REPERES CLINIQUES et ETUDE SEMIOLOGIQUE

A) *COMPLEXITE D'UNE PROBLEMATIQUE*

1] DEGAGEMENT ET REPERAGE NOTIONNEL – GENERALITES

1- La notion de sémiologie en psychopathologie

Cette notion est l'ensemble des signes cliniques. Mais il faut faire attention à ne pas confondre le signifiant (ce qui est dit) et le signifié (ce que cela veut dire).

Les signes peuvent être observés chez différent patient mais ne veulent pas forcément dire la même chose. Il faut être objectif. Tout dépend de la personne et de son histoire.

A partir du tableau clinique, on essaye de donné un sens aux signes observés (diagnostic). Après l'investigation clinique, le diagnostic différentiel permet de voir la structure sous-jacente de la personne. Le pronostic sert à évaluer les risques et l'évolution de la maladie. Celui-ci est suivi du traitement.

2- La notion de structure de la personnalité : approche psycho-dynamique

Résilience : capacité à surmonter un traumatisme et à rebondir.

Une structure de personnalité est en évolution. Un traumatisme peut bouleverser cette structure.

Un syndrome est un classement de symptômes. La stucture de personnalité fonctionne avec l'économie psychique (c'est la synthèse de ce que l'on est) et des mécanismes de défense.

3- Notion de classification

La maladie mentale :

- ne s'exprime et n'est pas admise de la même manière dans les différentes cultures.
- Son étude est la nosographie.

La limite entre le normal et le pathologique n'est pas forcément évidente. Tout le monde est un jour ou l'autre en souffrance mentale.

4- La dimension d'étiologie et d'étiopathologie

L'étiologie est l'étude de la genèse des troubles mentaux.

- Modèles explicatifs / compréhensifs
- Causalisme psychique : trajectoire psychique individuel de l'histoire de la maladie du sujet.
- L'organogenèse (PICHOT) : il y a une origine somatique à toute maladie mentale.
- La psychogenèse (FREUD) : Il y a un problème psychique à l'origine de toute maladie mentale.
- Organo-dynamisme : Il y a une interaction psyché-soma.

5- La notion de personnalité (BERGERET)

⇨ Etayage et personnalité :
Une personnalité se construit tout au long de la vie (de avant la conception jusqu'à la mort).
Il y a une sorte de répétition trans-historique.
Etayage : sédimentation des restes de notre histoire, héritage psychologique.

⇨ Le profil de personnalité :
C'est l'allure que va donné le sujet, façon dont le sujet va traduire la maladie de manière 100% individuel.

⇨ Les qualifications :
Névrose : la personnalité est suffisamment structurée pour que la souffrance soit interne à l'individu. Le sujet en est conscient.
Psychose : la souffrance est interne mais aussi en relation avec l'extérieur.
Perversion : un peu psychotique, un peu névrotique : état-limite, as-if (comme si)

6- Les organisations psychiques

Trois dimensions :

- Topique : conscient / inconscient
- Dynamique : pulsion
- Economie psychique : gestion des lieux où se déroule les conflits (conscient, inconscient)et de la dynamique.

7- Méthodologie : les méthodes, les techniques

C'est le moyen de lisibilité de la psychopathologie (« découpe » organisatrice de sens).

Notre connaissance de la psychopathologie va influencer la méthodologie. Il faut étudier les contrastes, les disharmonies.

Techniques projectives : ex. : le Rorschah
Elles peuvent être thématiques (interprétation d'une situation) ou athématique (interprétation de formes).

Comment peut on évaluer l'angoisse d'une personne ?
Comment peut on mesurer le degré d'adaptation d'un individu à la réalité ?

2] CHAMP EPISTEMIQUE (Ionescu, 2000)

En psychopathologie, il y a quatorze approches, mais il faut pouvoir s'en démarquer.

1- La psychologie 'athéorique' DSM IV (1996)

Il n'y a pas de référentiel théorique, c'est une approche 100% clinique.
DSM IV : classement des signes cliniques.

Tout se déduit de l'entretien clinique.

Le DSM IV se découpe en différents axes :

AXE 1 : ensemble des troubles cliniques.
Ex. : troubles anxieux, troubles somatoformes,…

AXE 2 : troubles de la personnalité et retard mental.
Trois groupes :
- personnalité paranoïaque (caractéristiques : interprétation, perversion du discours et de la réalité, propension à l'agir), schizoïde ou schizotypique.
- Personnalité antisociale, limite (ex. : les toxicomanes)
- personnalité évidente, dépendante, obsessionnelle, compulsive

AXE 3 : troubles ou affections physiques.
Troubles de l'humeur dû à un trouble somatique.

AXE 4 : problèmes psychosociaux et environnementaux.
Clinique du passage à l'acte
- problèmes en relation avec le groupe
- problèmes liés à l'environnement social
- problèmes liés à l'éducation
- problèmes professionnels
- …

AXE 5 :
Il faut être vigilant (métaphore de la cocotte minute) à la structure sous-jacente, sa solidité, sa plasticité.

2- <u>La psychopathologie cognitivo-comportementaliste</u>

Distorsion de l'analyse du trouble par la personne elle-même.
Ex. : traitement des phobies

⇨ relève des théories de l'apprentissage.

3- <u>Psychopathologie phénoménologique</u>

Comment les troubles mentaux peuvent être traités comme un phénomène pathologique ?

Le 'fou' se pose de vraies questions mais y apporte des réponses inadaptées.

La DASEINANALYSE : chaque patient rend compte de sa souffrance de façon individuelle. On ne peut pas renvoyer une méthodologie générale.

C'est une psychopathologie de la perception.

4- Psychopathologie psychanalytique

⇨ Postulats fondamentaux :

- Notion d'étayage : prose en compte de l'histoire consciente et inconsciente du sujet.
- Rôle de l'inconscient dans la production des symptômes.
- Le symptôme lui-même n'a pas de sens, il y a une logique du symptôme. Il dit quelque chose, il fait sens.
- Rôle de la sexualité : elle est une processus de liaison.
- Rôle des expériences individuelles : l'amplification d'un fait banal peut prendre un sens pathologique.
- Rôle du refoulement. Le retour du refoulé → angoisse. Quand on a un tableau de névrose d'angoisse, c'est que la personne refoule des idées insoutenables.

3] PSYCHOLOGIE CLINIQUE (H. Ey, 1989)

Il y a un classement qui différencie :

⇨ psychopathologies mentales aiguës

C'est la déstructuration du champ de la conscience, il n'y a pas de sens de la réalité concrète. Ex. : syndromes maniaco-depressifs, syndrome délirants, hallucinatoires, syndromes confuso-onirique,…

⇨ Psychopathologie mentales chroniques

C'est la désorganisation de l'être conscient et pathologie de la personnalité.

4] LES ORGANISATIONS NEVROTIQUES, PSYCHOTIQUES ET PERVERSES

1- Les organisations névrotiques

→ Introduction

Ce sont des 'maladies de la personnalité à l'origine des quelles les facteurs psychologiques jouent un rôle majeur'.

Il y a pas ou peu de distorsion de la réalité, les relations sociales ne sont que peu altérées. Le sujet a conscience de son problème et on observe une conscientisation de la souffrance.

Il y a une représentation symbolique et compréhensible. On parle d'organisation névrotique de la personnalité, l'essentiel marche par refoulement.

→ Points de repère généraux

- Anomalies de l'activité sexuelle : le sujet ne fait pas de lien avec l'origine névrotique.
- Troubles du sommeil : quand nous entrons dans le sommeil, il y a baisse de vigilance.
- Asthénie : fatigue permanente, le sujet est toujours en train de penser.

- Angoisse : le sujet s'angoisse pour tout.
- Troubles hypocondriaques
- Troubles de la conduite alimentaire : anorexie, boulimie,…
- Agressivité : façon de dire sa souffrance, elle est soit auto-agressive soit hétéro-agressive. C'est un trouble de l'élaboration psychique.
- Spécificité des mécanismes de défense : mécanisme psychologique d'élaboration d'un conflit.

