

Cours de Mr Boulanger

Les pathologies

Les troubles de la personnalité

Trois Groupes principaux d'après la classification DSM IV

Cluster A : Personnalités excentriques ou bizarres	Paranoïaque	<ul style="list-style-type: none">- Méfiance soupçonneuse et envahissante- Interprétations- -Fausseté du jugement- Hypertrophie du moi- Rigidité psychique empêchant le sujet de se remettre en cause
	Schizoïde	<ul style="list-style-type: none">- Détachement par rapport aux relations sociales- Ne cherche ni n'apprécie les relations interpersonnelles- Indifférence au regard d'autrui, froideur
	Schyzotypique	<ul style="list-style-type: none">- Déficit social et interpersonnel- Compétences réduites dans les relations proches- Distorsions perceptuelles- Conduites excentriques- Croyances bizarres- Anxiété excessive en situation sociale

Cluster B : Personnalités dramatiques et émotionnelles	Histrionique	<ul style="list-style-type: none">- Réponse émotionnelle excessive- En quête d'attention- Mal à l'aise s'il n'est pas au centre de l'attention- Utilisation de la séduction, provocation, mythomanie- Facilement influencé par autrui
	Émotionnellement labile	<ul style="list-style-type: none">- Autrement appelé borderline- Instabilité dans les relations interpersonnelles- Instabilité de l'image de soi- Instabilité des affects- Impulsivité- Effort pour éviter les abandons
	Antisociale Ou psychopathique	<ul style="list-style-type: none">- Mépris et transgression des droits d'autrui- Incapacité de se conformer aux normes sociales- Tendance à tromper par profit ou plaisir- Impulsivité, irritabilité- Absence de remords

	Narcissique	<ul style="list-style-type: none"> - Fantaisie ou comportement grandiose - Besoin d'être admiré - Manque d'empathie - Exploite l'autre dans les relations interpersonnelles - Comportement arrogant et hautain - Envie les autres et pense que les autres l'envie.
--	--------------------	--

Cluster C : Personnalités anxieuses	Dépendante	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin d'être pris en charge - « Soumis » et collant - Peur de séparation - Difficulté ou impossibilité à rester seul - Impossible à faire les choses seul
	Évitante	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibition sociale - Sentiment de ne pas être à la hauteur - Hypersensibilité du jugement d'autrui - Évite les activités sociales qui impliquent les contacts importants avec autrui - Craint d'être rejeté ou critiqué - Inhibé dans les relations interpersonnelles nouvelles - Se perçoit comme inférieur aux autres
	Obsessionnelle compulsive	<ul style="list-style-type: none"> - Préoccupation pour l'ordre - Perfectionniste - Au détriment d'une souplesse - Préoccupation pour les détails, les règles - Dévotion excessive pour le travail - Rigidité - Réticence à déléguer les tâches

Les psychoses

Les différents types de psychoses	Aigue	Délire aigu ou épisode psychotique aigu ou bouffée délirante aiguë
	Chronique	Schizophrénie, psychose paranoïaque, psychose hallucinatoire chronique

Analyse d'un délire (TOMATE)	C'est la conséquence d'une expérience pathologique. Le sujet vit une expérience anormale de son esprit, de son corps et du monde	
	<u>Les éléments à analyser :</u>	
	Thèmes	Jalousie, persécution, mégalomanie, mystique ...
	Organisation	En secteur ou en réseau, systématisé ou non
	Mécanisme	Interprétatif, intuitif, hallucinatoire, imaginaire ...
	Adhésion	Totale ou partielle, critique, participation affective, angoisse
	Type	Paranoïaque ou paranoïde
Étendue	Durée de plus ou moins de six mois	

Episode psychotique aigu (bouffée délirante aiguë)	
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Début brutal en quelques heures et quelques jours - Retrouvé classiquement chez un sujet jeune sans antécédent - Dure moins de six mois. - Il existe parfois des symptômes prodromiques : <ul style="list-style-type: none"> o Délire : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Polymorphe ▪ Non systématisé ▪ Incohérent ▪ Envahissant toute la vie psychique du patient ▪ Fluctuant ▪ Adhésion totale - Il peut exister des troubles de l'humeur

