

NOSOGRAPHE DES TROUBLES MENTAUX

Sommaire

Chapitre 1 : La maladie mentale- ses causes

- 1) La Névrose
- 2) La Psychose

Chapitre 2 : Tableau des principales affections psychiatriques

I. Les psychoses

A) *Les psychoses délirantes chroniques*

- a) Délires systématisés (paranoïas)
- b) Délires fantastiques (paraphrénies)
- c) Schizophrénie

B) *Les psychoses aiguës et paroxystiques*

- a) Les psychoses affectives
- b) Les bouffées délirantes (dépersonnalisation)- les états oniroïdes
- c) Les états confusionnels
- d) Le syndrome de Korsakoff

a) Les oligophrénies (agénésies)

- Débilité mentale
- Imbécillité
- Idiotie

b) Les démences

II. Les névroses

A) *Les psychopathies*

B) *Les névroses*

- a) Névroses de caractère
- b) Psychonévroses

- c) Névroses toxicomaniques
- d) Troubles psychosomatiques
- e) Hypochondrie névrotique

Chapitre 3 : Les psychoses aiguës

§ 1. Les manies

- 1) L'accès maniaque
 - a) Troubles de l'humeur
 - b) Troubles psychomoteurs
 - c) Troubles intellectuels
 - d) Troubles somatiques
- 2) Formes évolutives
 - a) La psychose maniaco-dépressive
 - b) La manie chronique
- 3) Etiologie

§ 2. Les mélancolies

- 1. Les états de mélancolie
 - a) Début
 - b) Etat
 - Le syndrome mélancolique
 - 1) Troubles de l'humeur
 - 2) Ralentissement idéomoteur
 - 3) Idées dépressives mélancoliques
 - 4) Troubles somatiques
 - c) Evolution
- 2. Les formes cliniques
 - a) Mélancolie anxieuse
 - b) Mélancolie stuporeuse
 - c) Mélancolie délirante
 - d) Troubles bipolaires
 - e) Mélancolie d'involution
 - f) Formes symptomatiques

§ 3. Les psychoses maniaco-dépressives

§ 4. Les bouffées délirantes

- 1. Circonstances d'apparition
- 2. Etiologie
- 3. Début
- 4. Etat
 - a) Troubles de l'humeur
 - b) Troubles intellectuels
 - c) Troubles somatiques

5. Evolution et pronostic

§ 5. Les états confusionnels

1. Le syndrome confusionnel
 - a) Troubles de l'humeur et de l'affectivité
 - b) Troubles psychomoteurs
 - c) Troubles intellectuels
 - d) Troubles somatiques
2. Evolution
3. Etiologie
4. Diagnostic différentiel
5. Formes particulières
 - Le syndrome de Korsakoff
 - Les épilepsies

Chapitre 4 : Les psychoses chroniques

1. Définition
2. Contenu des délires chroniques
 - a) Le thème délirant
 - b) Mécanisme
 - c) Systématisation
 - d) Réactions
3. Installation du délire
 - a) Installation progressive
 - b) Début brutal

§ 1. Les délires paranoïaques

1. Etiologie
2. Délire d'interprétation de sérieux et de Capgras
 - a) Début
 - b) Période d'Etat
 - c) Evolution
3. Autres aspects cliniques du délire paranoïaque
 - a) Les psychoses passionnelles
 - 1) Délire de revendication
 - 2) Délire érotomaniaque
 - 3) Délire de jalousie
 - b) Le délire de relation de Kretschmer

§ 2. Les paraphrénies

1. Introduction
2. Types
 - a) La paraphrénie expansive

- b) La paraphrénie confabulante
- c) La paraphrénie fantastique

§ 3. Les schizophrénies

1. Etiologie
2. Hébéphrénie
 - a) Troubles affectifs
 - b) Troubles psychomoteurs
 - c) Troubles intellectuels
 - d) Pronostic
3. Hébéphrénie-catatonie
 - a) Le syndrome catatonique
 - b) Manifestations hébéphréniques
 - c) Evolution
4. La forme paranoïde
 - a) Le délire paranoïde
 - b) La dissociation mentale

Chapitre 5 : Les états déficitaires

- 1) Les arriérations mentales
 - a) Arriération mentale profonde (idiotie)
 - b) Débilité mentale profonde (imbécilité)
 - c) Débilité mentale moyenne
- 2) Les démences
 - A. *Maladies de Pick*
 - 1) Définition
 - 2) Clinique
 - a) Début
 - b) Etat
 - c) Fin
 - 3) Diagnostic différentiel
 - B. *Maladie d'Alzheimer*
 - 1) Définition
 - 2) Clinique
 - 3) Diagnostic différentiel
 - C. *Démence artériopathique*
 - 1) Définition
 - 2) Clinique
 - 3) Forme pseudobulbaire
 - 4) Diagnostic différentiel
 - D. *Démence sénile*
 1. Définition
 2. Clinique- le syndrome démentiel
 3. Diagnostic différentiel

Chapitre 6 : Les toxicomanies

1. Notion de toxicophilie
2. Le phénomène de dépendance
3. Classification de l'alcoolisme selon Fouquet
 - a) Alcoolisme médico-social
 - b) Alcoolisme médico-psychologique

Chapitre 7 : Les Névroses

- 1) Introduction
- 2) Syndrome névrotique général
 - a) Troubles du comportement et du caractère
 - b) Troubles de la sexualité
 - c) Asthénie névrotique
- 3) Etiologie
 - a) Hérité
 - b) Conflits dans la 1^{ère} enfance
 - c) Facteurs déclenchants

§ 1. Les psychonévroses

- A. Les névroses d'angoisse*
 1. Définition
 - a) L'attaque d'angoisse
 - b) Les équivalents de l'attaque d'angoisse
 - c) L'attente anxieuse
 2. Etiologie
- B. Les psychasthénies*
 1. Névrose phobique simple
 2. Evolution
- C. Les névroses phobiques*
 1. Névrose phobique simple
 2. Evolution
- D. Les hystéries*
 1. La crise d'hystérie
 2. Manifestations somatiques
 3. Manifestations psychiques
 4. La personnalité de l'hystérique
 5. En clinique
 6. Etiopathogénie
- E. Les Névroses obsessionnelles*
 1. Définition
 2. Clinique
 - a) Le diagnostic

- b) Les obsessions
 - c) Les rites
 - d) La personnalité obsessionnelle
3. Etiologie

§ 2. Les névroses toxicomaniaques

La maladie alcoolique

- 1. Etats d'ivresse aigue
- 2. La personnalité alcoolique
 - a) Troubles de l'humeur et du caractère
 - b) Troubles psychomoteurs
 - c) Troubles intellectuels
 - d) Troubles somatiques
- 3. Types
 - a) Alcoolite
 - b) Alcoolose

§ 3. Les troubles psychosomatiques

§ 4. L'hypocondrie névrotique

§ 5. Les psychopathies

- 1. Définition
 - a) Psychopathes à caractère sociopathe
 - b) Pervers sexuels et autres perversions
 - c) Toxicomanies
- 2. Traits de caractère
- 3. Psychodynamie

Chapitre 8 : Les thérapeutiques psychiatriques

A. Historique

- a) L'électrochoc
- b) Insulinothérapie
- c) Cardiazolthérapie

B. Pharmacothérapie

- I. Les psycholeptiques
 - Les neuroleptiques
 - Les tranquillisants

C. Psychothérapie

- a) Définition
- b) Buts de la psychothérapie
- c) Sources de la psychothérapie

- d) Formes de psychothérapie
 - 1) La psychanalyse : Freud
 - 2) Adler
 - 3) Jung
 - 4) Expressivité simple de Rogers
 - 5) Relaxation de Schultz
 - 6) Méthodes de déconditionnement
 - 7) Psychothérapies collectives

Chapitre 9 : Précisions

A) Les manies : les états bipolaires

1. Définition
2. Etiologie

B) Les états dépressifs

- 1) Classification des états dépressifs
- 2) Epidémiologie
- 3) Symptômes cardinaux
- 4) Etiologie
 - a) Dépressions à prédominance de facteurs endogènes
 - b) Dépressions à prédominance de facteurs exogènes (réactionnels).

C) Psychoses aiguës périodiques et polymorphes

1. Définition
2. Etiologie

D) Psychoses aiguës et paroxystiques- syndrome de Korsakoff

1. Symptomatologie du syndrome de Korsakoff
 - a) Etat confusionnel global
 - b) Syndrome d'amnésie confabulante
2. Etiologie
 - a) Alcool
 - b) Traumatismes crâniens
 - c) Tumeurs cérébrales
 - d) Intoxications oxycarbonées

3. Pathogénie
4. Pronostic

E) Les psychoses chroniques paranoïaques

- a) Délire de structure paranoïaque
- b) Délire de structure paraphrénique
- c) Délire de structure schizophrénique

Psychoses délirantes chroniques

Délires systématisés

- a) Délires passionnels
 - Revendication

- Erotomanie
- Jalousie

b) Délires d'interprétation

Noçographie des troubles mentaux

Chapitre 1 : La maladie mentale-çes causesç

La psychiatrie est la spécialité mentale qui concerne les maladies mentales, c'est-à-dire les troubles des fonctions mentales. Ces fonctions sont les fonctions de l'organisme qui permettent à ce dernier de se situer dans le monde et de réagir par un comportement adapté à ce qu'il ressent. Il s'agit donc de l'intégration des expériences vécues au sein du monde extérieur et du comportement qui naît en interrelation avec le vécu. Les fonctions mentales sont structurées en personnalité.

Il y aura maladie mentale lorsque les relations obligées avec le milieu se traduisent par une atteinte à la constance de la personnalité (à son identité) et par un trouble des significations du monde qui perdent leur caractère objectif communicable et deviennent essentiellement subjectives, personnelles.

Cette personnalité évolue et on peut ainsi détacher un premier groupe d'atteintes des fonctions mentales : il s'agit de troubles de l'évolution d la personnalité qu'on peut scinder en :

- Retards de structuration (agénésies, oligophrénies) : arriération mentale, immaturation affective...
- Détériorations de la personnalité : les démences.

Pourtant, si l'on fait abstraction de ce groupe un peu « à part » de la pathologie mentale, on remarque qu'en ce qui concerne les maladies mentales, deux principales éventualités peuvent se rencontrer.

- 1) Lorsque le sujet, face aux difficultés de l'existence, n'arrive à maintenir la constance de sa personnalité qu'au prix d'une mobilisation intensive de ses mécanismes de défense et grâce à une réduction de ses échanges avec le milieu, on a affaire à une névrose.

La névrose est caractérisé par son impuissance à résoudre les conflits sous forme d'une tension douloureuse, l'angoisse, et pour s'en défendre, il adopte des attitudes régressives et utilise tous les mécanismes de défense à sa disposition.

La névrose est donc un compromis destiné à maintenir l'intégralité de la personnalité, malgré l'incapacité à résoudre les conflits. Elle est faite d'angoisse, de répétitions (obsessions), de mécanismes de défense exacerbés (phobies, manies...).

- 2) A la névrose s'oppose théoriquement la PSYCHOSE. Cette fois, il n'y a plus simplement blocage des mécanismes d'intégration, il y a rupture de ces mécanismes. L'équilibre entre le subjectif et l'objectif sera rompu au profit du premier.

La signification du monde sera perturbée, la perception faussée (hallucinations) et, par voie de conséquence, le comportement du sujet deviendra incompréhensible pour autrui (troubles comportementaux). On le voit, la psychose procède d'un défaut des fonctions d'intégration qui se traduit par une désorganisation de la conscience et par une modification de la signification du monde.

Les fonctions d'intégration étant la clef de voûte de la personnalité, toute psychose comporte une désorganisation de cette dernière. Au stade ultime, il y aura destruction de cette personnalité, qui associée à des troubles comportementaux importants donneront naissance à la schizophrénie.

Pour un névrosé $2 \times 2 = 4$ mais il en souffre.

Pour un psychosé $2 \times 2 = 5$ mais il n'en souffre pas.

Chapitre 2 : Tableau des principales affections psychiatriques

Quand on parle de maladie, on envisage différents aspects :

- La sémiologie : c'est l'étude des symptômes et des syndromes (ensemble de symptômes qui apparaissent généralement groupés qui mène au diagnostic différentiel)
- L'étiologie
- La pathogénie
- L'évolution du processus morbide, influencée par un thérapeutique et qui aboutit à l'issue.

L'étiologie en psychiatrie comporte rarement un facteur spécifique. La classification des troubles doit, dès lors, souvent se baser sur la description de syndromes.

Ainsi, le premier qui fut décrit le fut en 1822 par Bayle qui s'intéressa à des patients atteints de déficience intellectuelle et présentant des troubles moteurs importants qui les menaient assez rapidement à la mort.

Une même lésion fut retrouvée à l'examen anatomo-pathologique des cerveaux de ces malades : une inflammation touchant les méninges (pie-mère et arachnoïde) et les premières couches cérébrales.

L'ensemble fut baptisé arachnitis chronique ou « paralysie générale » et, des études ultérieures mettant en évidence l'agent étiologique, à savoir *treponema pallidum*, la maladie fut baptisée enfin méningo-encéphalite syphilitique diffuse. Ce trouble est devenu assez rare à notre époque.

D'autre part, on ne peut souvent dégager qu'une étiologie multifactorielle :

- 1) L'organogénèse : facteurs organiques.

- 2) La psychogénèse : facteurs psychogènes ayant pour origine une vicissitude dans la relation entre le sujet et le monde extérieur.
- 3) La sociogénèse : il s'agit ici de facteurs socio-culturels qui ne jouent qu'un rôle déclenchant. Exemple : insécurité ressentie et due aux facteurs sociaux comme le chômage...

Le tableau qui suit est une classification raisonnée telle qu'on aurait pu la trouver déjà dans le traité de Kraepelin en 1896, à l'exception du développé des névroses qui ne furent définies que par Freud.

Il faut noter bien sûr que les limites entre les affections sont toutes relatives : il n'est pas question en psychiatrie d'« espèces » morbides telles qu'en décrirait un entomologiste : il existe de nombreuses formes de transition.

I. Les psychoses

Nous les séparerons en deux groupes en fonction de leur rythme évolutif :

A/ Les psychoses délirantes chroniques

Il s'agit de perturbations des systèmes de jugement, de la représentation du monde. Un monde subjectif se forme, monde du délire ou les symboles sociaux disparaissent et sont remplacés par des symboles subjectifs. Le sujet va se retrancher dans un autre monde et sera alors qualifié d'« aliéné ».

a/ Délires systématisés (paranoïas)

Il s'agit de délires très structurés, organisés sur des thèmes bien fixés. Ces délires respectent la lucidité, les facultés intellectuelles, les structures mentales. Le langage est celui des gens normaux. Le patient est orienté par des croyances pseudo-logiques qui emportent sa conviction (délires de jalousie, érotomanie, revendication, persécution...).

b/ Délires fantastiques (paraphrénies)

Ici, l'élaboration n'est plus rationnelle : on observe une exubérance de la vie imaginative. Il y a intégration d'éléments imaginaires (hallucinations...). La personnalité de base est pourtant respectée dans ses grandes lignes. Ces patients vivent avec un pied dans notre monde, avec une adaptation plus ou moins bonne.

c/ Schizophrénie

C'est une atteinte plus globale de la personnalité. Le sujet se coupe littéralement du monde extérieur (autisme). Il y a dissociation de la personnalité.

On note trois formes :

- Forme hébéphrénique
- Forme catatonique
- Forme paranoïde

B/ Les psychoses aiguës et paroxystiques

Ce sont des affections mentales de survenance brutale et dont l'évolution se fait par paroxysmes. Notons-les en fonction de la conscience.

a/ Les psychoses affectives

- Troubles bipolaires
- Mélancolies
- Manies

Dans la manie, on trouve une excitation psychomotrice et une exaltation de l'humeur qui forcent l'individu à se livrer à des excentricités qu'il veut réaliser immédiatement. Le temps pour ces patients se déroule à grande vitesse et il en résulte une pensée superficielle et fragmentaire.