2- Les organisations psychotiques

→ Intro

On observe :

- o des 'aliénations de contenu' (délires, hallucinations). Le sujet y adhère.
- o Des problèmes de la 'pensée concrète'. Les pulsion ne sont pas pensées mais directement agies.
- o Le rapport au langage est altéré. Le psychotique confond la chose et le mot (cf pensée concrète).
- o Le rapport au Réel est altéré :
  - Autisme : la peur du Réel
  - Catatonie :'légumes' psychiques, le sujet ne bouge pas il garde la même position.
  - Délire

→ Points de repère généraux

- altération du sens du réel (perception et adaptation)
- réification de la pensée (factualisation et concrétisation) : besoin de repères concrets qui structurent la vie du sujet.
- Absence de symbolisation : ils ne savent pas qui ils sont, ils n'ont pas conscience de leur individualité, tous changement leur est insupportable.
- Place du pulsionnel, il ne pense pas mais agis.
- L'image mentale du corps est morcelée, clivée, il n'y a pas de différence entre le dedans et le dehors.
- Dissociation, dissonance, discordance : incohérence des propos et des idées.

3- Organisations psychopathiques et perverses (déséquilibre psychique)

→ Intro

- Les sujets sont inadaptés à la vie sociale (dys-sociaux ou sociopathes)
- Instabilité comportementale permanente, l'acte remplace la pensée.
- Facilitation du passage à l'acte.
- Délinquance

→ Points de repère généraux

- Conflictualisation des problématiques : le rapport à la parole est violent, le comportement est primaire, impulsif, il y a un manque de conscientisation des effets produite.
- Dimension pulsionnelle, froideur apparente.
- Evitement de l'angoisse
- Destructivité à l'œuvre : l'objet doit être détruit.
- L'acte à la place de la parole : impulsivité comportementale.
- Répétition de conflits archaïques.
- Conduites perverses (voyeurisme, exhibitionnisme)

Les psychopathologies mentales aiguës

Comment peut-on distinguer les psychopathologies mentales aiguës ?

- On parle de moment de crise, c'est un moment où la souffrance du patient va nous paraître bruyante.
- La symptomatologie est épisodique
- Il va y avoir une destruction de la conscience, on observe une expression mouvementée et il n'y a pas d'autocritique.
- La phase aiguës peut disparaître du jour au lendemain ou s'atténuer progressivement. Se sont des pathologies intermittentes et il n'y a pas de lien entre les épisodes.
- Un fond anxieux persiste entre les épisodes.

Se sont des pathologies difficiles à gérer thérapeutiquement et cliniquement.

I] Les réactions névrotiques aiguës ou psycho-névroses émotionnelles

On insiste sur l'aspect paroxystique exacerbé de la souffrance.

1) Aspect clinique général

Réactions anxieuses généralisées → sidération et commotion (état de choc) psychique.

Le processus de représentation se déconnecte.
Ces angoisses sont particulièrement invalidante.
Expression phénoménologique des affects.

2) Tableau clinique

→ Crise confuso-anxieuse : stupeur (personnes bloquées), agitation, confusion mentale (discours confus, désordonné)

- Etat stuporeux :
  Les patients ne peuvent rien faire (tremblement, tachycardie,…). Ils essaient de contenir leurs angoisses. Il y a une agitation interne de type épileptiforme.
- Etat confusionnel : désorganisation spatio-temporelle :
  Les patients sont perdus. Ils ont des troubles idéiques, ils n'arrivent pas à structurer leurs idées.
- L'angoisse est tellement envahissante que des impulsions anxieuses peuvent amener le patient au passage à l'acte.

→ Crise hystéro-anxieuse : c'est l'aspect émotionnel qui domine le tableau clinique

- versus somatique : le patient va exprimer par le corps toutes ses angoisses.
- Versus psychologique : angoisse de mort.

→ Crise d'angoisse psychosomatique :

Le corps traduit la souffrance du patient notamment quand il n'arrive pas à élaborer sa structure psychique. On observe le plus souvent des douleurs thoraciques, des dyspnées, des tachycardies, des spasmes digestifs, des troubles urinaire (perte de la maîtrise sphinctérienne). On observe aussi des algies polymorphes : tout le corps est expression de la souffrance.

→ Aspect psychopathologique :

Il y a une rupture des liens psychiques, le sujet ne se représente pas sa souffrance.

Expression somatoforme de la souffrance du patient.

Prise en charge de l'expression paroxystique. Il faut être au plus prêt du patient.

Dés que le corps est impliqué, il y a un effondrement de la sécurité basale.

3) <u>Evolution du tableau clinique</u>

→ Un épisode aiguës peut se chroniciser, c'est une façon d'entrer dans une pathologie plus grave.
→ Décompensation : la personne se déconstruit.

- pronostic 'favorable' : évolution plus ou moins rapide et réversible
  Episode aiguës unique
  - ⇨ vigilance de l'après-coup ('reprise flamboyante')
    Ces épisodes représentent des moment où le patient n'arrive plus à gérer ses angoisses.
  - ⇨ qualité de la prise en charge.

- Evolution défavorable :
  - ⇨ décompensation : la structure est défaillante
    - soit du coté psychotique : la personne développe une confusion mentale ou une schizophrénie.
    - Soit du coté névrotique : séquelles de type phobique. Le patient va avoir peur de sa propre peur.
    - Syndromes psychosomatiques.

4) <u>Etiopathogénie</u> (étude de la genèse de ces troubles psychopathologiques)

- Les psychopathologies aiguës ont des origines traumatiques individuelles ou collectives.
- Psychopathologies réactives post-commotionnelles.
  - ⇨ Situation vitale et peur panique paralysante.

- les névroses d'angoisses
  se sont des névroses en cours de constitution. Ex. : angoisse post partum, psychopathologie du deuil,…

5) Perspectives thérapeutiques en psychopathologie clinique

Généralement, c'est l'association psychothérapie / pharmacologie (anxiolytiques, anti-dépresseurs,…) qui est le plus efficace dans le traitement des maladies aiguës.

II] Les manies et crises de manies

⇨ Etat de surexcitation des fonctions psychiques :
- Exaltation de l'humeur
- Accès d'excitation psychomotrice : tout est exagéré
- Débordement psychoaffectif
- Désordre kinétique et neuro-végétatif.

1) Accès maniaque (cf psychose maniaco-dépressive bipolaire)

Cyclothymie à deux aspects :
- soit unipolaire (normal / dépressif)
- soit bipolaire (manique / dépressif)

Un accès manique n'a pas de signe avant coureur.

2) Période d'état

Il y a une telle agitation que cela en devient fatiguant.

⇨ fureur maniaque :
les idées fusent dans tous les sens

- Excitation psychique et fuites des idées :
  - ⇨ Les idées n'ont pas de liens entre elles
  - ⇨ Tachypsychie : accélération de la pensée, pensée non ordonnée.
  - ⇨ La personne fonctionne par association, les idées se diluent.
  - ⇨ Attention sporadique et diffluente : aucune structuration.
  - ⇨ Production verbale très importante.
  - ⇨ Troubles de la perception : activité hallucinatoire.
  - ⇨ Désorganisation spatio-temporelle.
  - ⇨ Troubles de la mémoire : la pensée fonctionne 'à vide'.
  - ⇨ Exaltation de l'imagination.
  - ⇨ Logorrhée, graphorrhée.

Fuite des idées : 'volabilité maniaque' BISWANGER

- Exaltation thymique
  - ⇨ Hyperthymie, euphorie envahissante, optimisme
  - ⇨ Exaltation érogène.

- exaltation psychomotrice
  - ⇨ dimension ludique
  - ⇨ activités désordonnées (risques médico-légaux)

- syndrome somatique
  - ⇨ amaigrissement
  - ⇨ trouble du sommeil

3) Formes sémiologiques et clinique de la manie

- L'hypomanie :
  - ⇨ Humeur euphorique, sur-abondance des idées et de l'activité.
  - ⇨ Exubérance de la pensée.
  - ⇨ Hyperactivité
- Manie délirante et hallucinatoire
  - ⇨ Délire de grandeur et de toute puissance (mégalomanie)
    - Ils vont refaire le monde.
- Manie subaiguës, fureur maniaque
  - ⇨ Agitation avec obscurcissement de la conscience.
- Etats mixtes maniaco-dépressifs.

