Sémio psy 1 :
Examen psychiatrique

I. Introduction

A. Objectifs :

- Recueil de signes et de **symptômes regroupés en syndromes**
- Établir un **diagnostic** et un **traitement** (examens complémentaires pour **exclure** un diagnostic) grâce a une nosologie (classifications internationales)
- Instaurer **une relation thérapeutique : aider le patient en fonction de la sémiologie du patient**

B. Examen somatique = physique général +++++

- **Complet et méthodique**
  - Respiratoire, cardiaque, digestif, fonctions hépatiques et endocriniennes, gynécologique (aménorrhée ?) dermatologique
  - Ex : Kc de la prostate qui s'est révélé sous une symptomatologie de type dépressive
- Au moindre doute : **avis** spécialisé ou a un interniste

C. Examen neurologique

- **Neurologie :** pathologie ayant une lésion clairement identifiée
- **Psychiatrie** : pathologie avec un manque de localisation de l'anomalie → ensemble de réseaux pathologiques

- **Systématique : MMS** (Minimental States) : est ce que la personne présente des altérations neurologiques sommaires ?
  - **Orientation dans le temps** (date, mois, année)
  - **Dans l'espace**
  - Dans **l'histoire** (nom du président de la République ?)
  - **Habilités praxiques** : capacité a bouger un objet devant soi
  - **Gnosiques :** savoir comment s'appelle l'objet devant soi ?
  - **Mnésiques** (immédiates, différés) (test : retenir 3 mots et les répéter immédiatement → **mémoire immédiate** puis dire combien font 100-7, 93-7 … épeler un mot a l'envers puis redire les 3 mots → **mémoire différée) = fonctions cognitives**
  - **Syntaxiques :** faire écrire une phrase avec un verbe, un sujet et un complément
  - **Calculs simples**

- **A compléter par des tests cognitifs simples :**
  - **Fluences verbales :** dire tous les mots qui commencent par la lettre M pendant 30 sec (≈20 mots)
  - **Test de l'horloge :** dessiner une horloge avec le cadran et dessiner l'heure actuelle sans regarder sa montre
  - **Test des similitudes :** similitude piano/violon, chaise/table …
  - **Proverbe :** donner le sens a un proverbe

- **Objectifs :**
  - **Éliminer une pathologie neurologique :** processus cérébral, anévrysme, atrophie, corticale, polynévrite, syndromes frontaux
  - **Évaluer les capacités de compréhension** (retard mental, syndrome démentiel débutant…)

- **Piège : syndrome confusionnel (examens complémentaires +++) :** pathologie NEUROlogique ou métabloqie (confusion dans l'espace)

- **MOCA (Motreal cognitive Assement) : équivalent du MMS**
    - **Mettre avant tout le nom et le sexe du patient, la date de l'examen, le nom de l'examinateur**
    - **Dessiner une horloge**
    - **Orientation spatiale** : en dessinant un cube
    - **Trail-making :** test des fonctions exécutives, paxies …, il s'agit de relier des points entre eux (le A avec le 1, le B avec le 2…)
    - **La dénomination :** de noms d'animaux
    - **La mémoire :** via la répétition de 5 mots en 2 essais
    - **L'attention :** répéter la série de chiffres lue par l'examinateur, une série dans l'ordre une autre a l'enver, puis soustraire 7 a partir de 100
    - **Langage :** test de la fluidité
    - **Capacités d'abstration :** mesurés via test des similitudes (banane/horloge)…
    - **Rappel mnésiques avec ou sans indice**
    - **Orientation :** avec rappel de la date, mois, année, jour, endroit, ville

II. Entretien psychiatrique

- Prise en compte du **contexte** : hospitalisation, urgence, consultation, expertise…
- **Questions ouvertes / fermées** (précises +++) (patient vigilant ou non ? se faire accompagner si le patient est dans un état second…)
- **Durée ?** très variable si patient concentré, envie de savoir : temps long/ si la personne est très passive ou agressive, on abrège l'entretien et on se contente des données sémiologiques
- **Analyse psychiatriques fréquentes (surtout dans des affaires judiciaires +++)**

A . Méthodes particulières

- Ni purement **objectif** : analyse des comportements
- Ni purement **subjectif** : analyse introspective par le sujet lui-même
- Dépend aussi de la **qualité de rencontre** du médecin et du malade : le respect de chacun
- Nécessaire **prise en compte du contexte :** prendre en considération que ce que le patient dit est vrai ! = considération de l'authenticité de la personne en face de nous
    - **Ex : Tentatives de suicides : évaluer le risque qui demande du temps**

B. Entretien semi-structuré: cadre de recherche

- La psychiatrie est riche en investigation : recherche de l'anxiété, la dépréssion, l'exxtiation, la désorganisation, les idées délirantes, les troubles délirants, les TCA, l'utilisation des toxiques, les conduites suicidaires …
- Il existe des entretiens semi-structurés pour les médecins permettant de poser des diagnostic psychiatriques
- Les diagnostics psychiatriques manquent de soliditié : ils ne peuvent pas s'appuyer sur des examens complémentaires biologiques
- Cependant ces diagnostics dovient être posées même si on doit y revenir dessus, car cela permet d'orienter les thérapeutique ainsi que la prise en charge globale donné au patient.
- Ainsi l'entretien semi-structuré existe mais n'est pas utilisé en pratique courante

C. L'entretien psychiatrique

- **Long et répété (pour suivre l'évolution)**, tenant compte **du lieu**, effectué dans des conditions de **confort** (confidentialité, silence)
- N'est **pas un « interrogatoire » inquisiteur**
- **Bienveillance et compréhension** en sont la règle quel que soit le patient
- Pratiqué **en tête en tête** au moins une fois sauf si **danger**

D. Identification du patient

- **Age++++**
- **situation sociale**
- **Situation professionnelle**
- **Biographie++, antécédents personnels de l'individu**

E. Recueil des antécédents

- Antécédents **somatiques** personnels et familiaux (antécédents chirurgicaux pas toujours intéressants si vieux de 20 ans!
- Antécédents **psychiatriques** personnels et familiaux (important car ex : trouble bipolaire fortement lié à la génétique)
- Evaluer la **réponse thérapeutique** dans l'évaluation des antécédents
    - (anxiolytiques, antidépresseurs, thymorégulateurs, hypnotiques, antipsychotiques …)

F. Recueil des habitudes

- **Consommation** Alcool, tabac, café, autres drogues...
- **Traitements** pris actuellement par le patient

G. Histoire de la maladie

- **Plaintes** du patient
- **Mode de début (brutale, progressive …)**
- **Évolution**
- **Réaction** du patient aux symptômes et réaction de l'entourage **+++**

III. Présentation, apparence

- Physique : taille, allure générale (**stupeur, agitation**)…
- Visage et regard : direct, fuyant, fixe changeant…
- Mimique : Hyper amimie, pauvreté mimique; expressions mimiques paradoxales (mimique discordante, sourires immotivés...)
- Tenue : soignée, négligée, piercings, tatouages etc...
- Langage : logorrhée, mutisme, mussitation monologue,

IV. Le contenu du langage parlé ou écrit

- Troubles de **l'articulation** : dyarthries, répétitions syllabiques
- Troubles du **débit verbal** : tachyphémie, verbigération (abondance de paroles vides de sens), bradyphémie, préservation, écholalie
- Troubles de l'**écriture**
- Troubles **synthaxiques** : réductions elliptiques, désordre des enchaînements
- Troubles **sémantiques** : néologismes, métaphores hermétiques, incohérence verbale, schizophasie (phrases construites de toutes pièces avec un langage très coloré)

V. Réaction à l'examen

A. Confiance et coopération se crée (80% des cas)

- Contact accrocheur des anxieux

B. Opposition

- réticence (à parler) = délire (idée délirante : fausse croyance) (inconscience de la maladie)
- Négativisme
- Colère
- Opposition larvée (passive)

