipolaire)

Ce qui peut être en faveur d'une PMD : fluctuation de l'humeur, nature cyclique des troubles...

La dépression qui appartient aux troubles bipolaires répond mieux aux normothymiques qu'aux antidépresseurs. Il faut éviter les antidépresseurs lors d'épisodes dépressifs survenant dans le cadre d'un trouble bipolaire.



## 1. Les troubles bipolaires

- BP1 : épisode maniaque isolé (> 1 semaine)
- BP1 récurrent (MD) : association des deux pôles de l'humeur M et D, avec des intervalles > 2 mois. Il faut préciser la symptomatologie du dernier épisode (hypomaniaque = intensité modérée et durée < 4 jours ; maniaque ; mixte (M+D) ou dépressif). Il faut obligatoirement un accès maniaque (≠ hypomanie) et qu'il ne soit pas secondaire à un traitement antidépresseur.
- BP2 (mD) : aucun accès maniaque ou mixte, mais épisode dépressif obligatoire (un ou plusieurs) et au moins un épisode hypomaniaque. épisode dépressif avec plusieurs petits épisodes maniaques. Personnes vulnérables, connues comme telles par l'entourage.
- BP3 (M'D ou m'D) : concerne tous les accès maniaques M ou m associés à une réponse à un antidépresseur, manie iatrogène. Virage M/m iatrogène.
- Cyclothymie : m et d qui ne doivent pas dépasser 2 mois d'intervalles, qui durent 1 an pour enfants et ado, 2 ans pour les adultes.

### *Bipolaire 1 :*

- au moins un accès maniaque grave franc, avec ou sans dépression
- plusieurs épisodes maniaques francs
- maniaque avec un peu de dépression.

M : accès maniaque
D : épisode dépressif
m : hypomanie
M' : épisode maniaque iatrogène (souvent antidépresseurs)
m' : hypomanie secondaire antidépresseurs
mx : mixte (association/succession de troubles M et D)

Attention à la labilité de l'humeur du maniaque (du rire aux pleurs, de la générosité à l'agressivité).

## 2. Troubles de l'humeur DSM IV-TR

Trouble	Manie	Dépression
Trouble dépressif majeur	M ou m = 0	> 1 an
Dysthymis (= personnalité dépressive)	M ou m = 0	d > 2 ans (adultes) d > 1 an (enfants et ado) intervalles libres < 2 mois
BP 1	M ou MD	+/- D
BP 2	m > 1 M ou mx = 0	D
Cyclothymie	m > 1 et > 2 ans	d > 1 (enfants et ado) d > 2 (adultes)
BP non spécifiée	Syndrome maniaque	inutiles

### 3. Traitement

1. Projet thérapeutique avec trois objectifs : bio, psycho, socio
  - Hospitalisation : évaluer le risque de dangerosité pour soi et/ou autrui (suicide, lapidation des biens, agressivité...)
  - Traitement pharmacologique
    - o Accès dépressif majeur : **antidépresseurs**  
Alternatives au traitement médicamenteux : ECT, stimulation du nerf vagal
    - o Accès maniaque : **normothymiques** (sels de lithium, antiépileptiques)
  - Psycho : thérapie de soutien pendant l'hospitalisation, psychoéducative sur la prise du traitement et la maladie, psychothérapie
  - Sociothérapie, proposer des activités groupales (car problèmes avec amis...) aspect social : sauvegarde de justice, réinsertion professionnelle (bilan de compétence...)
2. Traitement prophylactique
  - **Normothymiques ou thymorégulateurs** (accès maniaque et troubles bipolaires avérés).  
Le Lithium réunit les trois critères de médication de référence : capacité curative, rôle de prévention, ne provoque pas de trouble de l'humeur. La seconde famille de normothymiques est constituée de certains antiépileptiques. Le traitement à base de neuroleptiques ou tranquillisants lors d'accès maniaques se fait seulement si le tableau est sévère, si l'agitation est importante et s'il y a un délire associé. Rmq : il y a un **neuroleptique** antipsychotique de seconde génération qui vient d'être reconnu comme pouvant être un normothymique avec une action curative essentiellement antimaniaque (Ziprexa).
  - **Antidépresseurs** au long terme (dans le cas d'épisodes dépressifs récurrents et si pas d'antécédents familiaux de troubles maniaques)

On envisage un traitement prophylactique à partir de 2 ou 3 épisodes. On estime que 5 ans de traitement est une durée satisfaisante chez une personne qui n'a pas d'antécédents personnels ou familiaux.

Chaque événement stressant laisse une cicatrice biologique qui fait intervenir deux phénomènes : l'apoptose (accélération de la mort cellulaire programmée) et surtout le phénomène de kingling (embrassement). Le lithium agit sur cette fragilité de la membrane : modèle de POST. Le traitement médicamenteux apporte une solution sur le court et le moyen terme, le traitement psychanalytique apporte plus de bénéfices sur le long terme.

**Troubles subsyndromiques dans les phases interépisodes.** Ex : éléments hypomaniaques mais qui ne durent qu'un ou deux jours. De même, il peut y avoir une variation de l'humeur dans le sens d'une dépression mais sans atteindre ni l'intensité ni la durée de l'épisode dépressif. D'où attention à des problèmes de rechute au cours de ces phases. Il y a quatre fois plus de risque suicidaire que dans la population générale, alors que ces sujets sont considérés dans un état stable pour la psychiatrie. Ils font une hyperréactivité émotionnelle : des petits événements de vie suffisent pendant cette phase pour déclencher de petits stress qui retournent l'humeur rapidement.

- Proposer des exercices de gestion du stress
- Technique psychoéducatives (reconnaître les risques...)
- Psychothérapies plus structurées, si le sujet le désire et s'il n'y a pas de contre indications particulières

#### **4. Evolution**

Dépend de l'observance du traitement, de la présence de comorbidité, de la précocité du diagnostic (ou tardif -), de l'acceptation de l'hospitalisation.

## IX. L'hystérie

### A. Hystérie de conversion

C'est le symptôme corporel qui fait dire l'hystérie. Le symptôme ressemble à un symptôme d'origine organique.

### B. Diagnostic Syndrome de BRIQUET

1. Histoire médicale compliquée ayant commencée avant 35 ans
2. Un minimum de 25 symptômes répartis dans au moins 9 groupes de symptômes
3. au moins 25 symptômes répartis dans au moins 9 groupes n'ont pas trouvés d'explication médicale (10 groupes de symptômes)

### C. L'hystérie dans la clinique traditionnelle

L'hystérie est capable de construire et de mimer beaucoup de troubles. Elle est fluctuante suivant les époques.

La clinique traditionnelle de la névrose hystérique reste fréquente, elle associe des symptômes de conversion organiques comme mise en scène dans le corps d'un conflit interne.

On retrouve un style, une façon d'être caractérisée par un goût pour la dramatisation des choses. Personnalité inauthentique.

L'hystérique sacrifie son propre désir pour rester dans un destin de séduction.

Le symptôme permet à la fois d'attirer l'attention (bénéfices secondaires possibles) et de montrer la souffrance. Le malade est malheureux. Demande affective intense, besoin de reconnaissance. Beaucoup de fantasmes.

Personne dans des processus d'identification, imitation d'une autre personne.

Cherche à plaire, à rencontrer, sans assumer la rencontre. L'hystérique n'arrive pas à assumer, immaturité. Le rapprochement est vécu comme transgressif, disqualifié. D'où agacement de pour l'hystérie des médecins.

On retrouve des problèmes de jalousie, rivalité, manipulation...

- Anxiété souvent absente
- Affectivité superficielle, immaturité, égoïsme
- Emotion : expression exagérée, labilité émotionnelle et affective (passe directement de la joie à la tristesse)

On repère une importance du refoulement de certaines représentations comme processus psychique (avant : tabou sur la sexualité). Refoulement fragile. L'affect tente de ressortir et fournit l'énergie à l'émergence de ces symptômes. Le fantasme érotisé tente de ressurgir.

L'hystérique est restée à un stade de développement normal de névrose chez l'enfant. Fixation à un stade antérieur oedipien FREUD : rivalité, séduction permanente due à un excès de dépendance par rapport aux parents.

L'hystérique est abandonnique, narcissique (dans une problématique d'abandon), dépendante.

Evolution de l'hystérie dans un tableau de nature dépressif (dysthymie).

### **D. Personnalité histrionique**

Cf. personnalités pathologiques

### **E. Troubles dissociatifs DSM IV**

#### **- Amnésie dissociative**

« Amnésie de mémoire » par rapport à certaines situations. Fait quelque chose sans s'en rendre compte, ne sait pas pourquoi, il dit être quelqu'un d'autre (pas de processus dégénératif, toxique...).

Incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, habituellement traumatiques ou stressants. A l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel...

Génère des comportements :

- **Fugues dissociatives** : départ soudain et inattendu s'accompagnant d'une incapacité à se souvenir de son passé ; confusion concernant l'identité personnelle ou adoption d'une nouvelle identité
- **Troubles dissociatifs de l'identité** : présence de 2 ou plusieurs identités distincts, qui prennent tour à tour le contrôle du comportement du sujet ; incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants
- **Trouble de dépersonnalisation** : expérience prolongée ou récurrente d'un sentiment de détachement et d'une impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps ; appréciation de la réalité demeure intacte

### **F. L'homme hystérique**

Dans le drame humain, différences des sexes, malentendu entre homme et femme... l'homme hystérique va avoir des mêmes difficultés à avoir une compagne.

- Problématique affective, intolérance aux séparations, nombreux partenaires, émotivité superficielle.
- Mythomanie, personnages d'emprunt pour l'homme.
- Triade : famille, sexualité, profession : problème et échec. Impossibilité à assumer un rôle (père, profession...)

La psychothérapie leur permet d'évoluer, les aide.

### **Résumé**

- *Préoccupation* : prépondérance de la vie, imaginaire, rêverie, vie fantasmatique très riche
- *Symptôme* : théâtralisme, conversions, conflictualités (envie, jalousie...), mythomanie
- *Personnalité* : suggestive, dépendante
- *Relation aux autres* : érotisation, séduction, manipulation, fabulation, avidité relationnelle
- *Défenses* : identification, régression affective
- *Evolution* : dépression, suicide, conflits, isolement

### **PA suicidaires**

- Pour attirer l'attention, manipulation, culpabilisation
- Réelle détresse, drame humain grave donc risque de mort

## **G. Hystérie contagieuse**

## X. Les personnalités pathologiques

### Personnalité

C'est une modalité durable des expériences vécues et des conduites qui dévient notablement de ce qu'il serait attendu de faire.

C'est un ensemble de traits de caractères, d'éléments difficiles à hiérarchiser, stable, essentiel et observable, complexe catégorisé en fonction de grandes tendances, tout comme la maladie est un ensemble de symptômes.

Enjeu très compliqué dont on tient compte en clinique.

### Critères de FOULDS

- Traits de caractères universels : symptômes contingents
  - Traits de caractères syntones (=) au Moi (egosyntonique)
  - Symptômes incongrus pour le Moi (egodystonic)
- Ex : obsession/ personnalité obsessionnelle

≠ types de personnalités pathologiques

- personnalités ou caractères névrotiques (ex : hystérie)
- névroses de caractère
- caractères psychotique (ex : personnalité paranoïaque)

### Par exemple

Il est possible de faire des tests sur l'impulsivité d'une personne, par des questions sur ses réactions dans des situations précises.

= courbe de gauss de l'impulsivité d'une population par rapport à un test. Excessivité dans les extrêmes « trop » (et pas assez) = déviation par rapport à des traits de personnalité.

Ces déviations sont hors de la moyenne dans le cas des impulsions, relations interpersonnelles et les affectivités.

A. Style général, stabilité sur :

- a. Affectivité/ émotion
- b. Impulsion
- c. Comportement
  - i. Relation
  - ii. Autonomie/dépendance
  - iii. Moralité/culpabilité
  - iv. Sexualité (perversion...)
- d. Cognitions (=contenu de la pensée)

B. Rigidité de la personnalité qui caractérise le trouble, toujours les mêmes réactions excessives. Inadaptation, déviance, monotonie : on peut toujours prévoir ses réactions.

C. Entraîne des perturbations, des souffrances soit :

- a. Pour soi
- b. Pour les autres

Avec des répercussions sur la vie professionnelle, familiale...

Le caractère est revendiqué par la personne, le trouble de personnalité non.

**Psychodynamique** : ces personnes ont une capacité d'introspection, d'insight extrêmement faible.

## **A. Classification des personnalités**

### **1. HIPPOCRATE**

Il essayait déjà de classer les personnalités. Sanguin, flegmatique, colérique et mélancolique.

### **2. Le BIG-FIVE : OCEAN**

Utilisé dans le monde du travail

Ouverture, contrôle, extraversion, altruisme, névrosisme

### **3. Classification de EYSENK**

Nervosisme, extériorité...

### **4. Classification du DSM IV, axe II**

3 groupes :

A.

- paranoïaque
- schizoïde (bizarreries)
- schizotypique

B.

- antisociale (psychopathe)
- borderline (limites)
- histrionique (hystérique : dramatisation, émotivité...)
- narcissique (suffisance, mégalomanie...)

C. (inhibition)

- évitante (phobiques) ou sensibles (Kreschner)
- dépendante (passif/agressif, dépendant/revendicateur)
- obsessionnelle-compulsive



## **B. Personnalité anti-sociale**

= Psychopathe ( ! mot verdict)

Carence de fantasmatisation, clivage qui ne permet pas l'ambivalence affective et la conflictualisation psychique, sentiment d'être victime de ses pulsions, sentiment de monotonie, répétition des PA, absence d'insight, vide intérieur, discontinuité, intelligence relationnelle mais est capable de tout, tout en sachant qu'il ne faut pas le faire.

Inamendable, et inimpressionnable.

Psychose froide ? désaffectisé, déshumanisé, mais sans délire ou hallucination.

### **Selon DSM IV**

Toujours dans un mode général de mépris et de transgression par rapport à la loi et des droits d'autrui et n'arrive pas à s'inscrire dans une civilité. Biographie avec passé de délinquance, délit... depuis l'âge de 15 ans.

Indifférence sur la conséquence des actes, sur la souffrance des autres, insouciance... pas d'adaptation sociale.

Aux moins trois des manifestations suivantes :

1. Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent des comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation.
2. Tendance à tromper par profit ou par plaisir (mensonges répétés, utilisation de pseudonymes ou des escroqueries)
3. Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance
4. Irritabilité ou agressivité (répétition de bagarre ou agressions)
5. Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui
6. Irresponsabilité persistante (/emploi, /finances...)
7. Absence de remords (indifférents après un délit)

Très souvent dans des carences précoces. Appareil à penser les pensées de la mère n'a pas structuré le travail d'intériorisation, le processus a échoué, d'où absence de sentiment et vide intérieur ?

Prison : en sort encore plus dangereux, d'où le fait que la famille, la société et lui-même ont peur de lui.

Programme psychothérapeutique extrêmement directif (sur des vidéos...) visant la confrontation à la conséquence de ses actes pour casser le processus de dénégation de la souffrance de l'autre. Il s'agit d'adapter la méthode de psychothérapie pour casser le déni et le clivage et mêler une relation affective à un rapport à la loi.

## **C. Personnalités hystériques et dépendantes**

### **1. Clinique**

- histrionisme, théâtralisme
- facticité des affects (superficiel)
- mode de pensée imaginaire
- réactivité émotionnelle très importante : hyperémotivité et impulsivité, ou hyperémotivité (état d'alerte permanent) et conduite d'évitement (inhibition) => caractère hystéro-phobique
- très sensible à la suggestibilité (manipulable) et mythomane (manipulation d'autrui)
- dépendance affective : puérilisme
- trouble de la sexualité (frigidité, impuissance, dyspareunie...)
- chez l'homme : homme histrionique, caractère passif-dépendant

### **Personnalité histrionique DSM IV**

Mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, apparition au début de l'âge adulte.

Au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui
2. L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadapté ou une attitude provocante
3. Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante
4. Utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi
5. Manière de parler trop subjective mais pauvre en détails
6. Dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle
7. Suggestibilité, facilement influencé par autrui ou par les circonstances
8. considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité

### **2. Évolution**

- persistance ou aggravation avec hyperféminité outrancière dont l'aspect caricatural s'accroît avec l'âge
- ou atténuation progressive par sublimation d'activités altruistes (ex : Brigitte Bardo)
- pour les personnalités histrioniques : risque de développement d'une pathologie anxieuse chronique ou dépressive (qui ne répond pas au traitement médicamenteux). Conduites toxicomaniaques.
- Pour les personnalités dépendantes, risque de conversions somatiques, phobies et perte d'autonomie parfois source d'un handicap (ex : pour paralysie « belle indifférence »)

### **Classification internationale :**

- Personnalité histrionique
- Personnalité dépendante
- Personnalité passive-agressive

## **D. Personnalité paranoïaque**

### **1. Clinique**

- Hypertrophie du Moi avec orgueil et sentiment de supériorité
- Humeur ombrageuse et méfiante avec tendance à la méconnaissance hostile de l'entourage et aux interprétations malveillantes des actes d'autrui
- Fausseté du jugement avec paralogisme irréductible responsable d'interprétations erronées, trame d'un véritable système délirant

⇒ hypertrophie du moi, orgueil et méfiance

#### **Selon de DSM IV**

A. Méfiance soupçonneuse envahissante générale et injustifiée et envers les autres (même en absence d'autrui) dont les intentions sont interprétées comme malveillante. Apparition début âge adulte. Comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1. S'attend à être trompé ou victime de la malveillance d'autrui
2. Hypervigilance avec état permanent d'alerte à la recherche de signes de menace dans l'environnement, ou prise de précautions injustifiées
3. Menace ou caractère dissimulateur
4. Refus de la critique d'autrui même si justifiée
5. Mise en doute la loyauté d'autrui
6. Recherche avec minutie de la confirmation de ses idées
7. Recherche excessive de motifs cachés et significations particulières
8. Jalousie pathologique

La personnalité ne se limite pas à un épisode, elle est constante, pas limitée à un épisode ou plusieurs épisodes paranoïaques, est à l'origine soit d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, soit d'une souffrance subjective.

B. Hypersensitivité comme en témoignent au moins deux des manifestations suivantes :

1. Tendance à se sentir facilement dédaignés et rapidement froissés
2. Exagération des difficultés, par exemple : « se faire des montagnes d'un rien »
3. Promptitude à la contre attaque face à tout ce qui est ressenti comme un menace
4. Incapacité à se détendre

C. Restriction de l'affectivité comme en témoignent au moins deux des manifestation suivantes :

1. Apparence de « froideur » et d'impassibilité
2. Enorgueillissement d'être toujours objectif, rationnel
3. Manque de sens de l'humour
4. Absence de sentiment passifs, doux, tendres et de sentimentalité

D. Non dû à un autre trouble mental comme un schizo ou un trouble paranoïaque

## 2. Évolution

- Difficultés relationnelles et/ou familiales
- Actes médico légaux, procédures de justice
- Décompensations dépressives
- délire chronique paranoïaque interprétatif, schizophrénie paranoïde

## ***E. Personnalités psychasthéniques, obsessionnelles ou personnalités compulsives***

### 1. Personnalité psychasthénique

Pensée > action

- Tendances aux scrupules
- Inhibition affective (incapable d'exprimer des émotions)
- Méticulosité : lent et « sérieux »
- Sentiment d'incomplétude
- peu de spontanéité, moralisme rigide et abstractionnisme rigoureux

### 2. Personnalité obsessionnelle ou compulsive

= névrose obsessionnelle décrite par Freud.