4) Problématique psychopathologique de la manie et des crises maniaques

- il y a une dyschronie temporelle. Les personnes sont construites en séquences temporelles : tout est condensé.
- Modalités opératoire : problématique du faire :
  Il n'y a pas de conscientisation de la pathologie, il n'y a pas de résistance.
- logique du tout ou rien : tout est condensé en un acte.
- Approche phénoménologique du rapport au monde
  'dilatation de l'existence' H. EY
  plus la personne est en période de manie, plus l'angoisse est paralysante. L'angoisse perturbe le rapport au temps et à l'espace.

III] Les états dépressifs, les crises de mélancolie, la neurasthénie

1) L'état dépressif, généralités introductives

Triptyque psychopathologique de l'état dépressif
- dysthymie : troubles de l'humeur
- inhibition sur tous les registres du psychisme
- douleur morale (métaphore embrayage cassé)

La question de la dignité est rejetée
Troubles somatiques divers

2) Les ‘crises’ de mélancolie

- ⇨ dépression intense
  - douleur morale : le sujet voit tout en noir
- ⇨ ralentissement idéo-verbal et psychomoteur
  - ils semblent porter toute la misère du monde
- ⇨ tristesse profonde, air fatigué
  - état de ‘rumination’ mentale
- ⇨ une dépression apparaît lentement, elle est progressive et insidieuse
- ⇨ Trouble du sommeil et surtout de l’endormissement
- ⇨ ‘Omega mélancolique’, ça se voit sur le faciès.
- ⇨ Inhibition psychique
- ⇨ Plaintes hypocondriaques
  - Ex. : les troubles de l’estomac se transforment pour le sujet en cancer.
- ⇨ les sujets ont de grandes qualités émotionnelles, affectives, ils sont souvent dans une auto-dépréciation, une auto-accusation
- ⇨ dévalorisation.

Il y a quatre formes cliniques sémiologiques :

- La dépression mélancolique ‘simple’ : on observe une certaine conscientisation de la souffrance. C’est plus névrotique que psychotique.
- La mélancolie stuporeuse : le sujet est hébété, cela peut aller jusqu’à la catatonie.
- La mélancolie anxieuse : la personne va parler de son angoisse paroxystique ‘existentielle’, c’est un envahissement de l’angoisse.
- La mélancolie délirante : paroxysme de la mélancolie anxieuse. Le délire est à thématique ‘mortifère’.

3) Les ‘idées mélancoliques délirantes’

Aspect clinique et pathologique :

Ce qui va envahir le tableau clinique, c’est la tonalité affective. Il y a une monotonie thématique du délire, le patient subi. Les effets sont particulièrement contaminant. Les éléments délirant concerne soit le passé (regret, remord) soit le futur. LA temporalité est altérée.

Les thématiques :

- ⇨ idées de culpabilité : indignité, auto-accusation, châtiment
- ⇨ idées de frustration : deuil, ruine, malheur (destiné morose)
- ⇨ idées hypocondriaques de transformation ou de négation corporelle.
- ⇨ Syndrome de Cotard : ‘pourrissement’ d’organe.
- ⇨ Idées d’influence, de domination et de possession.

4) Les états dépressifs névrotiques ou réactionnels – les crises de dépression névrotique

Tableau clinique :

- ⇨ expérience douloureuse (deuil, rupture, perte, abandon,…)
  - métaphore du séisme
- ⇨ réactionnel aiguë, structurel
  - l'onde de choc réveil des conflits antérieurs, primitifs de l'adolescence, de l'enfance et même de la petite enfance.
- ⇨ envahissement d'une anxiété générale : le patient vit sur le qui-vive.
- ⇨ Asthénie : fatigabilité permanente, fatigue insurmontable
- ⇨ Sentiment d'impuissance qui peut engendrer un comportement suicidaire.

Les états dépressifs symptomatiques :

- symptôme d'une 'entrée' dans la psychose (en particulier dans la schizophrénie)
- symptomatique du délire (négation ou Cotard)
- symptôme d'affection cérébrale infectieuse et métabolique.

5) Aperçu des problématiques de psychopathologie des états dépressifs.

- ⇨ perte de l'amour ; perte de l'objet 'libidinal'
- ⇨ gestion de l'agressivité → polarité auto-agressive
- ⇨ dynamique psychologique de l'absence
- ⇨ le rapport à la temporalité
- ⇨ la problématique de la mort.

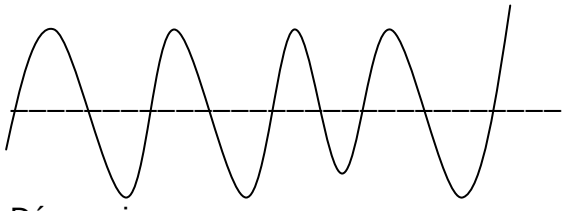
IV] Les psychoses maniaco-dépressives

Appelées aussi psychoses 'périodiques', 'cyclothymiques', 'bipolaires' , 'à double forme' ou 'alternées'.

Forme unipolaire :
Manie

Dépression

Forme bipolaire :
Manie



Dépression

Les psychoses délirantes aiguës

Les bouffées délirantes aiguës (BDA), les psychoses hallucinatoires aiguës, les états oniroïdes.

I] Caractéristiques générales des psychoses délirantes aiguës

1) Introduction, généralités

⇨ éclosion soudaine : métaphore du coup de tonnerre dans un ciel serein. Or le ciel n'est pas si serein que ça.
⇨ Délires transitoires polymorphiques
⇨ Se côtoient : intuition, illusion, hallucinations, étrangetés.

2) Tableau clinique général

⇨ l'expérience délirante :

- notion de délire 'd'emblée' (aspect brutal et soudain)
- polymorphisme du délire (thème multiple)
- conviction et intuition délirante ('adhésivité délirante')
- écho de la pensée, écholalie, échopraxie, fréquences des hallucinations
- croyance et interprétation délirante
  - vague de délire.

⇨ altération de la conscience :

- déstructuration de la conscience : atmosphère hypnoïde, déconnexion avec le réel.
- Aspect d'hypnose du patient

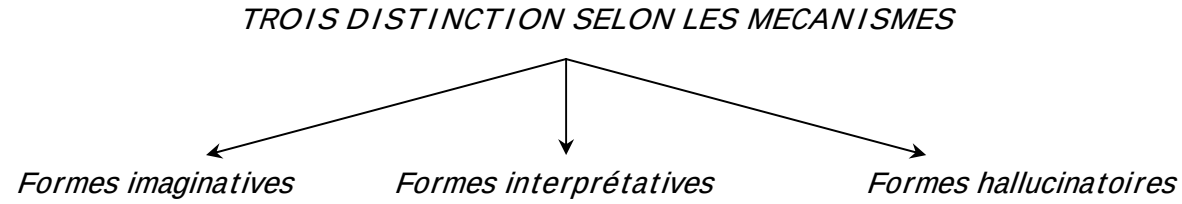
⇨ désordre thymique :

- substratum (arrière plan) d'angoisse et d'exaltation
- insomnie rebelle

3) Perspective évolutive générale

- fin d'accès brusque
- pas de séquelles mais risque de récidive
- risque d'une évolution schizophrénique ou délirante chronique
- mauvais pronostic : automatisme mental.

II] Formes cliniques et symptomatiques des psycoses délirantes aiguës



1) Les psychoses imaginatives aiguës

- ➔ éclosion subite d'une fabulation ('flambée imaginative')
  - ⇨ richesse imaginative
  - ⇨ mythomanie
- ➔ thèmes délirants riches
- ➔ substrat d'organisation mythomaniaque et hystérique

2) Les psychoses interprétatives aiguës

- ➔ paroxysme délirants interprétatifs
- ➔ réaction émotionnelles très intenses
  - ⇨ acte médico-légal possible

3) Les psychoses hallucinatoires aiguës

- ➔ prédominance de tout type d'hallucination (accoustico-verbales, psychomotrices, cénesthésiques, visuelles,…)
- ➔ phénomène d'influences, syndrome d'automatisme mental
- ➔ phénomène de dépersonnalisation
- ➔ thématiques souvent mystiques ou érotiques
- ➔ vécu d'angoisse
- ➔ ivresse fantasmagorique

4) Difficultés du diagnostic différentiel

Il faut dissocier les contenus latents des contenus manifestes, il faut différencier ce qui est dit de ce que cela veut dire.

