

MANUEL DE PSYCHOPATHOLOGIE – Les psychoses - BDA
Guy Besançon
(1993). Paris : Dunod.

DÉFINITION ET CLASSIFICATION

1.1. Définition

Le terme de « psychose » désigne des états psychiques caractérisés par une altération profonde de la conscience du sujet (troubles graves de l'identité) et de son rapport avec la réalité. On exclut de cette catégorie les sujets chez qui cette double altération paraît due essentiellement à un retard mental. Par contre, il peut exister des troubles psychotiques associés à un retard mental (par exemple, les psychoses déficitaires apparaissant chez l'enfant).

Les troubles psychotiques, ouvrant sur l'expérience délirante, pourront survenir dans des circonstances diverses. (Besançon, p161)

On distingue ainsi :

- Les psychoses aiguës

Elles sont caractérisées par une apparition brutale et une résolution plus ou moins rapide, avec retour à l'organisation psychique antérieure présumée non psychotique.

Ainsi, des facteurs psycho génétiques (émotion, traumatisme psychique) ou organiques (toxiques, infectieux, etc.) pourront occasionner le déclenchement d'une bouffée délirante, d'une confusion mentale ou d'un état maniaque ou mélancolique transitoires.

Par contre, certains états psychotiques aigus s'avèreront par la suite être les premières manifestations franches de troubles psychotiques chroniques. Nous passons alors du cadre des psychoses aiguës à celles psychoses chroniques dont le cours est fréquemment émaillé de phases processuelles aiguës.

Les psychoses aiguës ne supposent donc pas une structuration psychotique de la personnalité du sujet. (...)p162 (Besançon, 1993)

- Les psychoses chroniques

Elles présentent une chronicité qui répond à une structuration psychotique de la personnalité. Là, les troubles de l'identité sont profonds et durables. Ils renvoient à *des failles importantes dans les étapes précoces du développement psycho-affectif*. (...)

Ainsi, les sujets présentant des failles profondes dans leurs processus d'identification et de structuration, une organisation pré-génital risquent tôt ou tard d'être débordés dans leur capacité à faire face aux exigences de la réalité. Survient alors la décompensation psychotique qui va signer l'entrée dans une psychose chronique, avec des troubles graves de l'identité et la création délirante d'une néo-réalité. P162 (Besançon, 1993)

1.3. Classification des psychoses

Voici, sous forme d'un tableau, les psychoses retenues pour leur étude dans cet ouvrage. p164 (Besançon, 1993)

PSYCHOSES AIGUËS

- bouffées délirantes polymorphes ou psychoses délirantes aiguës ;
- confusion mentale ;
- manie ;
- mélancolie.

PSYCHOSES CHRONIQUES

Schizophrénie :

- forme simple ;
- forme hébéphrénique ;
- forme hébéphréno-catatonique ;
- forme paranoïde ;
- forme schizo-névrotique ;
- forme schizo-affective ;
- héboïdophrénie.

Psychoses délirantes chroniques :

- délires chroniques systématisés ou délires paranoïaques :
 - délires passionnels :
 - délire de revendication
 - délire de jalousie,
 - délire érotomane ;
 - délire d'interprétation (Sérieux et Capgras) ;
 - délire sensitif de relation (Kretschmer) ;
- psychose hallucinatoire chronique ;
- délires fantastiques, para phréniques ou délire d'imagination.

Psychoses affectives ou psychoses maniaco-dépressives.

Troubles psychotiques chroniques secondaires à des affections organiques

(troubles psychotiques liés à la démence sénile, psychose alcoolique, paralysie générale, etc.).

2 LES PSYCHOSES AIGUËS

2.1. Les bouffées délirantes polymorphes (B.D.P) ou psychoses délirantes aiguës (P.D.A.)

Ce sont des états transitoires, caractérisés par la survenue soudaine l'un délire d'une grande intensité, très polymorphe dans ses thèmes comme dans ses mécanismes, avec déstructuration de la conscience.

