

# Lexique du site mg-psy.org

**Akathisie** : besoin incoercible de bouger, incapacité à rester en place avec parfois déambulation (tasikinésie), pouvant être induit pas les neuroleptiques. A distinguer du syndrome d'impatiences des membres inférieurs.

**Ambivalence** : tendance à osciller entre plusieurs pensées ou comportements sans en adopter aucuns. Un des objectifs de l'entretien motivationnel est d'analyser l'ambivalence qui accompagne et en général inhibe toute ambition de changement

**Balance décisionnelle** : on répertorie avec le patient les avantages et inconvénients du comportement et de son abandon, pour l'aider à intégrer la nécessité de ce changement. En général, les inconvénients du comportement créeront une première motivation pour l'abandonner, dans un second temps ce sont les avantages nés de cet abandon qui aideront à pérenniser le changement.

**Debriefing** : technique de psychothérapie consistant quelques jours après le traumatisme, à faire verbaliser le patient sur l'évènement en analysant avec lui les faits, émotions, pensées présents lors de l'évènement. Cet échange s'accompagne d'un soutien empathique, d'informations sur les symptômes aigus et chroniques des états de choc, et leur évolution, et sur les différentes démarches légales et administratives à envisager.

**Délire** : ensemble d'idées fausses et individuelles (non partagées par l'entourage du patient) que le patient soutient fermement. Les idées délirantes peuvent s'articuler autour d'une logique interne (systématisées) ou non (non systématisées).

**Défenses** : mécanismes empêchant certaines pensées inconscientes ou refoulées d'accéder à la conscience.

**Dépression récurrente** : survenue dans la vie d'au moins deux épisodes dépressifs majeurs.

**Dépression saisonnière** : dépression liée au cycle des saisons et aux variations de la luminosité, avec une symptomatologie particulière au premier plan (asthénie, hypersomnie, hyperphagie avec intérêt particulier pour les aliments sucrés).

**Dyskinésies** : mouvements stéréotypés, lents, permanents, échappant au contrôle volontaire, parfois induits par les neuroleptiques. On distingue les dyskinésies précoces, survenant dans les suites immédiates de l'instauration du traitement neuroleptique et qui cèdent facilement sous traitement correcteur, des dyskinésies tardives, survenant après plusieurs années de traitement, beaucoup plus difficiles à traiter.

**Dystonies** : contractures involontaire et soutenues pouvant toucher un ou plusieurs groupes musculaires (plafonnement du regard, protraction de la langue, torticolis...) pouvant être induit par les neuroleptiques

**Electroconvulsivothérapie** (ou sismothérapie, électrochocs...) : procédé thérapeutique découlant de la survenue de crises convulsives, déclenchées via l'administration d'un choc électrique au niveau temporel sous anesthésie générale. Le processus thérapeutique reste

inconnu, mais son efficacité et sa rapidité d'action sont attestées depuis maintenant plusieurs décennies. Procédé thérapeutique essentiellement utilisé dans les cas sévères ou urgents.

**EMDR**: procédé thérapeutique basé sur la stimulation sensorielle bilatérale et alternée associée à divers outils psychothérapeutiques (cognitivo-comportementaliste, psychanalytique...).

**Empathie** : capacité du thérapeute à comprendre les émotions du patient sans les ressentir lui-même. L'empathie donne au patient le sentiment d'être compris et au thérapeute une crédibilité dans l'aide qu'il peut lui apporter.

**État mixte** : état psychique associant une excitation psychomotrice à des pensées négatives et dépressives, pouvant survenir dans le cadre d'une maladie bipolaire. Cet état psychique est à haut risque suicidaire.

**Hallucinations** : perceptions sensorielles ressenties par le patient ne correspondant pas à la réalité :

- Acoustico-verbales : entendre des sons ou des voix extérieurs à soi
- Psychiques : voix intérieures, télépathie, vol ou devinement de la pensée (d'autres personnes peuvent voler ou lire dans ses propres pensées), commentaires, écho de la pensée.
- Cénesthésiques : sensation corporelle interne (ventre, organes génitaux...)
- Visuelles, tactiles, olfactives.

**Hyperhédonie** : augmentation de la recherche et de la sensation de plaisir.

**Illusions** : Déformation sensorielles d'objets réels.

**IMC** : Indice de masse corporelle (ou BMI : Body Mass Index)

- $IMC = \text{Poids (kg)} / \text{taille (m}^2\text{)}$
- Normale : IMC compris entre 19-25
- Maigreur  $IMC < 19$  ; Anorexie :  $IMC < 17$  ; Anorexie sévère  $IMC < 14$
- Obésité :  $IMC > 30$  ; Obésité morbide  $IMC > 35$

**Insomnie** : sensation subjective d'un sommeil insuffisant, non réparateur, ou difficile à trouver.

**Insomnie persistante primaire** : type d'insomnie la plus fréquente, s'installant souvent dans les suites d'une perturbation circonstancielle du sommeil. Elle serait due à un conditionnement pathologique du sommeil.

