

PSYCHIATRIE

LA PARANOÏA

I - DEFINITION

Terme très ancien, qui vient de l'antiquité grecque.
Il signifie "autour de la raison".
Il recouvrait alors toutes les formes de folie.

Aujourd'hui il recouvre une pathologie particulière.
Délire d'apparition tardive : entre 30 et 50 ans.
Début progressif, insidieux.
Mécanisme interprétatif.
Synonyme : la folie raisonnante.

II - ÉTIOLOGIE

A - LA PERSONNALITE

C'est un facteur très important pour l'apparition de la paranoïa :
La paranoïa s'installe sur une personnalité pathologique.

a) Personnalité paranoïaque :

- Méfiant
- Orgueilleux
- Rigide
- Sthénique
- Fausseté de jugement

b) Personnalité sensitive :

- Introverti
- Timide
- Sensible au jugement des autres
- Problèmes relationnels

D - DIFFERENTES THESES

Deux courants :

a) Trouble de la personnalité

Facteur déclenchant qui entraîne une décompensation

b) Psychose révélée par un facteur déclenchant.

E - L'EXPLICATION PSYCHANALYTIQUE

a) Freud

Il parle d'une position narcissique de repli sur soi-même.
Surinvestissement du moi.
Incapacité d'établir une relation avec l'objet (tout ce qui est extérieur à l'individu).
Mécanisme projectif qui permet d'objectiver son agressivité.
Le paranoïaque projette à l'extérieur de lui ses pulsions agressives.
Il ne peut les voir en lui, donc il les place en face de lui.

b) Lacan

Il avance l'idée que les paranoïaques recherchent inconsciemment une punition.

III - SYMPTOMATOLOGIE

B - SEMIOLOGIE

Le patient interprète tout autour de lui.
Rien selon lui ne se passe par hasard.
Le délire est logique, structuré, systématisé.
Le patient a une conviction absolue dans son délire.
Parfois transmis aux proches.

C - LES THÈMES LES PLUS RÉPANDUS

a) La persécution

Le patient estime faire l'objet d'une constante malveillance.

b) Le délire sensitif ou délire de relation

c) Les délires passionnels

Participation très importante des émotions
Le délire est accompagné de mouvements passionnels qui peuvent déboucher sur de l'agressivité
Le délire peut être interprétatif ou intuitif

- * l'érotomanie
- * le délire de jalousie
- * le délire de revendication : quérulents

d) Les délires hypochondriaques

Délire sur le fait d'être constamment malade.

e) Paranoïa d'involution

Chez les personnes âgées.
Liée à des pertes de mémoire.
Pensent qu'on leur vole tout.

IV - TRAITEMENT

Très difficile.
Nécessite parfois un internement.

a) Chimiothérapie

- Neuroleptiques en cas de crise, en petite dose : HALDOL
- L'hospitalisation doit être courte : période de crise, risque de passage à l'acte

b) Psychothérapie

Éviter de raconter au patient qu'il est délirant.
Si vous lui dites cela, vous passez dans le camp des ennemis.
Essayer simplement de le renforcer dans son fonctionnement réaliste.
Le paranoïaque peut avoir par ailleurs une vie sociale normale.
Possibilité d'atténuation mais pas de guérison.

Diagnostic plus favorable dans le délire sensitif :
Composante dépressive sur laquelle on peut intervenir.
C'est un délire qui peut disparaître.

PSYCHIATRIE

LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

I - PARTICULARITE

N'est traitée qu'en France comme une psychose particulière.
Ailleurs, elle est considérée comme une forme particulière de la schizophrénie.

Diagnostic plus favorable.
Apparition plus tardive.
Touche plus fréquemment les femmes.

Le début peut être brutal avec un épisode aigu.
Il peut aussi être plus progressif.

II - SYMPTOMATOLOGIE

Présence de phénomènes hallucinatoires le plus souvent auditifs.

Sensation d'automatisme mental :

- Psychique : pensée influencée par une force mentale
- Moteur : les gestes sont dictés par une force

Délires sur des thèmes différents

- Peu systématisés
- Polymorphes

III - TRAITEMENT

Neuroleptiques antipsychotiques.
Évolution favorable.
Les symptômes peuvent diminuer ou même disparaître.
Mais c'est une psychose chronique.

Le thème délirant persiste comme si il était enkysté dans la personnalité.
Mais il perd de son actualité.
Il n'est pas accompagné d'émotions très fortes.

Parfois évolution défavorable.
Dégradation avec le temps.
Apparition de signes dissociatifs.
Apparition d'un syndrome négatif.
Évolution vers la schizophrénie.

PSYCHIATRIE

LA PARAPHRENIE

I - DEFINITION

Mot grec : autour de l'âme

Phrên : le diaphragme : siège de l'âme.

Apparition tardive entre 40 et 50 ans.

Apparition d'un délire de mécanisme imaginatif.

Thèmes grandioses et fantastiques.

L'évolution ne montre pas de détérioration.

Délire chronique très riche, dont les thèmes changent.