	<ul style="list-style-type: none"> - Il peut exister des troubles du comportement : <ul style="list-style-type: none"> o Agitation o Bizarrerie o Mutisme ou logorrhée o Fugue, voyage pathologique (aller chercher quelque chose quelque part) - Insomnie fréquente - Pas d'altération de la conscience 				
Il faut éliminer une cause organique :	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome confusionnel : désorientation temporo-spatiale, AVC, Épilepsie, Causes endocriniennes (hypoglycémie, hyperthyroïdie, trouble ionique), Causes infectieuses, Delirium tremens 				
Les causes psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Bouffée délirante aiguë - Pousée processuelle de schizophrénie - Épisode maniaque / épisode mélancolique (trouble bipolaire) - Psychose du post partum - Épisode conversif (trouble de la personnalité) - Pharmacopsychose (cannabique, substance hallucinogène) 				
Évolution d'une bouffée délirante aiguë	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de récurrence - Récurrence - Évolution vers un trouble bipolaire - Évolution vers une schizophrénie 				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Facteurs de bon pronostic :</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Facteurs de mauvais pronostic :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - Début brutal - Durée faible - Richesse du délire - Bon niveau socioculturel - Critique </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - Prodromes (= changement de comportement avant la crise) - Début subaigu - Délire pauvre - Syndrome dissociatif - Faible niveau socioculturel - Environnement social et familial pauvre - Antécédent familial/personnel - Mauvaise critique </td> </tr> </tbody> </table>		Facteurs de bon pronostic :	Facteurs de mauvais pronostic :	<ul style="list-style-type: none"> - Début brutal - Durée faible - Richesse du délire - Bon niveau socioculturel - Critique 	<ul style="list-style-type: none"> - Prodromes (= changement de comportement avant la crise) - Début subaigu - Délire pauvre - Syndrome dissociatif - Faible niveau socioculturel - Environnement social et familial pauvre - Antécédent familial/personnel - Mauvaise critique
Facteurs de bon pronostic :	Facteurs de mauvais pronostic :				
<ul style="list-style-type: none"> - Début brutal - Durée faible - Richesse du délire - Bon niveau socioculturel - Critique 	<ul style="list-style-type: none"> - Prodromes (= changement de comportement avant la crise) - Début subaigu - Délire pauvre - Syndrome dissociatif - Faible niveau socioculturel - Environnement social et familial pauvre - Antécédent familial/personnel - Mauvaise critique 				
Le traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation sous contrainte [SDT (demande d'un tiers) ou même SDRE (demande de l'État)] - Traitement de l'agitation : isolement possible, traitement sédatif - Mesure de protection des biens - Traitement pharmacologique : antipsychotique durant au moins 6 mois - Suivi : en ambulatoire, veiller à l'observance du traitement, surveiller la réapparition d'éléments délirants ou de troubles du comportement 				

La schizophrénie « esprit scindé »

Facteurs de vulnérabilité		<p>Origine plurifactorielle : interaction probable de facteurs génétiques, biologiques, psychologiques et socio-environnementaux</p> <p>Risque de développer chez un sujet apparenté au premier degré d'un patient schizophrène : 10%</p> <p>Possible rôle de facteurs infectieux durant la grossesse.</p>					
Clinique	Les prodromes	<ul style="list-style-type: none"> - Non spécifiques - Confirmés par l'entourage du patient - Détérioration nette du fonctionnement par rapport au niveau antérieur - Retrait social - Bizarrie - Incurie : arrête de se laver - Émoussement affectif : exprime moins d'émotions 					
	<u>Phase de début</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Début aigu ou progressif - Peut débuter par une bouffée délirante aiguë - Un trouble de l'humeur atypique - Le mode de début le plus fréquent est progressif <ul style="list-style-type: none"> o Symptômes négatifs o Esotérisme (enfermement) o Troubles du comportement o Symptômes « pseudo-névrotiques » 					
	3 axes cliniques importants :						
	<u>Phase d'état</u>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Symptômes positifs</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Délire - Souvent polymorphe (thèmes et mécanismes multiples) - Non structuré, non systématisé - Envahissant toute la vie psychique du patient - Possibles hallucinations intrapsychiques : - Automatisme mental et vol de la pensée </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Symptômes négatifs</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Composante déficitaire du trouble - Perte de l'élan vital, athymhormie (plus de motivation) - Apragmatisme (ne plus réussir à organiser sa pensée pour réaliser ses actions allant jusqu'aux AVQ) - Incurie - Retrait social - Désinvestissement </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Symptômes dissociatifs</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Désorganisation des processus cognitifs entre eux, dans leurs liens avec les affects et avec les comportements - Difffluence de la pensée </td> </tr> </table>	Symptômes positifs	<ul style="list-style-type: none"> - Délire - Souvent polymorphe (thèmes et mécanismes multiples) - Non structuré, non systématisé - Envahissant toute la vie psychique du patient - Possibles hallucinations intrapsychiques : - Automatisme mental et vol de la pensée 	Symptômes négatifs	<ul style="list-style-type: none"> - Composante déficitaire du trouble - Perte de l'élan vital, athymhormie (plus de motivation) - Apragmatisme (ne plus réussir à organiser sa pensée pour réaliser ses actions allant jusqu'aux AVQ) - Incurie - Retrait social - Désinvestissement 	Symptômes dissociatifs
Symptômes positifs	<ul style="list-style-type: none"> - Délire - Souvent polymorphe (thèmes et mécanismes multiples) - Non structuré, non systématisé - Envahissant toute la vie psychique du patient - Possibles hallucinations intrapsychiques : - Automatisme mental et vol de la pensée 						
Symptômes négatifs	<ul style="list-style-type: none"> - Composante déficitaire du trouble - Perte de l'élan vital, athymhormie (plus de motivation) - Apragmatisme (ne plus réussir à organiser sa pensée pour réaliser ses actions allant jusqu'aux AVQ) - Incurie - Retrait social - Désinvestissement 						
Symptômes dissociatifs	<ul style="list-style-type: none"> - Désorganisation des processus cognitifs entre eux, dans leurs liens avec les affects et avec les comportements - Difffluence de la pensée 						

