

**Paris, le 5 octobre 2012**

**17h30-20h00 : ... COURS DE PSYCHIATRIE POUR NEUROLOGUES**

**Pr. Olivier COTTENCIN (PUPH)**

**Dr. Renaud JARDRI (MCUPH)**

Université Lille Nord de France - CHRU LILLE



Université Lille Nord de France  
Pôle de Recherche  
et d'Enseignement Supérieur



  
Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille



# SOMMAIRE

## **17h30-19h00 : 1<sup>ère</sup> partie : QUESTIONS DIAGNOSTIQUES** **Pr Olivier COTTENCIN (Lille)**

- ⌘ Introduction : Névrose Psychose Perversion pour neurologues
- ⌘ Les pathologies mentales "mimant" une pathologie neurologique :  
Hystérie et conversion / La somatisation au sens du DSM IV / La simulation /  
Les troubles factices (Münchhausen, pathomimies) / L'hypochondrie
- ⌘ Les confins des pathologies neurologiques et psychiatriques.
- ⌘ Les troubles psychotiques et leurs symptômes :  
Hallucinations / Délires (Capgras)
- ⌘ Les troubles psycho-comportementaux, (apathie, aboulie, conduites d'opposition,  
indifférence, modifications caractérielles)
- ⌘ Dépression et maladies neurologiques : dépression ou trouble de l'adaptation ?

# SOMMAIRE

**19h00-20h00 : 2<sup>ème</sup> partie : PRISE EN CHARGE**

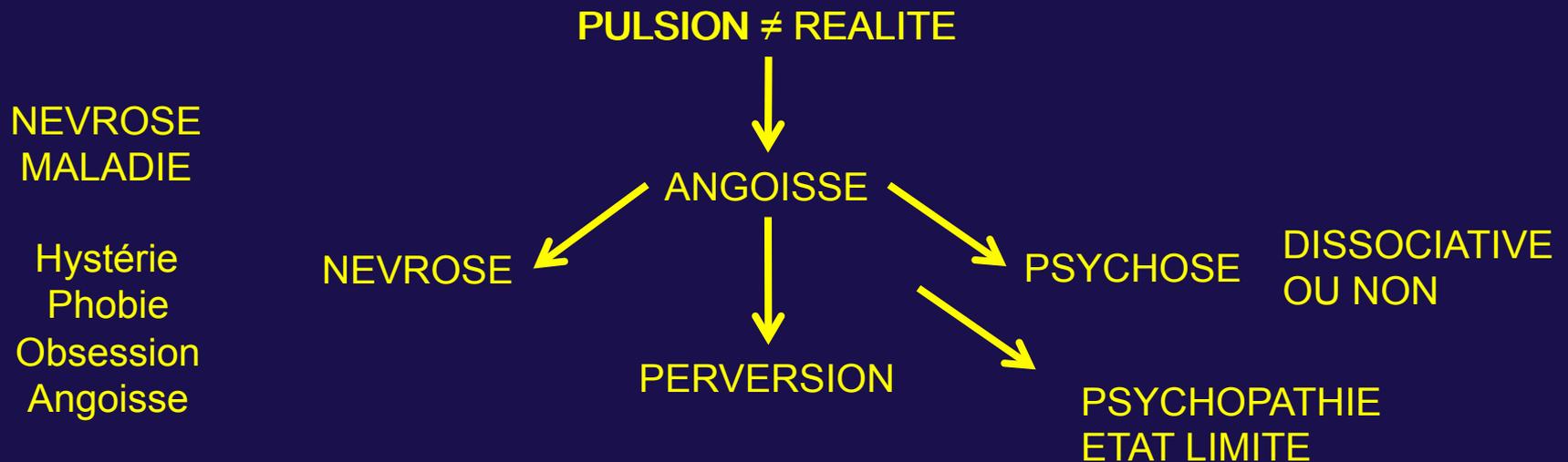
**Dr Renaud JARDRI (Lille)**

- ⌘ Accompagnement et prise en charge des complications psychiatriques dans les affections neurologiques
  - ⌘ La place de l'accompagnement psychothérapeutique dans les maladies neurologiques
  - ⌘ Prendre en charge des complications psychiatriques dans le cadre d'une maladie neurologique :  
dépression, psychose et parkinson, trouble de l'humeur et SEP
  - ⌘ Les effets secondaires « psychiatriques » des traitements à visée neurologique
  
- ⌘ Neurosciences et Psychiatrie
  
- ⌘ Approche neurobiologique de certaines pathologies psychiatriques
  - ⌘ (psychose, autisme, autres ...)
  