- Vérification, ritualisation, doutes et ruminations :
    - o chez des personnes normales à titre transitoire, ou lors de certains états pathologiques (ex : épuisement physique)
    - o si les symptômes sont intenses = névrose obsessionnelle
  - Caractérisé par des traits à caractère anal
    - o économe, parcimonie, avarice, collectionneur
    - o ordre excessif avec méticulosité, horreur de la saleté, du gaspillage
    - o entêtement obstiné, autoritarisme, moralisme rigide, sens du devoir
- ⇒ diagnostic différentiel avec la personnalité paranoïaque
- Préoccupation permanente pour l'ordre, le perfectionnisme.
  - Contrôle, maîtrise mentale.
  - relation avec l'autre démunie d'une certaine efficacité.

Critères :

1. Préoccupation pour les détails, les règles, les inventaires
2. Perfectionnisme
3. Trop consciencieux, scrupuleux
4. Trop rigide sur la morale, la critique
5. Caractère têtu, obstiné, teigneux, critique
6. Dévotion excessive pour le travail (au sacrifice des loisirs, relations sociales...)
7. Dans le travail : ne délègue rien, ne fait confiance à personne
8. Incapable de jeter les objets usés
9. Argent : extrêmement radin

→ **Caractère anal**

Organisation de la personnalité avec des mécanismes de défense sensés contrôler une émergence pulsionnelle trop menaçante. Mécanisme de défense par isolation, déplacement, blocage, refoulement des affects (≠ hystérie : refoulement de représentations).

→ Refoulement des affects : Distance émotionnelle, froideur

→ Ambivalence affective : Impossibilité de choisir, d'engagement, hésitation et doute constant et permanent « folie du doute ».

→ Toute puissance et érotisation de la pensée : jeu avec la pensée dans une dimension de toute puissance.

Il s'agit d'une régression pulsionnelle au stade anal. Expression dans un modèle prégénital anal. La personnalité obsessionnelle exprime un conflit oedipien, une difficulté de se soumettre à la castration symbolique, rivalité. Problème de dette permanente.

Cf. L'homme aux rats de Freud, *les cinq psychanalyses*.

### **3. Personnalité anankastique**

- Caractère soigneux, légèrement exagéré
- Pédanterie, correction, obséquiosité
- Minutie
- Inquiétude

### **4. Évolution**

- Relative stabilité avec une vie sociale pauvre et ritualisation
- Manifestions anxieuses, préoccupations hypocondriaques
- Décompensation dépressive, névrose obsessionnelle (TOC)

## **F. Personnalité psychopathique**

Ou déséquilibre mental « sans foi ni loi »

### **1. Clinique**

- Tendances antisociales, agressivité
- Impulsivité
- Grande instabilité affective et socio-professionnelle, inaffectivité apparente
- Absence d'anxiété : non constante
- Non intégrée à une structure névrotique ou psychotique

### **2. Évolution**

- Atténuation progressive avec l'âge
- Manifestations anxieuses psychologiques ou somatiques avec fixation hypocondriaques
- Épisodes dépressifs
- Abus toxicomaniaques

### **3. Sociopathie**

Cf. travail de ZUKERMAN

PA, impulsivité car intolérance à toute frustration. Pas de capacité de différer la satisfaction. Recherche de l'excitation, du risque, sinon ennui. Absence de culpabilité, recherche de l'affrontement, instabilité relationnelle.

**Psychopathe** : sans foi ni loi

**Sociopathe** : délinquant qui appartient à un groupe mais qui vit de manière marginale par rapport à la société mais sous le pouvoir d'un chef.

## **G. Personnalité limite**

Terme d'état limite pour tout un champ d'individus qui n'appartiennent aux structures ni psychotique ni névrotique.

### **1. Clinique**

- Angoisse constante diffuse et envahissante, « flottante », avec sentiment de vide ou de « manque »
- Symptômes névrotiques multiples et changeants : phobies, symptômes de conversion, de préoccupation hypocondriaque ou obsessionnelles (ou l'angoisse est peu apparente sinon absente la fluctuation symptomatique est évocatrice)
- Syndrome dépressif : insatisfaction profonde et rejet de toute source de satisfaction, ne supporte pas la solitude d'où souvent des exigences impérieuses vis-à-vis d'autrui
- Instabilité et impulsivité (qui peut amener à des actes 'auto mutilation sans réel désir de mort)

### **Selon DSM IV**

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée. Apparition début âge adulte.

Au moins cinq des manifestation suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels et imaginés
2. Mode de relation interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
4. Impulsivité dans au moins 2 domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépense, sexualité, toxicomanie, boulimie...)
5. Répétition de comportements, ou de menaces suicidaires ou d'auto mutilation
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur
7. Sentiments chroniques de vide
8. Colères intenses ou inappropriées
9. Survenue dans des situations de stress d'une idéalisation persécutoire ou symptômes dissociatifs sévères

Troubles graves de l'adaptation relationnelle du fait de processus de clivage... idéalisation de ce qu'il leur manque, oscillation avec le dépit.

Problème d'intériorisation. Peu de contrôle des émotions, insatisfaction et difficultés sur la vie relationnelle, succession des ruptures et abandons... besoin d'être accepté, reconnu.

Dimension de contrôle de l'autre (chantage affectif, culpabilité, manipulation...). Tendance à manipuler, séduire, contrôler de façon pénible et insupportable, torture relationnelle. N'arrive pas à voir le côté pénible ou insupportable de leur demande affective envahissante, il n'y a pas d'insight.

Pathologie du narcissisme. Adaptation sociale mais pas accès à l'autonomie affective. Hypothèse d'une situation infantile carencée affectivement.

Organisation à la limite psychose, sans délires ou hallucinations.

Aménagement défensif comme lutte contre un sentiment dépressif car constamment dans le manque.

## **2. Évolution**

- Épisodes anxio dépressifs
- Conduites antisociales
- Épisode psychotique bref

## H. Perversion

### 1. Perversions sexuelles

Dans le champ de la sexualité mais ne s'y limite pas.

	Objet	total	déviations (pédophilie)
		Partiel	perversion (fétichisme)
FREUD	But :	voyeurisme, sadisme, masochisme	
	Source :	zones érogènes	

#### Définition

Plaisir sur un mode exclusif, répétitif et avec un scénario restrictif. C'est une transgression par rapport à l'interdit et sur la différence des sexes. Souvent en rapport avec de la violence. C'est une pseudo sexualité au service de l'agressivité.

Qu'est ce qui fait la sexualité ?

- Famille/enfant... = modèle traditionnel
- Modèle génétique (facteur génétique) : tempérament = composante génétique de la personnalité
- Influence des pairs

### 2. Différence pervers/perversité

#### Pervers

Le pervers est un pervers sexuel (cf. FREUD et les stades du développement de la sexualité adulte...déné de castration).

Une conduite perverse peut se rencontrer chez quiconque, mais avec plus ou moins de honte et surtout de la culpabilité.

Pour l'obsessionnel : « *si c'est interdit, c'est que c'est possible* » mais il se soumet à l'ordre.

Pour l'hystérique, sentiment de défaillance par rapport à l'interdit, ce n'est pas vraiment interdit.

« *Le pervers se sert de la loi dans un but de satisfaction érotique* » il joue avec l'interdit.

Le pervers, lui, affirme qu'il sait ce qu'il désire et pourquoi. Scénario pervers ritualisé : va le faire avec un partenaire à qui il expliquera, fait en sorte que son objet soit assigné à la place qu'il lui donne car il « *sait aussi de que l'autre doit désirer... ce qui est interdit, c'est donc si tous coupables...pas de coupables* ». Ex : libertins.

#### Perversité

C'est une perversion du « sens » de soi, du sens de l'autre, du sens social. Absence de culpabilité, jouissance narcissique, manipulation dans tous les domaines de la vie...absence de « sens moral ». Ici la sexualité est le cache misère de l'agressivité, c'est une pseudo-sexualité. Haine et destruction.



## **I. Comportements violents dans cadre familial**

Transgression sur le champ des sévices à l'enfant = troubles graves de la personnalité

### **L'agresseur**

- négation de l'intersubjectivité, de la différence et de l'altérité (pulsion d'emprise)
- impulsivité, intolérance à la frustration
- alcoolisme (obligation de soins : DDASS)
- « dépressivité essentielle » : prestance, maîtrise... ou phobie par réaction
- paranoïaque « identifié » à sa loi (moralisateur)
- contexte affectif, culturel
- ATCD personnels fréquents (violence lui-même ?)

= problème de relation avec l'autre

Recherche du même, de la discrédification de l'autre.

Cf. BERGERET et la violence fondamentale. Ne supporte pas de différer la satisfaction.

- Le plus souvent dans le milieu familial mais aussi « professionnels de l'enfance »
- Pas toujours pédophile, habituellement surtout perversité narcissique (différent de pervers qui a une activité sexuelle que dans sa perversion, ce qui n'est pas le cas perversion de famille) perversité différent de pervers.
- « fétichisme » : enfant comme double... « interchangeable »
- cas particulier : conflits sur la garde enfant, divorce : 40% des cas environ de témoignages « faux » (?).

### **La victime**

- Se reconnaître « victime » : si il y a beaucoup de « sacrifiés », les vraies victimes ne se sentent pas toujours LEGITIMES (elles ont tendance à se laisser laminer : masochisme ? ne se plaignent pas beaucoup).
- Impuissance, sans recourt, solitude dans le quotidien
- Honte, culpabilité, secret
- Plutôt que masochisme, « illusions », dénégations
- Comportement pro agressifs (?) (rapport à la violence quelque fois complexe)
- clinique : instabilité, masturbation excessive...

### **Enfants**

Négligence, humiliation, « poil de carotte », enfant insupportable pour les parents (battu...)

### **Tout petits (nourrissons)**

- Syndrome de SILVERMAN (polyfractures), enfants « secoués »
- Syndrome de MUNCHAUSEN par procuration (création de maladie chez l'enfant par la mère)
- Facteurs de risques :
  - o Parents immatures, jeunes...
  - o Troubles de la personnalité des parents
  - o Enfants prématurés, mal accueillis

## **XI. Les addictions**

### **A. Introduction**

C'est un problème de plaisir, de jouissance.

Certaines personnes ont un plus grand besoin de sensations que d'autres. Toutes les substances et les états excitants dans lesquels le sujet retrouve une jouissance sont possibles.

Addictions :

- au travail
- au sport
- aux jeux, « joueurs pathologiques »

Ce sont des personnalités chez qui on va trouver une situation de dépendance à l'égard de l'objet d'addiction :

- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive (ou être dans une situation) qui agit sur les sensations
- altération de la possibilité de contrôler consommation ou de s'en abstenir (pas de fin)
- si arrêt (par contrainte, hasard...), apparition d'un syndrome de sevrage, malaise intense (physique et psychique)

On trouve aussi souvent un phénomène de tolérance qui entraîne une accoutumance et implique d'augmenter la dose.

Petit à petit toutes les activités sociales, professionnelles et personnelles vont être absorbées dans la recherche de cette conduite.

Malgré une conscience tout à fait claire des effets nocifs de cette conduite, très souvent il y a une poursuite de l'intoxication. = perte de la liberté par rapport à la substance

Rapport à la substance fascinant car violent. Dans toutes les sociétés, l'utilisation de substances psychoactives est à la fois un vecteur de socialisation et de révolte (adolescence...).

### **B. Les principaux toxiques**

#### **1. Alcool**

- Apporte un sentiment de plaisir, euphorie et désinhibition (attention !!) qui peut conduire à l'agressivité, quérulence, à perdre son bon sens
- Signes physiques : trouble de la coordination, faciès rouge, trouble du jugement, idées de grandeur (alcoolisme aigu)
- Coma
- Ivresse pathologique : ivresse grave atteinte très vite et souvent accompagnée d'amnésie
- Alcoolisme chronique : perte des fonctions cognitives, détérioration des capacités intellectuelles, troubles du jugement, trouble du caractère et de la personnalité, démence, problèmes physiques (cirrhose), tremblements...
- Problèmes de sevrage, Syndrome de delirium tremens : tremblements, augmentation de la température, transpiration, sensation de malaise, onirisme,

hallucinations (zoopsy avec prédominance visuelle, caractère oniroïde) => caractéristiques BDA accompagnées d'un syndrome confusionnel (désorientation temporo spatiale).

## 2. Hashisch/cannabis

- Pas de dose mortelle
- Euphorie et desinhibition, sentiment de dépersonnalisation, troubles de l'attention, troubles du jugement, hallucination visuelle et onirisme
- Signes physiques: sécheresse bouche, yeux rouges, augmentation de la sensation de faim
- Chronique: syndrome amotivationnel, état anxieux, flash-back, malaise, sentiments de persécution, méfiance

Est-ce que ça rend fou ? C'est un facteur de décompensation des schizophrénies chez des personnes vulnérables.

## 3. Héroïne

- immédiatement puissant, effet ++ fort, désinhibition
- danger vital : détresse respiratoire rapide, overdose, pupille serrée
- très vite dépendance et besoin, état dépression grave, problèmes économiques...

## 4. Cocaïne

- pupilles dilatées, hypervigilance, hyperactivité, sentiment profond de créativité
- moins toxique que l'héroïne, dépendance moins importante mais sinon se sent fatigué, ralenti, cauchemars...

## 5. Amphétamines, kétamines, ecstasy

- effet très court et très rapide, côté festif (pas chronique) danger si état d'ivresse

Y a-t-il une personnalité plus exposée ? Non. C'est au fond une rencontre un peu hasardeuse d'une personnalité et d'un produit. Mais on va retrouver des problématiques de nature plutôt narcissique, avec un sentiment de vide intérieur, d'ennui, de recherche de sensation... très sensible au sentiment de manque et d'isolement, dépressivité. Association fréquente avec la dépression (qui s'inscrit dans le phénomène de descente).

Tous les toxicomanes se ressemblent : relation par intérêt par rapport à la substance, relation instrumentale de l'autre. Corrélation entre toxicomanie et problématique abandonnique. Début tôt (ado) mais pas toujours. Ils sont lucides sur leurs risques. Attention au suicide.

Observation d'une échelle, évolution :

- Une première rencontre avec un toxique agréable
- Touche à tous les toxiques et sélectionne quelques uns
- Rapport fort à un ou deux toxiques (et cherche à contrôler le manque)

La France est dans un modèle assez autoritaire, peines très lourdes, pénalisation drogues. Il faut qu'il y ait décrochage. Le traitement par substitution a finalement été accepté (après des grandes réticences), en contrôlant et en évitant la désocialisation. Programme de substitution. Sortie de la diabolisation du toxique, programme d'échange de seringue.

- Méthadone
- Subutex

= substituer un produit hautement toxique et qu'on ne peut se procurer que par la délinquance, pour diminuer les doses, créer un contact, resocialiser... mais inclus des moments de dépression.

### **C. Problèmes d'alcoolisme**

La désocialisation et l'hyperinvestissement sur un toxique et sur sa quête sont moins importants.

Fréquent mais peut passer inaperçu pendant longtemps.

En France, l'alcool est inscrit dans la vie collective, socialisation de l'alcool inscrit dans vie culturelle traditionnelle. Il ne s'agit pas de prohiber mais de modérer la consommation.

#### **1. Définition médicale**

C'est quelqu'un qui boit de 3 à 4 verres de vin, c'est-à-dire 3\*10 g d'alcool par jour. Commence vite.

Il y a des gens plus ou moins sensibles à l'alcool, du à des facteurs physiologiques ou génétiques (indiens ou asiatiques), métabolique, héréditaires... et à des facteurs généraux (mange et dort bien, a une vie de famille...).

#### **2. Plusieurs types d'alcoolismes, différents profils**

- Obsessionnels très préoccupés donc recherche de soulagement
- Hystérique, besoin de jouer un personnage (le « bon copain »,...)
- Phobique pour aller travailler
- Alcoolisme professionnel (pilote avion ?)

Personnes bien insérées socialement, professionnellement et familialement. Peut ne pas faire souffrir : exemple dans certains milieux professionnels.

On peut devenir alcoolique par des circonstances de vie douloureuses.

Entraîne dans une forme d'apitoyment, cherche à être cautionné. Relation difficile autour de la culpabilité et de la difficulté à parler. « *L'alcoolisme ne me dit rien* ». L'alcoolique ne parle pas d'où une prise en charge difficile pour les professionnels. « *Il n'y a que les alcooliques qui ne boivent pas* ».

- Enjeux de dépasser
- Profond sentiment de honte par rapport à l'entourage

- Déni de la gravité (de la perte d'autonomie, dépendance...) = obstacles à la prise en charge
- Profond sentiment de culpabilité non assumé et de solitude

Immaturité des alcooliques : dépendance regard d'autrui et jugement des autres.

Facteurs à risques : fragilité psychique...

Performances et état intellectuel général préservé pendant longtemps. Mais peuvent apparaître petites difficultés à côté de l'ivresse.

### 3. Alcoolisme féminin

Symptôme plus pathologique, problématique narcissique beaucoup plus fragile. Alcoolisme par phobie sociale, secret, extrêmement honteux.

Prise en charge extrêmement difficile et séquelles physiques et détérioration plus rapide car « tient mal l'alcool ». Rétinites, cécités chez la femme (d'autant plus que tabac), cancers...

### 4. Alcoolisme primaire

- Début précoce type II
- Besoin de sensations fortes (pour échapper à l'ennui)
- Facteurs génétiques
- Socio-psychothérapie
- Intermittent ou permanent
- Abus puis dépendance
- Puis syndrome psychobiologique

### 5. Alcoolisme secondaire

- Début tardif (après 20 ans)
- Conséquence de problème psychiques : anxiété, phobie, PTSD, dépression comme cause ou conséquence de l'alcoolisme ? Conséquence car a l'effet d'un tranquillisant (au début).
- Schizophrénie pour soigner les angoisses
- Intermittent, permanent
- Abus puis dépendance
- Et syndrome psychobiologique

Modèle de JELLINEK de la courbe en U de l'alcool-dépendance et du rétablissement. Malades peuvent être plus accessibles aux soins quand ils ont touchés le fond.

#### AA : alcoolique anonyme

Modèle de prise en charge très particulier à l'alcoolisme. Doivent devenir des alcooliques sobres, perte de liberté (normaux peuvent boire).

## **XII. Etude d'un cas clinique**

### **A. Recueil sémiologique**

#### **1. Symptômes**

Expliquer : délire car conviction erronée inébranlable qui apparaît dans...  
Est-il structuré ? Cohérent ? Systématisé ?

#### **2. Syndrome, regroupement syndromique**

**Par exemple :** trouble schizo affectif au vue de la coexistence d'un syndrome délirant (mécanisme interprétatif, imaginatif; thématique persécutoire, mégalomaniac, d'ensorcellement), d'un syndrome maniaque caractérisé essentiellement par l'excitation, la fuite des idées avec hyperactivité stérile et insomnie sans fatigue, et d'un syndrome dissociatif touchant essentiellement la sphère du langage, la bizarrerie, la sphère motrice (pluri-catatonique : furie, « jette les objets par la fenêtre », explosion motrice). Eléments en faveur trouble schizo-affectif : antériorité du délire sur les troubles de l'humeur, et absence de congruence totale des troubles de l'humeur.

### **B. Discussion diagnostique**

Pour ce qui est des réflexes du diagnostic :

- éliminer toutes les causes organiques (huntington, sida...). La recherche de cause organique (scanner) se fait lors de la première crise, ou lorsqu'il y a un signe d'appel (aphasie, fourmillement...).
- Effectuer les examens complémentaires

#### **1. Diagnostic positif**

Argumenter

#### **2. Diagnostic différentiel**

Argumenter : de quel syndrome je pars ?