C. Indifférence

- **confus, déments, retards mentaux**
- Schizophrénies terminales

V. Le comportement au quotidien

- **Soins corporels, : incurie** (=manque de soin), perte de contrôles sphinctériens
- **Sommeil** insomnies++, somnolence, hypersomnies → narcolepsie (syndrome confusionnel)
- **Sexualité,**
- **Consuites alimentaires** (TCA-obésité objectivé par la prise de BMI),
- **Entente familiale ou amicale, loisirs, activité professionnelle**
- **Fugues, TS**
- **Problèmes avec la justice** (il faut obtenir des informations , vols, attentats aux mœurs, incendies, homicides)

VI. Fonctions cognitives a évaluer

- **Etat de conscience** : vigilance…
- **Attention** : à concentrer son attention sur des choses, (cf. trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez enfant)
- **Mémoire :** capacités mnésiques
- **Orientation** : temporelle et spatiale,
- **Abstraction :** cf. signification de proverbes
- **Intelligence :** qq'un d'intelligent est une personne capable de résoudre des problèmes, mais la résolution est diverse et varié, ou intelligence émotionnelle : capacité à comprendre l'autre, (quantifié par des tests de QI)
- **Jugement :** capacité de la personne a pouvoir prendre ses responsabilités etude des capacités de disernement de l'individu, en médico-légal +++

VI. *Les grands syndromes*

: rechercher la tétrade : affects/cognitions/comportements (motivation) / signe neurovégétatifs

- **syndrome anxieux** : aspects somatiques + psychiques (obessions, phobies, compulsions, état de stress, panique)
- **syndrome dépressif** : humeur triste, troubles de l'attention + concentration + motivation (aboulie) + des rythmes neuro-végétatifs (neuro-végétatifs)
- **Syndrome maniaque** : état d'excitation psychique et moteur dont le signe pathognomonique est la perte de sommeil
- **syndromes psychotique aigu** avec délire, agitation, hallucination
- **syndrome déficitaire** : repli sur soi, abrasion des affects, apragmatisme
- **syndrome dissociatif** : désorganisation des pensées, désorganisation des comportements et dissociation idéo-affective

Mais aussi syndrome de dépendance, dévaiances sexuelles, pulsions …

5 Les grands syndromes

Rechercher la tétrade: affects, cognitions, comportements (motivation), signes neurovégétatifs

- **1.2.8.2 Syndrome anxieux**

  aspects somatiques

  aspects psychiques

(obsessions, phobies, compulsions, état de stress, panique)

1.2.8 Affect et Humeur

Humeur triste
Troubles de l'attention de la concentration
Troubles de la motivation: aboulie
Perturbation des rythmes neuro-végétatifs

Syndrome psychotique

- **Syndrome psychotique aigu**
  - Délire 1.2.10, agitation, hallucination 1.2.11
- **Syndrome déficitaire**
  - Repli sur soi
  - Abrasion des affects
  - Apragmatisme
- **Syndrome Dissociatif**
  - Désorganisation des pensées 1.2.9
  - Désorganisation des comportements
  - Dissociation idéo-affective

Mais aussi syndrome de dépendance, déviances sexuelles, troubles du contrôle des Pulsions etc…

VIII. Syndromes psychiatriques a ne pas confondre avec …

Traits de personnalité pathologique

- Personnalité = caractère + tempérament
- Tempérament = squelette biologique de la personnalités
- Caractère : phénomènes acquis éducatifs et existentiel : éducation, expériences personnelles
- La personnalité est une propriété unique a chacun, et stable, a partir du jeune adulte la personnalité reste stable

Font souffrir l'entourage mais l'intéressé lui n'en souffre pas et n'en voit pas le retentissement

Trois clusters (groupes) :

- Personnalités du **groupe A:** obsessionnelle, evitante, passive dépendante
- **Groupe B**: histrionique, émotionnellement labile, dyssociale, narcissique
- **Groupe C**: paranoiaque, schizoide, schizotypique

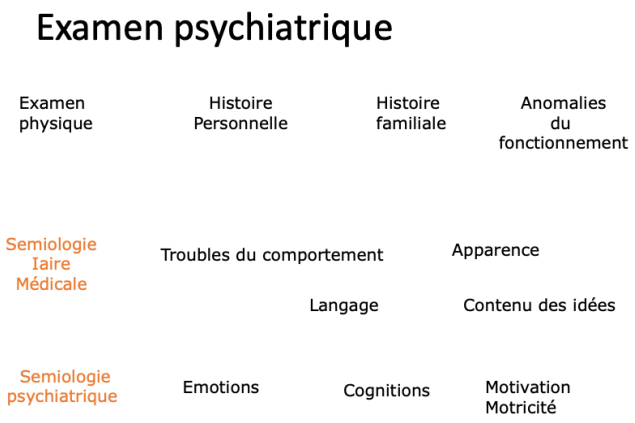
IX. L 'OBSERVATION en psychiatrie ++++++++++++

- **Structurée, courte ++, compréhensible, existante**
- **Obligatoire ++**
- **Répétée++** (évolution, thérapeutiques utilisées, évaluations, examens complémentaires)
- **Nominative** (patient, médecin), datée
- **Eléments socio-démographiques** (situation familiale, sociale, tél, adresse, etc..)

Tout ce qui est écrit doit pouvoir se justifier et s'expliquer

X. Éléments de l'observation : compte rendu +++ A connaître +++

- **Motif d'hospitalisation, d'admission ou de consultation**
- **Antécédents** :
  - Personnels (biographie)
  - Familiaux
  - Médicaux
  - Psychiatriques
- **Histoire récente des troubles**
- **Examen clinique**
  - Présentation langage, contenu du discours
  - Symptomatologie thymique et anxieuse
  - Symptomatologie psychotique
  - Conscience du trouble
  - Éléments cognitifs
- **Diagnostic**
- **Traitement de sortie, orientation**



Nosologie

- Classification nosographique : DSM 5, CIM 10 bientôt CIM11
- A respecter +++
- Approche diagnostique : réducteur mais nécessaire

Sémiologie liée a l'effet des psychotropes

- **Antidépresseurs**
  - Virage maniaque : excitation, irritabilité
  - Nausées, vomissements
  - Troubles sexuels
- **Antipsychotiques**
  - Apathie, syndrome akineto hypertonique, crise oculogyre, dystonie
  - Troubles de la libido
- **Tranquillisants** :
  - sédation, dépendance, troubles de la mémoire

Conclusion

- Hypothèse diagnostique
- Examens paracliniques si nécessaire
- Projet thérapeutique
- Restitution au patient = **Tout ce qui est écrit doit pouvoir se justifier et s'expliquer**

Sémio psy 2 :
Syndromes dépressifs – syndromes d'exaltation
États d'agitation

Distinction entre le langage « général » et le langage « des professionnels de santé » :

- Maniaque : dans la vie courante c'est qq'un de méticuleux, ordonné, qui fait attention à ses affaires,
    - Cependant en santé maniaque = qq'un d'obsessionnel : qq'un dans un état d'euphorie d'agitation …

Lorsqu'une personne se dit être déprimé cela ne signifie pas forcéement qu'elle répond au tableau clinique d'un patient déprimé selon les critères DSM.

Objectifs

Syndromes dépressifs :

- Citer les éléments sémiologiques d'un **état dépressif caractérisé.**
- Connaître les caractères sémiologiques de **l'humeur dépressive.**
- Connaître les caractères sémiologiques du **ralentissement psychique dépressif**.
- Connaître les caractères sémiologiques du **ralentissement moteur dépressif ;**
- Connaître les symptômes somatiques de **l'état dépressif.**
- Connaître les caractères sémiologiques de **l'asthénie dépressive**.
    - Asthénie = fatigue non physiologique, qu'on ne récupère pas avec le repos
- Connaître les caractères sémiologiques de **l'insomnie dépressive**.
- Devant des idées délirantes, savoir **reconnaître** un **accès mélancolique**.
- Connaître la **fréquence** des **tentatives de suicide** et des **suicides accomplis** lors des épisodes dépressifs.
- Connaître les principaux **facteurs de risque suicidaire**.