- ⌘ Génétique et Psychiatrie Neuroimagerie fonctionnelle et Psychiatrie.

# Névrose - Psychose - Perversion

Pour la psychanalyse : le symptôme est une tentative de guérison de l'angoisse et toute personnalité se structure autour de ce noyau

Ainsi le pathologique et le non pathologique s'organisent autour de trois grands champs : névrose - psychose - perversion



# PSYCHOPATHIE & ETAT LIMITE

## Personnalité Antisociale ou Psychopathique

- ⌘ Déviance sociale se caractérisant par instabilité, impulsivité, inadaptation avec passage à l'acte.
- ⌘ SPA fréquentes => crises d'agitation, gestes suicidaires, actes illégaux de délinquance (vagabondage, vol, prostitution, trafic de drogue, etc.)

## Personnalité Etat Limite ou Borderline

- ⌘ Angoisse d'abandon (crainte permanente d'abandon) => instabilité, quête permanente d'objet avec maniement du rejet
- ⌘ Dépressivité peu de culpabilité, beaucoup d'abandon, bercé par les evts de vie
- ⌘ Symptômes pseudo névrotiques (phobique, obsessionnel, hystérique)
- ⌘ Troubles du comportement (hyperadaptabilité sociale contrastant avec impulsivité)
- ⌘ Troubles du cours de la pensée (pseudo BDA persécutives, référence)
  
- ⌘ Stabilité dans l'instabilité
- ⌘ Fonctionnement défensif : clivage, idéalisation, projection, déni, omnipotence ou dévalorisation, mise en acte

**LES PATHOLOGIES MENTALES "MIMANT"**  
**UNE PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE**



# Les pathologies mentales "mimant" une pathologie neurologique

## Quelques définitions

- ∞ Simulation: production consciente et motivation consciente (bénéfices primaires)
- ∞ Pathomimie : production de symptôme consciente et motivation inconsciente
- ∞ Conversion : production inconsciente et motivation inconsciente (bénéfices secondaires)



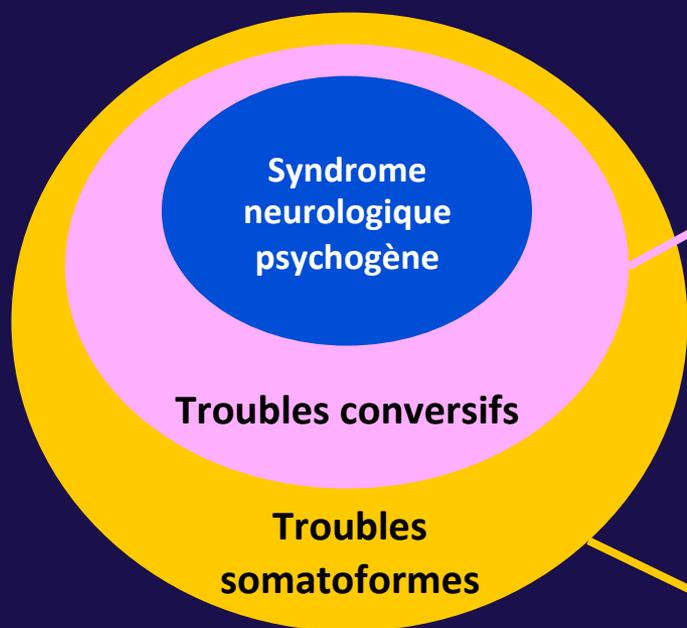
## Les pathologies mentales "mimant" une pathologie neurologique

	Affection somatique	Trouble somatoforme	Trouble factice	Simulation
Symptômes (subjectifs)	+	+	+	+
Signes (objectifs)	+	-	(+)	-
Caractère volontaire	-	-	+	+
Bénéfices	?	Intérieur Extérieur	Intérieur	Extérieur

*in Zumbrunnen R - Psychiatrie de Liaison - Masson, ed, Paris, 1991*

# Les pathologies mentales "mimant" une pathologie neurologique

## Que dit le DSM IV ?



- Au moins 1 symptôme touchant les fonctions motrices ou sensitives suggérant une pathologie neurologique
- Précédé d'un conflit ou autre stress
- Pas intentionnel ou feint
- Pas de cause médicale retrouvée
- Retentissement social, fonctionnel

**symptômes somatiques avec facteurs psychologique non feints**

Présence de symptômes physiques pouvant évoquer une affection médicale, mais qui ne peuvent s'expliquer ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental.

