



# ° APPROCHE CONCEPTUELLE

# I. Définition de la psychiatrie

## a.) Concepts

### ◦ Psychiatrie:

La psychiatrie est la médecine des maladies mentales, quelles que soient leurs causes, psychiques, neurologiques ou psychosociologiques.

### ◦ Folie:

Elle fait partie intégrante de la vie quotidienne et de ses fantaisies (génie créateur, coup de folie...) > si elle devient souffrance psychique (du sujet ou de l'entourage) et mérite des soins, elle fait intervenir la psychiatrie.

### ◦ Santé mentale:

La santé mentale selon l'OMS « définit le bien être émotionnel et cognitif ou une absence de trouble mental. »

### ◦ Psychanalyse:

un procédé d'investigation des processus psychiques, qui autrement sont à peine accessibles, une méthode de traitement des troubles névrotiques, qui se fonde sur cette investigation. Une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen et qui fusionnent en une discipline scientifique.

## **b.) Classification des troubles mentaux (utilisée dans la présentation )**

- **CIM 10** : La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision (connue sous la "CIM-10") est une liste de classifications médicales codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'Organisation Mondiale de la santé(OMS). Pour la psychiatrie c'est la lettre F.
- **DSM 4 et 5**: Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (titre original anglais : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ), publié par l' Association américaine de psychiatrie (APA), est un manuel de référence classifiant et catégorisant des critères diagnostiques et recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques. Il est utilisé aux États-Unis, et internationalement à travers le monde, par les cliniciens, chercheurs, psychiatres et compagnies d'assurance santé et pharmaceutiques, ainsi que par le grand public. Les diagnostics de pathologie psychiatrique portés à l'aide du DSM, depuis la troisième révision reposent sur l'identification clinique de syndromes et de leur articulation en cinq axes dans une approche statistique et quantitative. L'étiologie des pathologies n'y est plus du tout envisagée.

## c.) Représentations

- > Personnelles, actualités, lectures....

## II. Approche sémiologique/ lexicque

- 
- En premier lieu (par exemple lors d'une admission), faire un recueil de données que l'on appelle anamnèse.
  - Il s'agit de recueillir les ATCD, les paramètres vitaux actuels (pouls, TA, température, choix des repas...).
  - Une sorte de description des besoins perturbés.
  - Ces éléments aideront à faire une évaluation clinique (psychiatrico-somatique) > voici les notions essentielles pour aborder « l'analyse sémiologique » du patient hospitalisé.

## ● Sémiologie du comportement

- ◦ *Description des troubles de la présentation (physique et actes du sujet)*

- **Biotype**: athlétique, longiligne... > donne une impression sur le tempérament.

- **Mimique**: expressivité du visage > ouvert ou fermé/ mobile ou figé/ animé ou hébété.  
expressivité du regard > discret ou fuyant/ clair ou sombre.

Ces expressions sont intimement liées à des dispositions affectives.

Troubles de la mimique: amimie, pauvreté de la mimique, masque figé et immobile, expressions exagérées telles que pleurs/ rires/ colère, hypermimie, paramimies (sourires discordants ou immotivés), tics, tremblements, moue...

- **La tenue** : vêtements, coiffure, soins corporels, coquetterie, politesse.

Troubles vestimentaires: désordre, raffinement maniéré, excentricités vestimentaires (décoration, coiffure)

- **Comportement verbal** > manière de parler

Troubles du comportement verbal: logorrhée (flux de paroles rapide et incoercible), cris vociférations, mutisme (silence obstiné), monologue, impulsions verbales, soliloque, persévérations.

- **Contact** > c'est la manière d'entrer en relation avec l'Autre.
- Troubles du contact: opposition, réticence (dissimulation calculée de parler de tout ce qui est morbide), indifférence, bon ou correct, mauvais ou froid, médiocre ou mauvais.
  
- - **Sommeil**
- Troubles du sommeil: insomnie, dysomnie, hypersomnie, somnolence, clinophile...
  
- - **Sexualité**
- Troubles sexuel: masturbation, impuissance, éjaculation précoce, frigidité, perversions.
  
- - **Conduites alimentaires**
- Troubles des conduites alimentaires (TCA): anorexie (restriction progressive systématique de l'alimentation), boulimie, potomanie, dipsomanie.

## ● **Sémiologie de la mémoire, les troubles de la mémoire**

### \*LES AMNESIES

- ° Amnésie de fixation: altération de la mémoire dans la capacité de rétention des souvenirs, le sujet ne retient plus.
  - > souvent en lien progressif avec l'amnésie antérograde (abolition +/- progressive des souvenirs, l'oubli efface le souvenir des évènements au fur et à mesure qu'ils se produisent)
- ° Amnésie d'évocation ou amnésie rétrograde: impossibilité de se rappeler les souvenirs passés, anciens, de la vie du sujet .
- ° Dysmnésie: difficultés de fixation ou d'évocation, oublis de noms...
- ° Hypermnésie: excitation maniaque.
- ° Paramnésie: falsifications de l'acte mnésique qui mélangent présent et passé (fausses reconnaissances...), présent trop séparé du passé..



- **Sémiologie des affects**

- **Affect** > nuances du désir, lien avec les émotions
- Affects positifs(plaisir), négatifs (douleur).
- On parle de tonalité ou retentissement.

- **Sémiologie des fonctions mentales élémentaires**

- **Attention et concentration psychique**
- Troubles de l'attention: dispersion de l'attention spontanée, inefficacité de l'attention volontaire> hyper ou hypoprosexie.
  
- **Cours de la pensée**> +/-fluidité de la pensée, des processus psychiques
- Troubles du cours de la pensée: fuite des idées, tachypsychie, bradypsychie, discontinuité de la pensée= barrages, coq à l'âne, réponses à côté, ellipses...

## ● **Sémiologie de la communication propre**

- **Troubles de l'articulation** : dysarthrie ....
- **Troubles du débit verbal**: tachy ou bradyphémie, verbigération, persévération, écholalie...
- **Troubles de l'écriture**: gribouillage, altération du graphisme.
- **Troubles syntaxiques**: ellipses...
- **Troubles sémantiques**: néologismes, paralogismes (mots détournés du sens commun.)

## ● **Sémiologie psychomotrice**

- **Catatonie** : perte de l'initiative motrice, catalepsie, opposition ...
- **Impulsions**: acte incoercible et soudain qui échappe au contrôle du sujet. Hétéro-agressivité par exemple. > tics, spasmes, stéréotypies (palilalie, écholalie, échopraxie) maniérisme, hyper ou para kinésies.

## ● Sémiologie de la perception

- **Hallucination:** perception sans objet à percevoir(H.EY) Objet qui échappe au contrôle de la conscience.
- **Illusion:** Falsification de la perception d'un objet réel.
- Hallucinations> ce sont des troubles psychosensoriels qui touchent les 5 sens.
- Il existe donc des:
  - - hallucinations de l'ouïe ou appelées **auditives:** HAV, écho de la pensée, automatisme mental, commentaire des actes, attitudes d'écoute...
  - - **Olfactives (nez)/ gustatives (goût):** mauvaises ou étrangeté des odeurs...
  - - **Tactiles:** sensibilité cutanée, brûlures, piqûres, froid, humidité...
  - - **Cénesthésiques:** touche au schéma corporel: dépersonnalisation, attouchements, viols direct ou à distance.
  - - **Motrices et kinesthésiques:** hallucinations de mouvements actifs ou passifs (communément en lien avec le syndrome d'influence).

