

Vendredi 8/03/2013 de 13h30 à 15h30

Psycho

Pr.

RT : Marie Peloux

RL : Lisa Weisslinger

DETERMINANTS DE LA PSYCHOSE

Le cours se compose de deux parties : la première est une approche théorique des composantes de la psychose (à différencier de la névrose :) tandis que la deuxième inclut l'étude de cas cliniques. Afin d'illustrer cette deuxième partie le professeur s'est essentiellement appuyé sur des extraits vidéos de dialogues avec certains de ses patients. J'essaierai du mieux possible de restituer les éléments importants de ces images...

I DETERMINANTS DE LA PSYCHOSE

1- FORMES DE PSYCHOSE

A- IDEES DELIRANTES

- Différents mécanismes :

- Interprétatif : à partir d'une réalité qui prend alors pour le patient un sens précis.
- Intuitif : le patient « sent » des éléments qui le guident.
- Imaginatif : Absence de raccrochement total aux réalités
- Hallucinatoire

- Différents thèmes :

- De référence : tout s'adresse au patient (la télévision, des chansons)
- Persécution (retrouvée essentiellement chez les schizophrènes)
- Contrôle et d'influence : la CIA, Sarkozy dirige tous nos actes
- Grandeur : mégalomanie
- Mystiques : se prend pour JC, Dieu, un ange investi d'une mission sur Terre
- Transformation corporelle : exemple d'un patient persuadé que son anus se trouve au niveau de sa nuque, qu'il ne peut le voir mais qu'il le sent

- Différents degrés de conviction (important dans la prise en charge)

- Différents degrés de bizarrerie (important dans l'intégration sociale)

- Présence ou non de systématisation : tout tourne autour d'une idée fixe à partir de laquelle l'ensemble du délire s'articule.

Par exemple une patiente articule son délire autour d'une fissure (réelle) qu'il y a sur son mur. Du gaz s'en échappe (hallucination) et toute sa vie s'organise autour de cette fissure qu'elle doit surveiller.

B- HALLUCINATIONS

- Acoustico-verbales : le patient entend des sons, des voix que tout le monde pourrait entendre selon lui. Le plus souvent à valence négative, rarement positive.
- Intra-psychique : le patient entend des voix mais qui sont « dans sa tête »
- Gustatives, olfactives
- Cinesthésiques (sensitives)
- Visuelles : essentiellement identifiées dans le delirium tremens chez les alcooliques, rarement retrouvées chez les schizophrènes ou les bipolaires.

C- DESORGANISATION DE LA PENSEE

- Illogisme
- Relâchement des associations, association par assonance, coq à l'âne
- Rationalisme

D- DISCORDANCE

= Affect inapproprié à la situation.

Par exemple le patient pleure quand on lui demande ce qu'il a mangé à midi, rit quand il raconte le décès d'un proche...

E- SYMPTOMES NEGATIFS (schizophrènes +++)

- Emoussement affectif (quasi incapacité à ressentir la moindre émotion)
- Rétrécissement des capacités sociales (beaucoup sont SDF ou incarcérés)
- Altération de la cognition (difficile de discerner du degré d'association avec la consommation abusive de toxiques) : mémoire, volition, motivation altérées.
- Fading mental, barrages
- Ralentissement moteur
- Ralentissement dans les réponses
- Perte d'initiatives
- Perte des capacités de traitement du contexte

2- DETERMINANTS DE LA PSYCHOSE

Quels sont les déterminants de la psychose ? Question à laquelle nous ne pouvons malheureusement toujours pas répondre avec certitude.

- Biologiques : théorie dopaminergique (impliquée dans l'hyperactivité) mais aussi sérotonine, norépinephrine, GABA
- Neuro-anatomiques : On connaît aujourd'hui les zones impliquées dans certaines psychoses mais on ne comprend pas bien le mécanisme. Par exemple on sait que le cortex préfrontal, le système limbique, les noyaux codés sont des zones qui ne fonctionnent pas correctement chez les schizophrènes mais on ne maîtrise pas le dysfonctionnement de manière précise.
- Génétiques : vulnérabilité de certaines familles, les chromosomes 5, 11, 18, 19 et X seraient impliqués mais les études sont très contradictoires.
- Psychosociaux :
 - Théorie analytique
 - Théorie familiale : par exemple nocivité du double message (une mère dit à son enfant qu'elle l'aime tout en le repoussant), des familles où il existe une abrasion des émotions exprimées (familles où il n'est pas d'usage d'exprimer ses sentiments). Dans cette approche il est difficile de différencier les conséquences du comportement du membre malade sur la vie familiale de ce qu'elle aurait été si la personne n'avait pas été malade, de discerner ce qui est biaisé par la maladie de ce qui ne l'est pas.
 - Théorie sociale : l'urbanisation et l'industrialisation facteurs de troubles psychologiques : plus on est dans une société évoluée plus il y a de malades psychotiques. Mais biais de diagnostic important (en effet dans certains pays la plupart des psychoses ne sont pas diagnostiquées et ne relèvent pas de la médecine mais plutôt de soins traditionnels). Cette théorie se vérifie essentiellement sur névroses de type dépressives mais pas tellement aux psychoses.