**Hypochondrie : préoccupation centrée sur la crainte d'être atteint maladie grave**

**Somatisation : expression somatique de l'angoisse**

# Les pathologies mentales "mimant" une pathologie neurologique

## Première recommandation ... le somatique prime !!

⌘ Si on suit à long terme ces patients, une maladie organique est en fait découverte dans 2 cas sur 3 à 10 ans (1965)

### ⌘ Méta-analyse (1965 - 2005)

⌘ Le taux d'erreur diagnostique semble diminuer avec les années

⌘ S'expliquerait par l'amélioration de la méthodologie des études et non par les progrès de la médecine (i.e. apparition du scanner cérébral)

⌘ Taux d'erreur diagnostique actuel estimé à 4% (comparable à celui de la SZ)



# Les pathologies mentales "mimant" une pathologie neurologique

## C'est un diagnostic très difficile

Il faut se méfier de l'excès de confiance en son jugement, des « trop beaux » indices

### ↳ Les faux positifs :

- ⌘ 4% de faux positifs (*Stone, BMJ, 2005*)
- ⌘ On n'imitate bien que ce que l'on a :  
*association avec organicité dans 10-25% des cas*
- ⌘ Tout ce qui est bizarre n'est pas psychogène  
*(hystérique sous prozac sd serotoninergique)*



### ↳ Les faux négatifs :

- ⌘ Recherche de l'organique « typique », du « pas imitable »
- ⌘ Réticence à poser ce diagnostic
- ⌘ Peur de passer à côté de la pathologie organique
- ⌘ Difficulté d'annoncer le diagnostic puis gérer la suite

# Les pathologies mentales "mimant" une pathologie neurologique

## C'est un diagnostic très difficile

- ⌘ Un diagnostic très difficile qui nécessite :
  - ⌘ plusieurs examens cliniques
  - ⌘ plusieurs experts
  - ⌘ beaucoup de temps
  - ⌘ **et rarement des examens complémentaires**
    - ⌘ *Malgré l'intérêt de l'électrophysiologie (tremblements, myoclonies), ou d'autres examens actuels et à venir, etc.*
  
- ⌘ **Mais un diagnostic qui doit être un diagnostic positif**
  - ⌘ et pas seulement un diagnostic d'élimination
    - ⌘ pour avoir une attitude médicale la plus claire possible
    - ⌘ pour stopper la spirale iatrogène



# Les pathologies mentales "mimant" une pathologie neurologique

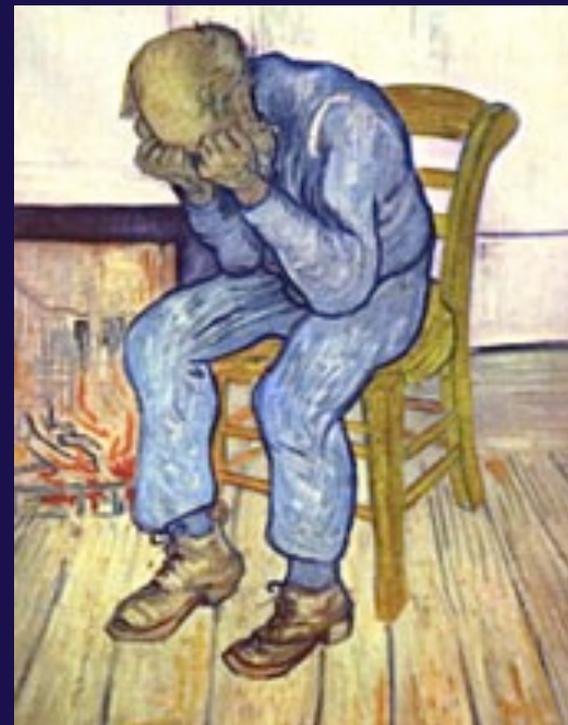
## Facteurs étiologiques et modèles de compréhension

- ⌘ **Antécédents traumatiques** (souvent méconnus et cachés => tact et mesure)
  - ⌘ Abus sexuel ou maltraitance dans l'enfance (20% des cas selon les études)
  - ⌘ Augmentation des événements de vie, traumatismes physiques précédant des crises d'épilepsies psychogènes
  - ⌘ Prévalence importante d'ESPT
  