		<ul style="list-style-type: none"> - Discours hermétique, incohérent - Rationalisme morbide (pseudologisme) : trouve une explication à son problème de comportement - Affects inappropriés, ambivalence affective (émotion ≠ parole) - Maniérisme, bizarrerie, stéréotypies (mouvement répétés), catalepsie (rigidité du corps)
Symptômes associés		<ul style="list-style-type: none"> - Angoisse : souvent intense, sentiment d'éclatement du corps - Symptômes thymiques : surtout dépressifs
Il existe différentes formes cliniques		<ul style="list-style-type: none"> - Paranoïde - Hébéphrénique (vide) - Catatonique (ne bouge plus) - Dysthymique (association de troubles de l'humeur) - Héboïdophrénique (trait de personnalité psychopathique : impossibilité d'empathie + recherche du plaisir immédiat)
La prise en charge		<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation : en général au premier épisode - Mesure de protection - Traitement pharmacologique : antipsychotique au long cours - Traitement institutionnel - Psychothérapie : de soutien, TCC (remédiation cognitive), éducation thérapeutique - Traitement à vie
Évolution		<ul style="list-style-type: none"> - Modes évolutifs différents - Habituellement : diminution de la production délirante et aggravation de la symptomatologie déficitaire
Pronostic		<ul style="list-style-type: none"> - Maladie grave - Retentissement social important - Risque suicidaire

Psychose hallucinatoire chronique	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble délirant chronique - Plus souvent chez la femme - Début tardif (après 50ans)
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Mécanismes hallucinatoires - Automatismes mentaux (se sentir contrôlé de l'extérieur) - Hallucinations sensorielles - Thèmes de persécutions essentiellement - Pas de syndrome dissociatif

Psychose paranoïaque

Clinique

- Délire chronique
- Délire cohérent
- Absence de critique
- Pseudologisme (rationalisation morbide)
- Plusieurs types : passionnels, d'interprétation
- Pas de symptômes dissociatifs

Délires passionnels

- **Érotomaniaques** : conviction délirante d'être aimé, 3 phases (espoir, dépit, rancœur), mécanisme intuitif
- **De jalousie** : conviction délirante d'être victime de l'infidélité de son conjoint, mécanisme interprétatif
- **De revendication** : thèmes de revendications variables (inventeur, quérulents processifs, idéalisme passionné...)

Délire d'interprétation

- Délire systématisé en réseau, envahissant l'ensemble de la vie psychique du patient
- Mécanismes interprétatifs, avec interprétations exogènes et endogènes
- Thème de persécution
- Parfois persécuteur désigné

Délire de relation des sensitifs

- Idées délirantes de persécution
- Impression d'être au centre de la malveillance d'une ou plusieurs personnes
- Vécu affectif du délire
- Attitude passive de replis sur soi (pas d'agressivité)
- Personnalité sensitive pré morbide

L'anxiété	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> - Émotion physiologique, possédant un rôle adaptatif face aux stimuli soudains inhabituels ou menaçants, venant de l'environnement - Devient pathologique lorsqu'elle est inadaptée, disproportionnée par rapport aux causes, trop intense et/ou entraîne un handicap social - <u>Anxiété</u> : sentiment proche de l'angoisse, mais relatif à une difficulté bien réelle. Plus maîtrisable - <u>Angoisse</u> : De l'ordre du vécu, face à laquelle le sujet n'a pas de solution. Difficilement maîtrisable.
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomatologie somatique - <u>Cardiovasculaire</u> : tachycardie, HTA - <u>Respiratoire</u> : Tachypnée, dyspnée - <u>Neurologique</u> : Vertiges, céphalées, tremblements, hyper-vigilance, insomnie - <u>Autres</u> : diarrhée, polyurie, sueurs, hyperthermie - <u>Psychologique</u> : peur, appréhension, irritabilité, tension, panique - <u>Déréalisation/dépersonnalisation</u> : sensation d'étrangeté par rapport à soi-même et au monde extérieur. « Sensation de sortir de son corps » - <u>Comportement</u> : Fuite, agressivité, agitation, inhibition, compulsion - L'anxiété peut être chronique ou aiguë, ≠ formes cliniques
Anxiété pathologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Attaque de panique : épisode aigu, crise d'angoisse - Anxiété phobique : peur ou évitement d'un objet ou situation spécifique - Obsession : intrusions répétées et involontaires de pensées anxiogènes, inacceptables ou absurdes - Compulsions : manies ou rituels excessifs dont la répétition vise à combattre l'anxiété.
Aigus	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles panique avec ou sans agoraphobie - État de stress aigu
Chroniques	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble obsessionnel compulsif - Phobie spécifique/sociale - Anxiété généralisée - État de stress post traumatique

La phobie spécifique (ou phobie simple)	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> - Il s'agit d'une peur irraisonnée - Pour un objet / situation - Reconnue comme excessive par le sujet - Entraînant une souffrance importante - Pouvant entraîner une attaque de panique - Évitement du sujet de l'objet source d'angoisse - Les objets ou situations phobiques sont variées (animaux, sang, injections ...)