## Rapide survol des troubles du caractère

- **Caractère** > « Style de réactivité de chacun de nous » > en lien avec le tempérament et la personnalité.
- On retrouve 3 caractères qui lorsqu'il deviennent exacerbés ont valeur de symptôme:
  - ° caractère **paranoïaque**: tempérament agressif, frustré, revendicateur.
  - ° caractère **schizoïde**: introversion, narcissisme, refus de la réalité et du contact.
  - ° caractère **hystérique**: besoin d'expressivité, de démonstration qui retient l'individu dans des fantasmes de vie infantile.

°PATHOLOGIES MENTALES.



# III. LES NEVROSES

## a.) Définition de la névrose

- Selon Porot (déf plutôt médicale), *c'est une affection nerveuse sans base anatomique connue et qui n'altère pas la personnalité. Elle s'accompagne d'une conscience pénible et le plus souvent excessive, de l'état morbide.*
- Selon Laplanche et Pontalis (déf plutôt psychanalytique), *ce sont des affections psychogènes où les symptômes sont l'expression d'un conflit psychique trouvant leurs racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre désir et défense.*
- > Le noyau constitutionnel est l'angoisse.
- Chacun de nous est névrosé: c'est la définition de la structure psychique de l'individu lambda.
- On les retrouve dans ce que l'on appelle les « traits de personnalité »
- Ainsi, il y a peu de patients névrosés hospitalisés dans les services de psychiatrie.
- Lorsque les « traits de personnalité » sont exacerbés, au premier plan dans la vie de l'individu; ils deviennent symptomatiques.
- Voici la description des névroses .

## a.) La phobie

- Crainte ou répulsion angoissante spécifiquement liée, pour un objet déterminé, à la présence d'un être, d'un objet ou à certaines situations dont les caractères ne justifient pas une telle émotion (*phobos*= peur en grec.)
- L'angoisse saisit le sujet dans une circonstance, toujours la même étroitement définie et limitée. Il présente tous les signes d'une peur intense, parfois nuancée de dégoût ou d'aversion. Bien qu'il reconnaisse que cette peur est immotivée ou du moins très excessive, il ne peut la dominer. Il évite autant qu'il le peut la situation qui la provoque, ce qui aboutit dans certains cas à une restriction importante de son activité.
- Par exemple: agoraphobie (peur de la foule) claustrophobie (peur des endroits clos), arachnophobie (peur des araignées).
- Souvent le retentissement social est très important avec privation de déplacements dans la foule ou de sorties, transports en commun ou dans les ascenseurs...
- La névrose phobique > Association de personnalité phobique (inhibition, timidité, effacement, réserve, hyperémotivité....) + symptômes phobiques (phobies).
- Le sujet mettra en œuvre des conduites de défense contre la phobie, ce sont les conduites contraphobiques (évitement, réassurance: personne proche, porte-bonheur, talisman...)

## ***b.) La névrose d'angoisse***

- **Définition de l'angoisse:** *C'est le sentiment de l'imminence d'un danger indéterminé, à venir. (ou peur sans objet). Etat affectif douloureux consistant en un sentiment pénible d'attente d'un danger imprécis toujours imminent.*
- Ce sentiment associe des symptômes somatiques liés à des dysrégulations neurovégétatives.
- **Trouble panique:** *Attaques récurrentes d'anxiété sévère ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées et dont la survenue est imprévisible. > couramment on retrouve: palpitations, douleurs thoraciques, sensations d'étouffement, d'étourdissement....*
- **Anxiété généralisée:** Sentiment permanent de nervosité (tremblements, transpiration, palpitations, gêne épigastrique....)

### c.) Névrose obsessionnelle

- Communément ce sont les troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C)
- Du grec *obsidere* = assiéger.
- L'obsession: *C'est une intrusion d'une pensée ou d'une image parasite non désirée, involontaire, anxieuse, insistante et répétée dans le champ de la conscience.*
- Elle s'impose au sujet et est reconnue comme sienne malgré la conscience de son absurdité.
- L'obsession définie par l'intensité, la permanence, est au centre de la vie mentale du sujet.
- 
- Cliniquement >
- - l'obsession est compulsive, itérative (répétitive), contraignante, avec conscience du caractère morbide. La lutte anxieuse est forte (anxiété présente tant que rituel pas réalisé par ex)
- - thèmes: ordre, symétrie, précision...

Le rituel: moyen de lutte de l'obsédé contre sa propre obsession sous forme de défense dont il use consciemment. Souvent cela est insuffisant pour contenir l'angoisse.

> comportement invalidant entravant les relations personnelles.

exemple: folie du doute, arithmomanie, chronométrie, rituels du lavage, du rangement....

## d.) Névrose hystérique

- *C'est une disposition mentale qui porte certains sujets à présenter des apparences d'infirmités physiques, de maladies somatiques ou d'états psychopathiques.*
- La personnalité hystérique est souvent décrite comme associant :
- Une *facticité* ou une labilité des affects avec une dramatisation de leur expression (pleurs faciles, joie trop bruyante, etc.)
- Une *érotisation* de la relation avec des comportements de séduction.
- Un *histrionisme* (mauvais acteur) ou un théâtralisme.
- Parfois un *infantilisme* hystérique.
- ° La conversion ( forme grave de l'hystérie)
- La conversion désigne une atteinte somatique hystérique.
- Cette atteinte observable cliniquement **est sans substrat organique.**
- En pratique le diagnostic de conversion hystérique est posé devant un symptôme ne présentant pas d'origine organique (absence de cohérence physiologique des signes cliniques, normalité des examens complémentaires).
- Ce terme de conversion, vient de la psychanalyse. Il suppose un mécanisme du trouble hystérique : un conflit psychique inconscient vient se transposer sur le corps et provoque ainsi un symptôme somatique. Il y a conversion du « psychique » en somatique.
- La conversion ne doit pas être confondue avec la simulation.

