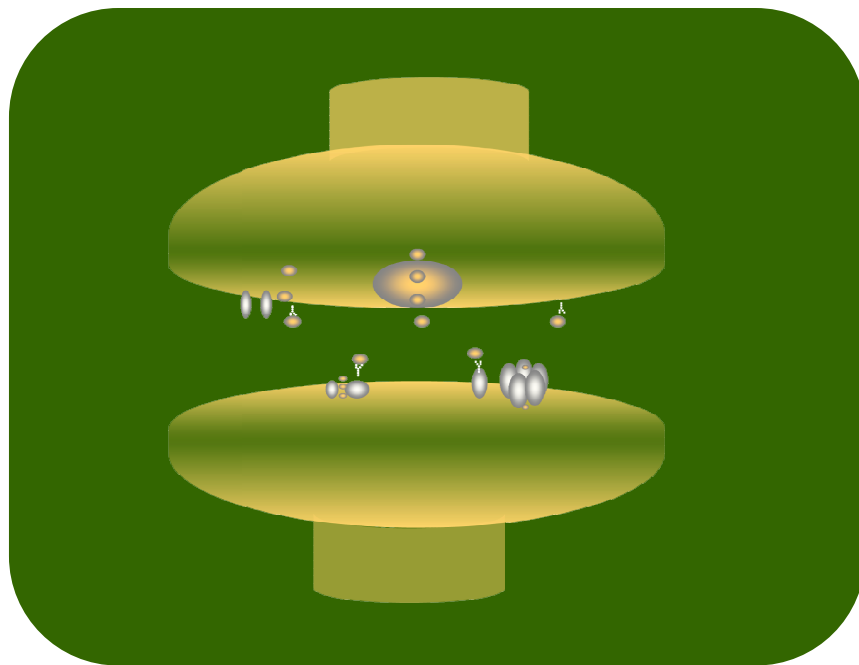


UNIVERSITÉ DE MÉDECINE ET PHARMACIE
„VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA
FACULTÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

**CAHIER DE STAGE
PSYCHIATRIE ADULTES**

6ème ANNÉE MÉDECINE GÉNÉRALE



**Liana Dehelean
Virgil Radu Enătescu
Cristina Bredicean**

**Ion Papavă
Radu Romoșan
Cătălina Giurgi-Oncu**

Traduction en français Mădălina Cristanovici



Ce livre contient une synthèse des informations utiles à guider l'étudiant pendant le stage de psychiatrie et se préparer pour l'examen pratique. Les notions théoriques sont progressivement présentées au commencement avec les définitions des symptômes psychiatriques (glossaire des définitions), puis avec l'inclusion des symptômes dans des syndromes et finalement avec des informations supplémentaires nécessaires à diagnostiquer un trouble psychique. Les techniques de communication et d'investigation présentées sont essentielles à faire une anamnèse complète et un examen objectif psychiatrique de bonne qualité contenues dans le dossier psychiatrique du patient. En même temps, le livre facilite les connections avec la pathologie interférant avec la psychiatrie (maladies neurologiques et toxicomanies). Chaque trouble psychique important est exemplifié par des cas cliniques. Les principes du traitement psychiatrique médicamenteux et psychothérapeutique sont illustrés utilisant des schémas et figures imaginés à faciliter l'apprentissage. Le manuel offre aussi des exercices d'autoévaluation après chaque section ainsi qu'au final.

Prof.univ.dr. POMPILIA DEHELEAN

ISBN 978-606-8456-00-3

**UNIVERSITÉ DE MÉDECINE ET PHARMACIE
„VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA
FACULTÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**CAHIER DE STAGE
PSYCHIATRIE ADULTES**

VIÈME ANNÉE MÉDECINE GÉNÉRALE

**MCF. Dr. Liana Dehelean
CT Dr. Virgil Radu Enătescu
CT Dr. Cristina Bredicean
MA. Dr. Ion Papavă
MA. Dr. Radu Romoșan
MA. Dr. Cătălina Giurgi-Oncu**

Traduction en français par dr. Mădălina Cristanovici

Editura „Victor Babeș”
Timișoara, 2014



Editura „Victor Babeș”

Piața Eftimie Murgu 2, cam. 316, 300041 Timișoara

Tel./ Fax 0256 495 210

e-mail: evb@umft.ro

www.evb.umft.ro

Director general: Prof. univ. dr. Dan V. Poenaru

Director: Prof. univ. dr. Andrei Motoc

Colecția: MANUALE

Coordonator colecție: Prof. univ. dr. Sorin Eugen Boia

Referent științific: Prof. univ. dr. Pompilia Dehelean

Indicativ CNCIS: 324

© 2014 Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.

Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Cahier de stage psihiatrie adulte : VIème année médecine

générale / Liana Dehelean, Virgil Radu Enătescu, Cristina

Bredicean, ... ; trad.: Mădălina Cristanovici. - Timișoara :

Editura Victor Babeș, 2014

Bibliogr.

ISBN 978-606-8456-00-3

I. Dehelean, Liana

II. Enătescu, Virgil Radu

III. Bredicean, Ana-Cristina

IV. Cristanovici, Mădălina (trad.)

159.9(075.8)

SOMMAIRE

I. L'évaluation des patients souffrant de troubles psychiques:	
I.1. Les troubles psychiques (MCF. Dr. Liana Dehelean)	7
I.2. Caractéristiques de la fiche d'observation psychiatrique (CT. Dr. Virgil Radu Enătescu)	9
I.3. L'examen psychiatrique de l'adulte (MA. Dr. Ion Papavă, MCF. Dr. Liana Dehelean)	14
I.4. Investigations et tests psychologiques pour le patient psychiatrique adulte (MCF. Dr. Liana Dehelean)	21
II. Les principaux éléments de syndromologie et nosologie en psychiatrie:	
II.1. Glossaire de définitions opérationnelles (MCF. Dr. Liana Dehelean)	24
II.2. Les principaux syndromes psychiatriques (MCF. Dr. Liana Dehelean)	27
II.3. Le diagnostic en psychiatrie (MCF. Dr. Liana Dehelean)	42
II.4. La nosologie psychiatrique (MCF. Dr. Liana Dehelean, MA. Dr. Radu Romoșan, MA. Dr. Cătălina Giurgi-Oncu)	49
III. Connexions entre la souffrance neurologique, psychiatrique et celle induite par l'alcool et les autres drogues	
III.1. Épilepsies, syndromes neurologiques, états confusionnels, démences, alcoolisme (MCF. Dr. Liana Dehelean)	81
III.2. Les autres toxicomanies (Excluant l'alcool) (CT. Dr. Cristina Bredicean)	95
IV. L'auto et l'hétéro-agressivité (MCF. Dr. Liana Dehelean)	98
V. Le management des patients avec troubles psychiques:	
V.1. Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses (MCF. Dr. Liana Dehelean)	102
V.2. La réhabilitation psychosociale (RPS) (CT. Dr. Cristina Bredicean, MA. Dr. Ion Papavă)	113
VI. Bibliographie	115
VII. Abréviations	116
VIII. Exercices	117

CHAPITRE I. L'ÉVALUATION DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES:

1. L'ASSIMILATION DU CONCEPT DE TROUBLE MENTAL
2. APPRENDRE À COMPLÉTER LA FICHE D'OBSERVATION MÉDICALE
3. APPRENDRE LES PROCEDURES DE L'ÉVALUATION DE L'ÉTAT MENTAL DE L'ADULTE

QUESTIONS POUR RÉFLÉCHIR

1. *Quelle est votre opinion sur les malades mentaux?*
.....
.....
2. *Selon quels critères appréciez-vous votre santé mentale?*
.....
.....
3. *Qu'attendriez-vous comme bénéficiaire de services de santé mentale?*.....
.....

EXERCICES:

1. Quels sont les plus fréquents préjugés sur les “maladies psychiques”?
2. Essayez pendant 20 minutes un jeu de rôle avec un autre copain et choisissez librement de jouer l’une le rôle du patient et l’autre le rôle de l’examineur. Notez vos impressions et discutez-les avec le partenaire de jeu.

I.1. LES TROUBLES PSYCHIQUES

La psychiatrie est la branche de la médecine qui étudie et traite les troubles mentaux. Dû au fait que, jusqu'à présent, on n'a pas trouvé des marqueurs diagnostiques organiques pour les maladies mentales on a préféré utiliser le terme trouble mentale ou psychique au lieu de celui de maladie mentale. Il ya deux outils pour la classification et la description des troubles mentaux: la CIM (Classification internationale des maladies) élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé et le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) développé par l'Association Américaine de Psychiatrie. Les troubles psychiques des adultes peuvent être regroupés en quatre classes:

- Troubles de réaction: réaction aiguë au stress, le trouble de stress post-traumatique, le trouble d'adaptation. *La cause déterminante de ce type de troubles mentaux est un traumatisme psychique (catastrophe naturelle ou produite par les hommes) ou les changements durables qui peuvent être liés ou non au cycle normal de la vie qui exige un effort d'adaptation (la grossesse, le décès d'un membre de la famille, l'émigration).*
- Troubles névrotiques: troubles anxieux (le trouble panique, le trouble d'anxiété généralisée, les troubles phobiques, les troubles obsessionnels compulsifs, le trouble dépressif récurrent). Dans ce type de troubles psychiques, l'étiologie est plurifactorielle, il y a des facteurs déclencheurs (événements stressants de la vie) qui se superposent sur une vulnérabilité personnelle (troubles de la personnalité).
- Les troubles psychotiques: la schizophrénie, les troubles schizo-affectifs, les troubles délirants persistants, les troubles psychotiques aigus et transitoires, le trouble dépressif récurrent, le trouble bipolaire. Dans ce type de troubles psychiques, l'étiologie est plurifactorielle, il y a des facteurs déclencheurs (événements stressants de la vie, consommation de drogues) qui se superposent sur une vulnérabilité génétique. Le patient psychotique perd le contact avec la réalité, il n'a aucune conscience de la maladie et est rarement disposé à suivre le traitement prescrit.
- Les troubles de la personnalité sont caractérisés par une accentuation globale des traits de personnalité. Le patient est egosyntonique (content avec soi-même) et il a un comportement rigide, prévisible et maladaptatif.

Outre ces quatre catégories, ils sont aussi décrites d'autres types de pathologies en tenant compte de la sphère instinctuelle (par exemple, les troubles alimentaires, les troubles de l'instinct sexuel), du contrôle des impulsions (la kleptomanie, la pyromanie, la trichotillomanie). Il y a aussi une autre catégorie d'entités nosologiques qui ont toutefois un déterminisme

organique sûr (l'arriération mentale et la démence) ou qui sont induites par des substances - drogues (les toxicomanies).

Les troubles psychiques peuvent survenir pendant un seul épisode de maladie ou peuvent évoluer à travers plusieurs épisodes qui apparaissent et se remettent avec le temps. Ces épisodes reflètent la vulnérabilité individuelle. Initialement, les épisodes peuvent se résoudre spontanément, fait qui détermine le retard de la référence au médecin. En cas de troubles psychotiques, avec le temps, les épisodes seront de plus en plus difficiles à traiter, les rémissions seront incomplètes (défectueuses) et détermineront une croissance de la vulnérabilité de l'individu pour les récurrences de la maladie. Les troubles de la personnalité sont un type non-évolutif de pathologie psychiatrique.

Certains troubles mentaux se présentent avec des symptômes qui sont équivalentes à la normalité (par exemple, la dépression a comme équivalent dans la normalité la tristesse). L'aspect pathologique est donné par une intensité plus grande et une durée plus longue de la manifestation (de l'ordre de plusieurs semaines ou mois). Dans ces circonstances, le fonctionnement de l'individu au milieu de la famille, dans la société, ou au travail est sérieusement affecté. Il y a aussi d'autres troubles mentaux qui représentent seulement des formes atténuées des troubles mentaux plus importantes (par exemple, la cyclothymie et la dysthymie par rapport au trouble bipolaire et au trouble dépressif récurrent). De façon générale, les troubles névrotiques peuvent bénéficier d'un traitement ambulatoire et psychothérapie. L'hospitalisation est nécessaire, soit pour *établir un diagnostic* ou en cas d'une plus grande sévérité du tableau clinique (dépression accompagnée par les idées suicidaires). Les troubles psychotiques nécessitent l'hospitalisation durant les épisodes de maladie. Le traitement des troubles psychotiques est principalement médicamenteux. Les troubles de la personnalité sont particulièrement difficiles de traiter, la psychothérapie ayant une efficacité discutable.

Les troubles psychiques peuvent quelquefois *être accompagnés par l'auto-agressivité ou l'hétéro-agressivité (une agressivité qui est dirigée envers les autres), mais ce n'est pas une règle.*

En conclusion, la pathologie psychiatrique se manifeste par des entités nosologiques qui s'appellent troubles psychiques ou troubles mentaux dont on n'a pas pu prouver comme cause l'existence d'aucun substrat organique et aucun marqueur diagnostic spécifique. Cette pathologie n'est pas le résultat d'une simulation préméditée, ne peut pas être attribuée à une maladie organique, ni à cause de l'intoxication (ou sevrage) aux drogues, médicaments ou autres substances toxiques. L'intensité des symptômes est suffisamment grande pour produire l'altération du fonctionnement de l'individu au milieu de sa famille, dans la société, en plan scolaire ou professionnel.

I.2. CARACTÉRISTIQUES DE LA FICHE D'OBSERVATION PSYCHIATRIQUE

La fiche d'observation clinique générale utilisée dans les unités psychiatriques hospitalières est le plus important document médical, contenant toutes les informations qui concernent les patients hospitalisés en ce service. La fiche d'observation a trois caractéristiques importantes: est un document médico-scientifique, médico-judiciaire et comptable. En plus de la fiche d'observation clinique générale, dans le système national de santé a été introduite depuis 2003 la collecte électronique obligatoire d'informations cliniques sur les patients de tous les hôpitaux de la Roumanie. La fiche d'observation psychiatrique contient, outre que les rubriques communes avec les autres spécialités, des rubriques spécifiques qui permettent la collecte d'informations qui complètent l'image du patient d'une manière diachronique biographique et aussi contribue à la réalisation d'une description du cadre familial et du microgroupe socioculturel d'où le patient provient.

Dans la première partie de la fiche d'observation sont complétées les données d'identification du patient avec un intérêt limité et relatif dans le développement de l'algorithme de diagnostic:

- Le nom du patient – peut quelquefois indiquer l'origine ethnique de la personne, mentionnant que certains aspects psychopathologiques surviennent plus fréquemment dans certains groupes ethniques (par exemple, la dépression et le suicide dans la population hongroise et syndrome Ganser dans l'*ethnie Romme*).
- Date de naissance: le début de certains troubles psychiques est en corrélation avec certains groupes d'âge (par exemple, l'apparition de la schizophrénie à un âge plus jeune ou l'apparition de la démence neurodégénérative chez les personnes âgées);
- Adresse du domicile à laquelle il convient d'ajouter un numéro de téléphone lorsqu'on veut contacter les soignants – en ce qui regarde les troubles mentaux de type de d'intensité névrotique on a observé une distribution plus fréquente des troubles anxieux chez les personnes qui proviennent des zones urbaines, tandis que les troubles somatoformes sont plus fréquents dans les zones rurales avec un faible niveau d'éducation;
- Profession et lieu du travail: l'existence d'un emploi peut être un indicateur d'une meilleure fonctionnalité professionnelle prémorbide;
- Le niveau d'éducation;
- Les documents d'identité;
- Le statut et la catégorie d'assurance médicale;

1. **Type d'hospitalisation** – hospitalisation d'urgence, référence du médecin de famille ou d'ambulatoire de spécialité etc.
2. **Critères d'hospitalisation** – l'urgence, le diagnostic, le traitement etc.
3. **Diagnostic de référence** – effectué par le médecin qui renvoie le patient à l'hôpital psychiatrique; en cas de débuts d'un trouble psychique ou des diagnostics posés par d'autres spécialistes que les psychiatres, la validité de ces diagnostics peut-être plus diminuée;
4. **Diagnostic à l'admission** - est effectué par un spécialiste psychiatre qui s'occupe du cas depuis sa présentation à l'hôpital.
5. **Diagnostic en 72 heures** - appartient au médecin qui s'occupe du cas;
6. **Diagnostic à la sortie - contiendra:**
 - Le diagnostic principal représente le diagnostic qui a déterminé l'hospitalisation du patient et contient deux perspectives: une perspective transversale liée au diagnostic de l'épisode actuel (par exemple, Episode manique sans symptômes psychotiques) et une perspective longitudinale (dans le cas de multiples épisodes) liée au trouble dans lequel survient l'épisode actuel (c'est à dire dans ce cas, le trouble bipolaire).
 - Les diagnostics secondaires: peuvent être à la fois psychiatriques (par exemple, le *trouble de la personnalité anankastique*) et médico-chirurgicales (par exemple, ulcère gastroduodéal).
 - LA CLASSIFICATION DIAGNOSTIQUE DOIT ÊTRE EN CONFORMITÉ AVEC LE MANUEL DE DIAGNOSTIC - CIM-10 DE L'OMS (Classification internationale des maladies, 10e édition).
7. Dans la rubrique intitulée „Motifs de l'hospitalisation” on précisera comment le patient a été renvoyé vers la clinique psychiatrique et le type d'hospitalisation, si le patient est admis volontairement, on spécifie qui sont les personnes qui accompagnaient le patient à l'hôpital (il est parfois nécessaire de les contacter pour nous donner plus d'informations sur l'état du patient avant l'hospitalisation) et on précise quel est le tableau clinique au moment de l'admission qui se compose des symptômes subjectifs et des signes objectives du comportement.

Pendant l'anamnèse on remplira toutes les rubriques suivantes qui sont communes dans toutes les spécialités cliniques:

8. **Les antécédents familiaux pathologiques** – on enregistrera toutes les troubles psychiatriques et médicaux chroniques duquel souffrent ou ont souffert tous les parents de sang du patient. En particulier, à cause du statut stigmatisant qu'il apporte on posera des questions sur les cas de suicide et la dépendance à l'éthanol dans la famille du patient.
9. **Antécédents personnels - physiologiques** (naissance, développement psychomoteur, la traverse des périodes de crise biopsychologique, la menarche, les cycles, les grossesses, les naissances, les avortements) et

pathologiques (troubles du développement, maladies somatiques, traumatismes crâniens, etc.)

- 10. Conditions de vie et de travail** – on prendra note du nombre des membres de la famille, du type de logement, le nombre des chambres et si le patient habite dans des bonnes conditions (si la maison est chauffée, s'il y a de l'eau chaude ou d'autres facilités); on va aussi mentionner quelles sont les conditions de travail (par exemple, le travail dans plusieurs échanges ou s'il est contraint à supporter les intempéries ou autre type de stress).
- 11. Comportements (tabagisme, alcool, etc.)** – on va préciser le nombre, le type et la fréquence de la consommation de cigarettes et la quantité, la qualité et la fréquence de la consommation des boissons alcoolisées.
- 12. Médicaments administrés avant l'admission** (y compris les médicaments hormonaux et les immunosuppresseurs) – on enregistrera les médicaments administrés en ambulatoire pour toutes les maladies dont le patient souffre. On tiendra compte aussi de la possibilité que certaines préparations médicinales favorisent l'émergence de certains symptômes ou de troubles psychiatriques (par exemple, l'interféron alpha et la prednisonne peut conduire à une dépression d'intensité variable) et de la perspective d'interactions médicamenteuses possibles si le patient suit d'autres traitements (traitement par isoniazide, anticoagulants oraux).
- 13. L'histoire de la maladie** - sera structurée en fonction du nombre d'épisodes jusqu'à présent:
 - S'il s'agit d'un premier épisode on va préciser depuis combien de temps et de quelle façon le début s'est produit (brusque, soudain ou lent, insidieux) et si on trouve des éléments déclencheurs (par exemple, les événements stressants de la vie, changement dans la vie, etc.); on va élaborer une liste générale des symptômes et on va apprécier leur intensité en dynamique par intervalles de temps de 2-3 jours pendant toute l'hospitalisation (par exemple, sévère + + +, modéré + +, faible +, présence discutable + / -, aucun symptôme -).
 - Si le patient a eu plusieurs épisodes précédents du même trouble psychiatrique, on va noter le début du trouble en question (le premier épisode), la durée, de quelle façon le début s'est produit et s'il y avait des éléments déclencheurs, puis on va mentionner les épisodes suivants, leur conditionnement, le début, le tableau clinique (liste des symptômes, durée et intensité), les hospitalisations, la réponse et l'adhérence thérapeutique; les intervalles entre les épisodes - incluant le traitement d'entretien, apparition d'incapacités ou les restrictions à la participation sociale; en fin de compte on décrira l'épisode actuel – début, les circonstances d'apparition, l'évolution jusqu'à l'examen

psychiatrique – avec l'élaboration d'une liste des symptômes (en notant leur intensité en dynamique).

14. Examen clinique général, les examens paracliniques et l'examen de l'état mental actuel (qui sera discuté plus tard)

15. Diagnostic d'étape

16. Stratégie thérapeutique

17. Programme individualisé de réintégration sociale et professionnelle

18. Épicrise - indiquant le gestionnaire du cas, le lieu de surveillance ambulatoire et les recommandations thérapeutiques à la décharge.

Toujours en faisant part de l'anamnèse et des données biographiques, il y a des rubriques spécifiques qui sont utilisées seulement dans la fiche d'observation clinique psychiatrique:

19. La famille d'origine – on va noter les informations suivantes:

- La région historique/le comté où le patient est né, si le patient provient d'une famille légalement établie, le nombre des frères et l'ordre de leur naissance;
- On décrit la mère – son âge à la naissance du patient, son tempérament et son occupation. On va demander aussi si le patient connaît les détails sur sa naissance (complications périnatales) et sur son développement psychomoteur (retard de langage, de marcher, difficultés instrumentales à l'école primaire – difficultés à apprendre à lire, écrire et calculer, etc.);
- On décrit le père - son âge à la naissance du patient, son tempérament et son occupation;
- Il est à noter comment le patient a aperçu la relation conjugale des parents (harmonieuse ou dysharmonique - par exemple, beaucoup de conflits);
- On remarquera comment est allée la relation du patient avec les autres membres de la famille - avec les parents, les frères et les sœurs (harmonieuse ou dysharmonique – par exemple, si l'un des parents a été hyper-punitif ou hostile avec le patient, etc.);

20. Le cycle d'instruction – sera décomposé en cycles scolaires - primaire, secondaire et éventuellement universitaire; la seule manière objective d'évaluer les résultats scolaires sera tenir compte des notes obtenues par le patient, car, à cause de sa condition psychique, ceci peut soit se sous-estimer en rétrospective (par exemple, pendant la dépression), soit se surestimer (par exemple pendant un épisode manique).

21. La voie professionnelle - seront listés tous les emplois pris jusqu'au présent et éventuellement pourquoi le patient a changé plusieurs emplois (par exemple, l'alcool ou le tempérament problématique du patient).

22. Les relations érotiques et affectives – on mentionnera l'âge auquel le patient a commencé les relations sexuelles; si les relations de couple ont été durables ou, au contraire, s'il s'ennuyait rapidement dans une relation (par exemple, les personnalités borderline).

- 23. La famille propre** – on notera l'âge auquel le patient s'est marié, l'âge de son partenaire, la motivation derrière la décision de se marier (pour l'amour, à la demande des parents, etc.) et comment le mariage est allé (harmonieux ou dysharmonique); s'il a eu d'autres mariages on demandera pourquoi il a divorcé son ancien partenaire (par exemple, l'alcool ou le tempérament problématique du patient ou celui du partenaire de couple);
- 24. Le service militaire** – pour les hommes appartenant aux générations lorsque le service militaire était obligatoire, on va noter s'il a été entièrement accompli, comment le patient s'est adapté au régime militaire (par exemple, s'il a eu des manifestations réactives comme l'anxiété ou la dépression au début du service); si le patient n'est pas été incorporé dans l'armée on va noter les raisons (par exemple des raisons médicales, même de nature psychiatrique).
- 25. Personnalité prémorbide** - cette rubrique est généralement basée sur l'auto-description, on écrira tous les traits de personnalité du patient, il est préférable compléter le tableau de la personnalité du patient avec les informations obtenues des parents, il est très possible que le patient ne reconnaisse pas des traits de personnalité négatifs, parfois on peut prendre notes aussi sur les passe-temps du patient qui peuvent fournir des informations limitées sur la structure de caractère de celui-ci (par exemple, la préférence pour les activités solitaires du personnes avec des traits schizoïdes).
- 26. Les événements stressants de la vie** – on notera les événements importants de la vie du patient, on peut les diviser en événements de type perte significative (réelle ou symbolique) qui rendent le patient vulnérable pour la dépression et les événements de type danger qui peuvent vulnérabiliser à l'anxiété.

I.3. L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE DE L'ADULTE

L'examen psychique se réfère à la description l'état mental du patient au moment de l'évaluation. Il constitue un élément important de la fiche d'observation psychiatrique et une de ses caractéristiques. Un examen de l'état mental du patient prend en moyenne environ 30-40 minutes.

L'examen psychique se compose des éléments suivants:

I. La description générale du patient

▪ **Le comportement non verbal:**

- Vêtements
- Les couleurs utilisés: noir, gris – dans la dépression; couleurs claires – dans la manie.
- Combinaisons inhabituelles/bizarres dans la schizophrénie (parfois avec des accessoires insolites qui ont une signification symbolique – par exemple, une écharpe sur son front comme un symbole de la royauté.) et dans la personnalité schizoïde ou la démence (indiquant apraxie);
- Incompatible avec l'âge - peut indiquer une immaturité affective;
- Incompatible avec le genre – les *transsexuels* et *transvestis*
- L'hygiène corporelle souvent négligée dans la *dépression* (parfois), la *schizophrénie*, la *démence* ou chez les *alcooliques*.
- La marche: inhabituellement lente (*dépression*) inhabituellement rapide (*manie*).
- Expressivité mimique-gestuelle
 - Agitation psychomotrice: *l'anxiété, la manie, le delirium, agitation catatonique*;
 - Inhibition psychomotrice: *la dépression, la stupeur catatonique*;
 - Stéréotypies, persévérances;
 - Échomimie, échopraxie, écholalie - *schizophrénie catatonique*;
 - Maniérismes: *schizophrénie désorganisée*;
 - Réactions extrapyramidales aux neuroleptiques incisifs: *tremblement, akathisie, dyskinésie tardive*.

▪ **La posture – l'expression non-verbale de l'affect:**

- La posture dépressive: la tête penchée, les yeux baissés, les mains sur les genoux, faciès aux coins baissés;
- La posture anxieuse: allure tendue, faciès crispé;
- La catalepsie dans la stupeur catatonique: la flexibilité cireuse avec la tête ou la main qui restent longtemps dans la position que l'examineur imprime même si celle-ci est inconfortable ;

- La dystonie aiguë: contractions musculaires prolongées de type opistotonos, trismus, torticolis, crises oculogyres;

- **Les facteurs qui interviennent pendant le cours de l'examen**: l'hyperactivité (par exemple, dans la *manie*), le négativisme verbal, la diminution de la capacité de concentration de l'attention, la distractibilité de l'attention, l'attitude envers l'examineur (par exemple, la méfiance, l'essai de changer de rôles, l'ambivalence, l'ambivalence), la cohérence du discours (gravement affectée en cas de *manie* ou de *schizophrénie*).

- **La réalisation du contact psychique dépend de**:

- **L'attitude du patient envers le médecin qui peut être**: attitude de coopération, évasive (le patient évite donner des réponses claires), hostile, agressive, vindicative;

- **L'attitude du médecin envers le patient**: liée à la qualité des services médicaux;

II. Le langage et le discours: la spontanéité, la vitesse de réponse, le vocabulaire, le ton de la voix, la qualité du discours, les soliloques (dialogue hallucinatoire), les néologismes (le patient invente de nouveaux mots), la salade de mots (dans la *manie* et la *schizophrénie*), la pauvreté du discours (dans la *schizophrénie*).

III. Le sommeil et le coucher

- Les insomnies - d'endormissement dans l'*anxiété* ou réveil précoce avec difficulté ou impossibilité d'endormissement dans la *dépression*;

- L'hypersomnie: par exemple la *narcolepsie*;

- Les parasomnies (troubles qualitatives): par exemple, la *somnambulisme*, le *pavor nocturnis*, les *cauchemars*.

IV. La conscience de la maladie: présente (dans les *névroses*) ou absente (dans les *psychoses* – même si le patient reconnaît la présence d'hallucinations acoustiques-verbales insultantes et le délire paranoïde qui sont des symptômes tourmentants, il n'admet pas sa maladie).

V. L'examen psychique des niveaux fonctionnels

1. Le champ actuel de la conscience: Le degré de vigilance (par exemple, diminué dans l'*obnubilation*); La conscience de soi et de l'environnement - l'orientation temporelle-spatiale et allopsychique;

2. Le niveau instinctuel

a) L'instinct alimentaire: l'anorexie/l'hyperphagie/la boulimie;

b) L'instinct sexuel: les dysfonctions sexuelles, les paraphilies;

c) L'instinct vitale: la tentative suicidaire;

d) L'instinct grégaire;

- Contact social diminué, isolement social: dans *la dépression et la schizophrénie*;
 - Contact social augmenté, hyper-sociabilité: dans *la manie*.
 -
 - Comportement social inapproprié: dans *le retard mental, la démence, les états confusionnels de nature organique*;
- e) L'instinct maternel: l'abandon/l'infanticide.

3. Niveau affectif

- Les troubles quantitatifs: la dépression, la manie, l'anxiété, les phobies;
- Les troubles qualitatifs: la discordance affective, l'ambivalence affective, l'inversion affective;

4. Niveau cognitif-intellectuel

- a) L'attention (la prosexie) – a comme attributs: la concentration \neq la dispersion, la persistance \neq la mobilité;
- L'hypoprosexie de concentration et persistance (dans *la dépression et l'anxiété*) / de dispersion et mobilité (dans *la dépression*);
 - L'hyperprosexie de concentration et persistance (dans *la dépression* - pour les événements négatifs et pour sa propre souffrance) / de dispersion et mobilité (dans *la manie et l'anxiété*).
- b) La perception
- Les troubles quantitatifs: L'hypoesthésie (*l'obnubilation, états confusionnels, déficit d'organes sensoriels, fatigue*); L'hyperesthésie (*la migraine*);
 - Les troubles qualitatifs:
 - L'illusion: perception avec objet mais sans isomorphisme (avec l'attribution d'une autre signification à l'objet): l'état hypnagogique, hypnopompique, mais aussi en pathologie - dans *la schizophrénie* - l'illusion de schéma corporel;
 - L'hallucination: perception claire, en dehors du corps, sans objet et sans critique, peuvent être visuelles, auditives (appellatives, qui commentent les actes du patient, impératives, insultantes), tactiles, olfactives, gustatives - dans *la schizophrénie*;
 - Les pseudo-hallucinations: perception claire dans l'intérieur du corps, sans objet et sans critique - dans *la schizophrénie*;
 - L'hallucinoïse: perception claire, au dehors du corps, sans objets mais avec critique - *les personnes âgées souffrant d'athérosclérose*
- c) La mémoire: Les hypomnésies – de la fixation (dans *la dépression ou l'anxiété*) / de l'évocation (*l'obnubilation, la dépression*);

Les amnésies - dans *la démence*; Les hypermnésies – de la fixation (ne sont pas pathologiques) / de l'évocation (*la manie, les toxicomanies*).

d) La pensée

- Les troubles quantitatifs: la fuite d'idées (*la manie*); la bradypsychie (*la dépression, l'intoxication à l'éthanol*); le barrage mental (dans *la schizophrénie*) – interruption brutale du discours du sujet au cours d'une phrase; le mentisme – l'apparition soudaine d'un grand nombre de pensées qui se déroulent sans contrôle.