Dans la mélancolie, on trouve un état mental qui est l'inverse du précédent. Le sujet a l'humeur triste et il vit dans un monde où il se sent incapable de retirer le moindre profit. Le temps pour lui se déroule si lentement qu'il en résulte une certaine viscosité mentale et une bradypsychie.

L'association alternée dans le temps de la manie et la mélancolie réalise le tableau bien connu des troubles bipolaires.

b/ Les bouffées délirantes (dépersonnalisation) – les états oniroïdes

Accès qui durent de quelques jours à quelques mois, susceptibles de guérison mais aussi de récurrences. Le patient a une perception du réel modifiée et peu distincte des seuls contenus subjectifs de la conscience. Il vit son délire comme une donnée immédiate de son environnement.

c/ Les états confusionnels

- Stupeur
- Onirisme

Des facteurs étiologiques (organiques) peuvent la plupart du temps être dégagés.

d/ Le syndrome de Korsakoff

Dans l'épilepsie, le sujet présente parfois des troubles psychotiques aigus apparentés (états crépusculaires).

Citons en plus deux classes de troubles qui sont en marge de la pathologie mentale et qui ne sont pas réellement des psychoses. On y observe une grande altération de la structure de la personnalité.

A. Les oligophrénies (agénésies)

Citons-les selon un degré croissant de profondeur de l'arriération mentale :

- a) Débilité mentale**
- b) Imbécilité**
- c) Idiotie**

Ici également des facteurs étiologiques le plus souvent peuvent être dégagés.

B. Les démences

Une classification peut s'établir en fonction des différents facteurs étiologiques :

- La sénilité
- Les traumatismes
- Les tumeurs cérébrales
- Les affectons inflammatoires

Dans ces cas, les altérations des structures intellectuelles mènent à une détérioration de toute la vie de relation.

II. Les névroses : les psychopathies :

A. Les psychopathies

B. Les névroses

a) Névroses de caractère

On n'y dégage pas de symptômes précis ; il s'agit d'une caractériopathie stable altérant les relations avec autrui.

b) Psychonévroses

- Névroses d'angoisse
- Névroses phobiques : peur localisée sur un objet ou une situation extérieure. Ce phénomène tient de la projection symbolique.
- Hystéries : il y a expression de la maladie au niveau du corps et principalement de fonctions symboliques de relation (à support sensori-moteur).
- Névroses obsessionnelles : la conscience est parasitée par des éléments idéatoires obsédants. On observe en outre des comportements ritualisés.

c) Névroses toxicomaniques

Ces patients ont recours à l'usage régulier de substances euphorisantes comme mécanisme de défense contre l'angoisse. Un cas particulier est l'alcoolisme.

d) Troubles psychosomatiques

e) Hypochondrie névrotique

Le corps est investi de façon diffuse. Il s'agit d'un trouble mineur valorisé à l'extrême.

Chapitre 3 : Les psychoses aiguës

Définition :

Il s'agit d'atteintes psychiatriques transitoires à résolution spontanée et qui, sous traitement, prennent fin en quelques semaines ou en peu de mois. Les caractéristiques retrouvées sont les suivantes :

- 1) Début brutal
- 2) Survenue sur un terrain de prédisposition aux troubles mentaux
- 3) Tendances aux récurrences avec :
 - Au départ restitution intégrale du psychisme entre les crises
 - A la longue, diminution des capacités intellectuelles

On peut parler de dissolution épisodique de l'activité consciente avec une déstructuration de la conscience qui peut être parfois légère, parfois quasi totale.

§ 1. Les manies

1) L'accès maniaque

L'accès survient le plus souvent d'une façon brutale, sans facteur déclenchant apparent. Le malade montre une très nette surexcitation psychomotrice. Parfois pourtant le début de l'épisode est précédé de prodromes. Notons en quelques types parmi les plus fréquemment rencontrés :

- Un épisode dépressif
- Une phase d'excitation plus modérée que celle de la manie (subexcitation)
- Un « symptôme-signal », comportement particulier toujours identique
- Des manifestations obsessionnelles
- Des actes asociaux mineurs.

Le tableau d'état est ainsi réalisé d'emblée ou en quelques jours. Si celui qui est amené à examiner le malade a en tête les symptômes qui suivent, il sera à même de poser un diagnostic rapide, tant la présentation du patient en accès de manie est caractéristique.

Le syndrome maniaque comprend :

- a) **Des troubles de l'humeur :** on note une exaltation de l'humeur faite de :
 - L'euphorie : enthousiasme, gaieté, chants, rires et cris.
 - L'ironie mordante et méchante
 - La versatilité : optimisme et insouciance alternant avec colère et lamentations.
 -
- b) **Des troubles psychomoteurs** résultant en une hyperactivité désordonnée. Le patient est agité jour et nuit, il change sans cesse d'occupation, se dénude et se déguise, transformant en jeu la plupart de ses actes.
- c) **Des troubles intellectuels :** il y a accélération des processus mentaux :
 - La fuite des idées : le patient a à peine envisagé une idée qu'il la remplace déjà par une autre. On le voit ainsi sauter d'un sujet à l'autre. Ce phénomène est parfaitement traduit par les écrits du malade.
 - La tachypsychie
 - La difficulté à fixer l'attention
 - L'hypermnésie portant essentiellement sur des faits anciens.
- d) **Des troubles somatiques :**
 - Contraste entre l'amaigrissement et l'augmentation d'appétit
 - Insomnie rebelle
 - Grande résistance à la fatigue
 - Hyperthermie légère (qui cède rapidement)
 - Constipation
 - Tachycardie
 - Flambées d'érotisme

La durée de l'accès a été abrégée considérablement par les traitements actuels. La sédation se fait progressivement et débute après quelques jours à quelques semaines.

Notons les risques principaux qu'il faut redouter :

- Des rechutes qui surviennent alors même qu'on considère la guérison comme acquise.
- Le passage à un état de mélancolie avec risque de tentative de suicide
- Une poussée thermique avec déshydratation survenant au cours de l'accès et qui va de pair avec une dégradation de l'état du malade menant parfois à la mort.

2) Formes évolutives

a) Le trouble maniaco-dépressif (psychose intermittente, psychose périodique)

Il s'agit d'une psychose endogène ou constitutionnelle. On note une alternance, au cours de l'existence, d'accès maniaques et de phases dépressives mélancoliques. Le sujet est normal entre les crises. Ce type de psychose se révèle généralement chez l'adulte jeune, chez des sujets de conformation pycnique et au caractère cyclothymique.

Les femmes sont plus fréquemment atteintes. On note enfin, une prépondérance des phases de mélancolie. Au cours de l'évolution, on note des accès plus proches les uns des autres et qui durent plus longtemps.

b) La manie chronique

Il s'agit d'un accès maniaque beaucoup plus prolongé et où les symptômes vont en s'atténuant. Elle évolue en guérison ou en une forme dégradée où les propos et les actes du sujet perdent toute signification.

3) Etiologie

Nous avons déjà noté que les sujets atteints de manie étaient le plus souvent pycniques et cyclothymiques. Il nous faut maintenant insister sur le grand intérêt qu'il y a à rechercher des antécédents héréditaires ou personnels.

Par ailleurs, on retrouve un facteur déclenchant, la plupart du temps, un traumatisme psycho-affectif. On note ainsi la « manie de deuil » qui survient à la suite de la perte d'une personne à laquelle on était attaché.

Citons quelques étiologies parfois retrouvées :

- Episode de manie survenant au début d'une schizophrénie
- Episode de manie survenant au début des démences séniles et préséniles (maladies de Pick et d'Alzheimer) ou à défaut d'une démence artériopathique.
- Accès maniaque à point de départ toxique (alcool, amphétamine, ACTH et corticoïdes, cocaïne...)
- Episode de manie faisant suite à un traumatisme crânien.
- Accès maniaques dans les tumeurs cérébrales : il s'agit essentiellement des tumeurs de la base et des tumeurs des lobes préfrontaux.

§ 2. Les mélancolies

1. Les états de mélancolie

a) Début

- Troubles de l'affectivité et de l'humeur : sujet découragé, pessimiste, triste, plein de regrets.
- Troubles de l'activité : fatigue telle qu'il ne peut plus travailler. Diminution de la volonté et désintéressement de toute occupation ou distraction.
- Troubles somatiques : insomnies constantes, anorexie, céphalées.

b) Etat

Le malade se présente avec les caractéristiques suivantes :

- La mimique : figée, visage livide avec commissures labiales abaissées, le front plissé.
- La tenue : le malade marche lentement, le corps penché en avant, les yeux fixés sur le sol.
- Le langage : parole spontanée lente, réponses lentes entrecoupées de gémissements et soupirs.

Le syndrome mélancolique

1) Troubles de l'humeur

- Tristesse morbide : tristesse mélancolique vécue comme une fatalité (ennui, découragement, dégoût de la vie).
- Douleur morale : le malade se sent incapable et impuissant dans le domaine physique et moral.
- Anesthésie affective : indifférence vis-à-vis des siens.

2) Ralentissement idéomoteur

- Aboulie : malade inerte, ne quitte plus son lit ou son fauteuil.
- Lenteur d'idéation : débit verbal lent, voix faible, monotone.

3) Idées dépressives mélancoliques

- Idées de mort.
- Idées de culpabilité : le malade s'accuse de tas de fautes imaginaires.
- Idées de ruine et d'incurabilité.

Conséquences de ces idées : conduites suicidaires souvent au moment de la convalescence comprenant :

- Conduites passives par le refus d'alimentation
- Suicide bien préparé
- Impulsion brusque à se donner la mort
- Suicide collectif : toute la famille puis le sujet.

4) Troubles somatiques

- Signes physiques :
 - insomnie
 - amaigrissement par anorexie
 - aménorrhée.
- Troubles digestifs
 - Constipation
 - Aérophagie
 - Parfois diarrhée
- Troubles cardio-vasculaires :
 - Tachycardie
 - Hypotension
 - Diminution de la libido
 - Examen neurologique : normal

c) Evolution

L'accès se termine en quelques semaines par la thérapeutique.

Complications : rechute, virage à l'accès maniaque, suicide.

2. Les formes cliniques

a) Mélancolie anxieuse

- Le malade ne peut tenir en place, guette aux portes, est aux aguets.
- L'anxiété domine le tableau et est vécue comme une panique.
- Tendances suicidaires présentes

b) Mélancolie stuporeuse

- Plus aucun mouvement volontaire.
- Visage inexpressif, figé, triste.
- Apparition brusque d'une idée de suicide.

c) Mélancolie délirante

- Délire mélancolique aigu de persécution (« mélancolie paranoïde »)

Le malade dit sur un ton monotone qu'il est persécuté : le persécuté ne devient pas persécuteur ; pas de riposte du malade mais tendances suicidaires possibles.

- Délire hypochondriaque de négation de Cotard

Idée de damnation et de négation d'organes, idées d'immortalité : les intestins sont bouchés, le foie est pourri, un animal habite le corps (zoopathie).

d) Troubles bipolaires

Alternance d'accès mélancoliques et d'accès maniaques séparés par un intervalle de temps durant lequel le sujet est normal.

e) Mélancolie d'involution

- Pas d'antécédents psychiques personnels
- Fonds de personnalité obsessionnelle
- Syndrome mélancolique d'apparition progressive et tardive

f) Formes symptomatiques

On peut observer des états mélancoliques dans :

- Epilepsie
- Méningo-encéphalite syphilitique (« paralysie générale »)
- Traumatisme crânien
- Tumeur au cerveau
- Affection générale (tuberculose par exemple).

§ 3. Les psychoses maniaco-dépressives

La partie théorique de l'exposé est à reprendre aux § 1 et § 2.

§ 4. Les bouffées délirantes

1. Circonstances d'apparition

La bouffée délirante apparaît à la suite d'un surmenage dans un contexte conflictuel, d'un choc affectif.

Le plus souvent, aucune cause déclenchante.

2. Etiologie

- Fréquence plus grande dans le sexe féminin
- Adolescents ou jeunes adultes.
- Magnan : la bouffée délirante a lieu chez des individus tarés, dégénérés.

3. Début

- Apparition brutale
- Délire d'emblée avec inspiration instantanée

4. Etat

Le syndrome de bouffée délirante :

a) Troubles de l'humeur

Etat dépressif en alternance avec un état agité.

b) Troubles intellectuels

Irruption de phénomènes délirants et hallucinatoires dans le champ de conscience.

1) Les thèmes délirants

Thèmes illogiques sans rapport avec la réalité et inconstants au cours des délires.

Exemple : idée de supériorité physique et intellectuelle, de richesse et de puissance (« je serai roi, je suis descendant de Napoléon, je suis Jésus Christ ») ; idée de persécution (« on me veut du mal », « on m'envoie des rayons »), idée d'impuissance et de damnation (« j'assiste au jugement dernier »).

2) Mécanismes hallucinatoires

- Hallucinations psychiques : voix intérieures, écho de la pensée, transmissions, deviennent de la pensée. Le malade croit fermement en les images ou représentations d'images.
- Hallucinations psycho-sensorielles : ce sont les hallucinations auditives qui sont fréquentes : le malade entend des sons ou des voix.
- Illusions : le malade croit voir un animal menaçant alors qu'il n'y a qu'un buisson.
- Interprétations : il y a perception immédiate correcte mais déductions erronées

3) Réactions antisociales

Vu le contenu affectif présent souvent dans la bouffée délirante, il peut y avoir une réaction antisociale grave.

ε) Troubles somatiques

Discrets de type insomnie, anorexie, constipation, examen neurologique normal.

5. Evolution et pronostic

- Délire passager (quelques jours à quelques semaines).
- Récidives possibles.

§ 5. Les états confusionnels

1. Le syndrome confusionnel

a) Troubles de l'humeur et de l'affectivité

Le malade est négligé au regard fixe et lointain, à la mimique inexpressive. Le malade prend conscience de son trouble et est angoissé. L'angoisse est source de désarroi et d'anxiété (perplexité anxieuse).

b) Troubles psychomoteurs

- Mouvements lents et incertains
- A d'autres moments, le malade est agité
- Agressions
- Tentatives suicidaires
- Langage altéré : exemples : phrases mal articulées, utilisations de périphrases (choses, machins), interrogations : ou suis-je ? qui êtes-vous ?
- Ecriture : le malade ne peut achever une phrase, le dernier mot se terminant par des jambages informes.

c) Troubles intellectuels

- Obnubilation de la conscience :
- Désorientation dans le temps et l'espace
- La malade ne reconnaît plus les objets
- Le malade ne reconnaît plus les membres de sa famille
- Délire onirique : rêve pathologique avec participation psychomotrice active et incursions dans la réalité : les thèmes délirants sont par exemple : flammes menaçantes, précipices, bêtes féroces, hallucinations auditives, visuelles ou olfactives.

Les crises apparaissent surtout dans la pénombre et lors des phases d'endormissement ; de plus, le thème délirant peut indiquer l'étiologie de la confusion.

Exemples : l'alcool donne un onirisme visuel à thème professionnel : zoopsies, scènes de terreur. La cocaïne donne des hallucinations cinesthésiques tactiles horribles. L'opium donne des hallucinations visuelles agréables.

d) Troubles somatiques

- Adynamie et asthénie
- Céphalées
- Insomnie
- Anorexie
- Mydriase
- Réflexes vifs

2. Evolution

La crise peut se terminer brutalement, progressivement ou se poursuivre par un « délire post-onirique ».

3. Etiologie**a) Origine infectieuse**

- La fièvre typhoïde
- Méningites purulentes ou à liquide clair (tuberculose)
- R.A.A.

b) Origine toxique exogène ou endogène

- Alcoolisme : onirisme du delirium tremens
- CO
- Barbiturisme chronique
- Traumatismes crâniens
- Etats démentiels

4. Diagnostic différentiel

Symptomatologie comparative dans les psychoses aiguës

<u>Psychoses aiguës</u>	<u>Manie</u>	<u>Mélancolie</u>	<u>Bouffées délirantes</u>	<u>Confusion mentale</u>
1/ troubles de l'humeur	Euphorie expansive causticité	Tristesse mimique de concentration	Alternance d'euphorie et de tristesse	Perplexité anxieuse angoisse
2/ activités psychomotrice	Agitation activité jeu	Ralentissement idéo-moteur stupeur	Agitation variable	Stupeur ou agitation
3/ troubles intellectuels	Fuite des idées tachypsychie	Idées de suicide, culpabilité et refus de ruine, d'aliments	Idées délirantes spontanées multiples passagères	Désorientation temporo-spatiale effort intellect
4/ troubles somatiques	infatigabilité	anorexie	Peu marquées	intenses

Tableau issu de l'ouvrage « abrégé de psychiatrie » d'Anty.

