
LES PSYCHOSES CHEZ L'ADULTE

A. Introduction

Les psychoses sont une façon d'être au monde en rupture avec la réalité
L'individu va avoir une vision différente de la réalité
Il n'y a pas forcément de souffrance associée

On va distinguer les psychoses aiguës (<6mois) et les psychoses chroniques

Se repose sur une structure psychotique de la personnalité
La psychose c'est le mode de décompensation psychotique

Tableau « 4 évolutions possibles »

Stade oral : importante, Fixations très précoces

Angoisses de morcellement ++

Stade anal = « dernière chance »

Adolescence : « moi psychotique organisé »

B. La sémiologie de la psychose

I. Le délire s'analyse à travers 4 critères sémiologiques

1. Mécanismes

- Sur quoi se base le délire ?
- Hallucinations** = perceptions sans objet
 - Sensorielles* : auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles (cénesthésiques)
 - Intrapsychiques* : ne sont pas objectivés dans la réalité extérieure, elles n'ont pas de support, interne, à l'intérieur de soi
 - Voies intérieures, syndrome d'automatisme mental
- Illusions** : croire que quelque chose n'est pas ce qu'il est
- Interprétation** : le sujet perçoit les choses et les interprète de manière erronée (ex : des gens parlent, il croit que c'est de lui)
- Imagination**
- Intuition**

2. Thèmes

= contenu du délire, 1 ou plusieurs thèmes

- Persécution** : floue (mélancolie, schizophrénie) ou claire (paranoïa)
- Idée d'influence** : conviction d'être commandé, sous l'emprise d'une force extérieure qui commente et qui commande les actes et les pensées

- **Mégalomanie/Grandeur** : idées de richesse, de puissance, d'autorité, des missions à accomplir
- **Mystique, ésotérique** : messager de dieu, sauveur de l'humanité, tout ce qui est autour de la parole divine : prophétie, envoutement, magie
- **Hypocondriaque** : peur d'être atteint d'un mal incurable, idée d'avoir une pathologie grave que personne ne veut guérir ; cas extrême : négation d'organes
- **Passionnels** : jalousie, érotomanie,...
- **Culpabilité** : le sujet se sent coupable de choses qu'il n'a pas commises

3. Organisation

- **Délire systématisé** : tout s'enchaîne de manière logique, cohérente (délire paranoïaque)
Délire non systématisé : flou, incohérent, mal enchaîné, hermétique et incompréhensible (délire paranoïde : bouffées délirantes, schizophrénie)
- **Délire en secteur** : concerne un seul secteur de la vie du sujet
Délire en réseau : envahit l'ensemble de la vie du sujet

4. La conviction, l'adhérence

- **Adhésion** : le sujet n'émet aucune critique, sa croyance ne peut être reconsidérée
- **Critique** : le sujet parvient à reconsidérer sa croyance, il n'est plus en adhésion totale

II. La dissociation

- MDD inconscient
- Séparation, scission des éléments psychiques qui habituellement sont réunis
- Perte de cohésion et de l'unité des processus unissant le psychisme du sujet dans sa pensée, son affect et sa conduite
- Ce qui caractérise le « dédoublement » de la personnalité, un psychisme « coupé » en deux
- **S'exprime cliniquement par :**
 - la discordance** : conséquence de la dissociation, affects opposés qui vont être exposés de manière presque simultanée
 - l'ambivalence** : pas clair dans sa façon d'être, de penser
 - les bizarreries** : sur le plan du langage et du comportement
 - le détachement**
 - l'imperméabilité** : psychisme imperméable

III. Les symptômes négatifs

On va distinguer les symptômes positifs (productions spécifiques de la maladie) et les symptômes négatifs (conséquences)

- Perte de compétence
- Eoussement de l'affectivité
- Perte d'initiative, de volonté, d'envie (d'énergie vitale)
- Repli autistique

C. Les psychoses aiguës

1. La bouffée délirante aiguë (BDA)

- =épisode psychotique transitoire, caractérisé par un délire à thèmes polymorphe (plusieurs thèmes) souvent accompagnés de troubles hallucinatoires multiples (sensoriels mais surtout intrapsychiques) survenant brusquement chez un sujet jusque-là indemne de troubles psychiques disparaissant spontanément au bout d'1 à 2 mois et laissant la plupart des cas aucune séquelles
- « coup de tonnerre dans un ciel serein »
- Jeunes 18-25 ans

- **Circonstances d'apparition :**
 - brutale
 - signes précurseurs : trbl du sommeil, sentiment de malaise, d'inquiétude, sentiment de menace ou au contraire de toute puissance
 - facteurs déclenchant : prise de toxiques, chocs émotionnels importants (deuil, séparation), échecs scolaires, emprisonnements

