

UE : Neurosensoriel - Psychologie

Date : 26/03/2013

Plage horaire : 10h-11h

Promo : DCEM1

Enseignant : Docteur Verdoux, Hélène

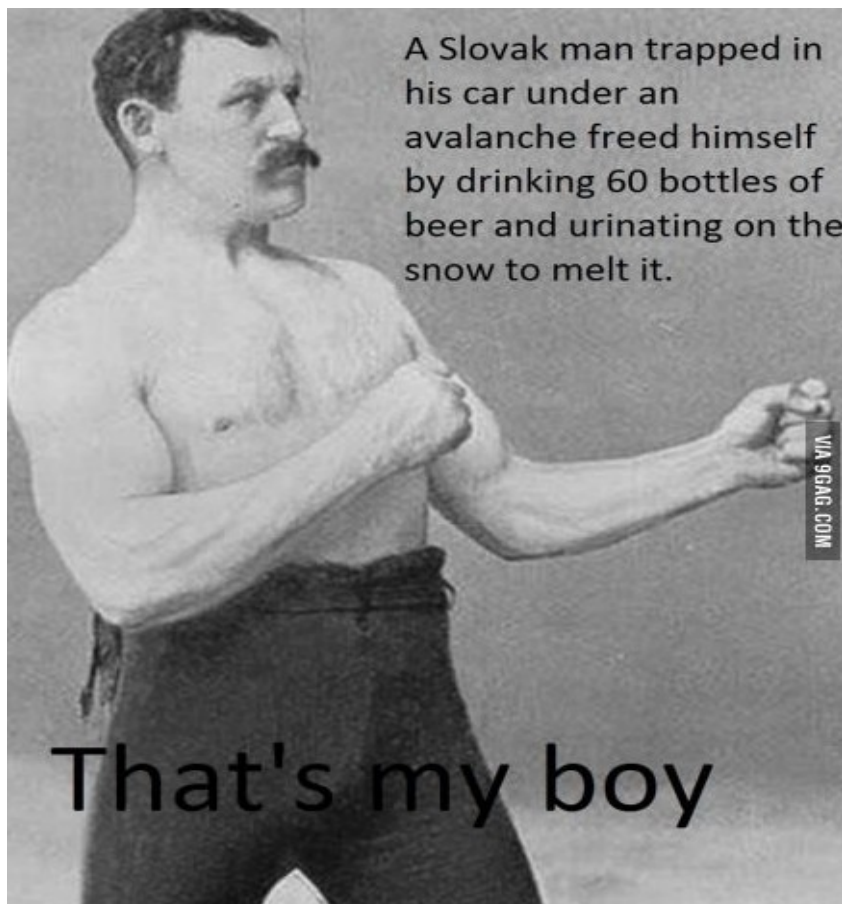
Ron  istes :

Vibert Nils

Toffoli Thibault

Sémiologie des troubles psychotiques

- I. Définitions
- II. Symptômes positifs
- III. Symptômes négatifs
- IV. Désorganisation
- V. Du symptôme au diagnostic



I. Définitions

1-Symptôme psychotique

Un syndrome psychotique est un ensemble de symptôme qui traduit une perte de contact avec la réalité, c'est à dire que les personnes qui présentent ce type de symptôme vivent en quelque sorte dans un monde différent du notre, leur réalité est différente de la notre. On parle de **perte de limite du moi** ce qui revient à dire que les personnes présentant ce type de symptômes ont des difficultés avec leur propre identité. Point important, les personnes présentant des symptômes psychotiques n'ont pas conscience d'être malade, ils n'ont pas la conscience du trouble (dont le synonyme est l'*insight* ou encore l'*anosognosie*). Ceci ne se voit pas dans toutes les pathologies psychiatrique, par exemple dans les obsessions les patients ont totalement conscience de leur maladie.