Début chronique/aigu ; mécanisme dominant (hallucination...), présence de syndrome dissociatif...

## **C. Recherche d'informations complémentaires pour orienter le diagnostic**

### **1. Antécédents personnels et familiaux**

Si oui, quelle prise en charge a été faite ?

- quelle hospitalisation ?
- où ?
- quel traitement médicamenteux ?
- thérapeutique ?

### **2. Présence de toxicomanie**

Si oui, sevrage est nécessaire (delirium tremens)

### **3. La famille est-elle pathogène ?**

### **4. le retrait est-il passif ou actif ?**

### **5. Examens complémentaires, évaluation psychologique nécessaires ?**

- a. tests de personnalité : ils n'ont pas de valeur diagnostique. Mais sont-ils en faveur du diagnostic ? y a-t-il une personnalité prémorbide pathologique sous jacente ? par ex, le retrait social peut se trouver dans les personnalités schizoïde, paranoïaque et sensitive. Valeur pour l'orientation de la thérapie et pour le pronostic.
  - i. Projectif : Rorschach
  - ii. Type questionnaire : MMPI
- b. test d'efficience intellectuelle : WAIS
  - i. QI performance est touché en premier chez le schizophrène mais pas systématiquement (/QI verbal). Un faible QI est un facteur de risque à la schizophrénie.
  - ii. Si QI normal, il sert aussi à voir s'il y a détérioration après, valeur de référence pour le suivi ; Intérêt pour voir l'évolution. Le QI prémorbide est le QI avant de tomber malade. Calcul qui permet une estimation par rapport aux acquis scolaires...
  - iii. valeur d'orientation, indication pour le suivi
- c. Y a-t-il une désorganisation intellectuelle ou temporo spaciale en plus ? À vérifier car élément de pronostic et aide pour l'orientation.

### ***D. Prise en charge psychiatrique***

- Hospitalisation : est elle nécessaire ? HO, HDT ou HL? au vue du déni de la maladie, notion de dangerosité pour le patient et son entourage : risque suicidaire ? y a-t-il un persécuteur désigné ?... peut-on prendre en considération le consentement du patient ?
- Prise en charge bio-psycho-sociale
  - Bio : neuroleptiques, régulateurs de l'humeur
  - Psycho :
    - pendant la phase aigue : psychothérapie de soutien
    - Tant qu'il y a instabilité :
      - psychothérapie TTC centrée sur le délire
      - Thérapie psycho-éducative pour le patient et son entourage
    - stabilité : psychothérapie analytique centrée sur les troubles de l'humeur et sur le développement de l'insight, ou TTC, ou thérapie interpersonnelle...
  - Social :
    - mesure de protection (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle),
    - bilan de compétences : Nécessite-t-il un aménagement au niveau du travail ? de l'activité professionnelle ? Est-il apte à exercer un travail ? Y a-t-il besoin d'une demande de reclassement professionnel (ex : maniaque qui travaille de nuit)? d'arrêt de travail ?
    - A-t-il de quoi vivre ? Si absence de ressources : allocation adulte handicapé
    - A-t-il un logement ? peut il vivre seul ? est-il devenu indésirable dans son immeuble ? sa famille est-elle pathogène ? passage par une maison de repos (psychose puerpérale) ? retour progressif à la maison ? Il faut évaluer et prévoir une autre structure d'accueil avec l'AS si besoin est.
    - Suivi médico psychiatrique par la suite, programme de remédiation cognitive, d'adaptation sociale
- Traitement de la comorbidité
  - Evaluer la consommation
  - Cure de désintoxication (idéale mais très difficile)



## ***E. Evolution et pronostic***

### **1. Evolution favorable si les trois conditions sont présentes**

1. Répond au traitement : amendement des troubles du comportements, diminution voire disparition du délire, enkystement des hallucinations...
2. Critique du délire [anosognosie ? (absence de conscience de la maladie)]; adhésion aux soins/observance du traitement
3. Absence de comorbidité

Il faut vérifier :

- l'observance du traitement
- l'existence ou non d'une détérioration intellectuelle
- le milieu familial, le contexte socio-familial (cf. niveau d'émotion exprimée)

### **2. Evolution défavorable si une des quatre conditions n'est pas présente**

1. Ne répond pas au traitement : persistance du syndrome (délirant...)
2. Complication :
  - a. dépression [dépression post psychotique (risque de suicide)],
  - b. toxicomanie, notion de comorbidité (usage de cannabis),
  - c. risque de PA actes médico légaux (TS, hétéroagressivité, aggravation des troubles du comportement...)

Les carences socio affectives et la durée d'évolution > 6 mois sont des facteurs de mauvais pronostic dans les PHC.

### **3. Pronostic réservé**

S'il reste un risque de décompensation, de PA, suicide, schizo à début tardif (si PHC)... à préciser suivant la réponse au traitement (par ex pour une personne avec un alcoolisme persistant mais qui répond au traitement).

### **XIII. Autre cours de psychiatrie Adulte**

## **PSYCHOPATHOLOGIE GENERALE**

### **DESCRIPTION DE LA CLASSIFICATION**

#### **I)- Les syndromes délirants aigus**

##### **a)- BDA**

Syndrome délirant de type paranoïde qui éclate brutalement (6-8 mois sans traitement, éventuel mode d'entrée dans la schizophrénie)

##### **b)- accès maniaque ou mélancolique**

Excitation/ forme psychique de la dépression

PMD = maladie chronique mais intervalles libres

##### **c)- troubles de la conscience de type syndromes confusionnels**

Souvent souffrance cérébrale ou métabolique

Psychose parce que trouble majeur du rapport à la réalité = *psychose organique* (différent des *psychoses fonctionnelles* qui sont des troubles de la fonction cérébrale mais où celle-ci n'est pas morphologiquement lésé)

#### **II)- les délires ou psychoses chroniques**

##### **a)- schizophrénie et toutes ses formes**

##### **b)- délires chroniques non-schizophréniques**

\* paranoïa

\* PHC

\* paraphrénie (délire fantastique)

= d'un diagnostic découle une conduite à tenir

Traitement médicamenteux, social et thérapeutique

Formes trompeuses : en plus du *diagnostic positif* (description des symptômes, il faut procéder par élimination et faire un *diagnostic différentiel* pour ensuite reconstituer une maladie cohérente.

## SEMILOGIE DU SYNDROME DELIRANT

Délire = transformation subjective de la réalité prise au premier degré ce qui entraîne une adhésion totale au délire. Ne génère aucune critique. Dans la plupart des cas, la personne ne sait pas qu'elle délire.

Il y a différents types de délire à partir de 5 critères principaux :

- 1 - mécanismes
- 2 - thèmes
- 3 - organisation
- 4 - mode de début
- 5 - âge de survenue

### 1 - Les mécanismes délirants

= manière dont le délire est produit, dont s'étendent les idées délirantes.

Ils ne sont que des exagérations de mécanismes de pensée normaux (il y aurait donc un continuum entre le normal et le pathologique)

#### a - l'interprétation

Les délirants ont des erreurs d'interprétation (un sens interdit = la vie est bouchée...). Elle peut être d'origine *exogène* ou *endogène*.

#### b - l'intuition

C'est l'admission comme réelle, sans justification ni discussion d'une idée ou d'une représentation mentale anormale.

#### c - l'imagination

Surtout dans la paraphrénie (monde totalement imaginaire)

C'est la croyance que ce que l'on imagine est la réalité, = fantaisie, fabulation.

### **d - l'illusion**

C'est la perception déformée d'objets réels (aboutit à une idée fausse).

### **e - l'hallucination**

C'est une perception sans objet.

Pas seulement dans la psychose, il y a beaucoup de genres différents :

#### \* Les hallucinations psycho-sensorielles :

= on a l'illusion que ces hallucinations sont perçues par les organes des sens.

Elles peuvent être :

- visuelles : vision élémentaire ou complexe, immobile ou animé, naturelles (taille réelle), réduites ou géantes, plane ou en relief...

(Sensation d'éblouissement = scène très complexe).

Certaines s'organisent sur un mode *onirique* (comme dans un rêve éveillé, cf états confusionnels qui sont des états pathologiques organiques, *keautoscopique* (on se voit soi-même comme si on était sorti de son corps et qu'on se regardait)...

- auditives : vont du bruit au plus complexe (= *auditivo-verbales* ) avec mots, paroles, phrases...

Elles donnent souvent lieu à des signes indirects : par ex, a une attitude d'écoute, ou se bouchent les oreilles quand elles deviennent trop gênantes, ou *dialogies hallucinatoires* avec le malade qui répond en aparté...

- gustatives et olfactives : souvent désagréable, parfois inconnu.

Doit susciter la recherche particulière de maladies non psychiatriques comme des épilepsies temporales.

- tactiles : elles sont typiques d'affections organiques surtout toxiques (brûlure, piqûres...) comme par exemple les fumeurs chroniques de cocaïne ont souvent des démangeaisons.

*Hallucinations cénesthésiques* = toucher profond, sensation de mouvement, du corps dans l'espace. Sensibilité générale, surtout douloureuse (métamorphoses...).

Dans les psychoses hallucinatoires chroniques, ce sont des sensations génitales de viols...

- motrice ou kinesthésiques : touche le sensibilité musculaire, affecte les membres, donne l'impression de mouvements imposés.

Peut aussi toucher la parole, l'appareil phonatoire :

*Kinesthésique pur sans mouvement* = invisible, mais la personnes a l'impression d'avoir parlé...

*Motrices verbales* = accompagné de paroles, mais impression de ne pas contrôler...

*Impulsions verbales* = sujet articule et entend.

\* Les hallucinations psychiques :

Représentations mentales et idées vécues comme un parasitage de la pensée.

ou "*pseudo-hallucinatoires*" :

- verbales : voix intérieure, sensation de télépathie ; la pensée est volée. (on entend une voix à l'intérieur de la tête, et non par les oreilles...)

- visuelles : images mentales imposées, scènes complexes. *Ecmnésie* = défilement d'images souvenirs...

\* Description de symptômes à partir de ces hallucinations :

L'automatisme mental.

Il a été décrit par De Clérambault.

- le petit : hallucinations psychiques

*Phénomènes idéo-verbaux* : parole ou pensée mise en mots, comme par exemple, l'écho de la pensée, l'écho de la lecture... Sensation de prise de la pensée, d'une pensée étrangère (idées imposées de l'extérieur), d'une pensée devinée (énoncée par la voix), de commentaires des actes, devinement de la pensée, divulgation de la pensée (tout le monde sait ce qu'on pense, on est transparent)...

*Phénomènes idéiques* : passage en revue de souvenirs...

= La présence d'un seul de ces élément suffit pour dire qu'il y a un petit automatisme mental

- Le grand : il est triple

*Idéo-verbal* : regroupe le petit automatisme, et des hallucinations psychosensorielles auditives

*Moteur* : hallucinations motrices et kinesthésiques

*Sensoriel* : hallucinations d'autre nature qu'auditives.

Du point de vue du traitement, le fait que l'automatisme mental soit petit ou grand ne change pas grand chose.

Il est présent dans la PHC (toujours), parfois dans les schizophrénies, et dans certaines formes de BDA.

## 2 - Les thèmes délirants

Aucun n'est pathognomonique (pas de preuve d'un diagnostic particulier). Paranoïde et paranoïaque renvoient non à des thèmes, mais à des organisations de délires.

### a - les thèmes expansifs

Thèmes de grandeur, de richesse, d'éternité, puissance de filiation... Comme la *mégélanie*

Thèmes d'invention, mystiques, messianiques...

### b - les thèmes négatifs

Persécution,

Culpabilité, ruine, auto-accusation, damnation...

Négation d'organe, hypocondrie...

### c - Thèmes complexes

Érotomanie, délire de jalousie

Transformation corporelle, de l'ambiance

Type cosmique (paraphrénie), type B-D.

## 3 - L'organisation

### **a - systématisé**

= commence par une ou quelques idées de bases (postulat ou idées prévalentes), va ensuite se développer un *délire en secteur* (un seul secteur est délirant : femme, travail...). Son délire est clair et peut entraîner l'adhésion de la personne qui écoute (cf Paranoïa : délire à deux avec un élément inducteur et un élément induit)

Idee prévalente fautive + développement dans des propositions logiques
--

On passe progressivement à un *délire en réseau*, avec des ponts entre les différents secteurs de la vie du patient.

### **b - non-systématisé**

cf délire paranoïde, schizophrénie, paraphrénie.

= Il est incohérent, flou, incompréhensible, hermétique.

### **c - PHC (psychose hallucinatoire chronique)**

Entre systématisé et non-systématisé.

## **4 - L'évolution**

### **a - aigu**

Ces délires surviennent généralement de manière soudaine, sont caractérisés par une symptomatologie riche avec mécanismes multiples.

Ils répondent mieux aux traitements médicamenteux.

Un délire de démarrage aigu peut montrer l'évolution dans une maladie chronique.

### **b - chronique d'emblée**

Il n'y a pas de caractère brutal de rupture, ces délires s'installent de manière progressive : vont modifier peu à peu leur vision du monde. Ils s'organisent sur des années.

Le but est d'éroder le délire, l'enkyster (c'est le mettre à distance, le reculer au second plan, être pragmatique par rapport à quelque chose qu'on ne pourra pas faire disparaître).

## 5 - l'âge

- Fin adolescence et jeune adulte : schizophrénie
- 35-40 ans : paranoïa
- 45-50 ans : PHC

Le patient n'a pas conscience que son vécu est délirant : adhésion totale (aucune référence objective n'est disponible). Il va réagir en fonction de ces éléments, par rapport à ce qu'il ressent.

Ainsi sont contingent au délire des **troubles du comportement** :

- \* Agitation due à l'angoisse, hétéro-agressivité... (Dans la paranoïa, on se méfiera de la désignation d'un persécuteur avec évaluation du risque d'agression).
  - \* Aussi, beaucoup d'auto-agressivité (suicide, automutilation...)
  - \* voyages pathologiques (fuient la persécution, sont en mission...)
  - \* claustrophobie
  - \* refus d'alimentation (est empoisonné...) ; de même pour l'eau (= *sihophobie*)
- = HP en urgence.



# I)- LES PSYCHOSES

## A)- LA SCHIZOPHRENIE

### 1- généralités :

+) - La définition moderne a été donnée par BLEULER (psychiatre suisse) en 1911. Etymologiquement = âme fendue, en morceaux.

(Différent des personnalités multiples qui sont plus dans le champ de la névrose).

+) - définition = état mental caractérisé par une désorganisation progressive de la personnalité entraînant une incohérence des conduites sans affaiblissement primaire de l'intelligence.

On parlait avant BLEULER de *démence précoce*. Une démence relève d'un affaiblissement et d'une destruction définitive des capacités de raisonnement (cf Alzheimer).

La schizophrénie se met déjà en place chez l'adolescent et l'adulte jeune. Il n'y a plus de connections, le sujet n'est plus en état de fournir des réponses, qu'il peut très bien connaître par ailleurs. Mais aujourd'hui, cette intelligence est de moins en moins reconnue, et on parle de plus en plus de déficit cognitif.

+) - registre des psychoses = le problème tient dans le rapport avec la réalité.

+) - C'est une psychose chronique = c'est à dire une maladie qui dure longtemps, se déclenche chez l'adulte jeune et suit ensuite le patient toute sa vie.

+) - Ce n'est pas une maladie homogène = il existe différentes formes cliniques (typiques ou non) autour d'un noyau commun.

+) - La schizophrénie touche 1% de la population quelque soit le type de société.

### 2- La dissociation comme élément de diagnostic absolue :

+) - Comment faire un diagnostic ? : Il s'agit de regrouper des éléments d'observations pour faire quelque chose de commun.

ici, le diagnostic se fait sur un noyau symptomatique commun à toutes les formes cliniques de schizophrénie = la dissociation.

+) - la dissociation regroupe plusieurs critères :

1)- l'*ambivalence* (incapacité de choisir, des affects opposés se manifestent en même temps)

2)- la *bizarrie* et l'*hermétisme* (le diagnostic repose ici sur une sensation)

3)- le *détachement* (il est une des formes de bizarrerie apparente, une expression paradoxale, la plus incompréhensible, des sentiments).

### 3- La dissociation se traduit :

+) - dans la pensée :

\* désordonnée, ralentie

(ou prolix : rapide, riche, mais non-cohérente)

\* floue

\* diffluente : la pensée ne peut pas se diriger sur un point précis, se perd dans des détails.

\* archaïque : non rationnelle, basée sur des éléments de magie et de symbolique.

= *rationalisme morbide* comme organisation générale de pensée.

(Rationalisme est la capacité d'expliquer ce que l'on fait ;

Morbide regroupe tous les symptômes liés à la maladie)

C'est une rationalisation malade, incompréhensible, ne correspondant pas à la réalité, truffée d'explications absurdes (ex : "j'ouvre la porte parce qu'elle est bleu)

= abstraction vide de sens et mécanisme de pensée apparemment absurde aboutissant à des théories considérées comme certaines.

Des phénomènes pathognomoniques signent le diagnostic ; ils concernent le flux de la pensée :

- les *barrages* : arrêts de la pensée, et donc de la parole

- *fading mental* : désigne la parole qui se ralentit progressivement.

+) - dans la parole :

\* *mutisme* (ordres hallucinatoires de se taire...)

et *impulsions verbales* (mots qui sortent sans raison)

- \* modifications phonétiques sur intonation, rythme ou articulation
- \* encore plus déstructuré avec la structure même du mot qui est modifiée
  - *néologismes* (mots inventés par le patient)
  - *schizophasie* (salade de mots)
  - *verbigérations* (suite de mots incohérente avec des Néologismes)
- \* encore plus avec la *glossolie* : néolangage apparent totalement incompréhensible

(Il s'agit, dans le cadre d'une sémiologie médicale, de saisir l'incohérence)

+) -  dans l'affectivité, les manifestations émotionnelles sont déconcertantes, avec

:

- \* indifférence
- \* colères, accès incompréhensibles et entachés d'ambivalence (conciliation synchrone d'affect apparemment inconciliables)

*Asyntonie* = Ils ne sont pas dans l'ambiance, ont leurs propres humeurs, gestes...et ne sont pas influencés par l'ambiance extérieures. Ils fonctionnent dans leur coin sans être influencés.

*Athymornie* = maximum de l'asyntonie. Il y a ici indifférence émotionnelle, vide affectif. Ils expriment en tout cas cette indifférence, mais ne le sont pas forcément. Perte de l'élan vital, repli sur soi  
cf *Autisme* : repli sur soi, perte du contact vital avec la réalité. Mais perdurent une hypervigilance intellectuelle et affectives insupportables (grain de sable qui peut influencer l'évolution de la maladie).

*Négitivisme* : manière d'exprimer le retrait sur soi-même. C'est un refus de contact actif, avec opposition. (ex : refus de la main tendue). Il s'exprime au maximum dans la *catatonie*.

+) -  dans le comportement :

- \* *apragmatisme* = pas de capacité à faire des choses dans le concret, ne font rien. (Au max, c'est rester couché toute la journée dans son lit : *clinophilie* )
- \* *paramimies* = expressions paradoxales, comme par exemple des rires immotivés.
- \* *maniérisme* = main en l'air, démarche bizarre, habillement discordant, langage châtié...

\* *stéréotypies d'attitudes* = Geste, mouvement, position qui s'observe alors qu'il n'y a pas de raison que ce geste ait lieu. Se retrouvent chez un malade quelque soient l'ambiance et le contexte.