- Les troubles qualitatifs:

- L'idée obsessionnelle (le trouble obsessionnel-compulsif, ruminations dépressives, dans la schizophrénie – ayant un caractère bizarre);

- L'idée délirante: conviction pathologique, sans substrat réel, qui ne peut pas être contrée par des arguments logiques et qui a un caractère parasitaire. (Par exemple, le délire de persécution, de préjudice, d'empoisonnement – dans *la schizophrénie*), le délire de culpabilité, d'incapacité, d'inutilité – dans *la dépression*);

- L'idée prévalent: démarre à partir d'un fait réel, mais qui capture toutes les préoccupations, les arguments logiques sont reconnus et acceptés.

- Les troubles formelles: la pensée digressive (discours avec beaucoup de digressions mais avec le retour au thème d'origine), circonstancielle (il y a une forte adhésion au sujet du discours), la dissociation idéo-verbale (la pensée perd sa cohérence);

e) L'intelligence - mesurée par le QI (normale: 70-130).

5. Le niveau volitif: se réfère à la délibération, la décision, la puissance d'agir et à la persévérance - L'incapacité de prendre des décisions; L'impulsivité (l'absence de délibération); L'aboulie (absence de la volonté).

6. Le niveau spirituel et des valeurs– la conscience morale – l'ensemble des valeurs et des normes morales qui sous-tendent le fonctionnement social.

a) L'absence de la conscience morale – dans *le trouble de la personnalité antisociale*.

b) L'estime de soi diminuée (*dépression*) ou élevée (*manie*).

L'EXAMEN PSYCHIQUE

Règles générales:

1. L'examen psychique est précédé par un examen somatique du patient et est complété avec de divers tests de laboratoire et des explorations de neuroimagerie afin d'exclure une pathologie organique et celle induite par la consommation des drogues.
2. Afin d'éviter de perdre des symptômes pertinents, fait qui peut déterminer un examen psychique et un diagnostic incomplet, on trouve utile d'examiner les patients selon les niveaux fonctionnels: niveau instinctuel, affectif, cognitif, volitif et spirituel et des valeurs.
3. On cherche pour les syndromes principaux: anxieux/phobique, dépressif/maniaque, obsessionnel-compulsif, hallucinatoire, délirant, etc.
4. L'anamnèse est faite au même temps avec l'examen objectif psychiatrique (le dialogue avec le patient est fait simultanément avec l'observation du langage non verbal: l'attitude, la posture, l'hygiène, la mimique, etc.) Par exemple, la présence des hallucinations ou du délire peut être suggérée par le comportement du patient motivé hallucinatoire ou délirant.
5. L'anamnèse doit être complétée par l'hétéro-anamnèse (informations obtenues de gens qui connaissent le patient) pour valider ou pour compléter les données provenant des patients. Cela est important en cas des patients psychotiques qui dissimulent ou nient les symptômes psychotiques, en cas des patients toxicomanes qui réduisent au minimum ou qui nient leur comportement toxicomane ou en cas des patients avec des troubles de la personnalité qui peuvent simuler (patients avec un trouble de la personnalité antisociale) ou amplifier (patients avec un trouble de la personnalité histrionique) le tableau clinique.
6. L'investigation des symptômes psychotiques ou des problèmes liés à la consommation des drogues posent les problèmes suivants:
 - a. Le patient n'a pas conscience de sa maladie, donc il ne peut pas signaler spontanément ses symptômes
 - b. Le patient n'a pas confiance en le médecin et dissimule (cache) ou nie les symptômes.
 - c. Le patient est visiblement hostile envers le psychiatre, il ne coopère pas, donne des réponses vagues, évasives ou nie les symptômes.

Dans ces cas, le tact, la patience et la persévérance du médecin sont importantes et aussi l'habileté de mettre en corrélation les informations obtenues du patient avec celles offertes par les soignants, les amis, les collègues et les voisins.

7. L'examineur doit adapter:
 - a. La tonalité et le rythme des questions selon l'humeur du patient
 - b. Les questions qu'il pose selon le niveau de compréhension et la culture générale du patient
8. La patient peut considérer certaines questions sur les relations intimes, la consommation des drogues, les idées suicidaires ou les symptômes "étranges" (psychotiques) comme offensantes ou trop directes. Alors, à cet égard, elles peuvent être reformulées ou précédées par des éléments d'introduction pour atténuer les effets indésirables (par exemple, certaines personnes consomment de l'alcool pour échapper à la tristesse).
9. Les questions doivent être ouvertes au début pour laisser le patient donner les détails.
10. Prendre des notes sur les mots et les expressions du patient est important, mais on doit payer attention à le faire dans une manière qui n'éveille pas les soupçons du patient.
11. Lorsqu'on examine les idées délirantes on doit tenir compte de l'origine culturelle du patient, c'est à dire des traditions et des croyances dans lesquelles il a grandi et qu'il respecte. C'est pourquoi les informations provenant des personnes autour du patient sont indispensables.
12. L'approche des symptômes délirants et hallucinatoires doit être faite à travers une attitude de «neutralité bienveillante». L'examineur montre de la patience et est sérieux lorsque le patient décrit ses expériences hallucinatoires ou expose leurs croyances délirantes. L'examineur peut demander d'explications supplémentaires ou peut exprimer son étonnement vis à vis des expériences ou des idées bizarres du patient, mais sans exprimer clairement son désaccord ou son accord avec eux.

L'EXAMEN PSYCHIQUE OBJECTIF

Niveau	Fonctions investiguées	Symptômes
Champ actuel de conscience	Le degré de vigilance La conscience de soi et de l'environnement	Insomnies, obnubilation, cauchemars Orientation temporelle-spatiale auto- et allo-psychique
Niveau instinctuel	L'instinct alimentaire L'instinct sexuel L'instinct vital L'instinct grégaire L'instinct maternel	Anorexie / hyperphagie / boulimie Dysfonctions sexuelles, paraphilies Tentative de suicide Isolation sociale/sociabilité Abandon/infanticide
Niveau affectif	Disposition affective de fond Réactions affectives	Dépression, manie, anxiété, phobies, irritabilité Hyper/hypo- <i>expressivité</i> affective Labilité affective, discordance affective Ambivalence affective, Inversion affective
Niveau cognitif-intellectuel	L'attention La perception La mémoire La pensée L'intelligence	Hypo / hyperprosexie Illusions, hallucinations Hypo/hypermnésies – de la fixation/de l'évocation Cohérence (dissociation), fluidité (barrage mental), volume (la pression des pensées, le mentisme), vitesse (tachy/bradypsychie), le degré d'abstraction, contenu (délire, obsessions, stéréotypies) Vocabulaire, niveau d'éducation
Niveau volitionnel	Délibération, décision, puissance d'agir et de persévérance	Incapacité à prendre des décisions L'impulsivité (absence de la délibération) Aboulie (manque de volonté)
Niveau spirituel et des valeurs	Les normes morales, le comportement social, la créativité	L'absence de la conscience morale L'estime de soi (la culpabilité ou la mégalomanie)

I.4. INVESTIGATIONS ET TESTS PSYCHOLOGIQUES POUR LE PATIENT PSYCHIATRIQUE ADULTE

Dans la pratique psychiatrique, on utilise plusieurs tests psychologiques afin de clarifier le diagnostic lorsque l'information obtenue de l'anamnèse, l'hétéro-anamnèse, l'examen objectif ou les examens de laboratoire et la neuroimagerie sont insuffisants ou contradictoires pour exclure une pathologie organique ou induite par la consommation des substances.

Les tests psychologiques sont des plusieurs catégories:

- Les tests projectifs (Rorschach, Szondi) sont utiles lorsque le diagnostic est incertain et les informations fournies à travers de l'anamnèse et de l'hétéro-anamnèse ne sont pas claires: ils fournissent des indices de psychose ou d'existence d'une pathologie organique.
- Les tests cognitifs étudient les fonctions cognitives du cortex préfrontal (les fonctions exécutives, la mémoire de travail, etc.). Ils sont utilisés particulièrement chez les patients psychotiques (schizophrénie, trouble bipolaire);
- Tests d'intelligence (matrices progressives de Raven, Wechsler Adult Intelligence Scale)
- Déficit des fonctions cognitives: Bender-Gestalt, le test Rey de la figure complexe

Il y a aussi les échelles pour quantifier l'intensité des symptômes et la réponse au traitement. Ces instruments peuvent viser soit la psychopathologie générale (l'échelle abrégée d'appréciation *psychiatrique* - Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) ou la psychopathologie spécifique:

- La dépression: les échelles d'auto-évaluation (*Beck Dépression Inventory*) ou d'hétéro-évaluation (*Hamilton Dépression Rating Scale, HAM-D, Montgomery-Asberg Dépression Rating Scale-MADRS*)
- L'anxiété: *Hamilton Anxiety Scale – HAM-A*
- Les obsessions et les compulsions: *Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale - YBOCS*
- Les déficits cognitifs: *Mini Mental State Examination - MMSE*
- Les symptômes de la schizophrénie: *Échelle d'évaluation des symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie – PANSS*
- Les traits de personnalité: *Personality Assessment Schedule - PAS, Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI*

Les tests de laboratoire sont effectués pour:

- exclure une maladie organique (notamment du système endocrinien): les hormones thyroïdiennes
- détecter la consommation de substances psycho-actives (tests sanguins et urinaires toxicologiques)
- mettre en évidence les conséquences de la consommation chronique d'alcool (gamma GTP, transaminases, anémie macrocytaire)
- mettre en évidence les effets secondaires de médicaments psychotropes (modifications de la formule sanguine, transaminases, les taux de prolactine)

Les examens électrophysiologiques les plus utilisés sont l'électroencéphalographie (EEG) et l'électrocardiogramme (ECG). Parfois, la polysomnographie est utile.

- L'EEG est utile pour retracer des éléments irritatifs et les ondes lentes qui indiquent une pathologie organique (épilepsie, tumeurs).
- L'ECG élimine les maladies cardiaques (les tachyarythmies) et met en évidence les effets négatifs potentiels des médicaments psychotropes (le risque du syndrome long QTc avec l'installation de la torsade de pointes).
- La polysomnographie est principalement utilisée dans la recherche. Elle met en lumière les changements dans l'architecture du sommeil (une diminution de la latence du sommeil paradoxal - REM, le rapport sommeil REM et non-REM).

L'imagerie cérébrale est utile pour exclure la pathologie organique (tumeurs, abcès, kystes, accident vasculaire cérébral, lésions cérébrales traumatiques, hydrocéphalie à pression normale, démyélinisation).

- L'imagerie par résonance magnétique a l'avantage d'une meilleure résolution et l'absence de radiations, mais il est très coûteux.
- La tomодensitométrie est moins coûteuse, mais a une résolution inférieure. Il est particulièrement utile pour mettre en évidence la pathologie *vasculaire cérébrale* (les accidents vasculaires cérébraux ischémiques apparaissent comme des formations hypodenses, tandis que les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques apparaissent comme des lésions hyperdenses).
- La neuroimagerie cérébrale fonctionnelle (TEP, SPECT) montre la fonctionnalité de différentes régions du cerveau et sont principalement utilisés dans la recherche.

En cas de démence, la tomographie cérébrale révèle une atrophie corticale (l'élargissement de l'espace entre le crâne et le cerveau, la dilatation ventriculaire, l'élargissement des rainures entre les gyrus du cerveau) qui peut être principalement temporo-pariéto-occipitale (maladie d'Alzheimer) ou essentiellement frontale (démence frontale Pick).

CHAPITRE II. LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE SYNDROMOLOGIE ET NOSOLOGIE EN PSYCHIATRIE

SOMMAIRE:

- ❑ GLOSSAIRE DES DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES
- ❑ LES PRINCIPAUX SYNDROMES PSYCHIATRIQUES
- ❑ LE DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE
- ❑ LA NOSOLOGIE PSYCHIATRIQUE

II.1. GLOSSAIRE DE DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES

ABOULIE: absence de la volonté

AGITATION: état caractérisé par forte inquiétude psychomotrice désordonnée, sans un but, mais perturbatrice, accompagnée ou pas par l'agressivité verbale ou physique

AGORAPHOBIE: crainte de se trouver dans une situation ou dans un endroit d'où le sujet ne peut pas s'échapper, ni être sauvé s'il a une attaque de panique (peur d'agglomération, des moyens de transport, des tunnels, des ponts, la peur d'être loin de la maison – l'environnement qui offre la sécurité)

AKATHISIE: agitation psychomotrice induite par le traitement neuroleptique

ALOGIE: la pauvreté du discours au niveau du contenu d'informations

AMBIVALENCE AFFECTIVE: la présence simultanée de deux sentiments contraires chez le même sujet

ANHÉDONIE: perte de la capacité de jouir dans les situations qui, auparavant, faisaient plaisir au sujet

ANXIÉTÉ: crainte sans objet. Elle se réfère à l'anticipation d'un danger imminent, mais qui ne peut pas être identifié par le sujet.

ATTAQUE DE PANIQUE: court épisode de crainte intense et paroxystique accompagnée par des symptômes végétatifs

AUTOMATISME MENTAL: la conviction selon laquelle les sentiments, les pensées et les actions n'appartiennent plus au sujet et lui sont imposées, contraire à sa volonté, de l'extérieur (délire d'influence xénopathique). Il est souvent associé avec la perte de l'intimité personnelle des pensées (l'écho de la pensée ou le vol de la pensée, etc.)

BARRAGE MENTAL: interruption brusque du flux idéationnel sans aucune cause extérieure. Il peut être associé à des sentiments de vol de la pensée.

BOULIMIE: ingestion brutale d'une grande quantité d'aliments, (parfois sucrées) dans une courte période de temps.

COMPULSIONS: contraintes internes (actes) qui ont un caractère répétitif et rituel et qui sont employés comme un mécanisme de lutte contre les obsessions ou pour prévenir un événement négatif dans l'avenir.

CONFABULATION: le remplissage compensatoire d'une lacune mnésique avec des éléments inventés de l'imagination, mais qui sont perçues comme réelles par le sujet (l'hallucination des mémoires)

DELIRIUM: au sens restreint = état confus-onirique aigu et réversible caractérisé par la désorientation prédominant temporelle et spatiale, hallucinations visuelles ou scènes ressemblantes aux rêves, anxiété et agitation psychomotrice. En manière générale = état confusionnel.

DÉLIRE: conviction pathologique, absolue, sans substrat réel, qui ne peut jamais être contrée par des arguments logiques et qui survient en état de

conscience claire. Si les convictions du sujet sont partagées par la communauté à laquelle il appartient, ayant donc un caractère culturel ou religieux, on ne peut pas mettre le diagnostic de délire

DÉLIRE PARANOÏDE: délire avec de thèmes de persécution

DÉPERSONNALISATION: sentiment étrange de modification du propre corps, de détachement de son corps ou de ses sentiments et ses émotions

DÉRÉALISATION: le sujet perçoit l'environnement comme irréel, tout semble sombre, artificiel ou mort. Les gens sont perçus comme artificiels, dévitalisées

DISCORDANCE AFFECTIVE: réactions affectives paradoxales, incongrues à la nature du stimulus (joie après des nouvelles tristes, tristesse après des bonnes nouvelles).

DISSOCIATION DU CHAMP ACTUEL DE CONSCIENCE: la désintégration de l'unité fonctionnelle qui existe entre les perceptions, la mémoire, la conscience de soi et l'environnement et le comportement moteur du sujet. Les troubles dissociatifs sont: la dépersonnalisation, la déréalisation, l'amnésie dissociative, la fugue dissociative et la stupeur dissociative

DISSOCIATION (DÉSORGANISATION) IDÉO-VERBALE: incohérence à la fois en termes des idées et verbale (le sujet saute d'une idée à l'autre sans être capable d'expliquer le lien logique entre les idées)

DYSMORPHOPHOBIE: concerne l'apparence corporelle, est une perception modifiée de son propre aspect qui est perçu comme laid

DYSPHORIE : mauvais humeur avec sentiment d'irritabilité

ÉCHOPRAXIE, ÉCHOLALIE, ÉCHOMIMIE: l'imitation des gestes, des mots et de la mimique d'autres personnes

ÉGODYSTONIE et ÉGOSYNTONIE: sentiment d'insatisfaction, respectivement de satisfaction avec soi-même.

FLEXIBILITÉ CIREUSE: maintien longtemps d'une position imprimée passivement. Est associé à l'hypertonie (rigidité).

FUITE DES IDÉES: discours apparemment incohérent secondaire à l'incapacité du sujet de parler dans le même temps qu'il pense.

HALLUCINATIONS: perceptions sans objet à percevoir, conçues au dehors du corps et qui ne sont pas critiquées par le sujet

HUMEUR DÉLIRANTE: humeur anxieux qui précède l'installation d'un délire (et alors il est secondaire aux perceptions étranges des changements environnementaux et de son propre corps)

HYPERÉMOTIVITÉ: réaction émotionnelle disproportionnée par rapport à l'intensité du stimulus.

HYPOPROSEXIE de concentration: diminution de la capacité de concentrer l'attention

ILLUSIONS: perceptions avec objet à percevoir, mais avec la distorsion de l'objet en termes de sa forme, sa taille, la relation figure/fond, pouvant générer une fausse identification de l'objet. Elles sont critiquées par le sujet.

INVERSION AFFECTIVE : transformation injustifiée des sentiments d'affection pour une personne familière au sujet dans des sentiments de haine pour cette personne

IRRITABILITÉ: susceptibilité aux réactions explosives disproportionnées par rapport à l'intensité du stimulus sur un fond de calme apparent

LABILITÉ AFFECTIVE: changement soudain d'un état émotionnel à autre état émotionnel contraire au précédent

MANIE : trouble de l'humeur caractérisé par une joie pathologique en termes d'intensité, de la durée, et du mode d'apparition et de réactivité

MANIÉRISMES: expressivité mimique-gestuelle exagérée et qui a perdu sa signification fonctionnelle (la mimique et les gestes n'ont aucun sens)

MYTHOMANIE: évocation des souvenirs réels auxquels le sujet ajoute involontairement des détails fictifs imaginaires qui rendent l'exposition plus spectaculaire (l'illusion de la mémoire)

NÉGATIVISME: passive (le sujet n'exécute pas une commande) et active (le sujet fait tout le contraire de la commande)

OBNUBILATION: dénivellation du champ actuel de conscience, signifiant une réduction de la vigilance associée à un ralentissement des fonctions mentales et la manque de clarté dans la pensée

OBSESSIONS: des idées, des images, des tendances à agir (absurdes, inacceptables, auto/hétéro-agressives), des ruminations, qui s'imposent au sujet de façon répétitif et persistant provoquant des souffrances et en parasitant la pensée. Le sujet reconnaît que les obsessions sont pathologiques

PERCEPTIONS DÉLIRANTES: interprétation délirante d'une perception réelle

PERSÉVÉRATION: répétition dénuée de sens de mots ou de gestes appropriés initialement.

PHOBIE: peur pathologique, avec objet, perçue comme irrationnelle par le sujet et accompagnée par une conduite d'*évitement de l'objet phobique*.

RUMINATIONS: la tendance répétitive et parfois stérile à penser longtemps aux événements ou aux idées (religieuses, métaphysiques, etc.)

SALADE DE MOTS: dissociation idéo-verbale où la structure grammaticale de la phrase est perdue

SOLILOQUIE: le sujet parle seul

SOUVENIR DÉLIRANT: souvenir réel mais réinterprété par le sujet selon son délire

STÉRÉOTYPIES: répétition dénuée de sens de mots ou de mouvements

STUPEUR: l'absence totale ou quasi-totale des mouvements spontanés du patient et la réduction marquée des réactions à l'environnement

VERBIGÉRATION (PALILALIE): répétition anarchique de mots ou de sons dénués de sens, de façon incompréhensible

II.2. LES PRINCIPAUX SYNDROMES PSYCHIATRIQUES

DÉFINITION: le syndrome est composé de signes et de symptômes qui s'associent fréquemment et qui ont un substrat fonctionnel commun et une cohérence interne

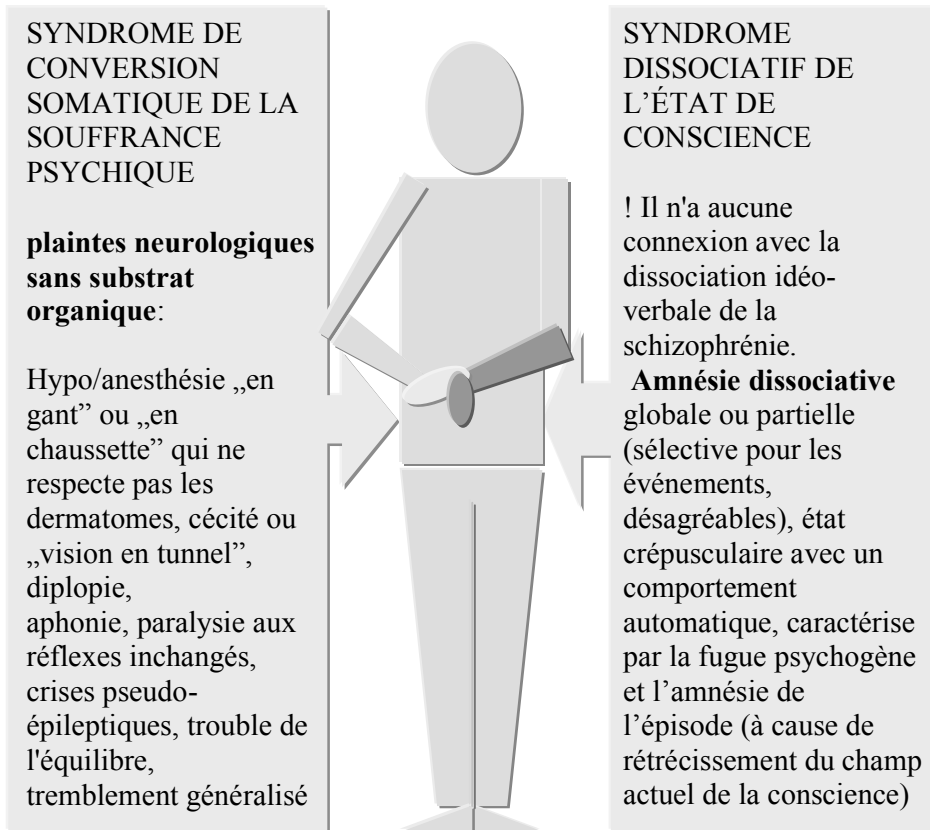
ATTENTION: le syndrome ne représente pas un diagnostic de maladie parce qu'il peut avoir plusieurs étiologies et on peut rencontrer plusieurs syndromes dans un épisode de maladie.

1. Syndromes conversif et dissociatif
2. Syndrome d'attaque de panique
3. Syndrome d'anxiété généralisée
4. Syndrome phobique
5. Syndrome obsessionnel-compulsif
6. Syndrome dépressif
7. Syndrome manique
8. Syndrome hallucinatoire
9. Syndrome délirant
10. Syndrome de transparence-influence
11. Macro syndromes dans la schizophrénie: productif, déficitaire, désorganisé, catatonique
12. Syndrome confusionnel (syndrome de delirium)
13. Syndrome démentiel

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES:

1. LA COMPRÉHENSION ET L'ASSIMILATION DU CONCEPT DE SYNDROME
2. L'ASSIMILATION DES SYNDROMES PSYCHIATRIQUES PRINCIPALES
3. LA SIGNIFICATION DES SYNDROMES PSYCHIATRIQUES PRINCIPALES

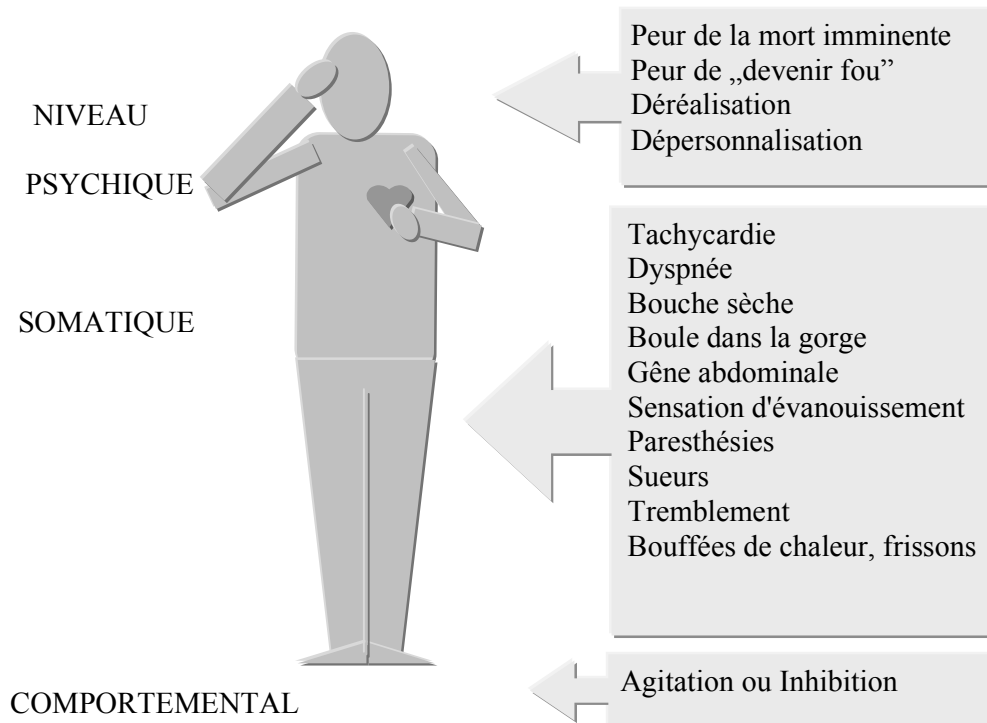
LES SYNDROMES CONVERSIF ET DISSOCIATIF



Ces syndromes sont souvent accompagnés par:

- Contradiction évidente avec une maladie organique
- Terrain prédisposant personnalité histrionique (très suggestible)
- Tolérance paradoxale (*la belle indifférence*), car la souffrance psychique est convertie dans une souffrance corporelle (bénéfice primaire)
- Le contexte d'apparition est spécial: la présence d'une troisième personne (bénéfice secondaire), après les conflits / les frustrations

LE SYNDROME DE L'ATTAQUE DE PANIQUE



Les attaques de panique se trouvent dans:

LE TROUBLE PANIQUE

attaques de panique imprévisibles

attaques de panique récurrentes > 4/mois

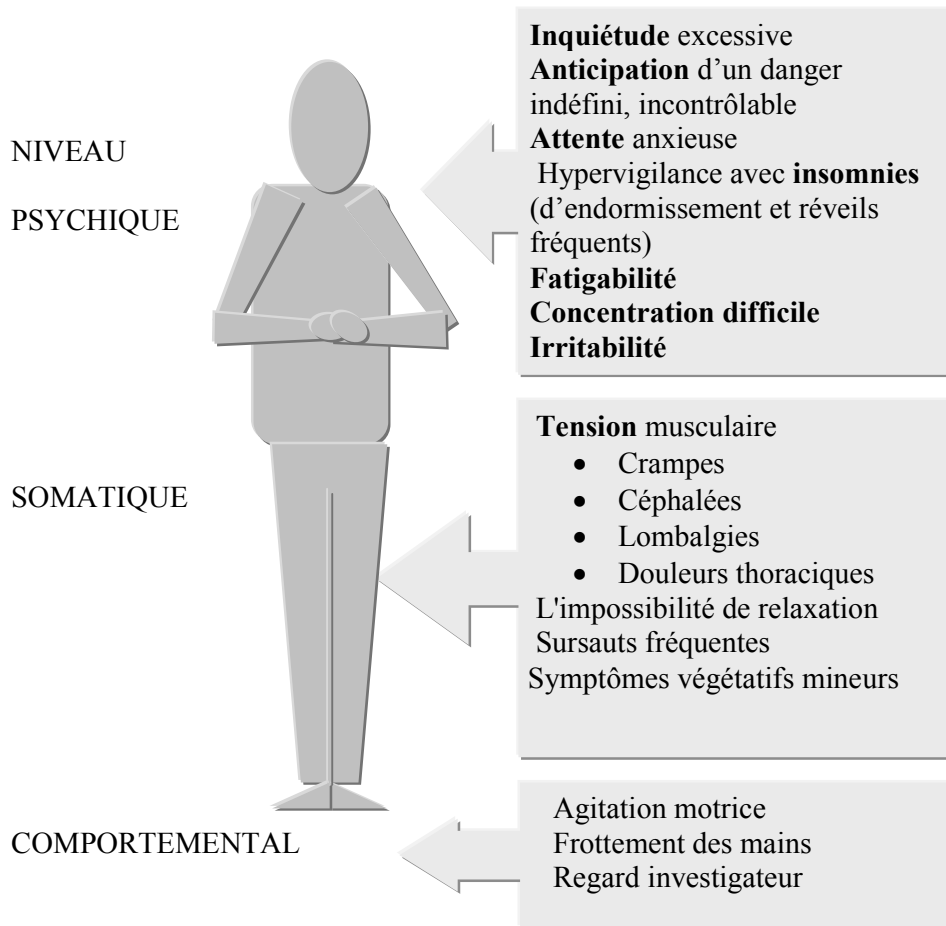
peur de nouvelles attaques ou de leurs répercussions

LES PHOBIES

attaques de panique qui surviennent lorsque le sujet est exposé à l'objet ou à une situation phobique
comportement d'évitement ou de chercher la sécurité

anxiété anticipatoire si la situation phobique ne peut pas être évitée

SYNDROME DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE



Il se rencontre dans le trouble d'anxiété généralisée lorsque:

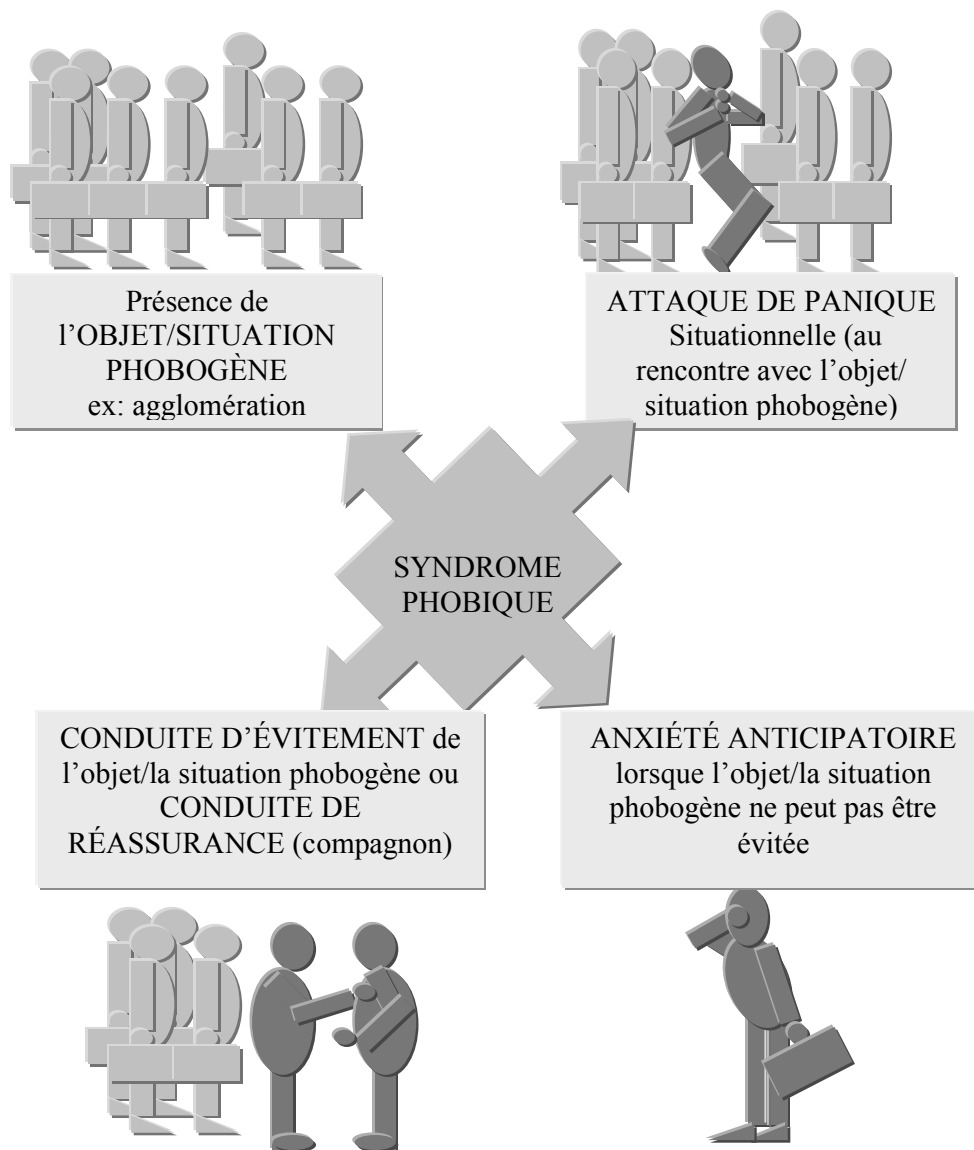
Le syndrome DURE plus de 6 mois, et

L'INQUIÉTUDE n'a pas comme objet:

- L'apparition d'une attaque de panique (trouble panique)
- La peur de se sentir gêné en public (phobie sociale)
- La contamination (trouble obsessionnel-compulsif)
- La séparation de la maison ou de ses proches (anxiété de séparation)
- Le gain pondéral (anorexie mentale)
- Plaintes corporelles multiples (trouble de somatisation)
- Maladie grave (hypocondrie)

LE SYNDROME PHOBIQUE

PHOBIE = peur pathologique avec objet (exagérée par rapport au danger de l'objet); le sujet est conscient de sa nature irrationnelle.