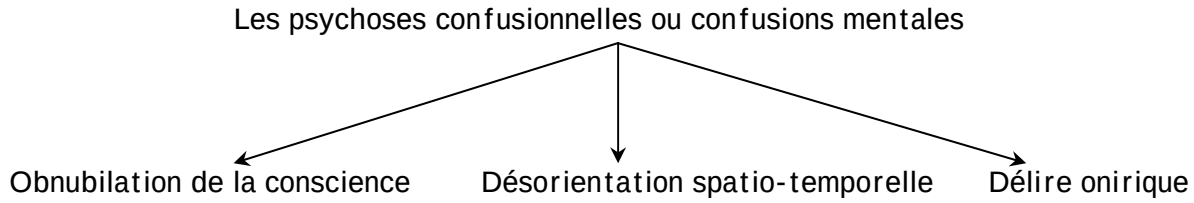
- ➔ organisation sous-jacente de personnalité
- ➔ repérage des prodromes
- ➔ genèse de l'expérience délirante
- ➔ destruction du champ de la conscience
- ➔ l'expérience onirique et projection inconsciente.

Les psychoses confusionnelles

L'aspect de confusion mentale prédomine, il y a trois aspects :

- les psychoses confuso-onirique
- le syndrome de Korsakov
- le délire aigu

I] Psychopathologie générale des psychoses confusionnelles



1) Etude clinique générale

- Le mode de début progressif :
  - ⇨ insomnie rebelle
  - ⇨ modification de l'humeur et du caractère
  - ⇨ inappétence, mise à l'écart
  - ⇨ céphalée

- mode de début brusque :
  - ⇨ obnubilation de la conscience
    - ➢ profonde désorientation spatio-temporelle, le patient est perdu. Sentiment de dépersonnalisation

- évolution générale :
  - ⇨ envahissement de l'état confusionnel
  - ⇨ invasion avec étapes intermédiaires de déstructuration.

2) L'état confusionnel en sa période d'état.

Au niveau de la confusion mentale, il y a deux choses importantes : l'altération de la synthèse mentale (fuite de pensée, troubles idéationnels,…) et l'expérience onirique (présence du délire dans le tableau clinique).

⇨ *Présentation de la période :*

Certains patients n'arrivent pas à prendre conscience de la réalité. Ils donnent l'impression d'être dans un autre monde, la communication est par conséquent perturbé, ils sont hébétés. On observe un ralentissement de tous les processus (psychomoteur, verbal,…). Cela peut aller jusqu'à un mutisme total. On observe aussi de la violence par acmés (par à-coup), cela peut aller jusqu'à entraîner des actes médico-légaux.

⇨ *La confusion et le fond psychique confusionnel :*

Il y a toujours des troubles de la conscience. Le patient ne reconnaît pas les autres personnes. La désorganisation spatio-temporelle est caractéristique. Ils peuvent être pris de panique s'ils ne savent où ils sont. L'altération de la temporalité entraîne des troubles de la mémoire. On remarque de fausses reconnaissances (le sujet parle à des inconnu comme si ils avaient élevé les cochons ensembles). L'amnésie lacunaire peut aussi se rencontrer, la confusion mentale peut ressembler à la maladie d'Alzeimer. La perplexité anxieuse est le fait que le patient décroche et exprime sa angoisse par le regard.

3) <u>Le délire onirique</u>

L'activité onirique est caractéristique des états confusionnels

Caractéristiques générales de l'onirisme typique dans les états confusionnels	
Hallucinations visuelles	Ex. : visions à thèmes mystique, érotique, professionnelle.
Les composantes sensorielles	Ex. : auditives, kinesthésique, action maléfique sur le corps, sensibilité cutanée.
Altération de la perception (surtout des références spatio-temporelles)	Ex. : illusions, interprétations
Adhésivité au délire (le patient agit son délire → mime, lutte,…)	Ex. : engagement total
Mobilité des images	Ex. : aspects kaléidoscopiques des images
Fréquence du délire de préoccupation professionnelle	Ex. : mises en scène professionnelle
Terreur des scènes oniriques	Ex. : zoopsie, agression, défenestration

Action maléfique : syndrome de l'objet brûlant.

➔ Implication globale du patient (histoire de la guêpe)
➔ Le clinicien 'voit' le déroulement des scènes.

4) <u>Evolution générale des états confusionnels</u>

- Evolution favorable 'sans séquelle', comme si patient se réveillait d'un cauchemar.
- Idées fixes post-oniriques, cela peut dévier vers un délire d'évocation.

- Confusions mentales chroniques
- Certaines évolutions peuvent allées jusqu'à la mort par cachexie.

II] Les trois formes cliniques de la confusion mentale

La forme stuporeuse	La forme hallucinatoire	La forme d'onirisme pur
• Akinésie • Obnubilation de la conscience • Inertie • Mutisme • Troubles fonctionnels (anorexie, incontinence) • Parfois syndrome catatonique • Conservation des attitudes (catalepsie)	• Délire onirique et agitation concomitante • Prédominance d'hallucinations acoustico-verbales • Hallucination cénesthésique	• Activité hallucinatoire très vive.

III] Le syndrome de KORSAKOV

Comme tous les syndrome confusionnel, il correspond à :

- ⇨ une amnésie de fixation
- ⇨ de fausses reconnaissances
- ⇨ de la fabulation
- ⇨ de la polynévrite (algies, douleurs surtout dans les membres inférieurs)

- *Phase de début :*
  - ⇨ mal de tête : céphalée
  - ⇨ insomnie
  - ⇨ troubles de l'humeur
  - ⇨ troubles de la locomotion
  - ⇨ douleurs, algies des membres inférieurs

- *Phases d'état :*

L'état confusionnel est relativement discret mais il y a un fléchissement de la synthèse psychoque, le patient est distrait. L'altération de la temporalisation et de la perception est caractéristique. L'amnésie de fixation ou 'oubli de mesure', cela ne sédimente pas. Le patient a des sentiments de déjà vu et de fausses reconnaissances. On observe aussi une désorientation spatio-temporelle, une aggravation de la confusion mentale et un syndrome polynévritique.

- *Pronostic et évolution :*
    - ⇨ mort par cachexie
    - ⇨ chronicisation

- *Etiopathogénie :*
    - ⇨ cause nutritionnelle (le plus fréquent)
    - ⇨ Alcoolisme chronique
    - ⇨ Tuberculose
    - ⇨ Intoxication au CO2
    - ⇨ …

IV] Le délire aigu

Il ne faut pas confondre délire aigu et délire suraigu. Ce dernier est encore plus invalidant, il est caractérisé par une confusion profonde, l'intensité sera de plus en plus redoutable, il y aura une agitation violente. Tout équilibres psychique, physiologique,… seront altérés.

1) Etude clinique

Les prodromes sont les mêmes que ceux de la confusion mentale : réaction anxieuse et vive excitation motrice désordonnée, expression d'effroi et de terreur, refus de toute alimentation (sitiophobie), déshydratation intense ('langue rôtie'), troubles neuro-végétatif sévère, hyperthermie, oligurie (refus de boire).

2) Etiopathogénie

- ⇨ encéphalite
- ⇨ alcoolisme
- ⇨ infection, toxico-infection

➔ substratum anatomique → vécu psychologique invalidant.

V] Psychopathologie clinique des états confusionnels

1. Un problème de diagnostic et diagnostic différentiel
   Ex. : rôle du clinicien dans une étiologie toxique ou infectieuse
    - ⇨ alcoolisme
    - ⇨ toxicomanie

2. Le contexte de la puerpéralité
   Ex. : confusion mentale/délire onirique ➔ psychose post-partum

3. Les lésions et tumeurs cérébrales
   Ex. : le clinicien en service de chirurgie, en oncologie,…

4. La confusion mentale et le contexte de guerre
   Ex. : ONG, mission humanitaire, 'état confusionnel de guerre'

5. La place et le rôle du délire en psychopathologie clinique
   C'est une porte d'entrée dans la rupture du patient, de l'effondrement psychique.

