



LA PSYCHOSE

PSYCHOSES AIGUES & CHRONIQUES

UE 2.6.S2

HANROT Anaëlle
Psychologue clinicienne

Juin 2013

PLAN

- LA PSYCHOSE
 - Définition
 - Historique
 - Clinique
- LA PSYCHOSE AIGUE
 - Définition/ Etiologie
 - Clinique
 - Evolution
 - Prise en charge Infirmière
 - Cas cliniques
- LA PSYCHOSE CHRONIQUE
 - La schizophrénie
 - Les troubles délirants chroniques
 - Psychose Hallucinatoire Chronique (PHC)
 - Délires chroniques paranoïaques
 - Délires chroniques imaginatifs (paraphrénie)
 - Cas cliniques

RAPPEL

DSM IV

Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4	Axe 5
Troubles cliniques	Troubles de la personnalité	Affections médicales générales	Problèmes psychosociaux & environnementaux	Evaluation Globale du fonctionnement

LA PSYCHOSE

Définition

- Terme extrêmement vaste, dont la définition dépend du contexte psychopathologique : structure/description symptomatique
- Maladie mentale grave, atteignant globalement la personnalité du patient
- Perturbation profonde de la relation du sujet à la réalité (interne et externe)
- Absence de conscience des troubles

LA PSYCHOSE

Historique (1)

➤ Antiquité

- Unité corps-esprit, théorie des humeurs...

➤ Moyen-âge: La Folie

- Dimension magique et religieuse des troubles, « possessions »
- Malades mentaux aliénés (comme mendiants, voleurs, prostituées)

➤ 1800 - 1890 **PINEL** : père de la psychiatrie

- La folie devient l'aliénation mentale, c'est-à-dire une maladie
- Libération des malades mentaux (retrait des chaînes)
- Le traitement moral