Impression que le patient raconte un conte de fée ou de science fiction.

Production délirante à caractère artistique.

II - SEMIOLOGIE

Délires sur :

- Le don
- L'origine sociale
- La richesse

Confabulations : inventions auxquelles le malade adhère immédiatement.

Le délire n'est pas rigide, pas stable.

Il s'enrichit constamment de nouvelles inventions.

Le patient est par ailleurs bien adapté.

Il peut avoir une vie sociale presque normale.

Délire et réalité ne se mélangent pas.

Le délire est tellement fantastique qu'il ne peut pas être confondu par le malade avec la réalité.

Aspects mégalomaniques.

Pas de détérioration.

Hospitalisation seulement en cas de risque de passage à l'acte.

III - TRAITEMENT

Neuroleptiques à petite dose.

Si hospitalisation, elle doit être courte.

Psychothérapie

On écoute.

On essaie de renforcer chez lui la part du réel.

Diagnostic relativement favorable

- Pas de dissociation
- Stabilisation possible

PSYCHIATRIE

LES PSYCHOSES ENDOGENES AIGUËS

I - LA BOUFFEE DELIRANTE AIGUË

A - DEFINITION

État psychotique aigu d'apparition brutale.

Polymorphisme : beaucoup de choses dans le tableau clinique.

Crise courte.

Diagnostic favorable.

Ne dur jamais plus de 2 à 3 semaines.

Au-delà : psychose chronique.

Prodromes quelques jours avant : signes avant-coureurs :

- Insomnies
- Irritabilité
- Angoisses sans raisons

Installation brutale de l'état psychotique.

Rupture brutale avec le fonctionnement normal.

B - SYMPTOMATOLOGIE

Délire :

- Très flou, pas du tout systématisé : pas de système délirant.
- Polymorphe.
- Très intense : le malade est complètement dans la réalité de son délire.

Communication avec l'entourage très perturbée.

Forte participation émotionnelle.

Parfois manifestation d'une euphorie et d'une grande excitation.

Parfois aussi expression d'une grande tristesse et d'un catastrophisme.

Grande mobilité émotionnelle : passage rapide d'un état à l'autre.

Conviction totale de la réalité du délire.

L'autre réalité n'existe plus.

Double orientation : réponses exactes sur l'identité mais en même temps réponses délirantes.

Hallucinations fréquentes, surtout visuelles.

Le patient vit dans un monde onirique, très scénique.

Toutes les perceptions sont perturbées.

Voyages dans le temps et dans l'espace qui peuvent provoquer soit un grand bien-être, soit de grandes frayeurs.

Automatisme mental.

C'est un délire agi.

Son délire pousse le malade à agir immédiatement : voyages pathologiques.

1/3 des cas vont guérir après un épisode unique.

1/3 récides de bouffées délirantes éventuellement plusieurs fois dans leur vie mais sans dégradation de la personnalité.

1/3 vont se chroniciser et dériver vers la schizophrénie.

Diagnostic différentiel un peu difficile à poser.

Voir s'il ne s'agit pas d'une forme atypique de dépression ou de psychose maniaco-dépressive.

Exclure les états confusionnels successifs à certaines intoxications, en particulier à la drogue (LSD, extasy, amphétamines).

Exclure une manifestation d'ordre hystérique.

C - TRAITEMENT

Hospitalisation d'urgence.

Le patient peut passer à l'acte.

Administration de neuroleptiques par voie injectable.

- HALDOL

Accompagné éventuellement d'un neuroleptique plus sédatif :

- TERCIAN

Au bout de 3 à 5 jours, on remplace par le même traitement per os.

Le problème est de savoir combien de temps on continue le traitement.

Le taux de rechute est important si le patient n'est pas traité suffisamment longtemps : 6 mois à un an.

II - LA PSYCHOSE PUERPERALE

A - DEFINITION

Elle apparaît au cours de la grossesse, après l'accouchement ou pendant la période de lactation.

Parfois apparaît le syndrome du troisième jour : post-partum bleu.

* La mère devient très triste.

* Idées délirantes concernant le bébé ou elle-même

Le plus souvent de courte durée et sans suite.

Mais parfois une psychose s'installe entre le 5^{ème} et le 25^{ème} jour.

Elle ressemble à une bouffée délirante aiguë.

Souvent les thèmes délirants sont autour de l'enfant ou autour de la maternité.

Il faut exclure un facteur organique survenu au cours de l'accouchement :

- Modifications hormonales
-

S'intéresser aux antécédents psy de la mère et de sa famille.

Tableau clinique de la bouffée délirante aiguë.

Pronostic favorable.

Prendre des précautions pour une nouvelle grossesse.

Constitue rarement le début d'une psychose chronique.

B - TRAITEMENT

Hospitalisation, éventuellement en psychiatrie dans un service spécialisé "mère/enfant".

Précautions à l'égard du passage à l'acte suicidaire ou infanticide.

Traiter la mère par des neuroleptiques (impossibilité d'allaitement).

Suivi de la mère : immaturité.

Travail d'éducation.