Les psychopathologies mentales chroniques

➔ Dans ce cadre là, nous avons à faire à des troubles mentaux durables. Les pathologies sont stables, mais elles sont progressives.

➔ Ces psychopathologies entraînent des modifications de la personnalités, il y a une altération des rapports avec l'extérieur.

➔ On observe deux formes :
- dites mineures : les névroses qui se situent à l'interne
- dites majeures : les psychoses qui se situent à l'extérieur du sujet.

➔ Pour les maladies de psychopathologies mentales chroniques, il y a des rapports dynamiques ave les processus inconscients.

➔ La chronicisation est le mouvement psychique vers la chronicité. La chronicité est durable.

A] LES NEVROSES ET LA PERSONNALITE NEVROTIQUE

1) Introduction, généralités.

Les névroses sont des symptomatologies qui traduisent des défenses contre l'angoisse. Les névroses sont des compromis entre affect et représentation, il n'y a plus de lien entre l'affect et la représentation, c'est un conflit interne. On va observer des troubles du comportement et des idées. Il va y avoir un déséquilibre.

Dans les symptômes névrotiques, nous sommes plus dans le cadre d'une problématique identificatoire, alors que dans les psychoses, on parle plus de problématique identitaire. Nous sommes dans un cadre de déséquilibre psychique car les processus ne sont pas liés. De plus, les troubles sont très subjectifs. La névrose fait symptôme de conflits infantiles.

Les névroses sont des affections psychogène. L'angoisse tient un rôle prépondérant, il y a donc une gestion défaillante. De plus, il y a une importance de la valeur symbolique.

2) Tableau clinique général des névroses

- Troubles de l'activité sexuelle (constante)
  - partielle ou totale
  - troubles de la génitalité
  - troubles de la sensorialité

- Gestion aléatoire de l'agressivité
  - agressivité caractérielle soit auto soit hétéro
  - le névrosé est quelqu'un de frustré et il n'arrive pas à la gérer.

- Peur et angoisse plus ou poins invalidantes, il y a des résidus infantiles. Cette angoisse va se projeter (névrose phobique) sur des objets hautement symboliques

- Troubles du sommeil et de l'endormissement
  - importance du refoulement = 'retour du refoulé' (angoisse encore plus invalidante)
  - phobie du sommeil, peur d'une baisse de vigilance.

- Asthénie névrotique
  - fond asthénique anxieux, composante dépressive en filigrane
  - le névrosé à toujours mal quelque part c'est un fond hypocondriaque.
  - Le problème psychique va se convertir somatiquement (sans cause physiologique)

- Troubles fonctionnels et neurovégétatifs
  - énurésie et encoprésie
  - tics et bégaiements
  - éreutophobie (peur de rougir)
  - réactions vasomotrices (ex. : réponse électrodermale)
  - tremblements

- Inhibition névrotique : différents champs : psychique, psychosocial,…

3) <u>Quelques 'mécanismes de défense névrotique'</u>

Dans une perspective d'économie psychique (façon qu'a le sujet de gérer sa souffrance). Il y a une constitution d'un Moi névrotique. Dés lors où la névrose est invalidante, la personne va distordre ses structures de personnalité.

- Le refoulement porte sur la représentation. L'émotion et l'angoisse seront toujours présentes. Plus la personne est envahi par la névrose, plus la névrose envahira le sujet.
- Le déplacement : transposition symbolique, rapport de contiguïté.
- La projection a la particularité qu'il est très humain, c'est un échec du refoulement et on la retrouve dans des variantes paranoïaques.
- L'identification, processus identificatoires 'oedipien', identification au parent du même sexe.
- L'introjection, mécanisme inverse de la projection. C'est un fantasme névrotique d'incorporation.

- L'isolation, j'isole ce qui me dérange. On va opérer par clivage (ex. : névrose phobique)
- L'annulation rétroactive
- Les ' formations réactionnelles', on crée des conduites inverses à la problématique.

4) Caractéristiques générales de la personnalité névrotique

- Le caractère névrotique et la névrose de caractère
  - déséquilibre instinctivo-affective
  - lutte contre l'angoisse
  - fixation au stade infantile de la libido

SCEAU NEVROTIQUE

Caractère narcissique-phallique	***Caractère oral***	***Caractère Anal***	***Caractère sado-masochiste***
Conduite impulsive, recherche de la réussite, du prestige, intolérance, frustration, amour en miroir, auto-érotisme primitif	Avidité : tout, tout de suite, satisfaction immédiate	Exigence, rigidité, rébellion, formation réactionnelles, dégoût, maîtrise sur l'autre	Cruel, dur, ambivalent, violence, maîtrise

5) Points de repères de la psychopathologie névrotique

La névrose indifférenciée : névrose d'angoisse, c'est une 'nébuleuse en formation', elle va cristalliser.

Les névroses différenciées :

- névrose phobique (hystérie d'angoisse)
- psycho-névrose hystérique (hystérie de conversion)
- névrose obsessionnel

6) Réflexions psychopathologiques sur les névroses

La théorie socio-génétique de la névrose (M. MEAD)

- ➔ la névrose est due à une pression sociale
- ➔ C'est la psychopathologie du lien

La théorie cognitivo-comportementale – le comportement névrotique de Pavlov

La théorie des régressions fonctionnelles de JANET

- ➔ notion d'automatisme psychologique
  - o caractère automatique et 'inférieur' des phénomènes névrotiques
    - ➢ névrose = maladie de l'évolution des fonctions psychique

La théorie psychanalytique

- ➔ rôle de l'inconscient et symbolisme symptomatique
- ➔ rôle de la vie infantile (régression, fixation)
- ➔ notion de stade de la libido
- ➔ notion de topique dynamique, d'économie psychique

B] LES NEVROSE D'ANGOISSE

- ➔ états d'anxiété
- ➔ la personnalité est anxieuse

Le névrosé est toujours anxieux. C'est une névrose en formation

Dystonie neurovégétative	Syndromes fonctionnels divers	Crises d'angoisse plus ou moins invalidantes	Cénestopathie : troubles de la sensibilité	Etat perpétuel d'alerte et de peur : il attend toujours un malheur

1) Tableau clinique (instabilité émotionnelle et fond anxieux permanent)

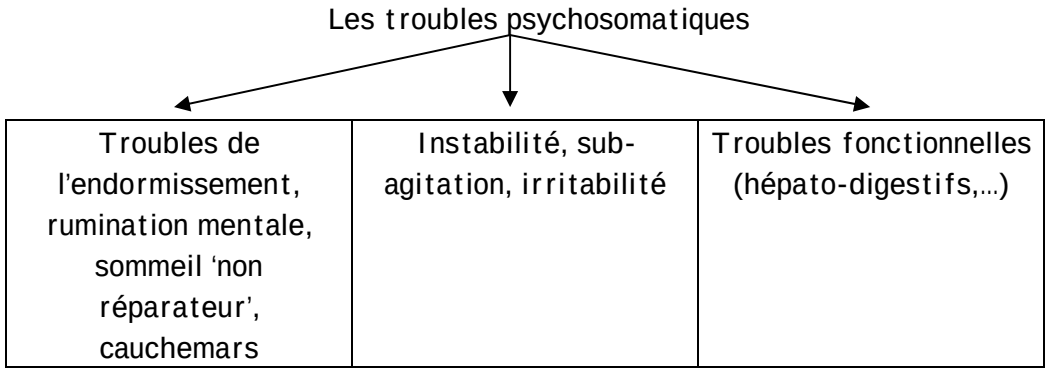
Troubles neurovégétatifs	1- Symptômes respiratoires	Dyspnée, crise asthmatiforme, crise disphonique et ophonique (mutisme névrotique)
	2- Cardio-vasculaire	Palpitaion, striction, tachycardie, 'angor pectoris', brûlures, gonflements
	3- Digestifs	Striction pharyngée, boule oesophagienne, spasmes pastriques, colopathies, nausées, diarrhées
	4- Urinaire	Stranguries, polyurie
	5- Neuromusculaires	Tremblement, crise pseudo-rhumatismale, céphalée, bourdonnement.
	6- Sensitifs, sensoriels, cutanés	Hyperasthénie, paresthénie, prurit, céphalée, bourdonnement
Troubles psychiques	1- Péjoration de l'existence	Pessimisme, cauchemar, obsession
	2- Attente de danger imminent	Pressentiment, inquiétude, appréhension, remords, menaces, doute
	3- désarroi et ambivalence	Vertige, attirance au danger, crise d'angoisse, pas de recul