2-Troubles psychotiques

Les gens qui présentent ces symptômes psychotiques peuvent avoir une maladie psychotique ou trouble psychotique. Un trouble psychotique est un sous type de trouble psychiatrique, c'est une maladie dans laquelle les symptômes psychotiques sont au premier plan. L'exemple typique et le plus fréquent étant la **schizophrénie**.

La complexité avec ces symptômes psychotiques, c'est qu'ils peuvent être présents chez des patients qui ne présentent de trouble psychotique comme diagnostic principal. Ce sont donc des symptômes aspécifiques dans de nombreuses pathologies psychiatriques. Par exemple dans les troubles de l'humeur, les gens atteint de maladie maniaque peuvent présenter des symptômes psychotiques, on parle alors de manie avec des caractéristiques psychotiques ou encore de manie délirante.

Il faut comprendre que en psychologie on ne dispose que de la sémiologie pour le diagnostic, on a pas d'examen complémentaires contrairement aux autres spécialités. C'est pour cela que l'on doit bien maîtriser cette sémiologie ainsi que le vocabulaire technique qui va avec.

Les symptômes psychotiques s'organisent en trois grands groupes :

- Ceux qui sont en plus de la normal que l'on appel **les positifs**
- Ceux qui sont en moins de la normal que l'on appel **les négatifs**
- Ceux qui sont une distorsion de la normal que l'on regroupe sous le nom de **désorganisation**

II. Les symptômes positifs

On les sous divise en deux groupes que sont **les idées délirantes** et **les hallucinations**.

1- Les idées délirantes

Par définition c'est une idée qui est **en dehors de la réalité**. Il ne faut pas que cette idée soit une croyance culturelle même si cela n'est pas vérifiable. Une idée en dehors de la réalité est pathologique à partir du moment ou la personne qui a cette idée n'est pas capable de changer d'avis quand on lui démontre que son idée est aberrante. C'est vraiment ce qui fait le caractère pathologique de l'idée, on ne peut pas rectifier son erreur. C'est une conviction qui résiste à une argumentation logique.

Les idées délirantes sont caractérisées selon certains points.

a) Le thème

Tout d'abord, on a **le thème** de l'idée délirante. Elle peut porter sur tout les thèmes du psychisme humain, les plus fréquentes restent les idées de **persécution** « *on me veut du mal, on m'espionne, on m'empoisonne etc ..* ».

Puis vient la **mégélanie** ou idées de grandeur « *je suis célèbre dans le monde , je suis la fille de la reine d'Angleterre, je suis le Monsieur le major de P1 etc* ».

Le troisième thème le plus fréquent regroupe **les idées de référence**, ce sont des gens qui perdent la notion de hasard, tout ce qui leur arrive a forcément un sens ou un message qui leur est lié « *je rentre dans une salle et on rit, on se moque forcément de moi ce n'est pas possible que quelqu'un vienne de faire une boutade ou encore j'ai trois feux rouges d'affilés sur les boulevards c'est forcément que l'on m'espionne est que quelqu'un cherche à m'arrêter* ». Ce n'est pas l'idée qui est pathologique mais l'incapacité à rectifier cette idée en tenant compte de ce qui est plausible ou pas plausible.

En suite on retrouve **les idées hypocondriaques**, ce sont des patients qui ont la conviction d'être atteint de maladie grave. Ceci reste différent de l'hypocondrie des étudiants en médecine qui est d'un degré bien moindre. Encore une fois, ces patients sont incapable de changer d'avis même après la preuve qu'ils sont en bonne santé (avec par exemple des examens complémentaires ou autres bilans), le médecin s'est forcément trompé ou les dossiers ont été échangé etc..

L'érotomanie qui est beaucoup plus fréquent chez les femmes, c'est la conviction délirante d'être aimé par quelqu'un « *je suis convaincu que monsieur machin (en général une personne célèbre) craque pour moi* », et bien sur ces personnes ne sont pas accessibles à la raison.