5. Formes particulières

Le syndrome de Korsakoff

a) Début

- Malade puéril et euphorique
- Diminution des facultés mnésiques, diminution de la concentration
- Amnésie de fixation : pas de souvenance des faits récents, il lit toujours la même page : amnésie antérograde
- Confabulation : meuble le vide
- Désorientation dans le temps et l'espace
- Fausses reconnaissances.

b) L'examen neurologique met en évidence des signes de polynévrite souvent graves :

- Paresthésies des membres inférieurs
- Amyotrophie des muscles de la loge antéro-externe de la jambe
- Diminution des réflexes achilléens puis rotuliens
- E.E.G. : rythme anormal.

Etiologie

- Intoxication alcoolique chronique dans 60% des cas
- Les toxicoses gravidiques
- Les tumeurs cérébrales frontales et surtout de la base
- Les traumatismes crâniens graves.

Anatomo-pathologie

- Lésions au niveau des corps mamillaires
- Dégénérescences périaxiale des nerfs périphériques des membres inférieurs.

Addendum : les épilepsies

1. Le petit mal épileptique : absence

- a) Crises généralisées de courte durée avec suspension de l'activité consciente pendant quelques secondes.
- b) E.E.G. : ondes, pointes (3 cycles/seconde)
- c) Débute dans l'enfance

Description clinique

Le malade arrête brusquement son activité et demeure le regard figé et vague. Après 10-15 secondes, il reprend son activité en ne se souvenant de rien. Parfois des secousses myocloniques des membres supérieurs accompagnent le tableau. Parfois aussi le malade chute par perte du tonus postural (petit mal akinétique).

2. Le grand mal épileptique

- début : brutal, le malade pâlit, crie, perd connaissance et chute.
- Etat :

a) Phase tonique

- Membres supérieurs en demi-flexion
- Membres inférieurs en extension
- Yeux révulsés
- Pupilles : mydriases
- Durée : une minute au maximum

b) Phase clonique

- Tout le corps est en agitation
- Mouvement successifs de flexion et extension des membres
- Ecumes aux lèvres
- Morsure de langue
- Perte d'urines
- Durée : 1 à 2 minutes

c) Phase comateuse

Coma avec respiration bruyante, sueurs abondantes. Durée : cinq minutes.

3. Epilepsie localisée

- a) Définition : lésion localisée à un foyer du cortex
- b) Aura : variable d'un malade à l'autre mais constante chez le même malade.
- c) Types
 - Crise sensitivomotrice (crise bravais-jacksonienne)
 - Point de départ : circonvolution de Rolando.

- Crise adersive la plus typique : déviation conjugquée des yeux et de la tête avec élévation du bras controlatéral en semi-flexion, poing fermé.
- Crise sensorielle : hallucinations visuelles, olfactives et gustatives.
- Crise temporelle (« équivalents psychomoteurs », fugues ambulatoires) : état de rêve avec trouble de la conscience : le malade ne reconnaît pas ce qui se passe autour de lui, croit qu'on lui impose des idées, fuit son domicile et se trouve dans une gare loin de chez lui sans comprendre comment il y est arrivé.

d) E.E.G. de l'épilepsie localisée

Pointes répétées régulièrement à point de départ focal. Entre les crises, l'E.E.G. enregistre des pointes ondes.

Chapitre 4 : les psychoses chroniques

Généralité:

1. Définition

Le délire chronique est un édifice mental durable, n'ayant aucun rapport avec la réalité, auquel le sujet croit fermement et qui est la base de sa conduite et de ses réactions antisociales.

En fait, le délire est une opinion fautive du malade sur certains faits en rapport avec son existence.

2. Contenu des délires chroniques

Il y a 4 aspects :

a) Le thème délirant

- Persécution : thème le plus fréquent ; exemple : persécution familiale, de voisinage.
- Revendication
- Mystique : le malade est envoyé par Dieu
- Dépit amoureux : jalousie, érotomanie, c'est-à-dire illusion délirante d'être aimé
- Mégalomanie : esprit supérieur, fils de roi.

b) Mécanisme

Les délires apparaissent à partir de phénomènes psycho-sensoriels de type :

- Imagination : le malade construit de véritables romans
- Interprétation : il attribue un sens relatif au délire à des faits banaux.

- Hallucinations : perception sans objet :
- Hallucinations sensorielles : auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles (psychose hallucinatoire chronique).
- Hallucinations psychiques : ressenties comme des voix et pensées intérieures (le délire paranoïde de la schizophrénie).
- Influence : « on m'oblige à penser », « on m'envoie des rayons et je ne peux plus faire cette activité.

Parfois le malade entend un commentaire de ses actes : « tiens, il se lève, marche... ». Le commentaire est souvent injurieux, syndrome V.S.P., vache, putain, salope...).

c) Systématisation

- Délire systématisé, délire bien construit, le sujet en est convaincu, d'où comportement antisocial dangereux. Type : le délire de structure paranoïaque.
- Délire moyennement systématisé : délire moins cohérent, une partie est floue (« je n'ai pas certaines preuves mais tout cela est quand même étrange »). Exemple : délire de structure paraphrénique, fantastique.
- Délire faiblement systématisé : contradiction, absurdité du délire. Exemple : le délire de structure paranoïde schizophrénique. Le malade subit son délire de façon passive.

d) Réactions

- Auto-agressives : actes suicidaires, automutilations (surtout chez les schizophrènes) et crainte perplexité, anxiété.
- Hétéro-agressives : actes antisociaux, parfois jusqu'au meurtre (surtout chez les paranoïaques).

3. Installation du délire

a) Installation progressive

Construction lente (quelque mois à quelques années) du délire. Il croit que quelque chose se tourne contre lui à son insu.

b) Début brutal sous forme de l'expérience délirante primaire de Jaspers :

« le thème délirant apparaît après la fin de l'expérience délirante primaire (épisode psychotique aigu) sous forme d'un délire chronique ».

§ 1 – Les délires paranoïaques

1. Etiologie

- L'âge : maladie de l'âge mûr.
- Le sexe : fréquence plus grande du sexe masculin
- Facteurs constitutionnels :
- Prédilection caractérielle : méfiance, orgueil, susceptibilité, fausseté du jugement, psychorigidité

- Facteurs déclenchant : la maladie peut se déclencher par suite d'un procès perdu par exemple, Kretschmer dit que la paranoïa survient lorsque les aspirations du sujet et les possibilités de réalisation sont contradictoires.

2. Délire d'interprétation de Sérieux et de Capgras

a) Début

Il est insidieux ; le sujet a une brusque révélation, tout devient clair dans son esprit, tout s'explique.

b) Période d'état

Le délire éclate au grand jour, il est invraisemblable.

Thème : persécution et grandeur.

Mécanisme :

- Interprétatif : « je me suis rendu compte que... »
- Pas d'hallucination en principe
- Représentations mentales vives
- Interprétations rétrospectives (remaniement des souvenirs)

Systématisation : délire bien systématisé, structure en réseau car il y a une juxtaposition de plusieurs idées délirantes imbriquées les unes dans les autres.

Réactions : hétéro-agressives le plus souvent, parfois auto-agressives.

c) Evolution

Le délire dure jusqu'à la mort mais parfois il peut s'appauvrir : le malade est toujours convaincu mais s'en soucie moins.

3. Autres aspects cliniques du délire paranoïaque

a) Les psychoses passionnelles

Le sujet a une idée fixe dans son esprit : cette idée obsédante oriente son activité dans une manifestation pathologique. C'est une organisation en secteur car tout découle d'un postulat fondamental.

3 types :

- Délire de revendication
- Erotomanie
- Délire de jalousie

1) Délire de revendication

Apparition brutale à l'occasion d'un préjudice par exemple (procès perdu). Le malade croit être victime d'une injustice et veut obtenir réparation. L'idée de préjudice est dominante, obsédante.

Evolution : le malade tend au fil du temps à étendre le cercle de ses réclamations. Les faits de départ passent au second plan.

2) Délire érotomaniaque

Le malade croit fermement être aimé par une personne qu'il estime de haut rang.

- a) Début : il est brusque. Le sujet (le plus souvent une vieille fille) croit par exemple qu'un journaliste lui a fait signe à la télévision, que si tel personnage a sa photo dans le journal c'est pour se faire connaître du sujet.
- b) État : le partenaire fictif (« objet ») continue ses déclarations ; le sujet en tire orgueil et joie. L'objet fait les premiers pas et tombe amoureux. Le doute apparaît ensuite ; il sent que l'être aimé lui échappe et lui envoie des lettres enflammées.
- c) Evolution : la haine remplace l'amour, la haine pouvant aller jusqu'au crime (stade de rancune).

3) Délire de jalousie

Thème : infidélité du partenaire et présence virtuelle d'un rival. H. EY dit du délire de jalousie : « c'est le sentiment d'être frustré d'un bien qui se retire de vous pour aller vers autrui ».

- a) Début : idée fixe de jalousie sans motif valable le plus souvent, parfois justifiée.
- b) État : le sujet se sent bafoué et ridicule. Il veut prouver son infortune conjugale. Il surveille ou fait surveiller, il ouvre les lettres, examine le linge du conjoint.
- c) Évolution : le persécuté devient persécuteur : réactions homicides à redouter et le malade doit être interné. L'homme s'en prend à sa femme, la femme à sa rivale.

b) Le délire de relation de Kretschmer

C'est un délire d'interprétation s'installant sur un fond de personnalité psychasthénique. C'est un délire de « relation » car il repose sur un conflit entre le malade et son entourage. Kretschmer a individualisé les types de caractère paranoïaque conduisant au délire de relation :

- Caractère de combat
- Caractère mégalomane
- Caractère sensitif.

Début : le délire s'installe à l'occasion d'une humiliation, d'un échec amoureux, d'une situation affligeante. Le malade croit que sa famille par exemple connaît ses plus secrètes pensées. On le montre du doigt, on fait peser sur lui les pires menaces.

État : délire fréquent chez les sujets timorés, craintifs, vieilles filles, vierges âgées, vieux célibataires dont les thèmes sont :

- Persécution
- Culpabilité sexuelle : tout le monde sait que le sujet se masturbe (délire des masturbateurs).

- Frustration : exemple : personne ayant un diplôme universitaire traitée comme un domestique au sein d'une famille bourgeoise.

Evolution :

- Peu de relations hétéro-agressives
- Actes suicidaires assez fréquents

§ 2. Les paraphrénies

1. Introduction

La paraphrénie est une forme de transition entre la paranoïa et la schizophrénie. Le sujet reste longtemps maître de son délire, ce qui permet une vie sociale plus ou moins normale. Les thèmes sont empruntés aux mythes infantiles et surnaturels. Il y a intégrité des fonctions intellectuelles et affectives. C'est une maladie de l'âge adulte et présénile avec une fréquence égale dans les deux sexes.

2. Types

a) La paraphrénie expansive

Presque toujours dans le sexe féminin

- 1) Début : insidieux et prolongé. Entre 30 et 50 ans. Attitudes extravagantes, scandales. Troubles thymiques.
- 2) Etat :
 - Tenue extravagante : fards éclatants, vêtements excentriques...
 - Langage normal, prolixité de paroles et de gestes
 - Le malade a en poche de nombreux papiers, cahiers ou notes.
 - Patients exalté, jovial, euphorique.

Thème du délire : idée de grandeur, de génie littéraire ou scientifique, de pouvoirs surnaturels à gouverner le monde. Parfois le malade croit être voué à une évangélique. Les hallucinations visuelles sont fréquentes. Le délire est peu systématisé : il y a juxtaposition des idées délirantes (structure paralogique).

3) Evolution

Capacité intellectuelles conservées. Le malade est convaincu de la véracité de son délire après quelques années.

On peut poser un diagnostic de certitude de paraphrénie expansive en présence d'un délire à thème de grandeur avec une richesse verbale et graphique, dont l'apparition se situe à l'âge adulte

ou présénile dont le système délirant est juxtaposé à la réalité avec des troubles du comportement et de l'humeur.

b) La paraphrénie confabulante

Dans les deux sexes. Début entre 20 et 40 ans. Constitution mythomaniacale propice à ce type de paraphrénie.

1) Début

- Brusque ou lent
- Elaboration du délire (aggravation de la mythomanie)

2) Etat

Enorme production délirante : le malade raconte des évènements grandioses, féeriques dont il est le témoin. C'est pour lui un plaisir de raconter ces évènements.

Thèmes délirants : thèmes de grandeur (idée de filiation notamment). On y trouve des fictions scéniques, romanesques. Chaque jour, le malade ajoute un nouvel épisode à son récit.

Mécanismes : fabulation d'emblée et pas d'hallucination.

Le sujet est exalté, il y a une imagination fertile ; son délire semble jaillir spontanément ; il y a un enchaînement logique.

Systematisation : structure cohérente.

3) Evolution

- Alternatives de rémissions ou le délire diminue.
- Moments féconds où le délire est très riche.

c) La paraphrénie fantastique

1) Début

- Avant 30 ans.
- Impression d'hostilité du monde ambiant.
- Apparition d'idées extravagantes en rapport avec son entourage, la politique ou autre sujet.

2) Etat

Thèmes : idées mégalomaniacales démesurées ; idées de filiation (« je suis un descendant du Christ »), d'héritages fabuleux, de rencontre avec des grands personnages mythiques. De plus, il y a une idée de persécution : tortures et complots sont organisés contre le sujet.

Mécanismes : hallucinations : le malade croit son corps métamorphosé, croit posséder le diable en lui. Le délire est alogique, invraisemblable, contradictoire. Il y a juxtaposition de concepts fabuleux.

Réactions :

- Comportement presque normal
- Il parle de son délire en des termes singuliers, utilisant des néologismes ou des jeux de mots.
- Conversation logique et correcte quant aux questions sans rapport avec le délire.

3) Evolution

- Evolution à bas bruit durant toute la vie.
- Souvent le délire s'appauvrit après 10 ans d'évolution.

§3. Les schizophrénies

Psychose d'évolution progressive comprenant la dissociation de la personnalité psychique.

1. **Etiologie**

- Sujet jeune.
- Fréquence égale dans les deux sexes.
- Maladie familiale.
- Facteurs constitutionnels : le biotype leptosome : sujet grand et mince au visage blême, bras peu musclés, mains osseuses, raideur dans la démarche.
- Pas de causes déclenchantes organiques, mais les conflits socio-familiaux jouent un rôle dans l'évolution de la maladie.

2. **Hébéphrénie**

C'est la schizophrénie du sujet jeune (20 ans plus tôt), apathique perdant l'intérêt des choses et de la vie, triste, préoccupé de métaphysique et de paraphilosophie.

Le syndrome hébéphrénique

a) Troubles affectifs

1) Indifférence et désintérêt

Perte du goût du travail, désintérêt pour les personnes aboutissant à une inertie. Perte de l'élan vital, de l'enthousiasme, du désir de contact avec autrui.

2) Ambivalence des sentiments.

Amour et haine pour une même personne (la mère).

3) Impression d'étrangeté

Etrangeté intérieure ressentie de façon pénible par le malade qui se regarde dans la glace pour voir si son visage ne change pas (signe du miroir).

b) Troubles psychomoteurs

Présentation théâtrale des évènements, la mimique n'est pas adaptée au récit : le sujet rit en racontant un évènement triste et pleure en narrant un évènement gai.

De plus, on observe une discordance entre les sentiments et les réactions : le malade fait preuve de tendresse puis jette brusquement un objet par terre (ambivalence des actes).

Troubles catatoniques : le schizophrène est immobile, inerte, conserve toujours la même attitude.

c) Troubles intellectuels

1) Difficultés de l'association des idées.

Il saute du coq à l'âne en cours de conversation, parfois le malade stagne sa pensée sur un même thème.