LE SYNDROME OBSESSIONNEL-COMPULSIF

Les OBSESSIONS sont des expériences telles que:

- pensées
- doutes
- ruminations
- impulsions
- phobies obsessionnelles

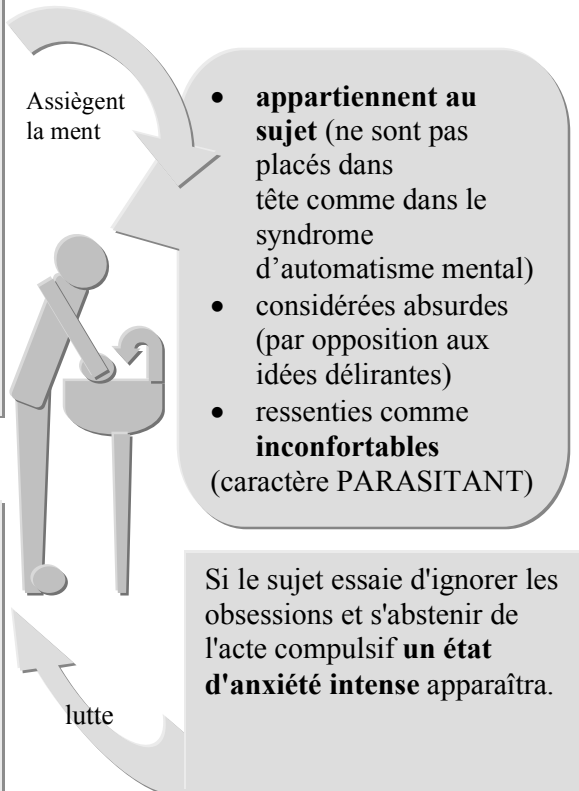
Avec un contenu de:

contamination
Ordre, symétrie,
précision, sexuel,
agressif
religieux

et avec un caractère:

- pénétrant
- persistant
- récurrent

Les impulsions obsessionnelles sont des tendances aux actes qui sont généralement absurdes, blasphématoires, auto ou hétéro-agressives, mais que le sujet ne met jamais en pratique, mais qu'il craint de ne pas résister à la possibilité d'en agir.



Les COMPULSIONS (rituels) sont des actes physiques ou mentaux

Avec un contenu de:

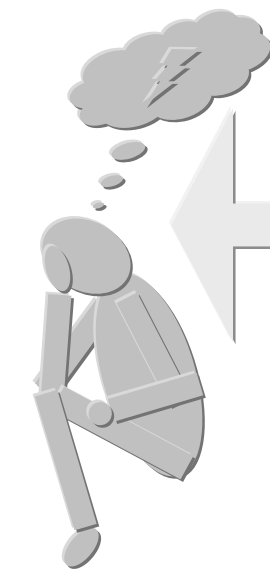
- De se laver
- De vérification
- De collectionner
- D'évitement
- De comptage (arithmomanie)

Et avec un caractère:

- excessif
- répétitif
- stéréotype

Les compulsions sont quelquefois une stratégie de lutte contre les obsessions, en réduisant l'anxiété provoquée par les obsessions, mais pas pour longtemps, car l'inquiétude sur l'effectuation correcte du rituel apparaît, en particulier pour les actes automatiques qui ne sont pas conscients et qui peuvent être facilement oubliés.

LE SYNDROME DÉPRESSIF



INHIBITION
PSYCHOMOTRICE

NIVEAU INSTINCTUEL

Isolation sociale
Perte de l'appétit avec perte de poids

Appétit sexuel diminué
Diminution de l'instinct maternel

Idéation suicidaire

NIVEAU AFFECTIF

Tristesse pathologique

Irritabilité (+/-)

NIVEAU COGNITIF

Attention: concentrée sur le passé douloureux

Perception: perception estompée

Mémoire: fixation et évocation des événements tristes

Pensée: lente, idéation triste, pessimiste
délire de culpabilité, de dévalorisation, d'incapacité,
délire hypocondriaque (cancer, SIDA, syphilis)

NIVEAU VOLITIONNEL

longue délibération

début difficile d'une action

TENUE négligence vestimentaire,
couleurs sombres

DISCOURS

bradylalique, laconique, latence des réponses,
chuchotée

EXPRESSIVITÉ MIMIQUE-GESTUELLE

Faciès dépressif, posture dépressive,

HYPOKINÉSIE jusqu'au Stupeur

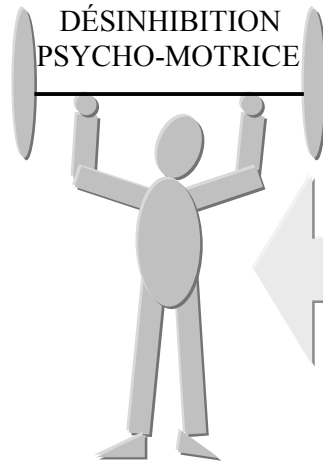
COMPORTEMENT

Inhibée

SOMMEIL

insomnie de réveil (3-4 heures du matin),
cauchemars avec un contenu morbide (morts,
cimetières)

LE SYNDROME MANIQUE



NIVEAU INSTINCTUEL

sociabilité excessive

boulimie

hyper-érotisme

NIVEAU AFFECTIF

exaltation pathologique

irritabilité (+/-)

NIVEAU COGNITIF

Attention: dispersée et mobile

Perception vive, prégnante

Mémoire: fixation difficile, évocation facile

Pensée: flux idéationnel accéléré jusqu'à la fuite

des idées, idéation avec un contenu optimiste,

délire mégalomane (personnalité illustre,

filiation illustre, omnipotence, omniscience), de

richesse, délire messianique, de la réforme

sociale

NIVEAU VOLITIONNEL

délibération hâtive

manque de persévérance dans l'acte

TENUE extravagante, ornements et maquillage

en excès, vêtements en couleurs vives

DISCOURS

Tachylalie, logorrhée, langage télégraphique,

apparemment incohérente (fuite des idées),

tonalité haute

EXPRESSIVITÉ MIMIQUE-GESTUELLE

hyperexpressivité mimique – gestuelle

HYPERKINÉSIE jusqu'à l'agitation

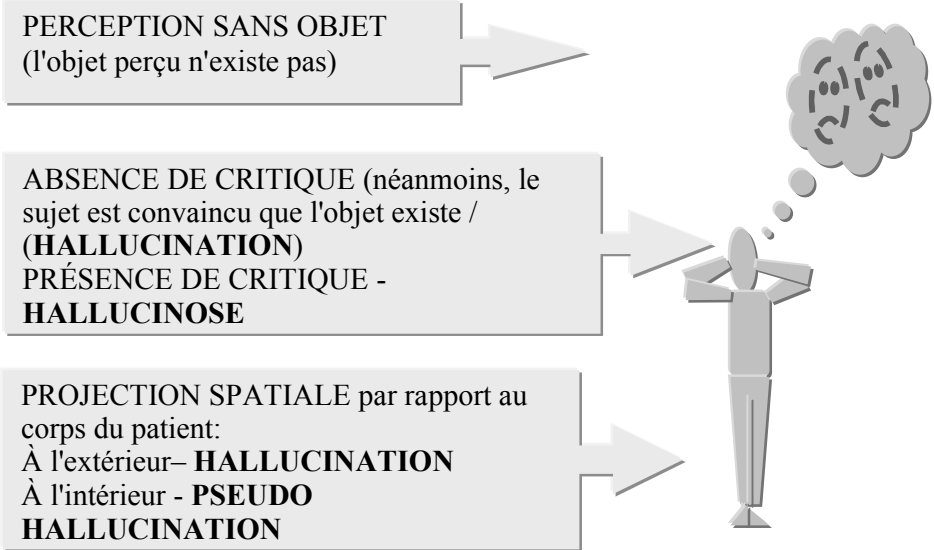
COMPORTEMENT

Expansif, non censuré

SOMMEIL

Besoin réduit de sommeil

LE SYNDROME HALLUCINATOIRE



INTERPRÉTATION DIAGNOSTIQUE DES HALLUCINATIONS

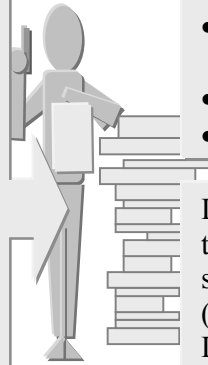
<p>AUDITIVES Schizophrénie Commentatives Impératives (graves) Épilepsie</p>	<p>OLFACTIVES GUSTATIVES Épilepsie (les crises uncinées) Psychoses (avec un délire secondaire d'empoisonnement)</p>
<p>VISUELLES ET TACTILES cause organique ou sevrage / intoxication (alcool / cocaïne) - delirium tremens</p>	<p>NON PATHOLOGIQUES à l'endormissement= hypnagogiques au réveil= hypnopompiques durent quelques secondes</p>

COMPORTEMENT HALLUCINATOIRE

Le patient discute avec les hallucinations auditives ou tourne la tête vers l'endroit d'où il entend les voix.
Le patient regarde terrifié les hallucinations visuelles (parfois oniriques – semblables au rêves) et il peut prendre part aux hallucinations scéniques.
Le patient effrayé se défend d'hallucinations zoomorphes (mouches, rats) qui l'attaquent ou qu'il sent sous sa peau (se raie, se nettoie).

LE SYNDROME DÉLIRANT

Le DÉLIRE: conviction absolue (qui ne peut être contré par des arguments logiques et qui ne cesse pas ni devant l'évidence) dans une fausse idée qui survient sur un champ de la conscience claire (diagnostique différentiel avec le delirium) et doit être interprété selon les traditions dans lesquelles le sujet a crû.



LES EXPÉRIENCES DÉLIRANTES

- délire
- vécu délirant (étrangeté angoissante)
- perception délirante
- souvenirs délirants

Le délire **SYSTÉMATISÉ**: les thèmes délirants se lient dans un système délirant cohérent (paranoïa).

Le délire **NON-SYSTÉMATISÉ**: les thèmes délirants n'ont aucun lien logique entre eux (la schizophrénie).

LE DÉLIRE DANS LA PARANOÏA

- Délire de préjudice matériel (malpraxis, héritage, pension)
- Délire mégalomane, d'invention
- Délire de persécution
- Délire de relation (référence): tout est lié à la personne intéressée (radio, TV, nouvelles de presse)
- Délire érotomaniaque
- Délire de jalousie

LE DÉLIRE DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

- Délire paranoïde (thèmes de persécution, empoisonnement, poursuite)
- Délire d'influence xénopathique (syndrome de l'automatisme mental)
- Délire mystique
- Délire de possession démoniaque
- Délire de grandeur

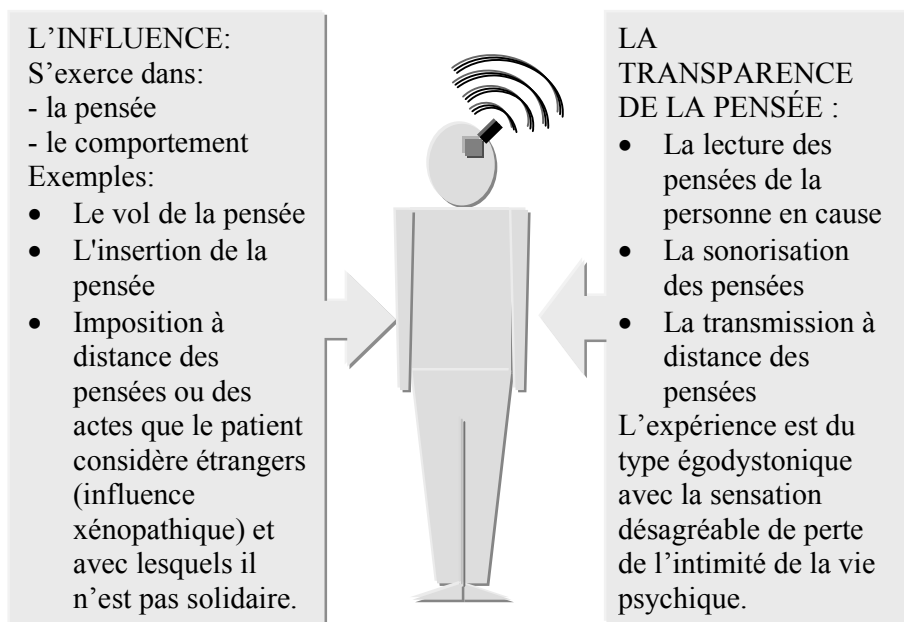
LES THÈMES DANS LE DÉLIRE MANIAQUE

- (délire mégalomane)
- Personnalité illustre
 - Filiation illustre
 - Omnipotence, omniscience
 - Richesse
 - Réforme sociale, religieuse

LES THÈMES DANS LE DÉLIRE DÉPRESSIF

- Auto dévalorisation (inutilité, incapacité)
- Culpabilité
- Ruine matérielle
- Maladie grave ou honteuse (hypocondriaque)
- Négation, immortalité, énormité (triade Cotard)

LE SYNDROME DE L'AUTOMATISME MENTAL



ATTENTION !!!

L'expérience est du type égo-dystonique (est ressentie comme désagréable) et passif (le patient est seulement le sujet de l'influence, pas son auteur).

Les actes imposés (contrôle du comportement - délires de contrôle) doivent être différenciés de l'exécution des commandes reçues par les hallucinations auditives impératives (en ce cas le patient exécute l'ordre donné par les voix).

À cet égard, ON VA TOUJOURS DEMANDER SUR LE MÉCANISME QUI PRODUIT L'INFLUENCE:

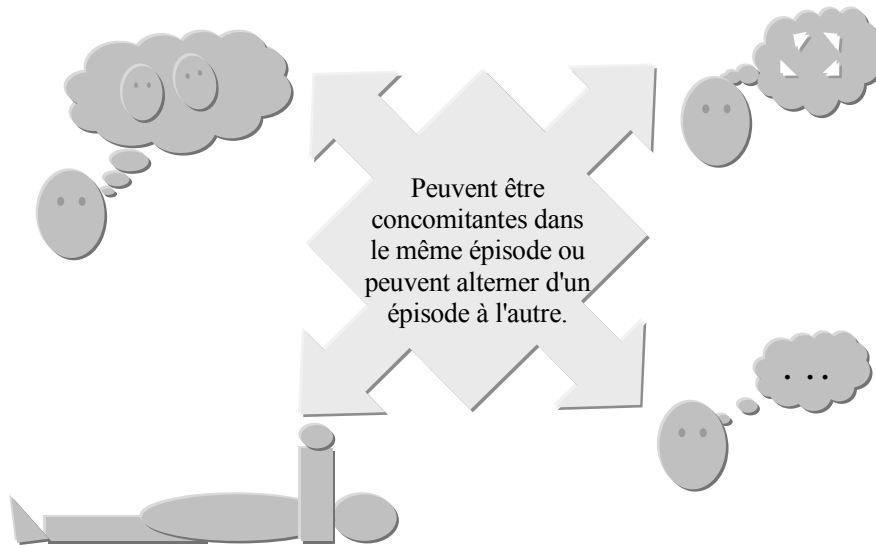
- charmes, magie (en particulier dans les zones rurales)
- télépathie, bio-courants
- ondes électromagnétiques ou appareils électroniques (radio, télévision, puces informatiques implantées), en particulier dans les zones urbaines

LES SYNDROMES DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

LE SYNDROME PRODUCTIF

Syndrome hallucinatoire
Syndrome délirant
Syndrome de l'automatisme mental

LE SYNDROME DE
DÉSORGANISATION
Dissociation idéo-verbale
Comportement bizarre,
Ambivalence,
Discordance affective



LE SYNDROME CATATONIQUE

Hypertonie avec flexibilité cireuse
Stéréotypie
Suggestionabilité
Négativisme
Inhibition ou agitation psychomotrice

LE SYNDROME DÉFICITAIRE

Isolation sociale
Négligence de l'hygiène personnelle et des vêtements
Émoussement / aplatissement affectif
Alogie, aboulie

LE SYNDROME CONFUSIONNEL (LE DELIRIUM)

CARACTÉRISTIQUES

- début aigu
- évolution courte (dg. ≠ démence)
- intensité fluctuante
- inversion du rythme veille - sommeil
- troubles de l'attention avec amnésie secondaire (dg. ≠ démence)



SYMPTÔMES SOMATIQUES

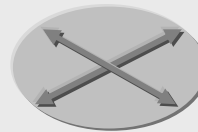
SIGNES VÉGÉTATIVES DE SEVRAGE
SYMPTÔMES D'INTOXICATION
SIGNES NEUROLOGIQUES
SYNDROME MÉNINGÉ
FIÈVRE
ASTÉRIXIS

INVESTIGATIONS PARACLINIQUES

SYMPTÔMES PSYCHIQUES

TROUBLE DE LA CONSCIENCE DE SOI ET DE L'ENVIRONNEMENT + TROUBLE DE LA VIGILANCE

DÉSORIENTATION TEMPORALE
POUR AUTRES PERSONNES



SPATIALE, SITUATIONNELLE

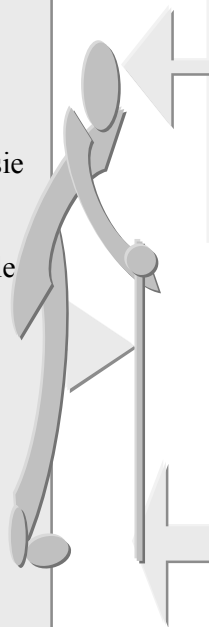
Anxiété avec inquiétude motrice +/-
hallucinations visuelles, tactiles
ou
obnubilation avec inhibition motrice

SYNDROME ORGANIQUE AIGU = DELIRIUM = ÉTAT CONFUSIONNEL

LE SYNDROME DÉMENTIEL

COGNITIF: manifestations progressives et irréversibles qui dominant le tableau clinique

- attention: la concentration diminue
- perception: +/- illusions, hallucinations
- mémoire: initialement amnésie de fixation (troubles de l'acquisition de nouvelles informations), puis amnésie de l'évocation, syndrome Korsakov
- désorientation temporo-spatiale, puis auto / allo-psychique
- pensée:
 - lente
 - restrictive
 - concrète
 - incohérente
 - délire de préjugé (secondaire aux troubles mnésiques) avec hostilité dirigée contre les membres de la famille ou les voisins



AFFECTIF

- dépression
- anxiété
- irritabilité
- labilité émotionnelle
- réaction catastrophique
- émoussement affectif

COMPORTEMENT

- Indifférent envers l'examineur
- absurde
- inquiétude nocturne
- désinhibition

DISCOURS

- écholalie
- persévérations, stéréotypies
- verbigération
- mutisme

La démence Alzheimer:

Initialement, amnésie de fixation, puis d'évocation
„Le syndrome des 3 A” (aphasie, agnosie, apraxie), anosognosie. Finalement, cachexie et incontinence sphinctérienne.

La démence préfrontale (Pick)

Fond d'apathie, aboulie, sur lequel se superposent des bouffées d'irritabilité ou d'euphorie, désinhibition pulsionnelle alimentaire, sexuelle et comportementale; anosognosie.

La démence vasculaire

Déficit cognitif dans différents secteurs, l'apparition est aiguë (précédée d'un accident vasculaire cérébral), évolution fluctuante, dégradation progressive. Signes neurologiques en foyer: syndrome pyramidal, pseudobulbaire, extrapyramidal. La conscience du déficit cognitif est gardée avec une réaction catastrophique - pleurs à sa prise de conscience.

QUESTIONS:

1. Laquelle option définit une expérience obsessionnelle:

- a) Jeune, 18 années, préoccupé des surpoids, recourt à la provocation des vomissements et l'utilisation des laxatifs ou des diurétiques.
- b) Étudiant, 1er année en philologie, par des pensées qui lui sont imposées contre sa volonté par des forces extérieures maléfiques
- c) Nonne 30 ans tourmentée par des tendances blasphématoires pendant les services religieux
- d) Joueur fervent de poker depuis 39 ans, préoccupé par ses problèmes financiers est les résultats de défaites répétées
- e) Homme, 32 ans, préoccupé par l'idée d'incendier la forêt de la périphérie de la ville pour vivre en direct le spectacle de feu

2. Un patient psychotique qui vient de casser un plat est demandé pourquoi il a fait ça. Il répond qu'il ne voulait pas casser le plat, mais que Michel lui a demandé à le faire. Ceci, est un personnage imaginaire avec lequel le patient parle souvent. Le comportement du patient est dû au:

- a) syndrome de l'automatisme mental
- b) syndrome obsessif-compulsif
- c) syndrome hallucinatoire avec hallucination impératives
- d) syndrome délirant paranoïde
- e) syndrome maniaque avec agitation psychomoteur

3. Vous êtes appelés à voir un patient qui ne bouge et ne parle pas. Lorsque vous levez sa main, vous trouvez une hypertonie et que le patient va garder la main en position levée. Le comportement du patient est dû à un syndrome du type:

- a) comateux produit par une hyperglycémie
- b) stupeur mélancolique
- c) comateux produit par une hypoglycémie
- d) stupeur catatonique
- e) mutisme sélectif

II.3. LE DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE

SOMMAIRE:

- L'APPROCHE DIAGNOSTIQUE
- LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES
- LES CRITÈRES DE LA SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES
- LA RECHERCHE DES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ ET DE PROTECTION (LA FORMULATION MULTIAXIALE DU DIAGNOSTIC)

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES:

1. L'APPRENTISSAGE DES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES EN PSYCHIATRIE
2. L'APPRENTISSAGE DE L'APPROCHE DIAGNOSTIQUE EN LA PRATIQUE CLINIQUE
3. LA FORMULATION D'UN DIAGNOSTIC AXIALE EN PSYCHIATRIE

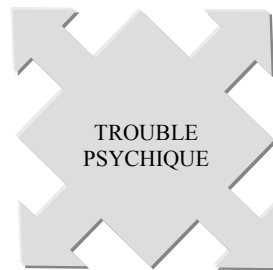
LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

LE TABLEAU CLINIQUE

Un minimum de symptômes d'une liste qui en contient plusieurs.

Soit LA DURÉE

- de l'épisode (schizophrénie >6 mois)
 - des symptômes (obsession > 1 heure)
- Soit LA FRÉQUENCE
(trouble panique:
> 4 attaques de panique
chaque mois)



L'INTENSITÉ DES SYMPTÔMES

Affectation du fonctionnement de l'individu dans

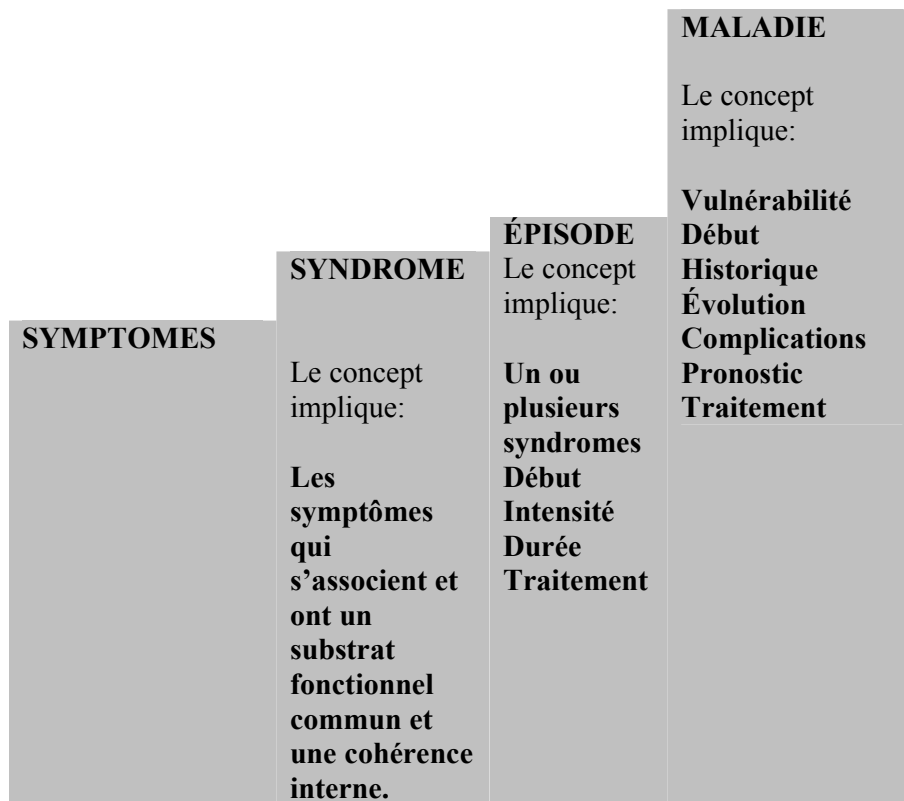
- la famille
- la société
- au travail/à école

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

L'exclusion des:

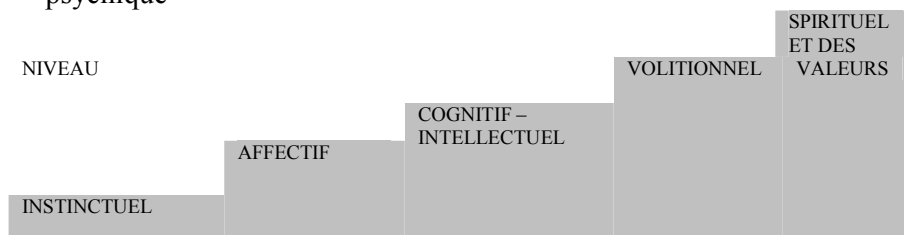
- Autres maladies mentales
- Maladies organiques
- L'utilisation de médicaments ou de drogues
- Simulation délibérée

L'APPROCHE DIAGNOSTIQUE



Si cela est l'approche diagnostique dans la pratique clinique, alors l'utilisation de l'examen psychique sur les niveaux fonctionnels nous offre les avantages suivants:

- Fournit un algorithme de recherche qui ne permet pas l'omission de symptômes, ce qui est très important en cas de COMORBIDITÉS
- Fournit un ordre logique dans la formulation écrite ou orale d'un examen psychique



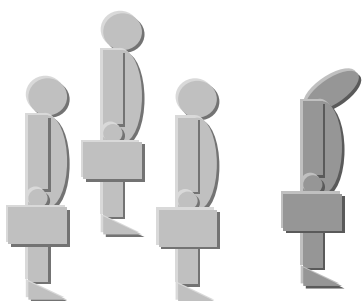
LES CRITÈRES DE LA SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES



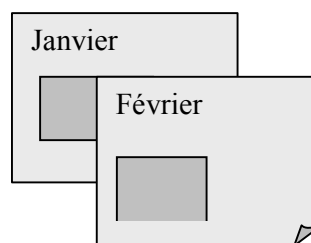
Affectation du fonctionnement de l'individu dans la famille



Affectation du fonctionnement de l'individu au travail



Affectation du fonctionnement de l'individu dans la société



La durée depuis l'apparition des symptômes

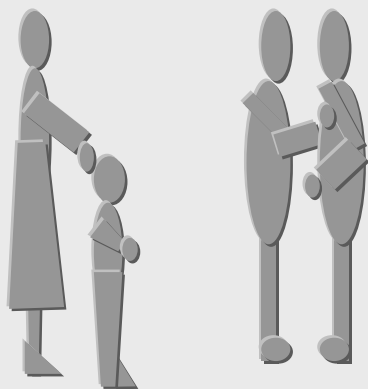
Beaucoup de symptômes psychiatriques ont un équivalent dans la normalité, par exemple la dépression en a comme équivalent la tristesse normale. La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par la tristesse pathologique. Le caractère pathologique est donné par:

- Une forte intensité
- Une longue durée
- Son mode d'apparition: en absence des facteurs déclencheurs
- Sa réactivité: le manque de réactivité aux bonnes nouvelles ou aux encouragements.

LA RECHERCHE DES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ ET DE PROTECTION

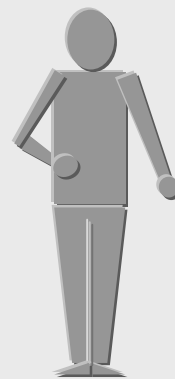
LES FACTEURS DE PROTECTION LE RÉSEAU DE SOUTIEN SOCIAL

FAMILLE ET / OU AMIS

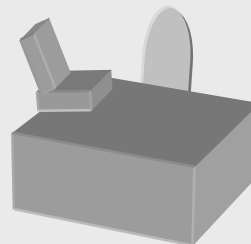
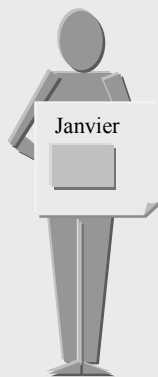
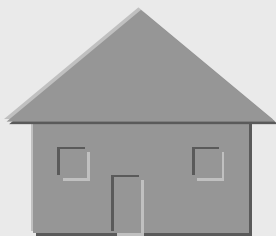


LA VULNÉRABILITÉ DE FOND

- LA PERSONNALITÉ
- LES ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES PERSONNELLES ET HÉRÉDO-COLLATÉRAUX



VULNÉRABILITÉ CIRCONSTANCIELLE



- La situation de logement
- La situation familiale
- La situation professionnelle
- L'âge

LA FORMULATION MULTIAXIALE DU DIAGNOSTIC (SELON LE DSM IV)

La comptabilisation des facteurs de vulnérabilité est utilisée dans la formulation d'un diagnostic psychiatrique sur plusieurs axes:

AXE I	LES TROUBLES CLINIQUES PSYCHOPATHOLOGIQUES
AXE II	TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ARRIÉRATION MENTALE
AXE III	MALADIES SOMATIQUES ASSOCIÉES avec ou sans être liées aux trouble mental
AXE IV	FACTEURS DE STRESS PSYCHOSOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX (psychotraumatisme, événements stressants de la vie, conflits, frustrations, réseau de soutien social inefficace)
AXE V	ÉVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT (SCORE DE L'ÉCHELLE EGF OU GAF)

EXEMPLE:

- I. TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT
- II. TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE-
COMPULSIVE (ANANKASTIQUE)
- III. ANGINE DE POITRINE
- IV. PROBLÈMES AU TRAVAIL
- V. SCORE EGF 10 (TENTATIVE DE SUICIDE RATÉE)

QUESTIONS

1. Une femme âgée de 30 ans se présente au cabinet du médecin de famille et accuse insomnie d'endormissement. Le médecin lui prescrit un hypnotique et la programme pour une prochaine visite. L'attitude du médecin est:
 - a) Correcte. Le médecin a prescrit un traitement approprié pour le symptôme pour lequel la patiente s'est présentée.
 - b) Incorrecte. Le médecin devait demander à la patiente si elle travaillait par quarts.
 - c) Correcte. Le médecin doit voir un grand nombre de patients et n'a pas le temps physique d'*entrer plus en détail pourvu qu'il ne soit pas confronté avec une maladie organique ou une situation d'urgence.*
 - d) Incorrecte. Le médecin devait investiguer un possible syndrome anxieux.
 - e) Incorrecte. Le médecin devait investiguer une possible cause organique (toux rebelle causée par une maladie pulmonaire).