  - ⌘ Modèle de stress multifactoriel avec une interaction complexe entre traumatismes anciens et récents (théories neurobiologiques du stress =>traumatismes précoces influencent la réponse à des stressseurs)  
(*Roelofs, 2007*)
  
- ⌘ **Il s'agirait d'un retour d'expériences dissociatives**
  - ⌘ Moments de perte d'intégration et de continuité de l'expérience de soi.  
Vécu lors de traumatismes précoces => possible mécanisme protecteur  
(*Kuyk, 1999 ; Freud*)
  - ⌘ Degré d'hypnotisabilité important et une propension aux états dissociatifs autres

# Les pathologies mentales "mimant" une pathologie neurologique

## Comorbidités psychiatriques

- ∞ Dépression (*Barsky, 2005 ; Hubschmid, 2008*)
- ∞ Troubles anxieux (*Mokleby, 2002 ; Szaflarski, 2003*)
- ∞ Etat de stress post-traumatique (*Berney, 2009*)
  
- ∞ Autres troubles somatoformes comme la somatisation (*Berney, 2009*)
  - ∞ Symptômes neurologiques rarement isolés
  - ∞ Nombreux autres symptômes médicalement inexplicables (somatisations)
  
- ∞ Fréquence des troubles de la personnalité

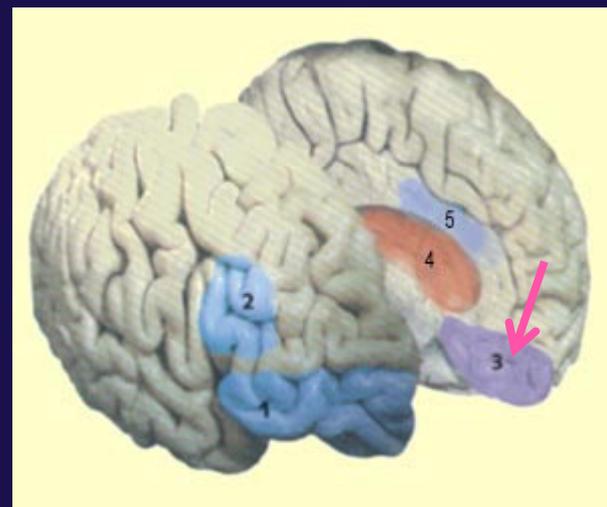


Le fait d'avoir plusieurs diagnostics psychiatriques est la règle plus que l'exception dans ce domaine

# Les pathologies mentales "mimant" une pathologie neurologique

## Corrélat neurobiologiques en imagerie fonctionnelle

- ⌘ IRM f => activations anormales régions corticales et sous-corticales.
  - ⌘ Pas de modèle clairement établi (population faible et hétérogène) (*Aybek 2008*)
  - ⌘ Régions impliquées lors de manifestations dissociatives ≠ de celles impliquées lors de simulation de symptômes analogue (*Cojan, 2009*)
    - ⌘ Cortex cingulaire et du cortex préfrontal ventromédian (régulation émotionnelle et représentation de soi) (*Isaac, 2006 ; Cojan, 2009*)
  
- ⌘ On s'éloigne des hypothèses cognitives => les représentations sensori-motrices sont exclues de la conscience par des processus attentionnel altérés
  
- ⌘ Avantage ... sortir de la dichotomie soma-psyche



Aparté sur la pathomimie



# Pathomimie ou Trouble Factice

## ↳ Définition

## ↳ Pathomimie ou Trouble Factice *du latin "facere" = fabriqué (et non pas faux)*

- ⌘ Production intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques
- ⌘ La motivation du comportement est de jouer le rôle du malade
- ⌘ Pas de motifs extérieurs à ce comportement comme dans la simulation (argent, fuite responsabilité, amélioration situation matérielle ou physique)
- ⌘ Avec une association de signes et de symptômes psychologiques et physiques

## ↳ Epidémiologie peu connue et résultats hétérogènes

- ⌘ 0,8 % de patients de psychiatrie de liaison (Sutherland et Rodin 1990)
- ⌘ 0,3 % patient hospitalisés en neurologie
- ⌘ 5,3 % des patients présentant des troubles neurologiques inexpliqués
  
- ⌘ Essentiellement féminin: 3/4 (sauf Munchausen)
- ⌘ Profession paramédicale dans 60% des cas
- ⌘ Age moyen de 30 ans