Syndrome d'exaltation

- Connaître les principaux éléments sémiologiques d'un **accès maniaque typique**.
- Connaître les caractères sémiologiques de **l'exaltation de l'humeur**.
- Connaître les caractères sémiologiques de **l'accélération psychique**.
- Connaître les caractères sémiologiques de **l'accélération motrice**.
- Connaître les **symptômes somatiques** d'un **accès maniaque**.
- Connaître la sémiologie d'un **état mixte.**
- Connaître la sémiologie de la manie **atypique de la schizophrénie**.
- Connaître l'existence de **manies symptomatiques**.

Etats d'agitation :

- Connaître les éléments de l'interrogatoire, de l'examen somatique et de l'examen psychiatrique2
- Connaître les caractères sémiologiques d'une agitation **d'origine organique**
- Connaître les caractères sémiologiques d'une agitation **d'origine psychotique**
- Connaître les caractères sémiologiques d'une **agitation anxieuse**
- Connaître les caractères sémiologiques d'une agitation **d'origine thymique**
- Connaître les caractères sémiologiques d'une agitation **d'origine psychopathique**.

I. Introduction

La dépression est un **trouble du moral, de l'humeur**

Humeur ou thymie :

"disposition affective fondamentale qui donne à chacun des **états d'âme** une **tonalité agréable ou désagréable** oscillant entre les 2 pôles extrêmes du plaisir et de la douleur." (J. Delay).

- Le moral est caractérisé par un état de base, qui peut fluctuer,
- Cependant pour certaines personnes ayant des troubles de l'humeur le moral peut-être bas → tonalité désagréable et douloureuse. → explique le passage à l'acte suicidaire
- Le moral peut également monter trop haut, = pôle agréable de plaisir, → pathologique car il existe des conséquences à être trop euphorique, trop joyeux.

La **dépression unipolaire** est un trouble trouble fréquent :

- Pole bas de la maladie uniquement
- Prévalence en population générale = 5% (morbidité) (plus fréquent)
- Incidence vie entière = 15%
- La dépression est une maladie **récidivante** = **50 %** des patients **récidivent** dans **les 2 ans**
- **Sex ratio : 2F/1H** → différence expliquée via les hormones jouant un certain rôle dans la dépression, de plus on pense que les femmes sont soumis à un certain nbre de stress, :
    - Soit dans **leur histoire personnelle** cf. agression sexuelle
    - Soit dans leur **mode de vie actuel** : qd elles doivent concilier leur activité professionnelle et une charge perso. A la maison qui est plus élevé que chez les hommes (cf. charge mentale)
    - Une femme est plus à même qd elle **identifie des manifestations dépressives**, de les **reconnaître** et de consulter pour ces motifs. A contrario des hommes qui extériorisent leurs problèmes en accusant les autres

Le **trouble bipolaire** (**alternance** de période de dépression et de manie)

- 2 Pôles : épisodes dépressifs suivis d'épisodes maniaques
- *Ancienne nomenclature = psychose maniaco-dépressive*
- Incidence en population générale 1 à 4% (moins fréquent)
- Sex ratio F=H

II. Syndrome dépressif

Le syndrome dépressif franc complet est toujours caractérisé par une **triade symptomatique** :

- **Humeur dépressive** (perturbations psycho affectives)
- **Ralentissement psychomoteur** (perturbations psycho motrices)
- **Signes somatiques associés** (perturbations physiologiques)

Cette symptomatologie doit :

- Être installée depuis au moins **15 jours**
- Marquer une **rupture** avec le comportement habituel du sujet
    - Nécessite de collecter un certain nombre de symptômes

1. Perturbations psycho affectives

- Humeur dépressive

- Se traduisant par une **tristesse PATHOLOGIQUE**
    - déconnecté de la réalité, soit parce qu'il n ya pas d'élément expliquant cette tristesse, soit l'intensité est trop profonde par rapport à l'évènement
- S'accompagne d'une **Douleur morale**
    - Le patient décrira ses signes tels une fracture ouverte → pathologie somatique : alitement …

- Conscience douloureuse **dépressive** du trouble

- Altération du contenu des pensés

- Vision pessimite de soi et du monde
- Perte de l'estime de soi
- Auto dévalorisation
    - Ici encore il faut bien discerner la personnalité du patient, et savoir si ces thématiques sont ou non habituelles
- A l'extrême : **idées mélancoliques** : indignité, incurabilité, culpabilité
    - Notion de douce mélancolie, poétique état dans lequel on prend soin de soi d'introspection,
    - Mélancolie = Etat le plus extrême de la dépression
        - idée qu'il ne mérite pas de vivre, → il est indigne de vivre,
        - idée d'incurabilité → il ne prendra pas les médications car étant désespéré
        - Idée de culpabilité → très rare, la persoone s'accuse de ce qui lui arrive (sauf chez les cancer du poumon dû au tabac …)

- Idéation suicidaire constante

- Il faut constatment chercher les idées sucidaires
- Projet suicidaire, idées noires, scénario +++
- **Les patients peuvent cacher leurs idées suicidaires ILS MENTENT !**

- Perturbations des émotions

- **Anhédonie : diminution, perte ou absence de plaisir**
    - Ou de l'intérêt pour les activité habituelles, anesthésie affective

- Anxiété

- **Avec des ruminations anxieuses : des préoccupations qui envahissent le sujet et des manifestations physiques qui envahissent le sujet**

2. Perturbations psychomotrices = Ralentissement psychomoteur ++

- Ralentissement intellectuel :

- **Bradypsychie**
- **Aboulie** (difficulté de prendre des décisions)
- **Ton monocorde**
    - Tonalité du discours sans affect, ton **linéaire** que ce soit un discours agréable ou désagréable
- Trouble de la concentration, de l'attention et de la mémoire

Interrogatoire +++

- Est ce que vous regardez la TV habituellement ?
    - Si oui la regardez vous encore ?
        - Est ce que vous arrivez à suivre un film en ENTIER ?
            - - Ah non, je ne suis que les séries ou les infos
- Est ce que vous lisez ?

On va prendre chez le sujet une perturbation d'une activité effectué auparavant quotidiennement → reflet des difficultés de concentration et d'attention.

- Ralentissement Moteur

- Présentation générale : **attitude figée**
- Visage **peu expressif**, **hypomimie**, voire "Oméga mélancolique"

- Faciès triste, émoji triste
- Rareté des mouvements. Lenteur de la marche.

Attention (be careful !) : - Agitation (10%)

- Dans certains cas, quand il y a beaucoup d'anxiété, l'inverse se produit et la personne est agité, elle déambule dans tous les sens. Elle n'arrive pas à se poser car elle se sent inconfortable
- Ou l'agressivité
- **Ceci est plus grave par rapport aux risques suicidaires**
  - **Une personne déprimé n'a pas l'énergie suffisante pour pouvoir mettre en œuvre son projet suicidaire, il est englué par la dépression**
  - **A contrario du sujet agité, il possède plus d'énergie, qu'il disposera dans son projet suicidaire = critère d'hospitalisation**

3. Perturbations physiologiques – Signes somatiques

- Asthénie à recrudescence matinale :

- C'est comme si ce sujet se dérouillait au cours de la journée avec un petit regain d'énergie fin de matinée, début d'après-midi qui existe et qu'il faut savoir repérer
- Une des explications a ce phénomène est :
  - Une personne anxieuse s'est réveillé et ce qu'elle attend de sa journée est une catastrophe, tout va mal se passer → cela est très épuisant d'être à ce point préoccupé.
  - Et au fur et à mesure de sa journée la personne sent qu'elle survit à cette journée que ce n'est pas si terrible et le fait de s'apaiser un peu va permettre au sujet de retrouver de d'énergie pour in fine resombrer le soir : « la nuit va être terrible »

- Troubles du sommeil

- Insomnie de la 2e partie de nuit (grande valeur diagnostique): **réveil précoce +++ = la plus évocatrice d'une dépréssion**
- insomnies d'endormissement (anxiété associée, ruminations anxieuses)
- hypersomnie rare (10 % des cas) = dans la ***dépression atypique → agitation, hypersomnie et hyperphagie +++***