## ◦ **Manifestations organiques (conversions)**

- **>Les conversions neurologiques.**
- Depuis Charcot ce sont les plus classiques même si les plus spectaculaires d'entre-elles deviennent rares.
- ◦ Des troubles de la motricité :
  - une astasie-abasie : incapacité de maintenir la position debout alors que les mouvements des jambes sont possibles.
  - Des paralysies de toutes sortes (un membre, la main, les deux jambes, etc.). L'analyse sémiologique ne suit pas les règles de l'anatomie et de la clinique neurologique.
  - Des contractures musculaires de toutes sortes et des mouvements anormaux, crampes, torticolis, dyskinésie faciale, blépharospasme, etc.
- ◦ Des troubles de la sensibilité et de la sensorialité.
  - Des anesthésies cutanées de territoire variable.
  - Des hyperesthésies localisées.
  - Des troubles visuels : vision floue, cécité, rétrécissement du champ oculaire, diplopie, etc.
  - Surdité
  - Des douleurs : très fréquentes, céphalées, lombalgies, cervicalgies, arthralgies, douleurs pelviennes,....
- - Des troubles de la phonation : aphonie, dysphonie, bégaiement, obligation de chuchoter...
- **>Les troubles végétatifs et digestifs.**
- - Des « spasmes » : vomissements, dyspnée, boule oesophagienne, constipation, etc.
- - « Grossesse nerveuse » (aménorrhée, gros ventre, gonflement des seins)
- - Des troubles vaso-moteurs (pâleur, rougeur, hypersudation)

## ° Les manifestations paroxystiques

- Ce sont les fameuses « crises d'hystérie ».
- Volontiers bruyantes et spectaculaires:
- évanouissements, crises tétaniformes, pseudo-crisis d'épilepsie généralisée, crises d'agitation...
- ° **Les manifestations psychiques.(conversions psychiques)**
- Souvent appelées *troubles dissociatifs* ou *conversions psychiques*, ou *état somatoforme* selon les manuels.
- Ce terme de dissociation (trouble dissociatif) est aussi utilisé dans la description de la schizophrénie mais attention, il ne s'agit pas du tout de la même chose. Classiquement, en France, on utilise très peu ce terme pour décrire les troubles psychiques de l'hystérie. Le DSM le remet à la mode pour décrire des troubles supposés autonomes et rattachés à l'hystérie en France.
- Les principales manifestations psychique de l'hystérie ou troubles dissociatifs "anglo-saxons" sont :
- Des *troubles de la mémoire*. Amnésie lacunaire, amnésie sélective (concernant une personne proche, une série d'évènements), amnésie complète, flou ou contradiction du récit biographique, fabulations et faux souvenirs...
- *Inhibition intellectuelle*. Pouvant être grave avec des aspects de pseudo démence sénile. Fatigue, difficulté de concentration, passivité, aboulie, tableau d'allure dépressive...
- Troubles de la vigilance. *Etat crépusculaire* d'allure confusionnelle. *Transe somnambulique* avec amnésie au « réveil ».
- *Personnalité multiple*. Alternance de personnalités différentes (caractère, biographie,...) décrit fréquemment à la fin du XIXème siècle en France et plus récemment aux États-Unis. En pratique très rare, et il semble bien que l'attitude prudente du corps médical français vis à vis de ce trouble (ne pas trop le rechercher et ne pas trop s'y intéresser...) a largement contribué à ne pas avoir une « épidémie » de personnalités multiples en Europe.

### *e.) Etat de stress post-traumatique*

- Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.
- Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome.
- Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable "d'anesthésie psychique" et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme.
- Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neurovégétatif, avec hypervigilance, état de "qui-vive" et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire.
- La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois.
- L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas.
- Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (CIM 10)



## III.1 Thérapeutiques soignantes Pour les névroses en général

## • a.) LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX: PER-OS

- - anxiolytiques (par rapport à l'angoisse)> seresta, temesta, atarax...
- - hypnotiques (par rapport aux troubles du sommeil)> imovane, stilnox...
- - antidépresseurs (si apparition d'un état dépressif associé)> effexor, seroplex...

## • b.) TRAITEMENT DE FOND/ DE SOUTIEN:

- - psychothérapie de soutien
- - psychanalyse
- - thérapie cognitivo-comportementale (surtout pour les phobies)

## • c.) ATTITUDES DU SOIGNANT

- - accueil positif inconditionnel, ne pas être dans le jugement
- - empathie, respect de la distance soignant-soigné
- - écoute, faire verbaliser, reformuler
- - réassurance en lien avec l'angoisse
- - surveillance effets indésirables (principaux) : somnolence, troubles visuels, troubles mnésiques pour les BZD, vertiges, constipation pour les ATD...> lien avec l'infirmier/médecin, actes compensatoires en rapport avec les besoins perturbés= favoriser les aliments riches en fibres, la marche, l'hydratation par exemple en lien avec la constipation...
- - Evaluation de l'adhésion et de la nécessité des soins.



## IV. Les troubles de l'humeur

## A.) Episode maniaque

- *Présence d'une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation du sujet, pouvant aller d'une jovialité insouciant à une agitation pratiquement incontrôlable.*
- *Cette élation s'accompagne d'une augmentation d'énergie, entraînant une hyperactivité, un désir de parler, et une réduction du besoin de sommeil.*
- *L'attention ne peut être soutenue et il existe souvent une distractibilité importante.*
- *Le sujet présente souvent une augmentation de l'estime de soi avec idées de grandeur et surestimation de ses capacités.*
- *La levée des inhibitions sociales normales peut entraîner des conduites imprudentes, déraisonnables, inappropriées ou déplacées (CIM 10) .*

*Les accès maniaques peuvent survenir à tout âge mais souvent de 15 à 30 ans.*

*L'accès maniaque varie de quelques jours à quelques semaines (sans ttt environ 4 mois)*

- Cliniquement on retrouve
  - - une présentation débraillée, désordonnée, agrémentée d'ornements ou fantaisistes
  - - le visage est coloré, le regard brillant, l'expression joviale et affable
  - - l'attitude amicale et souvent trop familière (syntonie/ hypersyntonie)
  - - les chants et les cris altèrent rapidement la voix.
  - - le malade ne tient pas en place tourne en rond touche à tout.
  - - l'excitation est souvent progressive , elle s'amplifie parfois jusqu'à l'agitation la plus violente eu cours de l'accès.

## ANALYSE SYMPTOMATIQUE

- L'HUMEUR est euphorique: jeux de mots, calembours, jovial, familiarité, excitation psychique.
- On retrouve des:
  - > TROUBLES DES FACULTES INTELECTUELLES:
    - ° *attention spontanée exacerbée* qu'il n'arrive à fixer que sur des perceptions superficielles.
    - ° *mémoire d'évocation exacerbée*: hypermnésie, déroulement de souvenirs précis remontant parfois jusqu'à l'enfance.
    - ° *libération des automatismes*: abondance des associations superficielles d'idées, par ressemblance et assonance jusqu'à la fuite des idées.
    - ° *les idées du maniaque* (contenu des propos) : communément appelées « divagations » sont accélérées, c'est la tachypsychie . On retrouve les idées de grandeur, de richesse, d'idées érotiques
  - > TROUBLES DE L'ACTIVITE:
    - ° *troubles du langage*: diction maniérée, ton élevé, tachyphémie, logorrhée, mutisme (souvent ludique)
    - ° *troubles de l'écrit*: graphorrhée : augmentation à l'extrême de l'écriture (sur tout support)

- ◦ *l'activité ludique*: observée dans les mimiques, les attitudes et les gestes = souvent burlesque voire grotesque.
- ◦ *l'activité motrice*: de l'instabilité à l'agitation incoercible.
- >TROUBLES DES CONDUITES SOCIALES
- -mise en danger, conduites de désinhibition (surtout sexuelle), dépenses excessives.
- > SIGNES SOMATIQUES ASSOCIES: le signe caractéristique diagnostique est **l'insomnie sans fatigue séquellaire**
- On retrouve également hyper ou hypophagie, hypersexualité, +/- déshydratation en lien avec l'agitation motrice .