Le délire est vécu comme une donnée immédiate de la conscience avec anxiété et sentiment d'illumination, dans une atmosphère de dépersonnalisation. Mais le sujet conserve un contact avec la réalité, plus nettement que dans les confusions mentales (cf. chap. 2 et 3). Parallèlement au délire et à l'altération de la conscience, on observe des troubles de l'humeur et du caractère. P164-165 (Besançon, 1993)

2.1.1. Clinique

▪ Terrain

Les B.D.P. touchent essentiellement des sujets jeunes. Par ailleurs, il semble qu'il n'y ait aucune spécificité de terrain qui puisse significativement y prédisposer ou en prémunir.

▪ Début

Il peut être très brutal, mais en général, dans les jours qui précèdent, le sujet présente des phases d'inquiétude vague, alternant avec des états d'exaltation. Pendant cette période, les cadres de référence qui organisent le champ du vécu du sujet s'effacent progressivement.

▪ Période d'état

- *La déstructuration de la conscience.* Le sujet est *dépersonnalisé* : il se sent transformé dans sa morphologie, dans son fonctionnement psychique, dans ses possibilités physiques et mentales. Sa perception du monde est bouleversée : le réel ne cesse pas totalement d'exister, mais les règles qui

gouvernement les événements ont perdu leur permanence. La perception du temps et de l'espace est modifiée par l'expérience délirante dans une atmosphère d'étrangeté. L'associe fréquemment à la dépersonnalisation un syndrome d'*automatisme mental* :

- Hallucinations psychiques (sans sensorialité) : représentations mentales de bruits, paroles, odeurs, visions, mouvements...
 - Transformation de la pensée du sujet (elle fait écho, est devinée, lui est imposée...),
 - Hallucinations psycho-sensorielles de tous types : visuelles, auditives, gustatives, olfactives, cénesthésiques (transformations ans son corps), kinesthésiques (hallucinations de mouvements). Localisables dans l'espace, elles ont toutes les caractères de la sensorialité. Ce vécu hallucinatoire et de dépossession conduit au *syndrome d'influence* : les phénomènes forcés ou parasites viennent pour le sujet du dehors. Il est le jouet de forces qui agissent sur lui. Le vécu a un *aspect oniroïde* : c'est un état de rêve délirant, ineffable, énigmatique et magique, coexistant de façon flottante avec le maintien de la perception du réel.
- Le *délire*. Très vite, il apparaît *constitué de toutes pièces*, à la différence de son installation souvent insidieuse dans la schizophrénie. Les *thèmes* sont multiples et variables. Très souvent coexistent dans des proportions variables des thèmes de persécution (fin du monde, empoisonnement, culpabilité, possession, transformation sexuelle, mort...) et des thèmes d'exaltation (puissance, grandeur, richesse, mission...). Ils se succèdent avec une grande rapidité sans lien ni systématisation, le plus souvent inachevés et fugitifs. Les *mécanismes délirants* sont également multiples : hallucinations psychiques surtout, psycho-sensorielles quelquefois, imaginations, interprétations, illusions, intuitions...
 - Les *troubles de l'humeur*. L'exaltation affective est constante, tantôt mélancolique (avec abattement, tristesse, idées de mort...), tantôt illuminée et triomphante (expansivité, agitation...), tantôt anxieuse. Ces états affectifs sont très rapidement variables, souvent intriqués et généralement d'une grande violence. Leur parenté avec les états maniaco-dépressifs est indéniable tailleurs, nombre de B.D.P. évoluant vers la chronicité aboutissent à une authentique psychose maniaco-dépressive.
 - Le *comportement*. En fonction des représentations imaginaires, le passage se fait rapidement de l'agitation à la stupeur, de la loquacité au mutisme. Il y a donc un risque majeur de passage à l'acte agressif ou suicidaire, avec risque d'actions médico-légales (vols fugues, conduites dangereuses, agressions, etc.). (...)
 - La *qualité de la conscience*. Outre la déstructuration de la conscience (cf. 2.1.1.), il n'existe ni désorientation temporo-spatiale ni trouble mnésique. Bien que capté par ses productions délirantes, le sujet conserve une certaine lucidité. Il reste capable de saisir le réel et de communiquer. Il y a coexistence pour lui de deux réalités : l'expérience délirante qu'il vit et la réalité qu'il vit aussi. P165-166 (Besançon, 1993)

2.1.2. Évolution

La fin d'une B.D.P. survient en quelques jours à quelques semaines, exceptionnellement plus. La thérapeutique améliore la rapidité de résolution et le pronostic évolutif (risque de passage à une psychose chronique ou à une P.M.D., psychose maniaco-dépressive).