2) Discordance des idées

Le malade ne peut différencier l'aspect positif et négatif des choses. Exemple : il proteste contre la privation de sa liberté mais veut rester dans le service.

3) Barrages

En cours de conversation, le malade arrête de parler comme s'il avait des difficultés à expliquer ce qu'il ressent.

4) Idées délirantes et hallucinations

Idées de persécution, de grandeur, hypochondriaques, mystiques, érotomaniaques. Hallucinations auditives le plus souvent.

5) Autisme

Perte de contact avec le réel, repliement sur soi-même, introversion. L'autisme et la prédominance absolue ou relative de la vie intérieure (E. Bleuler) qui peut se solder par une rupture complète avec la réalité, un refuge dans un monde de vie imaginaire. Le passé, le présent et l'avenir sont confondus ; le schizophrène est fixé à une époque de son existence comme suspendu au fil du temps.

d) Pronostic

Fâcheux si le syndrome dissociatif apparaît avant 20 ans.

3. Hébéphrénie- catatonie

Schizophrénie de l'adulte jeune dont la catatonie est le trouble psychomoteur le plus important.

a) Le syndrome catatonique

1) La stupeur catatonique

Malade figé, faciès comme pétrifié, mutisme, rareté des gestes.

2) Négligisme

Le schizophrène s'oppose à tout ce qu'on lui demande : il résiste si on essaie de lui plier le bras, il retire la main si on lui donne la main, il s'alimente si on lui interdit cette activité.

3) Catalepsie

C'est-à-dire le maintien des attitudes imposées : on mobilise le malade comme une marionnette. Il est dans un état de plasticité psychomotrice empreint d'automatisme avec imitation des paroles et gestes qu'il voit ou entend.

4) Agitation catatonique

- Attitudes expressives, inadéquates aux situations, maniérisme, théâtralisme, mimique invraisemblable.
- Etat de fureur : activité motrice paradoxale, agitation, impulsions soudaines et agressives dirigées contre l'entourage.

5) Troubles neuro-végétatifs

- Hypersudation
- Hypersalivation
- Bouffées vasomotrices du visage.

b) Manifestations hébéphréniques

- Troubles de l'affectivité.
- Indifférence.
- Troubles intellectuels.
- Idées délirantes et hallucinations.
- Ces manifestations sont manifestées en dehors des épisodes catatoniques.

c) Evolution

- Rémission rare.
- Evolution vers un syndrome déficitaire schizophrénique grave comprenant le puérilisme, la coprophagie, les désordres intellectuels, le gâtisme urinaire et fécal.

4. La forme paranoïde

Schizophrénie avec prédominance du délire paranoïde et persistance relative de la personnalité.

a) Le délire paranoïde

1) Les thèmes délirants

- Idées de persécution.
- Idées de grandeur.
- Idées hypochondriaques bizarres ; leur estomac contient des petits chats.
- Idées mystiques : ils ont une mission divine.

2) Systematisation

Le délire est faiblement systématisé, le schizophrène s'éloignant de plus en plus des contingences affectives et sociales.

3) Réactions

- Réactions extérieures inadéquates à la situation affective.
- Réactions d'indifférence vis-à-vis du monde et de son étrange délire.

b) La dissociation mentale

1) Troubles du comportement : Comportement bizarre :

- Autisme
- Rationalisme morbide : le malade pense et agit sans tenir compte des idées d'autrui
- Actes mal motivés
- Apragmatisme

2) Troubles du langage :

- Langage maniéré, hésitant, indécis
- Ecriture : malformation des jambages, style télégraphique, lacunes, création de néologismes, « schizophasie ».

3) Troubles somatiques

- Insomnie
- Troubles sexuels : diminution de la sexualité, aménorrhée.

c) Evolution

- Evolution vers un état de désagrégation psychique
- Accentuation de la perte de contact avec le monde extérieur.

Chapitre 5 : Les états déficitaires

On distingue deux types :

1. **Les arriérations mentales** (oligophrénies) de l'enfant et de l'adolescent. En fonction du degré d'insuffisance mentale on distingue :
 - La débilité mentale
 - L'arriération moyenne (imbécilité)
 - L'arriération profonde (idiotie).
2. **Les démences de l'adulte et du vieillard**

Définition : affaiblissement mental progressif et définitif.

On distingue :

- Les démences préséniles : maladie de Pick ; maladie d'Alzheimer.
- Les démences artériopathiques
- Les démences séniles.

1) Les arriérations mentales (oligophrénies)

Introduction : dès la naissance, le développement intellectuel est ralenti. Le quotient intellectuel ne dépasse pas 65 à 70 (N : 100).

Etiologie :

- Hérité génétique (dysmétabolies)
- Maladie contractée in utéro : syphilis, rubéole, toxoplasmose
- Traumatisme à la naissance : anoxie foetale, maladie neurologique de la première enfance
- Anomalie chromosomiale (oligophrénie mongoloïde)

Examens : tests psychométriques altérés (insuffisance du quotient intellectuel) ; E.E.G. : bas voltage, ondes delta lentes diffusés.

a) Arriération mentale profonde (idiotie)

- L'enfant ne peut rien faire seul. Il mange n'importe quoi, il est sale, il fait pipi au lit.
- Troubles psychomoteurs : il est engourdi et fait tout lentement.
- Il ne parle pas (ou quelques mots).
- Quotient intellectuel : 25-30.
- Niveau mental maximum atteint : celui d'un enfant de 5 ans + après 14 ans.

Etiologie :

- 1) Arriération post-encéphalique
- 2) Myxoedème : enfant gros, téguments infiltrés, visages rond, retard d'ossification, traitement : extraits thyroïdiens.
- 3) Oligophrénie : phénylpyruvique : trouble du métabolisme de la phénylalanine. L'enfant est chétif, aux cheveux blonds et aux yeux bleus. Il a un aspect pithécoïde.
- 4) Maladie de Sture-Weber : angiome sur le territoire du trijumeau et au niveau des méninges.

b) Débilité mentale profonde (imbécillité)

- Faciès niais
- Petite mémoire
- Vocabulaire peu riche
- Ils ne peuvent, ni lire, ni écrire
- Quotient intellectuel : 30 à 50
- L'âge mental ne dépasse pas l'âge de 7 ans après 14 ans.

c) **Débilité mentale moyenne**

- Quotient intellectuel : 50 à 70
- Age mental ne dépasse jamais 11 ans après 14 ans
- Présentation : faciès peu expressif ; attitude nonchalante, défaut de prononciation (parfois bégaiement)
- Troubles affectifs
 - Impulsif, vindicatif, entêté car il ne peut analyser ses préoccupations affectives (mécanisme de défense)
 - Immaturité affective : il dépend de son entourage, il ne peut résoudre ses conflits
- Troubles psychomoteurs : pas de désorientation dans l'espace ; lenteur.
- Troubles intellectuels :
 - Manque de jugement : il ne peut prévoir les conséquences de ses actes et défend mal ses intérêts
 - Il est très influençable
 - Réponses stéréotypées
 - Mythomanie
- Troubles somatiques
 - Malformations moins fréquentes que dans les autres arriérations
 - Déficit sensoriel, troubles de la vue, dyslexie.
- Inadaptation sociale
 - Troubles du caractère
 - Réaction antisociale : fugue, vols, incendie
- Episodes psychotiques : bouffées délirantes ; épilepsie.

2) Les démences

A. Maladie de Pick

1) **Définition**

- Démence pré-sénile atrophique dégénérative (atteinte des lobes frontaux et temporaux).
- Apparition vers 50 ans, fréquence plus grande dans le sexe féminin.
- Vu la localisation des lésions, la maladie de Pick se caractérise par :
 - Syndrome préfrontal : euphorie puérile, asthénie, inertie, apathie.
 - Gestes et mot stéréotypés
 - Aphasie amnésique.

2) **Clinique**

a) Début

- Installation à bas bruit en quelques années
- Euphorie puérile en alternance avec une irritabilité non motivée
- Acinésie, perte d'initiative
- Les hautes fonctions intellectuelles (jugement, raisonnement) sont altérées
- Perte de la tendance spontanée à parler
- Erotisme
- Boulimie

b) Etat : 4-5 ans après le début

- Inertie, indifférence, insouciance
- Inaffectivité totale pour l'entourage
- Apragmatisme total, apathie, amimie
- Activité élémentaire, inadaptée
- Le malade répète toujours une même phrase sans signification
- Disparition du vocabulaire
- Pas d'aphasie motrice ni sensorielle
- Pas de désorientation dans le temps et l'espace
- Somnolence
- Aphasie amnésique
- Disparition de la douleur (atteinte préfrontale)
- E.E.G. : tracé normal.

c) Fin

- Etat grabataire
- Inertie complète
- Incontinence
- Escarres
- Marasme

3) Diagnostic différentiel

a) Tumeurs cérébrales frontales

- E.E.G. : altéré
- Trouble du tonus et de la mobilité

b) Paralyse générale

- Dysarthrie
- Tremblements
- Argyll-Robertson
- Mégalomanie
- BW : + (sang et LCR)
- Nelson : +.

c) Maladie d'Alzheimer

Voir plus loin.

B. Maladie d'Alzheimer

1. Définition

- Démence présénile d'installation rapide accompagnée d'épisodes psychotiques transitoires.
- Anatomo-pathologie : lésions cérébrales dégénératives et diffuses (partie caudale des hémisphères).
- Début chez sujet de 45 à 65 ans.
- Fréquence plus grande dans le sexe masculin.

2. Clinique

a) Début :

- Euphorie, exubérance, colère pour motifs bénins
- Ralentissement idéomoteur important
- Actes violents
- Débit verbal augmenté avec un vocabulaire pauvre
- Langage incohérent
- Perte de la mémoire des faits récents
- Remplacement des mots courants par des phrases incohérentes, le malade en est conscient, d'où angoisse
- Désorientation dans l'espace (il se perd en rue).

b) Etat :

- Le malade absorbe en riant des gens inconnus de lui
- Agitation motrice : caractéristique de la maladie
- Répétition continue des mêmes gestes
- Aphasie rappelant l'aphasie sensorielle de Wernicke
- Echolalie, logo clonies (répétition de la dernière syllabe)
- Absence de reconnaissance visuelle (agnosie visuelle)
- Apraxie :
 - Idéatoire : exemple : le malade ne peut fermer une armoire à clef
 - Idéomotrice : exemple : incapacité de faire un salut militaire, de signer
 - Constructive : impossible de reproduire un carré
 - De l'habillement : le malade ne peut s'habiller ni se boutonner
- Neurologie : raideurs neuromusculaires, signe de la roue dentée, E.E.G. : tracé altéré

c) Fin :

- Rétractions musculaires
- Stade grabataire
- Cachexie
- Troubles sphinctériens
- Apathie, mutisme.

3. Diagnostic différentiel

- a) Démence artériopathique : voir plus loin.
- b) Pick :

Éléments de diagnostic avec la démence présénile d'Alzheimer

<u>Maladie de Pick</u>	<u>Maladie d'Alzheimer</u>
Début Progressif Akinésie- Apathie Indifférence Inconscience du déficit	Insidieux et rapide Agitation diurne et nocturne Conservation relative de l'affectivité Conscience relative des troubles
Période d'état Conservation de l'orientation dans l'espace immédiate Mutisme Amimie Stéréotypies gestuelles et verbales	Désorientation spatiale Précoce et constante Hyperthymie Oublis grossiers Logoclonies Syndrome aphaso-apraxo- agnosique
E.E.G. Peu perturbé <u>Encéphalographie gazeuse</u> Hypertrophie de la corne frontale et de la corne temporale	Altération plus importante des tracés Dilatation importante de la corne occipitale et du carrefour

Tableau issu de l'ouvrage : abrégé de psychiatrie- Anty (page 197).

C. Démence artériopathique

1) Définition

- démence organique consécutive à l'artériosclérose des vaisseaux du cerveau.
- début brutal par AVC ou progressif.
- Anatomopathologie : atrophie à prédominance unilatérale dans la partie postérieure de l'hémisphère.
- Fréquence plus grande du sexe masculin.

2) Clinique

a) Début

- Brutal : AVC suivi d'un état confusionnel transitoire.
- Insidieux :
 - Hyperémotivité, irritabilité, tristesse
 - Asthénie, ralentissement idéomoteur
 - Déficit de la mémoire
 - Mauvaise orientation dans le temps
 - Diminution de l'attention.

b) Etat

- Troubles de la mémoire massifs et globaux

- Jugement et raisonnement convenable
- Malade partiellement conscient et affligé
- Labilité émotionnelle
- Hypertension artérielle
- Lenteur du réflexe à la lumière
- Hémianopsie homonyme
- Symptômes parkinsoniens
- Symptômes vestibulaires et cérébelleux : vertige, dysmétrie, tremblement intentionnel
- Signes pyramidaux : force diminuée
- E.E.G. : ondes lentes diffuses, parfois N.

c) Fin

- Etat grabataire
- Marasme
- Hémorragie cérébrale

3) **Forme pseudo-bulbaire**

Fréquemment la démence artériopathique est associée à un syndrome pseudo-bulbaire caractérisé par :

- Démarche à petits pas
- Aspect immobile et figé
- Rires et pleurs sans motifs
- Débit verbal saccadé, peu compréhensible
- Babinsky bilatéral

4) **Diagnostic différentiel**

a) Paralysie générale

- Euphorie
- Parésies généralisées
- Nelson +
- BW +

b) Tumeurs cérébrales postérieures

- Hypertension intracrânienne (céphalées, bradycardie, stase papillaire, vomissements)
- E.E.G. : altération localisées à la partie postérieure.

c) Maladie d'Alzheimer

Maladie d'Alzheimer	Démence artériopathique
<u>Début</u> Désorientation spatiale immédiate Logorrhées et itérations verbales	Labilité émotionnelle Démence lacunaire Ictus
<u>Etude psychométrique</u>	

Altération des fonctions symboliques	Aphasie latente au test de Binois et Pichot
Etat Syndrome aphaso-apraxo-agnosique net Apraxie idéatoire Apraxie constructive Apraxie de l'habillage Prosopagnosie de Bodamer Activités persévératrices improductives (Kleist et Guiraud) Crises comitiales Absence de signes pyramidaux	Syndrome aphaso-apraxo-agnosique moins net Signes d'atteinte vasculaire : <ul style="list-style-type: none"> - Athérome périphérique - Hémaniopsie latérale homonyme Evolution par à-coups brusques Fréquence de l'association d'un syndrome pseudo-bulbaire (Thurel, 1929)

Tableau issu de l'ouvrage : Abrégé de psychiatrie- Anty- page 202.

D ; Démence sénile

1. Définition

- Début tardif (après 70 ans)
- Installation brusque ou insidieuse
- Evolution de la maladie en quelques années

2. Clinique

a) Début

- Début parfois par un accès psychotique aigu : agitation, anxiété, confusion.
- Incendie, vols, outrage à la pudeur
- Etat dépressif avec propos incohérents
- Attitude dangereuse
- Déficit intellectuel global : surtout la mémoire
- Insomnies
- Somnolence diurne

b) Etat

- Patient sale, négligé, malodorant
- Voix chevrotante, radotage
- Pas de dysarthrie

Le syndrome démentiel

1) Troubles de l'humeur et de l'affectivité

- Jovialité, béatitude en alternance avec la dépression
- Colère démentielle pour des motifs futiles
- Perte des sentiments

2) Troubles psychomoteurs

- Hyperactivité brouillonne

- Fugues et errances
- 3) Troubles intellectuels
 - Amnésie des faits récents et anciens (plus tard)
 - Perte de l'attention et de la réflexion
 - Désorientation dans le temps et l'espace
 - Perte du jugement : le malade croit qu'on lui vole du linge, ses biens immobiliers, le malade croit être persécuté par son entourage (idées de préjudice).
- 4) Troubles somatiques
 - Etat général en général assez bien conservé
 - Appétit augmenté par glotonnerie
 - Variation de T.A.
 - Examen neurologique négatif

c) Fin :

- Altération du psychisme évoluant vers :
 - Fonctions intellectuelles très diminuées
 - Bouffées psychotiques plus graves
- Cachexie
- E.E.G. : aplatissement du tracé, ondes lentes diffuses
- Anatomopathologie :
 - Atrophie du cerveau
 - Plaques séniles diffuses
 - Substance blanche indemne

3. Diagnostic différentiel

- a) Arriération mentale : surtout l'arriération mentale profonde
- b) Affections psychotiques aiguës du vieillard
 - Confusion mentale : début brusque, céphalées
 - Dépression : début rapide, manifestations hypochondriaques et hystérisiforme.