La jalousie qui est le thème délirant le plus illustratif du quotidien entre normal et pathologique, cela peut prendre des ampleurs énormes tout comme la **culpabilité**. C'est deux thèmes prennent une connotation délirante quand ils atteignent des proportions énormes. qui devient pathologique quand elle prend des proportions trop grande.

La prof parle rapidement d'un groupe de symptôme un peu plus complexe que l'on nomme **automatisme mental**. Le point commun à tout ces symptômes est la perte de l'intimité psychique, à priori dans la vie quotidienne on interagit avec les autres avec la conviction qu'ils n'ont pas accès à nos pensées. Et donc chez certains personnes cette conviction disparaît, ils ont l'impression de devenir transparent 'est ce que l'on appelle la **lecture de la pensée** . Les patients utilisent le plus souvent le terme de « télépathie ». Ceci devient donc délirant quand c'est perçu comme quelque chose de malveillant ou d'intrusif « *on me vole mes pensées, on rentre dans ma tête* ». Un symptôme très fréquent est la **diffusion de la pensée**, les gens ont l'impression que leur pensée est diffusée par des hauts parleurs, ils sont par exemple à la gare ou au super marché et tout le monde entend leur pensée. Il y a également **le syndrome d'influence** ou les gens ont l'impression d'être télécommandés à distance, ils ne contrôlent plus leurs mouvements.

b) Les mécanismes

Le plus fréquent des mécanismes est **l'interprétation**, j'interprète un fait réel d'une manière en dehors de la réalité « *mon conjoint arrive en retard, j'explique cela par le fait qu'il me trompe* ».

On a ensuite le mécanisme **intuitif** « *je suis entrain de me craquer des pattes et pouf d'un coup je sais que je dois aller sauver le monde* ».

On a également le mécanisme **hallucinatoire** et **imaginatif**.

c)La systématisation

Es que l'idée délirante se raconte avec une logique interne relativement compréhensible? L'idée délirante est alors systématisée. C'est l'exemple du conjoint infidèle, le postulat de base est faux mais les idées s'enchainent de manière logique. Et parfois les idées délirantes ne sont pas cohérentes, l'histoire n'est pas plausible on parle alors d'idée délirante non systématisée ou « paranoïde » (pas sur d'avoir bien compris le dernier mot).

d)L'adhésion

Ce qui fait la différence entre une erreur de jugement et une idée délirante c'est que la personne résiste à l'argumentation logique et c'est ce que l'on appelle l'adhésion. Cette adhésion est donc le plus souvent totale (du moins en début de maladie) mais heureusement avec la prise en charge et les traitements, cette adhésion peut devenir moins forte et les patients peuvent arriver à critiquer, à avoir des doutes sur leurs idées.

e)Le retentissement

Il doit toujours être évalué en terme de dangerosité, es que la personne a un persécuteur désigné? Elle qu'elle cherche a se venger physiquement? Es qu'elle va avoir des envie de suicide?

2-Les Hallucinations

Plus facile à comprendre, ce sont par définition des perceptions sans objet qui font appel **aux cinq sens**, les plus fréquentes perception sans objet à percevoir.

En psychiatrie celles que l'on voit le plus souvent sont les auditives, plus spécifiquement les hallucinations **acoustico-verbales**. Pour ces personnes les voies qu'elles entendent sont aussi réelles que la prof qui fait son cours. Elles semblent en général venir de l'extérieur et s'adressent à la deuxième ou troisième personne, elles sont le plus souvent menaçantes, insultantes. Ce qui est paradoxal c'est que des patients vivent avec leur voies et s'y habituent, ils peuvent se sentir mal quand elles disparaissent notamment suite aux traitements. Leurs comportement témoigne souvent de leur état, ils peuvent se mettre à parler tout seul par exemple.