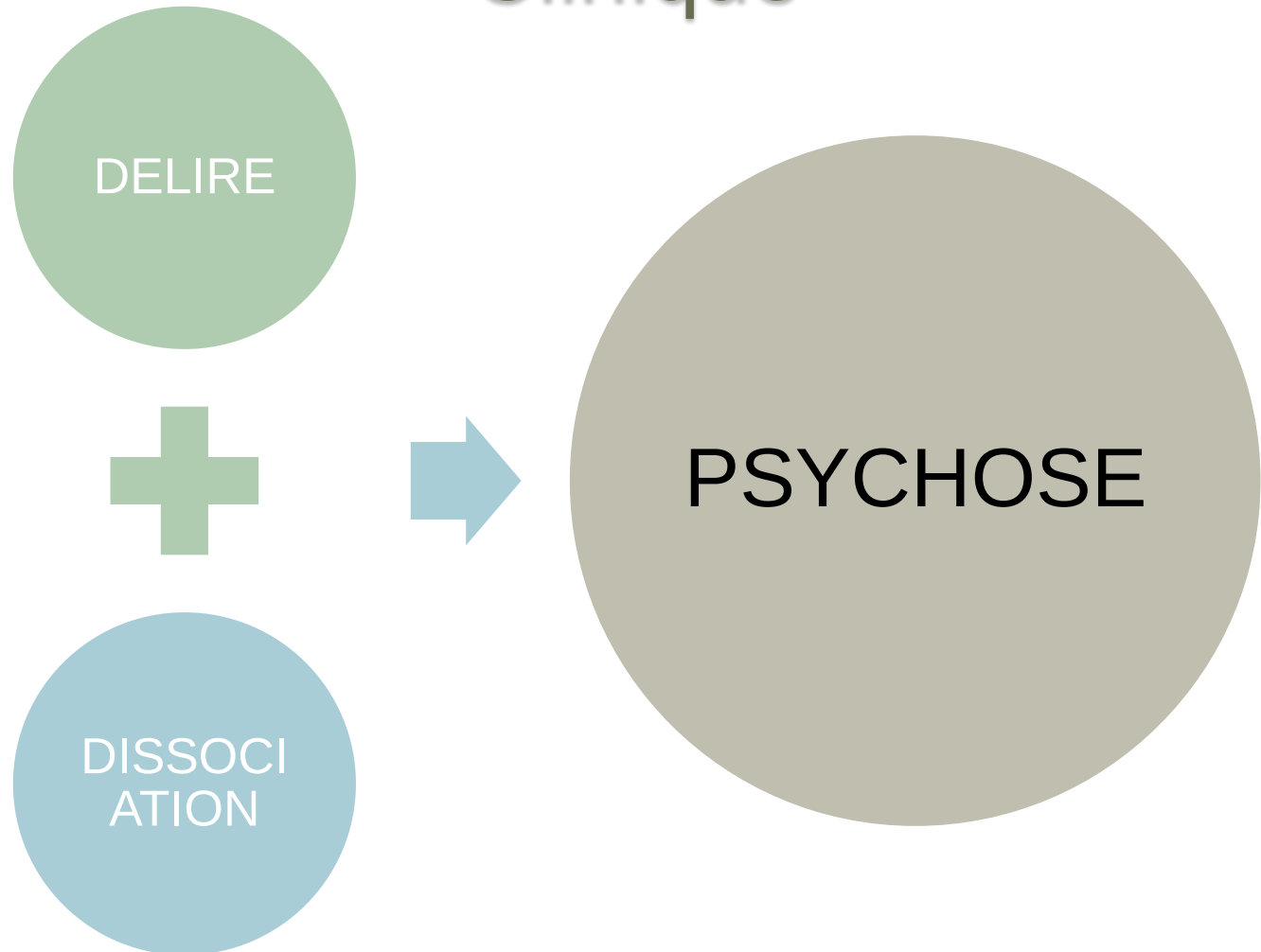
LA PSYCHOSE

Historique (2)

- 1890 → 20^e siècle : vers la psychiatrie moderne
 - **MOREL** et **KRAEPELIN** : La démence précoce
 - ✓ Description de la psychose précise (1899), mais caractérisée par l'évolution vers un affaiblissement psychique
 - ✓ Distinction Démence précoce vs folie maniaco-dépressive
 - **BLEULER** : Naissance de la Schizophrénie (1911)
 - ✓ « *Skhizein* » = *fendre* et « *Phrên* » = *esprit*
 - La définition des psychoses aiguës en tant qu'entité à part entière est très récente, fondée sur des critères évolutifs plus que clinique

LA PSYCHOSE

Clinique



CLINIQUE

Délire

Persécution, Mysticisme,
Filiation, Mégalomanie...
Imagination, Intuition,
Interprétation, Hallucination...

Réseau / Secteur

Apparition et Evolution

← Thème

← Mécanisme

Systematisation

← Organisation

Adhésion

Participation Affective

« ATMOSPHERE DE SAVON »

CLINIQUE

Dissociation

- La dissociation est une rupture de l'unité psychique, un relâchement des processus associatifs à l'origine de perturbations :
 - De la pensée, du langage, de la logique
 - De l'affectivité
 - Des comportements
- Sentiment d'étrangeté indéfinissable



PSYCHOSES AIGUES

CLINIQUE

- BDA = Bouffée Délirante Aigue
 - Début brutal « Coup de tonnerre dans un ciel d'été »
 - Pas de cause organique ou toxique
 - Durée ≤ 6 mois toujours, au-delà = psychose chronique
 - Délire au premier plan devant la dissociation
 - Délire polymorphe, de thèmes et mécanismes multiples
 - Adhésion totale et anosognosie +++
 - Retentissement majeur, ne passe pas inaperçu !
 - Conscience vigile

CLINIQUE



BDA $\neq$ Délire aigu!

- BDA n'est qu'une forme de psychose aiguë, typique et fréquente
- Les psychoses aiguës ne représentent qu'une part minime des délires aigus

EVOLUTION

- Favorable en quelques jours en cas de traitement adapté (antipsychotique)
- Par la suite :
 - $\frac{1}{4}$: épisode isolé
 - $\frac{1}{4}$: récurrences délirantes aiguës
 - $\frac{1}{4}$: psychose chronique (Schizophrénie ++)
 - $\frac{1}{4}$: trouble bipolaire
- Le retard à la PEC est le principal facteur de mauvais pronostic.

PEC Infirmière

- Accueillir sans jugement à l'emporte pièce (anosognosie!)
- Expliquer le déroulement des soins simplement, ainsi que leur absolue nécessité
- Contenir : le cadre, la présence, la contention en dernier recours
- Ne pas essayer de convaincre (escalade), mais induire un questionnement sur ce qui se passe avec le malade
- Discuter en équipe des situations difficiles (violence, injections sous contrainte, etc)

Cas clinique

Thomas, âgé de 20 ans, étudiant en sociologie, est hospitalisé le 12 mai vers 17 heures, en Hospitalisation Sous Demande d'un Tiers dans un service de psychiatrie, sur la demande de son père.