## • Formes cliniques

- **L'hypomanie:** *forme atténuée de manie. L'hyperactivité reste productive et les répercussions sociales sont limitées, l'état constitue cependant une accélération des processus psychiques et l'euphorie s'associe à une réduction du sommeil.*
- **La manie délirante:** *elle peut prendre notamment chez le jeune adulte et l'adolescent l'aspect d'une bouffée délirante aiguë à l'origine d'une confusion diagnostique et thérapeutique. Aspect diagnostique essentiel: **la thématique délirante est congruente à l'humeur.***
- **Les états mixtes:** ils se caractérisent par la présence simultanée des symptômes maniaques et dépressifs.
- **La fureur maniaque:** état d'agitation extrême.



## IV.1.A THERAPEUTIQUES SOIGNANTES

- DANS LES ETATS MANIAQUES

## **a.)LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX PER-OS ET INTRA MUSCULAIRE:**

- - Neuroleptiques: sédatifs (surtout en lien avec l'excitation): largactil, loxapac, nozinan...
  - incisifs (si éléments délirants notamment): clopixol, haldol....
  - antipsychotiques (nouvelle génération): zyprexa, xeroquel, risperdal...
- - thymorégulateurs: en général après l'accès aigu en traitement de fond: teralithe, tegretol, depakote....
- - Chambre de soins intensifs: isoler le patient des stimuli externes pour « réorganiser » la pensée et les actes, prévenir les passages à l'acte (auto, hétéro, matériel...)

## **b.)TRAITEMENT DE FOND/ DE SOUTIEN:**

- mesure de protection en lien avec des dépenses inconsidérées (sauvegarde de justice)
- thérapie de soutien peu pertinente, par la suite éventuellement.

## **c.)ATTITUDES DU SOIGNANT**

- - accueil positif inconditionnel, ne pas être dans le jugement> surtout lors du comportement cocasse et désordonné.
- - empathie, respect de la distance soignant-soigné> important car le patient est hypersyntone et souvent au maximum de la séduction et de la familiarité.
- - écoute, faire verbaliser, reformuler> tenter de canaliser l'agitation avec une tonalité de voix neutre
- -explication claire de ce que l'on fait (gestuelle aussi), garder une distance de sécurité...
- - Favoriser l'hydratation/ alimentation en lien avec un risque de déshydratation, dénutrition(diminution des besoins)..
- - surveillance effets indésirables (principaux) des neuroleptiques : sécheresse de la bouche (favoriser hydratation), syndrome extra-pyramidal (dyskinésies, rigidité, protrusion de la langue...), constipation(fibres, marche,hydratation), troubles mictionnels (hydratation, surveillance globe), hypotension (signes de vertiges, de pâleur...) , risque de syndrome malin (dépression respiratoire pouvant entraîner la mort = à suspecter quand hyperthermie > jamais de NLP lors d'une hyperthermie! Autres signes tachycardie, hypersudation, hypertonie, polypnée), augmentation de l'appétit avec souvent prise de poids (éducation alimentaire, surveillance courbe de poids), photosensibilisation (prévention exposition au UV)

- 
- Effets indésirables pour les thymorégulateurs (principaux qui peuvent être observés et surveillés par l'AS):
    - - somnolence, vertiges...
    - - troubles digestifs (nausées, douleurs épigastriques, diarrhées...)> (confort par rapport aux symptômes, réfection du lit, soins d'hygiène, position antalgique...)
    - - tremblements des extrémités surtout lithium (évaluation du handicap dans la vie quotidienne, réassurance par rapport à un effet temporaire)
    - - effets cutanés surtout lithium et dépakote: acné, rash cutané, alopécie (réassurance surtout par rapport à l'alopécie)
  - Ceci permettra d'avoir des éléments objectifs, voire un support à la relation quant à l'adhésion au ttt et à la compréhension de la nécessité de soins.

## ***B.) Episode Dépressif***

*On dit qu'il y a « dépression » ou « état dépressif », chaque fois qu'existe un fléchissement passager ou durable du tonus neuropsychique.*

- *En fait, pour la dépression comme pour l'agitation, il faut considérer qu'il y a deux composantes: l'une physique et somatique, l'autre psychique et affective > C'est l'activité psychomotrice.*
- Les femmes présentent deux fois plus que les hommes des troubles dépressifs,

Sur le plan physique: activité réduite, souvent assis ou allongé, inerte, regard morne, tristesse profonde, lassitude, impuissance physique et souvent insomnie.

- Ralentissement des fonctions digestives: anorexie, constipation...

### Sur le plan psychique:

- Le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité
- Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir (anhédonie), une perte d'intérêt (apathie), une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime (asthénie, monodéisme...)
- On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit.
- Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères (CIM10)
- Le sentiment d'infériorité qu'a le sujet de sa personnalité actuelle, l'afflige et l'oriente vers la tristesse, la douleur morale, l'anxiété et c'est pourquoi les états dépressifs sont souvent teintés de mélancolie.
- C'est la forme la plus grave de la mélancolie. (Porot)

## • La dépression mélancolique

- Il est possible de trouver des facteurs déclenchant favorisants
- Peut survenir à tout âge et s'installe progressivement ou brutalement.
- La symptomatologie dépressive est exacerbée:
  - - l'humeur est triste, envahissante, douleur morale intense > ressassement, monotonie, pessimisme, anesthésie affective, péjoration de l'avenir.
  - - sentiment d'ennui, de dégoût, d'inutilité, de désespoir.
  - - ralentissement psychomoteur très marqué: bradyphémie, bradypsychie, hypomimie, clinophilie, catatonie...

Le patient peut présenter des idées délirantes que l'on qualifie de ***congruentes à l'humeur*** > toute la thématique du délire est imprégnée de tristesse. Les thématiques fréquemment rencontrées: ruine, indignité, incurabilité, culpabilité, possession, transformation corporelle et de damnation.

- Les mécanismes délirants peuvent être intuitifs, interprétatifs, imaginatifs ou hallucinatoires.
- > forme particulière de mélancolie délirante: syndrome de Cotard avec idées de négation d'organes, d'immortalité et de grandeur

- Signes somatiques associés: insomnie totale ou avec des réveils précoces= risque aigu de passage à l'acte > potentiel suicidaire très élevé malgré le ralentissement psychomoteur, le désir de mort est constant et permanent et parfois considéré par le patient comme un châtimeur ou une punition.