La confusion mentale et l'état dépressif peuvent intervenir dans l'évolution d'un état démentiel.

c) Affections neurologiques

- Aphasie de Wernicke :
 - Début brutal
 - Jargonophasie
 - Logorrhées
- Syndrome pseudo-bulbaire :
 - Démarche à petits pas
 - Rire et pleurs spasmodiques
 - Dysarthrie
 - Babinski bilatéral

Chapitre 6 : Les toxicomanies

1. Notion de toxicophilie

On définit la toxicophilie comme une appétence particulière pour des substances normalement étrangères à l'organisme. On trouve deux groupes de composantes aux conduites toxicophiliques.

Composantes positives

Il s'agit d'une recherche d'expériences nouvelles, pour le plaisir de les vivre. On retrouve la notion de « paradis artificiels » offerts par les substances euphorisantes. Le sujet trouve un bien être allant au-delà du rêve.

Ces pratiques ne conduisent à rien de positif du point de vue social (rien de constructif). D'autres sujets sont, eux, de réels psychopathes : il s'agit alors de la recherche de plaisirs personnels egocentriques.

Composantes négatives

Le sujet recherche un soulagement, il fuit quelque chose à l'aide du toxique, douleurs, insomnies, angoisses... Pourtant, cet « oubli » n'est jamais durable. On retrouve ces deux groupes de composantes de façon très partagée.

2. Le phénomène de dépendance

Tolérance : capacité d'absorber une quantité déterminée d'un toxique, en étant à même de la métaboliser en 24 heures. Cette quantité correspond à environ 170 gr d'alcool absolu en 24h (environ 2 litres de vin).

L'augmentation de tolérance correspond à une élévation du seuil d'efficacité de la substance, impliquant la prise de doses croissantes pour obtenir le même effet.

Le syndrome d'abstinence survenant lors du sevrage consiste en un ensemble de troubles résultant en un « malaise » dont le seul traitement immédiat est la reprise du toxique. Il s'agit de l'une des formes de complications psychotiques de l'alcoolisme pouvant aboutir à de grands états confuso-oniriques comme le delirium tremens.

	Augmentation de la tolérance	Dépendance		Syndrome d'abstinence
		Physique	Psychique	
Opiacés (héroïne)	+++ rapide	+++	+++	+++
Alcool	++ lente	++	++	+++
Barbituriques	+(+) lente	++	++	++
Amphétamines	++	+	++	+
Haschich	+ ou -	+ ou -	+	+
LSD	0 ? on connaît mal une telle pathologie habituelle	0	++	0

3. Classification de l'alcoolisme (éthylisme) selon Fouquet

Notons d'emblée qu'il y a 5 à 10 fois plus d'hommes que de femmes qui souffrent d'une vraie pathologie alcoolique.

a) Alcoolisme médico-social

Les origines de ce type d'alcoolisme sont, le plus souvent, sociales. On parle d'intoxication alcoolique chronique ou alcoolites (alcoolomanie). Cette pathologie représente 40 à 50% des alcoolismes, 5% des atteintes chez la femme.

b) Alcoolisme médico-psychologique

Des troubles de la personnalité préalables prédisposent à l'alcoolisme :

- Névroses alcooliques ou alcooloses (alcoolismes toxicomaniaques) : 40% des alcoolismes, 80% des femmes.
- Dipsomanies ou somalcoholoses : 5% des alcoolismes.
Accès d'alcoolisme très importants, périodiques, compulsifs.

	Alcoolites	Alcooloses
Société	Tolérance (« viticole »)	Moralisatrice (type anglo-saxon)
Boissons prises	Alimentaires	Alcools forts (alcools, apéritifs)
Consommation	Habituelle, quotidienne en compagnie (piliers de cabaret, alcoolisme spécialisé)	Plus ou moins discontinu solitaire, dissimulé
Appétences	Plaisir (socialisé)	Variable
Ivresses	Rares	Fréquentes (compliquées)
Autocritique	Faible	Culpabilisation

Personnalité	+ ou – normale	Fragile, conflictuelle, névrotique (psychopathique éventuellement)
Tolérance tissulaire	++++	++
Intoxication métabolique (cellulaire, carentielle)	++++	++
Incapacité à cesser	++++	+
Perte de contrôle de la quantité consommée	+	+++
Intolérance	tardive	Quelques années

Il convient donc de souligner dans les toxicomanies l'importance des facteurs de milieu familial, social, conjugal.

L'étiologie de l'alcoolisme est multifactorielle :

- Héritaire, tissulaire (phénomènes mal connus)
- Psychologique
- Sociale (facteurs d'entourage, d' « entraînement »).

Chapitre 7 : Les Névroses

1) Introduction

La symptomatologie névrotique apparaît comme mineure, plastique et réversible ; le malade masque souvent son conflit, il essaie de ne pas se livrer, de contrôler ses paroles. Le malade vit ses symptômes comme un conflit intérieur personnel et débordant d'angoisse. Le névrosé est lucide et a conscience de la situation pénible. Le monde dans lequel il vit est réel et commun ; il s'adapte au monde extérieur par des artifices chargés d'irréalité.

2) Syndrome névrotique général

Il comprend les troubles suivants :

- troubles du comportement et du caractère
- troubles de la sexualité

- asthénie névrotique
- troubles divers : tics, énurésies, insomnies.

a) Troubles du comportement et du caractère

Le malade est difficile à vivre et a mauvais caractère. Il est mis à rude épreuve de par ses difficultés d'adaptation dans la société. Il est agressif, dominateur, vindicatif. Le névrosé contrôle mal son agressivité qui est un instinct réprimé chez l'individu normal. L'agressivité du névrosé est proche de celle de l'enfant avide de voir ses désirs satisfaits immédiatement et dont l'humeur est explosive. Il s'agit en fait d'une immaturité.

b) Troubles de la sexualité

Les anomalies peuvent aller d'un appétit sexuel nul à une libido exacerbée. Le malade peut arriver à ne pas pouvoir accomplir un acte sexuel et ce par timidité ou par inhibition. Les troubles les plus fréquents sont : éjaculation précoce, impuissance chez l'homme, frigidité, absence d'orgasme chez la femme, masturbation.

Si l'inhibition sexuelle est la plus fréquente, l'hypersexualité se rencontre aussi, tout comme l'homosexualité.

c) Asthénie névrotique

Il s'agit d'une fatigue d'allure dépressive et anxieuse, marquée par l'abandon de soi-même, souvent attachée à des préoccupations de santé.

d) Troubles divers

- **Dysosmie** : constant dans toute névrose.
- **Enurésie** persistante chez un enfant doit faire suspecter une névrose.
- **Tics**, sans valeur chez l'enfant, signe un syndrome névrotique chez l'adulte. Exemple : grattage du cou, entortillement des cheveux, succion du pouce.

3) Etiologie

Est souvent inconnue.

a) Hérité

Le mode de transmission n'est pas connu. On connaît des familles ayant « le tempérament nerveux ».

b) Conflits dans la première enfance

Exemples :

- Troubles dans la relation mère-enfant
- Ambiance familiale peu favorable
- Milieu socio-culturel non adapté.

c) Facteurs déclenchants

Les traumatismes psychologiques.

§1. Les psychonévroses

A. Les névroses d'angoisse

1. Définition

a) L'attaque d'angoisse

C'est le signe clinique le plus important caractérisé par un début brutal « coup de tonnerre dans le ciel serein ». Le malade a une sensation de constriction et d'étouffement (troubles physiques) et a un sentiment d'insécurité qu'il ne peut définir (troubles psychiques). Le sujet voit l'existence en noir, a peur du danger, est en état de désarroi, ressent une impression de mort imminente s'accompagnant de douleurs ou autres troubles neuro-végétatifs.

L'examen clinique révèle :

- Accélération du pouls
- Pincement de la différentielle artérielle.
- Durée : ½ à 1 heure.

b) Les équivalents de l'attaque d'angoisse

L'attaque d'angoisse peut-être absente, les symptômes somatiques sont alors présents :

- Equivalents cardiaques : tachycardie, arythmie, fourmillements des extrémités, syncope, pseudo-angor, dysphrénie (sensation de bien-être après une inspiration profonde).
- Equivalents gastro-enterinaux : ulcus, colite, spasmes.
- Equivalents respiratoires : dyspnée, toux, pseudo-asthme
- Equivalents nerveux : tremblements, vertiges non rotatoires : les objets ne tournent pas, le malade ne tourne pas par rapport aux objets.

c) L'attente anxieuse

Le malade est inquiet et pessimiste, il a un besoin constant d'être rassuré ; il met en cause une situation précise souvent renouvelée comme responsable de ses malheurs.

2. Etiologie

- Hérité.
- Difficultés de la vie : exemples : relations sexuelles (Freud), frustration de l'excitation sexuelle (Brun).
- Facteurs favorisants : exemples : syndrome post-grippal, surmenage, fatigue, fortes émotions, excès d'alcool.

B. Les psychasthénies

- Début entre 20 et 40 ans.
- Sujet longiligne, le leptosome de Kretschmer.
- Le malade consulte pour fatigue intense (psychique et physique) :
 - Céphalées + rachialgies
 - Rendement scolaire médiocre
 - Etat dépressif, troubles sexuels.

1. Examen clinique

a) Troubles du caractère et de l'affectivité

Le psychasthénique est renfermé, inquiet, vérificateur, parcimonieux, rêveur. Le côté affectif est pessimiste, empreint de nostalgie.

b) Troubles intellectuels

- Sentiment d'incomplétude : le sujet a l'impression de ne pas réaliser pleinement sa vie ; il se sent incapable et impuissant devant un problème intellectuel. En plus, on note des difficultés de concentration, une volonté atténuée, une mémoire amoindrie.
- Déréalisation : « c'est la perte de sentiment du réel » (P. Janet). Il y a une dépersonnalisation, les objets sont perçus comme réels par le sujet.

« Les objets ne sont pas changés, c'est moi qui les voit comme s'ils étaient différents » nous dit un malade.

c) Troubles psychomoteurs

- Asthénie : intense, elle est renforcée par l'inactivité et est atténuée par l'effort musculaire et intellectuel.
- Neurasthénie sexuelle est fréquente.

d) Troubles somatiques

- Céphalées occito-frontales diminuées par le travail intellectuel.
- Rachialgies accompagnant les céphalées : cervicales et lombo-sacrées, augmentées par les émotions, les conflits professionnels et familiaux.
- Hypotension permanente avec tendances lipothymiques.
- Vertiges et bourdonnement d'oreilles.
- Signes biologiques : anémie modérée, leucopénie modérée, ionogramme perturbé.

2. Pathogénie

Freud : la psychasthénie est le résultat d'une décharge libidinale quantitativement normale mais qualitativement anormale, telle qu'on l'observe dans la masturbation.

Janet : Il existe une baisse de la tension psychologique.

3. Diagnostic

Il est facile quand le malade parle de fatigue intense, de douleurs et sensations morbides, de l'évolution chronique.

Diagnostic différentiel

- Maladie physique
- Psychose chronique débutante : la déréalisation peut conduire au délire (schizophrénie).
- Névrose d'angoisse : cf tableau issu du livre « abrégé de psychiatrie » d'Anty.

	Névrose d'angoisse	Psychasthénie
Asthénie	modérée	Intense
Esthésie	dysesthésies	Céphalées+ rachialgies
Circulation	tachycardie	Hypotension
Rôle des excitants (café, thé)	aggravation	Effet favorable

C. Les névroses phobiques

Cette névrose est caractérisée par la phobie, c'est à dire la crainte de se trouver en présence d'un objet ou devant une situation donnée. Lorsque le sujet est loin de l'objet ou de la situation phobogène, l'angoisse disparaît.

1. Névrose phobique simple

Le malade consulte parce qu'il est :

- Anxieux : il a peur de la rue, d'un animal, de commettre un délit
 - Dépressif.
- a) Traits caractéristiques de la phobie
- Liée à la présence d'un objet ou d'une situation réelle (absente lorsque l'objet n'est plus là et non seulement représentatifs comme dans l'obsession.)
 - Retour aux phobies d'enfance : les animaux par exemple
 - Le malade se rend compte de sa phobie ; entre les crises phobiques, il est normal.
- b) Types de phobies
- Les objets : exemples : aiguilles, couteaux, canifs, trains, voitures.

- Les lieux : agoraphobie, claustrophobie.
 - Les animaux : chats, chiens, chevaux.
- c) Attitude du névrosé phobique
- L'évitement : le sujet n'ose plus prendre le tram ou emprunte toujours le même trajet. Le sujet atteint d'agoraphobie reste enfermé chez lui. En fait, le malade évite toute rencontre avec l'objet responsable de sa phobie.
 - La sécurité : le sujet cherche de la compagnie pour se promener, garde un objet « porte-bonheur » en poche (trèfle à 4 feuilles).

2. Evolution

On retrouve en général les phobies d'enfance. On observe une amélioration nette sous traitement ; on peut même espérer une stabilisation lorsque les conduites d'évitement et de rassurement ne sont plus inhibitrices de l'action.

Il est par contre des névrosés phobiques graves où les relations sociales sont extrêmement réduites ou le sujet ne peut s'adapter à aucune situation. Il y a alors aggravation par des manifestations obsessionnelles.

D. Les hystéries

1. La crise d'hystérie

a) Les prodromes sont en général présents :

- Troubles du caractère et du comportement
- Regard « vide »
- Pâleur, tremblement.

b) L'aura est moins fréquente :

- Constriction thoracique ou abdominale
- Sensation d'une gêne œsophagienne
- Palpitations.

c) La crise débute brutalement, en public, par une chute du sujet ; ensuite :

- Phase tonique rappelant un opisthotonos
- Phase convulsive et de contorsions.

La crise dure de quelques minutes à ¼ d'heure. La fin de la crise est marquée par des larmes. Il faut noter que le sujet ne se mord pas la langue, ne perd pas d'urines. L'électro-encéphalogramme est normal. La crise d'hystérie peut se manifester sous forme de syncope vaguotonique avec tachycardie transitoire et hypotension.

2. Manifestations somatiques (symptômes de conversion)

a) Les paralysies

- Le sujet ne peut rester debout, ni marcher (astasia, abasia)
- Le sujet ne peut parler qu'en murmurant
- Indifférence du sujet à sa paralysie
- Les zones paralysées ne correspondent pas à un territoire nerveux ou radicaire
- Les réflexes sont normaux.

b) Les contractures : elles peuvent affecter :

- Les membres inférieurs
- Une moitié du corps
- Les masséters (d'où trismus hystérique)
- Les muscles abdominaux
- La main (« crampe de l'écrivain »)

c) Anesthésies

- Anesthésies sensorielles, tactiles, douloureuses, thermiques
- Pas de rapport avec les territoires nerveux
- Localisées ou généralisées.

d) Troubles divers touchant :

- La vision :
 - Amaurose transitoire
 - Diplopie
 - Hémianopsie
 - Quadrantopsie
 - scotome central
 - le fond d'œil est normal
- l'audition :
 - hypoacousie
 - surdité
- l'olfaction et le goût : anosmies et agneusies.

3. Les manifestations psychiques

- a) Troubles de la mémoire : amnésie
- b) Troubles du langage : il arrive que le malade ne puisse « sortir » aucune parole. Il s'exprime alors par gestes.
- c) Etats crépusculaires : fugues, somnambulisme.
- d) Syndrome de Ganser :
 - Réponses à côté de la question
 - Réponses systématiquement fausses aux questions simples
 - Comportement anormal : le sujet fait autre chose que ce qu'on lui ordonne.

4. La personnalité de l'hystérique

- a) Mythomanie : désir de se mettre en valeur, d'exagération ; exemple : une femme signale qu'on a tenté de la violer souvent.
- b) Exhibitionnisme : le sujet « incarne » un personnage imaginaire
- c) Suggestibilité : le sujet est influençable, inconstant, suggestible.
- d) Trouble de la sexualité : le sujet érotise tout ce qui l'entoure, bien que ses réalisations sexuelles soient généralement insuffisantes.