# Pathomimie ou Trouble Factice

## Une clinique et une histoire

- ⌘ Charcot : "mania operativa passiva" présentation des symptômes imposant une intervention pressante
- ⌘ Dieulafoix (1908) emprunte à Bourget le terme de pathomimie : *état morbide voisin de la mythomanie caractérisé par le besoin qu'éprouvent ceux qui en sont atteints de simuler une maladie parfois même au prix d'une automutilation. Les pathomimes ne retirent de leur actes aucun profit, aucun bénéfice, mais ils éprouvent une joie intime à se rendre intéressants et à se faire plaindre*
- ⌘ Asher (1951): syndrome de Münchhausen (3 cas)  
s'inspire du roman de Rudolph Erik Raspe qui relate les aventures invraisemblables d'un baron allemand mythomane (1720-1797)
- ⌘ Jean Bernard et al (1967): syndrome de Lasthénie de Ferjol (12 cas) : anémies hypochrome dues à l'hémorragie volontaire provoquée  
s'inspire du roman de Barbey d'Aurevilly (1846) Une histoire sans nom
- ⌘ Meadow (1977) : syndrome de Münchhausen par procuration

# Pathomimie ou Trouble Factice

## Une clinique et une histoire

- ⌘ Charcot : "mania operativa passiva" présentation des symptômes imposant une intervention pressante
- ⌘ Dieulafoix (1908) emprunte à Bourget le terme de pathomimie : *état morbide voisin de la mythomanie caractérisé par le besoin qu'éprouvent ceux qui en sont atteints de simuler une maladie parfois même au prix d'une automutilation. Les pathomimes ne retirent de leur actes intéressants*
  - ⌘ Syndrome de Münchhausen : Triade diagnostique:
    - ⌘ Mythomanie extensive « flamboyante »: fabulations dramatiques, héroïques, valorisantes.
    - ⌘ Nomadisme médical, pas de travail régulier, pas d'attache familiale
    - ⌘ Mania operativa : recherche de multiples interventions chirurgicales ... cicatrices multiples avec symptomatologie inquiétante => urgences
- ⌘ Asher (1954) s'inspire de l'histoire d'un baron
- ⌘ Jean Bernadine (1954) hypochrome dues a l'hemorragie volontaire provoquée s'inspire du roman de Barbey d'Aurevilly (1846) Une histoire sans nom
- ⌘ Meadow (1977) : syndrome de Münchhausen par procuration

# Pathomimie ou Trouble Factice

## Profil psychopathologique

- ⌘ Intolérance à la frustration
- ⌘ Trouble de l'estime de soi
- ⌘ Impulsivité
- ⌘ Dépendance affective
- ⌘ Comportement de malade
- ⌘ Atcd de carences affectives
- ⌘ Contentieux avec la médecine
- ⌘ Défi au médecin

## Comorbidités psychiatriques

- ⌘ Hystérie, Borderline, Psychose
- ⌘ Addictions
- ⌘ SHAFT syndrome  
(Sad, Hostile, Anxious, Frustrating, Tenacious)  
décrit en chir plastique



PSYCHOSES DISSOCIATIVES ET NON DISSOCIATIVES



# Psychoses Dissociatives ou Non Dissociatives

## ↳ Devant tout délire :

- ∅ Ancienneté (aigu ou chronique)
- ∅ Thèmes (persécution, préjudice, grandeur, jalousie, ...)
- ∅ Mécanismes (hallucination, illusion, interprétation, intuition, ...)
- ∅ Structure (en secteur ou en réseau)
- ∅ Adhésion (totale ou critique partielle)
- ∅ Réaction affective : congruence à l'humeur (tristesse, élation) ou froideur
- ∅ Personnalité prémorbide (psychotique, schizoïde, schizotypique ou rien)
- ∅ Autres (somatique, confusion, trouble de l'humeur)

## ↳ Dissocié ou Non Dissocié

- ∅ Dissociation aiguë = BDA, Schizophrénie
- ∅ Dissociation chronique = Schizophrénie
- ∅ Pas de dissociation : Paraphrénie, PHC, Paranoïa

# Psychoses Dissociatives ou Non Dissociatives

## Dissociation

Rupture des processus unissant le psychisme d'un individu.