\* *parasitisme mimique* = mimiques du visage qui n'ont pas leur place, qui sont immotivées.

\* *pulsions irréversibles* = automutilation, suicide, fugue, claustration à domicile. L'impulsion meurtrière reste rare ; l'impulsion typique est le suicide qui est généralement incompréhensible, brutal, imprévisible, discordant.

#### 4- la forme paranoïde :

= forme délirante avec construction imaginaire non conforme à la réalité (mais le délire n'est pas toujours fréquent dans le schizophrénie).

Le délire peut se décrire par quatre critères :

- le thème
- les mécanismes à l'origine de ce délire
- l'organisation du délire
- l'âge de survenue

+) - Le délire paranoïde est à l'image de la maladie qu'il recouvre ; les thèmes et les mécanismes sont multiples, la structure absente. C'est un délire riche, incompréhensible, sous tendu par un ensemble de mécanismes.

+) - Les thèmes :

Il n'y a pas de thèmes de prédilection dans un délire schizophrénique, tout est possible = aspect polymorphe non stéréotypé.

= possession diabolique, négation d'organe, persécution, complots, occultisme, poursuite... (le délire schizo-paranoïde de persécution est un délire flou, désorganisé dont les thèmes sont persécutifs ; dans la paranoïa, délire structuré, sans néologage).

Aussi thèmes de filiation, mystiques, mégalomaniaques, érotomaniaques (*Érotomanie* : illusion délirante d'être aimé où tous les signes de non-amour sont au contraire interprétés comme des signes d'amour. Ce n'est pas une maladie à part entière, mais un symptôme).

Aussi *thèmes hypocondriaques de métamorphose* : (*hypocondrie* : rapport délirant avec son corps qui évoque un certain nombre de mécanismes sous-jacents, comme la *dépersonnalisation* qui est une perte de l'identité, une perte des repères de personnalité, mais non caractéristique des psychoses)

= lycanthropie, dévitalisation, métamorphoses, transformation, morcellement... La désorganisation serait aussi au niveau du schéma corporel (mécanismes physiologique au niveau des aires cérébrales sensorielles, des capteurs et affectif. Ce thème serait certainement fréquent pour des causes physiologiques entraînant une absence de sensation de cohérence corporelle, pas de limites aux objets, entre soi et l'objet... D'où interpénétration et impression de métamorphoses.)

Ces thèmes peuvent toucher l'intégralité du corps, un seul organe, voire quelque chose d'esthétique, de l'apparence physique. Comme la *dysmorphophobie* = l'impression que son visage change.

Cf le signe du miroir : se regardent en se touchant pour vérifier que les choses ne bougent pas.

Sensation d'étrangeté, transformation de l'ambiance

*Thèmes d'influences* = une force extérieure plus ou moins magique va commander son comportement (réception d'ordres) et le déroulement des choses.

+) - les mécanismes :

Ils sont nombreux ; tous les mécanismes délirants sont envisageables. (Interprétation, hallucinations...)

+) - l'organisation :

Absence de construction du délire, de logique. Désorganisation.

## 5- évolution

C'est une maladie chronique, qui évolue généralement par accès aigus délirant correspondant souvent aux hospitalisations.

L'évolution peut tendre vers un appauvrissement des choses (cf démence précoce).

Entre les accès, il n'y a pas de retour à la vie normale. Ils gardent des signes de discordance, d'hermétisme. Ils peuvent avoir une vie, mais elle restera stéréotypée, pauvre affectivement.

**Noyau symptomatique = dissociation, discordance**  
**Forme typique = forme paranoïde sous tendue par un délire très riche, absurde.**

Syndrome = regroupement de symptômes

+) En médecine classique : interrogatoire, inspection, palpation, auscultation (écoute) + examens complémentaires.

+) En Psychiatrie, il y a que très peu d'examens complémentaires, c'est pour cela que l'interrogatoire et l'observation sont primordiaux. La palpation est quasi inexistante, mais en serrant la main, par exemple : est elle moite, raideur musculaire ?

Pourquoi un diagnostic ? = conduite à tenir qui va aussi dicter un traitement.

## 6 - les modes d'entrée

+) - insidieux :

(Avec ou sans délire, avec discordance et bizarrerie = la maladie va infiltrer le mode de pensée du sujet, ses relations sociales).

Plusieurs types de symptômes :

\* *retard scolaire / désinsertion professionnelle* : elle est progressive et sur fond d'apragmatisme. Les gens font de moins en moins de choses et sont repliés sur eux-mêmes.

\* *formes dites névrotiques* : emprunt de symptômes, avec phobies, manifestations obsessionnelles... Mais persistent la bizarrerie et le détachement.

\* *formes hypocondriaques* : manifestations de soucis ou craintes concernant le corps. *Dysmorphophobie* (le visage change : cf consultations de chirurgie plastique), avec dépersonnalisation, impression de se dévitaliser, morcellement (attention pour l'adolescent chez qui les préoccupations corporelles sont banales)

\* *troubles isolés de l'affectivité et du caractère* : irritabilité...

\* *recherche d'anxyolyse* par médicaments, alcool, toxicomanie... Avec en plus illusion d'appartenir à une communauté. Aussi *idéalisme passionné*, non

rationalisé, ou de manière morbide ou irrationnelle = entrée dans sectes, intérêt pour ésotérisme, conduites extrêmes.

= **bizarrierie, discordance.**

+) - aigus :

(mais parfois à posteriori, relevé de petits signes avant)

\* *état d'excitation* : accélération de la pensée, de l'activité, jovialité (états générateurs de plaisir. Leur humeur est syntone avec l'excitation). MS connotation particulière avec discordance = pas de jovialité, froideur, délire sans rapport avec l'excitation (pas congruent à l'humeur).

\* *état dépressif* : symptômes discordant = *dépression atypique* avec suicides étranges, inattendus.

\* *accès délirant aigu* = BDA : qu'est ce qui permet de faire le diagnostic différentiel de la schizophrénie ? C'est peut être le seul cas où l'on peut observer des états discordant sans que ce soit une maladie chronique.

\* *actes médico-légaux* : enfreignent la loi, mais ne sont pas délinquents. Pas de condamnation, sont "sous l'emprise d'éléments extérieurs".

\* *accès catatonique* (plus très fréquent) : paralysie, plus de réponse aux sollicitations.

\* *syndrome confusionnel* : délire onirique. Il survient surtout lors d'affections organiques, et moins souvent psychiatriques. Souvent grave et nécessitant une intervention. Si psychiatrique = mode d'entrée.

## 7 - les formes cliniques :

+) - forme paranoïde

cf ci dessus

+) - l'hébéphrénie :

= **forme déficitaire ou négative**

(il y aurait des modifications organiques cérébrales qui pourraient expliquer la symptomatologie : en recherche)

tous les **symptômes négatifs** :

\* *autisme* , c'est à dire repli : *apragmatisme* avec vie végétative. Troubles de l'affectivité, retrait.

\* *baisse d'efficacité cognitive* (difficultés mnésiques et de concentration)

\* il peut y avoir un délire, mais plutôt au second plan, voire absent.

**Évolution** : c'est la forme qui désagrège le plus les capacités relationnelles et sociales. S'installent de grandes difficultés d'insertion, surtout si elle s'installe tôt (pas de construction des apprentissages fondamentaux).

+) - forme catatonique ou hébéphréno-catatonie :

Elle est de plus en plus rare (les maladies psychiatriques ont tendances à se modifier avec le temps).

= **retrait le plus total**

\* sont immobiles, avec *perte de l'initiative motrice* (aspect figé, sans expression du visage)

\* *négativisme* : retrait et refus volontaire du contact

\* *suggestibilité paradoxale* : mouvements qui sont fait en miroir avec *échomimies*, *écholalies* (répétition de mots), *echopraxies* (comme l'habillage)

\* *flexibilité cirreuse* : raideur qui est plastique (quand on plie un membre, il ne revient pas en place). Elle est impossible à reproduire de manière volontaire (signe de l'oreiller psychique : position semi-assise avec deux oreillers, quand on retire les oreillers, il conserve la position). Avec *catalepsie*.

\* en plus, *parakinésies* : stéréotypies gestuelles ou d'attitudes

\* *impulsions clastiques* : ils peuvent tout d'un coup sortir de leur état et être violents. C'est une expérience angoissante

+) - schizophrénie simple ou résiduelle :

= **décompensation d'une personnalité schizoïde** (traits de caractère de la schizophrénie, mais sans maladie), ou forme de schizophrénie traitée.

\* *discordance* sans déficit, sans délire, sans catatonie

\* vie stéréotypée mais avec une insertion relativement correcte

+) - les formes trompeuses :

\* *schizophrénie dysthymique* ou *dysthymie atypique* : se présente comme une PMD (excitation et/ou dépression)

**Diagnostic différentiel** = symptomatologie de discordance pendant l'accès et qui persiste entre les accès (désadaptation, discordance)

\* *formes pseudo-névrotiques* qui montrent aussi des signes de discordance et de bizarrerie

\* *formes pseudo-psychopatique* ou *héboïdophrénie* :

*Psychopathie* = personnalité déséquilibrée avec intolérance aux frustrations. Instabilité caractérielle, petite délinquance. Apparition de violence, désinsertion, petits délits.



**Diagnostic différentiel** se fait dans le contact : le psychopathe est soit chaleureux/soit violent ; alors que le schizophrène témoigne de froideur, de discordance : il n'a pas de plaisir dans l'acte, il l'effectue de manière déplacée et stéréotypée.

## 8 - évolution et pronostic de la schizophrénie

### +)- formes d'évolutions favorables

(devrait à priori évoluer tout le long de la vie) :

\* *rémission stable* : les signes les plus embêtants ont disparus, persistance de symptômes cicatriciels (cf schizophrénie simple ou pseudo-névrotique)

\* *rémission sociale* : un peu mieux avec insertion sociale (emploi protégé en CAT..., "petite vie")

Possibilité de *rechutes itératives* = poussée aiguë avec hospitalisation, intervalles entre hospitalisation = *rémission*

### +)- évolution défavorable

\* *hébéphrénie typique* : mode insidieux, difficulté à effectuer les actes de la vie quotidienne, immobilité

\* *évolution chroniquement délirante* avec délire paranoïde actif, toujours dans monde parallèle du délire

**Mauvais pronostic** = formes à début insidieux et déficitaires (peu sensibles aux neuroleptiques)

**Meilleur pronostic** = formes dysthymiques et délirantes (neuroleptiques permettent de conserver une adaptation de relativement bonne qualité)

## II)- LES PSYCHOSES CHRONIQUES

Elles sont caractérisées par des **idées délirantes permanentes**. Le délire est tellement permanent qu'il est pris dans la relation qui unie cette personne au monde extérieur. Elle est généralement assez bien adaptée à la société, mais on relève une profonde **modification des valeurs de cette réalité**.<sup>1</sup>

Délire = **mutation profonde des croyances** ; cette mutation est l'expression d'un **conflit psychique** ou la **projection de désirs inconscients** sur la réalité (ce qui donne une vision modifiée de la réalité).

La Psychose chronique correspond plutôt à une **absence d'objet** qu'à une perte d'objet. M. KLEIN considère que cette absence est liée à la peur que le sujet a de ses pulsions agressives contre le premier objet (la mère). Il va ainsi **projeter** sur l'extérieur ; clivage entre les bons objets internes et les mauvais objets externes. Cette projection sur l'extérieur va permettre au sujet de soulager les tensions internes.

### A)- ETUDE CLINIQUE

#### 1 - les organisateurs

##### a - les mécanismes

- + *interprétatif* (distorsion du jugement),
- + *illusions hallucinatoires* ,
- + *fabulation* ,
- + *intuition* ,
- + *syndrome d'automatisme mental* .

##### b - les thèmes

- + *Persécution* (persuadé qu'on veut lui nuire)
- + *influence* (impression d'être agité, commandé)
- + *grandeur*
- + *mystique*
- + *hypocondriaque*
- + *de négation* (conviction de la non-existence d'un organe, ou de sa personne physique : jusqu'à Cotard).

---

<sup>1</sup> monomanie = phobies partielles = mécanismes générateurs  
délire d'interprétation / imagination  
CLERAMBAULT : délire passionnel  
KRAEPELIN : paranoïa et paraphrénie.

Différence entre structure de personnalité (pas en décompensation) et délire !! : un paranoïaque peut décompenser pendant une psycho-thérapie.

## 2 - Les organisations

### a - les délires paranoïaques

+ *passionnel et de revendication*

+ *de relation des sensitifs*

+ *d'interprétation systématisée*

La personnalité paranoïaque =

- orgueil avec égocentrisme
- méfiance
- psycho-rigidité (froideur affective, entêtement...)
- fausseté du jugement
- intolérant, susceptible, n'admet pas les contradictions

il infléchit ses croyances en fonction d'**idées paralogiques** (l'évolution est lente, insidieuse).

Le délire peut apparaître vers 40-50 ans, de façon insidieuse ou lors d'une décompensation brutale. C'est la systématisation qui entraîne l'adhésion.

Un délire paranoïaque est **systématisé** et **interprétatif**.

### + **Passionnels et de revendication** :

Leur point commun est l'**exaltation**.

Le paranoïaque est **hyperthymique** (en accord avec ce qu'il dit)

Une **idée prévalente** va subordonner tous les phénomènes psychiques et va mener à un postulat fondamental ; sa conviction est inébranlable. Le développement du délire est en **secteur**, c'est à dire n'atteint qu'une partie de son fonctionnement.

L'érotomanie :

conviction délirante (le plus souvent de la part d'une femme) d'être aimé par une personnalité importante, et cela à la suite d'un indice quelconque. Toute la vie idéo-affective va être subordonnée à l'activité délirante et à son extension.

Trois phases se succèdent alors :

+ la 1ère d'*espoir* et d'attente, avec interventions et poursuites incessantes auprès de l'être aimé

+ la 2ème est celle du découragement puis du *dépit* : il s'agit d'un ressentiment où l'espoir n'est pas exclu

+ la 3ème, de *rancune*, voit exploser les invectives, les chantages, les menaces et les passages à l'acte.

#### Le délire de jalousie

Il peut être favorisé par l'alcool. la suspicion de l'infidélité du conjoint à la suite d'un indice quelconque, devient bientôt une conviction totale : le délit imaginé devient certitude inébranlable. Investigations multiples (enquêtes, filatures...), avec accumulation de preuves et d'indices.

Dirigé par une "idée-force", le délirant passionnel a une potentialité agressive qu'il ne faut pas sous-évaluer (crime passionnel).

C'est souvent une homosexualité sous-jacente qui est projetée ; idéalisation amoureuse du rival.

#### Le délire de revendication

Ils sont fréquents. lutte pour obtenir réparation. Le mécanisme générateur est la conviction du préjudice subi, dans une tonalité de haine et d'accusation. Une seule idée : faire triompher la vérité, punir les responsables (plaintes, procès...).

Ex : les *querulents processifs* avec procès à répétition (affaires d'héritage, querelles de voisinage), les *idéalistes passionnés* (idéologie mystique, sociale ou politique qu'ils veulent transmettre), les *inventeurs méconnus* (convaincus d'avoir fait la découverte du siècle, estiment être volés, dépossédés), certains *délires de filiation*, les *revendication hypocondriaques* (intervention chirurgicale ou soins médicaux jugés insatisfaisants), *la sinistrose délirante*.

#### **+ le délire de relation des sensitifs**

Il a été décrit par KRETSCNER.

Un évènement provoque le délire, souvent au travail ; il reste **circonscrit à une secteur** et met en avant un **problème relationnel** avec l'autre.

- importance de la dimension agressive, de la rigidité et de la mégalomanie ;
- personnes souvent psychasthéniques, dépressives, timides.

#### **+ les délires d'interprétation systématisés**

SERIEUX et CAPGRAS

Extension en **réseau**, alimentée par des interprétations exogènes ou endogènes.

### **b - la psychose hallucinatoire chronique**

Chez l'homme vers 30-40 ans ; chez la femme après la ménopause. Se trouve souvent chez des personnes isolées, mais qui peuvent rester adaptées dans leur vie socio-professionnelle.

**Prévalence du mécanisme hallucinatoire.** le début est souvent brutal, le plus souvent par des hallucinations auditives (voix, bruits, injures, menaces...), cénesthésique ou olfactive.

**L'automatisme mental est constant** avec un écho, un vol de la pensée. Il peut aboutir au syndrome d'influence.

### **c - la paraphrénie**

Délires **imaginatifs**, correspond à la **fabulation**. Prévalence des mécanismes imaginatifs sur les éléments hallucinatoires et les justifications interprétatives (création de faux souvenirs, de moins en moins cohérents...). =Grande inventivité verbale.

Deux modalités principales :

- La paraphrénie confabulante : créations reliées par un certain degré de systématisation. Thème central, souvent de filiation ;
- La paraphrénie fantastique : luxuriance prodigieuse, représentation délirante décousues, mobiles, recevant l'appoint d'une exaltation thymique et d'expériences hallucinatoires parfois très riches. Les fantasmes de toute puissance individuelle s'érigent dans un monde merveilleux où domine l'énormité.

Les personnes semblent normales, aime beaucoup en parler. Il n'y a pas de critique du délire.

Le délire peut rester enkysté, ou évoluer vers une possible schizophrénie.



### III)- LA PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE

#### A) - L'ACCES MANIAQUE

= Etat de surexcitation des fonctions psychiques caractérisé par

- une exaltation de l'humeur
- un déchaînement des pulsions instinctivo-affectives.

Ceci entraîne une dépense d'énergie, excessive et désordonnée, et que l'on retrouve dans tous les domaines : psychique, psychomoteur, neuro-végétatif...

La crise de manie est un état aigu, qui est à différencier des psychoses chroniques.

#### 1 - les circonstances d'apparition

Généralement entre 20 et 50 ans ; on retrouve souvent des antécédents familiaux ; les facteurs déclenchants peuvent être des petits évènements.

#### 2 - les modes de débuts

Généralement **brutal**, c'est à dire sans prodrome (= signe précurseur), par un état d'exaltation, de bien-être, un besoin d'activité irrésistible qui s'accompagne souvent d'une insomnie totale ; ou **progressif**.

Il est parfois précédé d'une **phase dépressive** avec tristesse, asthénie, insomnie ; ou d'une **exaltation émotionnelle** sans plus.

Il est important de repérer les modes de début pour enrayer. Les signes fréquents sont : l'insomnie, les dépenses, la logorrhée...

#### 3 - la période d'état

Il faut examiner la **présentation**, qui est souvent particulière, avec des tenues plus ou moins extravagantes, désordonnées, débraillées. Il faut regarder les mouvements du corps et du visage, où l'expression est souvent très intense, le visage très animé. Le maniaque est en **mouvement permanent** ; il est très à l'aise et fait souvent preuve de grande **familiarité**.

L'excitation psychique :



+ **fuite des idées** : le patient maniaque donne l'impression qu'il y a une accélération de tous les processus psychiques (associations d'idées très rapides, remémorations très fréquentes) = **tachycardie**.

Accélération des représentations mentales : mots, idées, images apparaissent et disparaissent très rapidement = **kaléidoscope**. L'association des idées est superficielle et rapide.

Impuissance de l'attention qu'ils ne peuvent pas retenir ; ils sont très distraits et éparpillés, sans aucune concentration.

+ par contre le maniaque a souvent une **perception normale de la réalité** ; sauf si l'accès entraîne une déstructuration trop importante, et alors les perceptions peuvent être faussées (avec voix, transmissions de pensées, hallucination...).