- Troubles digestifs: constipation, refus alimentaires, perte de poids, parfois déshydratation.
- > Les différentes formes de de dépression mélancoliques: *délirante, stuporeuse, catatonique, anxieuse.*



## IV.2.B THERAPEUTIQUES SOIGNANTES DANS LES DEPRESSIONS

## a.) LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX: PER-OS OU IM

- Antidépresseurs: zoloft, seroplex, ixel, athymil, valdoxan, cymbalta...
- Axiolytiques: seresta, temesta, atarax...
- +/- Neuroleptiques dans les formes graves avec éléments délirants: tercian (visée anxiolytique), nozinan (visée sédatif) risperdal, zyprexa, xeroquel...
- Chambre de soins intensifs: protéger le patient de lui-même, en regard de la prégnance des idées suicidaires
- ECT ou sismothérapie (en cas de résistance aux ATD)

## b.) TRAITEMENT DE FOND/ DE SOUTIEN:

- - psychothérapie de soutien
- - psychanalyse
- - relaxation, luminothérapie

## c.) ATTITUDES DU SOIGNANT

- - accueil positif inconditionnel, ne pas être dans le jugement
- - empathie, respect de la distance soignant-soigné
- - écoute, faire verbaliser, reformuler
- - réassurance en lien avec l'angoisse, revaloriser/ estime de soi, encourager....
- - aide/ palier à l'aboulie et l'anorexie: aide à l'hydratation, alimentation, hygiène....
- - surveillance du risque suicidaire ++ > éviction des objets potentiellement dangereux (objets tranchants, laçets, écouteurs.... Sur prescription précise et dans la mesure du réalisable), favoriser l'hospitalisation en chambre double, passage régulier avec évaluation du risque RUD (risque/urgence/danger), éviter l'isolement et la solitude...
- - surveillance effets indésirables (principaux) : somnolence, troubles visuels, vertiges, constipation pour les ATD...> lien avec l'infirmier/ médecin, actes compensatoires en rapport avec les besoins perturbés= favoriser les aliments riches en fibres, la marche, l'hydratation par exemple en lien avec la constipation...

## • C.) Trouble affectif bipolaire

- *Trouble caractérisé par deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression).*
- Toute personne, de tout âge, race, ethnie ou groupe social peut être concernée par cette maladie, au rang desquelles se trouvent des maniaco-dépressifs célèbres, tant dans le monde des arts (compositeurs, écrivains ...) que de la politique .
- La maladie maniaco-dépressive atteint l'homme et la femme dans la même proportion.
- Le début des troubles remonte souvent à l'adolescence et parfois qu'après plusieurs années d'évolution. La maladie se déclare en générale entre l'âge de 30 et 50 ans, mais également parfois tardivement après 60 ou 70 ans.
- Prévalence dans la population générale 1%, âge moyen de survenue entre 15 et 30 ans.
- Apparition en lien avec terrain génétique et stress lié aux facteurs environnementaux.
- **Lien entre tempérament et trouble bipolaire**> vulnérabilité aux troubles thymiques
- *Hyperthymie, cyclothymie, dysthymie (vulnérabilité dépressive), irritabilité.*
- **Les différents types de trouble bipolaire:**
  - ° Type 1: Alternance d'épisodes dépressifs d'accès maniaques et d'intervalles libres (forme typique)
  - ° Type 2: Survenue de plusieurs épisodes dépressifs alternants avec hypomanies.
  - ° Type 3: accès maniaques et dépressifs induits pharmacologiquement (iatrogène)
  - ° Cycles rapides: troubles bipolaires de type 1 et 2 supérieur à 4 accès/ an. (ultra-rapides accès durent 48 heures)



## IV.3.C THERAPEUTIQUES SOIGNANTES

- DANS LES TROUBLES BIPOLAIRES

## a.) TRAITEMENT MEDICAMENTEUX QUE SOUS FORME PER-OS:

- Le grand principe est les régulateurs de l'humeur: lithium (forme hospitalière teralithe)
- Si contre-indications au lithium: depakote, tegretol, depamide... souvent des anti-épileptiques ont l'AMM en tant que régulateurs de l'humeur.

## b.) PISTES PSYCHO-EDUCATIVES

- Le patient doit apprendre à vivre avec une maladie chronique et l'adhésion aux soins comme l'observance thérapeutique sont améliorés par la connaissance de la maladie.
- Importance de la limitation des facteurs de stress: qualité de l'environnement professionnel
- Règles d'hygiène de vie: pas de consommation de drogues, de psychostimulants, essayer de maintenir un rythme de sommeil régulier, planifier/ réguler l'emploi du temps...
- Importance de l'évaluation de la maladie sur la dynamique du couple, des aidants...
- > possibilité de proposer des thérapies de soutien (psychanalyse, psychothérapie, systémique, familiale...)



# V. Les psychoses

### *a.) La psychose: définition/ évolution*

- Définition: Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux\_(DSM-IV-TR), la psychose se caractérise par des troubles, transitoires ou permanents, de la personnalité liés à une altération du « sens de la réalité et de soi », et associe des symptômes dit « positifs » (délires, hallucinations), « négatifs » (apathie, aboulie, émoussements des affects...) et dysexécutifs (attention, mémoire de travail). Ainsi définis, les psychoses comprendraient deux grands groupes : les schizophrénies et les psychoses délirantes.
- Le terme de psychose est souvent utilisé avec un adjectif qui indique la nature, l'étiologie ou un caractère dominant de la pathologie.

# Les psychoses

## Episode délirant aigu

- Evolution de 0 à 6 mois
- Bouffée délirante aiguë (BDA), communément c'est la psychose aiguë.
- Atteinte organique : toxiques, syndrome confusionnel, DT...
- Manie ou mélancolie délirante
- Psychose puerpérale
- Exacerbation d'une psychose chronique

## Episode délirant chronique

- Evolution > 6 mois
- Schizophrénies
- Paranoïa
- Paraphrénie
- Psychose hallucinatoire chronique

## b.) Les psychoses

### Délires systématisés/ organisés

- Ordonné, cohérent, plausible
- L'adhésion d'autrui est possible
- Souvent monothématique
- Avec un degré d'extension: --  
en secteur> centré sur un  
domaine (affectif, jalousie...)
- - en réseau: extension à  
plusieurs personnes,  
différents secteurs d'activité.

### Délires non systématisés

- Multiplicité et  
enchevêtrement des thèmes
- Incohérence, flou des  
enchaînements logiques.

## Analyse d'un délire:

- - MECANISME:
  - °interprétation > opération d'un esprit curieux qui, en présence d'un phénomène ou d'une situation donnés, cherche à en pénétrer la signification et à en tirer les déductions qu'ils peuvent comporter.
  - ° intuition > elle est un mode de connaissance directe, subjective d'un sentiment entraînant la conviction immédiate et absolue, elle s'impose par une évidence indépendante de toute preuve.
  - ° illusion> perception réelle , mais dénaturée et déformée par le sujet qui la reçoit.
  - ° imaginaire> rêveries morbides, mythomanies...
  - ° hallucinatoire> expérience psychologique interne qui amène un sujet à se comporter comme s'il éprouvait une sensation ou une perception alors que les conditions extérieures de cette sensation ou de cette perception ne se trouvent pas réalisées.
- - THEME: c'est le sujet du délire> mystique, de filiation, jalousie...
- - STRUCTURE: systématisé (cohérent) ou mal/ non systématisé (flou)
- - ADHESION/ DYNAMISME: croyance en l'existence, retentissement sur la vie quotidienne du sujet

# Les psychoses

## Psychoses systématisées

- Paranoïa
- Paraphrénie

## Psychoses non systématisées

- Schizophrénies
- Psychose puerpérale
- Psychose hallucinatoire chronique

- c.) Aperçu bref de la PHC (classification française)

- Ce groupe de délires chroniques est caractérisé par l'importance des phénomènes psychosensoriels (hallucinations, syndrome d'automatisme mental) > psychose délirante chronique basée sur le syndrome d'automatisme mental qui en constitue le noyau et dont la superstructure délirante constitue une idéation surajoutée. (De Clérambault)
- L'automatisme mental: idéo-verbal (écho de la pensée, vol de la pensée, voix qui commentent les actes)
- Sensoriel (hallucinations visuelles, olfactives..., parasitisme des perceptions normales par ex: attouchements à distance.)
- Automatisme psycho-moteur: mouvements forcés, imposés...
- Evolution avec ttt > persistance de « petites voix », des communications sans importance (le plus souvent), parfois réapparition des phénomènes antérieurs.