2) La période d'état et sa chronicisation

- La thématique anxieuse permanente

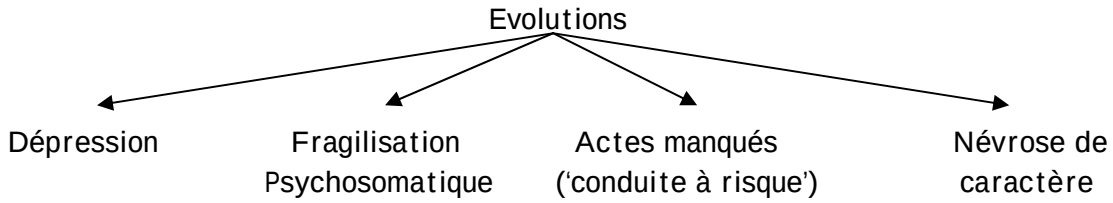
➔ attente du danger (provocation et prise de risque)
➔ Perspectives péjoratives de l'avenir (névrose d'échec, de destiné)
➔ Sentiment permanent d'inquiétude
➔ Etat d'alerte

- La thématique psychosomatique



- La personnalité anxieuse

➔ fond anxieux avec acmée anxieuse
➔ anamnèse : l'anxiété a toujours été là
➔ besoin de l'autre, manque d'étayage qui engendre des conduites de protection
➔ 'phénomène d'écho' des aléas (maladie, deuil, retraite,…)



3) <u>Elements éthiopathogéniques</u>

⇨ les facteurs de répression 'libidinal'
⇨ la culpabilité et la culture de la culpabilité
⇨ gestion défaillante de l'agressivité et de la violence (conduites auto-agressives, équivalent suicidaire)
⇨ genèse abandonnique

4) <u>La névrose d'angoisse</u>

⇨ angoisse et condition humaine
⇨ angoisse et séparation
⇨ angoisse et réel

C] <u>La névrose phobique</u>

⇨ L'angoisse va se déplacer du dedans vers le dehors sur un objet ou une situation phobogène.

⇨ Il va y avoir une lutte psychologique. Le sujet va mettre en place des réactions d'évitement et/ou contra-phobique.
⇨ Hystérie d'angoisse ; autre nom de la névrose phobique (FREUD et BERGERET)

1) Etude clinique des phobies – les situations phobiques

Les thématiques phobiques :

- Espace : agoraphobie, claustrophobie,…
- Animaux : cf le petit Hans
- Contact : Ereutophobie (peur de rougir), saleté, regard

Il faut comprendre la valeur symbolique de la phobie.

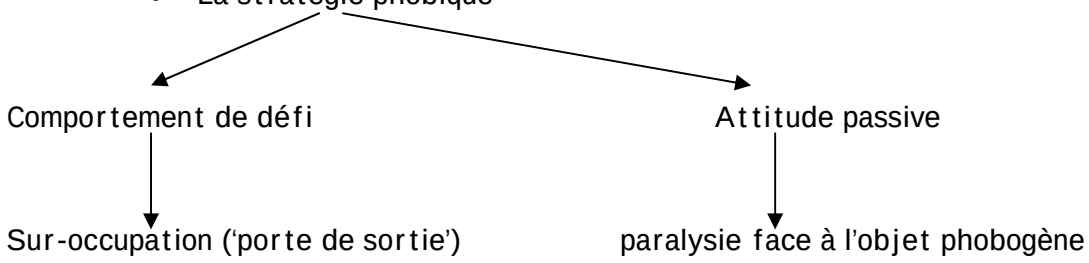
Les conduites phobiques :

Evitement : éviter l'objet phobogène
Rassurante : conduite de sécurisation

2) Le 'caractère phobique'

Un sujet phobique vie toujours sur le qui-vive, il va être à l'affût du moindre indice concernant sa phobie. Ces angoisses gênent la vie quotidienne des sujets et de leur entourage. Il y a une dimension symbolique, il y a importance des projections. Les défenses sont systématiques.

- La stratégie phobique



- formes évolutives

Les phobies de l'âge adulte prennent racine dans les phobies infantiles. Les diagnostics différentiels mettent l'accent sur les phobies simples et les phobies graves. Plus le problème est ancien, plus il sera difficile à traiter et plus il aura d'effet pathogène.

3) La polysymptomatologie phobique, le problème psychopathologique

Il y a une composante hypocondriaque dans la phobie. Il y a aussi des composantes hystériformes.

Les 'infiltrations psychotiques' : il peut y avoir des névroses de surface, mais la structure peut être psychotique.

Les 'composantes mélancoliques' : genèse phobique : terreur de nouveau né.

D] La (psycho)névrose hystérique

➔ la conversion : l'angoisses est telle que le sujet va la somatiser. Dimension d'exagération et d'hyper expressivité somatique.
➔ hyper expressivité des idées.
➔ hyper expressivité des images.
➔ hyper expressivité des affects.

Psycho-plasticité

Réalisation plastique des images sur le plan corporel (théâtralisme). La suggestibilité, l'hystérique se met en scène. L'histrionisme : manière de se comporter, invention de personnage.

1) Etude clinique de la symptomatologie hystérique

➔ les crises névropathiques paroxystiques : crises théâtralisées.
➔ les manifestations durables (inhibition des fonctions psychomotrices)
➔ Troubles viscéraux ou tissulaires.

- La grande crise à la Charcot, cinq périodes :
  - *l'aura hystérique* : colopathies, palpitations, boules hystériques, perte de connaissances, chute brutale.
  - *Période épileptoïde* : phase tonique, arrêt respiratoire, tétanie, convulsion, grandes secousses généralisées.
  - *Phase de contorsion* : 'clownisme', cris, lutte 'contre un être imaginaire'.
  - *Période de transe* : attitude passionnelle, scènes violentes (ou érotique), imaginaire riche.
  - *Période terminal ou verbal* : contractures résiduelles, retour à la conscience, avec ou non hallucinations.

- Les formes mineures ('crises de nerf')
  - *Crise épileptoïforme* : caractère expressif, décharge émotionnelle, poussée agressive/érotique.
  - *Difficultés du diagnostic différentiel* : crise 'syncopale' (crise d'angoisse), hystéro-épilepsie, hystérie et tétanie.

- Les états crépusculaires :
  - affaiblissement de la conscience vigile ('rétrécissement du champ de la conscience' JANET)
  - simple obnubilation qui entraîne un état stuporeux.
  - Idées fixes (état d'hypnose)
  - Autre forme d'état crépusculaire : les 'états second hystérique', productions oniroïdes (surtout visuel), état de transe.
  - Autres aspects : 'états second à personnalité multiple', le somnambulisme hystérique, les fugues hystériques.

- Les amnésies paroxystiques :

Oubli d'un événement 'hautement' symbolique (mariage, deuil,…)

- Les attaques cataleptiques (sommeil hystérique)

Le sujet est inerte, semi-conscient

2) <u>Les inhibitions fonctionnelles durables</u>

Paralysies de type hystérique :

Fonctionnelles :
- astasie, abasie (paralysie de la marche et de la station debout)
- aphonie (paralysie de la parole)

Localisées :
- membres ou segments de membre paralysés.
- troubles sensitifs ou sensoriels

Les contractures :
- des membres, du cou
- du tronc (camptocormie)
- manifestations toniques ou spasmodiques

Les troubles sensoriels :
- la cécité hystérique par exemple.