Perte d'harmonie entre affect, pensée et comportement

### ∞ Intellectuelle

- ∞ Altération du débit, barrages, des associations, phonétiques, sémantiques, syntaxiques, détournement du langage, de l'enchaînement des idées, attention
- ∞ Distorsion globale du système logique : pensée illogique, absurde, diffluyente, magique, symbolique, rationalisme morbide

### ∞ Affective

- ∞ Altération de la vie affective de base : athymhormie, négativisme, réactions émotionnelles brutales, régression instinctivo-affective

### ∞ Comportementale

- ∞ Bizarreries du comportement, apragmatisme, aboulie, volition, maniérisme, syndrome catatonique

# Psychoses Dissociatives ou Non Dissociatives

## Dissociation **DISCORDANCE**

Rupture des processus unissant le psychisme d'un individu.

Perte d'harmonie entre affect, pensée et comportement

### ∞ Intellectuelle

- ∞ Altération du débit, b... ns, phonétiques, sémantiques, syntaxiques, détourn... enchaînement des idées, attention
- ∞ Distorsion globale du... ée illogique, absurde, diffluyente, magique, symbolique

**Ambivalence  
Bizarrerie  
Impénétrabilité  
Détachement du réel**

### ∞ Affective

- ∞ Altération de la vie affective de base : athymhormie, négativisme, réactions émotionnelles

**Existence de sentiments, de pensée ou d'actions incohérentes et contradictoires exprimées au même moment**

### ∞ Comportement

- ∞ Bizarreries du comportement, apragmatisme, aboulie, volition, syndrome catatonique

# Psychoses Dissociatives = Les Schizophrénies

## ⌘ Symptôme fondamental

- ⌘ Dissociation intrapsychique  
... intellectuelle, affective et comportementale

## ⌘ Symptômes accessoires

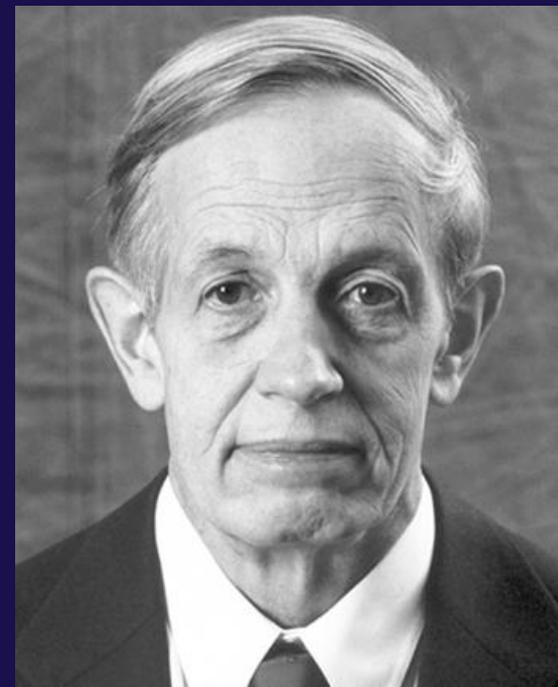
- ⌘ Délire chronique paranoïde  
(illogique, hermétique, flou, bizarre)  
Non systématisé et non congruent à l'humeur  
Mécanismes : hallucination, illusion, interprétation, intuition, imagination

⌘ Repli autistique = déficit pragmatique et retrait social, passif, apathie pouvant

⌘ Décompensation dépressive ou maniaque

## ⌘ Début des troubles entre 15 et 35 ans

- ⌘ Brutal ou insidieux, il faut plusieurs mois d'évolution sous traitement pour faire le diagnostic (c'est la dissociation qui persiste)
- ⌘ Pronostic : Dysthymique > Paranoïde > Déficitaire



# Psychoses Non Dissociatives

Délire > 6 mois  
Pas de syndrome dissociatif  
(congruence affect & délire)  
Pas d'évolution déficitaire  
Pas de trouble organique ou thymique  
Age > 35 ans