2. Un jeune de 20 ans, qui pendant les dernières semaines a commencé à dépenser excessivement est amené par sa famille chez une consultation psychiatrique. Initialement, il avait emprunté argent de sa famille et de ses amis et maintenant ses parents lui accusent d'avoir commencé à voler de l'argent de la maison. Ils ont observé que leur fils a commencé à consommer de l'alcool plus fréquemment. Le jeune est heureux et bouge beaucoup. Dans le dernier temps les parents ont aussi remarqué qu'il a perdu beaucoup de poids et qu'il a des insomnies. Il a beaucoup d'énergie et une bonne performance à l'école, mais ses collègues se plaignent qu'il est devenu anxieux, les évite et pense qu'il est suivi par la police. En outre, ses relations avec ses parents ont été tendues depuis longtemps et le patient est en inversion affective envers eux.
 - a) Le jeune vient avec un syndrome manique avec un délire congruent à l'humeur, il a un trouble bipolaire.
 - b) Le jeune vient avec un syndrome manique et un *syndrome paranoïde*, il a un trouble schizo-affectif.
 - c) Le jeune est un consommateur de drogues stimulantes (cocaïne ou amphétamines) auxquels il associe avec l'alcool. Il doit être adressé à un centre de désintoxication.
 - d) Le jeune n'a aucun trouble mental ou somatique, il veut seulement se venger de ses parents froids et désengagés.
 - e) Le jeune a un *syndrome paranoïde* (délire de persécution et anxiété secondaire) qu'il essaie de «traiter» avec de l'alcool. C'est possible qu'il fasse un début de schizophrénie.

II.4. LA NOSOLOGIE PSYCHIATRIQUE

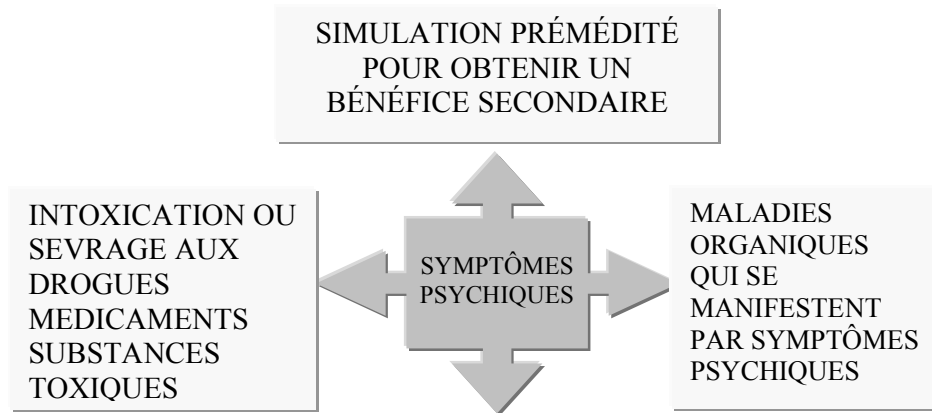
SOMMAIRE:

1. LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET LA NOSOLOGIE EN PSYCHIATRIE
2. LES TROUBLES ANXIEUX
 - a. LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE = TAG
 - b. LE TROUBLE PANIQUE = TP
 - c. L'AGORAPHOBIE
 - d. LA PHOBIE SOCIALE
 - e. LES PHOBIES SIMPLES (SPÉCIFIQUES)
3. LES TROUBLES CONVERSIFS, DISSOCIATIFS ET DE SOMATISATION
4. LE TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF
5. LES TROUBLES AFFECTIFS PÉRIODIQUES
 - a. LE TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT = TDR
 - b. LE TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE = TAB ou TB
6. LA SCHIZOPHRÉNIE
7. LES RÉACTIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES
8. LE RETARD MENTAL
9. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES:

1. L'APPRENTISSAGE DES NOTIONS ESSENTIELLES LIÉES AU TROUBLES MENTAUX
2. L'EXEMPLIFICATION DE LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE À TRAVERS DES CAS ROBOT
3. LA COMPRÉHENSION DES CAS PSYCHIATRIQUES DE POINT DE VUE PSYCHOPATHOLOGIQUE

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET LA NOSOLOGIE EN PSYCHIATRIE



RÉACTIONS PSYCHO- PATHOLOGIQUES	TROUBLES PSYCHIQUES		TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ
	NÉVROSES	PSYCHOSES	
<u>aiguës:</u>			
Réaction (rc.) aiguë au stress	n. dépressive	Trouble affectif	Trouble de la personnalité:
- stupeur émotionnelle	n. anxieuse	bipolaire	schizoïde
-fugue pathologique	- trouble panique	Trouble dépressif	paranoïde
-l'évanouissement (hystérique)	-trouble d'anxiété généralisée	récurrent	émotionnellement labile
-la crise explosive	n. phobique	Schizophrénie	antisociale
<u>subaiguës:</u>	-agoraphobie	Trouble schizo-affectif	anankastique
rc. anxieuse-paranoïde	-phobie sociale	Troubles psychotiques	dépendante
rc. de deuil	-phobies simples (spécifiques)	aigus et transitoires (courts)	anxieuse ou évitante
rc. Ganser	n. obsessionnelle compulsive	Troubles délirants persistants	
trouble de stress post-traumatique	n. hystérique	Paranoïa	
<u>prolongées</u>	-trouble conversif-dissociatif	Paraphrénie	
trouble d'adaptation:	-trouble de somatisation	Délire induit (folie à deux)	
rc. anxieuse			
rc. dépressive			
rc. anxieuse et dépressive			
rc. avec troubles de conduite			

TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, TROUBLE PANIQUE,
AGORAPHOBIE, PHOBIE SOCIALE, PHOBIES SIMPLES

<p>Informations personnelles</p> <p>Genre: femmes > hommes L'âge moyen de début: 20 ans TAG, 25 ans TP Adresse actuelle Lieu de naissance Profession État civil Religion</p>	<p>Motifs d'hospitalisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insomnie d'endormissement - Attaques de panique - Peur de sortir de la maison <p>Urgence: oui en cas d'attaque de panique</p> <p>Seul / amené</p>
<p>Antécédents hérédo-collatéraux</p> <p>Psychiatriques: TAG: facteur génétique important TP: facteur génétique faible Non-psychiatriques</p>	<p>La famille d'origine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mère hyper-protectrice - Quelquefois, ambiance familiale tendue avec des querelles et entre les parents auxquelles l'enfant assiste
<p>Antécédents personnels</p> <p>Cycle de l'enseignement et professionnel</p>	<p>La famille propre</p>
<p>Conditions de vie: la consommation secondaire d'alcool pour prendre courage, la consommation de café accentue les symptômes d'anxiété</p> <p>Conditions de travail</p> <p>Réseau de soutien: en cas des individus agoraphobiques qui refusent sortir de la maison, y apparait une dépendance des membres de l'entourage proche.</p>	<p>La personnalité prémorbide</p> <p>Perfectionniste (anankastique) Psychasthenique Anxieuse ou évitante</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de confiance en soi, sentiment d'infériorité - L'évitement de nouvelles relations sociales dû à la crainte des critiques ou du rejet

Histoire de la maladie (les épisodes précédents)

Enfance: + / - anxiété de séparation, + / - phobie scolaire
Peur de dormir seul dans son lit (l'enfant dort avec un parent)
Peur de dormir seul dans la chambre ou avec la porte fermée
Peur de l'obscurité (lumière allumée pendant la nuit) - phobies simples

Adolescence: + / - phobie sociale

Jeune adulte: attaques de panique qui conduisent à un comportement imprévisible d'évitement de plus en plus de situations et des places jusqu'au développement de l'agoraphobie. Néanmoins, on peut avoir de l'agoraphobie sans antécédents d'attaques de panique.

Adulte: épisodes d'anxiété généralisée, avec ou sans attaques de panique,
+ / - Idées hypochondriaques
+ / - Dépression
+ / - Alcoolisme secondaire

Épisode actuel diagnostics: Trouble d'anxiété généralisé
possibles Trouble panique
Agoraphobie, Phobie sociale,
Phobies simples

Début	Tableau clinique	Traitement
Phobies simples: à l'école Phobie sociale: 15- 20 ans TAG: ~20 ans TP: ~25 ans Agoraphobie: 15 –35 ans	<u>Sd. d'anxiété généralisée:</u> insomnie d'endormissement, inquiétudes injustifiées, fatigue, tension musculaire, agitation psychomotrice, concentration difficile <u>Sd. de l'attaque de panique:</u> peur de la mort imminente, tachycardie, sueurs, dyspnée, boule dans la gorge, tremblements, sensation d'évanouissement. <u>Sd. phobique:</u> objet phobogène, attaque de panique, conduite d'évitement / assurance	1. traitement médicamenteux - anxiolytiques - antidépresseurs 2. psychothérapie - de soutien - techniques de contrôle de la fréq. resp. (En TP) - de relaxation: training autogène, musicothérapie (en cas de TAG) comportementale désensibilisation systématique (phobies) - cognitive

Cas P.S., 32 ans, femme

Consulte un psychiatre pour: fatigue sévère, irritabilité, insomnie d'endormissement, inquiétude injustifiée. Elle a ces symptômes depuis quelques mois, mais dernièrement, elle ne peut plus lutter contre eux. Les antécédents médicaux sont insignifiants.

La famille d'origine: enfant unique. Les parents ont études universitaires et s'entendent bien. Ils sont hyper-protecteurs et ont stimulé les performances scolaires de la patiente. Le père souffre de cardiopathie ischémique.

La propre famille: mariée depuis deux ans avec un collègue de travail. Le mari veut des enfants. Mais, son épouse, met la carrière au premier plan. Récemment, il y a des petits conflits dans la famille, lorsque le mari se plaint qu'elle est devenue extrêmement irritable.

Cycle de l'enseignement et professionnel: 12 classes (école + lycée théorique), faculté de chimie, travaille actuellement comme chimiste.

Tableau clinique: la patiente accuse un état d'inquiétude, surtout pendant la soirée: „Alors, je ne peux plus rester tranquille et je marche dans la maison comme un lion dans sa cage”. Souvent, pendant la soirée, elle a une très courte sensation de peur intense, accompagnée par des palpitations, sensation de faiblesse dans les membres et un manque d'air. Elle a aussi remarqué qu'elle s'énerve très facilement et puis se culpabilise. Elle s'endort avec difficulté; au moins une heure doit passer afin qu'elle s'endorme. Si pendant la journée elle essaye d'avoir toujours une activité, dans la soirée, au lit, elle est assaillie par les inquiétudes et par la sensation d'un futur incertain. Elle dit que „j'ai toujours vécu dans l'avenir et je n'ai jamais réjoui le présent.” Le sommeil est agité. Elle a parfois de cauchemars, elle rêve qu'elle est suivie et qu'elle n'est pas capable de courir assez vite qu'en réalité, „c'est comme je cours au ralenti”. Au travail, les collègues se plaignent qu'elle est toujours tendue et sombre. Elle ne se serait pas présentée à un psychiatre si les symptômes n'ont pas empiré au cours des dernières semaines, lorsque les problèmes au travail se sont accumulés (la perspective d'une restructuration) et dans la famille d'origine (le père a dû être hospitalisé plusieurs fois en cardiologie pour des crises prolongées d'angine de poitrine).

Personnalité prémorbide: la patiente se décrit comme une personne concernée par l'ordre et la propreté. À la maison, on lui avait dit que sa cuisine ressemble à un laboratoire. Elle n'a aucun tapis avec des franges, car elle serait obsédée de les balayer chaque fois qu'ils ne sont pas en ordre. Elle ne supporte pas les effilochures. Elle est aussi l'adepte du travail bien fait même si ceci nécessite plus de temps et souvent elle reste au travail plus que ses collègues. Elle vérifie tout ce qu'elle fait et aussi tout ce que ses subordonnés font. Elle ne peut pas déléguer facilement ses responsabilités professionnelles que seulement aux collègues qu'elle considère aussi sérieux qu'elle.

LES TROUBLES CONVERSIFS, DISSOCIATIFS ET DE
SOMATISATION

Informations personnelles	Motifs d'hospitalisation
Sexe: Femmes > hommes Âge de début: moins de 30 ans Adresse actuelle Lieu de naissance Profession État civil Religion	Tremblement généralisée, céphalée ou fatigue rebelle, paresthésies "Crise de spasmophilie" syndrome amnésique, fugue psychogène, multiples plaintes somatiques sans cause organique Urgence: oui - souvent amené par ambulance Seul / amené –souvent amené
Antécédents hérédo-collatéraux:	Famille d'origine
Psychiatriques Non-psychiatriques	Souvent enfance malheureuse avec des querelles entre les parents ou violence physique.
Les antécédents personnels	La propre famille
Cycle de l'enseignement et professionnel	Fréquemment comportement manipulateur, le mari ou les enfants prennent toutes les tâches ménagères du patient.
Conditions de vie:	Personnalité prémorbide
Conditions de travail:	Personnalité histrionique - Égoïsme de type captatif avec le besoin d'être aimé, admiré et d'être au centre de l'attention
Temps libre:	- Suggestibilité haute - Sociabilité, comportement hyper-expressif et manipulateur - Faible tolérance à la frustration
Réseau de soutien: réduite à cause des relations superficielles avec les autres (capacité réduite de transfert affectif).	

Histoire de la maladie (épisodes précédents)

+/- tentatives de parasuicide répétées: il n'y a aucun désir réel de mourir, mais le désir d'impressionner son entourage, l'acte est souvent impulsif en présence de la personne avec laquelle le patient est en conflit, les moyens choisis pour le suicide ne sont pas sûrs: surdosage de médicaments inoffensifs, briser sa peau auprès de ses veines. Le patient prend toujours des précautions pour être trouvé en temps ou il ne cache pas la bouteille de médicament qu'il a pris.

+/- crises explosives hystériques ou évanouissements hystériques en cas de frustrations ou de conflits. Hospitalisations longues et répétées en psychiatrie, le patient insiste d'être traité et il adopte rôle du malade.

Épisode actuel	Diagnostic: Trouble conversif Trouble dissociatif Trouble de somatisation	
<p>Début</p> <p>Fréquemment après un conflit ou une frustration.</p> <p>Les symptômes sont impressionnants pour l'entourage du patient, ceci est souvent amené par ambulance.</p> <p>Le patient semble indifférent („la belle indifférence”) par rapport à l'intensité des symptômes et se laisse au soin du médecin.</p>	<p>Tableau clinique</p> <p><u>Syndrome de conversion somatique</u>: paresthésies ou anesthésies qui ne respectent pas les dermatomes, paralysies avec les réflexes normales, cécité, crises pseudo épileptiques.</p> <p><u>Syndrome dissociatif</u>: amnésie globale ou sélective, fugue psychogène</p> <p><u>Syndrome de somatisation</u>: multiples plaintes somatiques de nombreux organes et systèmes: douleurs, symptômes digestifs, neurologiques, de la sphère sexuelle.</p>	<p>Traitement</p> <p>1. psychothérapie</p> <p>- Centrée sur le symptôme (suggestion simple ou armée)</p> <p>- L'analyse du conflit intrapsychique</p> <p>2. traitement médicamenteux en cas de comorbidité psychiatrique</p>

Cas A.M., 39 ans, femme.

Elle est dirigée vers la psychiatrie par l'oto-rhino-laryngologiste, et elle a été apportée par sa famille parce qu'elle ne peut plus parler. Pendant la consultation, on remarque qu'elle entend tout ce qu'on lui dit; elle fait des signes avec les mains et les lèvres pour transmettre le fait qu'elle ne peut pas s'exprimer verbalement. On ne constate aucun symptôme exprimant une souffrance de l'appareil vocal ou du système nerveux central. On obtient les informations suivantes de son mari: elle a grandi dans une famille de cinq enfants, étant le plus petite d'entre eux elle a été largement négligée du point de vue éducationnel. Une grand-mère s'est occupée d'elle et a accompli tous ses désirs. Elle a présenté énurésie. Fille „capricieuse”, elle voudrait obtenir tout ce qu'elle désirait, au cas contraire elle commençait à pleurer sans cesse. Elle était aimée par ses copains et copines, car elle avait de l'initiative et savait comment raconter des histoires d'une façon attractive. Quand elle avait 15 ans ses parents ont découvert qu'elle avait une liaison avec un garçon un peu plus grand qui s'est terminée avec une scène mélodramatique. Puis, elle „s'est assagie” et s'est engagée comme programmateur. Elle se marie à 23 ans avec un médecin et a une fille. Mais le mariage n'est pas heureux et divorcent après 3 ans. L'enfant reste avec elle. Se remarie à 29 ans avec un collègue de travail, plus âgé qu'elle de 10 ans, un homme tranquille, qui se préoccupe de l'éducation de l'enfant. Ils n'ont pas d'autres enfants. Comme mère elle est hyper-protectrice. Au travail elle désire avoir de bons résultats. Elle est toujours mise en évidence et a plusieurs fonctions sociales. À 36 ans elle est soupçonnée d'une tumeur mammaire. Après de nombreux examens on avait décidé qu'il n'y avait pas aucun risque de malignité. Après un an, son mari a un infarctus, elle est très dévouée et prend soin de lui et il se récupère. L'année suivante, ses deux parents meurent. Au travail, des réorganisations sont faites et elle est placée dans un autre secteur. Étant enviée longtemps, maintenant on lui reproche de plus en plus ses attitudes. Elle est changée de toutes ses fonctions antérieures. Le cycle menstruel devient irrégulier. Elle se sent abandonnée et a pitié de sa propre situation. Dans ce contexte, sa fille de 15 ans s'enfuit de la maison avec un garçon. Lorsqu'elle l'apprend „s'évanouit”. Alors, elle quitte la maison et erre dans les rues jusque tard dans la nuit, quand son mari la trouve sur un banc dans le cimetière. Retournée chez soi, elle commence dernièrement à accuser de la céphalée et pleure sans cesse. Elle ne mange plus et dit qu'elle sent qu'elle ne peut plus bouger ses jambes et reste au lit. Le médecin appelé ne trouve aucun changement neurologique pour expliquer son impossibilité de marcher. Après un temps, sa fille revient à la maison et lorsqu'elles ont une discussion, ceci lui dit qu'elle était une mauvaise mère, égoïste et qui ne comprend rien de la vie de sa fille. Au milieu de cette discussion, la voix de la patiente se coupe soudainement. Depuis lors, elle ne peut plus parler.

LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

<p>Informations personnelles</p> <p>Sexe: hommes = femmes Âge moyen de début: 20 ans Adresse actuelle Lieu de naissance Profession État civil Religion</p>	<p>Motifs d'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les conséquences des obsessions et / ou de compulsions: retard au travail, la perte de trop de temps avec la réalisation des rituelles - dépression <p>Urgence oui/non Seul / amené</p>
<p>Antécédents hérédo-collatéraux</p> <p>Psychiatriques: La maladie des tics (Gilles de la Tourette) trouble obsessionnel-compulsif trouble de la personnalité anankastique Non-psychiatriques: Corée</p>	<p>Famille d'origine</p> <p>Un membre de la famille perfectionniste</p>
<p>Les antécédents personnels</p> <p>Cycle de l'enseignement et professionnel - la personne a généralement une bonne situation socio-économique</p>	<p>La propre famille</p> <p>Souvent célibat</p>
<p>Conditions de vie</p> <p>Conditions de travail Temps libre (hobby) Réseau de soutien social</p> <p>Les activités quotidiennes sont parasitées par des obsessions et des rituels qui peuvent lui prendre toute la journée</p>	<p>Personnalité prémorbide</p> <p>Perfectionniste (anankastique)</p> <ul style="list-style-type: none"> - préférence pour l'ordre dans le temps (planification) et dans l'espace - normes morales élevées imposées à soi même et aux autres - dévotion pour le travail avec des heures supplémentaires et le sacrifice du temps libre pour travailler - impossibilité de déléguer ses responsabilités - rigidité, parcimonie

L'histoire de la maladie (épisodes précédents)

Enfance : TICS (quelquefois)

Adolescent, jeune adulte : OBSESSIONS + ANXIÉTÉ + / - COMPULSIONS

Adulte : ÉPISODES OBSESSIONNELS - COMPULSIFS + / - DÉPRESSION

Épisode actuel	Diagnostic : Trouble obsessionnel-compulsif	
<p>Début</p> <p>Aigu après un événement stressant mais le plus souvent insidieux.</p> <p>Chez les hommes, la maladie débute à un âge plus jeune.</p>	<p>Tableau clinique</p> <p><u>Syndrome obsessionnel</u>: idées obsessionnelles, ruminations obsessionnelles, doutes obsessionnelles, phobies obsessionnelles, avec un caractère: pénétrant, persistant, récurrent et égo-dystonique.</p> <p><u>Syndrome compulsif</u>: actes comportementaux (lavage, vérification, évitement, collection) ou mentaux (comptage, rayures, arbres, piliers) avec un caractère: excessif, répétitif et stéréotypé = rituels</p> <p><u>Anxiété</u> en cas d'abstention de la compulsion</p> <p><u>Dépression</u></p>	<p>Traitement</p> <ol style="list-style-type: none">1. médicamenteux antidépresseurs:<ul style="list-style-type: none">- clomipramine- ISRS: Sertraline Fluvoxamineanxiolytiques neuroleptiques – lorsque la maladie est très sévère (maladie obsessionnelle).2. psychothérapie cognitive-comportementale3. TEC en cas d'échec de la chimio – et la psychothérapie4. psychochirurgie (dans les cas exceptionnels)

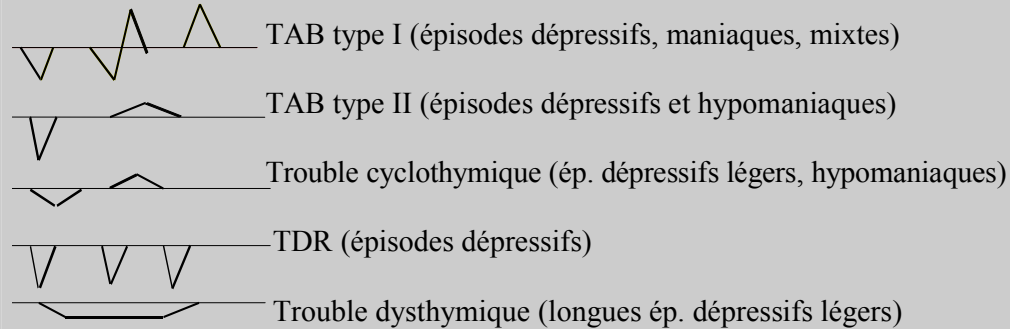
Cas G.E., 42 ans, homme, ingénieur mécanicien.

Arrive au psychiatre de sa propre initiative, après être venu encore 5 fois au cabinet de consultation et partir avant d'être reçu. Il a une tenue vestimentaire correcte, soignée. Il a un cahier dans lequel il a systématisé ses symptômes et qu'il présente au médecin. Le contact psychique est bon, mais le patient reprend toujours ce qu'il dit pour être sûr qu'il a été bien compris. Il est conscient d'une souffrance psychique tourmentante et ne peut pas voir aucune sortie de son état actuel. Il se plaint surtout d'insomnies, des difficultés de prendre des décisions, des pensées et des intentions qui lui viennent sans le vouloir et qu'il ne peut pas contrôler. Il doit toujours faire des vérifications qui le tourmentent (lorsqu'il quitte la maison, il doit retourner 3-4 fois pour vérifier s'il avait fermé la porte, éteint la lumière ou coupé l'eau). Le patient a grandi dans une famille comme enfant unique. Le père, un caractère correcte, mais rigide a toujours prétendu une discipline stricte: heures fixes pour les repas, un certain temps pour jouer, retarder dans la soirée était strictement interdit. La mère a été hyper-protectrice, plutôt anxieuse qu'affectueuse. L'enfant a grandi plutôt avec sa grande mère. Il a démontré être têtard depuis son enfance. Entre 6 et 7 ans, il présente des tics faciaux. À l'école, il a été sage, consciencieux, travailleur et hyper ordonné. Il a toujours obtenu des prix, étant donné comme un bon exemple. Il n'a eu aucune maladie spéciale et n'a pas consommé d'alcool. Il a étudié la Polytechnique avec de bons résultats. Il n'a pas pratiqué du sport, ni de la danse. Comme ingénieur il a toujours fait son travail sérieusement; quoi que chose qu'il commençait voulait être bien faite. Il se marie à 25 ans avec une collègue, plus de l'initiative de celle-ci. Ils ont un fils qui est devenu de plus en plus désobéissant. Dans la famille il y a des conflits liés à son caractère maussade qui n'aime pas les rencontres mondaines. Son épouse s'ennuie, elle va à des spectacles avec leurs amis et lui reproche son manque d'intérêt pour la famille. Les divergences apparaissent aussi au sujet de l'éducation de l'enfant. Au travail, où il est apprécié, il est promu à un poste de management. Il prend très au sérieux son travail et passe la plupart du temps dans la salle. Il est toujours préoccupé par l'organisation insuffisante de la production, par le trop grand désordre qu'il trouve dans certains secteurs, par l'indifférence et la frivolité de quelques subordonnés et cherche à compenser les carences par son propre travail. Il travaille des heures supplémentaires et pendant la nuit il pense comment résoudre les problèmes au lendemain. Mais les résultats retardent. Il est critiqué aussi. Il commence à ne pouvoir plus s'endormir et à se lever tôt. L'appétit alimentaire diminue. Il n'est plus sûr de soi-même, il vérifie plusieurs fois s'il a fait une chose bien ou mal, s'il l'a faite ou pas. Sans le vouloir, les problèmes du travail lui arrivent dans la tête et il ne peut pas s'en échapper. Et aussi il lui peut arriver dans la tête une chanson ou une question absurde qui lui paralyse la conscience. Parfois, sans le vouloir, il compte les poteaux télégraphiques ou les pierres du pavage. Il est devenu triste, et il a perdu des poids. Il a commencé à penser qu'il pourrait être malade (cancer, peut-être?). Il pense aussi à une infection chronique. Il se lave les mains 10-20 fois / jour. Avant d'agir, il doit écrire des plans détaillés. Il doit tout vérifier. Son rendement a diminué progressivement. L'anxiété, la panique et la tristesse apparaissent. En traversant un pont, lui arrive une pensée „et si je me jette?!”. Dans le tram il lui arrive à injurier les autres et s'abstient avec difficulté. Après bien des hésitations, enfin, il se présente chez le médecin.

LES TROUBLES AFFECTIFS PÉRIODIQUES

Informations personnelles Sexe: Femmes > hommes (TDR) Femmes = hommes (TAB) Âge 40 Ans (TDR) / 30 ans (TAB) Adresse actuelle Lieu de naissance Profession État civile Religion	Motifs d'hospitalisation - Troubles de la mémoire et de l'attention - Algies psychiques dysfonction sexuelle - Perte d'appétit, perte de poids Urgence - Stupeur mélancolique - Tentative de suicide - Épisode maniaque Seul / amené
Antécédents hérédo collatéraux Psychiatriques: TAB, TDR, alcoolisme Non-psychiatriques	Famille d'origine - la perte de la mère avant 11 ans
Antécédents personnels Dépression secondaire: -sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral -phlébo-thrombose On cherche activement: -une cardiopathie -le glaucome à angle fermé -l'adénome de la prostate -l'épilepsie Cycle de l'enseignement et professionnel	La propre famille - Problèmes conjugaux depuis longtemps - L'absence d'une relation de soutien avec un autre adulte - Deuil ou solitude (personnes âgées) - Prendre soin de 3 ou plus enfants qui ont moins de 14 ans
Conditions de vie Parfois alcoolisme secondaire (l'alcool comme une "solution à un problème") Conditions de logement précaires Conditions de travail: chômage ou retraite (personnes âgées) avec l'affectation du budget et la perte du statut social Temps libre: important d'investiguer pour l'anhédonie Réseau de soutien: fréquemment absente	Personnalité prémorbide Vulnérabilité à la dépression: Traits perfectionnistes (surtout) Traits de la personnalité dépendante Traits anxieux et évitants Traits histrioniques

L'histoire de la maladie (épisodes antérieurs)



Épisode actuel	Diagnostic: TDR, TAB, Trouble dysthymique, Trouble cyclothymique	
Début	Tableau clinique	Traitement
<p><u>Dépression exogène</u> Psychotraumatisme: Décès- réaction psychopathologique au deuil</p> <p>Accumulation d'événements stressants de la vie chez une personnalité vulnérable - névrose dépressive.</p> <p><u>Dépression endogène</u> Absence des facteurs déclencheurs - TDR</p> <p><u>TAB</u> Privation de sommeil Abus de stimulants (cocaïne)</p>	<p>- Syndrome dépressif, maniaque ou mixte avec / sans symptômes psychotiques (délire congruent ou non congruent à l'humeur)</p> <p>- Syndrome dépressif avec stupeur mélancolique</p> <p>- Syndrome maniaque avec agitation psychomotrice</p> <p>- Syndrome anxieux- dépressif (insomnie mixte et anxiété).</p>	<p>épisode dépressif</p> <p>1. médicaments: antidépresseurs + / - stabilisateurs de l'humeur + /- neuroleptiques</p> <p>2. échec du traitement médicamenteux - TEC</p> <p>3. psychothérapie cognitive type Beck</p> <p>épisode maniaque neuroleptiques + anticholinergique + stabilisateurs de l'humeur</p>

Cas I.G., 33 ans, femme, mariée

Hospitalisée d'urgence à la demande de la famille pour nervosité, irritabilité, humeur triste, tendance à pleurer facilement, idées de culpabilité et d'inutilité.

Antécédents personnels pathologiques: convulsions (9 mois), diagnostic de trouble mental il y a 11 ans.

Famille d'origine: née dans une famille légalement constituée. Elle est la deuxième en fratrie. Bonnes relations à l'intérieur la famille. La mère est décrite comme sociable (ressemblant à la patiente). Le père est décrit comme un caractère persévérant, patient.

La propre famille: la patiente est actuellement au deuxième mariage. Son premier mari est décrit comme querelleur et parfois violent. Elle affirme qu'il la soumise à diverses agressions sexuelles. Le divorce a été émis il y a six ans dû aux „divergences de caractère".

Cycle de l'enseignement et professionnel: Gradulée 12 classes. Actuellement travaille comme éducatrice.

Personnalité prémorbide: décrit avoir une nature émotionnellement labile.

Les événements stressants de la vie (ESV): le divorce (il y a 6 ans), la séparation de son deuxième mari (deux semaines avant l'admission actuelle).

L'histoire du trouble psychique: la patiente est à la sixième hospitalisation dans une clinique psychiatrique. La première admission a eu lieu il y a 11 ans.

Les symptômes actuels incluent humeur triste marquée (avec tendance à pleurer facilement), idées de culpabilité („parce qu'il est malade"), d'inutilité, anhédonie, manque de confiance en soi, insomnie mixtes. Ces symptômes alternent avec des périodes au cours desquelles la patiente a une gaieté exagérée et un enthousiasme permanent („avec une envie intense de travailler"), une énergie vitale augmentée, avec un comportement désinhibé et incontrôlé (fait des emprunts exagérés, s'implique dans de projets irréalistes, conduit la voiture imprudemment).

Pendant cette période, la patiente parle beaucoup, saute d'une idée à l'autre, ne peut pas se concentrer, a un besoin réduit de sommeil (se réveille après quelques heures de sommeil avec de l'énergie débordante). Parfois, au cours de la journée entend des voix d'hommes et de femmes (qui ne sont pas réelles) qui lui disent des choses agréables.