Les manifestations viscérales :
- les spasmes : digestifs, coliques, constipation, urinaires, génitaux, 'asthme'
- les algies : troubles fonctionnels essentiels
- les troubles trophiques : 'mise en veilleuse' des processus métaboliques, troubles physiopathiques, crises urticaires, œdème de Quincke, spasmes vasculaires, hémorragies localisées, etc…

3) La personnalité hystérique

Le caractère hystérique :

- la suggestibilité : psycho-plasticité (influençable, inconsistant,…)
- La mythomanie : mensonges, fabulations, exhibitionnisme,…
- Le dérèglement sexuel : théâtralisme sexuel, problème d'impuissance, de frigidité,…

Approche de l'école analytique :

- l'inconsistance de la personne : manque d'organisation, 'effet de masque', 'faux self'
- le refoulement amnésique des événements réels : altération du principe de réalité, besoin de séduire, besoin de s'exhiber.
- Falsification des expériences : plaisir du simulacre, monde factice, monde artificiel.

4) Aperçu des problèmes psychopathologiques : une clinique différentielles délicate

Le refoulement porte sur la représentation et non sur l'affect. Le thérapeute est soit le séducteur, soit le mauvais objet.

L'hystérique prend souvent ses fantasmes pour la réalité.

E] La névrose obsessionnelle

Définition : « La névrose obsessionnelle se définit par le caractère forcé et compulsionnel de sentiments, d'idées ou de conduites qui s'imposent au sujet et l'entraînent dans une lutte inépuisable, sans qu'il ne cesse pourtant de considérer lui-même ce parasite incoercible comme dérisoire. » Henry EY

Caractère des obsessions :

- ➔ incoercible : c'est plus fort que tout
- ➔ automatisme
- ➔ lutte et conscience de la pathologie.

Trois caractéristique essentielles de la névrose obsessionnelle :

- ➔ les phénomènes obsessionnels : obsession de la propreté, idée fixe, préoccupation exclusive,…
- ➔ les moyens de défense : stratagème, défenses stratégiques,…
- ➔ Les stigmates psychasthéniques : doute, fatigue psychique (aboulie), sentiment d'irritabilité, d'étrangeté, d'artifices

1) Tableau clinique

- La pensée compulsionnelle : idées obsédantes qui s'imposent au névrosé obsessionnel malgré-lui.
- L'activité compulsive : actes impulsifs, agressifs, redoutés
- Les rites de la pensée magique
- L'asthénie psychique.

- l'idée obsédante et la pensée compulsionnelle :
    - ⇨ idée de pensée intruse
    - ⇨ idée de pensée parasitée
    - ⇨ oscillations intellectuelles
    - ⇨ manies de présage
    - ⇨ manies de la perfection
    - ⇨ manies de vérification
    - ⇨ manies de l'interrogation

➔ Modalité 'pulsatoire' de la pensée.

- l'activité compulsive, l'obsession – impulsion :
    - ⇨ l'obsession – impulsion : action retenue (phobie d'impulsion)
    - ⇨ substrat de violence, d'agressivité (faire / ne pas faire)
    - ⇨ passage à l'acte redouté
    - ⇨ diptyque obséquiosité / vulgarité

- La pensée magique de l'obsessionnel (les rites obsessionnels) :
    - ⇨ rituel conjuratoire : excès cérémonial
    - ⇨ véritable ritualisation du quotidien
    - ⇨ folie du doute
    - ⇨ délire du toucher (ex. : microbes)
    - ⇨ obsessions / impulsions des actes criminels
    - ⇨ onomatomanie : cogitation stérile

- Le fond psychasthénique (JANET : 'baisse de la tension psychologique') :
    - ⇨ agitation psychomotrice (tics, stéréotypie,…)
    - ⇨ agitation idéo-verbale (rumination, mentisme, litanies,…)
    - ⇨ 'automatisme psychologique' (activités de 'bas niveau')
    - ⇨ faiblesse psychique (doute, scrupule, désarroi, lassitude,…)
    - ⇨ altération du sens du réel
    - ⇨ absence de décision

2) Le caractère obsessionnel et la personne obsédée

- ➢ tendance au scrupule, à l'aboulie et au doute
- ➢ crises de conscience morale

- timidité et inhibition des contacts sociaux
- tendance à l'introspection et à l'autoanalyse
- troubles de la vie sexuelle (génitalité)
- stigmates psychomoteurs (bégaiement, tics,…)
- comportements rigides, strictes, avares
- caractère sadique-anal

Les psychoses délirantes chroniques

Généralement, on distingue les psychoses sans évolution déficitaire et les psychoses avec évolution déficitaire. Les psychoses chroniques sont toutes délirantes. Il y a trois types de psychoses sans évolution déficitaire :

- les psychoses délirantes systématiques : paranoïa
- les psychoses hallucinatoires chroniques
- les psychoses fantastiques : paraphrénie

Avec évolution déficitaire, il y a surtout les formes paranoïdes de la schizophrénie.

A] Les psychoses paranoïaques

Les délires chroniques systématisés :

- délires passionnels et de revendication
- délires sensitifs de relation
- délires d'interprétation

Pourquoi systématisé ?

- c'est une construction 'logique' (para-logique) à partir d'éléments faux, d'erreurs ou d'illusions.
- Développement dans l'ordre, la cohérence, la clarté du délire

Pourquoi 'paranoïaque' ?

Car on observe :

- de la méfiance
- de l'orgueil
- une fausseté du jugement
- une psychorigidité

1) Les délires passionnels et de revendication (G. de Clérambault)

Tableau clinique :

- exaltation (exubérance, hyperthymie, hyperesthésie)
- idée prévalente (postulat fondamental, conviction inébranlable)
- développement en secteur

Ex. : Le sujet souffrant de délire de revendication à un caractère difficile, ombrageux, susceptible, rancuniers,…

Il y a trois types de délire de revendication :

- *les quérulents processifs* : ils vont être dans la revendication processive de la propriété des droits. Ils sont envahis de sentiments de haine et de vengeance. Il se sentent toujours victimes mais ils deviennent très vite persécuteurs.

- *Les inventeurs* : ils revendiquent un mérite, ils se sentent dépossédés. Ils vont réunir des dossiers de plaintes.
- *Les idéalistes passionnés* : revendications idéologiques, idéal de soi, caractère agressif et tout puissant véritable combat passionné.

Les délires passionnels :

- *délire de jalousie* : on introduit toujours un tiers rival dans l'histoire. On observe des sentiments d'abandon, d'être bafoué. Il y a une adhésivité. Le sujet se fonde des 'faisceaux de preuves', de 'faux souvenir'
- *délires érotomaniaques* : illusion délirante d'être aimé, conviction de la passion amoureuse.

D'une façon générale, le paranoïaque est frustré du point de vue affectif.

Le paranoïaque est quelqu'un de caractériel (fond de déséquilibre caractériel). Il agit la problématique, l'acte agressif est virulent. Il se raconte des histoires et il y adhère. Le pronostic et l'évolution est toujours défavorable car c'est un manque de fonctionnement psychique (psychorigidité).

2) Le délire sensitif de relation

Les sujets sont timides, sensitifs, anxieux. Ils sont hyper-sensibles à tous les contacts sociaux. Ils jouent leur vie dans la relation (paranoïa sensitive).

Les interprétations :

- exogènes : fournies par les sens, valeur prophétique, le sujet fabule. Il greffe du sens là où il n'y en a pas.
- Endogènes : fournies par les sensations corporelles. Thématique mégalomaniaque.

Evolution :

- construction de pseudo-évidences
- systématisation progressive
- enkystement et chronicisation.

B] Les psychoses hallucinatoires chroniques

1) Introduction

Au premier plan du tableau clinique, on observe des phénomènes psychosensoriels très intense.

Autrefois, cela était appelé 'folie sensorielle' ou 'paranoïa hallucinatoire'. Il y a trois types de thématique : influence, dépossession et actions extérieure.

⇨ Les PHC (psychoses hallucinatoires chroniques) sont caractérisées par la 'folie sensorielle'.

2) Prodromes

Les débuts sont soudains (des voix éclatent, une pensée s'introduit). Mais il y a parfois des signes 'pré-délirants', on peut parler de 'préface délirante'.