## d.) Aperçu bref de la psychose puerpérale (classification française):

### Généralités

- Cette pathologie concerne la femme enceinte, pendant et après l'accouchement. Elle traversera alors des troubles psychiatriques plus ou moins graves. Pendant la grossesse, peu de troubles majeurs seront rencontrés: on pourra observer des angoisses, des troubles névrotiques hystériques ou obsessionnels... Notons que certaines patientes psychotiques se portent mieux durant leur grossesse, et on peut donc dire que la grossesse protège en quelque sorte de la psychose.

### Tableau clinique

- On note des signes avant-coureurs, comme par exemple des pleurs ou de la fatigue durant les trois premiers jours après l'accouchement. Puis tout à coup apparaîtront la confusion, l'obnubilation ainsi qu'une angoisse majeure. La femme aura des troubles de mémoire et de la perception, alternés avec des périodes plus calmes. Après la confusion surviendra le délire, qui s'installera avec des hallucinations auditives et visuelles. Les thèmes du délire sont centrés sur la relation mère/enfant, avec négation de la maternité, propos sinistres, voire lugubres. Les risques sont alors le suicide ou/et l'infanticide. L'évolution est assez bonne sur le long terme. La chronicisation est possible mais souvent l'épisode n'aura pas de suites.
- °Un épisode thymique pourra également être observé:  
un tableau mélancolique pur, succédant ou non à une phase confusionnelle, avec risque suicidaire majeur, soit un épisode maniaque, soit encore des états mixtes d'excitation et de mélancolie. On pourra avoir aussi un état schizophréniforme (ayant l'apparence de la schizophrénie). Un délire paranoïde pourra s'installer par la suite.
- °Post-partum blues: nommé aussi "*syndrome du troisième jour*", il associe pleurs, anxiétés, céphalées, agressivité, troubles mnésiques... On notera parfois une insomnie. Ce tableau se rencontrera au moment de la montée laiteuse chez la plupart des femmes qui viennent d'accoucher. Il faut évaluer le degré d'insomnie qui pourrait faire redouter l'entrée dans une phase confusionnelle, beaucoup plus rare.
- °Tableau dépressif: de type mélancolique, il se passe de la sixième semaine à un an, avec présence de nombreux éléments somatiques (asthénie, amaigrissement, troubles du sommeil...)

### e.) Aperçu bref de la paraphrénie (classification française):

- Elle repose sur le délire à mécanisme imaginatif et à thématique fantastique.
- > mythomanie
- > pensée magique effreinée
- > pensée paralogique
- > thématiques surréalistes (mythologie, métamorphoses cosmiques ou corporelles...)
- > mégalomanie (thématique d'influence: emprise maléfique, spiritisme, magique/ de persécution complots mystérieux, forces surnaturelles/ de grandeur: identification aux monarques ou prophètes....)
- > la primauté de la fabulation (imagination) sur les hallucinations = la référence à l'expérience hallucinatoire tend à s'effacer à mesure que l'imagination submerge les hallucinations.
- > contraste entre les conceptions paralogiques et la mythologie du délire et une correcte adaptation à la réalité (vie quotidienne) > comportement social mémoire et capacités intellectuelles intactes.

## VI. LA PARANOIA

- Définition: « Anomalies allant du simple travers mental au délire confirmé (GENIL-PERRIN) mais qui se signalent tous plus ou moins par une insociabilité généralement agressive type persécuté-persécuteur »
- Epidémiologie> Elle représente
  - 0,4 à 4,4% de la population générale
  - 2 à 10% des patients psychiatriques externes
  - 10 à 30% des patients psychiatriques hospitalisés

- Prévalence accrue dans certains groupes (immigrants, malentendants...)

> La constitution paranoïaque est caractérisée par 4 points cardinaux:

- ° **La surestimation pathologique du Moi**, orgueil ou vanité parfois voilée d'une feinte modestie et qui peut aller de la simple suffisance aux plus extravagantes idées mégalomaniaques.
- ° **La méfiance**, préface aux idées de persécution génératrice d'inquiétude et de soupçon, se traduisant le plus souvent par une susceptibilité ombrageuse et entraînant fréquemment la tendance à l'isolement> elle incite le paranoïaque à se prendre pour une victime.
- ° **La fausseté du jugement**: le paranoïaque justifie toutes ses opinions quitte à se mouvoir dans le paradoxe jusqu'à l'absurde avec un entêtement inébranlable (psycho-rigidité)
- **L'inadaptabilité sociale**: incapacité à se soumettre à une discipline collective, à un esprit de groupe et s'exprime en des conduites diverses: position ambiguë de ceux qui tentent d'articuler l'image qu'ils se font d'eux-mêmes avec un monde qu'ils peuplent d'illusions, ennui, vagabondage de ceux qui renoncent à s'accommoder au monde...

## • Principales thématiques des délires paranoïaques

- > ce sont des délires caractérisés par l'exaltation, une affectivité importante, une idée prévalente dite conviction inébranlable, en secteur ( un secteur de la vie sociale du sujet) ou en réseau.
- **Les délires de revendication** : revendication processive de la propriété et des droits (procéduriers), les inventeurs méconnus (gardent le secret de leurs découvertes > notions de complot), idéalistes passionnés (rêvent de paix universelle, philanthropie... animés d'une volonté farouche de lutte et de combat.)
- **Les délires passionnels**: noyau affectif très important, ils sont pathologiques et délirants parce que la passion même si elle est insérée dans une situation réelle a une structure essentiellement imaginaire.
- > délire de jalousie = transformer la situation de la relation amoureuse du couple en une situation triangulaire (mensonges, ruses, recherche de preuves...) lien avec la consommation d'alcool.
- > délire érotomaniaque= illusion délirante d'être aimé
- **Le délire sensitif de relation (Kretschmer)** > hyperesthésie (vulnérabilité)des contacts sociaux (tension engendrée par les déceptions ou frustrations déclenchent la psychose.)



## VI.1.THERAPEUTIQUES SOIGNANTES DANS LA PARANOIA

## a.) TRAITEMENT MEDICAMENTEUX PER-OS OU IM

- - Neuroleptiques à visée sédatrice et incisive (en lien avec agressivité et délire aigu): Haldol, piportil, clopixol
- - Chambre de soins intensifs: risque de passage à l'acte important lié à l'hypertrophie du moi et l'affectivité importante du délire.