5. En clinique

- L'âge moyen se situe entre 25 et 30 ans.
- Fréquence plus grande dans le sexe féminin.
- Fréquence plus grande dans les peuples primitifs.
- Certaines circonstances favorisent le déclenchement des manifestations hystériques (traumatismes émotifs).
- Suicide plus fréquent chez l'hystérique.

6. Etiopathogénie

Freud parle d'hystérie de conversion : le sujet convertit son angoisse en une manifestation somatique. La conversion permet une satisfaction partielle des pulsions refoulées dans l'inconscient.

Des lésions méso-diencephaliques trouvées par certains auteurs (Marinesco) ne sont pas constantes.

Diagnostic différentiel : la schizophrénie à son début peut avoir une manifestation de nature hystérique.

E. Les névroses obsessionnelles

1. Définition

Maladie caractérisée par deux symptômes principaux :

- a) L'obsession involontaire dont le patient est consciente. Elle se présente sous forme d'une contrainte avec angoisse, l'intelligence est normale.
- b) Rites et attitudes du patient afin de le soulager de son angoisse.

2. Clinique

a) Le diagnostic

Le patient se présente dans un état dépressif, anxieux, asthénique ; il signale sa crainte de nuire à lui-même ; il ne peut prendre des décisions importantes et présente des difficultés à s'adapter. Son rendement professionnel est amoindri.

b) Les obsessions

Par obsessions, on entend une idée qui apparaît morbide aux yeux du patient, morbidité dont il est conscient. Il ne parvient pas à chasser cette obsession, il en résulte de l'angoisse.

Caractéristique de l'obsession

- Non liée à un évènement particulier
- Perçue comme parasite et morbide par le malade
- Incoercible : le malade y pense tout le temps
- Angoissante.

On distingue une forme impulsive et une forme idéative :

- 1) Obsession impulsive : le patient a peur de dire « merde » à l'église, de déchirer un billet de banque. Il ne commet pas l'acte mais y pense. Parfois l'obsession est suivie de voies de fait : pyromanie, exhibitionnisme sexuel, cleptomanie.
- 2) Obsession idéative : c'est le comportement indécis du patient :
 - Il ne peut décider pour telle option quand il y a alternative entre deux options (situation présente)
 - Il s'interroge s'il n'a pas oublié telle ou telle chose, s'il a bien agi, s'il n'a pas commis une erreur (situation passée) c'est « la folie du doute ».

c) Les rites

C'est-à-dire réalisés par le malade pour calmer son obsession ; ils sont constants et inadaptés.

Exemples :

- Se laver 10 fois les mains par jour par crainte des microbes
- Le malade déboutonne et reboutonne sans arrêt son veston
- Arithmomanie : le malade refait plusieurs fois une opération parce qu'il craint s'être trompé.
- Onomatomanie : répétition de mots symboliques générateurs d'action.

d) La personnalité obsessionnelle

Objectivée par divers traits de caractères :

- L'ordre : le patient est méticuleux, il range de manière exagérée ses effets.
- La propreté : costume toujours impeccable, épousseter plusieurs fois par jour un meuble
- L'économie : parcimonie conduisant à l'avarice
- Entêtement : patient timide masquant sa timidité par un caractère agressif, dominateur distant.

3. Etiologie

a) Personnalité

Névrose obsessionnelle s'installant d'emblée. Certaines personnalités sont plus sujettes que d'autres à cette pathologie, notamment le sujet accordant une valeur supérieure aux activités intellectuelles, le sujet empreint de préoccupations métaphysiques, le sujet pesant toujours le pour et le contre, le sujet trop soucieux de sa santé.

b) Niveau intellectuel

Rôle certain. Névrose obsessionnelle plus fréquente chez les sujets dont le niveau intellectuel est élevé.

c) Niveau socio-familial

Névrose plus fréquente dans les pays dits riches (à l'opposé de l'hystérique).

d) Divers

Les échecs sexuels de l'adolescence, les conflits familiaux, les difficultés professionnelles seraient sources de névrose obsessionnelle.

§2. Les névroses toxicomaniaques

La maladie alcoolique

1. Etat d'ivresse aiguë

L'ivresse aiguë est caractérisée par :

- Une durée de 24 à 48 heures.
- Un coma en fin de crise
- Amnésie de l'incident
- Récidive.

Dans certaines formes d'ivresses compliquées et pathologiques, le sujet peut être en état d'excitation psycho-motrice (il hurle, agresse les gens, frappe), en état d'hallucinations (visuelle et auditive). L'ivresse peut aussi être délirante : on y trouve des thèmes mégalomaniaques (se présenter au palais royal...).

2. La personnalité alcoolique

a) troubles de l'humeur et du caractère

- matin : angoisse par manque d'alcool
- soir : agressivité et violence.

Au point de vue affectif les uns sont égocentriques, les autres altruistes, généreux.

b) Troubles psychomoteurs

- Incoordination des mouvements réflexes et volontaires.
- Le début de l'incoordination motrice décelable cliniquement est observé pour 0,6 g d'alcool/litre.
- A partir de 2 gr/l, 100% des gens sont ivres avec impossibilité de marcher droit.
- 9-10 gr/l. : dose mortelle.

c) Troubles intellectuels

Les facultés mentales persistent longtemps alors que la jalousie, le manque de volonté, la baisse du sens moral apparaît plus vite. L'alcoolique est irritable, bat sa femme et ses enfants : il peut arriver jusqu'à des atteintes aux mœurs commis le plus souvent sur les membres de sa famille.

d) Troubles somatiques

- Tremblements digitaux-lingual
- Polynévrite alcoolique
- Troubles du sommeil

3. Types**a) Alcoolite**

Il s'agit de 40 à 50% des alcooliques).

- Sexe masculin surtout
- Gout quotidien pour l'alcool
- Ils boivent en groupe
- Profession favorisante : ouvrier, brasseur, cafetier
- Début précoce (adolescence)
- Pas de raison psychologique de boire.

b) Alcoolose

- Personnage névrotique
- Age moyen.

4. Le délirium tremens

- Etat confusionnel
- Onirisme : hallucinations visuelles et auditives entraînant la peur ou l'agressivité acharnée (zoopsies, scènes de terreurs, scènes professionnelles).
- Hypothermie, sueurs, tremblements lents et généralisés, incoordination motrice.
- Pas de signes méningés ni pyramidaux (pas de Babinski)
- Evolution : amnésie lacunaire ; idées fixes post-oniriques.

5. Complications

a) Encéphalopathie de GAYET-WERNICKE

- Carence en vitamine B1.
- Début progressif : troubles digestifs, céphalée, vertiges, état subconfusionnel.
- Période d'état : confusion, stupeur, somnolence, entrecoupée d'états d'agitation.
- Neurologie :
 - Paralysie du IV, nystagmus horizontal et vertical
 - Hypertonie
 - Grasping
 - Troubles cérébelleux de la station et de la marche.
- Evolution : guérison par l'administration de vitamine B1 à la dose de 1 gr/jour.

b) Encéphalopathie porte-cave

Le foie cirrhotique ne pouvant détoxifier le sang, il y a une élévation du taux de NH₃ responsable de l'encéphalopathie caractérisée par :

- Flapping tremor : tremblement ample des deux membres supérieurs rappelant le battement des ailes d'un oiseau
- Clonus de la cheville
- Augmentation des réflexes
- Désorientation

c) Syndrome de Korsakoff

- Polynévrite éthylique
- Amnésie de fixation
- Confabulations
- Puérilisme, euphories
- Frappe surtout les femmes.

§ 3. Les troubles psychosomatiques

§ 4. L'hypochondrie névrotique

= forme grave de névrose phobique (Cf § 1. C)

§ 5. Les psychopathies

1. Définition

L'état psychopathique est difficile à circonscrire en ce qui concerne la symptomatologie clinique et surtout la recherche étiopathologique. Le terme « psychopathie » est vague tout comme la notion clinique qui y est associée.

Au XIXème siècle, on parlait de déséquilibre mental pour tout ce qui concernait les états psychopathiques. Il s'agit en fait de sujets qui ne sont ni psychotiques ni névrotiques. Ils se situent entre ces deux entités, quoique plus proches des névroses.

On distingue :

a) Psychopathes à caractère sociopathe

Sujets ayant une attitude antisociale, non conforme aux règles de la société.

b) Pervers sexuels et autres perversions

Homosexualité, bestialité, fétichisme, vols, mythomanie. On retrouve cet état de fixation perverse dans la personnalité névrotique, mais le sujet souffre alors de cet état qui n'est pas accepté par le moi ; le psychopathe accepte la perversité sexuelle.

c) Toxicomanies (toxicophilies)

2. Traits de caractère

a) Troubles du caractère et du comportement

Le psychopathe a une attitude antisociale, car non conforme aux règles de la société, aboutissant à des insuccès répétés (échec dans les études, dans la vie professionnelle, dans la vie sentimentale). Il s'agit donc d'insuccès répétés dans tous les domaines : tout rate, ce qui entraîne un trouble de la conduite sociale aboutissant à la délinquance. Certains psychopathes peuvent aller jusqu'à transgresser les règles du Code pénal et sont dès lors sanctionnés par la société (prison). Donc, conduite marginale, antisociale, inadaptation à la vie sociale.

b) Critère évolutif

Il n'y a pas d'évolution, le psychopathe est comme il est et n'évolue pas. La seule évolution possible est une inadaptation qui ne fait pas que s'accroître.

c) Critère éthique

Le sujet est immoral, c'est-à-dire non conforme aux règles de la société ; on note la perversion sexuelle et d'autres perversions comme le vol, la pyromanie, le crime.

d) Critères médico-légaux

Les opinions des psychiatres et des magistrats quant à leur degré de responsabilité ne sont pas encore concordantes.

e) Inéluclabilité

Ce critère est propre au psychopathe : il est incapable de tirer parti de l'expérience ; s'il fait une erreur, il ne retire pas leçon de l'expérience et referra la même erreur.

f) Vie émotionnelle

Caractérisé par l'instabilité : pas de liens stables, parfois indifférence dans la vie sentimentale.

g) Impulsivité

Le sujet riposte par des réactions impulsives rapides aux stimuli extérieurs comme les frustrations affectives ou les punitions. Le psychopathe est irritable, rancunier, rétif, rebelle, entêté, sournois, vindicatif, ce qui explique le fait qu'il soit mal accepté dans un groupe social, scolaire ou professionnel. Exemple illustrant l'impulsivité : « quand je vois un flic en uniforme, je tape ».

h) Perversité et mythomanie maligne

Le sujet est enclin à une méchanceté voulue et éprouve des difficultés à séparer le vrai du faux.

3. Psychodynamie

Le psychopathe manque d'image d'identification, il y a carence grave des images parentales aboutissant à une carence de surmoi (c'est-à-dire des instances répressives). Le surmoi n'est pas réalisé, il y a faiblesse de l'instance répressive.

Le sujet a tendance à réaliser tout de suite ses impulsions sans se soucier du monde extérieur ; il réagit et se « casse le nez » contre ce monde extérieur.

Le névrotique quant à lui, a le moi soumis au surmoi rigide et à la répression excessive du monde extérieur. Il y a grande sensibilité du monde extérieur et difficultés à s'exprimer et se réaliser chez le névrotique.

Quant au psychotique, il adopte une conduite mal adaptée à la réalité : il y a éclatement du Moi qui n'existe plus, aucune synthèse n'étant possible.

Conclusion : Le psychopathe recherche la primauté du principe de satisfaction personnelle par carence de surmoi.

Chapitre 8 : Les thérapeutiques Psychiatriques

Les maladies mentales sont constituées par un trouble de l'interaction organisme/ milieu au niveau des fonctions de relation. Les fonctions mentales opèrent à 3 niveaux :

- Niveau somatique
- Niveau psychologique
- Niveau sociologique

A chaque niveau de fonction mentale correspond un secteur thérapeutique :

- Traitement somatique constitué par le traitement étiologique (rare en psychiatrie) et le traitement symptomatique
- Psychothérapie
- Sociothérapie.

En pratique, ces différents secteurs thérapeutiques doivent être associés durant toutes les périodes de la cure.

A. Historique

En 1930, apparaissent de nouveaux traitements qui, quoique non étiologiques, se révèlent efficaces mais dangereux. Ce sont en fait des traitements pathogéniques agissant au niveau des noyaux de la base du cerveau (thalamus, hypothalamus, système limbique, corne de l'hippocampe), noyaux qui étaient « secoués » par ces thérapeutiques :

a) L'électrochoc

Il consiste à provoquer une crise convulsive par le passage d'un courant électrique de brève durée (50 à 150 volts pendant 1 seconde) au travers de l'encéphale. On réduit actuellement les manifestations épileptiques par une prémédication aux barbituriques.

Indications :

- Mélancolie : guérison en 3 semaines
- Manie
- Bouffées délirantes.

Complications : troubles mnésiques qui en fait font partie du traitement puisqu'ils permettent d'oublier les évènements pénibles.

Modalités : 5-6 électrochocs sont en général nécessaires (en plusieurs séances).

b) Insulinothérapie

Elle a été mise au point par Sakel. Elle consiste à plonger le patient dans un coma hypoglycémique (glucose= 10- 15 mg %) par injection d'insuline puis de redonner du glucose par une sonde gastrique ou I.V.

Il y a déstructuration du S.N.C. lors du coma hypoglycémique puis restructuration par adjonction progressive de glucose. 30 à 60 séances étaient souvent nécessaires.

Indication : Schizophrénie.

c) Cardiazolthérapie

Injection I.V. d'une dose importante de cardiozol, substance provoquant une crise convulsive. Totalement abandonnée.

B. Pharmacothérapie

En 1952, apparaissent de nouveaux médicaments dits psychotropes ayant avant tout une action symptomatique et non étiologique (Tableau 1).

Le traitement étiologique est rare en psychiatrie. Exemple : Pénicilline dans la paralysie générale due au tréponème pâle de la syphilis.

On distingue deux grands groupes :

Tableau 1 : substances psychotropes

	Hypnotiques et sédatifs classiques		Action	Indications
Psycholeptiques	tranquillisants	-Méprobamate -Diazapoxide et	-action sédatrice de l'anxiété et de	-anxiété -agitation et

		dérivés -Al.	la tension intérieure. -action myorelaxante	symptôme névrotique associés
Psycholeptiques	neuroleptiques	-Dérivés phénothiazine -réserpine -butyrophènes -thioxanthène -al	-action inhibitrice -action antipsychotique -création de syndromes extrapyramideux -faible intensité de l'action hypnogène	(Surtout dans le domaine des psychoses) -excitation psychique et motrice, agitation -états psychotiques, délirants et hallucinatoires -anxiété
Psycholeptiques	thymoanaleptiques	-Hydrazines et autres inhibiteurs de la M.A.O. -dérivés iminodibenzyl -amitriptyline	-action stimulante sur le tonus affectif, antidépressive et anti inhibitrice -action antipsychotique -action anxiolytique et antidépressive	-dépressions, surtout psychotique
Psychoanaleptiques	psychotoniques	-amphétamines -amines hétérocycliques	-action stimulante, générale et psychique -augmentation de la vigilance	-asthénie psychique, inertie
Psychodysleptiques	Excitants classiques	-mescaline -L.S.D. -Psilocybine -al.	-création de troubles perceptifs Dépersonnalisation -distorsion dans l'appréciation de la réalité -perturbation sub- délirante du jugement (« model – psychoses, psychoses artificielles »).	

I. Les psycholeptiques (voir tableau II)

Ils diminuent le niveau d'activité du fonctionnement cérébral et physique (émotivité et motricité).

1) Les neuroleptiques

Les critères de définition des médicaments de ce groupe sont les suivants :

- action inhibitrice à l'égard de l'excitation psychique, de l'agitation et de l'agressivité. Donc action sédatrice mais non hypnotique.
- action prédominante sur les centres sous-corticaux comme le système limbique, le thalamus, l'hypothalamus et la corne de l'hippocampe.
- action antipsychotique dans les bouffées délirantes ou la schizophrénie.
- induction d'un syndrome neurologique extrapyramidal de type parkinsonien à partir d'une certaine dose (qui est souvent la dose efficace). Le syndrome parkinsonien n'est donc qu'un effet secondaire dû à la drogue ; on peut le supprimer par adjonction d'antiparkinsoniens.
- les neuroleptiques ne donnent pas de dépendance ni d'accoutumance.