- **Phase d'état :**
 - le délire : brutal,
 - Thèmes multiples et variables (pas de stabilité) : de persécution, mégalomane, de transformation physique corporelle (Dysmorphophobie), de transformation sexuelle
 - Mécanisme : intuition, interprétation, hallucinations auditives et intrapsychiques (automatisme mental)
 - Adhésion totale
 - Mal systématisé
 - les troubles de la conscience
 - Sentiments bizarres d'étrangeté, de dépersonnalisation (sentiment de ne pas être maître de son corps, de son psychisme)
 - Troubles de l'attention, de la vigilance : pas prédominants
 - les troubles de l'humeur associés
 - Labilité de l'humeur (humeur très fluctuante, moments d'exaltations, d'instabilité, de folie)

- **Evolution :**
 - rémission spontanée au bout d'un mois
 - critique de la personne : souvenir de ce qui s'est passé
 - 25 à 40% des cas : unique
 - 30 à 50% des cas : récurrence
 - 15 à 30% des cas : passage vers schizophrénie (pas un passage obligatoire vers la schizophrénie, pas le mode d'entrée)

- **Traitement :**
 - Passage: HDT/HO: SPDT/SPDRE
 - Hospitalisation courte
 - Ecarter une éventuelle origine somatique
 - Sécuriser la personne : cadre sécurisant, rassurant

Grand travail d'accueil et d'orientation pour les familles et proches : très traumatisant pour les proches

TTT :

-anxiolytiques classiques ou sédatifs : XANAX, TRANXENE, LYSANXIA

-neuroleptiques (pour atténuer le délire) : RISPERDAL, ZYPREXA

2. La psychose puerpérale

- = *psychose aiguë qui est un syndrome confusio-déirant associé à des troubles de l'humeur et survenant lors du post-partum (entre l'accouchement et les 3-4 mois de l'enfant)*
- 1% chez les papas
- Accouchement = déclencheur

- Signes cliniques :**
 - symptômes de confusion mentale :
 - Désorientation temporo-spatiale importante
 - Trbl de la conscience, de la concentration, de l'attention, des fonctions intellectuelles (beaucoup + importants que dans la BDA)
 - Va englober l'enfant dans le délire : « ce n'est pas mon enfant », « on a enlevé mon enfant », « c'est un extraterrestre »
 - Trbl de l'humeur avec un épisode dépressif associé : anxiété ++++
 - Trbl du sommeil
 - Trbl alimentaires : anorexies très importantes
 - Interactions précoces très délétères ou inexistantes, soins maternels altérés +++++

- Prise en charge**
 1. Protéger l'enfant : préserver au maximum le bébé
 - Hospitalisation de la mère
 - Ne pas chercher à imposer l'enfant
 2. PP réagit très mal aux TTT : les TTT ont rarement ou peu d'effets, il faut attendre que ça passe

- Evolution**
 - pas de lien entre la PP et l'arrivée d'autres pathologies psychiatriques (n'est pas un mode d'entrée)
 - R* de reproduction lors d'une autre grossesse

D. Les psychoses chroniques

1. Les schizophrénies

- « fendre » « la pensée » : *pensée fendue*
- Définition :** *psychose chronique grave survenant chez le jeune adulte cliniquement caractérisée par des signes de dissociation mentale, de discordance affective et d'activités délirantes, incohérentes.*
- Cette psychose entraîne** généralement une rupture de contact avec la réalité, le monde extérieur, pouvant aller jusqu'au repli autistique

- **Epidémiologie :**
 - 1% de SZ dans la population en France et dans le monde
 - Entrée : 15-35 ans
 - H=F

- **Etiologie :**
 - Hypothèses génétiques : 10% de chance si 1 des parents est SZ, 30% si 2 parents sont SZ
 - Hypothèses neuropharmacologiques : dysfonctionnement au niveau de la dopamine

 - Hypothèses psychopatho : difficultés construction « moi » > longue distinction entre le moi et le non moi

- **Symptomatologie :**
 - **Dissociation**
 - **Troubles de la pensée :**
 - dynamique : fading mental (ralentissement de la pensée) jusqu'à l'arrêt total
 - contenu : pensées bizarres, raisonnement qui n'est pas perceptible par les autres (coq à l'âne), pas de suite logique des idées
 - > le psychisme est dissocié
 - **Troubles du langage :**
 - ralentissement (accentué par les TTT sédatifs)
 - alogorrhée (diarrhée verbale)
 - néologismes (emploi de mots détournés)
 - jargonophasie (langage propre à la personne)
 - maniérisme (accent anglais,...)
 - **Troubles affectifs :**
 - discordance entre ce qui est vécu et ce qui est exprimé
 - émoussement affectif : anesthésie émotionnelle, froideur affective
 - rires, pleurs immotivés
 - ambivalence des affects :
 - **Troubles des comportements :**
 - bizarreries
 - façon de serrer la main
 - façon de s'habiller : changement de look d'un jour à l'autre, de manière complètement inadaptée