## b.) TRAITEMENT DE FOND/ DE SOUTIEN:

- - psychothérapie de soutien dans le but d'atténuer les conflits affectifs> en fonction de la diminution de la psychorigidité et de la réticence

## c.) ATTITUDES DU SOIGNANT

- - accueil positif inconditionnel, ne pas être dans le jugement
- - respect de la distance soignant-soigné> important ++ , expliquer ce que l'on fait (cadre hospitalier important, parano = rapport à la loi important), attitude neutre, non rejetante, attention à ne pas être inclus dans le délire et de faire partie des persécuteurs.
- - écoute, faire verbaliser, reformuler, essayer de ramener le sujet « à la réalité ».
- - garder une distance de sécurité (risque hétéro-agressif), ne pas être en relation duelle, attention au clivage dans l'équipe.
- - encouragement à l'alimentation/ hydratation/ hygiène en lien avec la méfiance

## **VII. LA SCHIZOPHRENIE**

- Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés
- La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution (CIM10)
- La schizophrénie est la plus fréquente des psychoses chroniques.
- Cette pathologie a une prévalence globale d'environ 0,3-0,7% dans la population.
- C'est une maladie de l'adolescent et de l'adulte jeune, en majorité entre 15 et 35 ans (morbidité la plus élevée.)
- Lien avec la génétique: hypothèse neurodéveloppementale > atteintes toxiques ou génétiques qui tuent ou rendent non fonctionnels les neurones / mauvaise migration neuronale au cours du développement fœtal...
- Hypothèse neurodégénérative> présence d'anomalies structurelles et fonctionnelles démontrée par les imageries
- Composante génétique= transmission multifactoriel à effet de seuil (les interactions conduiraient le sujet à développer la maladie lorsque la combinaison des effets génétiques et environnementaux dépasse un certain seuil dit de susceptibilité ou de fragilité.
- La caractéristique diagnostique première est la dissociation . Elle se retrouve dans tous les types de schizophrénies. Le délire est dans son fondement la résultante de la rupture de l'unité psychique.

- *a.) Schizophrénie simple* ([psychoseounevrose.centerblog.net](http://psychoseounevrose.centerblog.net))

- Elle s'installe progressivement à partir des traits de caractère schizoïdes (ressemble mais n'est pas) qui vont s'accroître.
- Elle se caractérise par : une accentuation de l'inhibition, le désinvestissement professionnel et social, l'isolement, une indifférence et un appauvrissement affectifs et des troubles comportementaux. Il n'y a pas forcément de délire ou de troubles de la pensée.

- *b.) Schizophrénies dysthymiques (ou troubles schizo-affectifs)*



Elles sont à la frontière entre la Schizophrénie et les troubles bipolaires avec association de troubles mélancoliques et maniaques et de symptômes schizophréniques. Les troubles schizophréniques sont perceptibles pendant les périodes de "normothymie" (état de retour à la normale pour un bipolaire).

- Durant certaines périodes les symptômes dysthymiques et dissociatifs sont très atténués. Elles peuvent évoluer vers la désagrégation psychotique ou des schizophrénies franches.

- *c.) Hébéphrénie:*

- C'est la démence précoce des jeunes gens.
- Selon Kraepelin, c'est un fléchissement précoce de la vie mentale caractérisé par l'athymormie, la discordance et des signes négatifs (dissociation intellectuelle au premier plan, apathie, indifférence affective)
- Cette régression massive fait donner l'affection de démence précoce. (H.EY)

- *d.) Schizophrénie héboïdophrène ou pseudo-psychopathique:*

- émoussement de l'affectivité et impossibilité de s'adapter à une vie sociale régulière et productive. Le comportement est antisocial et s'exprime par une violence impulsive. (porot)

- *e.) Schizophrénie catatonique:*

- La schizophrénie catatonique se caractérise essentiellement par la présence de perturbations psychomotrices importantes, pouvant alterner d'un extrême à un autre : hyperkinésie ou stupeur, obéissance automatique ou négativisme.
- Des attitudes imposées ou des postures catatoniques peuvent être maintenues pendant une période prolongée- La survenue d'épisodes d'agitation violente est caractéristique de ce trouble- Les manifestations catatoniques peuvent s'accompagner d'un état oniroïde (ressemblant à un rêve) comportant des expériences hallucinatoires intensément vécues-

- *f.) Schizophrénie pseudo-névrotique:*

association de signes de névrose et de schizophrénie. Décrite par les manuels de psychiatrie mais non recensés dans la CIM 10 et DSM4



*g.) Schizophrénie paranoïde:*

Paranoïde: La structure délirante paranoïde est caractérisée par une formulation abstraite, incohérente, mal systématisée , voire absurde. Elle exprime une modification radicale, incompréhensible et effrayante au premier abord des communications du malade avec autrui. Ces convictions irrationnelles ne peuvent en aucun cas entraîner l'adhésion de l'observateur. L'expérience vécue paranoïde se manifeste au niveau du langage, par toute la gamme des hallucinations psychosensorielles , psychomotrices et psychiques. Pensée et action sont présentées comme étrangères, comme imposées au malade.

- *Syndrome délirant paranoïde > Analyse du délire*

- Thème: polythématique, influence, télépathie, persécution, malveillance, cosmique, mystique, dépersonnalisation, morcellement du corps...
- Mécanismes: polymorphes avec hallucinations psychiques et psycho-sensorielles, intuitions, imagination, illusion, automatisme mental...
- Structure: mal systématisée, flou avec diffluence (idées désordonnées), formation abstraite et incohérente.
- Adhésion: conviction délirante
- Critique: partielle, variable, instable
- Evolution: impénétrabilité, infiltrant le comportement...

### 3. Syndrome dissociatif:

- La dissociation se situe à 3 niveaux de l'appareil psychique:
  - > **Sphère intellectuelle**
  - > **Sphère instinctivo-affective**
  - > **Sphère comportementale**
  
- Les quatre signes à rechercher sont:
  - > ambivalence
  - > bizarrerie
  - > impénétrabilité
  - > détachement du réel

## ◦ Dissociation intellectuelle

- - troubles des fonctions élémentaires> relâchement des associations, trouble de l'attention, de la concentration, trouble de la mémoire de type remaniement mnésique sans déficit.
- - troubles du cours de la pensée> flou de la pensée, trouble du débit idéique: barrage/ fading/ persévération/ contamination par une idée parasite.
- -troubles du champ de la conscience> pas d'altération de la conscience, bouleversement des données immédiates temporo-spatiales.
  
- Distorsion du système verbal
- -troubles de la conversation> mutisme, tachyphémie, impulsions verbales, troubles de la syntaxe.
- -Altérations sémantiques> néologismes, paralogismes, mot-valise
- - détournement de la fonction habituelle du langage au profit d'une symbolique personnelle: logolâtrie, schizophasie.

- Distorsion du système logique

- -logique archaïque et déréelle, pensée magique, rationalisme morbide, pensée syncrétique.