Le trouble panique	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> - Il correspond à la récurrence d'attaques de paniques (au moins 4 en 4 semaines) - Survenant de manière imprévisible - Ayant un retentissement important sur la vie sociale et professionnelle, parfois agoraphobie associée - Entre chaque attaque de panique le sujet appréhende la prochaine attaque de panique : c'est <u>l'anxiété anticipatoire</u>, la « peur de la peur »
Attaque de panique	<ul style="list-style-type: none"> - Angoisse aiguë, apparition brutale - Durant entre 15 et 20 mn - Intense - Symptômes somatiques et psychiatriques - Correspond à une décharge d'adrénaline - Peur de mourir - Dépersonnalisation/Déréalisation possible
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie : thérapie cognitivo-comportementale <ul style="list-style-type: none"> • Analyse d'éventuels facteurs déclenchants • Techniques de respirations... - C'est un traitement de fond, assez long (plusieurs mois)
Agoraphobie	<ul style="list-style-type: none"> - Peut être associée au trouble panique mais aussi dans d'autres troubles -angoisse prenant souvent la forme d'une attaque de panique, survenant loin de l'endroit où le sujet habite classiquement dans un endroit où il serait difficile de s'échapper - Le sujet appréhende fortement la confrontation à ces situations - Évitement ou conduites contraphobiques.

La phobie sociale	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> - C'est la peur exagérée et intense d'être au centre de l'attention et de pouvoir se retrouver dans une situation embarrassante ou humiliante - Le sujet est très angoissé par le fait de devoir parler en public, en réunion, ou même d'écrire devant les autres. - Crainte de rougir « éreutophobie », de bégayer ou trembler - Évitement des situations anxiogènes - Caractère excessif du trouble reconnu par le patient - Impact notable sur le fonctionnement social et professionnel - Rétrécissement progressif de la vie sociale - Risque important d'abus de substances (alcool) - Risque de dépression associée

Trouble obsessionnel compulsif

Généralités	<ul style="list-style-type: none">- Reconnue comme excessive par le sujet- Entraînant une souffrance importante- Comorbidité avec la dépression
Clinique	<ul style="list-style-type: none">- Présence d'obsessions, de compulsions et de rituels s'imposant au patient et vécus comme intrusifs inappropriés et entraînant une détresse et une anxiété importante.
Les obsessions	<ul style="list-style-type: none">- Pensées, idées ou images mentales- S'imposant à l'esprit du patient- Le sujet reconnaît qu'il s'agit d'une production de son esprit- Intrusives et inappropriées- Le sujet lutte contre ces pensées (lutte anxieuse)- Obsessions : Idéatives/Phobiques/Impulsives
Compulsions	<ul style="list-style-type: none">- Ce sont les actes répétitifs effectués par le patient pour diminuer le niveau d'anxiété généré par les obsessions- Le sujet se sent obligé de les réaliser, sous peine d'une aggravation de l'anxiété- Le temps pris par les compulsions devient de plus en plus important- Elles sont reconnues comme absurdes et excessives par le sujet
Rituels	<ul style="list-style-type: none">- On parle de rituel lorsque tous les actes répétitifs accomplis par le sujet en dehors de toute obsession- Activité toujours faites dans le même ordre et dans le même sens
Évolution	<ul style="list-style-type: none">- Chronicisation avec fluctuation de l'intensité- Risque de désinsertion sociale et professionnelle- Amélioration symptomatique chez 2/3 des patients traités- Guérison de 20% des patients traités
Traitement	<ul style="list-style-type: none">- <u>Psychothérapie</u> : TCC<ul style="list-style-type: none">• Sessions hebdomadaires• Exercices à accomplir• Expositions• Technique d'arrêt de la pensée