D'après Laboucarié (1960), sous traitement, il y a : [pas de ref]

- 40 % de guérisons définitives (épisode unique),
- 45 % d'évolutions intermittentes avec des intervalles normaux, dont les 2/3 évolueront vers une P.M.D.,
- 15 % d'évolutions vers des psychoses chroniques (surtout schizophréniques). P167 (Besançon, 1993)

2.1.3. Traitement

L'hospitalisation s'impose pratiquement toujours. Souvent, la gravité des troubles du comportement et le refus des soins par le malade obligent à avoir recours à un internement en « hospitalisation d'office » et à une « hospitalisation à la demande d'un tiers » (loi du 27juin 1990).

Les neuroleptiques incisifs (anti-délirants) et sédatifs (pour réduire angoisse et l'agitation) sont la base du traitement. Souvent on a recours à la sismothérapie, en raison de son efficacité et de sa rapidité d'action. P167 (Besançon, 1993)

2.2. Les psychoses puerpérales

Il s'agit d'une forme particulière des psychoses délirantes aiguës traitée ici séparément en raison de ses aspects originaux. Ce sont de psychoses délirantes aiguës survenant classiquement dans le post-partum immédiat, mais quelquefois plusieurs semaines après l'accouchement, ou même parfois lors du sevrage. P168 (Besançon, 1993)

2.2.1. Clinique

Le tableau clinique s'installe en général brutalement, même s'il est fréquemment précédé par l'installation d'un état d'anxiété avec apparition de symptômes d'allure névrotique (phobiques ou obsessionnels) et d'une subconfusion. Rapidement la femme présente une *confusion mentale* d'intensité variable. Les *idées délirantes* concernent l'accouchement (« il n'a pas eu lieu ») ou l'enfant (« ce n'est pas le sien », ou : « il est mort », ou « malade » ou « anormal »...).

L'humeur est gravement perturbée, très fréquemment dans le sens mélancolique (« l'enfant est mort », elle l'a tué...), avec souvent des passages maniaques, ou parfois de véritables états mixtes. L'angoisse est extrême. L'attitude de la mère vis-à-vis de l'enfant est faite d'indifférence, de rejet de tout contact avec cet enfant qu'elle ne perçoit pas comme le sien, qu'elle regarde comme un objet étrange, monstrueux. Au mieux, elle n'a de contact qu'en se forçant, de façon automatique. P169 (Besançon, 1993)

2.2.2. Évolution

Favorisée par une prise en charge adaptée, l'évolution est favorable dans la grande majorité des cas. Les rechutes lors de nouvelles grossesses ne sont pas rares mais ne sont pas la règle. Enfin, comme toute psychose délirante aiguë, les psychoses puerpérales peuvent inaugurer une entrée dans une schizophrénie ou dans une psychose maniaco-dépressive. P169 (Besançon, 1993)

2.3. Les confusions mentales

Les confusions mentales sont caractérisées par l'apparition sur un mode aigu, et habituellement transitoire, d'une obnubilation de la conscience, d'une désorientation temporo-spatiale et d'un délire onirique. Elles peuvent avoir une origine psychogène, mais, le plus souvent elles traduisent une agression du système nerveux central par un agent exogène (infection, intoxication, trouble vasculaire, etc.). p170 (Besançon, 1993)

2.3.1. Clinique

Le début est souvent marqué par l'apparition d'une insomnie, de céphalées, de troubles du caractère et de l'humeur, d'un syndrome de dépersonnalisation. Puis, rapidement, s'installe la confusion avec au premier plan l'altération de la conscience : désorientation temporo-spatiale, troubles mnésiques, troubles de l'attention et troubles de toutes les fonctions intellectuelles (analyse, synthèse, jugement).