Le tableau III montre de façon schématique la répartition des phénothiazines sur un axe comportant un double gradient inverse d'effets : sédatif, anxiolytique, inhibiteur à un pôle, désinhibiteur, antipsychotique et cataleptisant à l'autre pôle. Les neuroleptiques majeurs se trouvent vers le dernier pôle.

Le choix de la substance dont l'effet sera maximum dans un cas donné sera partiellement conditionné par ses propriétés en ce qui concerne ce double gradient, en fonction de la nature du syndrome et des symptômes dominants que l'on peut, dans une certaine mesure, seulement considérer comme des « symptômes-cibles » sur le fond des effets généraux propres à toutes les substances du groupe.

C'est ainsi par exemple, que la thiopropérazine (Majeptil) sera utilisée de préférence dans les formes de schizophrénies caractérisées par l'importance de l'autisme, de l'inhibition et du négativisme.

La chlorpromazine (Largactil) est le prototype et le chef de file du groupe des neuroleptiques ; il a le spectre d'activité le plus large. La réinsertion sociale et la reprise d'une activité ont été obtenues dans des cas de psychoses délirantes et de schizophrénies par un traitement d'attaque de Largactil à la dose de 300 à 100mg par jour suivi d'un traitement d'entretien de très longue durée aux doses moyennes pour éviter toute récurrence.

Le Nozinan et le théralène sont avant tout sédatif alors que le Majeptil et l'Anatensol sont des désinhibants. Un nouveau venu, la propériciazine (neuleptil) est un neuroleptique faible, actif sur les troubles caractériels.

La réserpine : d'action approximativement semblable à la chlorpromazine n'est quasi plus utilisée en psychiatrie vu ses effets secondaires importants (comme l'hypotension et la création ou l'accentuation d'états dépressifs) aux doses efficaces (10mg/jour).

Signalons enfin les dérives des butyrophénones comme l'halopéridol ou l'haloanisone (sédatrice).

Effets secondaires des neuroleptiques :

- Troubles de la régulation neuro-végétative : hypotension, sécheresse de la bouche, trouble de l'accommodation.
- Syndrome extrapyramidal supprimé par l'adjonction d'un antiparkinsonien (Artane, Cogentin, Disipal).
- Tendances à l'inertie, à l'aboulie, à l'hypoactivité que l'on classe dans le « syndrome neuroleptique psychique » ou « syndrome de passivité ». Ceci nous mène à souligner le fait qu'aucune médication psychoactive ne peut être considérée comme se suffisant à elle-même mais que son usage doit toujours s'insérer dans l'éventail thérapeutique multifactoriel propre à la psychiatrie ou les techniques psychothérapeutiques, ergothérapeutiques et socio thérapeutiques tiennent une place prépondérante.

Potentialisation

Il y a potentialisation des effets des neuroleptiques par l'alcool ou les barbituriques. Cette potentialisation est d'ailleurs recherchée dans la composition de « cocktails médicamenteux » (combinaisons de barbituriques, d'opiacés de synthèse, de neuroleptiques, de tranquillisants et, éventuellement, d'antidépresseurs comme le Tofranil).

2) Les tranquillisants

Ces substances, dépourvues d'action antipsychotique et neuroleptique et qui, dans les conditions expérimentales perturbent beaucoup moins profondément les réflexes conditionnés que les neuroleptiques, sont principalement définies par leurs effets anxiolytiques, sédatifs de l'angoisse et de la tension intérieure, myorelaxants pour certaines d'entre elles (méprobamate, librium).

Indications : névroses et troubles apparentés.

On distingue :

- Les dérivés antihistaminiques :
 - Phénergan
 - Théralène
- Les myorelaxants
 - Méprobamate
 - Dérivés des diazépoxides comme le valium, librium, séresta, témesta et Lexotan.

Caractéristiques des diazépoxides

- Donnent l'accoutumance et la dépendance
- Potentialisation par l'alcool
- Incompatibilité possible avec les I.M.A.O.
- Ils respectent mieux la vigilance et le fonctionnement intellectuel que le méprobamate.

Quoique fort peu hypnogène aux doses usuelles (400 à 1600 mg/jour pour le méprobamate, 10 à 75 mg pour le librium, 5 à 15 mg pour le valium), les tranquillisants facilitent généralement de façon indirecte l'installation du sommeil, seuls ou en association avec des hypnotiques mineurs, par la

sédation de l'angoisse et de la tension intérieure génératrices de dyssomnie chez les névrosés. La gluthétimide (Doridène) est d'ailleurs davantage un hypnogène et n'est utilisée qu'à cette fin.

Schématiquement parlant, les inconvénients qui peuvent résulter de l'administration de tranquillisants de façon routinière et hative, sans que ce soient préalablement diagnostiqués de façon approfondie les éléments étiologiques et psycho dynamiques sous-jacents aux symptômes pénibles que l'on tend à combattre (tension anxieuse, inhibition dépressive, dyssomnie, idéation obsédante, agressivité caractérielle, etc...), sont analogues à ceux qui résultent de l'administration intempestive d'antalgiques puissants avant que soit diagnostiqué la cause d'un syndrome douloureux.

En effet, on risque de n'obtenir ainsi qu'une amélioration superficielle dont tendra souvent à se satisfaire le malade, qui développera alors une dépendance à l'égard de la drogue, mais on aura ainsi protégé les structures névrotiques profondes et empêché la prise de conscience de l'origine psychologique réelle des symptômes actuels. Cette prise de conscience qui ne se réalisera qu'à l'aide d'un travail thérapeutique de nature psychothérapique, sera souvent une étape nécessaire vers la guérison plus profonde et durable.

Si donc l'usage de tranquillisants ou d'autres substances psychoactives sera parfois de nature à aider la psychothérapie en facilitant un contact affectif trop entravé par une angoisse, une inhibition, ou un état dépressif trop intense, dans d'autres cas, au contraire, elle pourrait l'entraver.

Nous retrouvons ici la notion fondamentale selon laquelle le choix des divers moyens thérapeutiques que nous mettrons en œuvre simultanément ou successivement devra être adapté à chaque cas en fonction de ses caractéristiques symptomatiques structurales, psycho dynamiques, évolutives, etc... et des facteurs de milieu.

Signalons qu'à des doses élevées (100 mg en injections I.M ou I.V. plusieurs fois par jour), le librium paraît avoir une action sédatrice marquée sur l'agitation aigüe, particulièrement dans les états confusionnels éthyliques aigus ou subaigus.

De façon générale cependant la sédation d'urgence de l'agitation aigüe, éventuellement anxieuse, est recherchée à l'aide des neuroleptiques aisément injectables à doses assez élevées.

C. Psychothérapie

a) Définition

Par psychothérapie on entend l'action sur l'organisme d'un individu par l'intermédiaire du psychisme étant l'ensemble de représentations que l'organisme se fait des relations avec l'extérieur. Le psychisme s'intercale entre l'organisme et le monde extérieur. Le psychisme s'intercale entre l'organisme et le monde extérieur.

La psychothérapie vise à rendre compréhensible au sujet de son propre comportement en faisant passer au niveau de sa conscience ses motivations inconscientes. La psychothérapie agit sur la représentation que le sujet se fait du monde ; les fonctions mentales sont en effet essentiellement symboliques :

- Représentation du passé
- Transformation de la réalité en symboles
- Représentation du futur
- Mécanisme de défense.

L'organisme réagit face au monde et aux images que le sujet se fait du monde ; la psychothérapie agira sur les images, elle remettra en place les mécanismes de défense de façon à les rendre plus efficaces.

b) Buts de la psychothérapie

Le but le plus important de toute psychothérapie est le rétablissement de la force du Moi dont les critères sont :

- Disparition des résistances (silences, lapsus, blocages) ; elle se réalise au cours de l'évolution du transfert et entraîne la prise de conscience des problèmes
- Disparition des symptômes
- Renforcement de l'adaptation sociale
- Normalisation de la vie sexuelle
- Résistance aux pulsions
- Diminution de la compulsion de répétition
- Augmentation de l'économie de la vie adaptative
- Meilleur réalisme
- Reconnaissance de ses propres limites
- Amélioration des relations interpersonnelles et diminution du conformisme
- Renforcement du Moi et affaiblissement du Surmoi.

c) Sources de psychothérapie

Elles sont très anciennes et remontent à la fin du siècle dernier, donc bien avant la chimiothérapie.

Il y a eu deux tendances :

- Le traitement moral de la folie : Pinet et Rusch agissent par l'intermédiaire d'organismes s'occupant des malades en vue de leur assurer du travail, un encadrement, une sécurisation dans les relations humaines. Il s'agit en fait d'une technique de groupe ;
- L'hypnose : découverte par Mesmer. Par la suggestion, on peut faire croire des choses aux gens et par là guérir certaines maladies. De l'hypnose naissent la psychanalyse, la relaxation, le rêve éveillé.

d) Formes de psychothérapie

1) La psychanalyse

Le psychanalyste doit se retrancher derrière le miroir de la neutralité analytique, il doit rester inconnu. La psychothérapie analytique consiste à explorer l'inconscient du sujet, à déceler les conflits qui sont à l'origine de ses difficultés d'adaptation, à résoudre ses conflits lorsque c'est possible grâce à des prises de conscience et surtout de modifier les mécanismes de défense en analysant ceux qui se révèlent générateurs de troubles et en favorisant leur remplacement par d'autres mécanismes plus souples et plus adaptés.

Freud constata que si on fait resurgir une situation ancienne refoulée chez un sujet névrotique, il y avait disparition des symptômes. C'est en fait une « purge de l'âme » comme la catharsis (purification) d'Aristote. Le but de Freud était de faire arriver au niveau du conscient les conflits refoulés avec ensuite réconciliation du conscient et de l'inconscient.

Petit à petit Freud remplace la prise de conscience brutale des réalités enfouies dans l'inconscient par une prise de conscience plus lente, et ce par deux méthodes :

- Etude des associations libres

Le sujet est étendu sur un divan en toute relaxation ; le psychanalyste est assis à ses côtés sans le regarder dans les yeux ; le sujet s'exprime alors librement et dit tout ce qui lui passe par la tête : c'est ce qu'on appelle le contrat fondamental. D'associations en associations, on peut faire la liaison et comprendre les problèmes du malade.

Parfois, il y a blocage, le sujet ne parle plus librement. C'est ce qu'on appelle les résistances qui constituent le nœud du problème, le pourquoi de la pathologie. Il faut trouver la cause de cette résistance et la lever. C'est alors le stade de l'interprétation : on essaie de comprendre la résistance, de l'expliquer sans brusquer les événements.

- Etude des rêves et de leur signification

Le rêve étant une expression de l'inconscient, ce n'est pas le rêve qu'on analyse mais le récit du rêve. Inconvénient de la méthode : le transfert, c'est-à-dire réminiscence dans la situation analytique de problèmes ayant eu lieu jadis.

Exemple : la jeune fille saute au cou du psychanalyste car elle revoit en ce dernier l'image de son père. Le diagnostic est alors : difficulté de relation père-fille.

En fait, le psychanalyste permet le transfert par la reprise d'une relation ancienne conflictuelle qui était refoulée dans l'inconscient, remise à jour au cours de l'entretien et ensuite transférée sur le

psychanalyste. C'est ce qu'on appelle la névrose de transfert ; il faut alors analyser cette relation soignant-soigné et découvrir la cause de cette névrose.

Indication d'une psychanalyse

- Les névroses de type hystérique, anxieuse et phobique.
- La névrose obsessionnelle chez les sujets jeunes (avant 40 ans).
- L'hystérie de conversion.
- La perversion, l'hypochondrie, certaines psychoses.

Les réussites les plus brillantes ont été obtenues avec des sujets ayant une personnalité bien structurés, un Moi fort. De plus, il faut que le sujet ait envie de guérir (l'importance des bénéfices secondaires).

Sexualité et libido selon Freud

C'est l'énergie qui pousse des individus différents à se rapprocher et à rechercher du plaisir par le contact. La relation mère-enfant en est le modèle. Par sexualité, Freud entend le fait que deux êtres tentent à se rapprocher et ce depuis la plus tendre enfance jusqu'à la vieillesse. Il ne faut pas confondre sexualité et génitalité.

Viennent alors les techniques utilisées par les dissidents de Freud : Jung et Adler.

- 2) Adler trouve qu'il y a une autre source d'énergie que la sexualité, énergie basée sur la notion d'affirmation de la personnalité, la recherche des sentiments d'infériorité et leur sublimation par compensation.

Exemples :

- Le garçon veut être chef de famille comme son père.
- Le petit enfant qui veut rattraper l'adulte car celui-ci est grand et fort.

La notion de rivalité est importante chez Adler. Sa technique est particulièrement efficace dans certains troubles de l'adaptation sociale et professionnelle chez les adolescents et les jeunes adultes.

- 3) Jung : choqué par l'aspect sexuel de la théorie de Freud, ce psychanalyste élaborera une technique qui se différencie de celle de Freud par une plus grande souplesse des procédés. Elle s'effectue en position assise face à l'analyste, le transfert n'est pas indispensable et elle utilise l'effet cathartique de l'expression, c'est-à-dire un effet thérapeutique de l'abréaction d'une émotion refoulée qui était à l'origine des désordres mentaux.

Elle étudie non pas l'inconscient mais les productions phantasmatiques : elle explore moins systématiquement les conflits émotionnels de la première enfance pour mettre davantage l'accent sur les conflits actuels. Jung analyse les rêves en tenant compte dans leur interprétation non

seulement de l'inconscient personnel mais également des archétypes. Il explore le rêve et la rêverie et fait participer le patient à sa propre thérapie.

Ses indications sont les conflits de l'âge mûr tandis que la psychanalyse freudienne est plus orientée vers les conflits de l'enfance et de la jeunesse.

- 4) Expressivité simple de Rogers : il s'agit d'un entretien simple mais non directif : le psychothérapeute guide le malade au cours du dialogue par les méthodes de transfert et de suggestion. Il calme le sujet par l'empathie : sentiment qu'on a de vivre en soi le sentiment de l'autre ; le sujet est renvoyé à lui-même.
- 5) Relaxation de Schultz : il s'agit d'obtenir une modification de la cinesthésie chez des sujets non hypnotisés en état de détente, dans une demi-obscurité, dans le calme et la sécurité.

On demande alors au sujet de ressentir ce qu'on lui dit : Exemples :

- Mon bras est lourd, lourd...puis tout mon corps est lourd, lourd...
- Mon bras est chaud...

6) Méthodes de déconditionnement

Elles utilisent le réflexe conditionné de Pavlov en associant à un objet investi d'angoisse un stimulus agréable. Elles sont basées sur le déconditionnement lié à la sécurisation par le stimulus agréable et à l'irréalité du stimulus angoissant. On peut mettre ceci en parallèle avec l'inhibition réciproque de Sherrington : il y a des fonctions qui s'inhibent et ne peuvent coexister comme la peur et la détente ; si le sujet est détendu, il n'a plus peur.

Si le sujet est sensibilisé à la vue des chats, il faut apprendre au sujet à se détendre et parler d'un tigre puis présenter une photo de chat puis un vrai chat. Indication : névrose phobique.

7) Psychothérapies collectives

Elles sont nées à l'origine d'un souci d'économie de temps. La psychothérapie individuelle est en effet presque impraticable à l'hôpital en raison du temps considérable qu'elle exige pour chaque malade. En groupant un certain nombre de malades ayant des problèmes analogues, on s'est aperçu que non seulement on pouvait faire bénéficier davantage de sujets de cette technique, mais que l'on obtenait des résultats d'une qualité différente.

Dans la relation individuelle médecin-malade, le patient, soumis à la règle fondamentale, exprime ce qu'il ressent sans réticence mais avec le secret espoir de n'être pas compris. Il se livre surtout, malgré lui, par son comportement et le récit de ses rêves.