Syndrome de stress post traumatique	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> - Plus élevé chez les groupes à risques (militaire sans domiciles fixes...) - Risque de développer un SSPT varie selon l'évènement en lui-même et son intensité
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Sujet victime ou témoin d'un évènement brutal violent et hors du commun - Évènement soit unique soit répété - Au cours de l'évènement le sujet est confronté à la mort - Sentiment d'impuissance - 3 éléments : Syndrome de répétition, conduites d'évitement, hyperactivité neurovégétative
Syndrome de répétition	<ul style="list-style-type: none"> - Cauchemars effrayants sur le thème du traumatisme - Reviviscence du traumatisme - Flash-back et souvenirs hallucinatoires
Conduites d'évitements/émoussement affectif	<ul style="list-style-type: none"> - Le sujet évite les situations ou conversations lui rappelant le traumatisme - Diminution des activités qui lui étaient agréables, diminution du tonus émotionnel - Alexithymie (impossibilité d'exprimer ses émotions)
Hyperactivité neuro-végétatives	<ul style="list-style-type: none"> - Agressivité/Irritabilité - Trouble du sommeil - Anxiété importante - Hypervigilance - Sursauts exagérés
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacologique : antidépresseur à double dose - Psychothérapie : TCC / Hypnose - Rôle important de la reconnaissance sociale du traumatisme et du statut de victime - Prise en charge prophylactique : CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique)
État de stress aigu	<ul style="list-style-type: none"> - Il s'agit d'une réaction pathologique à un facteur de stress aigu - Après un évènement traumatique - Angoisse importante accompagnée d'une agitation psychomotrice - Présence de symptômes dissociatifs (névrotique) <ul style="list-style-type: none"> • Déréalisation/Dépersonnalisation • Amnésie • Fugue • État confuso-onirique (désorienté dans le temps et dans l'espace avec présence ou non de délire) <p><u>Traitement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le + tôt possible - Par une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) - Bon pronostic - Mais risque de SSPT

Troubles anxieux généralisé	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété généralisée excessive et permanente - Les ruminations anxieuses concernent la vie sociale, affective et professionnelle - Inquiétude constante et exagérée pour les activités et événements de la vie quotidienne (situation financière, de santé, professionnelle etc...) - Trouble chronique

Troubles de l'adaptation	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> - Correspond à une réaction émotionnelle et comportementale à un facteur de stress identifié - Exagéré, inadapté par rapport à ce qui est attendu dans la culture de l'individu

Troubles de l'humeur

Introduction	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> - Handicapantes : sur le plan social, professionnel, familial, judiciaire et financière - Forte morbidité somatique, voire létales : <ul style="list-style-type: none"> o Risque de suicide +++ o Maladie cardiaque, trouble respiratoire, AVC, maladie métabolique - Récidivante - Chronicisation possible
L'humeur (ou thymie)	<ul style="list-style-type: none"> - Disposition affective fondamentale - Donne à chacun de nos états d'âme : <ul style="list-style-type: none"> o Une tonalité agréable ou désagréable o Oscillant entre 2 pôles extrêmes de la douleur au plaisir - État émotionnel prolongé - Variation normale - <u>Pathologique quand :</u> <ul style="list-style-type: none"> o Intense o Prolongée o Entraînant une souffrance du sujet et de son entourage o Retentissement sur la qualité de vie
Il existe 4 types d'épisode thymique	<ul style="list-style-type: none"> - Épisode dépressif majeur - Épisode maniaque - Épisode hypomaniaque - Épisode mixte

Épisode dépressif majeur		
Généralités		<ul style="list-style-type: none"> - Multiplie par 30 le risque de suicide - Majeur = caractérisé - Intrication probable de facteurs génétiques, biologiques, et psychosociaux - Caractère endogène ou exogène
Clinique		<ul style="list-style-type: none"> - Instauration des troubles : rapidement progressive - Marquant une rupture avec l'état antérieur
3 Piliers cliniques	Tristesse de l'humeur	<ul style="list-style-type: none"> - De la simple tristesse à la douleur morale - Quantitativement et qualitativement différente de la douleur « habituelle » du patient - Sentiment d'ennui, labilité émotionnelle, irritabilité, ou agressivité - Anhédonie (ne plus éprouver de plaisir à faire les choses qu'on aimait faire habituellement) - Cognitions dépressives : auto-dévalorisation, baisse de l'estime de soi et pessimisme - Anesthésie affective : incapacité à éprouver des sentiments
	Troubles somatiques	<ul style="list-style-type: none"> - Perte d'appétit, mais parfois hyperphagie - Trouble du sommeil : difficulté d'endormissement, réveils nocturnes, réveils précoces - Baisse de la libido - Asthénie intense : fatigue - Parfois algies rebelles
	Troubles psychomoteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Ralentissement psychomoteur : <ul style="list-style-type: none"> o Discours lent, voix monocorde, facies figé, apragmatisme, lenteur des actions - Parfois stupeur, mutisme ou encore agitation fébrile - Indécision - Incurie (ne se lave plus) - Aboulie (perte de l'élan vital) - Clinophilie (reste dans son lit même si réveil tôt) - Retrait social
La mélancolie		<ul style="list-style-type: none"> - Forme sévère de dépression - Origine endogène de dépression - Intensité de la tristesse de l'humeur - Symptômes psychomoteurs importants - Idées ruines (monde qui s'écroule) - Idées de culpabilité / d'incurabilités - Parfois délirante