- Troubles de l'alimentation

- anorexie associée ou non à une **perte de poids** (facteur de gravité) + perte d'appétit
  - une personne qui est déprimé n'a plus d'instinct, ni d'envie, d'ou la perte de poids et la perte d'appétit
- hyperphagie **plus rare** (10 %) avec prise de poids

- Troubles de la sexualité

- **baisse de la libido,**
- **Impuissance**
- **Frigidité**

- Autres signes

- **céphalée**
- **constipation**
- **polyalgies (rachidienne, musculaire,digestive)**
- **Douleurs menstruelles**
- **aménorrhée...**

Diagnostics et classifications descriptives : Critères DSM5 :

- **Au moins 5** symptômes (parmi ceux d'en dessous)

- Pendant une même période d'une **durée de 2 semaines**
- Avoir présenté un **changement** par rapport au fonctionnement antérieur
- Au moins un des symptômes est soit :
    - Une humeur dépressive
    - Soit une perte d'intérêt
    - Ou une perte de plaisir

Symptômes dépréssifs liés au critères DSM5 (ne pas apprendre par cœur)	
Humeur dépressive	Présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir	Pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
Perte ou gain de poids significatif (5%)	En l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
Insomnie ou hypersomnie	Presque tous les jours.
Agitation ou **ralentissement**	Psychomoteur presque tous les jours.
Fatigue ou perte d'énergie	Tous les jours
Sentiment de **dévalorisation** ou de culpabilité excessive ou inappropriée	(qui peu être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer	ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
Pensées de mort	Récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Formes cliniques :

- Dépression mélancolique
    - Quand sont au 1er plan les idées d'incurabilité, d'indignité, de culpabilité
- Mélancolie délirante
    - Ou épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère délirante,
    - Sentiment de persécution et d'hostilité → développement d'un délire lié à la dépression
    - **Syndrome de Cotard** → conséquent à la mélancolie délirante « mort-vivant »
        - Délire centré sur la personne elle-même
        - Négation d'organe : « moi de toute façon je n'ai plus de tube digestif …»
        - Hypochondriaque : « les médocs ne me serviront à rien car je n'ai pas de tube digestif »
        - Damnation éternelle = vivre longtemps pour souffrir éternellement
- Dépression anxieuse = dépression agitée (MAIS NON AGRESSIVE) (différentes formes suivant les cultures et les personnes)
    - Personnes agités quand elles angoissées
    - Ou personnes sidérés par l'anxiété qui vont ne plus bouger = tétanie
    - Dangeureuse car la personne est plus à même de passer à l'acte suicidaire
- Dépression saisonnière
    - Humeure +/- stable
    - Aboulie (perte de l'envie de faire des choses)
    - Ralentissement moteur : Automne +++
    - Ttt : Luminothérapie
    - Puisque certaines personnes sont sensibles à la diminution de la luminosité
- Dépression masquée :
    - Signes somatiques +++
    - Douleurs, maux de tête, pb de libido

- Le praticien doit poser les bonnes questions afin de diagnostiquer la dépression
- Ttt : antidépresseurs

- Cas particulier : lié au terrain
  - Sujet âgé : forme pseudo-démentielle, forme hypochondriaque
    - Ralentissement psychique → test aux antidépresseurs
    - Plaintes physiques → préoccupations centrés sur son corps
  - Dépression enfant et adolescent
    - Décrochage scolaire, troubles du comportement, attitudes d'opposition
  - Dépression du post partum
    - Survient après l'accouchement
    - Préoccupations portés sur l'enfant, la capacité d'être une bonne mère
    - Interactions mère-bébé perturbées si mère dépressive impactanat le développement psycho-moteur de l'enfant

III. Syndrome Maniaque

Épisode maniaque, définition selon le DSM5 :
« période » nettement délimitée durant laquelle **l'humeur est élevée de façon anormale** et persiste **pendant au moins une semaine"**

Diagnostic clinique

l'accès maniaque typique est l'accès survenant au cours de la maladie maniaco-dépressive.

- **triade** s'opposant en tout point à celle de l'état dépressif:
  - **humeur exaltée** (perturbations psychoaffectives)
  - **accélération psychomotrice** (perturbations psychomotrices)
  - **signes somatiques associés** (perturbations physiologiques)

1. Perturbation psychoaffectives

- Exaltation de l'humeur

- à une humeur **euphorique, gaie, joviale ,expansive qui est inébranlable**
  - perte d'une certaine convention sociale → désinhibition des comportements
    - désinhibition du langage → à connotation sexuelle +++
    - une personne maniaque peut avoir un accident de voiture, et ne pas être concernée par la chose sur leur moral
- à une **humeur versatile, très réactive à l'environnement** ou des **réactions de colère et des moments de tristesse** sont fréquents
  - personnes « speed », qui peuvent s'agacer très vite

- Pensée

- vision positive de lui-même (surestimation de soi), du monde et du futur
- idées mégalomaniaques, optimisme démesure conduisant à l'élaboration de projets irréalistes
- achats inconsidérés

- Émotions : Hyperesthésie affective

- A l'hôpital le patient →
  - tutoiement très rapide
  - contact trop familier « mains aux fesses du personnel de santé »
  - commencer à tripoter des perfusions, à pousser des brancard pour que ça soit plus rapide
  - lors de la consultation, il sera sur un ton moqueur, fera des grimaces, des singeries

2. Accélération psychomotrice

- Excitation psychique

- Idéation

- **tachypsychie, hypermnésie, fuites des idées**
- **jeux de mots, logorrhée, coq à l'âne, trouble de l'association des idées**
- **fabulation**

- Altération cognitives :

- **hypervigilance**
- **distractibilité**
- **altérations de l'attention et de la concentration**

- Excitation motrice

- **Hyperactivité désordonée, non productive et incessante**
- **Fugue**
- **Tenue débraillée, fantaisiste et/ou voyante**
- **Visage hyperexpressif, hypermimie**
- **Familiarité du cotact et contact facilité**

3. Perturbations physiologiques

Signes somatiques

- **Insomnie sans fatigue**
- Hyperphagie
- Dipsomanie (prise d'alcool
- Hypersexualité débridée (augmentation de la libido)
    - Risque de MST
- Déshydratation
- Hyperthermie, thermophobie

Comportements médico-légaux

- Conduite dangereuse en voiture : non-respect du code de la route
- Grivèlerie
    - « Plaisir du petit larsen »
    - Partir en courant du café sans payer
- Familiarité excessive notamment dans le domaine de la sexualité
- Achats et ventes inconsidérés : appartements, voiture …

Ces situations sont compliqués, le signalement stipulera que la personne n'était pas dans un état normal, cela permet au patient d'avoir les actes notariés, les ventes … annulées.
Accès maniaque, difficile pour certaines personnes des années plus tard dû à l'aspect financier (ex : être allée en discothèque une nuit et payer des tournées générales …)

Critères diagnostiques du DSM5

1. Un épisode manique est défini comme :

- Une période nettement délimitée
    - **d'élévation de l'humeur** ou d'humeur expansive ou irritable
    - ou d'une **augmentation de l'activité** ou de l'énergie orienté vers un but

        - cette période doit durer **au moins une semaine**, être présente tout au long de la journée presque tous les jours ou moins si une hospitalisation est nécessaire
- **Au moins 3 des symptômes** suivants doivent être présents à un degré significatif et constituent un changement notable du comportement habituel (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable)

Symptômes maniaques liées aux critères DSM5 (ne pas apprendre par cœur)
Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
Réduction du besoin de **sommeil** (se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
Plus grande communicabilité que l'habitude ou le **désir de parler constamment**.
Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
Distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
Engagement excessif dans les activités agréables mais à **potentiel élevé de conséquences dommageables** (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables
Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte

Formes cliniques

- **Manie délirante**
    - L'idée qu'on leur mettrait des « bâtons dans les roues » → sentiment d'hostilité
- **Fureur maniaque**
    - Etat non euphorique,noi gai mais déchainé irritable
    - Urgence psy
- **Hypomanie**
    - Petite manie, la personne est un peu plus exaltée que d'habitude, mais ça reste compatible avec la vie sociale
    - Patient moins fatigué, plus créatif, drôle, sociable
- **États mixes**
    - Elements dépressifs et maniaques
    - Humeur changeante