## MÉCANISME

IMAGINATIF  
PARAPHRENIE

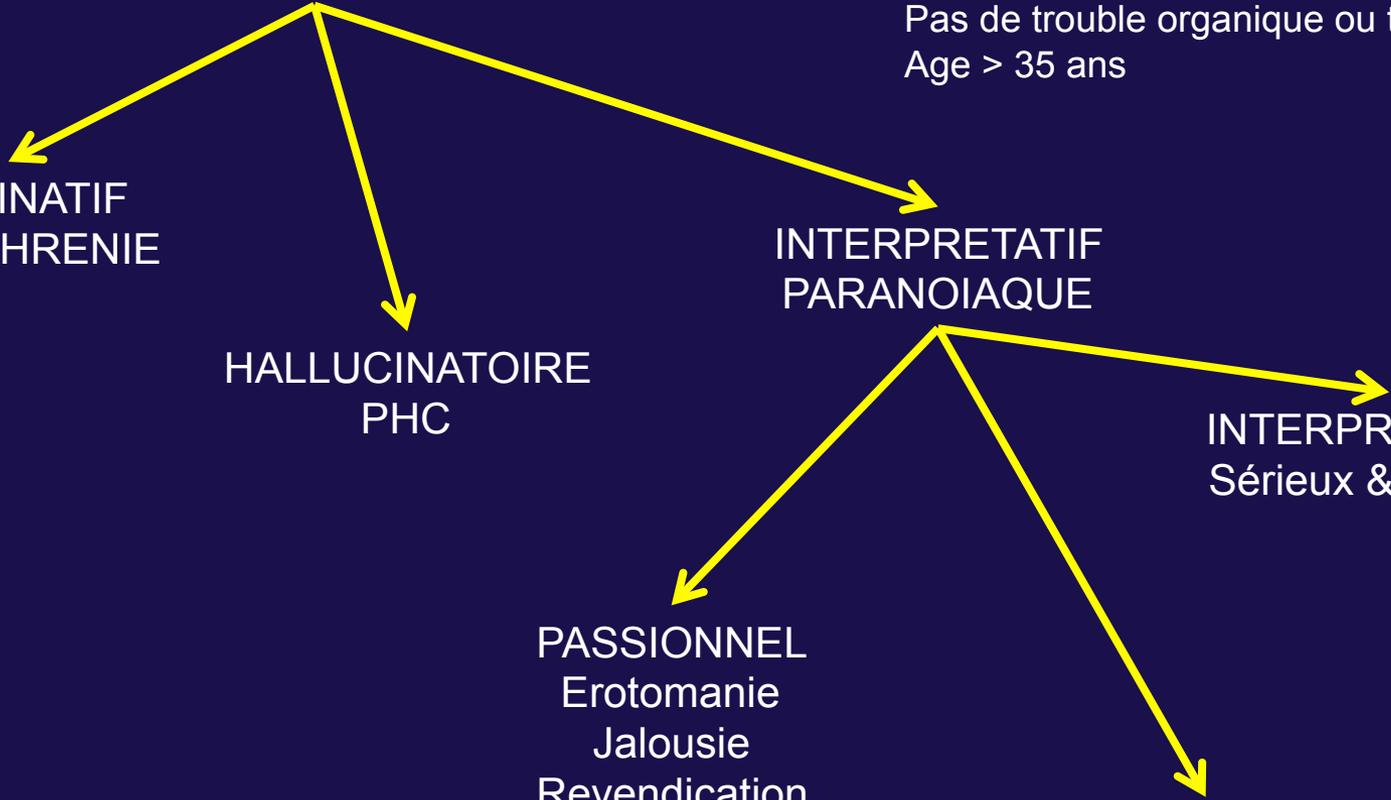
HALLUCINATOIRE  
PHC

INTERPRETATIF  
PARANOIAQUE

INTERPRETATION  
Sérieux & Capgras

PASSIONNEL  
Erotomanie  
Jalousie  
Revendication

SENSITIF  
Délire de relation  
des sensitifs  
de Kretschmer



# Psychoses Non Dissociatives

## ↳ Psychose Hallucinatoire Chronique

### ☞ Automatisme mental

- ☞ Écho ou anticipation de sa pensée, lecture ou écriture
- ☞ Impression de vol, de devinement de la pensée
- ☞ Commentaire et énonciation de ses actes

### ☞ Syndrome délirant

- ☞ Persécution, influence
- ☞ Hallucination sous toutes ses formes+++
- ☞ Mal systématisé mais parfois cohérent
- ☞ Conviction délirante totale
- ☞ Dialogue, défense, plaintes, suicide en réponse aux voix
- ☞ Participation affective passivité ou dépression

## ↳ Paraphrénie

- ☞ Délire de mécanisme imaginatif et de thématique fantastique
- ☞ Coexistence du monde fantastique et du monde réel
- ☞ Non systématisé, incohérent
- ☞ Pas d'évolution déficitaire, intégrité de la pensée logique