 - **Délire paranoïde**
 - Aspect central : Très mal systématisé : on n'arrive pas à croire au délire, à le comprendre, pas de suite logique d'arguments
 - Thèmes : persécution, influence, mégalomaniaque, fréquence importante de thèmes mystiques, ésotériques, ... Changement fréquent d'un thème à l'autre
 - Adhésion et conviction ++++
 - Beaucoup d'automatismes mentaux (c'est lui qui, c'est quelqu'un qui m'a dit ...)
 - Fréquemment accompagné d'angoisses (morcellement, dépersonnalisation)

➤ **Symptômes négatifs**

- Perte d'envie (s'intéresse de moins en moins aux choses)
- Abandon progressif
- Evolution déficitaire (appauvrissement des capacités intellectuelles)
- Stéréotypies : rituels psychotiques (toujours la mm place, ..)
- Retrait, isolement, repli autistique

➤ **Angoisses**

- Les mêmes que chez le nourrisson
- morcellement (idée d'exploser par manque de protection)
 - d'inanité (d'être vide, comme une coquille d'œuf, sans pulsions)

□ **Diversité de la pathologie**

Il n'y a pas une SZ mais plusieurs

✚ **SZ paranoïde**

La plus courante

Le délire a une place très importante, il prédomine // aux trbl dissociatifs

Différents mouvements: moments de décompensation psychotique, des phrases productives, de décompensation psychique en alternance avec des phases intercritiques (entre 2 périodes de crises importantes) où les symptômes sont latents (un peu plus endormi) où il y a beaucoup moins de délire.

Phases de durée très variable

Pas de guérison mais +/- stabilisation (SZ résiduelle)

✚ **SZ hébéphrénique**

La dissociation va prédominée sur le délire

Discordance affective très importante

Evolution déficitaire très importante

Dégradation +++ plan intellectuel et cognitif

✚ **SZ catatonique**

Figement psychomoteur

Dissociation psychique s'exprime beaucoup sur le plan psychomoteur

Inertie physique +++

Négativisme ++

Maniérisme avec stéréotypie sur le plan comportemental

Stupeur catatonique : individu complètement figé, immobilité physique et mutisme total, « statue »

Plan relationnel : soit une opposition systématique ou à l'inverse une obéissance automatique (suivre sans trop savoir pourquoi, « robot »)

Moments de fureur catatonique : moments de décharges motrices violentes : passage à l'acte non prévisible

✚ **SZ dysthymique**

Périodes d'états délirants et périodes d'états dépressifs

Ex : PMD

- **Aspects psychopathologiques**
 - ❖ Relation d'objet
Fusionnelle
Fixation au stade oral (très précoce) ou la distinction « moi/non moi » n'est pas faite
L'autre est un prolongement de soi-même
Va aller progressivement vers une relation d'objet partielle : l'autre est envisagé par « bouts » ex : le sein c'est maman
Difficultés à envisager l'individu dans son entièreté
 - ❖ MDD instables, non fixes
-clivage : relation d'objet partielle, investir le bon côté et jeter le mauvais > clivage instable > relation à l'autre imprévisible
>Du moi et de l'autre
-projection : projeter le mauvais côté (clivage) chez l'autre, instable
Thèmes instables, relations à l'autre instable
-identification projective : mettre dans l'autre une mauvaise partie de lui-même avec la volonté un peu folle de la maîtriser, de la contrôler
Sur objet vivant ou inanimé

- **Evolution**
-entrée : fin de l'adolescence, jeune adulte
-on peut rentrer dans la SZ par une BDA ou avoir un début beaucoup plus progressif : baisse des résultats scolaires, consommation de produits, diminution des interactivités, modification du rapport au corps, installation progressive d'une froideur affective, d'obsessions un peu bizarres
-pas de guérison mais stabilisation possible

- **Traitement**
-1^{er} objectif : dépistage le + précoce possible
-hospitalisation pendant périodes de décompensations psychiques
-traitement neuroleptiques : HALDOL, RISPERDAL, ZYPREXA, TERCIAN
-psychothérapie institutionnelle : donner des repères, réassurance, suivi individuels ou activités
> donner une enveloppe institutionnelle va aider le patient à se reconstruire
-HDJ/CMP/CATTP/ ESAT/ Appartements thérapeutiques