Évolution – accès maniaque

- **Évolution spontanée**
    - Guérison = 6 mois
- **Évolution sous traitement adapté**
    - Délai de guérison : 1 à 2 mois
    - Bon critère de guérison
- Complications
    - Immédiates de l'accès maniaque
        - Dépenses inconsidérés ruine, faillite
        - Conduites médico-légales
        - Déshydratation
    - Sous traitement : virage de l'humeur → humeur dépressive (aussi possible spontanément)
    - A distance
        - Récidive
        - Évolution cyclique: entré dans une maladie maniaco-dépréssive (trouble bipolaire)

IV.Troubles bipolaires

Différents types de troubles en fonction des différents types d'accès maniaques

- Type I : épisodes dépressifs **et maniaques francs**
- Type II : épisodes dépressifs et **hypomaniaques**
- (Type III) : épisodes dépressifs avec des **épisodes maniques ou hypomaniaques uniquement iatrogènes**

V. Agitation

- Urgence psychiatrique
- Trouble du comportement avec excitation psychomotrice
- La démarche diagnostique repose sur :
    - L'interrogatoire
    - L'examen clinique
    - L'examen psychiatrique
    - Les examens complémentaires

VI. Diagnostic clinique

Interrogatoire

- De l'entourage et du patient
- Les antécédents psychiatriques et médicaux du patient.
- Les circonstances de survenue du trouble, les facteurs déclenchants (traumatisme physique, psychique ou intoxication).
- L'existence d'épisodes similaires antérieurs.
- L''existence d'une prise de toxique, d'alcool, ou de médicaments, aigue ou chronique.

La recherche systématique d'une étiologie organique est indispensable

Examen somatique

- Signes généraux: - pouls, tension artérielle, température
- Etat : hydratation
- Glycémie
- Signes neurologiques: raideur méningée, signes de localisation...
- Signes d'alcoolisme ou de prise de toxiques.

Examen psychiatrique

- La présentation: tenue négligée, mouvements désordonnés, agressivité, logorrhée.
- L'état de conscience du patient: vigilance, orientation temporo-spatiale, perplexité anxieuse.
- Les caractéristiques de l'agitation : intensité (modérée, majeure, furieuse), variabilité dans le temps (agitation continue ou discontinue).
- Troubles du contenu et du cours de la pensée : délire, hallucinations, onirisme.
- L'humeur: euphorie, mélancolie...
- Troubles des affects: anxiété, peur...

Bilan paraclinique

- orienté par la clinique.
- Bilan minimal: numération formule sanguine (NFS), Glycémie, Ionogramme sanguin, fonction rénale: urée, créatininémie.
    - ▪ Autres examens en fonction de la clinique: Gazométrie artérielle, radiographie, recherche de toxiques...

- Au terme de ce bilan, plusieurs situations se distinguent:
    - Agitation avec dialogue possible
    - Agitation majeure sans dialogue possible nécessitant une injection de sédatifs immédiate et /ou des mesures de contention physique.
    - Agitation secondaire à une pathologie psychiatrique
    - Agitation secondaire à une pathologie organique ou à une prise de toxique.

Critères de gravité d'un état d'agitation

- Contact impossible
- Agressivité majeure
- Violence incoercible
- Agitation furieuse
- Intoxication associée
- Vécu délirant intense

Etiologies Psychiatriques

- Agitation maniaque
- Agitation chez un patient délirant
- Agitation anxieuse
- Agitations caractérielles

Étiologies toxiques et organiques :

- **Prise d'alcool** :
    - ivresse aigue banale
    - Ivresse pathologique de type excito-motrice
    - Délirium tremens
- **Prise médicamenteuse**
- **Prise de toxique**
- **Confusion mentale**
- **Syndromes démentiels**
- **Causes endocriniennes:** hypoglycémie, acidocétose diabétique, hyperthyroïdie, hypo et hypercorticisme...
- **Désordres métaboliques:** déshydratation, hypercalcémie, hypoxémies, hypercapnie
- **Causes neurologiques**: hémorragie méningée, hématomes cérébraux, tumeur, encéphalite, épilepsie...

Sémio psy 3
Confusion mentale, troubles du sommeil et trouble du contrôle des impulsions

- Syndrome= ensemble de symptômes covariant et renvoyant à des causes des étiologies différentes

I. Confusion mentale

- **Urgence médico-chirurgicale**
- **Diagnostic souvent facile**
- **Bilan étiologie important**

Signes cardinaux de la confusion mentale+++ :

1. **Troubles de la conscience**
2. **Troubles cognitifs**
   - Perception, attention, mémoire, orientation temporo-spatiale, onirisme
3. **Troubles du comportement**
4. **Troubles associés et troubles somatiques**
   - Causes et conséquences

1. troubles de la conscience (dans la confusion mentale)

- **Obnubilation, stupeur**
  - Perte de la capacité à se repérer dans le temps et l'espace (date, lieu ..)
  - Perte de la synthèse des infos de l'environnement
- **Perplexité, incompréhension**
  - Patient perdu
  - S'accompagnant d'affects négatifs, de peur ,d'anxiété
- **Troubles de la vigilance : coma**
- **Retentissement sur les fonctions cognitives** : difficultés dans la coordination des idées, la compréhension, les capacités de synthèse

État qui apparaît **brutalement.**
La confusion n'est pas à corréler avec l'AVC, car l'AVC est une atteinte focale, or ici il y a une souffrance diffuse et aiguë cérébrale, se manifestant par des troubles de la mémoire, de l'attention, de la perception, de la compréhension voire des troubles du langage en fonction de certaines étiologies, + perte des capacités intellectuelles

2. Troubles cognitifs (dans la confusion mentale)

A. <u>Symptômes déficitaires → perte de fonction :</u>

- Mémoire

- **Amnésie antérograde et rétrograde ++**
- **Amnésie d'identité**
  - Incapable de donner son nom
- **Fabulation (rare)**
  - Car nécessite un pouvoir de production de connaissances
- **Épisode confus n'est pas encodé : lacunes mnésiques ++**
  - Le malade **n'enregistre pas l'épisode** et la période de **confusion,**
    - Laisse des « trous » dans la mémoire personnelle et autobiographique de l'individu

- A distance : **idées fixes post-oniriques +++**
    - Épisode confus non encodée dans la richesse et dans les détails des évènements (date, lieu) mais encodage de bribes des évènements → source de malentendu → complications à distance de l'évènement confusionnel = idées post-oniriques → idées fixes +++

- Attention

- **Difficultés d'attention de concentration, distractibilité**
    - Attention fluctuante car difficulté a la maintenir → distractibilité entraînant interrogatoire + examen clinique difficile
    - Testing via méthode « voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? »

- Perception

- Hallucinations (visuelles zoopsies du *délirium tremens* DT), Illusions
    - Illusions → taches qui prennent l'apparence de monstres sur les murs…
    - Hallucinations → perception sans objet rarement auditives , le + souvent visuelles (visions) → troubles organiques, signe de souffrance cérébrale aigue
        - → certaines épilepsies, démences ou confusions
    - Delirium tremens (DT) : sevrage alcoolique aigu, (gens qui arrêtent de boire et présentent donc un sevrage) → tableau confuso-onirique
        - s'accompagnant d'une richesse des hallucinations visuelles
        - ex : Film « Le Cercle Rouge » → histoire d'un hold-up dans lequel un des personnages est un tireur d'élite mais alcoolique, de facto pour préparer le hold-up celui-ci doit arrêter de boire de l'alcool, il s'isole dans une maison et arrête brutalement la conso. → présentation d'un DT avec un onirisme typique.
          Il est dans sa chambre couvert de sueur, pleins de petites bêtes (insectes, rongeurs) qui montent sur lui → hallucinations liés aux animaux = micro-zoopsie