L'activité socioprofessionnelle de la patiente est perturbée, fait confirmé par l'enquête menée par l'assistant social. Ces périodes de changement (cycles) de l'humeur durent 3-4 jours. La patiente raconte qu'après un conflit avec son ex-mari, elle a détruit plusieurs choses dans la maison. La patiente n'a aucune conscience de sa maladie psychique au moment de l'examinations. L'adhésion thérapeutique est réduite, la patiente ne suit pas le traitement prescrit par le médecin.

LA SCHIZOPHRÉNIE

<p>Informations personnelles</p> <p>Sexe: Femmes = hommes Âge au début: 15-35 ans Adresse actuelle Lieu de naissance Profession: rarement terminent les études et s'engagent État civil: rarement marié Religion: important d'investiguer en cas de délire mystique</p>	<p>Motifs d'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • agitation psychomotrice • comportement bizarre • rendement scolaire / professionnel réduit <p>Urgence: fréquemment hospitalisation forcée: quelquefois nécessaire Seul / amené par la famille ou la police</p>
<p>Antécédents hérédo-collatéraux</p> <p>Psychiatriques: schizophrénie, le trouble de la personnalité schizoïde Non-psychiatriques</p>	<p>Famille d'origine</p> <p>Famille avec une expression émotionnelle augmentée (conflits, rejet).</p>
<p>APP</p> <p>- souffrance pré / périnatale AP Physiologiques: Dernière menstruation chez les femmes Cycle d'enseignement et professionnel: rarement études supérieures</p>	<p>La famille propre</p> <p>Souvent, le patient est célibataire. L'existence d'une famille propre pour les soutenir est un facteur pronostique positif.</p>
<p>Conditions de vie: souvent à la suite de dommages causés par la maladie, le sujet ne peut pas gérer soi-même et a besoin d'un logement protégé. Conditions de travail: souvent la retraite du patient est nécessaire ou la participation à l'ergothérapie ou ateliers protégés. Temps libre: la maladie prédispose le patient à la perte d'intérêt pour toute activité Réseau de soutien: le patient est souvent rejeté par la famille</p>	<p>Personnalité prémorbide</p> <p>On recherche les traits de personnalité schizoïde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - froideur émotionnelle - indifférence à la critique ou aux éloges - désintérêt pour les relations sociales et l'activité sexuelle - préférence pour les activités solitaires et abstraites - non-conformisme, excentricité comportementale et vestimentaire

L'histoire de la maladie (épisodes antérieurs) pendant 5 années

	<p>22% des cas</p> <p>35% des cas</p> <p>8% des cas</p> <p>35% des cas</p>	<p>Un épisode avec rémission complète</p> <p>> épisodes avec rémission complète</p> <p>> épisodes avec rémission incomplète avec déficits constants</p> <p>> épisodes, remissions incomplètes avec déficits qui s'aggravent</p>
<p>Épisode actuel</p>	<p>diagnostique: schizophrénie paranoïde, hétéro-organisée, catatonique, indifférenciée</p>	
<p>Début</p> <p>Insidieux avec des <u>symptômes déficitaires</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - retrait social - troubles de l'attention et de la mémoire <u>dérealisation</u> <u>dépersonnalisation</u> <u>anxiété</u> <p>Aigu: avec des <u>symptômes productifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Délire - Hallucinations - Agitation psychomotrice - Comportement bizarre 	<p>Tableau clinique</p> <p>Syndrome productif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - délire paranoïde - automatisme mental - hallucinations auditives <p>Syndrome de désorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - dissociation idéo-verbale - émotions inadéquates ou ambivalence émotionnelle - comportement bizarre - maniérismes <p>Syndrome déficitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - retrait social - aplatissement affectif - alogie, aboulie <p>Syndrome catatonique</p>	<p>Traitement</p> <p>1. Médicamenteux</p> <p><i>Pour le délire, les hallucinations, l'agitation psychomotrice:</i></p> <p>antipsychotiques classiques ou atypiques</p> <p><i>Pour les symptômes déficitaires antipsychotiques atypiques ou bimodaux</i></p> <p>2. Échec du traitement médicamenteux (TEC)</p> <p>3. Programmes de réhabilitation psychosociale</p>

Cas D.V., homme, 22 ans, étudiant IIème année à la Polytechnique, célibataire.

Amené à l'hôpital psychiatrique par ses parents. Présentation: tenue négligente (mauvais état hygiénique, pas rasé, cheveux sales), regard inexpressif, gestes stéréotypés, faciès immobile, „air” bizarre, inquiet, mécontent d'être amené chez le médecin, mais sans aucune opposition évidente. Sans sommeil, faible, longiligne, il parle distant et „froid” avec un air de supériorité méconnue. Le contact avec le médecin est établi avec difficulté. Motifs de l'hospitalisation. Spontanément, le patient n'accuse aucun symptôme, au contraire, il est fâché d'être amené au médecin, car il n'est pas malade. En parlant avec les parents on apprend que: leur fils montre une diminution progressive des performances intellectuelles, il a répété la deuxième année universitaire, abandonnant. Il reste la plupart du temps dans la maison, il ne veut pas voir personne, il fume beaucoup (allume une cigarette à un autre), il boit du café en grandes quantités. Depuis quelques semaines, il se lave sporadiquement, refuse de voir ses parents, recevant des aliments à travers la porte entrouverte et après avoir mangé (seulement petites quantités) il met la vaisselle dans l'embrasure. Il laisse l'impression qu'il étudie jour et nuit, il est intéressé de la philosophie, il écrit des poèmes, sans laisser personne s'approcher de soi et de son travail. Personnalité pré morbide: Type biologique asthénique, longiligne, comme enfant il s'est développé normalement du point de vue psychomoteur, peu sociable, timide, évite les confrontations directes avec les autres copains. Bon élève avec des résultats scolaires dessus de la moyenne, il n'était pas intéressé aux filles, il préférerait lire que d'aller à une réunion avec ses collègues. Histoire de la maladie: les parents reconnaissent rétrospectivement les changements de comportement, installés il ya deux ans, mais qu'ils ont interprété comme une malaise due à une déception sentimentale. Il est devenu plus retiré, rêveur, pas attentif, en donnant l'impression qu'il est préoccupé par des problèmes spéciaux. Cet événement a eu lieu pendant la première année d'université et a été corrélé avec la fatigue d'après l'examen d'admission et avec l'adaptation plus difficile aux exigences universitaires. À la même période, les parents rappellent le début de sa passion pour la poésie et la philosophie, matérialisée par les achats et les emprunts d'une série de livres de philosophie et de poésie. Au cours de la deuxième année d'université (profil technique), les parents ont remarqué un manque d'intérêt pour les matières enseignées. Le jeune, était devenu plus „négligent”, il s'était éloigné de ses amis, en les considérant incapables de soutenir un débat intellectuel. Ses préoccupations extra-universitaires lui prenaient la plupart du temps et il essayait d'expliquer à ses parents sa nouvelle orientation vers la philosophie. Il répète l'année universitaire, mais son rendement intellectuel diminue progressivement, il devient stéréotype, avec peu d'idées. Dans le domaine de la philosophie il utilise des concepts et des notions sans contenu réel; est incapable de comprendre et de reformuler les problèmes, sa pensée est coincée dans l'inefficacité. L'examen psychique révèle des réponses précises et cohérentes aux questions avec un degré de difficulté bas. Lorsque le dialogue se prolonge et le degré d'abstraction de la discussion augmente, les déficiences de la logique et l'incohérence des idées apparaissent clairement (par exemple, pendant l'interprétation d'un poème propre il dit que „le signe de Brâncuși, représente l'homme et la femme, et chaque est dans un plan différent, mais parce qu'ils signifient l'éloignement et la proximité ... le soleil est androgyne).

Cas I.D., 18 ans, ouvrier non qualifié, célibataire

Amené d'urgence avec une ambulance, après avoir cassé le téléviseur et les fenêtres.

Présentation: pauvrement habillé, sa chemise est déchirée et tachée de sang, il a des rayures et des coupures dans la région antérieure des cuisses et sur les bras. Cheveux en désordre, faciès „terne”, il rit aux éclats, sans motifs, fait de gestes obscènes, sa mimique est en discordance avec son état d'agitation, il crache et il jure. Il rit „sans sens”, utilise de mots vulgaires, ses mouvements sont incontrôlés, sans finalité.

Il ne répond pas aux questions, il hurle, se débat, donne de coups de pieds et de mains; a de mouvements chaotiques. Irrité, excité, il ne semble pas remarquer les gens autour de lui et regarde dans le vide. Il fait des bruits monosyllabiques et les mots qu'il utilise n'ont aucun lien entre eux, sont exprimé d'une façon anarchique, incohérent. Il a une rage agressive, sans objet spécifique, il casse et frappe tout autour de lui. Nécessite contrainte et sédation neuroleptique. Quelques jours après l'hospitalisation, période pendant laquelle il a été toujours agité psychomoteur même après l'administration de neuroleptiques en doses élevées, son état change, il devient apathique, calme, reste au lit longtemps, ne communique pas. Il reste immobile dans son lit, en refusant de manger et en s'opposant initialement. Quand on lui donne des commandes simples, il fait toujours le contraire. Si on lui dit „ouvre la bouche” il serre les mâchoires.

Après un jour, il ne se lève plus du lit, ni pour les besoins biologiques. Si on le lève de son lit il reste dans cette position, si on le soulève la main, celle-ci reste soulevée une longue période. Il ressemble à une poupée de cire, on lui peut imprimer n'importe quelle forme (plasticité cireuse). Il dort avec la tête positionnée d'une façon étrange, suspendue dans l'air (oreiller mental). Après l'application de l'électrochoc son état s'améliore, il s'alimente seul, et se lève du lit. Motifs de l'hospitalisation: état de grande agitation psychomoteur, incohérence verbale, agressivité marquée. Histoire de la maladie: début brusque le jour précédent avec agitation, anxiété, comportement bizarre. Il n'y avait pas des raisons psychologiques traumatiques ou de l'ingestion de substances toxiques pour expliquer l'état actuel.

Il n'a jamais excellé en ce qui concerne les résultats scolaires et il a été un élève sous-médiocre. Il provient d'une liaison amoureuse de sa mère avec un homme un homme dont elle ne connaît pas l'histoire personnelle. Il a été une enfant espiègle, à 18 ans il a quitté l'école après avoir fini 8 classes, puis il change trois emplois comme ouvrier non qualifié. Dernièrement il vagabondait, quittait son travail pour aller au cinéma. Il arrivait chez soi tard dans la nuit. Il a reçu une amende pour avoir troublé la paix publique dans un endroit, étant en compagnie d'autres jeunes sans occupation. Examen psychique: crise d'agitation psychomotrice, incohérence verbale, stéréotypie, stupeur catatonique, négativisme, catalepsie.

Cas M.D., femme, 43 ans

Est hospitalisée à l'insistance du médecin d'entreprise qui observe de bizarreries comportementales de la patiente. Pendant les premiers jours d'hospitalisation, la patiente a une attitude réservée, prudente, évite de parler avec le médecin de ses „vrais” problèmes. Peu à peu, après plusieurs rencontres avec le médecin, elle décide de „parler”.

Les antécédents héréditaires et personnels sont insignifiants. La vie de la patiente a été très riche en événements. Elle a été une nature vigoureuse, avec une imagination vive, sensible, qui aimait la beauté dans le monde. Toute la vie a été vécue avec un riche chargement émotionnel. Elle change pendant les dernières années. Même si elle lisait beaucoup et avec passion, récemment elle cesse. Elle est de plus en plus préoccupée par les problèmes qui interfèrent avec le surnaturel. Elle prétend avoir la capacité de communiquer avec les esprits et surtout avec l'esprit de son mari (décédé il y a dix ans) qui traverse sa chambre pendant la nuit. Elle est sûre qu'il s'agit de lui après quelques signes que seulement elle connaît.

Il vient probable pour l'avertir, sachant qu'elle possède un grand secret – connaît l'effet de certaines plantes qui peuvent guérir même le cancer, mais elle n'a pas le courage de divulguer ce secret pour ne pas mettre en danger la vie de son fils. Elle se sent suivie, elle sait qu'elle est suivie, vérifiée, contrôlée par toutes les voitures de la ville, par des gens déguisés, d'agents et d'espions étrangers qui suivent ses actions. Au travail et à la maison est influencée par des rayonnements électromagnétiques dont les sources sont tous les fils et tous les clous dans les murs. En conséquence, elle a démantelé tous les fils électriques et a tiré tous les clous dans sa maison et au travail. En plus, elle a aussi enlevé le parquet pour trouver les microphones avec lesquels on lui peut lire les pensées. Elle entend des voix qui commentent ses actions, voit des êtres étranges qui apparaissent chaque fois qu'elle veut parler avec quelqu'un de ce que lui arrive. Elle a peur de parler au médecin qui la traite, car elle voit toujours un être menaçant derrière lui. Cette univers fantastique se déroule en parallèle avec la vie quotidienne de la patiente et a permis néanmoins pour longtemps une bonne insertion dans la vie sociale et professionnelle. Alors que le monde fantastique des esprits et des persécuteurs chevauche la réalité, la patiente arrive à l'hôpital, étant particulièrement troublée par des "influences extérieures" qui déterminent une réaction affective angoissante, avec insomnies, inquiétudes, agitation et fatigue.

Examen psychique: champ de conscience claire avec une bonne orientation auto et allopsychique. En plan perceptif, sont présentes les hallucinations auditives (bruits nocturnes, voix qui commentent ses actions, qui la menacent). En plan de la pensée, on rencontre un délire relativement bien systématisé, avec un thème fantastique: la communication avec les esprits, la possession d'un secret d'une importance planétaire et un délire d'influence extérieure. La présence du syndrome de l'automatisme mental est démontrée à la fois par le sentiment et la conviction de la patiente que ses pensées sont enregistrés et par ses conséquences: elle enlève le parquet, tire les clous des murs et les fils électriques. La patiente n'a pas conscience de sa maladie. Elle arrive chez le psychiatre seulement quand, épuisée, elle ne résiste plus aux „influences” et „surveillances”. Elle devient intensément déprimée, anxieuse, particulièrement pendant la nuit quand elle sent la présence des esprits.

LES RÉACTIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES

<p>Informations personnelles</p> <p>Sexe: Femmes = hommes Âge au début: tous les âges Adresse actuelle: Changement de logement, émigration (en cas de trouble d'adaptation) Lieu de naissance Profession: des militaires qui ont participé à des guerres, des missions de paix, des missions spéciales (en cas de SSPT) Etat civil: fréquemment célibataire Religion (parfois conversion religieuse ou perte de la foi en la divinité)</p>	<p>Motifs de l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attaque de panique • Agitation psychomotrice • Anxiété avec insomnie • Cauchemars récurrents • Dépression • Abus de sédatifs, d'alcool, de drogues <p>Urgence: oui / non Seul / Amené: amené par la famille ou la police</p>
<p>Antécédents hérédo-collatéraux</p> <p>Psychiatriques: Non-psychiatriques:</p>	<p>Famille d'origine:</p> <p>Abus dans la famille (en cas de syndrome de stress post-traumatique – SSPT)</p>
<p>Antécédents personnels</p> <p>Psycho-traumas en enfance (SSPT), maladies somatiques (troubles d'adaptation) Cycle d'enseignement et professionnel</p>	<p>Famille propre</p> <p>Séparation d'un membre de la famille en cas de divorce, décès Grossesse, élever un enfant</p>
<p>Conditions de vie: classes sociales défavorisées (trouble de l'adaptation) Conditions de travail: congédiement, promotion, retraite Temps libre: Réseau de soutien social: absent ou inefficace</p>	<p>Personnalité prémorbide:</p> <p>dépendante paranoïde instable- émotionnelle</p>

Histoire de la maladie

Le psychotraumatisme: événement extrêmement impressionnant dans lequel le sujet se peut sentir brusquement menacé par la mort, par des blessures psychologiques, par son intégrité physique. Il peut s'agir des situations qui surgissent pendant les guerres ou les révolutions, des situations dans lesquelles la personne est attaquée directement (attaque physique, vol, viol), attaques terroristes, torture, emprisonnement, accidents d'auto, ou être témoin à une mort violente ou l'agression des proches, catastrophes naturelles – réaction aiguë au stress

Changements importants de la vie (puberté, vieillissement, promotion, retraite, émigration, divorce, deuil) – trouble d'adaptation

Évolution autolimitée: max. 1 mois (réaction aiguë au stress), plus ou moins de 3 mois (SSPT), 6 mois – 2 ans (trouble d'adaptation).

Épisode actuel	Diagnostic: réaction aiguë au stress, Trouble de stress post-traumatique, trouble d'adaptation	
Début - aigu: heures, un jour après un psychotraumatisme (réaction aiguë au stress) - sous-aigu: après un psychotraumatisme, période de latence jusqu'à 6 mois (trouble de stress post-traumatique) - sous-aigu jusqu'à 3 mois après un changement important de la vie (troubles d'adaptation)	Tableau clinique Réaction aiguë au stress: attaque de panique intense avec détachement, déréalisation, dépersonnalisation, agitation ou inhibition psychomotrice Trouble de stress post-traumatique: anxiété, évitement des gens, des situations liées au psychotraumatisme, amnésie dissociative, flashbacks, cauchemars répétitifs sur le psychotraumatisme Troubles d'adaptation: - anxiété - dépression - troubles de conduite - tableau mixte	Traitement 1. médicamenteux anxiolytiques, antidépresseurs 2. psychothérapie: thérapie de support intervention en crise abréaction thérapie de groupe

Cas T.M., 50 ans, homme, comptable, veuf

Le patient est amené à un psychiatre par ses collègues qui ont constaté que sa performance au travail a diminué, qu'il tend s'isoler et dernièrement il vient au travail après avoir consommé de l'alcool. L'anamnèse montre que le patient a survécu à un accident de voiture. Il conduisait la voiture en compagnie de sa femme et sa fille. Après l'accident sa femme est morte, pendant que le patient et sa fille ont survécu.

Quatre mois après l'accident et après une récupération apparemment calme, le patient a développé des troubles du sommeil avec des cauchemars répétés sur accident. Il s'effraye facilement et devient inquiet pendant la nuit. Il évite toutes les situations qui peuvent lui souvenir de l'accident. Il est arrêté de conduire la voiture et n'utilise plus ce moyen de transport ni avec d'autres chauffeurs.

Il évite de parler de ce qui s'est passé ce jour-là et lorsqu'on lui a demandé sur sa famille il semble avoir difficulté à se souvenir des détails sur le jour de l'accident, en dépit du fait qu'il n'est pas été dans le coma. Parfois, il est tourmenté par des souvenirs de l'accident qui lui arrivent en forme de flashbacks pendant la journée, ce qui affecte son fonctionnement familial, professionnel et social.

LE RETARD MENTAL

<p>Informations personnelles</p> <p>Sexe: Femmes = hommes Âge au début: 0-12 ans Adresse actuelle Lieu de naissance Profession: selon la sévérité du retard État civil: fréquemment célibataire Religion</p>	<p>Motifs de l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitation psychomotrice • Auto-ou hétéro-agressivité <p>Urgence: oui / non Seul / amené: amené par la famille ou la police</p>
<p>Antécédents hérédo-collatéraux</p> <p>Psychiatriques: Non-psychiatriques: maladies génétiques</p>	<p>Famille d'origine</p>
<p>Antécédents personnels pathologiques</p> <p>- maladies génétiques, infection pré-, péri- et postnatale, exposition à des substances toxiques, accident vasculaire cérébral, tumeur, traumatisme physique, mal-nutrition sévère, la carence en iode</p> <p>Cycle scolaire et professionnel Les personnes avec un retard mental léger peuvent facilement suivre une école avec aidants scolaires (4 classes).</p>	<p>Famille propre</p> <p>Souvent, le patient est célibataire</p>
<p>Conditions de vie: souvent inappropriées Conditions de travail: Temps libre: Réseau de soutien social: souvent inappropriée</p>	<p>Personnalité prémorbide</p>

Histoire de la maladie (épisodes antérieurs)

Enfance : multiples hospitalisations dans les services de neuropsychiatrie pour enfants.

Adolescent, jeune adulte: hospitalisations dans les services de neuropsychiatrie pour enfants / psychiatrie pour adultes; troubles de conduite/comportement, auto- ou hétéro-agressivité verbale/physique (le retard mental disharmonique).

Épisode actuel	Diagnostic: Niveau mental à la limite/ Retard mental léger/moyen/grave avec/sans la déficience du comportement	
<p>Début Aigu après un événement stressant majeur/mineur (conflits interpersonnels)</p> <p>Degrés de sévérité:</p> <p>- Niveau mental à la limite (QI =70-84)</p> <p>-retard mental léger (QI=50-69)</p> <p>-retard mental moyen/grave (QI=20-49)</p> <p>-retard mental profond (QI < 20)</p>	<p>Tableau clinique</p> <p>Déficits intellectuels-cognitifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - difficulté de parler, lire, écrire, calculer - déficits de la mémoire et de l'attention - déficits de compréhension / jugement - inquiétude /agitation psychomotrice. - hétéro-agressivité verbale ou physique - auto-agressivité - irritabilité - labilité émotionnelle - réactions anxieux-dépressifs au stress - rarement, épisodes psychotiques 	<p>Traitement</p> <p>1. médicamenteux des comorbidités psychiatriques: dépression (antidépresseurs) agitation psychomotrice et troubles du comportement (antipsychotiques typiques ou atypiques, régulateurs de l'humeur)</p> <p>2. psychothérapie: de support et/ou éducative, counselling parental, activités de groupe</p>

Cas B.T., homme, 19 ans, célibataire

Il est apporté d'urgence par ses parents pour un comportement agressif qui est apparu soudainement pendant une querelle en famille. Le patient est agité psychomoteur menace la famille et les cadres médicales et dit qu'il lui suffit d'être dirigé toujours par ses parents.

Son vocabulaire est pauvre et il a des moments quand il balance son corps pendant qu'il parle. L'hygiène corporelle et sa tenue sont appropriées. Le patient présente un déficit cognitif, de la mémoire et de l'attention, n'étant pas capable de conter la raison des querelles répétées avec la famille. Il ne peut ni argumenter son comportement, en insistant toutefois sur le fait que sa vie est dirigée par les parents.

Les parents racontent que le patient est né prématurément, par césarienne avec un poids de naissance de 1400 g. Le développement psychomoteur a été retardé (il a commencé à marcher à l'âge de 2 ans et 8 mois et de parler à l'âge de 3 ans et 2 mois). Il a suivi une école spéciale avec des aidants scolaires (4 classes) et a travaillé seulement pour deux semaines dans un atelier de couture où il n'a pu pas s'adapter.

Il n'a jamais eu aucune relation affective.

À l'âge de 4 ans et 6 mois, le patient a souffert un traumatisme crânien grave (par chute). Après cet événement, il est devenu retiré, pas communicatif et agressif physiquement et verbalement avec les parents et aussi avec les autres gens qu'il est venu en contact. Le patient a eu de multiples admissions chez l'Hôpital de neuropsychiatrie infantile pour des épisodes dépressifs et des raptus violents. Le test non-verbal Raven révèle un score de QI de 62.

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

LA PERSONNALITÉ = manière constante d'un individu de sentir, de penser, d'agir et de réagir

TYPES PRINCIPAUX	CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES TROUBLES DE PERSONNALITÉ
---------------------	--

- ❑ les traits de la personnalité sont excessivement et globalement accentués
- ❑ le fonctionnement de l'individu dans la famille, dans la société ou au travail) est maladaptatif, rigide (inflexible dans une variété de circonstances) et durable (non-évolutif).
- ❑ egosyntonie (la personne est satisfaite de soi-même), allo-plasticité (la personne ne ressent pas le besoin à se changer, mais plutôt celle de changer les autres)
- ❑ vulnérabilité pour d'autres troubles psychiatriques
- ❑ plasticité pathologique (la modification du tableau clinique de la pathologie comorbide)
- ❑ début à l'adolescence ou au jeune adulte

SCHIZOÏDE	<ol style="list-style-type: none"> 1. indifférence à la critique ou l'éloge 2. besoin de mener une existence solitaire 3. froideur affective (capacité diminuée d'exprimer ses sentiments) 4. désintérêt pour les relations étroites ou intimes 5. préoccupation pour les fantaisies et les introspections 6. préférence pour les activités solitaires et abstraites 7. excentricité, non conformisme
PARANOÏDE	<ol style="list-style-type: none"> 1. mégalomanie, autosuffisance 2. hyper vigilance et préoccupation injustifiée pour le manque de loyauté des amis ou des collègues 3. sensibilité à la critique 4. soupçonneux 5. interprétatif, hyper-vigilant 6. rancune 7. quérulence, processomanie

ANTISOCIALE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le mépris et la violation des droits et de la sécurité des autres 2. Incapacité à se conformer aux normes sociales, aux lois 3. Tromperie, indiquée par l'usage répété du mensonge, l'escroquerie d'autrui pour le profit personnel 4. Irresponsabilité au travail et incapacité à honorer des obligations financières 5. Impulsivité, faible tolérance à la frustration 6. Irritabilité et de agressivité 7. Absence de remords ou de culpabilité
HISTRIONIQUE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le besoin d'être le centre de l'attention d'autrui, faible capacité de transfert affectif 2. Sociabilité 3. Suggestibilité 4. Faible tolérance à la frustration 5. Hyper-émotivité (exagération de l'expression émotionnelle), pleure facilement 6. Affectivité labile et superficielle 7. Comportement théâtral, manipulateur, séduisant, qui vise à attirer l'attention par l'apparence physique (séduction par le comportement et l'apparence)
ÉMOTIONNEL- LEMENT INSTABLE	<p>Type impulsif: instabilité émotionnelle et manque de contrôle des impulsions (explosions violentes lorsque le sujet est critiqué).</p> <p>Type borderline:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relations interpersonnelles intenses et instables 2. Efforts effrénés pour éviter un abandon réel ou imaginé 3. Impulsivité dans des domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses excessives, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie) 4. Instabilité de l'image de soi 5. Instabilité affective, les réactions émotionnelles intenses (dysphorie, anxiété, irritabilité, rage, agressivité) 6. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations 7. Sentiments chroniques de vide intérieur, idéation paranoïde

ANANKASTIQUE PERFEC- TIONNISTE OBSESSIONNEL- COMPULSIVE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perfectionnisme inhibant (incapacité d'accomplir une tâche à cause des normes auto-imposées exagérées) 2. Dévotion pour le travail (injustifiée du point de vue financier) au détriment des loisirs et des relations interpersonnelles 3. Préoccupation pour l'ordre, pour les règles et l'organisation 4. Adhésion aux conventions sociales et aux règles morales 5. Incapacité à renoncer aux objets inutiles sans valeur émotionnelle 6. Réticence à déléguer des responsabilités 7. Rigidité, obstination 8. Parcimonie
ANXIEUSE ÉVITANTE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Préoccupation et crainte excessive d'être rejeté ou critiqué 2. Sentiments d'infériorité, se perçoit comme socialement inadéquat 3. Réticence à des relations intimes 4. Réticence à lier des relations interpersonnelles quand il n'est pas sûr qu'il soit agréé 5. Inhibition dans les situations interpersonnelles nouvelles 6. Réticence à prendre des risques ou des responsabilités 7. Évitement des activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui
DÉPENDANTE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'incapacité à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui 2. Besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie 3. Méfiance dans leurs propres capacités de jugement 4. Sentiment d'impuissance lorsque le sujet doit prendre des décisions seul 5. Incapacité à exprimer son désaccord ou à accepter les tâches désagréables pour obtenir ou pour éviter la perte du soutien des autres 6. Recherche immédiate d'une nouvelle relation de supervision quand la précédente s'écroule 7. Préoccupation peur injustifiée, crainte d'être laissé à se débrouiller seul

Cas C.M., 35 ans, homme, ouvrier non qualifié chez une compagnie d'assemblage, célibataire

Hospitalisé à la demande de la Commission d'expertise médico-légale pour établir un diagnostic psychiatrique. Il est accusé des vols répétés. Au procès, la défense a invoqué „la maladie mentale” du patient et le juge a ordonné une expertise médicale. Il se présente seul pour l'hospitalisation. L'état somatique et psychique enregistrés par le médecin de garde à l'arrivée du patient à l'hôpital révèle l'absence de symptômes subjectifs et des signes objectifs de souffrance somatique ou psychique.

Le patient raconte que ses parents sont agriculteurs. Il est né et a grandi en milieu rural. Son père, un homme violent, brutal qui était un consommateur systématique de boissons alcooliques concentrées a été impliqué dans de nombreux scandales et a été condamné plusieurs fois pour diverses infractions. Il trouvait du plaisir en harcelant les membres de la famille. Il a été hospitalisé en quelques services psychiatriques mais pas pour longtemps et a été soumis à une expertise médicale une fois.

Le patient raconte aussi que sa mère était une nature soumise, passive, toujours engagée dans les tâches ménagères. Elle devait se débrouiller seule la plupart du temps, car son mari était plus souvent absent de la maison. Elle n'a pas eu le temps de s'occuper de l'éducation des enfants. Il a trois frères: deux sont agriculteurs et le troisième est alcoolique violent et incapable de s'établir de quelque part et de trouver travail.

L'atmosphère familiale pendant son enfance a toujours été tendue à cause des scandales de son père. Il pense que ses parents ont été indifférents envers lui et il les blâme pour cela, toutefois en reconnaissant qu'il n'avait jamais aimé aucun membre de sa famille. Il a seulement achevé l'enseignement obligatoire et a essayé plusieurs fois à terminer un cours de qualification professionnelle. Il explique que ses performances scolaires médiocres étaient causées par l'incapacité de ses professeurs et de ses parents de lui comprendre. Il raconte que ceux-ci le punissaient souvent injustement.

Après avoir terminé l'école, il a essayé de travailler dans de nombreux endroits, mais il raconte qu'il a rencontré partout de l'incompréhension et de l'injustice. Il n'a pu pas rester pour longtemps dans aucun emploi car on lui répartissait toujours des tâches qui ne lui convenaient pas. Il a complètement accompli son stage militaire dans une unité de travail dans les chantiers et il raconte qu'il avait du mal à obéir un système d'ordre excessivement autoritaire et qu'il a protesté quelquefois étant sanctionné pour cela.

Après le stage militaire, il reprend son travail comme ouvrier non qualifié, en changeant de nombreux emplois; il part soit en démissionnant, soit il est congédié pour inconduite. Il dit qu'il n'est pas marié parce qu'il n'a pas trouvé une partenaire convenable. Après une «erreur de la jeunesse», il est obligé par sentence judiciaire à payer une pension alimentaire à une femme pour un enfant naturel. Il a peu d'amis. Il affirme qu'il ne consomme pas d'alcool qu'occasionnellement. Il accuse ses amis qu'après la célébration d'un anniversaire quand il a bu de l'alcool, ils l'ont entraîné dans une escapade et sans s'en rendre compte de ce qu'il fait (car il était ivre) il se réveilla être accusé du vol qualifié sans être coupable.

Il dit qu'il n'a jamais souffert d'aucune maladie, mais que pendant son adolescence il a subi un fort coup à la tête et s'est évanoui, mais sans recevoir du soin médical.

Il pense toutefois qu'il doit avoir une „maladie de la tête” après le coup reçu, sinon il ne peut pas s'expliquer comment l'alcool a pu l'apporter dans un état „d'inconscience” dans lequel il a commis des actes qui „ne le caractérisent pas” et auxquels il n'aurait jamais commis s'il était lucide.

Les rapports de l'enquête sociale au domicile du patient et au travail et aussi les racontes d'un parent révèlent que le patient a offert au médecin avec de l'aise une version incomplète et partiellement fautive de l'histoire biographique de sa vie. Les affirmations sur son père sont vraies, mais le patient a eu de divers troubles de conduite depuis la petite enfance: il était indiscipliné, vilain, manquait beaucoup de la maison et de l'école, errant dans une mauvaise compagnie il a commencé à mentir et voler, et aussi à boire et à fumer. Il aimait torturer les animaux et les enfants plus petits que lui. Il n'est jamais pu être corrigé ni par la parole, ni par des sanctions sévères.