3) Le syndrome hallucinatoire de la période d'état (le triple automatisme mental)

Automatismes mentaux (Gaëtan de Clérambault) :

- automatisme idéo-verbal :
    - Hallucination psychosensorielle
    - Transmission de pensées
    - Les voix perçues sont menaçante ou dérisoire
    - Hallucination acoustico-verbale
    - Enonciation et commentaire des actes et de la pensée du patient
    - Echo de la pensée et de la lecture (écholalie)
    - Vol et divinement de la pensée par l'autre.
    - 'scies verbales'
    - jeux de mots
    - mots jaculatoires fortuits
        - tout cela s'impose au patient.

- Automatisme sensoriel et sensitif :

  Il y a des hallucination visuelle, gustative, auditive, cénesthésique et olfactive. On observe la présence d'algies, de troubles proprioceptifs.
    - l'ensemble de la sensorialité et du système perceptif est altéré.

- Automatisme moteur :

  Les patients ont des sensations de mouvement imposé, articulation verbale forcée, impression kinesthésique.

4) Le petit automatisme mental (syndrome de passivité ou d'interférence)

➔ phénomènes et illusions d'étrangeté de la pensée
➔ idéation imposée
➔ télépathie
➔ mentisme xénopathique

5) Evolution générale des PHC

Les PHC ont généralement une évolution déficitaire, surtout de type schizophrénique, il y a une chronicisation des processus mentaux.

C] <u>Les paraphrénies ou les délires fantastiques ou d'imagination</u>

- ➔ caractère fantastique des thèmes délirants
- ➔ richesse imaginative du délire
- ➔ juxtaposition du monde fantastique sur le monde réel
- ➔ absence de systématisation (les patients sont capables d »être relativement 'normaux' par moment et complètement délirant à d'autre)
- ➔ absence d'évolution déficitaire

Il y a donc une bonne adaptation à la réalité.

1) <u>Etude clinique des paraphrénies</u>

- Mécanisme imaginatif sur fond mythomaniaque (Ecole Française)
- Début variable et parfois insidieux
- Symptomatologie variée :
  - Hallucination
  - Fabulation
  - Interprétation
  - Intuitions délirantes
  - Intuitions mystiques
  - Délire d'influence
  - Délire de grandeur

⇨ *La pensée paralogique* : 'folie raisonnante', pensée magique, thématique fantastique,…

⇨ *La mégalomanie* : thématique d'influence, de persécution, d'empoisonnement, de grossesse, expérience d'envoûtement,…

⇨ *La fabulation* : voix, révélation, vision, extase, production imaginative 'luxuriante', récits prolixes (longs) et détaillés.

Ces patients sont altérés dans la synthèse psychique d'où le contraste de la juxtaposition du monde fantastique et du monde réel. Les patients ne différencient pas le réel de l'imaginaire. Le délire va petit à petit envahir la personnalité du patient.

Les psychoses schizophréniques

Points caractéristiques :

- dissociation de la personnalité
- déficit global : troubles relationnels, troubles psychiques, cognitifs, psycho-affectifs,…
- régression autistique (différent de l'autisme) : coupure du patient avec l'extérieur, plus de relation.
- Désorganisation plus ou moins profonde et progressive de la personnalité

Définition : « Ensemble de troubles où dominent la discordance, l'incohérence idéo-verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées, de profondes perturbations affectives, l'étrangeté des sentiments […] ; ces troubles ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité »

A] Généralités sur le groupe des schizophrénies

'Psychoses caractérisées par un processus de désagrégation mentale et de dissociation de la personnalité'.

- processus morbide et 'envahissant' du lien psychique / lien social
- apparition à l'adolescence et au début de l'âge adulte ('hébéphrénie')

B] Symptomatologie des formes inaugurales

1) La schizophrénie 'incipien' – les formes de début

Il y a un polymorphisme syndromique, il y a une énorme quantité de manière pour rentrer dans la schizophrénie.

Il y a quatre grand groupes :

Formes extrêmes
- formes progressives et insidieuses : évolution caractérielle / névrotique
- formes à début aigu : accès délirant ou catatonique

- formes cycliques : intermittence de grands épisodes à fond schizoïde
- formes monosymptomatiques : schizothymie → schizoïdie ➔ fonctionnement par clivage bon / mauvais.
  ⇨ schizoïdie évolutive

2) Les formes progressives de début ou le 'caractère pré-schizophrénique'

La schizoïdie évolutive :

L'objet est soit bon, soit mauvais, le patient fonctionne par clivage. Il va y avoir une régression au niveau des activités (la régression est très progressive). Il y a une modification de l'affectivité, un repliement sur soi, une hostilité contre la famille, un apragmatisme sexuel, une modification du caractère qui engendre des accès d'agressivité.

Les névrose 'pré-schizophrénique' :

Transformation progressive d'une névrose en psychose.

3) Les formes aiguës (avec invasion progressive du délire) (I)

Constitution lente et progressive. Le délire envahi progressivement avec des poussées d'hallucination avec thématique d'influence. C'est une véritable fissuration du Moi avec le syndrome du petit automatisme mental. Les thématiques délirantes sont : l'influence, l'empoisonnement, la transformation, la possession diabolique.

Il peut parfois y avoir une thématique mégalomaniaque. Rationalisme morbide, bizarreries du comportement et expériences de dépersonnalisation.

4) Les formes aiguës (par des états psychotiques aigus) (II)

- *Crises délirantes et hallucinatoires aiguës :*
  Bouffées délirantes aiguës, importance des hallucination psychiques, automatisme mental, écho et vol de la pensée, syndrome d'influence.
- *Etat d'excitation maniaque :*
  Accès de manies plus ou moins atypiques, fuite des idées, éléments de discordance, phénomènes catatoniques.
- *Etat dépressif :*
  Atypicité des crises mélancoliques, état mélancoliforme dépressif.
- *Etat confuso-onirique :*
  Voie parfois d'accès à la schizophrénie sous forme de psychose confusionnelle.

5) Les formes cycliques (environ 50% des cas)

Il va y avoir des assauts. La pathologie s'installe soit d'un côté catatonique soit d'un côté délirant à répétition.

Etat crépusculaire hystériformes ou crises 'schizomaniaques'.

6) Les formes monosymptomatiques

➔ Les 'fameux crimes immotivés des schizophrènes'

- dévergondages sexuels, agressions absurdes, auto-castration, etc…
- fugue, autolyse, etc…

➔ caractère énigmatique des actes impulsifs.

C] Les psychoses schizophréniques : symptomatologie de la période d'état

1) Généralité – Introduction

Il y a deux points essentiels dans la période d'état :

- le syndrome de dissociation
- la position autistique

La discordance schizophrénique :

- l'ambivalence : image de la mosaïque, personnalités multiples coexistante, juxtaposition de psychoaffectivité opposée.
- La bizarrerie : le patient est 'à côté de la plaque', son discours est incohérent
- L'impénétrabilité : seul le patient peut comprendre sa propre logique, le patient s'isole et devient inaccessible.
- Le détachement : plus rien n'atteint le patient, il est dans un autre monde.

2) Syndrome de dissociation : désagrégation de la vie psychique

Il y a perte de cohésion interne.
Il y a cinq points importants :

- troubles du cours de la pensée et du champ de la conscience
- troubles du langage, les fonctions symboliques et sémiotique sont altérées.
- Altération du système logique
- Désorganisation de la vie affective
- Discordance psychomotrice et comportement catatonique.

⇨ il n'a plus de liaison, perte de cohérence, perte d'efficacité (le mot n'est pas porteur de signifiant), rumination mentale.

Fadigme mental : blocage du mécanisme mental (image embrayage cassé), la pensée tourne à vide.
Dans le processus thérapeutique, il faut travailler sur le sens possible du symptôme.

3) Le délire paranoïde (différent du délire paranoïaque)

Les trois éléments essentiels sont :

- le vécu délirant : le patient perd son identité, il est étranger à lui-même.
- Le délire autistique : hermétisme, enfermement sur lui-même.
- L'autisme schizophrénique : déconnexion avec la réalité, perte de contact.

4) Les formes terminales des psychoses schizophréniques

La dislocation schizophrénique est 'irrécupérable'.

D] Les formes cliniques de la schizophrénie

La forme paranoïde est la plus fréquente.

Il y a deux autres formes majeures :

- l'hébéphrénie
- l'hébéphréno-catatonie

Les troubles mineurs sont les schizophrénies dites simples.