- (Dé-) orientation spatio-temporelle

- Perturbée
- Dans le passé Mais **PAS dans le futur**
    - Oubli de l'endroit ou ils habitent (étage, date …)

- Troubles exécutifs

- Touchant la **Coordination, planification des activités**
    - Comportement désorganisé → patient incapables de s'habiller de ranger leur chambre

B. Symptômes lucratif → gain de fonction :

- Onirisme : délire vécu et agi comme dans un rêve éveillé

- Manifestation « positive »
- **Hallucinations, illusions, interprétation**
- **Délire pauvre**
- Thématiques :
    - Persécution (animaux, professionnel)
    - Cf. **delirium tremens**
- **Vécu affectif très important et intense : angoisse, agitation, combat**
    - → urgence médico-chirurgicale car sujets éveillés, troubles du comportement agressif envers autrui
- **Délire comme un rêve agi**

- Désorganisation de la pensée

- Discours décousu, incohérent
    - Difficultés de communications
    - Sans pour autant de trouble de langage ! (piège)
- Compréhension

- Fluctuation des troubles

- **Aggravation vespérale et nocturne**
    - Au moment ou il y a une baisse de la luminosité
- **Générant des périodes de lucidité et de perplexité anxieuse**

3. Troubles du comportement (dans la confusion mentale)

- **Fluctuants**
- **Périodes d'agitation de déambulation**
- **Ou Périodes de prostation de stupeur**
    - Malade figé
- Attention aux réactions aux hallucinations et à l'onirisme +++

4. Troubles associés et somatiques (dans la confusion mentale)

- **Anxiété, terreur, tristesse**
- **Plus rarement : euphorie, exaltation, irritabilité**
- **Troubles somatiques** :
    - Non spécifiques : Tremblement tachycardie, sueurs, céphalées, légère hyperthermie (fébricule), insomnie, hypersomnie diurne, inversion du cycle veille sommeil…
        - Pas de valeur étiologique particulière
    - Fonction de l'étiologie :
        - Mydriase : accident atropinique
        - Déshydratation extra ou intra cellulaire
            - Signe du pli cutané
            - Langue sèche …
        - Soif : delirium tremens +++

A. Diagnostic différentiel

- Troubles cognitifs isolés :
    - **syndrome de Korsakoff** (Psychopolynévrite de Korsakoff)
        - Lié à une carence en vitamine B1 chez les intoxiqués chroniques à l'alcool
        - Trouble de mémoire → amnésie antérograde + rétrograde, confabulations, désorientation spatio-temporelle
            - Pas d'atteinte fonctionnelle
            - Pas de fluctuation, pas de trouble perceptif, hallucination rare, pas d'illusion ni d'onirisme
            - Pas de réaction affective, ni de stupeur ou d'agitation
        - Témoigne d'une souffrance situé sur le circuit de Papez et non une atteinte diffuse du cerveau (cf. confusion)
- Troubles chroniques
    - Syndromes démentiels
        - Alzheimer …
- Attention un train peut en cacher un autre ! (entretien avec entourage +++ qst ouvertes et fermés)
    - **Syndrome du « vendredi soir ou du dimanche soir »**
        - Troubles cognitifs au long cours (notamment un Korsakoff)
        - Amenés aux urgences, le week-end

- Le patient raconte qu'il n'a jamais été dans cet état = mensonge de sa part
- → situation chronique donc non lié à une confusion

- **Maladie (ou démence) à corps de Lewy diffus (DCL)**
  - Caractérisé par un état confusionnel chronique, fluctuant
  - Ressemblant à la confusion mais c'est **CHRONIQUE**
  - **+ signes extra-pyramidaux, troubles du comportement en sommeil paradoxal …**

B. Bilan étiologique (dans la confusion mentale)

Le bilan étiologique consiste en la **recherche des causes,** il doit être :

- Systématique et ciblé en fonction du contexte clinique :
  - Age, pathologies connus (ex : cancer,…), sevrage médicamenteux ou alcool
- Examen clinique approfondi et orienté
- Examens paracliniques
  - Rechercher une cause
  - Apprécier le retentissement

Bilan para-clinique

- **NFS** : recherche d'anémie ou infection avec globules blancs élevés
- **CRP (protéine réactive C)** : recherche d'inflammation
- **Plaquettes** : recherche d'une baisse des plaquettes → hémorragie
- **Ionogramme** : recherche d'une déshydratation, troubles métaboliques
- **Urée, crétinine** : étude de la fonction rénale
- **bilan hépatique** : recherche d'une hépatite aigue
- **glycémie** : hypo ou hyper (cf. diabétiques)
- **ECG** : recherche d'un IdM ou arythmie, péricardite
- **Scanner ou IRM cérébrale** : recherche de signes de souffrances neuro. focal
  - Ensuite en fonction des résultats
    - EEG, Rx thorax, bilan infectieux

Attention la confusion n'est pas avant tout lié à un AVC (exceptions cpdt)

Quelques situations étiologiques de la confusion mentale:

- **Sujet jeune**
  - **Hémorragie méningée** : céphalée brutale lors d'un effort accompagné d'un syndrome confusionnel traduisant une hémorragie méningée → rupture d'un anévrysme cérébral → hémorragie cérébro-méningé
    - Urgence chir. → 10 à 20% de mortalité
  - **Prises de toxiques**
    - Cannabis, LSD, alcool…

- **Sujet âgé**
  - **Infections** (urinaires, pulmonaire …)
  - **Iatrogénie** : anticholinergiques, benzodiazépines (valium …), Levodopa, cimétidine, diurétiques …
  - **Fécalome** : rétention de matières fécales
  - Autres (globe vésical …)

- **Sujet cancéreux**
  - **Métastases cérébrales**
  - **Hypercalcémie, hyponatrémie**

- **Sujet dans un contexte d'alcoolisation**
  - **Intoxication aigue**

- **Sevrage**
  - Délirium tremens :
    - Tremblements, soif ++, onirisme +++

- **Autres :**
  - Infections: typhoide, méningo-encéphalite (signes de localisation; ex. herpès)
  - Métabolique (hyponatrémie, hypercalcémie..)
  - Traumatique (embolie graisseuse, sevrage..., HSD..)
  - Endocrinologique (hyperglycémie, insuffisance surrénalienne aigue)
  - Vasculaire (AVC cérébrale antérieure...)
  - Médicamenteuses
  - Rares: porphyrie aigue intermittente
  - **Psychiatriques: mélancolie confuse, manie confuse...**
    - **Vérifier en toute fin**

II. Troubles du sommeil

Troubles extrêmement fréquents, le sommeil **permet de récupérer**, d'autres fonctions lui sont associés (**mémoire, régénération, élimination de toxiques** …), l'activité du sommeil est **organisé** → Lors d'enregistrements de sommeils on peut mettre en évidence différentes périodes qui se répètent en cycles :

- sommeil profond …
- sommeil paradoxal : activité élec. Intense proche de l'éveil
  - s'accompagnant de mouvements oculaires (=sommeil REM ; *Rapid Eye Movement)*

Nécéssité d'évaluer la qualité du sommeil + qualité de veille car **la veille influe sur le sommeil.**

Classification des troubles du sommeil :

- **Dyssomnies :**
  1. Insomnies : réduction du sommeil
  2. Hypersomnies : augmentation de la quantité de sommeil

- **Parasomnie** : phénomènes anormaux durant le sommeil (somnambulisme, cauchemars …)

1. Insomnies

- Plainte la plus fréquente des patients
  - Parfois valorisé socialement (cf. certaines sociétés en Afrique)
- Associées à de nombreuses étiologies
  - Lié à une pathologie médicale aigue si insomnie < 2-3 mois
    - Abcès
    - Infections
    - Troubles du rythme …
- Interrogatoire poussée :
  - **Difficultés à s'endormir (installation)**
    - Au-delà de 30 min = pathologique
    - Vérifier le conditionnement : usage de smartphones, café, faire du sport avant d'aller se coucher,
  - **Difficultés à maintenir le sommeil**
    - Réveils multiples durant la nuit
    - Ou réveils précoces (cf. patients déprimés)