Il a trompé beaucoup de gens, a séduit plusieurs filles, en faisant un "titre de gloire" entre "amis" pour ces choses. Il n'a jamais manifesté aucune compassion pour la souffrance des autres, ni aucun remord pour les méfaits commis. Il considère que ceci est comme on doit vivre la vie, en profitant sans scrupules à la charge des crédules. À cause de son caractère il n'a pas été toléré chez aucun lieu de travail. Ses voisins se plaignent de soirées répétées suivies par des scandales qui ont lieu chez soi. Son rendement professionnel a toujours été réduit, en cherchant de travailler peu et profiter davantage. Il est, en fait, un consommateur chronique invétéré de boissons alcoolisées. Il a eu de nombreux incidents avec la police et la justice, mais a réussi se disculper jusqu'à présent.

Il est connu que lui avec ses «amis» ont commis de nombreux délits. Il s'auto-décrit (en contradiction avec sa biographie réelle) comme sociable, actif, intransigeant, parfois influençable. Il ne pense pas qu'il peut avoir une „personnalité” anormale.

Les examens somatiques et psychiques ne révèlent de symptômes significatifs pour une maladie mentale ou somatique. On ne lui a pas donné aucun traitement médicamenteux, car il n'a pas aucune indication pour ce type de traitement. L'examen neurologique: sans modifications objectives; EEG: pas de graphèmes pathologiques; examen psycho-diagnostique (Szondi, Rorschach, Rosenzweig): faible tolérance et conformité au groupe, intolérance à la frustration, hédonisme, égocentrisme, censeur de la morale absent. Remarque catamnétique: le patient reste coopérant, cherchant encore de „faire une bonne impression”. Sa conduite pendant l'hospitalisation est irréprochable. Il demande souvent des billets de sortie sous divers prétextes.

QUESTIONS:

1. Patient âgé de 22 années a été apporté par la famille pour hospitalisation parce que depuis trois semaines il est resté barricadé dans sa chambre et ne communique plus avec les membres de la famille. Il a parfois un comportement bizarre, il parle seul. Au psychiatre, il raconte avec beaucoup de difficulté que ses parents sont impliqués dans une conspiration contre lui, et c'est pourquoi il les hait. Le patient ne se sent pas obligé de donner des explications sur ce sujet. Même les questions spécifiques qu'on lui pose manquent de clarifier le complot présumé. Le plus probable diagnostic est:
 - a) schizophrénie simple
 - b) schizophrénie désorganisée (hébéphrénique)
 - c) schizophrénie indifférenciée
 - d) schizophrénie paranoïde
 - e) trouble schizo-affectif, type schizo-dépressif
2. Homme de 60 ans, apporté la famille pour une consultation ambulatoire, pour un comportement impulsif et désinhibé (sans respect pour les règles de conduite sociale). Au cours de l'entrevue, l'homme semble joyeux, mais sa gaieté ne contamine pas l'entourage. Il crache sur le plancher et ses pantalons ont tâches d'urine. Le plus probable diagnostic est:
 - a) trouble bipolaire, épisode manique
 - b) trouble de la personnalité antisociale
 - c) démence frontale Pick
 - d) trouble de la personnalité histrionique
 - e) démence d'Alzheimer
3. On consulte une patiente qui se plaint de gastralgies, céphalée, fourmillement et picotements dans les membres, tremblements généralisés. Elle insiste d'être traitée pour ses symptômes, d'autant plus que le psychiatre est son dernier espoir après de nombreuses consultations internistes et chirurgicales. Le plus probable diagnostic est:
 - a) paranoïa avec délire d'empoisonnement
 - b) trouble d'anxiété généralisée
 - c) dépression
 - d) trouble de somatisation
 - e) trouble hypocondriaque

CHAPITRE III. CONNEXIONS ENTRE LA SOUFFRANCE NEUROLOGIQUE, PSYCHIATRIQUE ET CELLE INDUITE PAR L'ALCOOL ET LES AUTRES DROGUES

SOMMAIRE:

- SYNDROMES NEUROLOGIQUES QUI PEUVENT ÊTRE ASSOCIÉS AUX TROUBLES PSYCHIQUES. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.
 1. épilepsie généralisée - crises de grand mal
 2. crises épileptiques partielles complexes – épilepsie temporale
 3. syndrome pyramidal
 4. syndrome extrapyramidal
 5. syndrome extrapyramidal
 6. syndrome de l'artère cérébrale antérieure (ACA), moyenne (ACM) et postérieure (ACP)
- L'ÉTAT CONFUSIONNEL (DELIRIUM)
- LES DÉMENCES
- L'ALCOOLISME ET LES AUTRES TOXICOMANIES

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES:

1. LA COMPRÉHENSION DE LA CORRÉLATION ENTRE L'ANATOMIE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL ET LES SYMPTÔMES DE LA DÉMENCE
2. L'ASSIMILATION DES CRITÈRES DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LA PATHOLOGIE ORGANIQUE NEUROLOGIQUE ET LA PATHOLOGIE PSYCHOGÈNE PSYCHIATRIQUE

III.1. ÉPILEPSIES, SYNDROMES NEUROLOGIQUES, ETATS CONFUSIONNELS, DEMENCES, ALCOOLISME

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LA CRISE ÉPILEPTIQUE GRAND MAL ET LA CRISE HYSTÉRIQUE PSEUDO- ÉPILEPTIQUE

ÉPILEPSIE GÉNÉRALISÉE – crise GRAND MAL					
Prodrome (20%)	Début	Phase tonique	Phase clonique	Phase révolutive	L'éveil
Migraines Paresthésies Tremblements Inconfort digestif Myoclonies	Perte de conscience Chute avec traumatisme	Cri Contraction tonique généralisée Déviation conjuguée des globes oculaires Cyanose Émission d'urine, des matières fécales	Contractions cloniques symétriques et rythmiques Morsure de la langue	Sommeil profond Respiration ample et bruyante = STERTOR hypotonie musculaire hyperhémie	Confusion avec / sans agitation psychomotrice Amnésie de l'épisode Fatigue musculaire
Quelques jours avant la crise	Généralement brutal	10 – 20 secondes	1 –2 Minutes	1-4 heures	

Le diagnostic différentiel de la crise de grand mal est:	
La crise hystérique pseudo-épileptique	<ul style="list-style-type: none"> • La présence d'une tierce personne • Chute avec l'évitement des blessures • Sans incontinence sphinctérienne • Les contractions sont désordonnées • Sans morsure de la langue • Sans amnésie de l'épisode

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES CRISES PARTIELLES COMPLEXES AVEC LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

LES CRISES PARTIELLES COMPLEXES – ÉPILEPSIE TEMPORALE		
<p>Aura dans 10% des cas</p> <p>Les crises partielles simples:</p> <ul style="list-style-type: none"> • moteurs: clignotement • sensitives: paresthésies • sensorielles: phosphènes, son de cloches, odeur de soufre brûlé, mauvais goût • végétatives: palpitations, gêne épigastrique qui se propage à la poitrine, au cou <p>Spécifique à chacun des patients</p>	<p>La crise proprement dite</p> <p>Dénivellation ou rétrécissement du champ actuel de la conscience</p> <p>Type:</p> <p>Crises psycho-sensorielles (hallucinoses visuelles-oniriques, illusions, hallucinations auditives, olfactives-crisis uncinées)</p> <p>Crises psychomotrices: automatisme: comportements stéréotypes simples ou complexes</p> <p>Manifestations cognitives: déjà ou jamais vu ou vécu</p> <p>Manifestations affectives: anxiété, dépression, euphorie</p> <p>2-3 minutes</p>	<p>Post-critique</p> <p>Sommeil / confusion</p>

Les diagnostics différentiels de l'épilepsie temporale sont:	
Le crépuscule hystérique	EEG- normale, réaction à la frustration - fréquemment, échec, conflit
Les épisodes psychotiques	Le malade psychotique ne critique pas ses hallucinations

LES PRINCIPAUX SYNDROMES NEUROLOGIQUES

<p>LE SYNDROME PYRAMIDAL</p> <p>surgit après l'affectation de la voie pyramidale (cortico - spinale)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ hypertonie spastique avec le signe de la lame de couteau ❑ ROT accentuées ❑ réflexe cutané abdominal aboli ❑ signe de Babinski présent ❑ clonus 	<p>Le syndrome pyramidal doit être soupçonné en cas des démences vasculaires qui sont toujours accompagnées de symptômes neurologiques de type:</p> <ul style="list-style-type: none"> -syndrome pyramidal -syndrome pseudobulbaire -syndrome extrapyramidal
<p>SYNDROME EXTRAPYRAMIDAL</p> <p>surgit après l'affectation des voies extrapyramidales</p>	<p>Syndrome hypertonique – hypokinétique (paléostrié)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ hypertonie plastique ❑ signe de la roue dentée ❑ tremblement de repos ❑ hypokinésie <hr/> <p>Syndrome hypotonique - hyperkinétique (néo-strié)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ hypotonie musculaire ❑ hyperkinésie: chorée, athétose 	<p>Le syndrome extrapyramidal peut être dû à l'effet de médicaments neuroleptiques (antipsychotiques) qui bloquent les récepteurs de dopamine au niveau de la connexion entre la substance noire du mésencéphale et les ganglions de la base</p>
<p>SYNDROME PSEUDOBULBAIRE</p> <p>surgit après l'affectation des voies cortico-bulbaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ dysphagie pour les solides ❑ dysarthrie (discours explosif avec cadence variable) ❑ labilité émotionnelle pleures, rires à des stimuli mineurs 	<p>Le syndrome pseudobulbaire est fréquemment associé à la démence Alzheimer</p>

LES SYNDROMES DES ARTÈRES CÉRÉBRALES

SYNDROME DE L'ARTERE CÉRÉBRALE ANTÉRIEURE

1. hémiplégie, monoplégie controlatérale prédominant crurale
2. hémianesthésie controlatérale prédominant crurale
3. apraxie de la marche
4. troubles sphinctériens
5. apparition des réflexes primitifs (réflexe de préhension)
6. déviation des globes oculaires vers le centre lésionnel
7. syndrome préfrontal (syndrome moriatique)

SYNDROME DE L'ARTERE CÉRÉBRALE MOYENNE

1. hémiplégie controlatérale prédominant facio-brachiale
2. hémianesthésie controlatérale prédominant facio-brachiale
3. hémianopsie homonyme controlatérale
4. paralysie des mouvements conjugués latérales des globes oculaires
5. aphasie mixte: Broca et de Wernicke (hémisphère dominant)
6. syndrome Gerstmann (hémisphère dominant)
syndrome Anton-Babinski et héminégligence hémisphère non-dominant
7. apraxie de l'habillement, apraxie constructive, apraxie idéomotrice

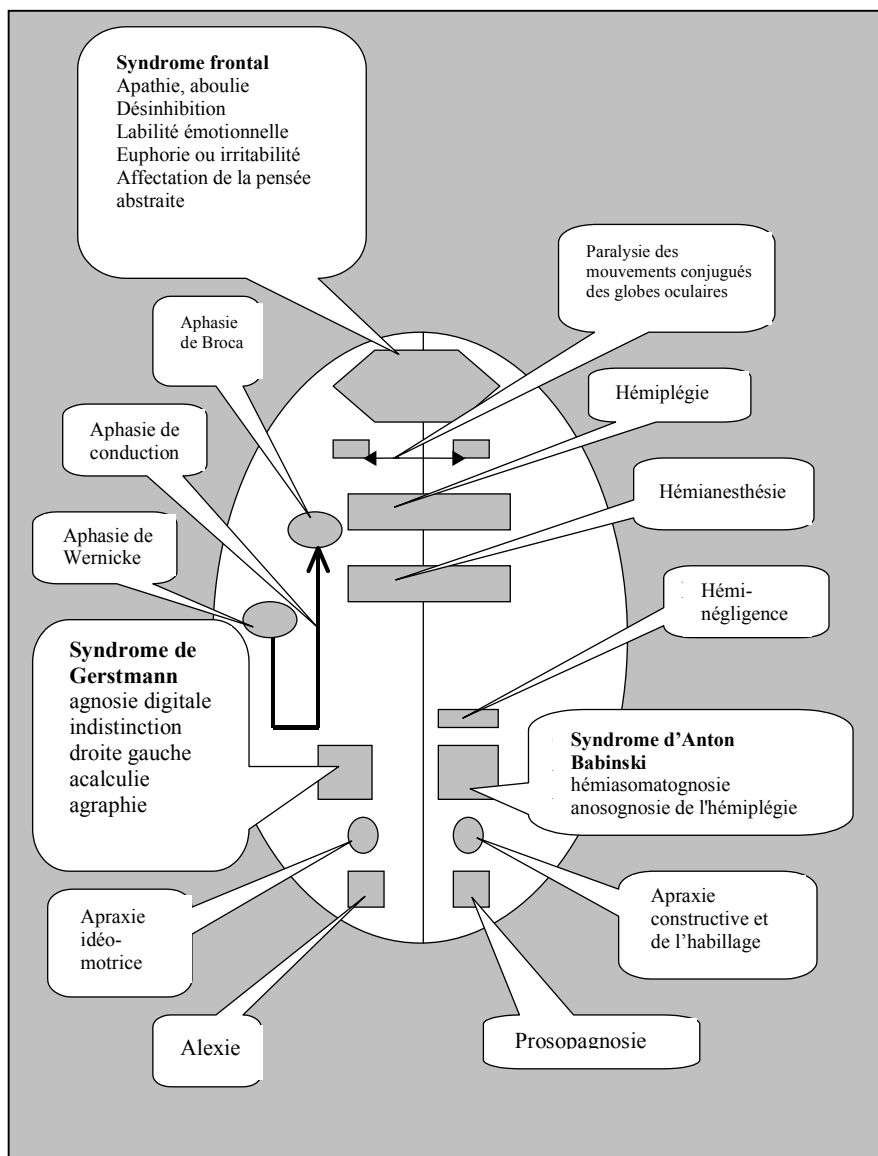
SYNDROME DE L'ARTERE CÉRÉBRALE POSTÉRIEURE

1. hémianopsie homonyme controlatérale avec la préservation de la vue maculaire ou quadrantsopsie
2. agnosie visuelle, prosopagnosie
3. syndrome de déconnexion postérieure: alexie sans agraphie
4. troubles de la mémoire
5. syndrome thalamique (anesthésie douloureuse) ou hémiballisme
6. syndrome Weber, syndrome Parinaud (paralysie du mouvement vertical vers le haut des globes oculaires)
7. syndrome confusionnel

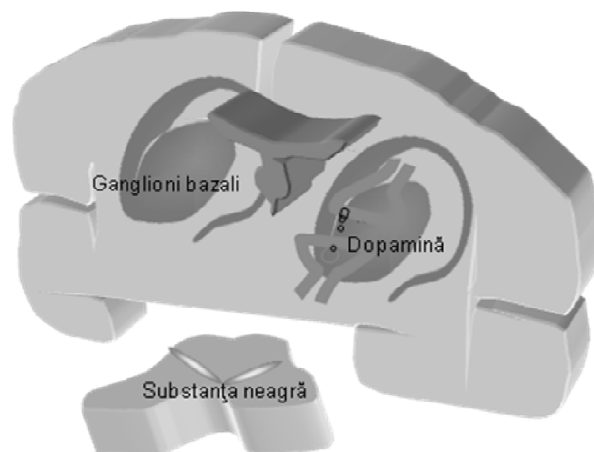
LES PRINCIPAUX SYNDROMES CORTICAUX

<p>LE SYNDROME DU LOBE FRONTAL</p> <p>syndrome préfrontal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - changements de personnalité: apathie, aboulie, labilité émotionnelle, irritabilité ou euphorie qui ne contamine pas l'entourage, désinhibition (du comportement en société, alimentaire et sexuelle) - affectation des fonctions exécutives: pour effectuer un plan, anticiper les conséquences des actions, feedback - troubles de la pensée abstraite, - troubles d'apprentissage - persévérance <p>présence de réflexes primitifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> o succion o réflexe palmo-mentonnier o réflexe d'agrippement <p>moteur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aire 4: irritation - crises motrices jacksoniennes lésion - hémiplégie - aire motrice supplémentaire: déviation de la tête et yeux de l'autre côté de l'irritation, vers la région lésée - aire 44 de Broca: aphasie motrice <p>gyrus paracentral: troubles sphinctériens</p>	<p>LE SYNDROME DU LOBE PARIÉTAL</p> <p>aires 3,1, 2</p> <ul style="list-style-type: none"> irritation: paresthésie lésion: anesthésie atopognosie astéréognosie perte de la sensibilité discriminatoire troubles du goût <p>aires 5,7 : agnosie tactile</p> <p>quadranopsie</p> <p>apraxie idéomotrice (hémisphère dominant)</p> <p>syndrome Gerstmann (hémisphère dominant)</p> <ul style="list-style-type: none"> agnosie digitale agnosie gauche - droite acalculie agraphie <p>syndrome Anton – Babinski (hémisphère non dominant)</p> <ul style="list-style-type: none"> hémiasomatognosie anosognosie / anosodiaphorie <p>héminégligence (hémisphère non dominant)</p> <p>apraxie constructive (hémisphère non dominant)</p> <p>apraxie de l'habillement (hémisphère non dominant)</p>
<p>LE SYNDROME DU LOBE TEMPORAL</p> <p>aire auditive primaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hallucinoses auditives simples ou complexes (paroles - hémisphère dominant, musique - hémisphère non dominant) - lésions: surdité corticale <p>aire 22 de Wernicke: aphasie sensorielle</p> <p>quadranopsie</p> <p>aires 28, 29 irritation: hallucinoses olfactives</p> <p>amnésie antérograde ou phénomènes de déjà vu ou jamais vu</p> <p>troubles de l'équilibre, sensations de flottement, submersion, déplacement</p> <p>comportement de fuite ou d'attaque</p>	<p>LE SYNDROME DU LOBE OCCIPITAL</p> <p>aire 17:</p> <ul style="list-style-type: none"> irritation: hallucinoses visuelles élémentaires, hémianopsie homonyme avec la préservation de la vision maculaire ou vue en tunnel en cas d'affectation bilatérale ; Sd. Anton: cécité corticale + anosognosie <p>aires 18, 19:</p> <ul style="list-style-type: none"> irritation: illusions, hallucinoses complexes lésion: agnosie visuelle, alexie, agnosie des couleurs (hémisphère dominant), agnosie spatiale, prosopagnosie (hémisphère non dominant) <p>Sd. Balint: incapacité de diriger volontairement le regard</p>

SCHEMA DE LOCALISATION DES PRINCIPAUX SYNDROMES ET SIGNES NEUROLOGIQUES



LES GANGLIONS DE LA BASE ET LE SYNDROME EXTRAPYRAMIDAL



Les ganglions de la base sont les formations composées de matière grise situées dans la substance blanche. Ils comprennent :

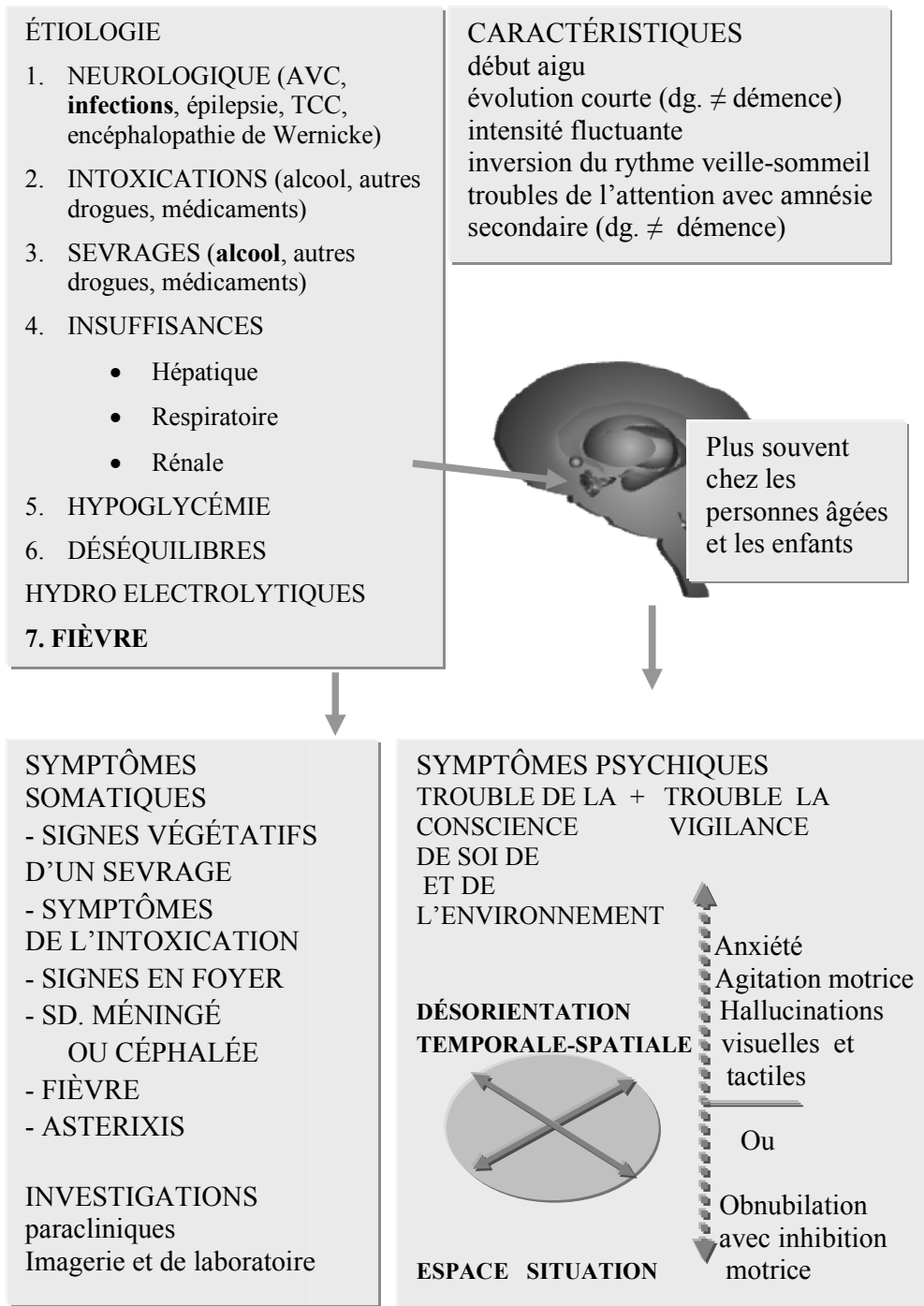
- le noyau lenticulaire: le globus pallidus (paléo-strié) et le putamen (néo-strié)
- corps du noyau caudé (néo-strié)

Les axones des neurones dopaminergiques partent de la substance noire du mésencéphale vers les ganglions de la base.

Les neuroleptiques bloquent les récepteurs de la dopamine dans les ganglions de la base et en conséquence la dopamine ne peut pas s'attacher à son récepteur D2. L'acétylcholine ainsi soustraite au contrôle de la dopamine provoque un syndrome extrapyramidal. Pour contrer cet effet secondaire des neuroleptiques incisifs on administre avec eux des anticholinergiques.

La sérotonine agit sur les récepteurs 5HT2A pour inhiber la sécrétion de dopamine. Les antipsychotiques de nouvelle génération (antipsychotiques atypiques) ont un double antagonisme: ils bloquent à la même fois les récepteurs de la dopamine et les récepteurs 5HT2A de la sérotonine. En conséquence, la dopamine ne sera plus inhibée par la sérotonine et entrera en compétition avec l'antipsychotique pour les récepteurs de la dopamine. Ce mécanisme explique le risque réduit des antipsychotiques atypiques de produire un syndrome extrapyramidal.

DELIRIUM (L'ÉTAT CONFUSIONNEL)



Cas L.B., 50 ans, homme.

Le psychiatre est appelé à consulter le patient L.B. qui est hospitalisé dans un service de médecine interne depuis quatre jours pour une broncho-pneumonie. On a constaté qu'on ne peut plus bien communiquer avec le patient, qu'il ne répond plus adéquatement aux questions, il est parfois incompréhensible. Quelquefois il garde pour longtemps une position bizarre en regardant dans le vide et en refusant de manger.

L.B. travaille comme mineur. On ne trouve aucun événement particulier somatique et psychique dans l'histoire de son enfance et sa vie. Il est marié et a trois enfants. Il a été une personne sociable. Après chaque quart dans la mine il habitait aller consommer d'alcool avec ses collègues mais sans s'enivrer et ayant un comportement socialement acceptable. Il fume un paquet / jour.

À 40 ans, il a eu un accident vasculaire cérébral sans conséquences importantes. Avant la découverte de sa maladie actuelle, le seul signe était son aspect plus vieilli que celui d'autres hommes âgés de 50 ans et aussi sa potence avait commencé à diminuer.

Après l'exposition aux intempéries, le patient fait une broncho-pneumonie qui ne pose pas aucun problème particulier pour le diagnostic médical. Le traitement antibiotique a été démarré. Pourtant, le patient s'alimente avec difficulté. Sa température est de 40 degrés. Dans ce contexte, son état mental modifie. Le patient exprime souffrance.

Son regard n'est plus „en liaison” avec les objets et les gens autour. Puis, des fausses reconnaissances de gens. Le patient ne répond pas toujours adéquatement aux questions. Il confond le jour, le mois et l'année; il ne peut pas se rappeler les informations qu'on lui a données et il ne sait pas où est-il. Il parle souvent seul, en murmurant quelque chose qui manque de cohérence. Il est préoccupé à déchirer avec les doigts son pyjamas. D'autres fois il regarde inquiet autour de lui, il veut se lever pour partir, mais il retombe sur son lit. D'autres fois, il reste immobile, le regard dans le vide, dans une position bizarre, en s'opposant à la mobilisation et refusant les aliments.

LES DÉMENCES

DÉMENCE - DÉFINITION

Détérioration

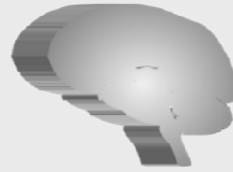
- globale du psychisme
- acquise
- progressive
- irréversible spontanément

altérant

les fonctions intellectives
la vie affective
la conduite sociale
accompagnée au final par la détérioration somatique:
cachexie, incontinence sphinctérienne

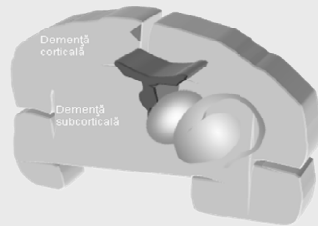
TYPE:

La démence Alzheimer
La démence Pick
La démence vasculaire



DÉMENCE

ANTÉRIEURE	POSTÉRIEURE
Pick	Alzheimer
affecte le	affecte la
comportement	cognition avec
social et la vie	amnésie de
affective	fixation, puis
- aboulie	Syndrome des
- apathie	3A:
- euphorie ou	- aphasie
irritabilité	- agnosie
- labilité	- apraxie
- désinhibition	



DÉMENCE
CORTICALE

DÉMENCE
SOUS-CORTICALE

Maladie d'Alzheimer

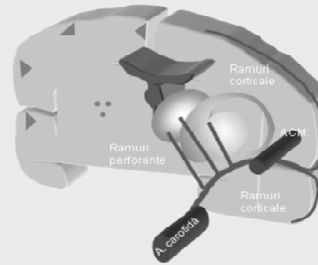
- amnésie
- aphasie
- apraxie
- agnosie

Maladie Parkinson Démence lacunaire

- tb. motrices
- dysarthrie
- ralentissent
- dépression

LA DÉMENCE VASCULAIRE

Type: lacunaire multi-infarctus
Infarctus: sous-corticaux corticaux
Cause: HTA athérosclérose
Paraclinique: FO, CT lipidogramme



ACM = artère cérébrale moyenne, FO = fond d'œil, CT = tomographie cérébrale

ALGORITHME DIAGNOSTIQUE DEVANT UN SYNDROME
DEMENTIEL

SYNDROME DÉMENTIEL

SÉVÉRITÉ	LÉGER	MODÉRÉ	SÉVÈRE
	capable d'effectuer des tâches simples	doit être assisté en effectuant des tâches simples	dépendance complète de soignants
ÉVOLUTION	PROGRESSIVE IRRÉVERSIBLE		TEMPORAIRE ≠ DÉPRESSION ≠ DELIRIUM
ÉTIOLOGIE	DÉMENCES DÉGÉNÉRATIVES	DÉMENCES VASCULAIRES	AUTRES DÉMENCES
	<ul style="list-style-type: none"> ❑ PRIMAIRES Alzheimer Pick ❑ SECONDAIRES Parkinson Corée Huntington 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Démence multi-infarctus ❑ Démence lacunaire les lacunes = petits infarctus dans la capsule interne, le thalamus et les ganglions de la base ❑ Les infarctus stratégiques ❑ La maladie Binswanger 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ processus expansif: -tumeur -abcès -kyste -hématome ❑ infections -syphilis III -HIV -Creutzfeldt Jakob ❑ métaboliques - carence en B1 - maladies hépatiques - urémie - hypoglycémie ❑ endocriniens: - myxœdème ❑ toxiques: alcool ❑ anoxiques: IC, IR ❑ traumatisme (démence pugilistique) ❑ hydrocéphalie à pression normale

Cas P.I., 70 ans, femme.

Amenée à l'hôpital par sa famille parce que la patiente a commencé à les accuser qu'ils lui volent ses choses. Elle sort dans le balcon et crie aux voleurs. La patiente est coopérante, calme, elle ne sait pas pourquoi elle a été apportée à l'hôpital et dit qu'elle se sent très bien. Lorsqu'on mit en question un possible préjudice, elle raconte comment, il n'y a pas longtemps, un vieil ami de son mari est venu lui rendre visite et même s'il a été bien accueilli, il a commencé à voler des choses de la maison. La patiente est convaincue de ce fait et a commencé par conséquent à revendiquer du visiteur les objets volés (figurines, vaisselles, macramés). Elle devient querelleuse et revendicative aussi avec sa famille qu'elle accuse lui avoir volé des documents de propriété.

Quand on lui demande de nous donner des informations sur son mari, la patiente peut seulement se rappeler son nom. La même chose passe lorsqu'on lui demande des informations biographiques. Elle ne se souvient pas son âge, le lieu de naissance, ni les noms de ses frères et ses sœurs. Elle ne sait pas dans quelle ville, comté, hôpital et étage se trouve-t-elle. Elle ne retient pas les mots qu'on lui demande mémoriser. Elle ne peut pas faire des calculs, ni copier une figure après un modèle. Toutefois, la patiente ne semble pas dérangée par le déficit de sa mémoire. Elle sourit et reste coopérante.

L'examen physique révèle des téguments et muqueuses pâles, tissu sous-cutané sous-représenté, souffle systolique mitral, réflexes ostéo-tendineux vifs à la jambe gauche, signe de Babinski présent au membre inférieur gauche, incontinence sphinctérienne.

L'examen MMSE révèle: désorientation temporelle et spatiale, acalculie, amnésie de fixation, dysgraphie, incapacité de copier un modèle. Le test du dessin de l'horloge: les heures ne sont pas dessinées correctement et l'horloge n'indique pas le temps que l'exercice demande.

L'examen CT montre une atrophie corticale diffuse. Il n'y a pas de formations de substitution ou des accidents vasculaires cérébraux. Au bout de trois semaines d'hospitalisation afin de clarifier le diagnostic, l'état de la patiente reste stationnaire.