**Logorrhée** : besoin incoercible de parler avec un débit verbal accéléré et un discours souvent digressif.

**Maladie de Gilles de la Tourette** : tics complexes moteurs et verbaux accompagnés de propos injurieux (coprolalie) ou de mimétisme incontrôlables

**Photothérapie** : procédé thérapeutique utilisant l'exposition régulière à une source lumineuse, utilisé avec des résultats attestés dans les dépressions saisonnières et le décalage horaire (jet lag)

**Prochaska et DiClemente** : six stades de motivation du patient et comportements du thérapeute à adopter en conséquence :

- Pré-contemplation : le patient minimise ou nie son comportement pathologique et pense ne pas avoir de problèmes. Il ne voit pas de raisons de changer. Soulever des doutes, apporter des informations sur les risques liés au comportement pathologique et les moyens d'y mettre un

terme, rester ouvert et disponible sans forcer le patient.

- **Contemplation** : stade où l'ambivalence est maximale. Le patient envisage le changement mais il hésite ou le remet à plus tard. Apporter à nouveau des informations, faire les bilans et passer les échelles, aider le patient à analyser sa balance décisionnelle.

- **Action** : Le patient a décidé le changement, et doit en affronter les difficultés. Amorcer le changement, soutenir et encourager le patient.

- **Maintien** : Le patient a réussi à abandonner le comportement pathologique, il doit maintenant faire des efforts pour ne pas rechuter. Féliciter, valoriser les conséquences positives et discuter les négatives ; prévention des rechutes.

- **Rechute** : fréquente voire obligatoire, elle fait partie intégrante du processus de changement. Rassurer et ne pas condamner le patient, analyser les facteurs de rechutes, reprendre les étapes selon le niveau de régression du patient.

- **Résolution** : le patient a définitivement abandonné le comportement pathologique et n'a plus besoin de lutter contre.

**Somnolence** : propension à l'endormissement.

**Syndrome d'apnées du sommeil** : syndrome dû à des perturbations des flux respiratoires pendant le sommeil, provoquant des ronflements avec apnées nocturnes. Les ronflements sont classiquement d'intensité croissante jusqu'à une apnée avec micro réveil et agitation, suivie d'une reprise bruyante de la respiration. On observe parfois une importante sudation nocturne. Les conséquences diurnes associées : somnolence, fatigue, céphalées, irritabilité, troubles thymiques, polyurie, troubles sexuels et des complications cardio-pulmonaires (en particulier hypertension artérielle). Le diagnostic et l'indication du traitement (généralement ventilation par pression positive continue) s'effectuent en centre spécialisé (neurologie ou pneumologie).

**Syndrome d'impatience des membres inférieurs** : besoin impérieux de bouger les membres inférieurs souvent provoqués par des paresthésies (sensations désagréables difficiles à définir : fourmillements, picotements). Ces paresthésies apparaissent au repos et sont soulagées par le mouvement ; elles sont maximales le soir et la nuit. Ce syndrome est la plupart du temps associé à des mouvements périodiques du sommeil (mouvements brefs des membres se répétant à intervalles réguliers). Il existe une importante composante familiale à ce trouble, qui serait lié à des troubles dopaminergiques. Il faut dans un premier temps rechercher une carence en fer ou en folates. L'évaluation diagnostique et l'indication d'un traitement (agoniste dopaminergique, opiacés ou benzodiazépine) s'effectue en milieu spécialisé (neurologie ou centre du sommeil).

**Syndrome métabolique** : perturbations métaboliques pouvant être secondaire à la prescription de neuroleptiques, en particulier atypiques, associant une obésité de type androïde, des troubles glucido-lipidiques et une hypertension artérielle.

**Syndrome malin des neuroleptiques** : tableau de perturbations neuro-végétatives sévères survenant généralement dans les suites (quelques heures à quelques jours) de l'instauration d'un traitement neuroleptique. Il associe des troubles de la conscience (confusion, hallucinations...), des symptômes neurologiques (syndrome extrapyramidal, dystonies..) et neuro-végétatifs (fièvre, labilité tensionnelle, hypersudation..). Il peut exister des perturbations biologiques (augmentation des CPK, des polynucléaires neutrophiles, troubles hydroélectriques...). Le pronostic vital est engagé et nécessite un transfert en unité de soins intensifs.

**Tics** : mouvements involontaires, brusques, reproduisant des mouvements usuels. Un patient possède souvent les mêmes tics même si ceux-ci peuvent être évolutifs. Les tics sont augmentés par le stress ou l'anxiété et diminués par le contrôle volontaire. Ils peuvent être :

- moteurs :

- simples : contraction (clignement, grimace, morsure de lèvre...)
- complexes : saut, toupie, besoin de toucher les autres.
- verbaux :
  - simples : éructation, soupir
  - complexes : coprolalie (propos injurieux); mimétisme

**Troubles de la mémoire** : les troubles de la mémoire peuvent toucher les faits récents (mémoire antérograde) ou anciens (mémoire rétrograde).

Dans les démences, les déficits touchent préférentiellement les faits récents, les souvenirs étant conservé jusqu'aux stades tardifs.

Pour tester la mémoire récente, on peut s'aider de 3 noms communs que le patient doit répéter dans l'immédiat puis après 3 minutes sur un autre sujet.

Classiquement dans les démences les patients ne se rappellent pas des mots même après un indice (donner un indice : par exemple pour se souvenir du mot " poignée ", on peut parler d'une porte) contrairement aux dépressions où l'indice permet au patient de retrouver le mot.

**Verre standard** : environ 10 g d'alcool, unité utilisée pour définir les dosages d'alcool servi dans les débits de boissons et les restaurants.

1 demi de bière = 1 verre de vin = 1 coupe de champagne = 1 dose d'alcool fort.

**Voyage pathologique** : voyage sans but ou aux motivations délirantes.