Préalablement, il a été accueilli aux Urgences pour suturer une plaie peu profonde située à la main droite (3 points de suture).

Le certificat du médecin de la famille décrit l'apparition brutale chez Thomas de propos incohérents associés à une angoisse majeure et des troubles du sommeil : insomnie totale la nuit précédente. Ce médecin évoque également un épisode d'agitation aigu survenu quelques heures avant l'hospitalisation : Thomas aurait cherché à échapper à des personnes qui le poursuivaient et s'est réfugié chez ses parents tenant une boucherie. Pour se défendre de ses agresseurs, Thomas s'est emparé d'un couteau dans le laboratoire de son père... en le saisissant par la lame, et s'est entaillé la main droite au niveau du pouce.

L'infirmière qui accueille Thomas remarque qu'il est prêt à pleurer et qu'il semble particulièrement inquiet, regardant autour de lui... il tremble un peu. Elle le conduit dans une chambre individuelle, où immédiatement, sans se dévêtir, il se précipite dans le lit et se cache sous les couvertures et là, elle l'entend murmurer : « ils arrivent, ils arrivent... ». Puis, brutalement, il sort de la chambre et cherche à quitter le service... « Je les entends, ils me demandent de les suivre, dit Thomas, je dois aller les rejoindre, laissez moi partir, j'ai un ordre de mission. »

Cas clinique (suite)

Son père, présent au moment de l'hospitalisation précise que jusqu'à ce jour Thomas ne rencontrait pas de difficultés particulières.

Ses études se sont déroulées de façon satisfaisante jusqu'à la classe de première où les résultats sont très vite devenus insuffisants.

Thomas a évoqué cette année-là des périodes de fatigue restées inexplicables.

Il se renfermait souvent dans sa chambre pour lire des bandes dessinées fantastiques, pour rêver ou pour écouter de la musique... Les résultats se sont améliorés en terminale et il a obtenu sans difficultés son Bac.

Il a ensuite entrepris des études de sociologie et en seconde année a décidé de quitter le domicile familial pour vivre dans un petit appartement avec un autre étudiant connu à l'université.

D'après le père de Thomas, le début des troubles se situe le matin même. Vers 10 heures, il a reçu un appel téléphonique de l'ami de Thomas qui relate les faits suivants : « je préparais le petit déjeuner pendant que Thomas faisait sa toilette. Surpris de ne plus entendre de bruit dans la salle de bains depuis 10 minutes environ, j'ai appelé et n'obtenant pas de réponse, je suis entré dans la salle de bains où régnait un grand désordre.

Cas clinique (suite)

Thomas était caché derrière le rideau de la douche, immobile, effrayé. Je lui ai demandé ce qui se passait et Thomas m'a dit de me cacher avec lui car « ils arrivaient ».

Croyant à une plaisanterie je me suis mis à rire, et à ce moment-là Thomas est sorti brutalement de la douche et s'est précipité sur moi en criant qu'il était invincible et que Dieu le protégeait de toutes les agressions sexuelles qu'on voulait lui faire subir... puis se dirigeant vers la table de la cuisine, il me demanda pourquoi il y avait du poison dans les bols et pourquoi les murs étaient repeint avec le sang du Christ... ? »

Tout est allé très vite ensuite : à demi dévêtu, Thomas a quitté l'appartement et aurait déambulé une partie de la matinée en ville, cherchant à monter dans un train sans billet. Refoulé par les contrôleurs très surpris d'entendre Thomas leur dire qu'il devait rejoindre Jésus. Il s'est ensuite précipité chez ses parents.

A son arrivée dans le service, Thomas reçoit une injection de neuroleptique sédatif.

Cas clinique (suite)

Le médecin prescrit par ailleurs une surveillance classique des constantes et de l'état de la plaie à la main, surveillance des points de suture à protéger par un pansement sec. Bilan biologique standard.

- HALDOL® 5 mg : matin et soir en IM, soit 10 mg / jour.
- Un anxiolytique le matin et le midi.
- Un hypnotique le soir au coucher.

Après une nuit « sans problème », Thomas refuse, le lendemain matin, de quitter son lit. Il dit entendre des voix qui lui disent de rester alité.