+ **L'orientation temporo-spatiale est correcte** (sauf si grande déstructuration)

+ **hypermnésie**

+ **imagination** est souvent abondante. Il n'y a pas vraiment de délire à proprement parler, sauf parfois des fabulations, comme dans la manie furieuse avec thèmes de jalousie...

+ **logorrhée** dans le langage parlé avec flux continu, discours très rapide (mais non pathognomique de l'accès maniaque : aussi chez les anxieux). Aussi **graphorrhée**.

#### exaltation de l'humeur :

+ **hyperthymie** : humeur euphorique et grand optimisme (il se sent très bien, bien portant, infatigable...)

+ **labilité émotionnelle**, instabilité de l'humeur. Desinhibition érotique.

#### excitation psychomotrice :

+ notion de **jeu** : état où tout devient ludique (joue avec les mots...)

+ besoin d'être tout le temps en activité. C'est en rapport, concordant avec l'excitation psychique (différent de la discordance du schizophrène).

parfois, des **dérappages** : actes dangereux, voire médico-légaux (atteinte à la pudeur, tapage nocturne...).

#### Plan somatique :

+ **amaigrissement**

+ **troubles du sommeil** avec insomnie parfois totale, mais sans fatigue.

+ ont souvent très faim et très soif. Résistance impressionnante au froid et à la fatigue.

- fuite des idées

- **hyperactivité**
- **euphorie**
- **distractibilité**
- **projection dans l'ambiance**
- **insomnie**
- **verbosité**

Les idées délirantes sont fréquentes (mystiques ou mégalomaniaques) ; mais le sujet peut reconnaître la fausseté de ses idées.

Difficile de différencier d'avec la BDA ; il faut s'intéresser à l'humeur. Quelques moments de dépersonnalisation.

#### 4 - évolution

- + Sans traitement = 5 mois environ
- + quelques semaines et s'estompe progressivement.

#### 5 - formes cliniques

##### Les formes sémiologiques

- + **hypomanie** = état d'excitation bénin avec mémoire importante sans fuite des idées, risque d'acte violent ou médico-légal.
- + **manie délirante ou hallucinatoire** = délire auquel le patient adhère complètement, délire franc accompagné parfois de phénomènes hallucinatoires avec automatisme mental, et hallucinations auditives.
- + **La fureur maniaque** = refus de manger, le corps s'épuise, la conscience est de plus en plus altérée (danger mortel).
- + **les états mixtes** = intrication de symptômes mélancoliques et maniaques.

##### Les formes évolutives (après traitement)

- + guérison = **normothymique**.
- + manie chronique = **hypomanie**.
- + épisodes maniaques périodiques pouvant aboutir à un délire chronique (plus rare avec les traitements).

Il n'y a généralement pas de causes à l'accès maniaque = **pas d'étiologie**. Il peut juste être déclenché par un **petit évènement**, ou par des **toxiques** (cocaïne, amphétamines, haschish...).

Il est important de rechercher une **cause organique** : hyperthyroïdie, post traumatique, ou secondaire à une tumeur cérébrale.

Attention : différent de la confusion mentale (démence sénile, alcoolisme), ou des différents épisodes d'agitation secondaire à l'épilepsie.

## 6 - traitement

Par **thymorégulateurs** : le plus efficace est le **lithium**. Avec en plus dans la phase aigue, un traitement par **neuroleptiques**. Si il y a résistance au lithium : **électrochocs** (électro-convulsivo-thérapie : ECT).

Ces patients sont la plupart du temps **hospitalisés** : HDT ou HO (imagine qu'il peut tout faire : dépenses inconsidérées...)

Il faut rechercher les éléments familiaux.

## B)- LA MÉLANCOLIE

= État de dépression intense, caractérisé par une douleur morale très importante avec ralentissement et inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices.

Beaucoup à l'antiquité ; à la renaissance : folie partielle (pas en continu, différent d'un état de tristesse inhabituel). **19ème siècle** : identification de la maladie (**folie circulaire** ou à **double forme**).

### 1)- diagnostic positif de l'accès mélancolique typique

#### a - le début

Possible à tous les âges, mais le plus souvent dans des **périodes d'involution**, comme la quarantaine.

L'accès se constitue généralement de façon **progressive** : le patient se plaint d'asthénie, de céphalées, d'une difficulté à travailler, à se concentrer, et surtout d'une

insomnie qui s'aggrave. L'humeur s'assombrit, il est de plus en plus préoccupé, son activité se ralentie.

### **b - la période d'état**

- + **figé**, immobile (tête fléchie... : replié sur lui-même)
- + grande **tristesse** sur le visage, regard fixe (parfois signe de l'oméga = plisse les sourcils ce qui forme un oméga sur le front).
- + Parle peu ; pleure et gémit.

la douleur morale est au premier plan.

**Le malade éprouve une tristesse profonde qui va envahir plus ou moins sa conscience. Cette tristesse est insensible aux sollicitations extérieures.**

- + a du mal à s'exprimer
- + idées de dégoût, ennui, désespoir, regret.
- + **cénesthésie** : ressent des sensations pénibles, ses sensations internes sont perturbées, malaise diffus dans son corps. Sentiment d'insécurité.
- + sentiment **d'auto-dépréciation**, d'impuissance, d'incapacité et d'improductivité.
- + **Anesthésie affective** qu'il ne supporte pas ("je n'aime plus personne").  
Eoussement des affects qu'il se reproche.
- + **pessimisme** (rien à faire, avenir bouché, ne mérite que la mort).
- + **auto-accusation** : est coupable de tout.
- + **hypocondrie** : le patient exprime simultanément sa crainte et son désir d'être atteint d'une maladie (son corps pourrit...).

inhibition ou aboulie :

- + inerte parce que se sent impuissant à vouloir quoi que ce soit. = asthénie (ne peut plus se mouvoir) ; **ralentissement psychomoteur**.
- + **inhibition psychique**, paralysie qui touche tous les domaines : **idéation** (difficulté à associer, à raisonner), la **volonté** (que sur les thèmes mélancoliques), l'**attention**...
- + au niveau du langage = **semi-mutisme**, monosyllabes, phrases très courtes ; voire mutisme complet.

désir et recherche de la mort constants

- + urgence vitale : **TS** ou **refus de s'alimenter**. (suicide altruiste)
- + sous le fait d'une **impulsion** (doit être tout le temps surveillé) ; ou **organisé** (se méfier si le patient paraît calme).
- + la mort est obsédante
- + risque au début du traitement.

#### symptômes physiques

- + **insomnie** (totale ou de réveil précoce)
- + **Anorexie** (perte de poids majeure)
- + diminution de la libido.

<p><b>insensibilité aux sollicitations extérieures</b> <b>douleur morale</b> <b>ralentissement</b></p>
--

#### **c - évolution**

La guérison se fait naturellement en 6 à 7 mois. Finit lentement et de façon oscillante. Les critères montrant que le patient va mieux sont le retour de l'appétit, du sommeil...

Vers la fin, lorsque le sujet est guérie de la mélancolie, présences de **rechutes** avec risque suicidaire important.

Sous traitement, le patient peut changer très rapidement ; après rémission, il peut critiquer l'état dans lequel il était avant.

#### **2)- Les formes cliniques symptomatiques**

##### + la dépression mélancolique simple

Présence surtout d'**inhibition** (le patient est très fatigué, improductif et impuissant...).

##### + La mélancolie stuporeuse :

**Inhibition psychomotrice** au maximum (le patient est figé, immobile...) ; expression de **douleur morale** intense.

##### + La mélancolie anxieuse :

L'anxiété se retrouve beaucoup dans les syndromes dépressifs ; mais pas forcément dans la mélancolie.

**Agitation anxieuse**, le sujet est complètement paniqué. Risque de raptus suicidaires, voire de fugues.

+ La mélancolie délirante :

La **douleur morale** est telle qu'elle peut déboucher vers un **délire** qui est au premier plan.

Les idées mélancoliques délirantes ont des **caractéristiques** :

- **tonalité affective pénible**

- sont **monotones**, le patient est monodéique

- sont **pauvres** ; il n'y a pas de construction, ni de raisonnement.

- le **contenu émotionnel est très important**

Le patient est passif devant ces idées, il va les accepter sans lutter = **fatalité**.

Elles vont s'étendre progressivement à tout l'entourage.

- généralement **pas d'hallucinations vraies**.

**Les thèmes** :

- **culpabilité** : c'est sa faute, il est souillé. Sentiment d'indignité. Auto-accusation.

- idée de **frustration** avec notion de **ruine**.

- idées **hypocondriaques** : son corps est bouché, ne marche plus. **Transformation et négation corporelle**.

- idées d'**influence**, de domination, de **possession**. Il peut être habité par un animal, quelque chose l'empêche de bouger.

- idées de **négation** : une idée culmine, et surtout au niveau du corps (négation du corps, de l'esprit) = **syndrome de Cotard** (personnes âgées) avec thème de damnation ou d'immortalité : est damné à vivre cet enfer éternellement dans un corps qui n'est plus.

+ Les états mixtes :

Alternance rapide entre des symptomatologies maniaques et mélancoliques.

Attention au diagnostic différentiel avec la schizophrénie dysthymique.

+ Le délire mélancolique chronique :

D'un point de vue évolutif = accès mélancoliques de plus en plus fréquents, et les idées mélancoliques se fixent même entre les accès.

Diagnostic différentiel :

+ **autres dépressions**

+ **schizophrénies dysthymiques**

+ **états démentiels** (le mélancolique ne fait pas attention à l'autre).

+ Attention également à la thématique. Chez les personnes âgées, certaines tumeurs peuvent donner l'impression d'un aspect psycho-mélancolique : il est nécessaire d'effectuer un examen clinique.

**bipolaire = alternance d'accès maniaque et mélancolique** (un accès maniaque signe une psychose bipolaire).

**unipolaire = que des accès mélancolique.**

### 3)- traitement

circonstances d'apparition :

La mélancolie apparaît souvent -en apparence- **sans élément déclenchant** ; ou sinon : lors d'un voyage, d'un évènement heureux (grossesse...), d'un deuil, de la prise de médicaments...

Il faut toujours rechercher la trace d'un **déséquilibre affectif**.

Il est également de travailler avec le patient et la famille sur l'**arbre généalogique**, car la part d'hérédité est importante. On retrouve très souvent des antécédents familiaux de suicide, PMD...

Généralement, le patient est **hospitalisé en urgence** (elle est vitale), et avec une surveillance accrue.

On le traite par **Anti-dépresseurs**, parfois administrés en intraveineuse : Anaphranil, Séroprame, Déroxate, Athymil...

Le **risque** est que l'inhibition disparaisse en premier, et non la douleur morale, pour un patient qui était figé : le risque suicidaire est très important.

Lorsque le patient **délire**, on lui administre en plus des **neuroleptiques** : Aldol, Tercian...

On effectue un **bilan pré-lithium** : le patient va être traité à vie. Plus tôt le traitement est débuté, moins il y a de risques de rechute. (Lors de l'accès maniaque, on l'administre d'emblée, lors d'un accès mélancolique, il faut aviser avec les antécédents, la famille...).

Si les antidépresseurs ne marchent pas, on peut effectuer une **sismothérapie** (une dizaine à deux jours d'intervalles). Elle marche généralement très bien, mais le patient a peu de souvenirs : il n'y a donc pas de détection de la rechute. Parfois **sismothérapie d'entretien** (une fois par mois).

La vie des patients n'est généralement pas trop atteinte en dehors des épisodes.  
Elle l'est plus si les accès sont rapprochés.



## IV)- LES ETATS DELIRANTS AIGUS

La bouffée délirante aigue (BDA) n'existe pas dans la nosologie française ; on parle de Schizophrénie aigue.

Elle est caractérisée par une éclosion soudaine du délire, et sa non-chronicité, ne s'étalant que sur quelques mois, et étant censée guérir.

### A)- DEFINITION

= Ecllosion soudaine d'un délire transitoire, polymorphe.

+ On trouve une description **proche du délire paranoïde**, avec des **thèmes** de persécution, mégalomaniaques, mystiques, de transformation... **Tous les mécanismes sont présents**, l'automatisme mental, les hallucinations, les interprétations, l'intuition, la fabulation...

La différence, est que la structure n'est pas vraiment organisée.

+ accompagné d'une **note thymique importante** (état dépressif, ou maniaque, ou mixte) : **c'est ce qui fait la différence avec le délire paranoïde**.

Peut s'ajouter parfois une **note confusionnelle** (cause organique importante à voir).

+ Il y a **adhésion au délire**.

Celle-ci entraîne des **troubles du comportements**, car le sujet agit en fonction de ce qu'il croit (suicide, claustration, agression...).

+ Le **début est brutal**, car c'est un phénomène **aigu**.

+ Cet état délirant s'accompagne de **signes physiques**, d'**insomnie** surtout. Aussi de **dénutrition**, de **déshydratation** (si agitation frénétique sans penser à se nourrir).

Is sont les témoins d'un état délirant.

### B)- FORMES CLINIQUES

On parle de **polymorphisme** ; il y a beaucoup de formes cliniques.

**a)- les formes symptomatiques**

- + **imaginatives** (fabulation)
- + **interprétatives**
- + **hallucinatoires**
- + **oniriques** (proche du syndrome confusionnel).

**b)- les formes étiologiques** (classement en fonction de l'étiologie)

- + **alcool et toxicomanie**
- + **médicaments** (dérivés de cortisone, dont un effets secondaire est la survenue de BDA et d'accès thymiques).
- + **affections cérébrales**
  - épilepsie (EEG dans 1ère BDA)
  - traumatisme crânien
  - tumeur cérébrale
  - encéphalites (inflammation de l'encéphale)
  - troubles endocriniens
- + Lors d'une **grossesse**, après un accouchement = **psychoses puerpérales**.  
Cadre des modifications hormonales dues à l'accouchement.
- \* causes = prodromes = signes : **insomnie** ; **états dépressif** courant après l'accouchement qui disparaît ensuite.
- \* symptômes = perte de conscience, **confusion** ; **labilité thymique** (inconsistance de l'humeur) ; **délire onirique**, en général autour de l'enfant.
- \* conséquences = perturbation précoce des relations mère-enfant ; risque de maltraitance, voire d'infanticide ; risque de suicide de la mère.

**C)- EVOLUTION**

Cet état va **rétrograder naturellement** en quelques mois, en quelques semaines avec des médicaments.

+ **rechutes** dans 30 à 50 % des cas.

+ **première manifestation d'une schizophrénie** dans 15 à 30 % des cas.

facteurs de bon pronostic :

+ **soudaineté de l'apparition des thèmes** (et non quelque chose qui vient peu à peu).

+ **richesse imaginative**

+ **facteurs déclenchants nets**, compréhensibles

(différence entre **BD psychogène** : forme psychiatrique pure, sans étiologie nette ; et dues à des facteurs physiologiques, épilepsie, facteurs traumatiques...).

+ **polymorphisme des thèmes**

+ **absence de personnalité sous-jacente pathologique** (schizoïde avant l'écllosion de symptômes : solitaires, introvertis, difficultés de communication...).

+ une **amélioration rapide sous traitement**.

= **plus c'est brutal dans l'apparition et la guérison, meilleur c'est.**

facteurs moins favorables :

+ apparition de **discordance** pendant la BD (évolue plus souvent vers la schizophrénie qu'une BD sans discordance).

+ **systématisation et pauvreté du délire**.

+ existence de **thèmes de transformation corporelle**.

+ **importance de la place de l'automatisme mental**.

+ **résistance au traitement**

+ une ou plusieurs **rechutes rapides**, quelques semaines ou quelques mois après l'arrêt du traitement.

## D)- TRAITEMENT

Tableau qui est <b>brutal, impressionnant</b> , avec <b>troubles du comportement et adhésion au délire</b> .
--

Ce tableau est dangereux, donc à considérer comme **urgence psy**, d'où un traitement qui ne se conçoit qu'à **l'hôpital**.

+ **hospitalisation**

Nécessité d'un geste thérapeutique rapide, mais avec le problème du manque de coopération des patients, qui refusent en général l'hospitalisation. On utilise parfois l'HO ou l'HDT.

On administre un **traitement sédatif** si il y a une trop grande agitation, avec en plus des **neuroleptiques** destinés à agir sur l'anxiété, l'agitation, le délire.

**+ traitement neuroleptiques que dans les BDA d'origine psychogènes :**

- phase aiguë dans les 3 premières semaines, avec un traitement à doses fortes, sédatives pour calmer et enrayer le délire (peut se faire par injection si refus de soins).

- quand accalmie : forme orale pendant un traitement de 6 mois environ, et quand il y a une amélioration, sortie de l'hôpital.

- après 6 mois, et pendant 12 à 18 mois, traitement encore, mais à plus petites doses, avec donc moins d'effets secondaires, afin d'éviter les rechutes.

- la persistance d'idées délirantes nécessite de maintenir les doses importantes. Si échec = sismothérapie.

## E)- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

+ tous les états aigus, comme les **états thymiques aigus** (manie, mélancolie).

**Comment différencier un état maniaque d'une BD** : il faut vérifier la correspondance entre l'humeur et les thèmes délirants. Si les thèmes n'ont aucun rapport avec l'humeur = BDA ; si congruence = manie.

+ les confusions mentales (origine organique ou psychogène ? ). Les **examens cliniques** diront s'il y a altération du fonctionnement physiologique.

+ entrée en schizophrénie : c'est la question que l'on se pose devant toute bouffée délirante aiguë psychogène. Les facteurs de pronostic de maladies chroniques permettent de différencier les deux.

L'élément principal en faveur d'une schizophrénie est : la discordance. (En cas de doutes, on peut proposer des tests projectifs à distance de l'état aigu qui rassurent ou non sur la structure du patient. Si les tests sont douteux, ce qui fera la différence, c'est l'évolution à plus ou moins long terme).



## V)- LES SYMPTOMES NEVROTIQUES

### A)- GENERALITES SUR LES NEVROSES

C'est la Psychanalyse qui introduit la notion de Névrose : elle parle du **conflit entre les différentes instances psychiques et la réalité.**

La **2ème topique** :

\* Le CA est le siège des pulsions.

\* Le MOI se charge de l'affrontement à la réalité ; il est un compromis entre les deux instances.

\* Le SURMOI est le siège des interdits parentaux.

Si le **compromis** est très efficace, on parle de "névrotiques normaux" ; si il ne l'est pas assez de **névroses pathologiques.**

Contrairement au psychotique, le névrosé **conserve un sens critique par rapport à la réalité** ; il ressent lui-même comme absurdes ses symptômes ; il se sent impliqué dedans.

1)- sont des **troubles mentaux mineurs**, sans troubles graves du comportement, sans désadaptation. Ces troubles sont rarement ressentis comme pathologiques par l'environnement, ni comme gênants par le sujet.

2)- Il y a conservation de la notion de caractère pathologique des troubles par le sujet (même si pas forcément d'un point de vue psychique, il sait que le problème vient de lui).

Le Ca exprime des pulsions, ou énergie libidinale ; le conflit avec le Surmoi est refoulé.

Le refoulement :

C'est un mécanisme de défense primordial où il y a attachement à des modes de fixation anciens et tellement importants pour le sujet : tendance naturelle à revenir à ces modes anciens (oral, anal...).

Ce mécanisme n'est pas très efficace : les pulsions sont réactivées par la réalité ou les fantasmes : développement de mécanismes de défense secondaires.

La régression :

C'est une tendance à revenir à un mode de fonctionnement antérieur, plus ou moins ancien selon la stade de fixation.

Le déplacement :

L'énergie libidinale est séparée de la pulsion d'origine, déplacé sur une autre représentation.