Dans la relation collective que réalise la psychothérapie de groupe, chaque patient n'exprime qu'une faible partie de ses problèmes personnels, mais il le fait pour être compris des autres. D'autre part, il s'identifie, non à un personnage neutre et immuable (le psychothérapeute) mais à une série d'autres patients ayant des problèmes analogues aux siens. En essayant de comprendre autrui et de faire comprendre de lui, en communiquant, il se rend commun des problèmes dans la vie sociale.

Les principales formes de psychothérapie collective sont :

a) La discussion libre en groupe homogène

Le groupe doit comporter entre 4 et 6 patients ayant un niveau analogue de maturation émotionnelle et des problèmes de même type. Un ou deux psychothérapeutes (de préférence de sexe différent) participent aussi passivement que possible aux discussions.

L'expérience montre qu'une série de thèmes sont abordés à l'initiative de quelques, et que l'attitude du groupe se développe au cours des séances successives, dans le sens d'une objectivation de plus en plus grande. Les problèmes de chacun, au début, strictement individuels, deviennent des problèmes communs, et de ce fait relativement banaux.

Le psychothérapeute se contente d'éviter que la discussion ne tourne en rond, qu'elle ne soit pas trop longuement monopolisée par quelques-uns. Le couple de psychothérapeutes permet parfois un transfert collectif sur les personnages parentaux qu'ils représentent. Quelques interprétations peuvent être données au groupe sur la signification de ses attitudes.

Trente à cinquante séances sont habituellement nécessaires au rythme d'une à deux par semaine.

b) La discussion dirigée en groupe ouvert ou hétérogène

Lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir un groupe homogène de malades, on peut se contenter de prendre un groupe quelconque dont les participants varient en partie de séances en séance (groupe ouvert). Dans ce cas, il est nécessaire de guider la discussion et de la maintenir sur un thème proposé aux malades ou choisi par eux. La valeur thérapeutique de cette méthode est moindre que celle de la précédente.

c) Les causeries psychothérapeutiques

Il s'agit de grouper un auditoire de vingt malades environ et de leur faire des causeries simples sur des thèmes concernant la maladie mentale.

Le but est de permettre aux malades de reconnaître ses propres problèmes dans les thèmes exposés et de prendre conscience de leur caractère commun. L'expérience montre que cette conscience de leur caractère commun. L'expérience montre que cette technique permet d'orienter plus facilement certains malades vers des thérapeutiques plus actives auxquelles ils se refusaient auparavant.

d) Le psychodrame

Imaginée par Moreno, cette technique consiste à faire exprimer au malade ses conflits personnels sous forme d'improvisation dramatique. Les malades, avec la participation des psychothérapeutes, réalisent un jeu dramatique dans lequel ils actualisent sous forme directe ou symbolique leurs propres conflits. Le premier effet de cette actualisation et de cette réalisation est la décharge de leurs tensions émotionnelles (catharsis).

Par ailleurs, la prise de conscience de la notion de leurs conflits est facilitée par le jeu des partenaires et éventuellement par les interprétations du psychothérapeute. De nombreuses variantes ont été introduites qui donnent à cette méthode de larges possibilités d'application.

Chapitre 9 : Précisions

A. Les Manies : les états bipolaires

1. Définition

Etat d'excitation psychique au cours duquel les fonctions mentales paraissent subir une exaltation au niveau de leur fonctionnement. Il s'agit d'un affaiblissement des capacités de contrôle, d'une désinhibition avec libération d'activités inférieures ; c'est un retour à un état primitif.

On distingue 3 groupes de symptômes :

- a) Toutes les fonctions d'idéation sont touchées (intellectuelles et autres) : accélération du cours de la pensée, fuite des idées, diminution de l'attention, pensée plus superficielle. Tout jugement élaboré est difficile ; il y a incohérence et incoordination de la pensée.
- b) Fonction psychomotrice touchée : excitation psychomotrice, besoin de mouvement, agitation allant jusqu'à la violence, brutalité inadéquate à la réalité.
- c) Atteinte des fonctions affectives : les sentiments sont exaltés, il y a expansion des sentiments vers le pôle joyeux de l'humeur, humeur dont le niveau d'intensité est en disproportion totale avec ce que la réalité permettrait de comprendre : c'est l'exubérance allant jusqu'à l'euphorie (joie de vivre disproportionnée par rapport à la réalité).

2. Etiologie

La manie est un syndrome provoqué par diverses causes :

- a) **Psychose maniaco-dépressive** : phénomène d'excitation (manie) en alternance avec la dépression (mélancolie). Il s'agit le plus souvent d'une maladie ayant un caractère héréditaire ou familial.
- b) **Etiologie organique** comme la sénilité, les toxiques (alcool, amphétamine, cocaïne...), les tumeurs cérébrales, les troubles endocriniens liés aux hormones surrénaliennes ou hypophysocorticotropes.
- c) **Etiologie psychogène.**

B. Les états dépressifs

Nous notons d'emblée que le tableau qui suit est l'exact pendant inversé de celui que nous avons analysé dans les Manies.

1. Classification des états dépressifs

Etats dépressifs névrotiques :

- Facteurs étiologiques
- Réactionnels
- Endogènes – E.D. psychotiques.

Etats dépressifs d'involution.

2. Epidémiologie

La dépression est la forme la plus fréquente des troubles mentaux. Selon certains statisticiens, elle compterait pour près des 9/10ème de la pathologie mentale. Cela amène le médecin de médecine générale à voir fréquemment des patients atteints de tels troubles.

Pourtant, ces atteintes peuvent revêtir des aspects très divers : le tableau est parfois très typique mais, dans certains cas, il peut y avoir ressemblance avec le cafard ou le simple découragement. On peut alors se demander parfois s'il s'agit d'un phénomène pathologique ou non.

S'il y a pathologie, et que celle-ci n'est pas traitée, elle s'éclaircira par une tentative de suicide mais il est évident que le médecin ne peut attendre cette « preuve diagnostique ».

Il faut donc toujours se méfier des aspects subnormaux de dépression. Ces aspects, en effet, marquent des états très graves qui cachent un danger de mort non négligeable (par suicide) chez ceux qui en sont porteurs. N'oublions pas que le suicide est la cinquième cause des décès actuels chez l'adulte jeune.

3. Symptômes cardinaux

On note avant tout une modification du temps vécu :

- Chez le maniaque, le temps était vécu en une accélération effrénée vers un avenir irréalisable. Le présent lui non plus n'était pas vécu comme tel : il était fait d'élan, d'aspirations ;
- Chez le dépressif, le temps s'arrête : il y a rumination perpétuelle de tristesse, d'angoisse, de désir de mort. Le patient macère dans les aspects les plus pénibles qu'il a pu dégager de son passé. Il culpabilise des événements passés. Le malade dépressif ne connaît plus de futur, excepté la projection de sa déchéance, de sa tristesse, de sa culpabilisation.

On retrouve un ralentissement qui s'observe sous trois aspects majeurs :

- Fonctions d'idéation : il y a bradypsychie, c'est-à-dire un ralentissement de toutes les activités mentales qu'il s'agisse de compréhension ou d'idéation.
- Fonctions psychomotrices : le patient a tendance à l'inertie, à l'inactivité.
- Plan affectif : le malade verse, comme nous l'avons vu plus haut, dans le pôle négatif de l'humeur ; il y a découragement et pessimisme qui induisent un dégoût de vivre et un désir de mort.

4. Etiologie

Nous retrouvons ici la grande subdivision du plan qui figure en début de chapitre. En effet, toute dépression est à base de deux types de facteurs que l'on retrouve en proportions variables :

a) Dépressions à prédominance de facteurs endogènes

Il s'agit de dépressions psychotiques à base de mélancolie. C'est la phase dépressive de la psychose maniaque-dépressive. Une part plus ou moins importante reste pourtant à rattacher à des facteurs réactionnels.

b) Dépression à prédominance de facteurs exogènes (réactionnels)

Ce sont des dépressions névrotiques.

La dépression d'involution est une classe un peu à l'écart qui s'apparente aux dépressions névrotiques.

La dépression d'involution est une classe un peu à l'écart qui s'apparente aux dépressions endogènes mais peuvent aussi se retrouver dans les dépressions névrotiques.

C. Psychoses aiguës périodiques et polymorphes

1. Définition

Par psychose aiguë périodique, on entend des épisodes psychotiques apparaissant par crises récidivantes.

On peut dire que, s'il existe une unité relative des réactions psychiques aiguës, il est néanmoins différents niveaux de dégradation de la conscience. En fait, si l'on essaye de déterminer pour chaque malade un niveau de conscience, il faut bien se rendre compte que le malade peut, au cours de son évolution clinique, présenter différentes phases relevant chacune d'un aspect d'une psychose aiguë.

Les différents aspects sont :

- Psychose périodique maniaque-dépressive
- Bouffées délirantes polymorphes
- Etats confusionnels.

2. Etiologie

Deux facteurs :

- 1) **Endogène** : il existe chez certains malades un fond prédisposant (héréditaire) modulé par la venue d'évènements, c'est-à-dire le facteur exogène.
- 2) **Exogène** : par exemple :
 - Choc émotionnel
 - Traumatisme
 - Agression biologique : action d'un toxique sur le cerveau, infections...
 - Alcool : décompense un psychisme fragile et favorise l'éclosion d'une psychose.

D. Psychozes aiguës et paroxystiques – syndrome de Korsakoff

1. Symptomatologie du syndrome de Korsakoff

a) Etat confusionnel global

C'est ainsi que débute le syndrome, on note :

- Des troubles de la conscience
- Une désorientation dans le temps et dans l'espace
- Des troubles de la perception
- Des troubles de l'attention.

Cela induit l'aspect hébété et hagard. On distingue deux formes dans ces états confusionnels :

1) Une forme stuporeuse

Obnubilation et inertie. C'est la forme que nous avons décrit plus haut.

2) Une forme onirique

Délire, agitation, onirisme à type de cauchemar pathologique. L'insomnie est cependant de règle durant toute la durée de l'accès.

b) Syndrome d'amnésie confabulante

Ce syndrome se manifeste lorsque la lucidité réapparaît.

- #### 1) L'amnésie rétro et antérograde
- + Amnésie rétrograde

Selon Ribot, les souvenirs les plus anciens sont les mieux conservés.

- +Amnésie antérograde

Il s'agit d'une amnésie de mémorisation. Il y a atteinte de la capacité d'enregistrer les faits nouveaux. Le sujet oublie les événements à mesure qu'il vit. Par contre, il donne l'impression de mener une vie parfaitement normale. En cas de rémission, la période d'atteinte restera plus tard une lacune. Dans les cas graves, l'amnésie persistera jusqu'à la fin des jours du malade.

2) La confabulation

Il s'agit d'un phénomène secondaire. Cette confabulation est surtout intense dans les premières semaines après la levée de l'état de confusion. Le sujet comble les lacunes de sa mémoire par un récit plus ou moins logique qui varie selon le moment où il fait le récit. Il s'agit donc d'une sorte d'anosognosie : le sujet ne se rend pas compte de son trouble.

Citons un exemple : le patient explique que, le dernier il s'est rendu au stade de football. Dix minutes plus tard, il explique qu'il est rentré chez lui et y est resté ce jour-là.

Pour son récit, le malade puise dans son stock de souvenirs anciens, antérieurs. Mais ces souvenirs perdent leurs signes temporels. La trajectoire existentielle est perdue : le sujet ne fixe plus dans le temps les phénomènes qui se produisent. On ne trouve plus dans le temps les phénomènes qui se produisent. On ne trouve plus que des éléments punctiformes sans cesse répétés. Le sujet cesse d'exister car son existence est dépourvue de coordonnées temporelles.

Remarque : notons encore que le sujet peut faire de fausses reconnaissances. Il peut aussi présenter des troubles oculomoteurs et une ataxie cérébelleuse.

2. Etiologie

a) Alcool

Parmi les syndromes éthyliques, on classait autrefois :

- L'encéphalopathie alcoolique de Gayet-Wernicke
- Le syndrome de Korsakoff

b) Traumatismes crâniens

c) Tumeurs cérébrales

d) Intoxications oxycarbonées.

3. Pathogénie

Il s'agit d'une maladie métabolique et toxique qui exige une imprégnation éthylique durant de nombreuses années. La pathologie est liée à des phénomènes nutritionnels. Il s'agirait d'un trouble de la résorption de la vitamine B1, carence vitaminique qui induit les lésions cérébrales consécutives.

Ce syndrome est 4 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Si on étudie comparativement la fréquence de l'alcoolisme, on arrive à la conclusion que la femme se montre plus résistante.

Dans 60 % des cas, on trouve une polynévrite périphérique associée. Il s'agit, au niveau central, de lésions diffuses prédominantes dans :

- Le thalamus (noyaux dorso-médian et antérieur)
- L'hypothalamus
- Le tronc cérébral
- Les tubercules mamillaires.

On peut donc noter une corrélation avec les circuits de la mémoire.

4. Pronostic

Il est difficile à préciser. 3 % des éthyliques graves développent à un certain moment un syndrome de Wernicke-Korsakoff. Parmi ceux-ci :

- 25 % évoluent vers la guérison totale
- 25 % évoluent vers une rémission importante mais imparfaite

- 25 % présentent une rémission légère
- 25 % passent à chronicité.

On note donc 50 % de pronostic sombre. L'évolution est plus ou moins longue. Elle peut durer de 6 mois à un an. Au-delà d'un an on ne peut plus espérer de rémission.

E. Les psychoses chroniques paranoïaques

Les psychoses chroniques

Rappelons que les psychoses chroniques se subdivisent en :

- Paranoïaques
- Paraphréniques
- Schizophréniques.

Ces trois formes correspondent à trois grands types d'élaboration délirante :

a) Délire de structure paranoïaque

Délire systématique dont les croyances sont pseudo-logiques, la lucidité et le raisonnement parfaits et peuvent emporter la conviction des interlocuteurs (délires de jalousie, érotomanie, revendication, persécution). C'est la forme la moins grande de déstructuration de la personnalité.

b) Délire de structure paraphrénique

Ensemble hétérogène et fantastiques de représentations imaginaires du monde extérieur (délires d'imagination, délires fantastiques). La lucidité, par contre, est conservée du point de vue des contacts avec le monde extérieur.

c) Délire de structure schizophrénique

C'est une atteinte plus globale de la personnalité qui se coupe du monde extérieur (autisme). Elle est caractérisée par une dissociation de la personnalité (schizophrénie délirante, hébéphrénie).

Psychoses délirantes chroniques

Tableau sans évolution déficitaires de la personnalité

Délires systématisés (structure paranoïaque)

A. Délires passionnels

Les délires y sont souvent exaltés. On trouve un développement en « secteurs » :

- **Thème de revendication :** le sujet veut se faire justice parce qu'il fut spolié pour une raison quelconque (revendication familiale, réparation d'un préjudice subi)
- **Thème d'érotomanie :** illusion délirante d'être aimé d'une personne (en vue le plus souvent). Dans ce type de délire, on retrouve une évolution en 3 phases :
 - a) Phase d'engouement
 - b) Phase de dépit
 - c) Phase de vengeance
- **Thème de jalousie :** souvent accompagné de tyrannie.

B. Délire d'interprétation

Délire de persécution (de type sérieux et Capgras). Il s'agit d'un délire dit en « réseau » car il fait intervenir de nombreuses personnes par des voies diverses. Le thème principal est la persécution : le sujet est persécuté par sa famille, ses voisins, ses amis ; tout un gang est dirigé contre lui. Un sujet atteint d'un tel délire ne peut que fuir devant une telle persécution : c'est le persécuté persécuteur.

Certains caractères prédisposent à de tels délires :

- Un égocentrisme très marqué
- L'orgueil
- La méfiance
- La fausseté du jugement caractérisé par ce que l'on nomme la rigidité : le paranoïaque ne peut, dans une relation avec autrui, se placer à la place de celui-ci ; aucun échange n'est possible ; il interprète tout geste anodin de l'autre comme étant dirigé contre lui. Le sujet réagit par un mécanisme de défense :
 - La négation : le sujet nie tout jusqu'à la réalité
 - La projection : attribuer à autrui ses propres pensées.