Le *délire* est de mécanisme hallucinatoire. Il est caractérisé par son aspect onirique : mobile, incohérent, discontinu. Il met fréquemment en scène des thèmes professionnels, des images effrayantes ou monstrueuses, ou, plus rarement, des thèmes érotiques ou mystiques.

Le *comportement* du sujet est caractéristique : il est hébété, perplexe, tantôt ralenti, tantôt agité et anxieux. Son adhésion au délire étant totale, il peut présenter des passages à l'acte dangereux et violents (fuite, agression...).

Les *troubles physiques* sont très fréquents : atteinte de l'état général, fièvre, dénutrition, déshydratation... et troubles somatiques en rapport avec la cause déclenchante (troubles neurologiques, hépatiques, rénaux, biologiques...). P170 (Besançon, 1993)

2.3.2. Évolution

La guérison survient plus ou moins rapidement dans la majorité des cas, à moins que la confusion mentale n'inaugure une pathologie chronique (démentielle notamment). Parfois la mort peut survenir, soit dans les formes intenses, soit dans les formes symptomatiques d'une affection grave. p171 (Besançon, 1993)

2.3.3. Traitement

Un traitement étiologique doit être mis en place dès qu'une cause est identifiée (antibiotiques, vitaminothérapie, etc.). Sur le plan symptomatique, il convient d'assurer :

- Une surveillance étroite, sans contention, dans une ambiance rassurante,
- La réhydratation et le rééquilibrage hydro-électrolytique (perfusions),
- Un traitement sédatif et neuroleptique,
- Une sismothérapie (« électrochocs ») si les médicaments psychotropes ne donnent pas de résultat satisfaisant dans les 48 h. P171 (Besançon, 1993)

2.4. Les accès maniaques ou manies aiguës

Les accès maniaques sont des états psychotiques aigus réalisant un tableau d'excitation psychique et motrice, avec exaltation de l'humeur. P171 (Besançon, 1993)

2.4.1. Clinique

- Début

Le plus souvent il est brutal, mais peut être précédé d'une période dépressive, ou au contraire d'une phase d'exaltation émotionnelle. Le sujet se sent envahi d'un sentiment de bien-être et de facilité. Son humeur est expansive (il est joyeux, familier, logorrhéique) mais peut vite tourner à l'agressivité. Son excitation psychique se traduit au plan du comportement par de multiples projets, une grande agitation motrice, une consommation excessive d'excitants (alcool, café, tabac...), une excitation sexuelle débridée et une insomnie majeure. P171 (Besançon, 1993)

- Etat

L'aspect du patient est très évocateur : tenue débraillée ou cocasse (agitation perpétuelle, logorrhée, cris, chants, calembours..., mais il n'est pas rare qu'une agressivité importante vienne remplacer la jovialité, en particulier face aux contrariétés. L'excitation psychique se traduit par la *fuite des idées*, qui s'enchaînent très vite les unes aux autres, de façon superficielle, par des processus associatifs rapides. *La déstructuration de la conscience* se manifeste dans l'éparpillement de l'attention et de la conscience se manifeste dans l'éparpillement de l'attention et la perte des facultés de concentration. Le maniaque saisit au vol tous les détails de la situation où il se trouve, mais est incapable de fixer son attention. Les troubles du jugement sont manifestes. L'altération de la conscience va parfois jusqu'à l'apparition d'hallucinations et d'idées franchement délirantes (manie délirante). Par contre, il n'y a pas, le plus souvent, de désorientation temporo-spatiale.

L'exaltation de l'humeur est au premier plan : euphorique et mégalomane, le maniaque se sent en mesure de tout entreprendre. Mais cette hyperthymie est très versatile : la moindre contrariété déclenche l'agressivité, de l'ironie caustique à la classique « fureur maniaque ». À noter que, fréquemment, des idées au contenu franchement dépressif pourront infiltrer ses propos et révéler ainsi la problématique dépressive sous-jacente.

Les troubles du comportement sont multiples : l'excitation psychomotrice est source d'une activité incessante (déplacements multiples, gesticulations, entreprises désordonnées et incohérentes...). L'expansivité et les troubles du jugement conduisent à la prodigalité (dépenses inconsidérées), à des conduites aberrantes dans le cadre professionnel ou familial, et à des troubles guidés par la mégalomanie, un optimisme forcené et des troubles du jugement (conduite automobile à très haut risque, exploits physiques dangereux...).