C'est plutôt un mécanisme physique, comme dans la conversion hystérique.

Les formations réactionnelles :

Attitude systématique d'adoption d'une attitude opposé au désir refoulé.

Isolation :

Détachement d'une pensée ou d'une action de son contexte affectif, du temps ou de l'espace de vitalisation de la pulsion.

C'est plutôt un mécanisme mental, comme dans le rituel obsessionnel.

Le projection :

Localisation à l'extérieur d'un conflit intérieur.

L'introjection :

C'est le passage fantasmatique d'un objet ou d'une partie de l'objet à l'intérieur du sujet.

La sublimation :

Utilisation de l'énergie libidinale de la pulsion à la création d'une activité sociale.

**La classification dépend du niveau de fixation**

\* **les névroses traumatiques** : rupture avec un traumatisme immédiat, d'actualité.

\* **Les psychonévroses** : issues de traumatismes infantiles.

**B)- LA NEVROSE D'ANGOISSE**

Les états anxieux se composent :

- de troubles chroniques avec une anxiété généralisé.
- de crises d'angoisses aiguës et à répétition (= attaque de panique) ; avec rythme et fréquence particulier (= trouble panique).

**1- fond permanent d'anxiété**

Il s'exprime sur le plan psychique et sur le plan physique.

Le plan psychique : attente permanente d'un danger, mais qui est non défini.

+ **vision péjorative** de la vie

+ **désarroi**, vécu de **crainte** et de **dévalorisation** (différent de la dépression: on ne retrouve pas la tristesse qu'il y a dans la dépression).

Le plan physique :

+ **troubles sexuels** de tous ordres

+ **asthénie** (épuisement énergétique + manque de motivation).

+ **troubles fonctionnelles** (de la fonction d'un organe, mais non de sa nature), de la fonction digestive, cardiaque (palpitation..., mais avec un coeur normal...)

## **2- crises aiguës d'angoisse ou attaques de panique**

Au niveau physiologique, perturbation des repères = syndrome confusionnel ; mais pas d'altération de la conscience.

Le plus fréquent est le **sentiment de mort imminente**, d'effroi ; le sentiment qu'il va arriver éminemment une catastrophe extérieure à la personne.

sur le plan physique :

+ palpitations intenses

+ précordialgies (douleurs dans la région du coeur)

+ tachycardie

+ lipothymie (tendance à l'évanouissement)

+ nausées, vomissements

+ douleurs abdominales

+ diarrhée

+ pâleur, transpiration, bouche sèche

+ pupilles en mydriases (dilatées)

+ augmentation de la tension artérielle

L'anxiété n'est pas forcément un phénomène pathologique (permet d'augmenter la concentration...). Le problème est celui de la série qui va paralyser, faire perdre tous ses moyens.



**fond d'anxiété permanent + crises aiguës plus ou moins fréquentes**

Ces troubles peuvent se structurer :

- + dans un **trouble panique**
- + dans un **registre névrotique classique**
- + sur un **mode psychosomatique**, sans mentalisation et sans fantasmatisation : déplacement sur un organe. Echec de la mentalisation et de la structuration en une névrose classique. (Ce n'est plus la fonction, mais l'organe qui est touché).
- + dans une **dépression** (pas vraiment la structuration, mais les conséquences).

**différencier dans l'implication du corps :**

- les **troubles fonctionnels** : tout fonctionne, mais trouble de la fonction (digestives, sexuel...)
- les **troubles hystériques** : trouble de la fonction fantasmatique.
- les **troubles psycho-somatiques** : déplacement sur le corps d'un conflit intrapsychique mal géré, véritable lésion organique (asthme, ulcère...)

### **3- le trouble panique**

Il est **défini par la fréquence des crises d'angoisses aiguës dans un certain laps de temps.**

Il est mis en exergue, censée être prévu par des **anti-dépresseurs**. (Sur le moment d'une attaque, on traite par des anxiolytiques).

(L'anxiété est la manifestation d'un certain déséquilibre psychique ; par rapport à l'angoisse : question de seuil, l'angoisse est plus forte).

Une des alternatives de structuration de la névrose d'angoisse (de base, non structurée) est la **névrose phobique**.

## **C)- LA NEVROSE PHOBIQUE**

**La Névrose-maladie est l'association d'une personnalité + de symptômes** (une personnalité seule n'est pas considérée comme pathologique ; les symptômes seuls peuvent être autres : défenses...).

### **1- la personnalité phobique**

- + sont des **anxieux**  
(possèdent des traits de personnalité hystérique)
- + **immaturité, suggestibilité**
- + avidité pour les gratifications
- + **état d'alerte** vis à vis de soi et de l'extérieur, avec **parti pris de fuite passive** (inhibition), ou **active** (fuite paradoxale dans des comportements contra-phobiques et des conduites d'évitement).

### **2- Les symptômes = phobies**

#### La phobie :

C'est la **crainte angoissante d'un objet ou d'une situation qui n'ont pas par eux mêmes de caractère angoissant**. Cette crainte **apparaît avec l'objet, et disparaît avec lui** (confrontation avec l'objet, pas de mécanismes idéatifs comme dans la névrose obsessionnelle).

= **elle est associée à un stimulus ou facteur déclanchant spécifique et localisable**.

La réaction du phobique à son objet phobogène est une **crise anxieuse** (ou une attaque de panique).

#### les phobies de situation :

- + **Moyens de transports,**
- + **phobies sociales**
- + **agoraphobie** : peur des espaces vides ; par extension, peur des foules. (la peur du métro : claustrophobie ou peur de la foule)

#### les phobies d'impulsion

C'est la **peur de faire quelque chose**, qui est plus mentalisée (elles rejoignent plutôt le registre obsessionnel).

#### les phobies limites

Elles se voient plutôt dans d'**autres pathologies**, ou font craindre une autre pathologie. Elles peuvent être délirantes ou non.

- + **érotophobie** : peur de rougir
- + **nosophobie** : peur des maladies
- + peur de la saleté, microbes... (obs)
- + **animaux** (chez les enfants)

Les phobies peuvent se compliquer, se multiplier.

**pantophobie** : phobie de presque tout.

### 3- les mécanismes comportementaux

Ils vont se mettre en place par rapport à un **parti de fuite**. = **conduites contra-phobiques**.

- + **évitement** (plus ou moins facile selon la phobie)
- + **réassurance**, avec des objets contra-phobiques (une personne, une boîte d'anxiolytiques...)
- + **conduites ritualisées** (cf obs)

### 4- les symptômes en plus

- + **asthénie psychique** sûrement liée à l'anxiété (difficulté à penser...)
- + **troubles sexuels** : inhibition...

personnalité inhibé, parti pris de fuite + troubles anxieux  
Possible décompensation sur un mode dépressif (sont trop usés)  
mode de vie supra-restreint.

### 5- les formes cliniques

Selon le **nombre** de phobies.

- + **monosymptomatique** : une phobie
- + **plurisymptomatique** : jusqu'à pantophobie

Selon l'**intensité** :

- + **forme mineure**, à la frontière du pathologique
- + **forme grave**, invalidante : nombre et nature des phobies + complications qui vont avec.

## 6- l'évolution

- + **Alternance** d'aggravation et de rémission
- + **formes chroniques** sans rémission
- + **formes compliquées** par décompensation dépressive (TS...)

## 7- prise en charge et traitement

- + traitement de la crise d'angoisse : **anxiolytiques**
- + **traitement psychothérapeutique** :
  - \* cognitivo-comportementale avec désensibilisation et exposition progressive
  - \* psychanalytique avec recherche de l'étiologie et de la signification symbolique

## E)- L'HYSTERIE

C'est une névrose qui se caractérise par **l'expression de conflits intrapsychiques sous forme de symptômes corporels.**

Au 19ème, CHARCOT considère que ce n'est pas une lésion organique, mais dynamique, sans atteinte neurologique.

FREUD parle de force interne ; il met en avant l'inconscient comme force de suggestion ; il découvre le refoulement où une idée intolérable est maintenue hors du champ de la conscience.

Névrose hystérique comme impossibilité de liquider le complexe d'oedipe et d'éviter la castration.

### 1- la personnalité hystérique

#### personnalité histrionique

- + sujet à la **recherche de l'éloge** et de l'approbation des autres
- + comportement **séducteur**
- + **érotisation des rapports** avec souci excessif de plaire
- + labilité émotionnelle avec hyper-excessivité des émotions
- + **théâtralisation**, histrionisme.

#### personnalité égocentrique

- + intolérance à la frustration
- + très **suggestible**

+ **mythomanie** : falsification de la réalité pour complaisance à l'imaginaire

personnalité passive-dépendante

- + prise de décision par rapport à la décision d'un tiers
- + difficulté à faire des choses seules
- + capacité de faire des choses dévalorisantes, par besoin de se faire aimer
- + fait tout pour éviter la solitude
- + plus grande sensibilité à la critique / crainte d'être abandonnée

## 2- les accidents de conversion.

Ils apparaissent autour de **25 ans**.

Ils ont en commun d'être **inconscients** (faire la différence avec le simulateur) ; ils sont **non-spécifiques** à la névrose hystérique (aussi dans les névroses traumatiques).

Il y a **surinvestissement des zones libidinales**, des zones corporelles liées à la sexualité infantile.

**Symptôme = incarnation du fantasme.**

Ils ne respectent pas les points de l'anatomie, mais l'**idée que le sujet se fait de l'anatomie** ; ils sont **variables** dans leur intensité et dans leur localisation. La fréquence et le type de symptômes varient en fonction du pays, de l'époque, de l'âge...

Dans le choix du symptôme intervient parfois une **identification** à un parent ou rival considéré comme heureux ; ou un état personnel antérieur...

Les patients affichent souvent "la **belle indifférence**", ne sont pas gênés par le symptôme.

Permettent d'avoir des **bénéfices** :

- + **primaires** : diminution de l'anxiété créée par le conflit inconscient, voire l'annule totalement.
- + **secondaires** : effet que cela a sur l'entourage qui va devenir l'esclave de ce malade.

atteintes de la motricité :

(les attaques motrices siègent plus souvent à gauche qu'à droite).

- + **paralysies**
- + **contractures**

+ **astisie-abasie** : impossibilité de se tenir debout et de marcher

les atteintes sensitives :

+ **hypo/hyperesthésie**, voire **anesthésies** (en "botte" par ex)

+ **algies** fréquentes, rebelles, pouvant mener à une impotence fonctionnelle totale.

les atteintes sensorielles :

+ perte du goût

+ **surdité** après un choc émotionnel

+ **atteintes de la phonation** : aphonie/ dysphonie / mugissements, aboiements

les atteintes neurovégétatives :

+ **spasmes** de muscles et sphincters (boule oesophagienne, vomissements, toux nerveuse)

+ **vaginisme** : douleurs lors de rapports sexuels

+ **tympanisme abdominal** : ventre qui grossit, mais vide = **grossesse nerveuse**.

les troubles paroxystiques :

Convulsions, perte de connaissance, mais aussi phase de contorsion clownesque. Aussi mimes de scènes de transes érotiques ou de violence.

Aussi d'autres crises moins spectaculaires, mais qui ont aussi une valeur hystérique : crises de spasmophilie, syncopes, tics, tétanie, tremblements.

= **Dans le symptôme conversif, de façon inconsciente, l'hystérique séduit et récuse à la fois la médecine, à la manière d'une manipulation.**

### 3- les symptômes d'expression psychique

les troubles de la mémoire :

+ amnésies infantile

**amnésies psychogène** : oublie un pan de leur histoire

+ illusion de la mémoire

**fabulation**

inhibition intellectuelle :

+ associée à **céphalées** et **anorexie**

+ tout ce qui fait appel à un travail psychique : **angoisse et paralysie de la pensée** (aux tests : QI normal = **pseudo-débilité névrotique**).

troubles de la vigilance

- + **attaques de sommeil**
- + états **somnambuliques**
- + états **seconds**
- + états de **trances**
- + états **crépusculaires**, allant jusqu'à une impression de dépersonnalisation, une sensation d'étrangeté).

**4- pronostic et évolution**

+ réaction hystérique à un accident isolé

manifestation assez spectaculaire

bon pronostic

(si beaucoup de bénéfices secondaires, peuvent garder les symptômes)

+ névrose

- signe déjà avant 25 ans

- dysphagie, troubles alimentaires, boule oesophagienne (ne peuvent pas avaler)

- troubles sexuels constants (femme = frigidité, douleur, répugnance / homme = éjaculation précoce, impuissance...)

- anxiété et fatigue plus ou moins permanente

**la névrose dépend de la personne**

**du bénéfice primaire**

**du bénéfice secondaire**

(sans raison d'être, les symptômes ont tendance à s'atténuer)

+ psychose hystérique

impression d'une personne **délirante**, avec moments de **dépersonnalisation**. = pas de simulation.

**5- diagnostic différentiel**

- + Il faut toujours **éliminer une cause organique**, sans aller trop loin.
- + **névrose post-traumatique**
- + **névrose d'angoisse**
- + **simulation**

## 6- traitement

- + **cure analytique**, ou psychothérapie d'inspiration analytique
- + quand **hospitalisation : isolement** pour faire disparaître les symptômes.

Pb d'une grande désinsertion sociale, et d'un isolement par rapport à l'entourage qui n'en peut plus.

## VII)- TROUBLES DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

### 1)- L'ANOREXIE MENTALE

Def = **conduite de restriction alimentaire**, c'est à dire une lutte contre la faim dont la persistance et la sévérité contrastent avec l'**absence de troubles psychiatriques majeurs**.

1 à 2% chez les 12-19 ans ; 1 homme / 9 femmes ; taux de mortalité entre 5 et 6%.

#### a)- le diagnostic positif

+ la triade symptomatique :

Anorexie / Amaigrissement / Aménorrhées

- **Anorexie** = refus volontaire de toute alimentation, refus qui est dénié ou rationalisé.
- **Amaigrissement** = il est important, rapide, de 10 à 15 % du poids normal. Il est secondaire à la conduite anorexique, peut-être accéléré par des prises de médicaments diurétiques ou laxatifs. L'amaigrissement est également dénié ou rationalisé.
- **Aménorrhée** = coïncide ou suit la restriction alimentaire.

+ Les signes du conflit mental :



- la **conduite active de restriction alimentaire**, qui est généralement déniée, rationalisée voire dissimulée, se traduit par une **restriction tant qualitative que quantitative**, et peut aussi être contrôlée par des **vomissements post-prandiaux** (après les repas), et accélérée par la **prise de médicaments**. Les conflits et manipulations familiales tournent autour de cette conduite des repas ritualisés.
- **dysmorphophobie** : trouble de l'image du corps. la patiente a toujours peur de grossir, elle exerce un contrôle permanent par des pesées et prises de mensurations régulières.
- **anosognosie** : déni du trouble, indifférence face à sa maigreur.
- **hyperactivité et surinvestissement moteur** : fait beaucoup de sport, se dépense énormément, ce qui leur permet de contrôler à la fois leur poids et leurs prises alimentaires. Elles ne se sentent pas fatiguées du tout, ce qui peut amener jusqu'à un état d'épuisement et entraîner la mort.
- **surinvestissement intellectuel**
- **affectivité bloquée** avec une vie sentimentale et sexuelle absente.

+ les signes somatiques d'un état carenciel :

- **fonte musculaire**, effacement des formes
- **oedèmes de carence** (au niveau des jambes).
- **atteintes des phanères** : ongles, cheveux
- **troubles circulatoires des extrémités** : pieds et mains froids et rouges.
- **troubles cardiaques** : hypotension et bradycardie

(à l'hôpital, il faut évaluer le pronostic vital avec un bilan somatique. Il est difficile de les faire hospitaliser : elles sont refusées par les urgences médicales, elles sont manipulatrices et refusent tout traitement = elles peuvent se retrouver en réanimation).

Chez le garçon, mauvais pronostic, il faut rechercher des signes d'un état psychotique.

## **b)- les formes cliniques**

+ anorexie simple

Vers 15-19 ans

+ anorexie avec épisodes boulimiques

Dans 50 % des cas les anorexiques font au moins un épisode boulimique. De plus mauvais pronostic que l'anorexie simple.

+ anorexie réactionnelle :

Elle est secondaire à un deuil ou à un traumatisme, et correspond à un équivalent dépressif. Il y a moins de déni au niveau du conflit mental, et avec une symptomatologie dépressive.

+ anorexie chez le garçon :

Il faut rechercher une schizophrénie ou un état psychotique

+ formes pré-pubertaires :

Elles sont plus graves encore, et retentissent sur la croissance.

+ formes tardives :

Après 20 ans, et avec un risque de chronicisation.

### c)- le diagnostic différentiel

+ éliminer une cause organique (cancer...)

+ éliminer une dépression

(les thématiques sont différentes, la restriction alimentaire est passive dans la dépression : le sujet n'a juste plus faim).

+ éliminer une origine psychotique

(délire d'empoisonnement ou négativisme chez schizophrène).

+ éliminer un trouble névrotique.

### d)- psychopathologie

Grande **dépendance vis à vis de la mère**, avec un amour propre souvent en miroir du plaisir narcissique que lui procure la mère.

Relation au père très particulière : rejet ou fusion

Souvent **parentification** des enfants qui doivent régler les conflits des parents.

Le pronostic est vital, avec un risque de décès et seulement 50 % de guérison. Il y a un risque de chronicisation.

Le traitement : réanimation, puis service de psychiatrie où différents méthodes sont utilisées : gavage par sonde, souvent un contrat d'hospitalisation où en fonction de l'évolution de son poids, le patient pourra faire certaines choses (moyen de les

rendre actifs dans leur prise en charge). Prise en charge ambulatoire quand le pronostic vital n'est pas en jeu.

## 2)- LA BOULIMIE

Touche 2 % de la population féminine ( avec une incidence qui augmente), et 8 % des adolescents.

L'âge moyen est de 19ans.

65 % ont un poids normal, dont 41 % à cause de vomissements.

### a)- le diagnostic positif

+ accès boulimique :

Il peut être secondaire à un trauma ou à un évènement marquant souvent une séparation ou une carence.

Il comprend trois phases :

- **prodromique** (signes précurseurs) : état d'excitation, sensation envahissante et oppressante de faim et d'angoisse.
- **accès** : surconsommation alimentaire qui est incontrôlable, impérieuse, de survenue brutale, riche en calorie (entre 2000 et 3500). Elle se fait en cachette, de façon rapide, avec un certain plaisir durant l'accès.
- **fin** : quand il n'y a plus rien à manger / étouffent / évènement extérieur. Il y a parfois dépersonnalisation. Il y a un soulagement transitoire, puis un malaise profond tant psychique que physique (thématique de la honte, du remords, de la culpabilité, autodépréciation, mépris de soi-même). Arrêt du malaise par alcoolisation, endormissement ou vomissement.

+ les conduites boulimiques :

= en dehors des crises, nombreuses préoccupations concernant l'alimentation :

- lutte pour ne pas manger
- peur du manque
- conduites d'évitement

- rêves avec nourriture
- souvent formation dans les métiers de l'alimentation
- obsession des régimes
- utilisation de médicaments
- peut être accompagné par d'autres conduites impulsives (achats...), toujours par accès.

## **b)-diagnostic différentiel**

### + atteintes somatiques

(certaines tumeurs, états démentiels, épilepsie, atteintes endocriniennes...)

### + pathologie psychiatrique prépondérante :

- accès maniaque,
- accès dépressif
- schizophrénie
- équivalent névrotique.

### + autre troubles des conduites alimentaires :

- grignotage sans culpabilité
- hyperphagie où il n'y a pas de caractère impérieux et irrépressible.