Son ami téléphone pour prendre des nouvelles et précise que depuis quelques jours, Thomas se plaignait de mal dormir et avait la sensation de perdre la mémoire. Il précise également que Thomas ne consommait aucun stupéfiant et ne s'alcoolisait pas. La nuit précédente, il n'a pas dormi sans raison apparente.

1. Quel diagnostic peut-on évoquer?
2. Justifiez votre réponse.
3. PEC infirmière?

Corrigé

1. Bouffée délirante aiguë = épisode psychotique bref
2. Caractéristiques BDA
 - Début brutal
 - Premier épisode, pas d'antcd de psychose, durée ≤ 1 mois
 - Délire polymorphe, riche
 - Non systématisé
 - Anosognosie
 - Retentissement important
 - Conscience vigile

Corrigé

3. PEC IDE

- Rassurer, protéger (objets tranchants, fenêtres, liens, toxiques, etc)
- Hospitalisation indispensable (sous contrainte le plus souvent)
- Prévenir le risque de fugue
- Information et rassurer la famille
- Administration traitement médicamenteux en urgence
- Accompagnement vers le bilan somatique



PSYCHOSES CHRONIQUES

2 CATEGORIES

Schizophrénie

- Début précoce
- Délire chronique+ dissociation

Délires chroniques non- dissociatifs

- Début tardif
- Délire mais absence de dissociation

LA SCHIZOPHRENIE

Définition

- Trouble psychotique chronique caractérisé par le trépied:
 1. Délire de type paranoïde
 2. Syndrome dissociatif (ou désorganisation psychique)
 3. Repli sur soi



Attention: aucun de ces symptômes n'est spécifique de la schizophrénie mais c'est leur association sur un mode chronique qui doit faire évoquer le diagnostic (≥ 6 mois)

LA SCHIZOPHRENIE

Epidémiologie

- **Prévalence:** 1% de la population
- **Sex-ratio:** 1 à 3 Hommes / 1 femme
- **Âge d'apparition:** précoce, entre 15 et 35 ans (mais il existe des formes tardives)
- **Evolution:** 25% favorable, 50% intermédiaire, 25 % déficitaire, vers un repli autistique de + en + marqué
- **Etiopathogénie:** multifactorielle
 - ✓ Génétique
 - ✓ Neurobiologique
 - ✓ Neurodéveloppementale
 - ✓ Environnementale

LA SCHIZOPHRENIE

Délire paranoïde

- Apparition: brutale (BDA) ou sourde
- Thème: multiple: interprétatif, persécution, mysticisme, syndrome d'influence, de référence, mégalomanie, dysmorphophobie...
- Mécanisme: multiple: intuitif, imaginatif, interprétatif, hallucinatoire, automatisme mental
- Systématisation: médiocre: flou et fluctuant
- Organisation: réseau ou secteur
- Adhésion: souvent totale, critiqué parfois
- Participation affective: pauvre et inadaptée

LA SCHIZOPHRENIE

DISSOCIATION

= rupture de l'unité psychique et qui affecte:

- **PENSEE/DISCOURS**

- Altération du système logique (différence, rationalisme morbide)
- Trouble du cours de la pensée (barrages)
- Altération du langage (écholalie, néologisme)

- **AFFECTS**

- Ambivalence, émoussement affectif

- **COMPORTEMENT**

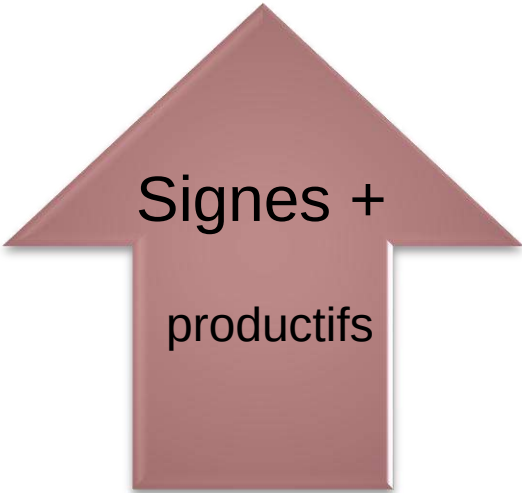
- Bizarrerie, maniérisme, gestuelle disharmonieuse