Il existe d'autres formes de dépressions	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression saisonnière - Dépression post-partum (après l'accouchement) - Dépression catatonique : présence de catalepsie <ul style="list-style-type: none"> ○ Hypertonie musculaire ○ Maintien des attitudes imposées ○ Bizarrerie ○ Agitation ○ Echolalie/ écho-praxie (répéter les dernières syllabes)
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation parfois nécessaire - Évaluation du risque suicidaire - Traitement pharmacologique <ul style="list-style-type: none"> ○ Antidépresseur ○ Antipsychotique associé si mélancolie
Pronostic	<ul style="list-style-type: none"> - En général guérison en 6 à 12 mois - Guérison = rémission complète pendant 6 mois - Chronicisation : durée de deux ans - Récidive dans 80% des cas

Trouble bipolaire	
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> - Anciennement : psychose maniaco-dépressive - 15 à 20% de décès par suicide - Forte composante génétique
Les différents types	<ul style="list-style-type: none"> - Type I : au moins 1 épisode maniaque, plus ou moins épisode hypomaniaque, épisode dépressif majeur - Type II : au moins un épisode hypomaniaque (sans épisode maniaque) plus ou moins épisode dépressif majeur - Type III : virage maniaque sous anti dépresseur ➔ Maladie chronique ➔ Invalidante ➔ Alternance d'épisodes thymiques durant la vie du patient, humeur « neutre » entre les épisodes
Épisode Maniaque	<ul style="list-style-type: none"> - Exaltation de l'humeur, euphorie - Cognitions maniaques : surestimation de soi-même, mégalomanie, parfois délirantes - Hypersyntonie, contact familial - Versatilité de l'humeur - Troubles du sommeil : insomnie sans fatigue - Augmentation de la libido - Agitation psychomotrice - Tachypsychie, fuite des idées, logorrhée, distractibilité

	<ul style="list-style-type: none"> - Agitation parfois agressive, déambulation - Conduites à risque - Achats inconsidérés - Fugues, voyages pathologiques - Actes délictueux
Épisode Hypomaniaque	<ul style="list-style-type: none"> - Forme atténuée de l'épisode maniaque - Ne nécessite pas d'hospitalisation sous contrainte contrairement à l'épisode maniaque
Épisode Mixte	<ul style="list-style-type: none"> - Alternance rapide des symptômes dépressifs et de symptômes maniaques - Présences simultanées de symptômes dépressifs et de symptômes maniaques
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Thymorégulateur en traitement de fond - Neuroleptique sédatif si épisode maniaque ou hypomaniaque
Prise en charge au long cours	<ul style="list-style-type: none"> - Importance de l'observance du traitement - Éducation thérapeutique <ul style="list-style-type: none"> o Apprentissage des symptômes annonciateurs d'un épisode o Règles hygiéno-diététiques - Hospitalisations assez fréquentes - Mesures de sauvegardes de justices - Risque suicidaire (y compris dans l'épisode maniaque) - Possible sismothérapie
Risques liés à la chronicité de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement social - Handicap dans la vie affective - Handicap professionnel : risque d'épisode maniaque lors des épisodes de surmenage - Difficulté à trouver une vie stable - Importance du niveau socioéconomique, de l'entourage familial et amical

Les addictions

Introduction	
Addiction	<p>À un comportement (pas seulement la consommation d'un produit).</p> <p>Il existe d'autres définitions telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'addiction est aussi le remplacement d'une émotion par une sensation. • Troubles du comportement alimentaire (existence d'une approche addictologique)
Critères de l'addiction de Goodman (1990)	<ul style="list-style-type: none"> - Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser un type de comportement - Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement - Plaisir ou sensation durant le comportement - Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement

La toxicomanie	Fruit de la rencontre : <ul style="list-style-type: none"> - D'un individu (personnalité) - D'un produit - D'une société → Notion de produit
-----------------------	--

Addictions aux substances		
Le tabac	Sevrage	Succession de sevrage et de rechutes (dépendance très forte) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pré-contemplation : entrée dans l'addiction ▪ Contemplation : Le patient prend conscience des problèmes et des risques liés au tabac, mais souhaite continuer quand même. ▪ Action : Le patient décide de faire un sevrage. ▪ Maintien : Période où il arrive à arrêter (quelques jours, quelques semaines) ▪ Rechute : après la rechute, ils repassent en phase de contemplation. <p style="text-align: center;">Arrêt définitif : après plusieurs cercles.</p>
Le cannabis	Risques	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmaco-psychose - Bouffée délirante aiguë - Syndrome amotivationnel - Dépendance moyenne, sevrage relativement simple - Risque de polyconsommation
Alcool	Toxicité	<ul style="list-style-type: none"> - Dose dépendante - Dépendance d'apparition très lente, mais dépendance forte ensuite. - L'abstinence totale n'est pas forcément l'objectif principal.
Héroïne	Dépendance	<ul style="list-style-type: none"> - Au début : « lune de miel » où l'utilisateur trouve du plaisir - Contrôle de la consommation : l'utilisateur peut choisir d'être bien ou mal - Puis installation de la dépendance : nécessité d'augmenter les doses pour trouver un effet équivalent - Puis « lune de fiel » : après quelques semaines ou quelques mois, gestion du manque, le manque est très douloureux et dure plusieurs jours. Pour être « normal » l'utilisateur dépendant doit consommer. - Mise en danger, mensonge, actes médico-légaux pour trouver la substance.
	Risques	<ul style="list-style-type: none"> - Désinsertion sociale, isolement familial et amical - L'utilisateur à conscience des conséquences de sa consommation - Sevrage très difficile - Possible substitution (qui n'est pas un sevrage) : Méthadone. - Substance non toxique en elle-même mis à part les cas d'overdose. - Toxicité liée aux injections : maladies infectieuses