2. La paranoïa

- Arrive + tardivement, vers 35 ans, pas de pb de marginalisation
- **Définition :**
 - ❖ « penser à côté »
 - ❖ *Caractérisée par le développement insidieux (progressif, sans trop s'en rendre compte) d'un système délirant durable, inébranlable, allant de pair avec la conservation de la clarté et de l'ordre dans la pensée, conservation de la volonté et de l'action.*

□ **Symptomatologie :**

❖ **Personnalité paranoïaque**

→ Hypertrophie du moi, surestimation du moi, orgueil ambitieux

→ Méfiance : s'exprime par de la susceptibilité, rejet de ce qui vient des autres, sentiment général d'être entouré par des gens malveillants, envieux, jaloux > réticence relationnelle

Il voit dans les autres une utilisation de lui

→ Fausseté de jugement : raisonnement paralogique > il va formuler des hypothèses erronées sur lesquelles il va rester fixé, il va interpréter les choses dans le sens de ses croyances

> Autoritarisme et impossibilité à se remettre en cause

→ Psychorigidité : froideur affective, personnes entêtées et procéduriers, querelleurs, rechercher des noises en permanence, il faut que tout soit carré sinon ça ne va pas

❖ **Délire paranoïaque**

→ Interprétation = mécanisme principal = pas de problèmes de perception mais interprétation de travers

→ Conviction/Adhésion très fortes

→ Délire très systematisé et très crédible : cohérence +++

→ Commence en général en secteur (un seul aspect de la vie) et évolue en réseau (évolution négative) et envahit totalement la vie du sujet

→ 3 grands thèmes :

- passionnel :

-> délire *de jalousie* > risque de passage à l'acte

Troubles addictifs souvent associés

Phases très intenses (décompensation)

-> délire *érotomaniaque* : conviction d'être aimé par une autre personne, en général avec un rang social élevé

Plusieurs phases :

1. Espoir : phase de construction, d'exaltation

2. De dépit : « je suis convaincue qu'il m'aime mais il ne se passe rien alors je suis déçue »

3. De rancune : « je lui en veux d'avoir été lâche et de ne pas avoir tout abandonné pour moi » : lettres d'insultes, harcèlement, crimes passionnels

-> Délire de *revendication* : le sujet est convaincu d'avoir subi un préjudice et du coup il cherche à obtenir réparation :

-quérulent processif (celui qui va faire des procès en permanence)

-inventeurs méconnus

-> Délire mégalomaniaque : vraie mission (projet, mise en place d'actions)

-Délire d'interprétation (Sérieux et Capgras)

Chez les personnes qui ont toujours eu une personnalité paranoïaque

Va interpréter tous les éléments du quotidien en termes de complots, de persécution « tout, tout le temps, partout »

En réseau

-Délire de relation des sensitifs (Kretschmer)

Personnes très sensibles aux critiques

Intériorisation des douleurs, des échecs

Culpabilisation ++

Association avec les troubles dépressifs, avec un vécu douloureux psychologiquement

Danger important pour l'individu : R* suicidaire

□ **Aspects psychopathologiques**

❖ Relation d'objet

L'autre est considéré comme un double de moi-même

Objet d'une relation narcissique que j'ai vis-à-vis de moi mais projeté sur l'autre

L'autre ne va être vécu que par ce qu'il peut apporter à la personne

❖ MDD

→ Clivage du moi stable : je garde le bon côté

→ Projection stable : je projette le mauvais côté toujours sur la même personne (pulsions non assumables)

Le clivage est très clair pour le paranoïaque

3. Les psychoses hallucinatoires chroniques (PHC)

- Déf: *psychose chronique délirante épisodique (périodes de délire avec phases intercritiques) basé sur un syndrome d'automatisme mental et sur des hallucinations sensorielles que le sujet vit comme des perceptions irréfutables.*

- Entrée: 40-50 ans

- Sémiologie:

❖ Très riche en phénomènes hallucinatoires

❖ Délire organisé autour d'un thème clair et cohérent

❖ Thèmes variés mais un prédominant

❖ Peu de discordance

❖ Paraphrénie : délire très imaginaire, beaucoup de thèmes de science-fiction avec une très grande richesse de l'imagination

❖ Mécanisme central : imagination

❖ La personne vit une vie

- Traitement:

❖ Neuroleptiques efficaces

❖ Pb : personnes très peu consentantes aux soins (vie bien installée, âge avancé)