L'ALCOOLISME

TROUBLES INDUITES PAR L'ALCOOL

Psychiatriques

1. intoxication (+/- delirium)
2. réaction de sevrage (+/- delirium tremens)
3. Sd. amnésique (Korsakoff)
4. démence
5. troubles affectifs (dépression)
6. troubles anxieux
7. troubles psychotiques (hallucinoase alcoolique ou délire de jalousie)
8. troubles du sommeil
9. dysfonctions sexuelles
10. suicide

Somatiques

11. varices, cancer de l'œsophage
12. Sd Mallory-Weiss gastrite, ulcère gastroduodéal
13. pancréatite
14. stéatose, hépatite, cirrhose
15. polyneuropathie périphérique
16. encéphalopathie de Wernicke
17. épilepsie
18. anémie macrocytaire
19. faible immunité à haut risque pour pneumonie, tuberculose
20. cardiomyopathie dilatée
21. contracture Dupuytren
22. hypoglycémie, acidocétose diabétique, l'hyperlipidémie, hyperuricémie
23. carence des vitamines B1 et B6
24. traumatismes

LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL

1. la consommation des grandes quantités et pour des longues périodes
2. le sujet continue à utiliser en dépit de ses effets nocifs
3. désir et tentatives échouées de cesser de boire
4. tolérance
5. réaction de sevrage à la cessation d'utilisation
6. le temps est consacré à obtenir et à consommer d'alcool
7. l'alcool vient avant la famille et la carrière

! La reprise de la consommation de l'alcool après une période d'abstinence provoque une récurrence («un verre est trop, et un millier ne sont pas assez" - Alcooliques Anonymes)

DELIRIUM TREMENS se produit chez un alcoolique avec une dépendance de l'alcool biologique après 3 jours après la cessation brusque:

- état confusionnel avec désorientation temporelle-spatiale + /
- hallucinations visuelles et tactiles zoomorphes, des scènes oniriques, anxiété, agitation psychomotrice, réaction de défense, insomnie, associés à
- Sueurs, vomissements et déshydratation accompagnés par des oscillations de pression artérielle, tachycardie, tremblements, mydriase, hyperthermie + / - convulsions

Cas C.L., 47 ans, homme, barbier.

Son épouse décide de lui apporter au service d'urgences psychiatriques, car, elle a constaté que pendant les dernières nuits il n'a plus dormi, qu'elle ne peut plus communiquer normalement avec lui, qu'il dit parfois des mots incompréhensibles comme s'il voyait des choses qui n'existaient pas. À la première consultation, le patient a une tenue désordonnée et un faciès avec télangiectasies. Il sue abondamment et il tremble toujours. Il ne regarde pas son interlocuteur. Il est concentré sur un autre coin de la chambre, comme s'il voit quelque chose que le médecin ne voit pas. Parfois, il fait des mouvements comme si quelque chose bouge sur son corps, il semble le prendre avec les doigts et en le jetant au dehors. Le contact est établi difficilement. Il est désorienté en temps et espace, en faisant des fausses reconnaissances. Sa mimique anxieuse exprime le dégoût.

On peut comprendre du discours du patient qu'il est préoccupé „par les insectes et les serpents qui grimpent sur son corps et desquelles il voudrait s'échapper”. À l'examen somatique du patient on constate une langue brûlée et son foie douloureux à 3 doigts dessous du rebord.

Il a grandi dans une famille avec un père alcoolique et une mère dominatrice, qui a cherché à dominer tout le monde dans la maison. Le frère aîné s'est enfuit de la maison à 15 ans et il ne communique plus avec la famille. Le patient s'est développé comme un homme sans volonté, dépendant des autres, émotif, sans confiance en soi même. Après une école avec des résultats médiocres il se qualifie comme barbier. Même depuis son cours de qualification, il commence à consommer de l'alcool avec ses collègues et parfois seul. Puis, la consommation de l'alcool est devenue constante, même si sa femme lui faisait des reproches. Il a essayé plusieurs fois d'arrêter l'alcool, mais sans succès. Maintenant il boit aussi „pour que ses mains ne tremblent plus”.

Cinq jours avant l'admission, il fait la grippe et reste à son lit pour deux jours. Il ne consomme plus d'alcool au cours de cette période. Après avoir passé la fièvre, il reste avec asthénie et sans appétit. Il ne dort plus. Et ainsi, pendant la nuit, il devient désorienté avec une légère anxiété et diverses «visions». Surtout il voit des animaux qui lui attaquent ou qui grimpent sur son corps. Le jour avant l'admission, cette "désorientation" avec un état d'agitation persistent aussi pendant la journée. Il ne sait pas comment trouver sa chambre, il confond sa femme avec un parent éloigné. Il dit des mots parfois incompréhensibles. Il ne répond pas aux questions. Il se comporte comme s'il voyait des choses que les autres ne peuvent pas voir. Il ne mange plus. Sue abondamment et a de la fièvre 40 degrés. Alarmée, la famille appelle une ambulance pour l'emmener à l'hôpital.

III.2. LES AUTRES TOXICOMANIES (EXCLUANT L'ALCOOL)

La consommation de drogues est l'un des défis auxquels fait face la société d'aujourd'hui, ses effets directs et indirects la révèlent comme un problème alarmant.

La drogue est une substance qui peut créer une dépendance mentale et / ou physique.

La classification des drogues en fonction de leurs effets sur le système nerveux central:

- Dépresseurs: les opioïdes, l'alcool, le cannabis, les benzodiazépines, les barbituriques et les substances volatiles
- Stimulants: la cocaïne, les amphétamines, la caféine, la nicotine
- Hallucinogènes: MDMA (ecstasy), es drogues psychédéliques (LSD, mescaline, psilocybine), la phencyclidine, le cannabis

Modes d'administration: ingestion (opium, cannabis, amphétamines, drogues psychédéliques, benzodiazépines, barbituriques), injection (héroïne, cocaïne, amphétamines), reniflement (cocaïne), par inhalation (opium, cocaïne, tabac, cannabis, substances volatiles)

Types de consommation:

- Consommation expérimentale - peut tester les effets de la substance
- L'abus - le sujet peut contrôler la consommation des drogues en l'absence des stimuli qui déterminent la consommation (amis, pipes)
- L'addiction - le sujet ne peut pas contrôler l'utilisation de la substance, avec l'installation de la tolérance et de la dépendance.

Les manifestations cliniques:

Variet considérablement selon le type de drogue, la quantité utilisée et les caractéristiques individuelles:

- Intoxication aiguë: inhibition (drogues sédatives) ou agitation psychomotrice (drogues stimulants), états extatiques (drogues hallucinogènes), manifestations cliniques psychotiques hallucinogènes, amphétamines), les manifestations somatiques
- Sevrage: généralement, des manifestations opposées à l'état d'intoxication

Personnalité prémorbide: les personnalités prédisposées sont caractérisées par l'impulsivité ou la faible estime de soi.

Les complications sont nombreuses et très variées:

- Associées au mode de vivre du toxicomane : les MST, la promiscuité et la prostitution (infection avec le VIH et les virus des hépatites)
- La tuberculose - caractérisée par une résistance à la médication spécifique

- Lésions bucco-dentaires qui se produisent à cause de la carence de l'hygiène bucco-dentaire, la malnutrition et la consommation de drogues
- Associées à l'administration par injection - les principaux germes incriminés sont: staphylocoque doré, les bacilles à Gram négatif aérobies, les coques et les bacilles à Gram négatif, Candida et Aspergillus
 - o infections cutanées: furoncles, abcès de la peau, cellulite, lymphangite, phlébite, thrombophlébite septique, nécrose, gangrène et embolie gazeuse.
 - o métastases septiques aux points de départ cutanées: osseuses, cardiaques (endocardites infectieuses), pulmonaires, cérébrales, générales (septicémie).
- épisodes dépressifs qui présentent certaines caractéristiques particulières telles que l'irritabilité et le comportement agressif, violent à cause de la diminution de la tolérance à la frustration.
- États confusionnels caractérisés par: désorientation temporo-spatiale, rétrécissement du champ de la conscience avec amnésie antérograde, parfois accompagné par une agressivité incontrôlable, des hallucinations auditives, visuelles et tactiles, et même par des délires de persécution.
- Épisodes psychotiques avec des hallucinations, des délires, des phénomènes de transparence et d'influence

Le traitement de la toxicomanie est complexe et difficile:

- Le traitement pharmacologique d'urgence: en cas d'intoxication aiguë on peut administrer des antagonistes des substances ingérées, en cas de sevrage compliqué avec état confusionnel on doit rétablir l'équilibre hydro-électrolytique, on peut aussi utiliser des tranquillisant ou éventuellement des neuroleptiques;
- Le traitement pharmacologique de substitution (programmes nationales de substitution avec de la méthadone pour les héroïnomanes)
- Le traitement psychothérapeutique: psychothérapie cognitive-comportementale, psychothérapie familiale, logothérapie, thérapie de groupe

QUESTIONS:

Patiente de 54 ans, diabétique, est amenée au service d'urgences médicales en état de coma hypoglycémique. À la sortie du coma la patiente présente des graves troubles mnésiques. La CT montre une légère atrophie corticale et une formation hypodense dans le lobe occipital. En plus, on constate des troubles du champ visuel. Après la sortie du coma et son rééquilibrage métabolique la patiente est transférée au service de neurologie. Vous êtes appelés à l'examiner et vous constatez que les troubles de la mémoire d'évocation sont encore présents et la patiente raconte qu'avant de perdre la conscience elle a été prise de vertige. La patiente peut écrire, mais elle ne peut rien lire. Une de ses filles lui rend une visite et vous trouvez ensemble que la patiente ne peut pas donner aucune information sur sa famille. Dans quelques jours, la patiente retrouve progressivement sa mémoire. L'option diagnostique la plus probable est:

- a) Démence vasculaire
- b) Accident vasculaire cérébral au territoire de l'artère cérébrale postérieure
- c) Tumeur cérébrale occipitale
- d) Encéphalopathie métabolique liée à l'hypoglycémie
- e) Traumatisme crano-cérébral avec un hématome occipital

Le diagnostic positif est mis selon:

- a) l'évolution du trouble de la mémoire
- b) le résultat de la CT
- c) la maladie sous-jacente de patiente (diabète sucré insulinodépendant)
- d) l'épreuve de l'écriture et de la lecture
- e) les signes d'hypertension intracrânienne

Un patient hypertensif âgé de 65 ans a été admis à la clinique psychiatrique et a obtenu un score de 24 points au mini examen de l'état mental (Mini Mental State Examination). Après quelques jours, le score augmente à 26 (le score normal pour son âge et son niveau d'éducation est de 28). Comment expliquez-vous cette augmentation du score MMSE?

CHAPITRE IV. L'AUTO ET L'HÉTÉRO-AGRESSIVITÉ

SOMMAIRE:

- L'AUTOAGRESSIVITÉ: LE SUICIDE ET LE PARASUICIDE
- L'HÉTÉRO-AGRESSIVITÉ ET L'AGITATION PSYCHOMOTRICE

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES:

1. L'ASSIMILATION DES CONCEPTS D'AUTO ET D'HÉTÉRO-AGRESSIVITÉ
2. L'ASSIMILATION DES TECHNIQUES D'ANAMNÈSE EN CAS DES PATIENT AVEC IDÉES SUICIDAIRES ET TENTATIVES DE SUICIDE
3. L'ASSIMILATION DE LA CONDUITE QU'ON DOIT ADOPTER LORSQU'ON CONSULTE UN PATIENT AGRESSIF

L'AUTOAGRESSIVITÉ: LE SUICIDE ET LE PARASUICIDE

Le suicide est caractérisé par:

- L'existence d'une intention réelle de mourir
- Il est planifié, la personne prend des mesures pour s'assurer de la réussite
- Les méthodes choisies sont sûres, parfois violentes: pendaison, chute d'un lieu élevé, précipitation avant un véhicule, dans les rivières ou les lacs, dans les fontaines ou le recours à l'arme à feu.

L'idéation suicidaire peut survenir à la fois dans le contexte des troubles psychiatriques en l'absence de celles ci (conditionnement culturel, émotionnel ou conditionné par le désir de protester ou par l'altruisme). En psychiatrie le suicide est plus souvent rencontré dans: les troubles affectifs, la schizophrénie, dans l'alcoolisme chronique et les autres dépendances, et dans les troubles de la personnalité

Les facteurs de risque pour le suicide sont:

- Le sexe masculin, l'âge (jeune ou âgé),
- L'impulsivité,
- L'hérédité, la maladie psychique ou organique (maladies en phase terminale)
- Le milieu (urbain)
- La saison (le printemps),
- La religion (les confessions permissives),
- Le chômage, l'isolement social,
- Les tentatives précédentes.

L'idéation ou tentative de suicide est une urgence psychiatrique et nécessite l'hospitalisation de la personne. Traiter ce sujet ne doit pas être évité au cours de l'anamnèse parce que ceci ne détermine pas un comportement suicidaire moins probable. Les questions peuvent être plus vagues, plus générales (Avez-vous déjà eu l'impression que la vie manque de sens ou que la vie ne vaut la peine d'être vécue?) ou plus spécifiques (Avez-vous pensé à vous ôter la vie?, En ce cas, avez-vous un plan? Avez-vous déjà essayé?). On doit identifier les facteurs de protection: la famille, les amis, les croyances religieuses. Lorsque le patient nie ses idées suicidaires on doit tenir compte que ceci peut nous cacher ses idées au début ou pendant le cours du traitement.

Le parasuicide est caractérisé par une imitation démonstrative du suicide, en absence d'une intention réelle de mourir, mais peut se compliquer parfois par erreur avec le suicide. Il se passe souvent dans un contexte réactif et impulsif et les méthodes choisies sont moins sûres et pas violentes (médicaments inoffensives). Ce geste est souvent accompagné par des lettres lacrymogènes qui jettent toute la responsabilité sur l'entourage. Le parasuicide est plus fréquent chez les femmes.

L'HÉTÉRO-AGRESSIVITÉ ET L'AGITATION PSYCHOMOTRICE

L'agressivité peut survenir chez les personnes souffrant de troubles mentaux dans certaines situations. L'agressivité ne caractérise pas les troubles mentaux. Elle peut être structurée et dirigée vers une certaine personne ou peut être non structurée, (désordonnée). Il ya des différents degrés de sévérité de l'agressivité verbale (ironies, menaces, jurons) jusqu'à l'agressivité physique, moins ou plus violente.

L'agressivité peut être:

- préméditée: chez les personnes avec un trouble de la personnalité antisociale, respectivement chez les toxicomanes quand ils ont besoin d'argent pour la drogue.
- réactive-impulsive: en cas de l'agitation psychomotrice dans la schizophrénie (générée par l'angoisse de l'auto-défense), dans le trouble bipolaire (*furor maniacalis*), dans les états d'intoxication ou le sevrage d'alcool et d'autres drogues.
- L'agitation psychomotrice représente le degré maximal d'inquiétude psychomotrice accompagné par agressivité. L'agressivité est une urgence psychiatrique. Quand une personne devient à cause de son comportement un danger pour lui-même ou pour les autres, l'admission non volontaire est requis par la loi. L'admission non volontaire est faite avec les documents fournis par les soignants, les voisins, la police, les ambulanciers (écrits et signés), plus celle prévue par le médecin examinateur.

Risque agressif est plus élevé chez les personnes ayant des antécédents de violence, des troubles de la personnalité ou des lésions cérébrales (épilepsie, pathologie du lobe frontal ou toxicomanie).

Le comportement en cas des patients agités et agressifs:

- L'examen psychique doit avoir lieu dans une chambre où l'échappement est plus facile pour les médecins et le personnel médical
- L'examen psychique doit avoir lieu en présence de plusieurs personnes
- L'examineur doit avoir accès facilement à la porte ou à l'alarme
- L'examineur doit toujours rester face à la personne agressive et garder une distance confortable. Ses mains doivent être toujours visibles.
- L'examineur doit adopter une attitude calme et éviter une escalade de la violence par un langage ou un comportement inapproprié
- La contention de la personne agressive nécessite cinq personnes (tête et quatre membres)
- La contention de la personne agressive doit être faite par le personnel médical, pas par le médecin.
- Le médecin suit l'état de la personne immobilisée

CHAPITRE V. LE MANAGEMENT DES PATIENTS AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES

SOMMAIRE:

- STRATEGIES THERAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUSES ET NON MÉDICAMENTEUSES: LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX EN PSYCHIATRIE
- LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES:

1. L'ASSIMILATION DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES ET SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES EN ÉTROITE CORRÉLATION AVEC LEUR MÉCANISME D'ACTION
 2. L'ACQUISITION DES NOTIONS DE BASE DES SUR LES PRINCIPALES TYPES DE PSYCHOTHÉRAPIES
- APPRENDRE LES PRINCIPES DE LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE DES BÉNÉFICIAIRES DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

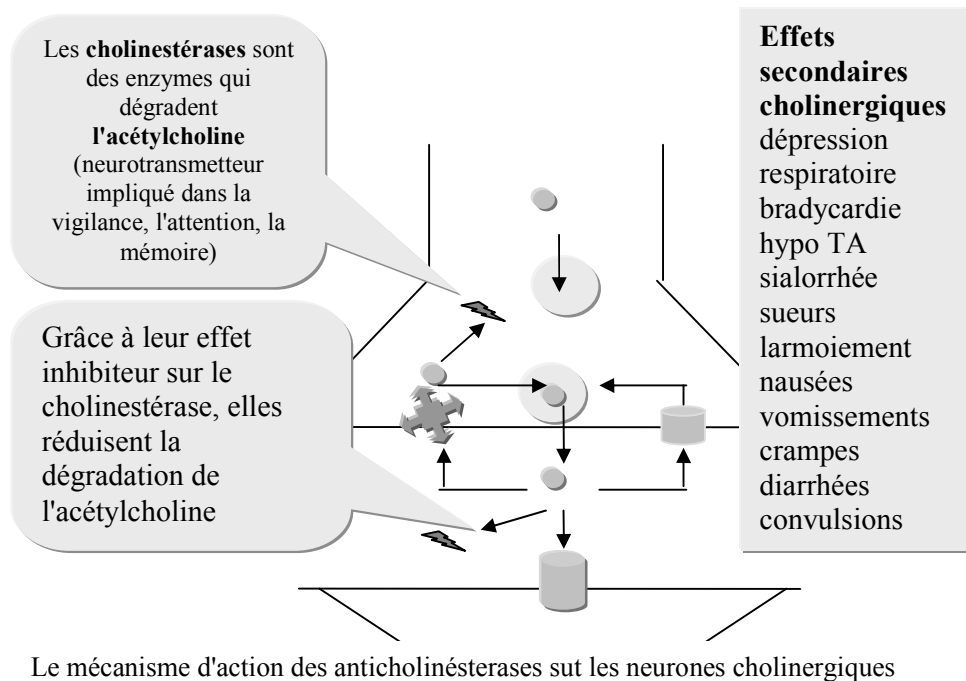
V.1. STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUSES ET NON-MÉDICAMENTEUSES

LES ANTIPSYCHOTIQUES LES ANTIDÉPRESSEURS LES ANXIOLYTIQUES ET LES HYPNOTIQUES LES THYMO-RÉGULATEURS LES ANTICHOLINÉSTERASES

1. Étant donné que l'étiologie des troubles psychique n'est pas connue, le traitement psychotrope reste un traitement symptomatique (bien qu'il est fondé en théorie) qui détermine une rémission partielle ou complète. Les récurrences sont possibles lorsque les doses d'entretien sont inefficaces ou le médicament est pris avec des pauses. Faire le diagnostic différentiel des troubles psychiques avec les autres troubles organiques est important afin de ne pas traiter symptomatiquement et retarder le diagnostic d'une maladie organique grave qui se manifeste par des symptômes psychiatriques (par exemple, les tumeurs du cerveau).
2. Les antipsychotiques, les antidépresseurs et les thymorégulateurs ne donnent aucune dépendance biologique. L'arrêt du traitement peut être accompagné par une rechute (le même épisode de maladie) ou par une récurrence (un nouvel épisode de maladie). La plupart des anxiolytiques et des hypnotiques peuvent créer une dépendance biologique s'ils sont pris à fortes doses pendant une longue période de temps.
3. **Les effets secondaires et les interactions médicamenteuses sont multiples.** C'est pourquoi ils doivent être prévenus ou contrôlés. L'administration des psychotropes devrait être faite seulement après l'anamnèse et l'examen physique complet du patient. Les effets secondaires peuvent être observés cliniquement ou paracliniquement.
4. Due aux leurs effets secondaires, les médicaments psychotropes seront administrés en doses qu'on croît progressivement. La même dose efficace sera maintenue pendant une certaine période de temps à cause du risque de récurrence, puis on fait la réduction de la dose progressivement pour éviter une réaction de « rebound » (la réapparition brusque de symptômes après l'arrêt brusque du médicament) ou une réaction de sevrage (l'apparition des symptômes opposés à ceux traités par le médicament).
5. Les thymorégulateurs (stabilisateurs de l'humeur) sont représentés par les sels de lithium et certains antiépileptiques (valproate, carbamazépine, lamotrigine). Tous ont un grand risque tératogène, exception fait la lamotrigine.
6. Les anticholinésterases préviennent la dégradation de l'acétylcholine, un médiateur avec un rôle important pour l'attention, et la mémoire.

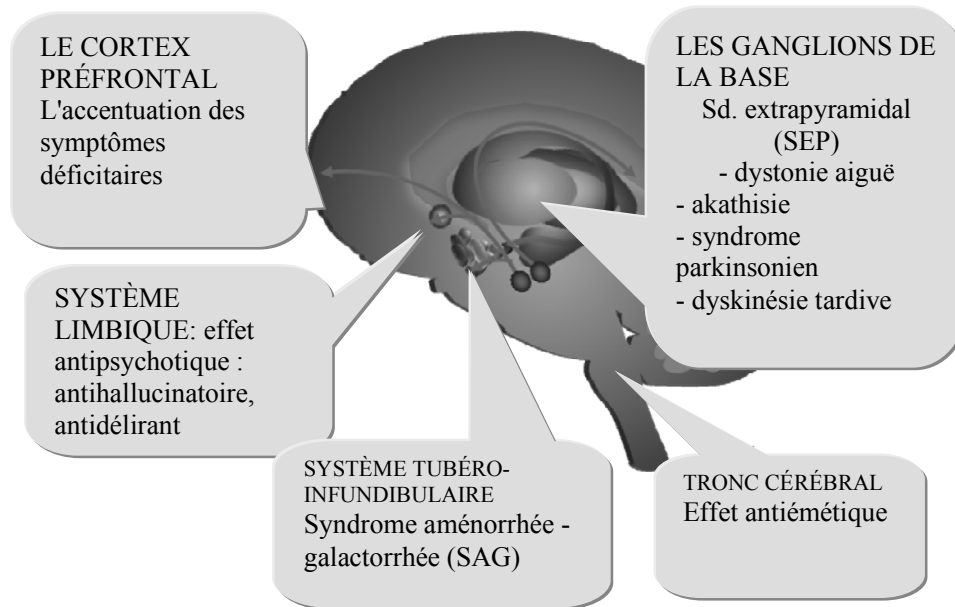
LES ANTICHOLINÉSTÉRASES

CLASSIFICATION		
RIVASTIGMINE	DONÉPÉZIL	GALANTAMINE
Inhibiteur non sélectif de l'acétylcholinestérase et la butyrylcholinestérase	Inhibiteur sélectif de l'acétylcholinestérase	Inhibiteur sélectif de l'acétylcholinestérase et modulateur des récepteurs nicotiniques
effets secondaires systémiques cholinergiques	effets secondaires systémiques cholinergiques plus rares	Effets secondaires cholinergiques plus rares
action intermédiaire 2 prises séparées/jour	action longue une prise/jour	action intermédiaire 2 prises séparées/jour
Interactions médicamenteuses: non	Interactions médicamenteuses: oui	Interactions médicamenteuses: oui
Efficacité: dans les stades PRÉCOCES de la maladie d'Alzheimer, tant qu'il ya de neurones cholinergiques dans le noyau basal de Meynert		



LES NEUROLEPTIQUES (LES ANTIPSYCHOTIQUES CLASSIQUES, TYPIQUES OU CONVENTIONNELS)

Les effets des neuroleptiques sur le système nerveux central se produisent par l'antagonisme des récepteurs de la dopamine

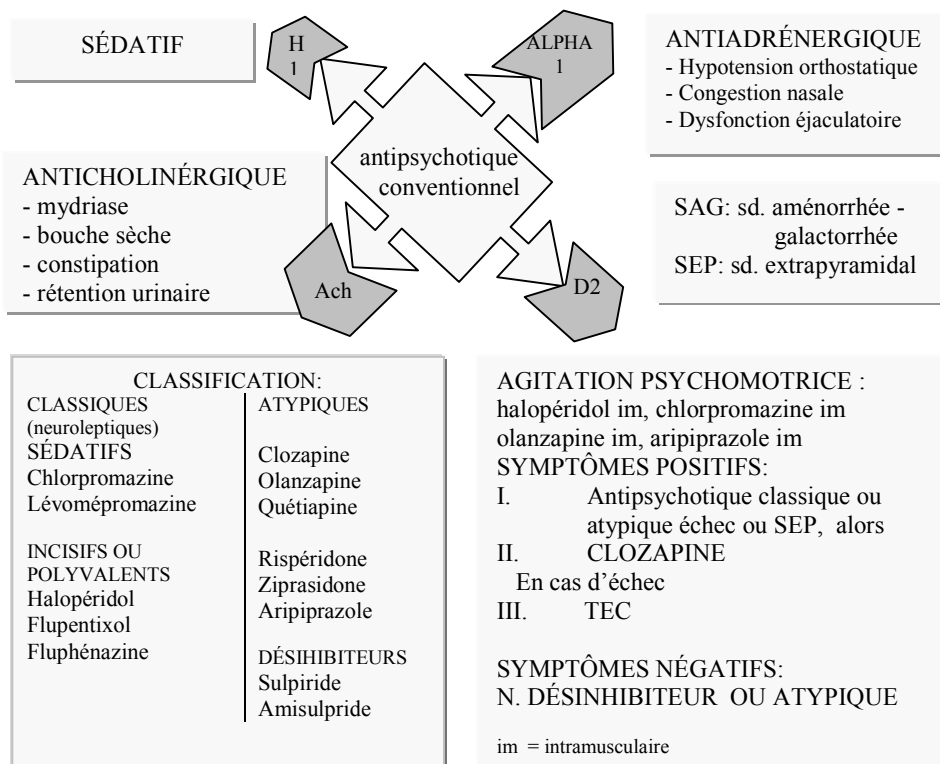


La découverte des antipsychotiques de première génération (antipsychotiques ou neuroleptiques classiques ou conventionnels) au milieu du XX^{ème} siècle a eu une importance particulière, car elle a permis que les traitements violents appliqués aux personnes souffrant de troubles mentaux (douches, coma insulinaire, électrochocs et camisole de force) restent seulement au domaine du passé. Les électrochocs (la thérapie par électrochocs - ECT) sont maintenant utilisés qu'en dernier recours, lorsque le traitement médicamenteux correctement indiqué et administré n'est pas efficace.

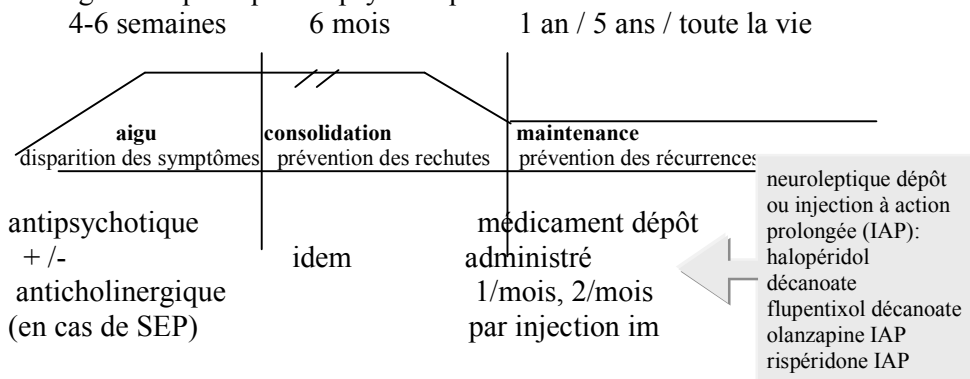
Les antipsychotiques sont utilisés en la psychiatrie adulte pour les suivants effets:

- Antipsychotique (anti-hallucinoire, anti-déirant - NL
- incisifs/polyvalents, antipsychotiques atypiques, antipsychotiques désinhibiteurs en grandes doses),
- Sédatif (en cas d'agitation psychomotrice et d'anxiété psychotique - NL sédatifs, antipsychotiques atypiques, sédatifs)
- Dynamisant (NL désinhibiteurs en petites doses)
- Amélioration des fonctions cognitives (antipsychotiques atypiques).

LES PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES DES ANTIPSYCHOTIQUES CLASSIQUES (PAR L'ANTAGONISME DU RÉCEPTEUR)

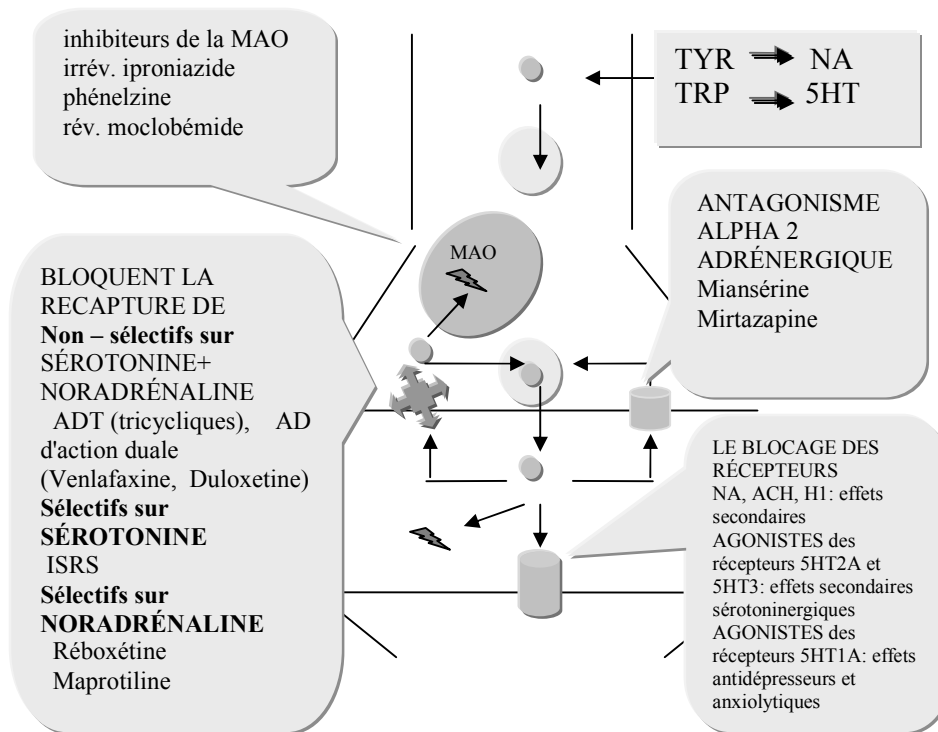


Stratégie thérapeutique antipsychotique



Traitement orale ou injectable (en cas de manque d'adhésion au traitement).