Psycho-stimulants	Ce sont des substances psychotropes, excitant le cerveau : entraînant une hypervigilance, tachypsychie, accélération du système nerveux, euphorisant.	
	Effets somatiques	Tachycardie, HTA, tachypnée
	Plusieurs Substances	Cocaïne, crack « cocaïne du pauvre », ecstasy, amphétamine (MDMA), psychostimulants de synthèse.
	Substitutions	Il n'en existe pas
Les hallucinogènes	Substance provoquant des expériences hallucinatoires (LSD, Champignons ...)	
	Dépendance	Très faible
	Risques	Pharmacopsychose, bouffée délirante aiguë Possible « retour d'acide » : réapparition de la symptomatologie hallucinatoire après la prise de toxique (parfois des années après).

Addictions comportementales	
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Addictions sans produit ➔ Plusieurs types : sport, jeu, trouble du comportement alimentaire, activité sexuelle ➔ Remplacement de l'émotion désagréable par la sensation produite par le comportement. 	
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> ➔ L'approche addictologique est une approche de ce trouble. ➔ La sensation recherchée est celle de la faim. ➔ La faim comme anxiolytique. ➔ Mécanisme de dépendance et de tolérance (besoin de manger de moins en moins pour avoir la sensation de faim).
Crise de Boulimie	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Envahissement de sentiment de malaise, d'angoisse avec un besoin impératif de manger. ➔ Ingestion rapide d'une grande quantité d'aliments pour réduire le malaise. ➔ S'en suit un sentiment de culpabilité avec des vomissements éventuels qui peuvent survenir.

État d'agitation aiguë	
Généralités	<ul style="list-style-type: none">➔ Situation possible en service de psy mais aussi en urgences générales➔ Production exagérée et souvent incohérente d'actes moteurs➔ Excitation psychomotrice ; Parfois agressivité➔ Recueil des antécédents psychiatriques et somatiques➔ Antécédents familiaux➔ Mode de vie (prise de toxique)➔ Traitement habituel
Plusieurs niveaux d'agitation (nécessitant des approches adaptées)	<ul style="list-style-type: none">➔ Nécessité d'approches adaptées➔ Plusieurs niveaux d'agitation<ul style="list-style-type: none">○ Agitation contenue par le dialogue○ Agitation nécessitant une sédation sans mesure d'isolement○ Agitation nécessitant sédation mise en chambre d'isolement○ Agitation nécessitant sédation, isolement et contention.○ Jamais de contention sans sédation➔ Essayer de placer le patient dans un environnement calme et apaisant, à l'écart des autres patients.➔ Ne pas rester seul en présence d'un patient agité, parfois appeler sécurité.➔ Mesure d'hospitalisation sous contrainte en milieu psychiatrique possible
Plusieurs origines possibles	<ul style="list-style-type: none">➔ Somatique : état confusionnel, trouble métabolique, AVC...➔ Psychiatrique :<ul style="list-style-type: none">○ État maniaque○ Bouffée délirante aiguë○ Décompensation d'un trouble de personnalité○ Décompensation psychotique○ État de stress aigu○ Crise suicidaire○ Attaque de panique○ Les personnes borderline