Circonstances déclenchantes

- **Stress, anxiété, affections somatiques intercurrentes…**

- **Difficulté à s'endormir (installation)**
- **Qualité de la veille**
  - Somnolence diurne excessive → SAHOS (apnée du sommeil)
- **Hygiène de vie**
  - Café, alcool, excitants
- **Qualité de l'environnement**

Insomnie : Étiologies

- **Affections médicales :**
  - Pathologies douloureuses : **abcès +++**
  - Syndromes d'apnée du sommeil
  - Myoclonies nocturnes
  - Syndrome des jambes sans repos
  - Sevrage de substances (benzodiazépines, alcool)
  - Maladies infectieuses
  - Age avancé
  - Affections neurologique (insomnie fatale familiale…)

- **Affections psychiatriques :**
  - Anxiété
  - Dépression
    - Insomnie matutinale : réveil à 4h du matin typique des dépréssifs
  - Manie
  - Bouffée délirante aigue
  - Tr psychotiques
  - Sevrage d'alcool
  - Stress post-traumatique (cauchemars)

- **Insomnie primaire (trouble du sommeil) :**
  - Insomnie psychophysiologique
    - « hypochondrie du sommeil »
    - Patients se plagiant d'avoir du mal a dormir, mauvaise qualité de sommeil,
    - Difficultés de concentration fatigue
      - Patients un poil anxieux sans caractéristique nette
      - Risque de surconsommation de benzodiazépines = pouvant aggraver le trouble
      - Mauvais conditionnement : utilisation de la TV, phone …
    - Présence d'un biais de surélévation de l'insomnie par le patient par rapport à l'hypersomnie

2. hypersomnie

- Durée **excessive de sommeil**
- Hypersomnie diurne
  - **Sommeil > 10h**
- Tests endormissements itératifs (TILE)

Étiologies

- **Narcolepsie** (attaque de sommeils) avec :
  - **Endormissement brutaux ++**
    - Et irréversibles dans des endroits inconsidérés (en réunion)
  - **Cataplexie ++** : perte du tonus musculaire en rapport avec une émotion (Piège : ~~**Catalepsie**~~**) +++**
  - **Hallucinations hypnopompiques ou hypnagogiques ++**
    - visuelles

- **Paralysie du sommeil +++**

- **Polysomnographie**, test d'endormissement :
  - **Endormissement en moins de 8 min = pathognomonique**

- **Dosage du système imm. HLA-DQB1*0602 :**
  - Ce qui n'ont pas ce facteur ont tout de même 20-25 % de chance de narcolepsie
  - Par contre 100% des personnes ayant ce facteur sont narcoleptiques

- **Apnées du sommeil (apnée centrale) avec :**
  - **Insomnie**
  - **Somnolence diurne excessive**
    - Par déficit de sommeil
  - **Dépression, HTA , obésite**
  - **Céphalées, tr cognitifs (concentration)**
  - **Polysomnographie avec oxymétrie + ECG**

3. Parasomnie

- **Terreurs nocturnes** (chez l'enfant +++) :
  - **Première partie du sommeil**
  - **Amnésie totale**
    - Au réveil
  - **Peur intense**
  - **Cri de terreur**
- **Cauchemars :**
  - Lié a des **médocs**
  - Ou des **troubles anxieux**
- **Somnanbulisme + amnésie :**
- autres: ex. **maladie de parkinson**
  - troubles du comportement en sommeil paradoxal
  - agitation en 2ème partie de nuit, le malade vit son rêve → prédiction d'une démence à corps de Lewy ou Parkinson = symptômes préliminaires

III. Trouble du contrôle des impulsions

- Incapacité à **résister a l'impulsion**, ou à la tendance d'**accomplir un acte préjudiciable** à eux-mêmes ou à autrui
  - Sensation de tension
  - Tension **soulagée par l'acte**
  - **Culpabilité, soulagement**

Sémio psy 4 :
Syndromes délirants aigus et chroniques

Objectifs

- Définir le délire.
- Connaître les principaux mécanismes délirants.
- Connaître les principaux thèmes délirants.
- Définir une hallucination.
- Connaître les principales hallucinations.
- Définir une imagination délirante.
- Définir une interprétation délirante.
- Définir une intuition délirante.
- Connaître les caractéristiques sémiologiques du syndrome d'automatisme mental.
- Connaître les caractéristiques sémiologiques du syndrome d'influence.
- Connaître les éléments sémiologiques de la dépersonnalisation.
- Connaître les principaux éléments sémiologiques d'une bouffée délirante typique.
- Connaître l'existence des principales psychoses aiguës.

Introduction

Définition :

- Délire : lira, sillon
- Délier : sortir du sillon

Construction psychique

- Une personne qui délire est en rupture avec la réalité
- Désorganisation des rapports du sujet
    - A lui-même
    - Au monde
        - Avec absence de conscience du trouble (au début du délire ou suite à l'arrêt des ttt)

1. Analyse sémiologique d'un délire (généralités)

Mécanismes ; un délire peut être caractérisé selon 4 mécanismes :

- **Hallucinatoire**
- **Intuitif**
- **Interprétatif**
- **Imaginatif**

Chacun de ces mécanismes vont mener respectivement à une pathologie associant :

Un thème : Chaque mécanisme est relié à un thème
un vécu délirant : est-ce que la personne est lié à son délire ?
une Adhésion : à quel point la personne croit à son délire ?
et une Organisation/ systématisation : est ce qu'il y a une logique au délire ? / y a t-il un cheminement de la pensée délirante ?

2. Pathologies liés aux 4 mécanismes du délire

Pour comprendre l'intérêt de la sémiologie :

Psychoses		
Psychoses aiguës	**Psychoses chroniques (délire > 6 mois)**	
	Psychoses dissociatives ou désorganisés	**Délires chroniques NON dissociatifs**
Épisodes psychotiques brefs **Bouffés délirantes aiguës (BDA)** • **Sujet jeune (18-25 ans +++)**	**Schizophrénies** • **Sujet jeune (18-30 ans +++)**	• Délires paranoïaques • Psychose hallucinatoire chronique (schizophrénie à début tardif) • Paraphrénie

I. Syndromes délirants aigus

1. bouffée délirante aigue (BDA)

- **Adulte jeune (18-25 ans)**
  - Brutal « coup de tonnerre sur un ciel serin »
    - Une personne dont le fonctionnement était normal et qui d'un coup va se mettre à se délirer
    - Survenant souvent à cause d'un stress (transition lycée → fac = période à risque +++)
  - Cependant prodromes :
    - **Insomnie**
    - **Anxiété**
    - **Possible prise de toxique (cannabis +++)**
- **Durée < à 6 mois = aigu**

- **Mécanismes multiples (délire polymorphe +++)**
  - **Hallucinatoire**
    - Hallucination : perception sans objet,
    - **Hallucination psychosensorielle** : concernent tous les sens
      - ***Hallucination auditive ou acoustico verbale*** : qd la personne entend des **voix extérieures** → connotation négative, agressive
      - ***Hallucination visuelles :*** déformation des perceptions → rares donc recherche systématique d'une pathologie organique sous-jacente (tumeur cérébrale, infection, épilepsie …)
      - ***Hallucination olfactive :*** odeurs nauséabondes, « œuf pourri »
      - ***Hallucination gustative :*** modification du goût → amer +++
      - ***Hallucinations tactiles superficielles :*** sensation superficielle chaud/froid in-arrêtable
      - ***Hallucinations coenesthésiques (tactile profond) :*** traversé par des champs élecs. Ou des ondes, ou traversé sexuellement (pénétration, viol ou toucher des OGE.