LA SCHIZOPHRENIE

Repli autistique

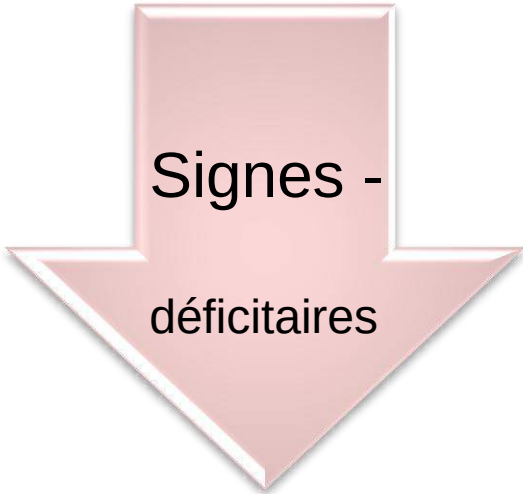
- Survient +/- tôt dans la maladie
- Perte de contact vital avec la réalité
- Perte des conduites sociales
- Isolement et incurie
- Repli vers un monde intérieur

LA SCHIZOPHRENIE



Signes +
productifs

- Dissociation intellectuelle
- Dissociation comportementale
- Délire paranoïde
- Hallucination



Signes -
déficitaires

- Dissociation affective
- Repli autistique
- Incurie
- Apragmatisme

LA SCHIZOPHRENIE

Formes cliniques

- ❖ Schizophrénie paranoïde (délire ++)
- ❖ Schizophrénie hébéphrénique (dissociation ++)
- ❖ Schizophrénie simple (délire + dissociation)
- ❖ Forme Héboïdophrène: (troubles du comportement ++)
- ❖ Forme catatonique (urgence!)
- ❖ Trouble schizo-affectif (+ tble humeur)

TROUBLES DELIRANTS NON DISSOCIATIFS

- Adaptation à la réalité de bonne qualité
- « Folie partielle », « Monomanie »
- Mécanisme délirant prédominant
 1. Hallucinatoire: PHC
 2. Interprétatif: Délire paranoïaque
 3. Imaginatif: Paraphrénie

PHC

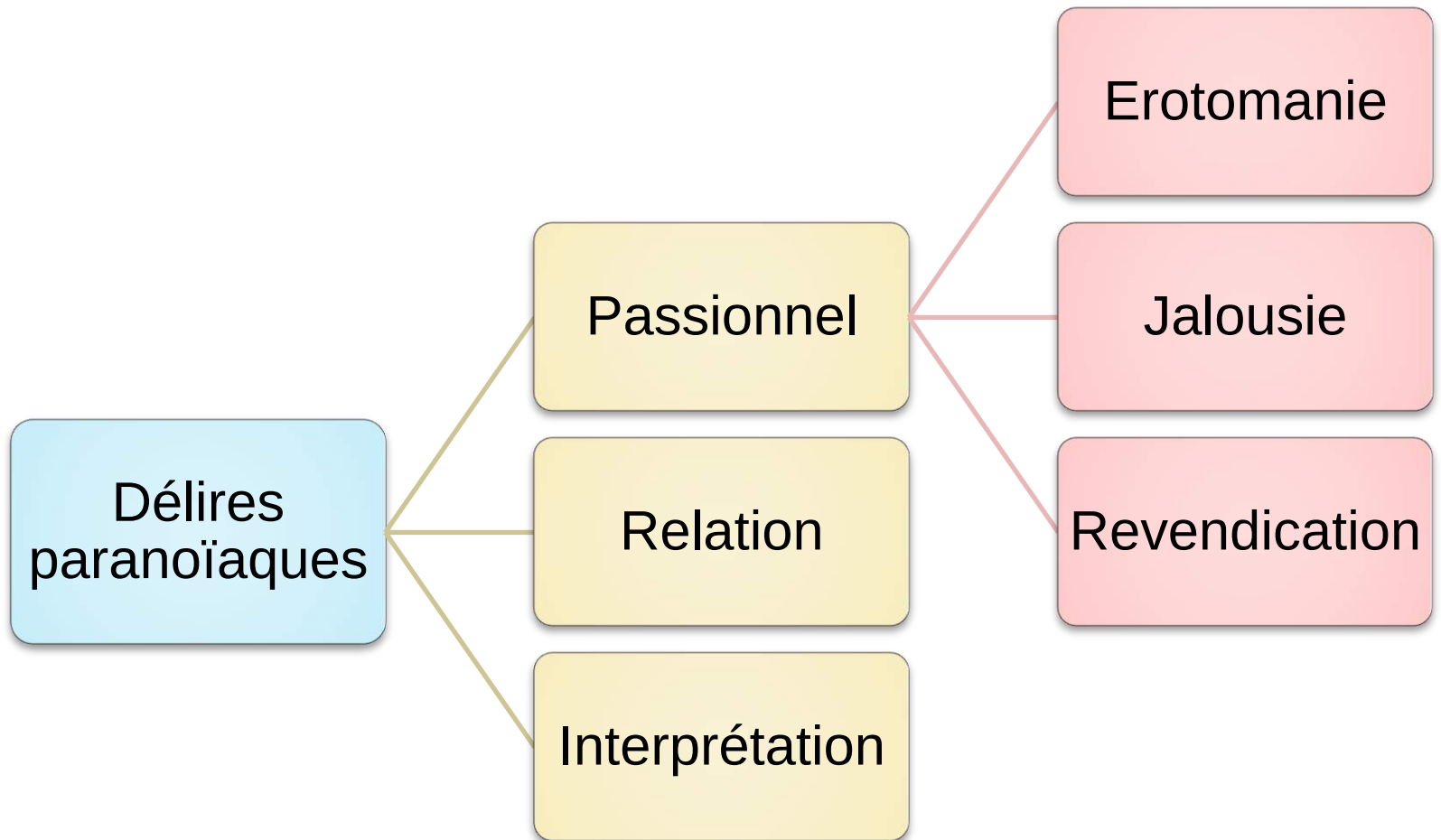
- Femme (après 40 ans)
- Isolement social
- Facteur déclenchant: décès d'un proche, rupture sentimentale, traumatisme, accident
- Prodromes: trouble humeur, TP (paranoïaque ou histrionique), modif comportement
- Evolution intermittente, alternance phase d'amélioration et exacerbation délirante, enkystement progressif du délire, risque d'altérations cognitives