Risque suicidaire

Multiplés facteurs	<ul style="list-style-type: none">➔ Psychiatriques, social, professionnels, familiaux...➔ Il existe rarement une cause unique : combinaison de multiples facteurs➔ Système d'accumulation des facteurs et de diminution des solutions➔ Importance d'évaluer le RUD : le risque, l'urgence, la dangerosité <p style="text-align: center;">« Le suicide va être une solution à tous les problèmes »</p>
Les risques	<ul style="list-style-type: none">• Présence d'antécédents de TS (tentative de suicide) ou de suicide dans famille.• Troubles psychiatriques : La dépression, la bipolarité, la schizophrénie, alcoolique chronique, impulsif.• Évaluer l'intentionnalité suicidaire : niveau d'intention de se suicider.• Environnement social : famille, ami, isolement, solitude, situation pro ...• Verbalisation d'idées suicidaire• Age ! (Âge élevé plus à risque)
Urgence	<ul style="list-style-type: none">• Présence d'un projet suicidaire imminent et l'évaluer.• État de crise : absence d'autres solutions.• Agitation anxieuse ou au contraire disparition de la symptomatologie anxio-dépressive (signal d'un projet suicidaire accompli)
Dangerosité	<ul style="list-style-type: none">• Présence d'un projet suicidaire ou impulsivité• Moyens létaux à disposition : arme à feu, médicaments, cordes ...• Prise de toxiques : désinhibition (alcool)• Idées délirantes de mort
La crise suicidaire	<ul style="list-style-type: none">➔ Lorsqu'il n'existe plus aucune autre solution : état de souffrance psychique intense avec facultés de réflexion altérées.➔ Impossibilité de faire face à la crise, nécessité d'une hospitalisation sous contrainte.
Après une TS	<ul style="list-style-type: none">➔ Diminution de la tension psychique➔ Pas de disparition des facteurs ayant conduit au passage à l'acte➔ Réapparition de la tension dans les 3 jours suivant la TS➔ Nécessité d'une surveillance

Les mesures d'hospitalisation

→ Aujourd'hui loi du 5 juillet 2011 : SPDT, SPDRE, SPL

SPDT	<p>= Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (ou SDT)</p> <ul style="list-style-type: none"> → Les troubles rendent le consentent du patient impossible → Les troubles présentent une mise en danger pour le patient → Nécessité d'une lettre manuscrite d'un tiers → 2 certificats médicaux dont 1 est extérieur à l'établissement psychiatrique d'accueil → 1 seul certificat en cas de SDTU (Soins à la Demande d'un Tiers en Urgence)
SPPI	<p>= Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (ou SPI)</p> <ul style="list-style-type: none"> → Équivalent de la SPDT mais pas possible de trouver un tiers.
SPDRE	<p>= Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État (ou SDRE)</p> <ul style="list-style-type: none"> → Les troubles représentent un danger pour l'ordre public et pour autrui → Contexte délirant, suite à des expertises
Maintien ou levée des mesures d'hospitalisation sous contrainte	<ul style="list-style-type: none"> → Certificat médical de 24h, 72h, j8, J15 puis mensuels → Examen de la mesure de sa conformité par le JLD (juge des libertés et de la détention) → Procédure de contestation de la mesure par le patient possible → Nécessité d'un accord préfectoral pour lever une mesure de SDRE
Possibilité de saisir la CDSP	<p>= Commission Départementale des Soins Psychiatriques</p> <ul style="list-style-type: none"> → Informée des mesures de soins sans consentement → Reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psy sous contrainte → Peut saisir le préfet ou le procureur de la république (Visite d'établissement)

Mesures de protection juridique

Sauvegarde de justice	<ul style="list-style-type: none"> → Mesure de protection la plus légère → Permet la protection d'une personne qui n'est plus en capacité de prendre des décisions « bonnes pour elle ». → Cesse dès que la personne a recouvré ses capacités ou qu'une mesure plus contraignante a été mise en place (curatelle, tutelle). → La personne conserve l'exercice de ses droits. → Accompagné d'un mandataire spécial pour accomplir un ou plusieurs actes précis : <ul style="list-style-type: none"> ○ Contester les actes de la vie de la personne s'ils sont contraires à ses intérêts soit en les annulant, soit en les corrigeant. → Sous la décision d'un juge des tutelles.
Sauvegarde médicale	<ul style="list-style-type: none"> → Permet à un médecin de placer lui-même la personne à laquelle il dispense des soins sous un régime de protection, par simple déclaration, s'il constate que l'état du patient nécessite une mesure de protection. → Faite auprès du procureur de la République du lieu de traitement.
Curatelle	<ul style="list-style-type: none"> → Moins contraignante que la tutelle (laisse plus de droits). → Peut s'appliquer à la protection d'une personne ou de ses biens. → Curateur nommé par le juge (proche de la personne / curateur professionnel) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Assiste la personne dans les actes risquant de porter atteinte à son patrimoine ou sa personne. → Ce que la personne peut continuer à faire sans l'accord de son curateur : <ul style="list-style-type: none"> ○ Assurer la gestion de la vie quotidienne (factures ...) ○ Choisir son lieu de résidence ○ Rédiger son testament / voter → Ce que la personne ne peut pas faire sans l'accord de son curateur : <ul style="list-style-type: none"> ○ Vendre ou acheter un bien ○ Faire une donation ○ Ouvrir un compte
Tutelle	<ul style="list-style-type: none"> → Mesure de protection juridique la plus forte. → Entraîne une incapacité totale pour la personne protégée = privation complète de sa capacité juridique → Les personnes doivent être reconnues vulnérables par un juge des tutelles : <ul style="list-style-type: none"> ○ Leurs facultés mentales ou leurs facultés corporelles doivent être momentanément ou durablement altérées au point d'empêcher l'expression de leur volonté.