II ETUDE DE CAS CLINIQUES

1- Patient 1

Emmanuel, 19 ans, diagnostiqué schizophrène, lors d'une crise

Sur la vidéo Emmanuel passe du rire aux larmes constamment. Ses changements d'humeur sont sans rapport avec ses propos : on parle alors de discordance.

Il parle de sa famille puis affirme être le nouveau messie. Sa mission est d'aller sur la scène des enfoirés pour délivrer un message de paix et d'amour au monde entier.

On y observe un langage et des idées assez pauvres, floues, le délire est alors non systématisé.

2- Patient 2

?, Infirmière, diagnostiquée bipolaire

? raconte sa première crise maniaque en 2008. Elle est alors hospitalisée pour une deuxième crise dont elle ne parle pas du tout.

Elle raconte cet épisode avec beaucoup de discernement et de recul, comprend pourquoi les gens se sont dit « que ça ne tournait pas rond » .

Son langage est riche, ainsi que son « délire ».

Le 13 janvier 2008 - « c'est là que tout a commencé »- elle décide de construire une « structure » où les enfants pourront s'amuser. Elle convainc ses proches, la banque, passe des heures sur internet à rechercher des informations relatives à la construction de cet endroit qu'elle avait déjà vu quelques années auparavant et qui lui avait beaucoup plu.

Petit à petit, elle décrit des hallucinations intra-psychiques : son père, décédé par suicide lors de son enfance, lui donne des « conseils d'amis », la soutient.

Puis elle voit le diable en son beau-frère et raconte comment il vaut mieux être au premier étage de la maison pour se rapprocher du ciel et donc de Dieu, desserre tous les vêtements de ses enfants (ceintures, lacets...), ressent d'intenses moments de bonheur en regardant les dessins animés où l'on voit des enfants heureux...

Il est impressionnant de voir à quel point la patiente est « consciente » de son premier délire et pourtant ne réalise pas celui qu'elle traverse.
Le traitement de cette dame lui permet d'avoir une vie tout à fait normale et de maîtriser la fréquence d'apparition de ses crises.

3- Patient 3

« Bruce Willis », 27 ans, diagnostiqué schizophrène

Il raconte comment il réalise son trouble psy.

Dans sa jeunesse il consomme des drogues dures pendant 4-5 ans de manière assez fréquente lors de rave parties et lorsqu'il arrête de d'en utiliser il a des hallucinations verbales qui persévèrent et qui « l'envoutent ». Grâce à son traitement les hallucinations cessent mais reprennent lorsqu'il l'arrête.

Puis il parle du 21 décembre 2012 qui l'angoisse en ce moment parce qu'il faut qu'il trouve un moyen de sauver sa femme et son enfant et qu'il ne sait pas encore comment.

Le délire qu'il évoque est assez pauvre et non systématisé ainsi que son langage. Son traitement lui permet d'avoir un emploi et d'avoir une vie de famille.

4- Patient 4

Elodie, 19ans, diagnostiquée schizophrène

On observe sur la vidéo que la jeune fille est très agitée, ne tient pas en place sur sa chaise. Se « sent plein de vie ».

Consciente également d'être malade elle raconte un séjour à l'hôpital où on l'a « shootée » parle de chansons qui lui plaisent, décrit son parcours scolaire, passe du coq à l'âne, rapporte une phrase dont elle est l'auteur et qui lui semble exceptionnelle.

Son vocabulaire y est assez pauvre

Pour conclure, il est d'après le Pr. très important pour un psychiatre de savoir « rentrer dans le délire » des patients pour qu'ils puissent parler et pour ne pas les bloquer. Il s'agit donc plus d'une expérience humaine que de connaissances théoriques afin de pouvoir s'adapter à la diversité des pathologies psychiatriques !

Enfin, la dernière question posée est essentielle : peut-on soigner ces patients ?

Oui, comme on le voit dans les exemples ci-dessus les neuroleptiques de seconde génération permettent parfois au patient d'avoir une vie sociale relativement stable.