PHC

- Clinique: délire productif
 - ✓ Apparition brutale ou progressive
 - ✓ Thèmes variables: persécution, influence, mystique...
 - ✓ Mécanisme:
 - ✓ Hallucinations principalement sensorielles
 - ✓ Cénesthésiques (attouchements, caresses, électricité)
 - ✓ Auditives (mélodies, voix)
 - ✓ + rarement visuelles ou gustatives
 - ✓ Automatisme mental
 - ✓ Systématisation variable
 - ✓ Organisation sectorisée souvent
 - ✓ Adhésion forte
 - ✓ Participation affective variable, parfois intense

LES DELIRES PARANOÏAQUES

- Délire chronique construit et cohérent
 - Apparition brutale ou progressive
 - Thème persécution
 - Mécanisme interprétatif
 - Systématisation forte
 - Organisation en réseau souvent
 - Adhésion totale (absence doute)
 - Participation affective très souvent
- Comportements pathologiques secondaires: lettre, menace, procès, chantage



DELIRES PARANOÏAQUES PASSIONNEL

- Repose sur une intuition délirante, alimentée par de nombreuses interprétations
- Apparition: brutal (érotomanie)/ insidieux (jalousie/revendication)
- Thème: souvent persécution (+ érotomanie/préjudice)
- Mécanisme souvent intuitif au départ puis interprétatif
- Systématisation importante
- Organisé en secteur: concentré sur un domaine particulier de la vie du sujet (affectif, professionnel...)
- Adhésion totale et absence critique
- Participation affective intense

DELIRES PARANOÏAQUES PASSIONNEL

- 3 principaux délires passionnels, différents par leur postulat fondamental:
 1. **Délire érotomaniaque**: conviction délirante d'être aimé
 2. **Délire de jalousie**: conviction délirante d'être trompé sur le plan affectif
 3. **Délire de revendication**: conviction délirante d'être victime d'un préjudice

DELIRES PARANOÏAQUES DE RELATION

- « Syndrome de Kretschmer »
- Trouble de personnalité de type sensitive
 - Apparition progressive du délire
 - Thème: persécution + préjudice
 - Mécanisme: intuitif et interprétatif
 - Systématisation assez lâche
 - Organisation en secteur (cadre familial ou pro)
 - Adhésion totale, aucune critique
 - Participation affective forte, tonalité dépressive
- Evolution chronique