- Dissociation affective

- - Altération de la vie affective de base > athymormie/ perte de l'élan vital, inadaptation des réactions émotionnelles, variations paradoxales des affects, négativisme, oppositionnisme agressif
- - Régression instinctivo-affective (auto érotiques, incestueuses..)
- - Altération de l'ensemble des relations sociales, familiales, conjugales, sexuelles.

- Dissociation comportementale

- - Manifestations psychomotrices: aboulie, perplexité, apragmatisme, paramimies, conduites contradictoires bizarrerie du comportement: actes cocasses, absurdes...
- > maniérisme contrastant avec un comportement inadapté.
  - conduites impulsives avec impénétrabilité des motifs: impulsions de type saugrenu, crime immotivé, auto-mutilation, suicide étrange, boulimie, masturbation...

#### **4. Syndrome catatonique**

> il est caractérisé par le négativisme psychomoteur

- Stéréotypies: mimiques verbales, gestuelles/ échopraxie, échomimie, écholalie.
- Négativisme: clinophilie, mutisme, refus de la main tendue, crises clastiques...
- Catalepsie: flexibilité cireuse avec conservation des attitudes imposées



## VII. 1 THERAPEUTIQUES SOIGNANTES DANS LES SCHIZOPHRENIES

### a.) TRAITEMENT MEDICAMENTEUX PER-OS OU IM

- Neuroleptiques à visée sédatrice et incisive (en lien avec agressivité et délire aigu): Haldol, piportil, clopixol, risperdal, xeplion

- - Chambre de soins intensifs: détachement du réel avec impénétrabilité des actes et des motivations, morcellement trop important, expression du délire ingérable.

### b.) TRAITEMENT DE FOND/ DE SOUTIEN:

- - psychothérapie de soutien/ thérapie institutionnelle/ thérapie familiale/ psychanalyse rare
- - souvent ttt à action prolongée = observance du ttt toutes les 14 à 21 jours.
- - soutien social (souvent interactions perturbées, problème de logement, de droits), mesures de protection...
- - activités sociothérapeutiques (projet individualisé, activités en fonction des affinités du sujet, Centre thérapeutique de jour, hôpital de jour/CMP), CESAM (centre de santé mentale)...

### c.) ATTITUDES DU SOIGNANT

- - approche dans une dimension de maladie chronique
- - accueil positif inconditionnel, ne pas être dans le jugement
- écoute, faire verbaliser, reformuler, essayer de ramener le sujet « à la réalité ».
- communication difficile du fait de la dissociation
- éviter le repli sur soi, encourager le patient à garder une hygiène corporelle et vestimentaire car incurie importante, renarcissiser
- évaluation de l'état physique (notamment au moment de la toilette) car souvent mauvais.
- guider le patient, lui réinstaurer un cadre de temps et d'espace (heures de repas, de soins...)
- réassurance vis-à-vis de l'angoisse psychotique (lien avec les hallucinations et le morcellement)
- avoir à l'esprit qu'il peut y avoir un risque de passage à l'acte suicidaire (motifs impénétrables, imprévisibles)
- importance du lien avec la famille, travail sur le lien, explication de la chronicité...

## VIII. 2 mots sur les principaux troubles de la personnalité

- a.) LA PSYCHOPATHIE :

- 
- Le chapitre V de la dixième révision de la CIM offre un ensemble de critères pour diagnostiquer le trouble de la personnalité dyssociale (ou antisociale DSM4 et 5).
- Le trouble de la personnalité dyssociale, habituellement remarqué à cause d'une disparité flagrante entre le comportement et les normes sociales usuelles, caractérisé par :
- Dédain froid envers les sentiments des autres,
- Attitude flagrante d'irresponsabilité et d'irrespect des règles, normes sociales et engagements pris,
- Tolérance très faible à la frustration et seuil faible à la décharge de l'agressivité, y compris par la violence,
- Incapacité à ressentir la culpabilité ou à profiter de l'expérience, en particulier des punitions,
- Tendance marquée à rejeter la faute sur les autres, ou à rationaliser des excuses plausibles, pour des comportements amenant le sujet en conflit avec la société.

- 
- Les individus atteints de trouble de la personnalité antisociale ont souvent des problèmes avec les figures d'autorité. Parmi les caractéristiques les plus fréquentes:
  - Des démêlés récurrents avec la justice ;
  - La tendance à violer les droits d'autrui (propriété, intégrité physique, sexuelle, émotionnelle ou légale) ;
  - Un comportement agressif, voire violent ;
  - Des difficultés à garder un emploi ;
  - Un sentiment permanent d'agitation ou de dépression (dysphorie) ;
  - Une incapacité à supporter l'ennui ;
  - L'indifférence envers la sécurité de soi ou des autres ;
  - Une enfance montrant des désordres comportementaux ;
  - Un comportement superficiel de séduction ;
  - L'impulsivité ;
  - L'absence de culpabilité.

## b.) LES ETATS LIMITES

- **Définition**

- *La limite ou la bordure : état limite.*

*Groupe de personnalité dont la structure ne serait ni névrotique, ni psychotique, mais se situerait entre ces 2 champs, en raison d'un arrêt du développement libidinal sous l'effet d'un traumatisme désorganisateur survenu à la période anale.*

**Libido** : énergie fondamentale de l'être vivant qui se manifeste par la sexualité. Freud l'appelle « l'instinct de vie » (Eros) et l'oppose à 'l'instinct de mort » : autodestruction.

A ce niveau, il y a un trouble ou un traumatisme désorganisateur. ( Stade anal : 2/3 ans).

Ce traumatisme a pour conséquence d'empêcher la confrontation du moi à la problématique oedipienne et de faire entrer l'enfant dans une pseudo latence précoce qui aboutit à un aménagement libidinal caractériel, instable et + ou - durable. Ces concepts introduisent la notion d'immatunité affective.

Cet aménagement libidinal constitue le tronc commun des états limites caractérisés par une relation d'objet **anaclitique** (carence affective, besoin d'amour).

Le besoin d'affection de ces sujets est immense et insatiable. Il rend compte d'un comportement particulier de **séduction** qui vise à prévenir un risque important de dépression.

- 
- Cliniquement le sujet peut souffrir de tous les troubles psychiatriques:
  - - l'angoisse qui est omniprésente.
  - - dépression, difficulté à gérer l'angoisse.
  - - relations sexuelles déviantes: impulsif, chaotique...
  - - relation de dépendance envers, drogue et alcool.
  - - conduites antisociales: délinquance, prostitution, sur un mode impulsif.
  - -symptômes d'apparence névrotique: troubles hystérisiforme, troubles obsessionnels...
  - - symptômes d'apparence psychotique: TDS graves et répétées sur fond d'éléments délirants mal élaborés.

- 
- c.) Pour finir une distinction à faire d'un point de vue sémantique:
  - Perversité: intervention d'une malignité plus ou moins affirmée dans la conception ou l'exécution d'un acte;
  - à différencier des perversions: déviation des tendances normales>
  - Fétichisme, pédophilie, voyeurisme...(Porot)