## **c)- évolution et pronostic**

30 % des boulimiques le restent ; il y a souvent une personnalité dépressive sous jacente.

### évolution avec :

- troubles menstruels
- hypertrophie des parotides
- troubles ioniques
- atteintes du rythme cardiaque
- atteintes dentaires
- ulcérations

et sur le plan psychiatrique : risque de conduites suicidaires, toxicomaniaques ou d'épisodes dépressifs.

## **d)- traitement**

Pas d'hospitalisation, mais psychothérapie analytique ou cognitivo-comportementaliste.

+ anti-dépresseurs.

### **e)- psychopathologie**

On retrouve un **auto-sabotage** avec une position masochiste prédominante.

Les conduites boulimiques permettent de **court-circuiter la pensée**, il n'y a plus d'émotions, mais seulement des sensations.

Grande **faillite narcissique**, **relation fusionnelle avec la mère** pendant l'enfance.

## VIII)- LA PSYCHOPATHIE

Existence dans la classification qui est discutée. Il n'y a pas vraiment de définition théorique, mais c'est un tableau qu'on rencontre surtout dans des situations de crises (**décharge émotionnelle + agitation violente**), qui sont alors très **réactionnelles** à un fait ou à un environnement (déception, rupture sentimentale, simple bousculade). La crise est très **sensible à l'entourage**, qui peut agir en catalyseur, calmer le jeu.

Aussi des situations de retrait passif. Le psychopathe peut se retrouver dans des situations psychiatriques plus franches (**complications psychiatriques**, syndrome dépressif...).

Présentation d'ordre marginale.

+ instabilité des investissements : pas de possibilité de s'installer dans une trajectoire, un effort, un projet.

+ instabilité thymique : hyperactivité, et surtout de la dépression

+ niveau intellectuel moyen

+ peu ou pas de culpabilité, fausseté du jugement (report de la culpabilité sur autrui, mais qui est non délirante, à la différence du paranoïaque) = il s'agit d'une **réaction instantanée**, et non pas d'un vécu peut-être persécutif structuré.

<p><b>instabilité</b> <b>impulsivité</b> <b>intoxication</b></p>
--

### a- Biographie :

+ Les problèmes commencent dès l'enfance et le début de l'adolescence = problème scolaire et de discipline.

+ évolution émaillée de complications psychiatriques

+ s'arrête progressivement vers 40 ans.

A l'âge adulte, certains rencontrent un milieu où ils s'épanouissent

- soit parce que très cadrant et remplaçant ainsi l'absence de limites personnelles.
- soit parce qu'il réclame peu d'investissement sur la durée, ou une prise de risque qui est immédiate.

## **b- Les complications psychiatriques**

- + thymiques : états dépressifs, souvent à caractère réactionnel, fréquentes TS qui sont souvent impulsives, et non liées à une dépression de fond.
- + Bouffée délirante qui peut être spontanée ou secondaire à la prise de toxiques.
- + à un niveau chronique : alcoolisme, toxicomanie, délires plus structurés.

## **c- diagnostic différentiel**

(pas de profil fixe, central, en frontière un peu avec tout).

+ la perversion : on relève souvent des comportements délictueux proches de la psychopathie. Mais le pervers va accomplir un acte préparé, détaillé, qui contraste avec l'impulsivité du psychopathe.

+ les états limites : caractère changeant, biographie un peu semblable par l'instabilité, la possibilité de BD... La différence se situe au niveau de l'anxiété : elle est chronique chez les états limites et labile chez le psychopathe. De plus les états limites ont souvent une symptomatologie névrotique franche et intriquée ; alors que celle-ci est souvent absente dans la psychopathie. Chez les états limites, on retrouve souvent une personnalité pré-psychotique.

+ la schizophrénie : cf héboïdophrénie où l'on relève des difficultés sociales, des personnalités très explosives. La différence avec le psychopathe se porte dans la froideur, la discordance, l'absence de motivation des actes réalisés, le caractère non réactif des passages à l'acte qui sont alors inexplicables.

## **d- traitement**

Le traitement est très difficile, les hôpitaux psychiatriques peu performants.

Le mieux est un traitement qui sera plus **social** (milieu de survie spontanée ou institutions cadrantes ; risque est que ça passe ou ça casse) que médical (thérapie difficile à mettre en place vu du fait des difficultés d'investissements).

Sur le plan médical, on soigne les complications aiguës ; les hospitalisations sont brèves.

### **e- étiopathogénie**

+ plan génétique : rien, il n'y a aucune transmission par la gène.

+ nombreux antécédents familiaux : appartenance à une famille elle-même déjà marginalisée, ou placement nourricier. Nombreuses familles dissociées, recomposées.

+ plus nombreux en milieu urbain, défavorisé.

+ plan psychodynamique :

- grande ambiguïté et ambivalence des parents par rapport au caractère délictueux de leur enfant (difficulté de poser ainsi des limites à un enfant)

- père absent, physiquement ou psychologiquement : pas de loi qui est posée.

- mère très instable, angoissante parce qu'alternant entre une attitude fusionnelle et des abandons et rejets multiples qui placent l'enfant en situation de pré-abandonnisme.

= reproduction dans la biographie de ces ruptures multiples avec la mère : difficulté de développer avec assurance un sentiment au long cours.

(attention à l'amalgame : crimes / délinquance / psychopathie).

## **IX)- TABLEAUX CONFUSIONNELS**

= atteinte des capacités d'éveil, de pensée et d'attention

C'est une urgence médicale. Le pronostic dépend de la gravité, de la cause étiologique, de la rapidité du traitement.



## 1)- Les signes cliniques

### + Le début :

- Il est soit **brutal**, soit **progressif** (sur quelques jours)
- Apparaît généralement sur quelqu'un qui a déjà une atteinte (alcoolique, personne âgée...), ou de façon inaugurale.
- Dès le début, il y a **aggravation nyctémérale**.

### + les signes précurseurs :

- **céphalées** intenses
- **insomnie** avec agitation et cauchemars
- **Anorexie**
- grande **fluctuation de l'humeur** : irritabilité / surexcitation / dépression
- **idées délirantes** a minima qui sont possibles, avec des moments de lucidité.
- état de **perplexité anxieuse**.

### + La phase d'état :

#### - **la présentation est typique** :

- \* regard flou
- \* égarement hébètement
- \* présentation souvent incurique (sale)
- \* perplexité anxieuse
- \* absence de contact, pas d'échange

#### - **le comportement est** :

- \* incohérent
- \* varie entre agitation et stupeur

#### - **les signes psychiques**

\* confusion intellectuelle (va de la simple omnibulation au coma). Se traduit par des troubles de la concentration, des troubles du jugement, et des troubles de l'attention.

\* désorientation temporelle et secondairement spatiale

\* troubles mnésiques avec atteinte des faits récents, et parfois des faits anciens.

\* fausse reconnaissance et fabulation pour cacher les troubles mnésiques

\* onirisme : état de rêve pathologique surtout caractérisé par des hallucinations visuelles (souvent caractéristiques) qui sont souvent des visions pénibles et terrifiantes. Il peut y avoir également des hallucinations auditives. On

retrouve cet onirisme dans les formes agitées de confusion, comme dans le Délirium Tremens.

\* le délire est non systématisé ; il y a adhésion totale au délire, avec parfois quelques moments, de plus en plus rares, de lucidité.

\* il peut y avoir des troubles du comportement avec agressivité.

\* variation dans la journée avec aggravation le soir.

\* état physique assez altéré

\* graves troubles du sommeil, type insomnie.

## 2)- diagnostic différentiel

+ syndrome démentiel où l'évolution est très lente et insidieuse. De plus le confus témoigne de perplexité anxieuse, alors que le dément est indifférent à son trouble.

+ mélancolie stuporeuse où l'on note un faciès douloureux, une grande tristesse qu'il n'y a pas chez le confus.

+ épisode d'agitation maniaque

+ état catatonique

+ BDA qui se retrouve surtout chez le sujet jeune, où les hallucinations visuelles sont rares, avec des thèmes qui sont variés mais pas forcément terrifiants.

## 3)- les causes étiologiques

+ intoxication alcoolique essentiellement.

Soit en état d'ivresse, soit en période de sevrage avec **DT**

les phases cliniques du Délirium tremens :

- **phase de pré-DT** (apparaît après 12 à 48 heures de sevrage) : avec tremblements des extrémités et de la bouche (qui s'arrêtent avec la prise d'alcool), sueurs, troubles du sommeil, anorexie.

- **phase de DT** : état confusionnel + tremblements généralisés.

Peut évoluer rapidement (en 2 à 5 jours), avec un décès dans 5 % des cas, ou un trouble greffé (infection...)

L'alcool peut également déclencher l'**encéphalopathie de Gaye-Wernicke** (carence en vitamine B).

+ intoxication médicamenteuse :

Surdosage de traitements cardiaques, contre mycoses...

Dans le cas de prise de drogues, on relève une symptomatologie confusionnelle agitée avec la prise de cocaïne, d'amphétamine et d'hallucinatoires ; et une forme stuporeuse lors de prise d'haschich ou d'opiacés.

+ causes organiques :

VIH, infection, troubles endocriniens, troubles neurologiques (AVC, tumeurs cérébrales)...

+ causes psychiatriques :

(il faut toujours éliminer une cause organique avant)

- la **BDA** peut entraîner un tableau confusionnel
- à la suite d'une émotion vive ou d'un choc (deuil brutal, guerre...)
- **psychose du post-partum**
- **manie confuse**
- **décompensation aiguës schizophréniques**

#### 4)- évolution et pronostic

L'évolution est généralement **favorable** ; avec après une amnésie partielle de cet épisode.

Il y a un risque de **rechute**. Plus rarement peut se maintenir un délire post-onirique avec cristallisation sur ce qui s'est passé pendant le syndrome confusionnel. Possibles **décès** en cas d'absence de traitement ou lors d'un geste auto-agressif.

C'est une **urgence médicale** : la cause est à traiter.

### X)- L'ALCOOLISME

#### 1)- définition

FOUQUET = perte de la liberté de s'abstenir d'alcool.

OMS = les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool conduit à une consommation entraînant des troubles mentaux et / ou physiques et affectant le comportement, les relations sociales et familiales et le statut économique du sujet.

DAVIS = ingestion intermittente ou permanente d'alcool conduisant à la dépendance ou entraînant des effets néfastes.

A l'heure actuelle, on tient compte de:

+ **l'alcoolodépendance** (troubles du comportement)

+ **l'alcoolopathie** (troubles somatiques).

le syndrome de dépendance à l'alcool :

+ **altération du comportement vis à vis de l'alcool** (consommation qui est non conforme aux habitudes du milieu, et qui continue malgré la connaissance des effets nocifs).

+ **altération de l'état subjectif** : impossibilité à maîtriser sa consommation, avec un désir obsédant de boire.

+ **altération de l'état psycho-biologique** : symptômes de sevrage, accoutumance avec augmentation de la tolérance à l'alcool, nécessité de reprendre de l'alcool pour faire disparaître les symptômes de sevrage.

L'abus d'alcool :

Nocivité sur le plan social, professionnel, psychologique ou physique.

## 2)- notions d'épidémiologie

+ Les facteurs étiologiques et physiopathologiques

1 femme / 6 hommes. (mais chez les femmes, les atteintes somatiques se font plus rapidement).

L'alcoolémie est inversement proportionnelle au poids et à la taille ; un coma hypoglycémique est plus fréquent chez un sujet jeune.

Le risque d'alcoolisme chronique augmente si la consommation débute précocement.

**appétence** = besoin irrépressible de boire

**tolérance** = propriété que possède l'organisme d'un individu de supporter l'ingestion d'alcool sans qu'il y ait apparition des symptômes pathologiques de l'ivresse.

**dépendance** = besoin physique de boire, sans lequel le syndrome de sevrage apparaîtrait.

+ les facteurs socioculturels :

La consommation dépend de la culture, de la religion, du milieu du travail et du milieu familial dans lesquels on se trouve.

+ les facteurs psychologiques :

Il n'y a pas de personnalité alcoolique, mais on peut relever les traits (non-spécifiques) de l'alcoolique chronique.

- \* **intolérance aux frustrations**
  - \* **passivité**
  - \* **égoïsme**
  - \* **irritabilité**
  - \* **accès de colère et de violence**
  - \* **dépendance**
  - \* **suggestibilité**
  - \* **labilité émotionnelle**
  - \* **immaturité affective**
- 3)- les types d'alcoolisme**

+ alcoolisme d'entraînement :

La dépendance est secondaire à la prise d'alcool

+ alcoolisme de compensation :

L'alcoolisation est secondaire à la structure névrotique de la personnalité (le sujet consomme pour les vertus anxiolytiques et euphorisantes de l'alcool)

+ alcoolisme secondaire, symptôme d'une affection psychiatrique :

Dans les dépressions, les psychoses, les syndromes anxio-phobiques, la psychopathie.

#### **4)- plan psychodynamique**

Grande prévalence de l'**oralité** + dimension **auto-agressive** (masochisme).

Phénomène de la **répétition**.

**Déni de l'alcoolisme** qui est quasi-constant et qui signe le diagnostic.

### **5)- Classification (FOUQUET)**

+ alcoolites :

Elles recouvrent les alcoolisations primaires d'entraînement.

Au départ, le sujet boit par intermittence, puis une **dépendance progressive** s'installe.

Une dépression peut s'installer avec la prise de conscience de l'alcoolisme. Le sujet peut s'arrêter après un accident somatique.

+ alcoolooses :

La consommation est plus irrégulière, mais la **dépendance est totale**. La consommation est **paroxystique** et entraîne des complications sur le plan familial, social, professionnel, TS...

+ Somalcoolooses :

L'alcoolisation est très **brève, mais intense**, le sujet utilise n'importe quel forme d'alcool. Surtout chez la femme.

## *Les manifestations psycho-pathologiques*

### **Les psychoses**

*critères de différenciation*

**PSYCHOSE MANIACO-  
DÉPRESSIVE OU  
BIPOLAIRE**

**SCHIZOPHRÉNIE**

**DÉLIRES  
PARANOIAQUES**

***SYMPTOMES***

MANIE :  
- agitation, excitation permanente  
- n'arrête pas de parler, sans cesse en mouvement  
- insomnies sans fatigue  
- agitation stérile, euphorie  
- délire de toute puissance, mégalomanie  
- délits  
- se tuent dans des délires fous.

MÉLANCOLIE :  
- ralentissement moteur, intellectuel, inhibition motrice  
- douleur morale  
- culpabilité délirante (+ ruine ou incurabilité)  
- allure mégalomane  
- suicide voire suicide altruiste

- hallucinations auditives de formes élémentaires, visuelles, gustatives... = coenesthésiques  
- hallucinations négatives  
- il y croit et se rend compte que c'est bizarre  
- démarre par une bouffée délirante primaire à l'adolescence  
- dissociation/ discordance du discours et de l'émotion  
- syndrome d'influence (téléguidé commandé à distance)  
- syndrome d'automatisme

- délires chroniques, systématisés (cohérents, organisés, pseudo-logiques)  
- pouvoir de conviction sur l'autre  
- en secteurs, sinon personne normale.  
méfiance  
- forme la plus typique : délire de persécution : le sujet est persuadé qu'un groupe d'individus lui veulent du mal, sa mort. devient un individu particulier, le "persécuteur désigné". risques de passages à l'acte.  
- délire de revendication : convaincu d'avoir subi un préjudice et va demander réparation  
- délire de jalousie : (différent du sentiment de jalousie) érotomanie (conviction délirante d'être aimé par qq)

***TYPE D'ANGOISSE***

MANIE :  
- angoisses de persécution

MÉLANCOLIE :  
- angoisse de mort, négation d'organe, syndrome de Cotard (être habité par un animal)

- angoisse de morcellement  
- angoisse de possession (climat incestueux)

- angoisse de persécution

**FANTASMATIQUE**

MANIE :  
- fantasmes de toute  
puissance

incestueuse

homosexuelle

MÉLANCOLIE :  
- fantasmes cannibaliques  
lycanthropie (impression  
de devenir un loup)

**MÉCANISMES DE  
DÉFENSES**

- déni  
du deuil, de la perte  
de la mélancolie, de la  
dépression

- clivage  
- déni  
- rationalisation  
("rationalisme morbide du  
schizo")

- projection,  
- rationalisation

**TRAITS DE  
CARACTERES**

MANIE :  
- agité

- grande difficulté de  
communication, renfermés,  
introvertis  
- bizarreries du  
comportement

- hypertrophie du moi,  
rigidité, fausseté de  
jugement, autoritarisme  
- traits de caractères de  
paranoïaques chez gens qui  
n'ont pas forcément de  
délire : délire des sensitifs  
de Krechner



## **ÉTIOLOGIE**

hypothèse psycho-dynamique de FREUD :  
deuil et mélancolie  
- il fait de la mélancolie une pathologie du deuil objet d'amour décevant, l'a psychiquement tué, puis s'identifie à l'objet détruit  
"l'ombre de l'objet est tombé sur le moi"  
- par le suicide, l'autre est visé à travers lui  
- traumatisme psychique : fantasme et réalité se sont rejoints

### hypothèse génétique

psychanalyse avec JUNG :  
- repli narcissique de la libido du sujet qui désinvestit le monde pour lui  
- n'a jamais pu s'individualiser psychiquement de la mère, symbiose

théorie de l'école de Palo Alto G. BATESON dans "vers une écologie de l'esprit" à partir de l'étude des communications (à l'origine de la systémie et des thérapies familiales) :  
- sujet est soumis à un double lien et fini par cliver sa personnalité  
communication digitale et analogique, normalement accord paroles/attitudes  
- "double lien" : contradiction, qu'est ce qu'il doit croire  
- situation affolante, paradoxes, impasses logiques où le sujet est coincé.

FREUD, dans remarques psychanalytiques le président Schreber (mémoire d'un névropathe) ; Freud s'est inspiré de ce livre :  
- produit d'une homosexualité inintégrable par le sujet  
- *formule inconsciente de départ* :  
\*lui, un homme, je l'aime  
*retournement en son contraire*  
\*lui, un homme, je le hais  
*projection*  
\*lui, un homme, il me hait  
- persécuteur du même sexe, mais pas toujours  
- traitement dur

## *Les névroses*

*critères de différenciation*

**LA NÉVROSE  
OBSESSIONNELLE**

**LA NÉVROSE  
PHOBIQUE**

**LES NÉVROSES  
HYSTÉRIQUES**

**SYMPTOMES**

- idées obsédantes qui s'imposent, contre lesquelles le sujet lutte sans succès
- idée inconvenante, de suicide, de meurtre (phobie d'impulsion : crainte de réaliser un acte impulsif)
- se passe dans la pensée à la différence du schizo
- pour lutter contre les angoisses et la culpabilité (de ce qu'il a pu penser ou désirer), il invente des rituels censés conjurer son angoisse
- doute permanent : incapable de décider, de choisir
- autolimitation
- inhibition

- FREUD l'a appelé l'hystérie d'angoisse
- peurs irraisonnées de situations, de lieux, d'objets, d'animaux... qui deviennent invalidantes pour le sujet (ex : agoraphobie : impossibilité d'aller dans les lieux publics)
- le phobique se fabrique des objets contraphobiques et des conduites contraphobiques pour lutter contre les danger imaginaires

- très labile en fonction de l'époque et de ce qu'on a pu dire de l'hystérie
- à l'époque de Charcot : pathologie corporelle lourde : cécité, paralysie...
- aujourd'hui : migraines, maux de tête, spasmophilie
- comportements théâtrales
- mythomanie
- amnésie
- trouble de la sexualité (impuissance, frigidité)
- comportement séducteur compulsif

**STADE DE FIXATION**

- stade anal

- stade génital

- stade oral  
avidité affective orale ;  
recherche avide de l'amour infantile ; désir primaire du nourrisson de fusion avec sa mère

**POSITION PAR  
RAPPORT À LA  
CASTRATION**

- mécanisme de déplacement et de dénégation

- angoisse de castration vient se fixer sur des situations, des animaux...