DELIRES PARANOÏAQUES

INTERPRETATION

- Délire de Sérieux et Capgras
- Les interprétations délirantes et le vécu de persécution envahissent tous les champs de la vie du sujet (sociale, sentimentale, pro...)
 - Apparition: début aigu (facteur déclenchant) ou insidieux
 - Thèmes: persécution + préjudice, mégalomanie
 - Mécanismes: interprétation, imagination/intuition
 - Systématisation: très importante
 - Organisation en réseau
 - Adhésion totale, aucune critique
 - Participation affective variable
- Evolution chronique

PARAPHRENIE

- Délire chronique où l'imagination prédomine, sous la forme de convictions absurdes
- Prédominance masculine, âge mûr
- Richesse de la production délirante et absence de syndrome dissociatif
- Apparition progressive
- Thèmes variables: fantastique, mystique, mégalomaniacque, filiation
- Mécanisme: imagination +++
- Bonne adaptation socioprofessionnelle et affective
- Evolution chronique vers l'enkystement du délire

TRAITEMENTS

- PHARMACOLOGIE: Neuroleptiques
 - Possibilité des formes retard (injections)
 - Nécessité parfois d'ajouter un correcteur
- EDUCATION THERAPEUTIQUE
- Psychothérapie de soutien
- Groupes thérapeutiques (remédiation cognitive)
- Prise en charge sociale et institutionnelle
- REHABILITATION



CAS CLINIQUES

CAS CLINIQUE 1

- Mme S est une femme de 69 ans, vivant seule, mari décédé il y a 5 ans. Depuis 4 ans, dit entendre des voix (voisine qui l'insulte). De plus le soir, apparition d'angoisses, entend des bruits (des hommes qui tentent de pénétrer chez elle). Ses enfants ont remarqué qu'elle était moins calme qu'avant.
- Pense être à l'hôpital parce que sa voisine lui aurait dit qu'elles devaient y aller ensemble
 - DIAGNOSTIC?
 - INDICATION PEC IDE?

CORRIGE 1

- PHC
 - Femme > 50ans, isolée
 - Décès du mari
 - Mécanisme hallucinatoire, influence, persécution
- Traitement
 - Lutte contre l'isolement: VAD infirmier, centre occupationnel, activités de groupe...
 - Neuroleptique pour limiter l'envahissement délirant

CAS CLINIQUE 2

- Femme de 40 ans, hospitalisée sous contrainte car a voulu se suicider pour que son mari arrête de la contrôler. Elle nous explique que son mari a voulu l'empoisonner encouragé par ses collègues qui veulent l'anéantir. Elle a remarqué que ses collègues font exprès de passer devant son bureau plusieurs fois par jour pour l'espionner. Le mois dernier, un repas avec les conjoints a été organisé pour joindre son mari au complot. Hier, en se promenant avec son mari, ils ont rencontré Guy (qui partage son bureau). Il a alors fait un clin d'œil à son mari. Tout concorde puisque le ministère de l'urbanisme pour lequel elle travaille lui a envoyé un sondage!
 - Diagnostic?
 - Élément de PEC?

CORRIGE 2

- Délire paranoïaque d'interprétation
 - Mécanisme prépondérant: l'interprétation
 - Organisation en réseau:
collègue>famille>ministère
 - Délire centripète
- Traitement:
 - Retrait du milieu ressenti hostile
 - Neuroleptique pour « assouplir » le délire
 - Important travail d'alliance thérapeutique++
 - Dans un deuxième temps, travail avec l'entourage

CAS CLINIQUE 3

- M.H est un jeune homme de 29ans qui a présenté à partir de la troisième des difficultés scolaires. À 17ans puis à 18 ans bouffée délirante ayant nécessité une hospitalisation de 3 mois chacune. Aujourd'hui, Mr H. vit chez ses parents, reste toute la journée devant la télé. Ne s'est pas rendu au CMP depuis plusieurs mois. Hospitalisé pour angoisses sans objet et idées délirantes de persécution par son frère qu'il aime beaucoup. À l'entrée, le patient dit se sentir bien ici et vouloir rentrer chez lui. Il parle avec une voix aiguë.
 - Diagnostic? Argumentez votre réponse

CORRIGE 3

- Schizophrénie
 - Probable personnalité prémorbide
 - Entrée dans la maladie avec des BDA
 - Altération des capacités cognitives
 - Apragmatisme, désinsertion sociale
 - Bizarrerie, Dissociation du discours, du comportement et affective. Ambivalence
 - Délire non systématisé
- Objectifs:
 - Alliance thérapeutique
 - Réinsertion sociale