Les hallucinations visuelles sont moins fréquentes, les patients voient des visages menaçant, plus rarement des animaux ou insectes. Ces hallucinations visuelles sont plus caractéristiques de syndromes organique, neurologique ou encore toxique. Donc face à des hallucinations visuelles il faut penser à une étiologie autres que psychotique. On différenciera les hallucinations visuelles psychotiques des hallucinations visuelles organiques toxiques ou neurologiques en réalisant des bilans.

Les hallucinations cénesthésiques (qui se rapporte à la sensibilité, au toucher), sensations de brûlure, de picotement, de grouillement d'insectes etc..

Beaucoup plus rares on trouve **les hallucinations gustatives et olfactives**.

Il faut bien comprendre que tout ces symptômes ne sont pas tous présent en même temps chez un seul patient. On peut avoir des associations (acoustico-verbales + cénesthésiques +++) mais pas tous en même temps .

III. Les symptômes négatifs

Ils sont en général **très peu spécifiques** du fait qu'il y a un chevauchement sémiologique importants avec les syndromes dépressifs. Les symptômes négatifs apparaissent progressivement, et sont donc difficiles à discerner des symptômes dépressifs. Exemple de la dégradations des performances scolaire ou professionnelles, du repli sur soi ou retrait social (on parle de symptôme autistique). **L'Anhédonie** qui est la perte de la capacité à éprouver du plaisir, **l'aboulie** qui est le défaut de l'initiation de l'action « j'arrive pas à me lever du lit », **l'apragmatisme** qui est le défaut de la planification de l'action (ce sont des patients qui restent h24 dans leur lit, on parle aussi de clinophilie, qui se retrouve également dans la dépression). **L'incurie** est le fait de négliger son hygiène corporelle. **L'émoussement affectif**, personnes qui n'exprime pas beaucoup d'émotions avec un discours pauvre (**alogie**), qui peuvent paraître froides.

Ces symptômes négatifs sont ceux qui pèsent le plus lourd en terme de diagnostic et en terme de handicap psychique.

IV. La désorganisation ou dissociation

Pour comprendre la désorganisation, il faut partir du fait que dans notre fonctionnement quotidien on a une cohérence entre nos pensées, nos émotions et notre comportement. Et donc la désorganisation c'est un ensemble de symptôme qui induit **la perte de cette cohérence** on parle également de **fragmentation de la vie psychique**. La schizophrénie en est un bon exemple car c'est par définition le morcellement de la vie psychique et la perte de la cohésion.

Cette désorganisation se traduit d'abord par la fragmentation du discours ou du langage qui traduit la pensée. Les personnes ont un discours incohérents avec des phrases ne sont plus construites de manières normales, avec des changements d'idées, des coupures de phrases (barrages). Il peut y avoir invention de nouveaux mots, c'est le **néologisme**.

Cette désorganisation se traduit également par la désorganisation de l'expression des émotions. Il n'y a plus de cohérence entre l'émotion exprimée et le contenu du discours c'est par exemple un patient qui raconte une histoire très triste en se marrant. On parle de **discordance idéo-affective**.

Le comportement peut être également bizarre, incompréhensible, imprévisible. On a donc également une désorganisation du comportement.

V. Du symptôme au diagnostic

Le critère principal pour définir le pathologique est le retentissement sur le fonctionnement social et professionnel, on considère que à partir d'un certain seuil on devient malade psychiatrique. Aucun des symptômes décrit dans ce cours n'est spécifiques d'un trouble, en psychiatrie il faut l'association de plusieurs symptômes pour définir un syndrome. De plus tout les patients n'ont pas tout les symptômes, chaque patient à sa petite palette de symptôme (certains ont plus de positifs d'autres de négatifs etc.), c'est à dire que pour un même diagnostic l'existence et l'intensité de tel ou tel symptôme varie d'un patient à l'autre. Pour finir, ce n'est pas parce qu'un patient présente des symptômes psychotiques qu'il a forcément un syndrome psychotique car ces symptômes sont présent dans de nombreuses pathologies psychiatrique comme les manies ou les démences.