- homme : impuissance;  
- femme : revendication phallique

<b><i>NIVEAU DU CONFLIT PSYCHIQUE</i></b>	- entre le <u>Moi</u> et le <u>Surmoi</u> tirailé entre ses désirs et son incapacité à les réaliser en raison de sa culpabilité inconsciente	- <u>Moi</u> et <u>ça</u> le sujet ne peut accepter ses désirs = angoisse venant des pulsions contrecarrée par le Moi.	- <u>ça</u> et <u>moi</u> pulsions sexuelles et agressives
<b><i>FANTASMATIQUE</i></b>	- homosexualité - sadisme - masochisme	- Fantasme de castration	- <u>homme</u> : fantasme de grossesse - <u>femme</u> : envie du pénis
<b><i>MÉCANISMES DE DÉFENSE</i></b>	- isolation et déplacement de l'affect	- Projection sur un lieu, un objet - refoulement : il ne sait pas pourquoi il a cette phobie	- refoulement - conversion (les conflits psychiques se traduisent en symptômes corporels
<b><i>LIEU D'EXPRESSION DU SYMPTOME</i></b>	- la pensée : sa rumination	- L'espace	- le corps

## TRAITS DE CARACTERE

- hésitant, hyperscrupuleux, maniaque au sens populaire - anxieux, fuite de l'objet phobogène - théatral...

## ÉTIOLOGIE

FREUD, dans les *cinq psychanalyse* (1909) :

*Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle.*

- "l'homme aux rats" se plaint d'idées obsédantes, appréhension qu'il arrive malheur à la dame qu'il aime, et à son père mort + phobie d'impulsion (se tranche la gorge avec un rasoir), peur du supplice chinois
- Freud évoque le traumatisme sexuel pendant l'enfance ; le sujet a été actif, il y a participé
- impossibilité de gérer les deux composantes affectives du père : amour et haine
- il n'assume pas la haine = culpabilité = idées obsédantes
- affectivité de l'obsessionnel, ambivalence

FREUD, cas du petit Hans

(Herbert Graf, 5 ans) Freud analyse son père qui lui raconte que Hans a la phobie des chevaux

- Hans s'intéresse beaucoup au fait-pipi des êtres, des animaux : il les classe en fonction du fait-pipi et demande à sa mère si elle a un fait-pipi (lui répond oui) petite soeur

- Hans a peur que le cheval le morde, il a peur du noir autour de la bouche et des yeux et a peur que le cheval tombe et meurt. Or le père remarque qu'il porte la barbe et des lunettes noire

- déplacement de l'angoisse sur son père ; désir de mort de son père

- Hans nie cela, mais dit un jour à son père: "papa, ne t'en va pas au galop"
- sous la névrose de l'adulte se cache une névrose infantile

FREUD, cas Dora

- jeune fille de 18 ans, aphone, nerveuse
- première interprétation : théorie de la séduction : l'hystérique a subi un traumatisme sexuel à l'ère présexuelle ; il est réactivé par un nouveau traumatisme après la puberté.

de son  
père!!  
l

## ***Les états limites (borderline)***

frontière entre la psychose et la névrose (les sujets présentent des traits névrotiques et des traits psychotiques)

Deux conceptions qui ne se recoupent pas : américaine et française:

1)- O. KERNBERG, dans *Borderline conditions and patho-narcissism* (Privat, 1979)

Impulsivité et agressivité très élevée ; le soi est non-unifié. Présence de dépression, d'angoisse, avec un sentiment de vide intérieur.

Mécanismes de défense archaïques : déni, clivage, idéalisation primaire, projection.

Etiologie : accentuation excessive de la pulsion d'agression qu'elle soit innée ou acquise (ne tranche pas).

2)- J. BERGERET (psychiatre et psychanalyste lyonnais), dans *La dépression et les états limites*, 1975.

Etiologie : traumatisme affectif précoce, une carence affective.

Tronc commun aménagé : dépression, sentiment de vide intérieur, mécanismes de défense primitifs. A partir de ce noyau, Bergeret va décrire des états limites psychotiques, névrotiques, pervers.

## ***Les perversions et la psychopathie***

Ces deux états ont le même type de fonctionnement psychique.

### ***LES PERVERSIONS :***

Terme connoté (sexuel ou sadisme).

Perversité (1176), du latin *perversitas*, désigne le goût pour faire du mal ; renvoi à la morale, aux valeurs, à la théologie.

Pervers (1190), du latin *pervertere*, mettre sans dessus-dessous, bouleverser. Il n'y a pas de notion morale. Désigne les pratiques à l'envers des autres (se retrouve dans la notion de perversion sexuelle).

Deux origines se sont additionnées pour désigner le sujet pervers.

Premiers sexologues dressent un catalogue des perversions sexuelles :

1)- KRAFF EBING, HAVELOCK ELLIS :

S'inspirent du marquis de Sade et de Sacher Masoch. L'étiologie est constitutionnelle : le pervers naît pervers.

2)- DUPRÉ :

Sa conception du pervers constitutionnel : "*inéducatable, inamendable, inintimidable*". La perversion est sur le plan moral, l'équivalent de l'oligophrénie (débilité) sur le plan intellectuel.

3)- FREUD : Les trois essais sur la théorie de la sexualité.

\* Propose une classification nouvelle des perversions qui tient compte de la déviation par rapport à l'objet ou au but.

par rapport à l'objet : tout ce qui n'est pas le partenaire hétéro (pédophilie, homosexualité, zoophilie, nécrophilie)

Par rapport au but : (sadisme, masochisme, voyeurisme, fétichisme, exhibitionnisme. )

\* introduit la notion de sexualité infantile. Freud dit qu'il y a chez l'enfant les germes de toutes les futures possibles perversions. Feront une perversion "*s'il est séduit par un adulte*". Fixation à ce stade et plus tard la perversion se manifestera par la régression à ce point de fixation de la libido : en fait un point de vue dynamique et acquis.

Freud dit de la névrose qu'elle est le négatif de la perversion. Les actes du pervers sont les fantasmes du névrosé.

\* transformation de la puberté et adolescence.

Freud reprend le sujet dans deux articles :

1)- 1911, on bat un enfant (ein kind wird geschlagen)

contribution à la psychogenèse des perversions sexuelles. Dimension oedipienne possible des perversions. Sont alors coincé dans une position homo et passive par rapport au père.

2)- 1927, le fétichisme

Freud y décrit un mécanisme de déni (verleugnung) : incapacité à prendre en compte une partie de la réalité, c'est ici la différence sexuelle. Le fétiche symbolise le pénis féminin. Met en jeu l'angoisse de castration qui va cliver le sujet.

## **LA PSYCHOPATHIE :**

étymologie : *psyché* et *pathein* : " souffrir de sa psyché "

définition : quelqu'un qui fait souffrir les autres et ne veut rien savoir de sa psyché.

trois écoles : sujets (impulsifs, brutaux) font référence à une sorte de criminalité.

1)- école française = pervers

2)- école anglaise : PRITCHARD, " *moral insanity* " (folie morale) = le trait central est l'aspect antisocial.

3)- école allemande : K. SCHNEIDER, personnalités telles que leur caractère anormal et amoral les fait pâtir ou fait pâtir la société = ces conduites n'ont rien à voir avec l'hérédité.

caractéristiques :

1)- recours au passage à l'acte :

concept psychiatrique : acte impulsif, imprévisible et destructeur des biens, d'autrui, de soi-même.

Lacan dans son séminaire sur l'angoisse en 1963 : différence entre le passage à l'acte et l'acting-out (il y a une parole en dessous, un sens). Pour Lacan, le passage à l'acte est une décharge motrice : le sujet pour récupérer un équilibre produit un acte impulsif et destructeur qui sauvegarde l'homéostasie du sujet. Pour un petit enfant, la seule possibilité est la rage impuissante, par voie motrice, les adultes ont acquis des moyens symboliques par le jeu.

2)- outils de langage peu évolués :

Le langage permet de prendre de la distance par rapport à l'acte moteur, la pensée prend des distances par rapport à l'agir ; or les psychopathes ont des outils de langage peu évolués.

3)- absence de rêves :

Les rêves ont une fonction protectrice du sujet ; or les psychopathes rêvent de scènes, non transformées. (quand angoisse trop grande : cauchemar)

4)- absence de culpabilité :

voire une certaine joie ; pas de culpabilité par rapport à l'acte mais peut-être par rapport à un lien avec quelqu'un.

5)- déni, défi, délit :

Le déni porte sur l'implication dans leurs actes délictueux, ils ne sont pas les sujets de leurs actes, agissent sans jamais penser aux conséquences

Le défi de l'autorité et souvent dès le plus jeune âge.



étiologie :

- 1)- séquelles de carence affectives
- 2)- existence d'un climat incestuel : *climat où souffle le vent de l'inceste*
- 3)- défaillance de la fonction symbolique du père (absent ou excès comportementaux) : les sujets sont dans une impasse oedipienne
- 4)- rencontre précoce d'une violence potentiellement meurtrière : empêche la mise en place du tabou du meurtre.

Nécessité d'un apprentissage d'outils symboliques pour les psychopathes pour qu'ils puissent passer de l'agir à l'élaboration psychique pour éviter la récurrence.

## ***I)- LA STRUCTURE DE CARACTERE SCHIZOIDE:***

### ***description:***

individu dont la personnalité contient des tendances à la schizophrénie (mais il peut ne jamais devenir schizophrène).

1)- scission du fonctionnement unitaire de la personnalité (par ex, la pensée tend à se dissocier des émotions)

2)- le retrait intérieur

Quelqu'un dont la perception de soi a diminué, dont le Moi est faible et dont le contact avec son corps et ses sensations est fortement réduit.

### ***état bioénergétique :***

l'énergie se retire des organes qui établissent le contact avec le monde extérieur, c'est à dire que l'excitation venant du centre ne se déplace pas librement vers ces organes, mais est bloquée par des tensions musculaires chroniques.

La formation d'impulsion est faible, mais explosive (violence ou meurtre).

La défense consiste en un schéma de tensions musculaires qui maintiennent la cohérence de la personnalité en empêchant les structures périphériques d'être envahies par l'émotion et l'énergie.

Il y a scission à la taille : manque d'intégration entre le haut et le bas du corps

### ***aspects physiques :***

le corps est mince et contracté.

Il y a souvent une opposition marquée entre les deux moitiés du corps.

### ***corrélations psychologiques :***

La perception de soi est insuffisante, à cause du manque d'identification avec son corps (ni lié, ni intégré).

Tendance à la dissociation (attitudes opposées).

Hypersensibilité due à la faible frontière du Moi qui diminue sa résistance aux pressions extérieures. Forte tendance à éviter les relations intimes, émotionnelles.

Caractère peu authentique ("comportement comme si").

### ***facteurs historiques et étiologiques :***

Existence d'un rejet précoce par la mère, ressenti comme une menace à son existence.

L'hostilité et le rejet créèrent la peur que toute tentative, toute demande ou toute affirmation de soi-même ne le conduise à être anihilé.

L'enfant n'a pas d'autres choix que de se dissocier de la réalité (vie imaginaire intense) et de son corps (intelligence abstraite) pour survivre. Comme les émotions qui le dominaient étaient la terreur et une rage meurtrière, l'enfant a emmuré ses émotions par autodéfense.

## **II)- LA STRUCTURE DE CARACTERE ORAL :**

### ***description :***

désigne une personnalité qui contient de nombreux traits caractérisant la phase orale de l'existence : la petite enfance. Ces traits sont : sens affaibli de l'indépendance, tendance à s'accrocher aux autres, agressivité réduite et sentiment intérieur d'avoir besoin d'être aidé, soutenu, que l'on s'occupe de vous.

Le caractère oral a ressenti une privation là où le schizoïde a senti le rejet.

### ***état bioénergétique :***

La structure orale est sous-chargée : l'énergie circule librement vers la périphérie du corps, mais faiblement.

C'est dans le bas du corps que le manque de force et d'énergie se constate le mieux ; tous les points de contact avec l'environnement sont peu chargés : yeux faibles, niveau d'excitation génitale réduit.

### ***caractéristiques physiques :***

Le corps est long et mince, mais pas fortement contracté. La musculature est sous-développée : corps présente une tendance à s'affaler.

Signes physiques d'immaturité.

la respiration est superficielle.

### ***corrélations psychologiques :***

Tendance à s'appuyer sur les autres ou à s'y accrocher ; incapacité d'être seul ; besoin exagéré de contact avec les autres. (parfois masque d'une indépendance exagérée).

Souffre d'une impression de vide intérieur qui reflète le refoulement d'une intense nostalgie.

Sautes d'humeur allant de la dépression à l'exaltation.

" on" lui doit quelque chose.

### ***facteurs historiques et étiologiques :***

Privation précoce. Le développement précoce est un effort pour surmonter l'impression de perte en devenant indépendant.

Expériences supplémentaires de désappointements qui laissent au sujet une impression d'amertume.

Episodes dépressifs à l'enfance et à l'adolescence.

### **III)- LA STRUCTURE DE CARACTERE PSYCHOPATHE**

#### ***description :***

L'essence de l'attitude psychopathe est la dénégation de l'émotion.

Grand investissement d'énergie sur leur propre image.

Recherche du pouvoir et besoin de dominer et de contrôler. il en existe deux façons :

- intimider ou dominer l'autre.
- le saper par une approche séductrice.

#### ***état bioénergétique :***

Déplacement marqué d'énergie vers le haut du corps, accompagné d'une diminution de la charge dans le bas du corps.

Contraction au niveau de la taille et du diaphragme.

La tête a une surcharge énergétique : hyper-excitation de l'appareil mental.

Le besoin de contrôler se tourne aussi contre le soi: la tête est très fermement tenue, mais elle tient le corps fermement sous son emprise.

#### ***caractéristiques physiques :***

chez le *style dominateur*, le haut du corps présente un développement disproportionné (tête trop lourde).

Chez le *type séducteur*, le corps est plus régulier.

Perturbations de la circulation entre les deux parties du corps.

Les tensions représentent une inhibition de l'impulsion à têter.

#### ***corrélations psychologiques :***

Besoin de quelqu'un à contrôler, dont il est également dépendant (certain degré d'oralité).

Le besoin de contrôler est également lié à la peur d'être contrôlé, ce qui provient d'une lutte pour la domination et le contrôle entre l'enfant et ses parents.

Volonté d'arriver au sommet et de réussir ; doit être le vainqueur dans tout conflit.

Il utilise toujours la sexualité dans ce jeu pour le pouvoir, mais le plaisir de la sexualité passe après la performance ou la conquête.

Nier l'émotion correspond fondamentalement à nier le besoin: fait en sorte que les autres aient besoin de lui pour ne pas avoir à exprimer ce besoin.

#### ***facteurs historiques et étiologiques :***

Parent séducteur au niveau sexuel ; la séduction est masquée et a pour but de répondre aux besoins narcissiques du parent.

Le parent séducteur est toujours un parent qui rejette l'enfant quant à ses besoins d'aide et de contacts physiques.

La relation séductrice crée un triangle qui met l'enfant en rivalité avec le parent de même sexe, ce qui renforce l'identification au parent séducteur.

Il va donc, soit s'élever au-dessus du besoin, soit assouvir son besoin en manipulant les parents.

Elément masochiste qui résulte de la soumission au parent séducteur.

#### **IV)- LA STRUCTURE DE CARATERE MASOCHISTE**

##### ***description:***

Quelqu'un qui souffre et s'en plaint, et se lamente tout en restant soumis.

Si le masochiste fait preuve d'une attitude soumise dans son comportement extérieur, il est intérieurement tout à l'opposé: ressent de la rancune, de la négativité, de l'hostilité et de la supériorité.

Ses muscles épais et puissants bloquent toute revendication directe.

##### ***état bioénergétique :***

sa structure est pleinement chargée énergétiquement ; cette charge reste cependant fermement retenue, mais non figée.

A cause de cette rétention, les organes périphériques sont faiblement chargés, ce qui ne permet pas la décharge et la détente: les actes expressifs sont limités.

Compression et effondrement de l'organisme (à la taille).

Forte tendance à ressentir de l'angoisse.

L'extension du corps est gravement diminuée.

##### ***caractéristiques physiques:***

corps court, épais, musclé ; cou épais et court.

Corps se plie ou se creuse à la taille.

La peau tend à avoir une teinte brunâtre, à cause de la stagnation de l'énergie.

##### ***corrélations psychologiques :***

L'agressivité est fortement réduite, l'expression de soi limitée.

Les plaintes et les jérémiades remplacent l'affirmation de soi ; un comportement provocateur remplace l'agressivité. Il a pour but d'obtenir de l'autre une réaction énergique, assez forte pour permettre au masochiste de réagir violemment et d'exploser sexuellement et autrement.

Au niveau conscient, il s'identifie à son désir de plaire ; mais au niveau inconscient cette attitude est niée par la rancune, la négativité et l'hostilité.

##### ***facteurs étiologiques et historiques :***

Famille où l'on trouve amour et acceptation combinée à de sévères pressions : mère est dominatrice et se sacrifie, le père est passif et soumis.

Toutes les tentatives de résistance, y compris les éclats de rage, étaient écrasées.

Impression d'être pris au piège (rancune et autodéfaite).

A lutté dans son enfance avec une profonde impression d'humiliation chaque fois "qu'il se laissait aller librement".

Forte angoisse de castration.

## **V)- LA STRUCTURE DE CARACTERE RIGIDE**

### ***description :***

Fierté défensive et rigidité opiniâtre ; il a peur de céder, parce que cela signifie pour lui la soumission et l'effondrement.

Il se tient sur ses gardes pour qu'on ne tire pas avantage de lui, qu'on ne l'utilise pas et qu'on le piège pas.

Forte position du Moi et haut degré de contrôle sur le comportement. Egalement forte position génitale, qui ancre la personnalité par les deux extrémités du corps et assure un bon contact avec la réalité.

Malheureusement, l'accent mis sur la réalité sert de défense contre les pulsions vers le plaisir, et cela constitue le conflit sous-jacent de la personnalité.

### ***état bioénergétique :***

Assez forte charge de tous les points de contact périphériques avec l'environnement, ce qui favorise l'aptitude à tester la réalité avant d'agir.

La rétenion est périphérique, ce qui permet aux émotions de circuler, mais limite leur expression.

### ***caractéristiques physiques :***

Corps bien proportionné ; paraît et se sent intégré et lié.

Vitalité du corps.

### ***corrélations psychologiques :***

Ils sont orientés vers le monde, ambitieux, compétitifs et aggressifs. Ils ressentent la passivité comme une vulnérabilité.

Sa peur est que la soumission pourrait entraîner une perte de liberté.

En général, il affronte le monde avec efficacité.

### ***facteurs étiologiques et historiques :***

N'a pas subi de grave traumatisme.

Expérience de frustration de la pulsion de gratification érotique, spécialement au niveau génital. L'enfant considérera le rejet de ses pulsions vers le plaisir érotique et sexuel comme une trahison de sa demande d'amour.

C'est quelqu'un qui agit avec son cœur, mais avec des contraintes et sous le contrôle du Moi.

Il manoeuvre pour obtenir l'intimité.