LES ANTIDÉPRESSEURS



Dans la dépression il ya un déficit de la noradrénaline et de la sérotonine au niveau des synapses cérébrales. Les antidépresseurs corrigent ces déficits à travers les mécanismes suivants:

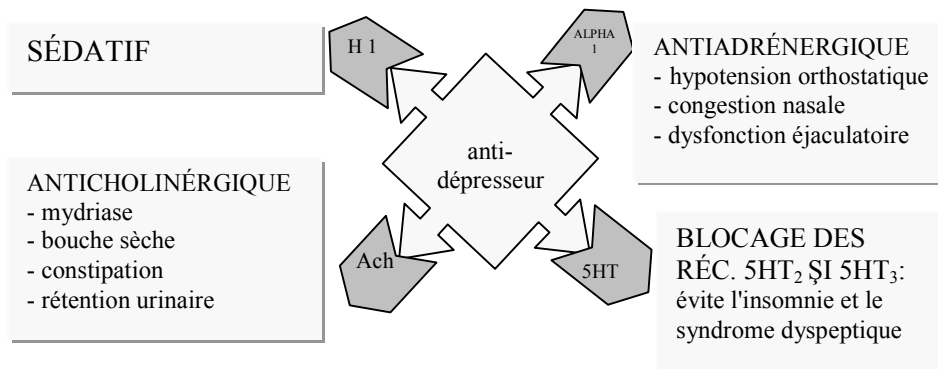
- inhibition des pompes de recapture des neurotransmetteurs
- antagoniste des récepteurs alpha 2 présynaptiques et inhibiteurs
- inhibition de la MAO dans les mitochondries
- agoniste des récepteurs post-synaptiques (5HT_{1A})

Selon leur mécanisme d'action des antidépresseurs peut avoir un effet:

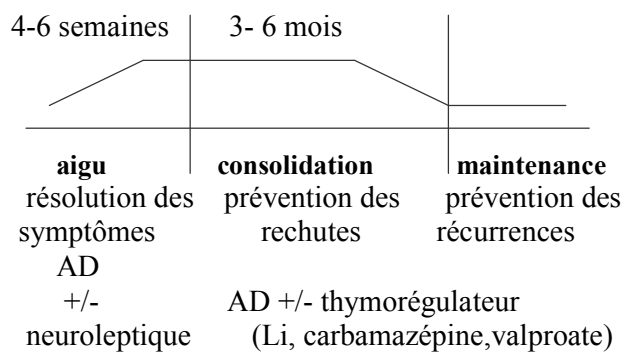
- antidépresseur dynamisant (utilisés en cas de dépression avec inhibition psychomotrice)
- antidépresseur sédatif (utilisés en cas de dépression associée à l'anxiété)

L'augmentation de la quantité de neurotransmetteur dans la fente synaptique détermine pendant deux semaines la réduction compensatoire du nombre de récepteurs post-synaptiques du neurotransmetteur respectif, événement corrélé avec l'apparition de l'effet antidépresseur (régulation à la baisse = down régulation). Le blocage des récepteurs post-synaptiques peut conduire à des effets secondaires sérotoninergiques (nausées, vomissements, céphalées, insomnie, anxiété, tremblements, dysfonction sexuelle - en particulier en cas des ISRS).

LES EFFETS SECONDAIRES DES ANTIDÉPRESSEURS (PAR L'ANTAGONISME DU RÉCEPTEUR)



Stratégie thérapeutique antidépressive



ATTENTION

- ! effet antidépresseur après 2 semaines
- ! passage à l'acte (suicide)
- ! virage maniaque
- ! diminution du seuil épiléptogène
- ! effet cardiotoxique (Sd. quinidinique)

CLASSIFICATION CLINIQUE

AD DYNAMISANTS

I MAO

ADT désipramine
nortriptyline

AD INTERMEDIARES

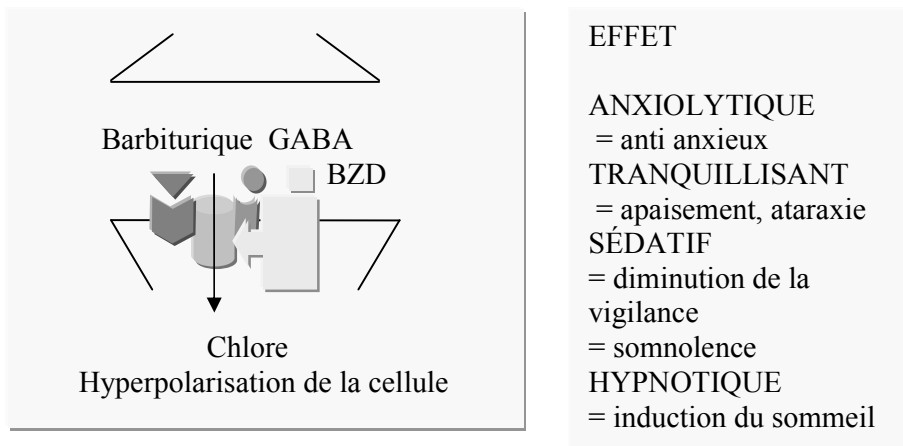
ADT: imipramine
clomipramine
maprotiline

ISRS (escitalopram, citalopram, sertraline, fluvoxamine, fluoxétine, paroxétine), venlafaxine

AD SÉDATIFS

ADT: amitriptyline
trimipramine
doxépine
miansérine,
mirtazapine
trazodone

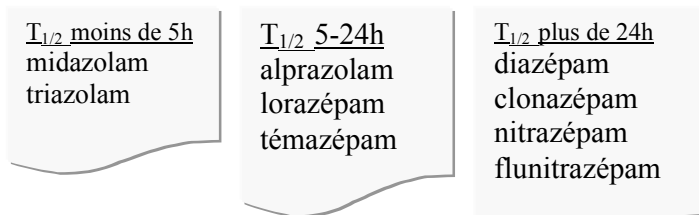
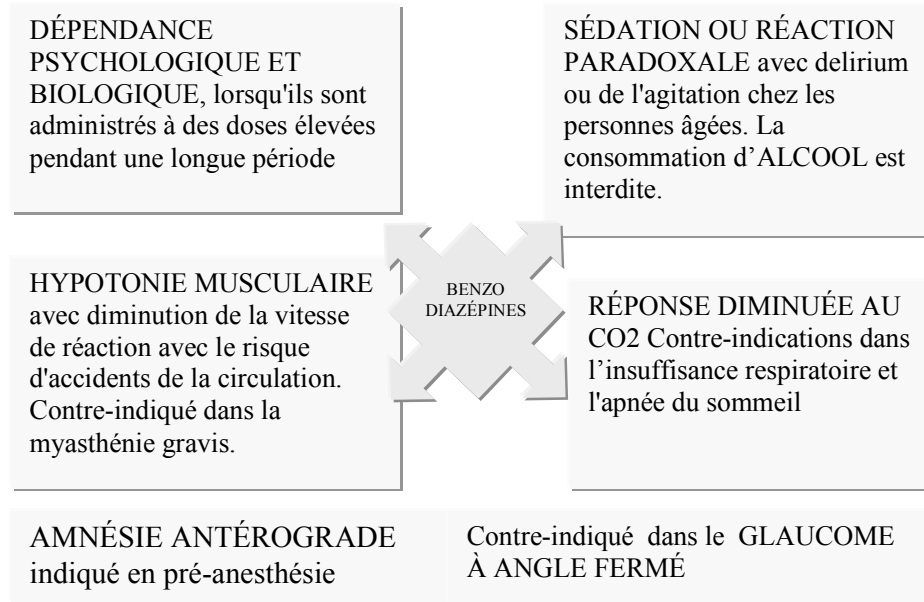
LES ANXIOLYTIQUES (LES TRANQUILLISANTS MINEURS) ET LES HYPNOTIQUES



GABA est le principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central. En agissant sur ses récepteurs, GABA ouvre les canaux de chlore. La pénétration des charges négatives du chlore dans la cellule provoque l'hyperpolarisation cellulaire et la rend insensible à la stimulation. Les benzodiazépines potentialisent la liaison du GABA à ses récepteurs et les barbituriques agissent directement sur les canaux du chlore.

<p>CLASSIFICATION ANXIOLYTIQUES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p><u>BZD</u> alprazolam diazépam bromazépam oxazépam</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p><u>non BZD</u> buspirone méprobamat hydroxyzine</p> </td> </tr> </table>	<p><u>BZD</u> alprazolam diazépam bromazépam oxazépam</p>	<p><u>non BZD</u> buspirone méprobamat hydroxyzine</p>	<p>EFFETS ET INDICATIONS BZD</p> <p>ANXIOLYTIQUE (anxiété paroxystique et généralisée)</p> <p>MYORELAXANT (anxiété généralisée)</p>
<p><u>BZD</u> alprazolam diazépam bromazépam oxazépam</p>	<p><u>non BZD</u> buspirone méprobamat hydroxyzine</p>		
<p>HYPNOTIQUES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p><u>BZD</u> nitrazépam flunitrazépam temazépam triazolam</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p><u>non BZD</u> zopiclone zolpidem barbituriques gluthétimid</p> </td> </tr> </table>	<p><u>BZD</u> nitrazépam flunitrazépam temazépam triazolam</p>	<p><u>non BZD</u> zopiclone zolpidem barbituriques gluthétimid</p>	<p>HYPNOTIQUE (insomnies)</p> <p>ANTICONVULSIVANT (état de mal épileptique) (myoclonies)</p>
<p><u>BZD</u> nitrazépam flunitrazépam temazépam triazolam</p>	<p><u>non BZD</u> zopiclone zolpidem barbituriques gluthétimid</p>		

LES EFFETS SECONDAIRES DES BENZODIAZÉPINES



Risque plus élevé de dépendance
Sevrage plus rapide
Sevrage plus brutal

LE SEVRAGE AUX BZD
Delirium (état confusionnel)
Tremblements, convulsions
Anxiété
Nervosité psychomotrice
Insomnie

LES RÈGLES DU TRAITEMENT AVEC BZD

1. traitement de courte durée (3 semaines, au maximum 3 mois)
2. discontinuation du traitement en cas de l'utilisation d'un autre médicament
3. la dose plus élevée est donnée la soirée
4. évitement de l'association avec de l'alcool
5. la réduction progressive des doses

LE TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE EN PSYCHIATRIE
(LES PSYCHOTHÉRAPIES)

TYPE	DESCRIPTION	INDICATIONS
Interventions de crise (crises: mort, divorce, catastrophe naturelle, etc.)	Utilise des techniques de résolution des problèmes afin de déterminer une adaptation efficace au présent et à l'avenir. La crise peut provoquer un changement chez le patient ou peut révéler des moyens appropriés pour réagir au stress ultérieurement.	Le traitement est court et intensif En cas des réactions psychopathologiques
La thérapie de soutien	Initiée au même temps que les médicaments psychotropes, elle suppose l'écoute empathique, en conseillant et encourageant le patient, sauf que le patient sera toujours celui qui prendra les décisions en ce qui lui concerne!	Ne nécessite pas de la préparation spéciale du thérapeute
La psychanalyse ! est contre-indiquée dans les psychoses (la schizophrénie ou les troubles affectifs périodiques)	L'analyste aide le patient à conscientiser son conflit intrapsychique générateur de symptômes par l'interprétation des associations libres (le patient allongé sur un sofa, sans regarder l'analyste, parle librement et sans réserve sur quelconque lui arrive), des rêves, des fantasmes, du transfert (sur l'analyste le patient transfère des émotions liées aux personnes avec lesquelles le sujet a eu des relations passées) ou du comportement du patient pendant et en dehors des réunions.	Le traitement est long et coûteux (plusieurs séances hebdomadaires pendant plusieurs années). Le patient doit être motivé et prêt à parler En cas des névroses
La thérapie cognitive	Est basée sur l'idée que les comportements désadaptés sont le résultat des distorsions cognitives, d'où la nécessité de reconnaître et de corriger ceux-ci. On examine les pensées illogiques, stéréotypées et souvent inconscientes avec le journal (le patient doit écrire ce qu'il pense dans certaines situations) et en offrant des alternatives.	La durée est courte (15 à 20 séances en 3 mois) En cas de : Dépression non psychotique (triade de Beck) Anxiété Dépendance

<p>La thérapie comportementale</p>	<p>Le thérapeute signe un contrat thérapeutique avec le patient qui vise le changement des certaines modèles comportementales qui sont appris et désadaptés (générant des symptômes psychopathologiques). On recourt à l'analyse du comportement du patient à l'aide des journaux que ceci écrit. Les techniques sont basées sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le conditionnement classique: exposition progressive (désensibilisation systématique) ou brusque (<i>flooding</i>) à l'agent anxiogène avec l'apprentissage des techniques de relaxation (training autogène) ou l'utilisation de médicaments anxiolytiques; -Le conditionnement opérant 	<p>La durée est limitée (quelques mois à un an)</p> <p>En cas des</p> <ul style="list-style-type: none"> -Phobies -Boulimie -Dysfonction sexuelle - Maladies dont la manifestation des symptômes est influencée par le stress: l'hypertension, l'asthme, la douleur;
<p>La thérapie familiale systémique</p>	<p>La famille est conçue comme un système toujours changeant (formation, la présence des enfants, leur départ) et en interaction avec l'environnement. L'intervention n'est pas centrée sur le membre de la famille avec des symptômes, mais sur les relations dysfonctionnelles établies entre les membres de la famille (coalitions, doubles- liaisons, sabotages) dans leurs efforts de s'adapter et de maintenir le système de la famille en équilibre. L'analyse des interactions entre les membres de la famille a comme objectifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - restaurer une hiérarchie claire entre les membres de la famille - renonciation aux modèles dysfonctionnelles des relations entre les membres du système familial - améliorer la communication intrafamiliale - équilibrer les tendances de cohésion ou d'individualisation excessive 	<p>Séances d'env. deux heures une fois par semaine, durée limitée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chez les enfants et les adolescents (troubles de conduite, refus scolaire, énurésie, l'anorexie - Crise de la famille (deuil, divorce ...) - Traitement adjuvant dans la schizophrénie, les toxicomanies

<p>Les thérapies de groupe</p>	<p>Sont basées sur l'idée que le facteur thérapeutique le plus importante est le groupe lui-même (par la cohésion et de l'interaction entre les participants). Autres facteurs thérapeutiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> -espoir inspirée par les autres membres du groupe qui ont reçu une thérapie réussie -apprendre à travers l'interaction avec les autres membres du group -la possibilité de la libre expression des émotions et l'observation du feed-back du groupe - échange d'informations entre les membres du groupe avec un rôle de psychoéducation et de conscientiser que l'expérience d'une maladie n'est pas individuelle, mais se retrouve également chez les autres membres (l'universalité des problèmes) <p>Des groupes d'alcooliques (Alcooliques anonymes) Groupes multifamiliales (les familles des patients psychotiques) Groupes de patients psychotiques Des groupes de patients atteints de cancer, d'infarctus du myocarde, de diabète, etc. Psychodrame</p>	<p>Séances de groupe durant une heure et demie, une ou deux fois par semaine. Ont un bout psycho-éducatif, en offrant aux patients ou à leurs familles des informations sur les maladies et sur le traitement) ou un bout d'auto-assistance. Souvent, ces thérapies sont utilisées par des personnes sans formation médicale et donc sont parfois perçues avec réserve par les psychiatres.</p>
--------------------------------	---	---

ATTENTION !

L'INITIATION D'UN TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE
 DOIT ÊTRE FAITE SEULEMENT À L'INDICATION DU MÉDECIN
 PSYCHIATRE APRÈS AVOIR ÉLIMINÉ TOUTE CAUSE
 ORGANIQUE QUI PEUT EXPLIQUER LES SYMPTÔMES
 PSYCHIATRIQUES

V.2. LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE (RPS)

La réhabilitation psychosociale comprend toutes les mesures pour soigner un sujet avec des problèmes de santé mentale à long terme afin de le réintégrer dans la société. Elle est basée sur l'idée de la réinsertion socioprofessionnelle de la personne qui doit revenir au niveau du fonctionnement antérieur à l'épisode de maladie. La réhabilitation psychosociale nécessite une approche individualisée, d'implication et responsabilisation du sujet dans son contexte social.

Les principes RPS :

1. La considération prioritaire de l'aspect social au détriment de celui médical
2. Le soutien du potentiel de changement même chez les personnes handicapées
3. Le point d'intérêt est la personne
4. Orientation sur les besoins pratiques et quotidiens
5. La reconnaissance des droits et de la capacité à prendre des décisions des personnes ayant des troubles mentaux
6. La réduction de la distance médecin-malade
7. Interventions structurées sur les comportements, pas sur les symptômes
8. L'évitement d'hospitalisations inutiles
9. Le développement des capacités d'adaptation appropriées et d'un réseau de soutien social
10. Durée indéterminée

L'objectif de la réhabilitation psychosociale est:

- 1) La réduction directe de l'invalidité;
- 2) Le développement de nouvelles compétences pour compenser les dommages causés par l'invalidité;
- 3) La manipulation de l'environnement, afin d'obtenir son support et soutenir un meilleur fonctionnement de la personne en cause.

Les programmes RPS incluent:

- L'évaluation des besoins des personnes avec des problèmes de santé mentale
- Programmes de psychothérapie (individuelle ou en groupe, avec la participation de la famille)
- Programmes de thérapies vocationnelles
- Programmes psycho-éducatives
- Programmes de réhabilitation à travers des services de soutien local

Les programmes RPS sont conçus pour renforcer les compétences des individus en manière de répondre à leurs besoins de développement professionnel, social et personnel. La réhabilitation psychosociale vise par toutes ses mesures d'accroître le fonctionnement social de la personne avec des problèmes de santé mentale et ainsi accroître la qualité de sa vie.

QUESTIONS:

1. Un patient avec maladie Alzheimer a été agité psychomoteur pendant la journée. Il se réveille la nuit, sort de sa chambre, dans le couloir. Il est incapable de retrouver sa chambre, il entre dans des autres et réveille les patient en faisant beaucoup de bruit. Ce patient avait reçu auparavant un anxiolytique. Quel?
 - a) méprobamate
 - b) alprazolam
 - c) diazépam
 - d) midazolam (Dormicum)
 - e) bromazépam
2. Un médecin prend de l'alprazolam pour des crises d'anxiété paroxystiques avec tremblements, palpitations et dyspnée. Dans la dernière semaine il a augmenté la dose à 3mg/jour. Il décide de consulter un psychiatre, car il croit qu'il a pris trop d'alprazolam. Il a peur d'arrêter à cause de ses crises et il pense qu'il est devenu dépendant d'alprazolam. Le psychiatre doit lui expliquer qu'il n'est pas dépendant parce que:
 - a) Il devrait avoir pris plus de 3mg d'alprazolam pendant des mois
 - b) L'attaque de panique ne ressemble pas à la réaction de sevrage
 - c) L'alprazolam ne donne de la dépendance biologique
 - d) Le sevrage implique la présence de l'état confusionnel
 - e) Les attaques de panique ne sont pas liées au sevrage, mais se lient à un trouble de panique
3. Un patient connu avec schizophrénie paranoïde est amené en urgence présentant une déviation conjuguée des globes oculaires et contracture musculaire soutenue. Le médecin va administrer:
 - a) halopéridol
 - b) anticholinergique
 - c) diazépam
 - d) chlorpromazine i.m.
 - e) flupentixol i.m.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. ***, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text revision (DSM IV – TR), American Psychiatric Association, Washington D.C., 2000
2. ***, *I.C.D.-10, Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament - Simptomatologie și diagnostic clinic*, OMS Geneva 1992, Ed. ALL, București, 1998.
3. Cummings J.L., Trimble M.R., *Concise Guide to Neuropsychiatry and Behavioral Neurology*, 2nd edition, American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC, London, England.
4. Dehelean L., Sturz O., Marin A., *Caiet de Stagiu pentru Psihiatrie Adulți*, Lito U.M.F.T. Timișoara, 2003.
5. Dehelean M., Dehelean P., Ienciu M., Lăzărescu M., Marin A., Romoșan F., *Curs de psihiatrie generală pentru vârsta adultă și înaintată*, Lito U.M.F.T. Timișoara, 1998
6. Gelder M., Gath D., Mayou R., *Tratat de psihiatrie Oxford*, Ed. A.P.L.R., 1994
7. Gelder M., Mayou R., Cowen P., *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry* 4th edition, Oxford University Press, Oxford, 2001
8. Goldberg D. *Ghid de Psihiatrie Practică*, ed. a III-a, București, Ed. Fundației PRO, București, 1997.
9. Howland R.D., Mycek M.J., *Pharmacology* 3rd edition, in *Lippincott's Illustrated Reviews*, R.A. Harvey and P.C. Champe editors, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
10. Lăzărescu M. *Psihiatrie, sociologie, antropologie*, Editura Brumar, Timișoara, 2002
11. Leff J.P., Isaacs A.D. *Psychiatric examination in clinical practice*, Blackwell Scientific Publication, 1979
12. Sadock BJ, Sadock V.A. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, 9th edition, 2003.
13. Semple D., Smyth R., *Oxford Handbook of Psychiatry*, 2nd edition, Oxford University Press, 2009.
14. Stahl S.M., *Stahl's Essential Psychopharmacology - Neuroscientific Basis and Practical Applications*, second edition, Cambridge University Press, Cambridge, 2008
15. Winokur G., Clayton Paula J., *The Medical Basis of Psychiatry*, second edition, W.B. Saunders Company, 1994
16. Zaman R., Makhdum A., *Churchill's Pocketbook of Psychiatry*, Churchill-Livingstone, 2000.

VII. ABRÉVIATIONS

5HT = sérotonine
ACA = artère cérébrale antérieure
ACH = acétylcholine
ACM = artère cérébrale moyenne
ACP = artère cérébrale postérieure
AD = antidépresseur
ADT = antidépresseurs tricycliques
AVC = accident vasculaire cérébral
BZD = benzodiazépines
CT = tomographie par ordinateur, tomodensitométrie
D = dopamine
FO = fond d'œil
GABA = acide gamma-amino-butyrrique
GAMMA GTP = gamma-glutamyl transpeptidase
G/A/N = grossesses, avortements, naissances
H = histamine
IC = insuffisance cardiaque
IR = insuffisance respiratoire
ISRS = inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
IM = injection intramusculaire
IMAO = inhibiteurs de monoamine oxydase
LSD = diéthylamide de l'acide lysergique
MDMA = 3,4-méthylène-dioxy-N-méthylamphétamine
NA = noradrénaline (norépinéphrine)
NL = neuroleptique
PET = tomographie par émission de positons
ROT = reflexes ostéo-tendineux
SAG = syndrome aménorrhée-galactorrhée
SEP = syndrome extrapyramidal
SIDA = syndrome d'immunodéficience acquise
SPECT = tomodensitométrie par émission de photon unique
TCC = traumatisme cranio-cérébral
TAB/TB = trouble affectif bipolaire / trouble bipolaire
TAG = trouble d'anxiété généralisée
TDR = trouble dépressif récurrent
TEC = traitement électroconvulsif ou ECT = électroconvulsivothérapie
TOC = trouble obsessionnel compulsif
TP = trouble panique
TRP = tryptophane
TYR = tyrosine
VIH = virus de l'immunodéficience humaine

VIII. EXERCICES

1. Un patient se présente chez le médecin avec les symptômes suivants: insomnie d'endormissement, inquiétude, état tendue. Il se plaint que pendant les derniers mois il a eu des pertes de mémoire et est aussi plus irritable. Il a aussi une céphalée vespérale surtout frontale et temporale. Les symptômes cliniques nous orientent vers un/une:
 - a. épisode dépressif
 - b. épisode maniaque
 - c. trouble d'anxiété généralisée
 - d. trouble panique
 - e. démence Alzheimer
2. Une jeune patiente de 20 ans, s'est présentée à l'unité d'urgence avec les symptômes suivants: dyspnée, palpitations, hypertension artérielle, douleur de la cage thoracique en point fixe, tremblements, peur de mourir. L'ECG montre une tachycardie sinusale. Les analyses de laboratoire infirment une pathologie organique ou induite par une substance. Le plus probable diagnostic est:
 1. crise de spasmophilie
 2. attaque de panique
 3. trouble conversif
 - f. épisode maniaque
 4. trouble hypocondriaque
3. Une femme de 30 ans est amenée en psychiatrie pour troubles du comportement débutés il ya un an et qui se sont accentués progressivement. La patiente vérifie excessivement si elle a fermé les fenêtres, la lumière ou la porte d'entrée. Elle a aussi une peur intense des germes et de la saleté et en conséquence elle se lave les mains excessivement et se met toujours des gants lorsqu'elle sort dans la rue. L'examen clinique révèle des lésions cutanées sur les mains. Le diagnostic psychiatrique le plus probable est:
 1. trouble obsessionnel-compulsif
 2. trouble hypocondriaque
 3. trouble phobique spécifique (phobie des germes)
 4. trouble conversif
 5. trouble d'anxiété généralisée
4. Un jeune de 19 ans est amené par ambulance et par sa famille au service d'urgences psychiatriques parce que pendant le dernier mois il a un comportement bizarre: il se serre dans sa chambre, débranche le téléviseur et l'ordinateur, il vérifie les fiches électriques et les téléphones

en cherchant des microphones y cachés. Il dit qu'il est suivi par les services secrets. Les symptômes ont commencé il ya huit mois quand il est devenu plus retiré et soupçonneux, même en évitant ses anciens amis. Les analyses toxicologiques n'indiquent pas la présence de drogues. Le plus probable diagnostic est:

1. épisode maniaque
 2. épisode dépressif
 3. épisode de schizophrénie paranoïde
 4. épisode d'anxiété généralisée
 5. épisode obsessionnel-compulsif
5. Une femme de 30 ans est amenée au service d'urgences psychiatriques par sa famille parce que, dernièrement, elle a des graves troubles du comportement: dépense beaucoup d'argent, se met trop de maquillage, dort seulement 2 heures chaque nuit et le reste du temps écoute de la musique et dérange les voisins. La patiente se considère comme une personne très intelligente et refuse l'hospitalisation en argumentant qu'elle est parfaitement saine, qu'elle a beaucoup de choses à faire et ne peut pas perdre son temps dans un hôpital. Le diagnostic différentiel psychiatrique est fait entre:
1. schizophrénie paranoïde
 2. épisode maniaque
 3. intoxication aux amphétamines
 4. intoxication aux opiacés
 5. trouble conversif et dissociatif
6. Un homme de 50 ans poursuit en justice le chirurgien et l'hôpital où il a été admis parce que, après l'opération, son état a continué s'aggraver. Il est convaincu que les médecins ont oublié une pince dans son abdomen, car il a des crampes abdominales, des sensations de ballonnement et de la diarrhée. Il a fait de nombreuses plaintes au Collège des Médecins et au management de l'hôpital, mais tout en vain, parce que tous les médecins sont de connivence et se défendent l'un à l'autre. Il a toujours été un homme suspicieux par nature, confiant seulement en soi-même et combattant infatigable pour ses droits. Le diagnostic psychiatrique le plus probable est:
1. trouble délirant persistant (paranoïa) sur un fond de trouble de la personnalité paranoïde
 2. schizophrénie paranoïde sur un fond de trouble de la personnalité schizoïde

3. trouble hypocondriaque
 4. trouble de somatisation
 5. trouble conversif
7. Une femme de 30 ans, se présente au psychiatre extrêmement inquiète parce que depuis quelques mois elle a des palpitations, des tremblements généralisés, des douleurs abdominales, des maux de tête et des troubles de la dynamique sexuelle. Son mari ne la comprend pas et ne lui donne aucun soutien affectif, ce qui explique pourquoi de nombreuses querelles se produisent dans le couple. Un mois avant après une dispute, la patiente tente de se suicider avec des médicaments qu'elle avait trouvés dans la maison (10 comprimés de diazépam), accusant son mari de la froideur et de l'indifférence. Elle a été emmenée d'urgence à l'hôpital et on lui a recommandé une consultation psychiatrique. Le diagnostic psychiatrique le plus probable est :
1. épisode dépressif sévère avec risque suicidaire
 2. trouble hypocondriaque
 3. trouble de somatisation
 4. trouble d'anxiété généralisée
 5. trouble obsessionnel compulsif
8. Une femme de 40 ans se présente au médecin de famille pour des troubles du sommeil débutés le mois dernier. Elle s'endort facilement, mais se réveille pendant la nuit sans pouvoir rendormir. Son appétit est réduit avec l'apparition d'un déficit pondéral. Elle se plaint d'avoir difficulté à payer ses tâches ménagères et d'une diminution de son efficacité au travail. Rien ne suscite plus son intérêt et elle demande si elle reviendra à son état précédent. Médecin de famille lance une série de tests, d'examen et consultations. La consultation psychiatrique a le suivant diagnostic:
1. épisode anxieux
 2. épisode dépressif
 3. épisode hypocondriaque
 4. épisode de neurasthénie
 5. épisode conversif
9. Un homme de 30 ans est en procès pour destruction de biens et lésions corporelles graves après une altercation dans un bar. Au procès, il affirme qu'il était pas provoqué par la victime. En plus, il avait bu et sous l'influence de l'alcool il a perdu pour un moment sa lucidité. Il exige circonstances atténuantes à cause d'une capacité de discernement

diminuée. L'homme vive en concubinage, n'a pas d'emploi stable et a eu des problèmes avec la police pour violations de l'ordre public. Son quotient d'intelligence est de 110. Le plus probable diagnostic psychiatrique est:

1. trouble de la personnalité émotionnellement instable
 2. trouble de la personnalité antisociale
 3. trouble de la personnalité histrionique
 4. trouble de la personnalité dépendante
 5. trouble de la personnalité paranoïde
10. Une femme de 70 ans est apportée à l'hôpital par sa famille, pour agitation nocturne à cause du désir de quitter la maison pour aller voir sa mère. La patiente a troubles de la mémoire depuis quelques années que la famille a considéré liés à son âge. L'examen psychiatrique met en évidence des troubles de calcul, de l'écriture, de la mémoire à court terme et désorientation spatio-temporelle. Le CT montre une atrophie corticale. Le plus probable diagnostic est:
1. état confusionnel
 2. démence Alzheimer
 3. démence vasculaire
 4. démence mixte Alzheimer et vasculaire
 5. dépression chez les personnes âgées
11. Une femme 40 ans a souffert un accident de voiture avec des morts et des blessés. Elle a survécu à l'accident, mais avec de graves complications médicales. Après quelques mois de l'accident, elle s'endort difficilement, a des cauchemars avec la scène de l'accident, est tendue et anxieuse. Depuis l'accident elle refuse de monter dans une voiture. Le diagnostic psychiatrique le plus probable est:
1. trouble anxieux-phobique
 2. trouble d'adaptation
 3. trouble de stress aigu
 4. trouble de stress post traumatique
 5. réaction dépressive
12. Un homme de 55 ans est renvoyé en une consultation psychiatrique par le service de gastro-entérologie où il a été hospitalisé pour une gastrite et une hépatite toxique alcoolique. Les raisons pour le renvoi sont son comportement bizarre (il voit des rats dans le salon qui lui font peur) et l'agitation nocturne. L'examen médical révèle des réponses inadéquates aux questions, désorientation temporelle et spatiale, sueurs,

vomissements, tremblements des extrémités, tachycardie avec hypertension. Le plus probable diagnostic est:

1. schizophrénie paranoïde
2. crise d'épilepsie temporale
3. intoxication aux drogues hallucinogènes
4. état confusionnel secondaire au sevrage alcoolique
5. accident vasculaire cérébral

13. Un homme de 65 ans est amené au service psychiatrique pour pertes de mémoire, dysphasie, périodes de perte de la lucidité de la pensée. Il y a un mois, depuis il a eu un accident vasculaire cérébral entraînant une hémiparésie brachiofaciale. Le CT révèle plusieurs aires corticales ischémiques. L'homme souffre d'une maladie cardiaque ischémique et de diabète de type II. Le plus probable diagnostic est:

1. accident vasculaire cérébral dans le territoire de l'artère cérébrale postérieure
2. démence vasculaire multi-infarctus
3. démence Alzheimer
4. démence mixte Alzheimer et vasculaire
5. démence vasculaire lacunaire

14. Une femme de 35 ans se présente à un psychiatre pour un épisode dépressif modéré. Cet épisode n'est pas induit par une maladie organique ou par une substance. La patiente a une histoire de 3 épisodes de dépressifs et une thyroïdectomie. Pendant les épisodes dépressifs elle reconnaît avoir consommé d'alcool pour s'endormir. Le plus probable diagnostic psychiatrique est:

1. trouble dépressif récurrent, épisode actuel dépressif
2. trouble affectif bipolaire, épisode actuel dépressif
3. trouble d'adaptation, épisode actuel dépressif
4. épisode dépressif induit par l'alcool
5. épisode dépressif, fond de l'hypothyroïdie