# Psychoses Non Dissociatives

## ↳ Délires passionnels

- ∞ Affectif, sthénique, développement en secteur autour d'une idée prévalente, interprétations délirantes circonscrites et secondaires
- ∞ Revendication : quérulent processif, inventeur méconnu, idéaliste passionné, filiation, sinistrose, hypocondriaque persécuteur
- ∞ Erotomaniaque : espoir (attente, lettres, cadeaux), dépit, rancune (injures, menaces, agression)
- ∞ Jalousie : le doute nourrit la jalousie, inadéquation de la réaction jalouse : enquête, filature, mise en cause de l'entourage, recherche de preuves

## ↳ Délires d'interprétation (de Sérieux et Capgras)

- ∞ Interprétations primaires, s'enrichissent en un réseau diffus.
- ∞ Interprétations prédominantes, idée directrice secondaire
- ∞ Persécution : préjudice ou malveillance vis à vis santé, biens ou vie
- ∞ Mégalomanie (souvent secondaire à la persécution) filiation, politique, mission
- ∞ Idées de références

# Psychoses Non Dissociatives

## ↳ Délire sensitif

- ⌘ Personnalité sensitive / délire en secteur / passive, hyposthénique et dépressive

- ⌘ Idées de persécution

- ⌘ hostilité, brimades, allusions péjoratives familiales ou professionnelles

- ⌘ Idées de références

- ⌘ "on parle de moi", "on se moque de moi", "on rit de mes maladresses"



## DEPRESSION ET MALADIES NEUROLOGIQUES



# Dépression et Maladies Neurologiques

- ↳ Dépression ou Trouble de l'Adaptation ?
  
- ↳ Cinq questions devant quelqu'un qui pleure
  - ⌘ Risque suicidaire ? Détermination, Urgence, Moyens ...
  - ⌘ Dépression (Perte) / Anxiété (Menace) / Deuil (les deux) ?
  - ⌘ Tristesse pathologique ou tristesse adaptée ?
  - ⌘ Mélancolie ?
  - ⌘ Dépression masquée ?
  
- ↳ Reconnaître la dépression (triade clinique)
  - ⌘ Tristesse **pathologique** de l'humeur : vision pessimiste de soi et du Monde + angoisse + idées suicidaires
  - ⌘ Ralentissement psychomoteur
  - ⌘ Syndrome somatique (sommeil, appétit, sexe, douleurs, ... comorbidités)
  
- ↳ A bannir : banalisation ou dramatisation => exploration
  - ⌘ C'est normal d'être comme ça (banalisation)
  - ⌘ C'est pas normal d'être comme ça (dramatisation)

Suicide n'est pas synonyme  
de dépression  
Suicide est synonyme  
de désespoir

# Dépression et Maladies Neurologiques

## ↳ Approche obsolète

- ↻ Dépression endogène
- ↻ Dépression psychogène

	ENDOGENE	PSYCHOGENE
F DECLENCHANTS	NON	OUI
ATCD FAMILIAUX	OUI	NON
SOMMEIL	REVEILS MATINAUX	DIFF ENDORMISSEMENT
AGGRAVATION	MATIN	SOIR
NOSOLOGIE	BIPOLAIRE	NEVROTIQUE ET REACTIONNELLE

## ↳ Approche actuelle

- ↻ Il n'y a pas de dépression autre qu'endogène
- ↻ Les troubles sont primaires ou secondaires

APPAREIL	PATHOLOGIES
NEUROLOGIQUE	TUMEURS CEREBRALES, AVC, PARKINSON, SEP, POST TRAUMA CRANIEN, EPILEPSIE
ENDOCRINIEN	HYPOTHYROIDIE, DIABETE, ADDISON, PERIMENOPAUSE
GENERAL	NEOPLASIE (pancréas), HEMOPATHIES, CONNECTIVITES (LED, PR)
INFECTION	TUBERCULOSE, BRUCELLOSE, HEPATITE, MNI, SIDA, AFF° PARASITAIRE ET VIRALE
IATROGENE	RESERPINE, ALPHAMETHYLDOPA, CORTICOIDES, CLONIDINE, ISONIAZIDE, AMPHETAMINES, BETA-BLOQUEURS, CIMETIDINE

- ↻ Primaires et autonomes (si comorbidité elle est indépendante) = BP ou UP récurrente
- ↻ Secondaires et symptomatiques (ou associés à) des maladies organiques, mentales ou des médicaments