L'excitation érotique est constante : propositions érotiques tapageuses, exhibitions...

L'agressivité risque de se manifester violemment, de la simple agressivité verbale aux actes médico-légaux les plus graves. P172 (Besançon, 1993)

- Formes cliniques

- o hypomanie : tous les signes cliniques y sont atténués ;
- o manie délirante : présence d'idées délirantes et d'hallucinations ;
- o fureur maniaque : l'agitation et l'agressivité y sont extrêmes ;
- o manie confuse : altération plus profonde de la conscience, désorientation temporo-spatiale ;
- o états mixtes : intrication de manie et de mélancolie ;
- o manies atypiques : présence de dissociation, évocatrice d'une schizophrénie. P172-173 (Besançon, 1993)

- Évolution

Les états maniaques guérissent habituellement vite et bien grâce aux thérapeutiques actuelles, et les manies chroniques sont devenues très rares. Par contre, dans leur grande majorité, les manies s'inscrivent dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive, ou d'une schizophrénie (notamment les schizophrénies dysthymiques), et le risque de rechute est alors majeur. Un état maniaque peut aussi se terminer non pas par la guérison mais par une inversion de l'humeur : émergence d'une dépression mélancolique (en particulier dans la P.M.D.). Enfin, quelquefois, tandis que l'état maniaque disparaît, apparaissent des troubles dissociatifs et l'évolution paraît prendre le cours d'une psychose schizophrénique. P173 (Besançon, 1993)

2.4.2. Étiologie

- Les états maniaques s'inscrivent avant tout dans l'évolution des *psychoses maniaco-dépressives*, en alternance avec des épisodes mélancoliques (cf. chapitre Dépression).
- Ils peuvent aussi apparaître au début ou dans le cours de l'évolution d'une *schizophrénie*.
- Certaines *bouffées délirantes polymorphes* présentent une note franchement maniaque.
- Chez le vieillard, un épisode maniaque peut accompagner des troubles transitoires (troubles vasculaires cérébraux ou affection générale). Ils peuvent aussi marquer l'entrée dans une démence.
- Enfin, de nombreuses affections toxiques (alcool, drogues, médicaments), infectieuses, traumatiques, tumorales ou endocriniennes peuvent s'accompagner d'un trouble de type maniaque. P173 (Besançon, 1993)

2.4.3. Traitement

Si les hypomanies peuvent souvent être traitées en ambulatoire, les états maniaques francs nécessitent toujours l'hospitalisation, tant pour la mise en route du traitement que pour protéger le malade (et autrui) de ses troubles du comportement (scandale, débauche, dilapidation de biens, violence...). Si le malade refuse les soins, le recours à la loi du 27 juin 1990 s'impose (hospitalisation d'office ou hospitalisation à la demande d'un tiers).

L'isolement du malade dans le calme l'aidera à trouver des limites à son comportement expansif. Les *sels de lithium* ont une action anti-maniaque propre, mais ils sont surtout utilisés avec une visée à plus long terme comme régulateurs de l'humeur en cas d'évolution cyclothymique (cf. chapitre Dépression).

Des *mesures de protection judiciaires* devront être prises (sauvegarde de justice, éventuellement tutelle et curatelle) si le sujet s'est rendu coupable de conduites délictueuses ou de dilapidation de biens en raison de son état maniaque.

L'abord psychothérapeutique ne peut bien sur avoir de sens et être éventuellement envisagé qu'au sortir de la crise maniaque, en fonction de la problématique sous-jacente et de la personnalité du sujet. P173-174 (Besançon, 1993)

2.5. Les accès mélancoliques

Ce sont des états psychotiques aigus caractérisés par une dépression majeure où prédominent une inhibition motrice et psychique, une douleur morale intense, une forte angoisse et des idées de mort avec un risque suicidaire élevé. L'étude clinique en est faite dans le chapitre « Dépression ». p174 (Besançon, 1993)