    - **Hallucination intra-psychique** (voix intérieures)
      - **Automatisme mental** (quand le sujet n'est plus maître de l'intégralité de ses pensées)
        - Écho de la pensée
        - Devinement de pensée
        - Pensée guidée → danger +++
        - Commentaire des pensées et des actes
          - Sans systématisation
      - **Syndrome d'influence**

- **Interprétatif**
  - Interprétation **délirante** : raisonnement erroné à partir le plus souvent de faits réels
    - Ex : la personne qui croit être suivie dans la rue → thématique du complot de la surveillance
- **Intuition** (lié à l'interprétation)
  - Intuition **délirante** : mode de connaissance immédiate sans élaboration logique qui s'impose comme une certitude « soudain j'ai tout compris »
- **Imaginatif** (cependant très rare)
  - Imagination **délirante** : fabulations imaginaires reconnues comme des constructions logiques, adaptées à la réalité par le patient
    - La personne vit dans un autre monde (imagination féerique, cosmique, historique)

- **Thèmes multiples**
  - **Persécution**
    - Soit par un groupe de persécuteurs non reconnu individuellement (ils, on, les …)
    - Soit un persécuteur nommé (risque pour la personne concernée !!)
  - **Grandeur**
    - Idées mégalomaniaques liés aux capacités exceptionnels du patient
    - Filiation avec un personnage important
    - Personnage important lui-même
  - **Érotisme**
    - Hallucinations tactiles, cœnesthésies sexuelles
  - **Mystique**
    - mission divine
    - relation avec Dieu
    - Nouveau messie
  - **De Damnation**
    - Emprise par des forces diaboliques
  - **Hypochondriaque**
    - Dysfonctionnements corporels
    - Négation d'un ou plusieurs organes

- **Vécu Délirant (extrêmement important dans la BDA)**
  - **Angoisse importante**
  - **Exécution du délire**
  - **Dépression → car BDA très intense, congruence avec l'humeur**

- **Adhésion**
  - **Conviction délirante absolue**
- **Organisation**
  - Non systématique, **floue +++**
- **État de conscience**
  - **Clarté habituelle**
  - **Confusion associée possible** (organicité ? → syndromes confusionnels)
- **Signes somatiques**
  - **Insomnie, déshydratation, anorexie**
- **Autres symptômes**
  - **Dépersonnalisation**
    - Altération de la conscience de soi engendrant anxiété, étrangeté
  - **Déréalisation**
    - Perception altérée de l'environnement avec un sentiment d'étrangeté, d'irréalité.

- **Évolution < 6 MOIS**
  - **A court terme**
    - Quelques jours ou semaines
    - Réduite par le traitement
    - Risque : geste auto ou hétéro agressif
      - Ttt : anti-psychotiques (neuroleptiques)
  - **A long terme**
    - Rémission complète et définitive (40 à 50%)
    - Récidive à distance (25%)
    - Évolution vers pathologies :
      - Troubles bi polaires
      - Schizophrénie
      - Délire chronique (à distance)

- **Diagnostic différentiel : autres syndromes délirants aigus**
  - Manie délirante
    - Souvent au 1er plan : l'exaltation de l'humeur (mégalomanie, euphorie, gaieté)
  - Mélancolie délirante
    - Commencent par une dépression et de nature progressive
  - A part : accès aigues des psychoses chroniques
    - Décompensation
  - Confusion (causes organiques)
    - Désorientation temporo-spatiale
    - Perlexité anxieuses
    - Onirisme
      - Rechercher l'organicité
  - Toxique
    - Ivresse délirante (chez les alcooliques) :intox aigue ou sevrage alcoolique (Delirium Tremens) +++
    - Pharmaco-psychique
      - Cannabis
        - Effets de la substance
      - Amphétamine
        - Manifestation psychotropes liés à ces molécules
        - Mais on ne parle pas de BDA
    - Affections somatiques
      - Souffrance cérébrale
        - Tumeurs, épilepsie, les vx → hémorragies, infections méningés

II. Syndromes délirants chroniques

1. Psychoses dissociatives ou désorganisées : Schizophrénie

Touche **1% de la pop**. Apparition des 1ers symptômes chez le sujet jeune (18 – 30 ans), plus précoce chez les hommes, car il semblerait que l'œstrogène (E2) soit un facteur protecteur chez les femmes → apparition plus tardive chez elles.

Diagnostic de la schizophrénie :

- **délire chronique > 6 mois**
- **plutôt paranoïde**
- **sur un syndrome de désorganisation + syndrome autistique**

Dans la schizophrénie, il existe 3 entités importantes :

A. **Syndrome dissociatif ou syndrome de désorganisation**
B. **Syndrome paranoïde (cf. délire aigu)**
C. **Syndrome autistique**

A. Syndrome dissociatif ou Syndrome de désorganisation

Dissociation : **rupture** (scission) entre les processus assurant la **cohérence du psychisme** , la rupture peut être globale ou sélétive au sein d'un même processus

Intellect ⟺ Affects ⟺ Comportements

(contenu de la pensée, langage) (froideur, émoussement…) (apragmatisme, maniérisme, stéréotypie)

Les 3 processus (intra-psychiques) étant :

- **L'intellect**
  - Contenu de la pensée
  - **Langage** :
    - la personne peut-être gêné au niveau des mots qu'elle utilise et peut couper des mots utiliser des néologismes voire avoir son propre langage
    - + affaissement progressif du langage jusqu'à murmurer = fading
  - **Barrage**
    - la personne dit une idée, fait une pause, puis continuer sur une autre idée = dissociation de la pensée
- Les **affects** (ce que l'on ressent)
  - **Froideur, émoussement …**
- Les **comportements**
  - **Apragmatisme**
  - **Maniérisme** : attitude particulière avec les mains et la voix en désaccord

Il en résulte des pensées, des sentiments ou des actions

- Incohérentes apparemment
- Contradictoires
  - Amour-haine, joie-tristesse …
- Exprimées au même moment

Discordance : expression comportementale de la dissociation psychique

- **Ambivalence**
  - Attitudes contradictoires
    - Ex : je veux un ttt, mais pas de médicaments
- **Bizarrerie**
- **Détachement**
- **Impénétrabilité**
  - Impossibilité de comprendre ce qui se passe dans la tête de ces personnes-là,
  - Car incohérence entre intellect – affects – comportements

La présence de ce syndrome dissociatif donne le diagnostic de schizophrénie.

B. Syndrome paranoïde cf. délire aigu

Syndrome **toujours interprétatif**, liés à **plusieurs mécanismes** :

- hallucinations,
  - Éventuellement un automatisme mental
- intuitions
- **Interprétatif ++++**
  - **D'où le nom de syndrome paranoïde comme une thématique de persécution**

- **Vécu délirant**
  - **intense**
- **Adhésion**
  - **Totale**
- **Organisation**
  - **Délire hermétique, désorganisé et non compréhensible**

C. Syndrome autistique

- Prévalence du monde intérieur
  - Hermétisme social
- Le repli sur soi
- Désintérêt, indifférence à l'environnement

D. Evolution

Chronique > 6 mois, adaptation à la réalité variable en fonction de l'évolution de la maladie
Continue : rémission et recrudescences délirantes (stress)
Symptomatologie résiduelle plus ou moins importante
Il n'existe pas à ce jour de traitement curatif à la schizophrénie

E. Différentes formes de schizophrénie

- **Schizophrénie simple**
  - Peu d'idées délirantes
  - Léger retrait, léger apragmatisme
  - Difficultés relationnelles

- **Schizophrénie paranoïde** (la + fréquente) +++
  - Importance des idées **délirantes (symptômes positifs)** au 1er plan
    - repli autistique → symptôme négatif
    - Interprétation, thématique de persécution, de complot
  - **Non systématisées, floues**

- **Schizophrénie hébéphrénique ou désorganisée**
  - Apragmatisme
  - Prédominance du syndrome dissociatif
  - Évolution déficitaire (symptômes négatifs) au 1er plan

- **Schizophrénie catatonique → dissociation motrice,**
    - **Individus se déplaçant peu, restant dans leurs lits**
  - Prévalence de l'inertie psychomotrice
  - Négativisme
  - Cataplesie
  - Hyperkinésie paradoxale

- **Schizophrénie, psychose schizo-affective**
    - **Sujets souffrant de schizophrénie et ayant en plus des troubles bipolaires**
  - Évolution périodique sur un mode dépressif ou maniaque
  - Symptômes résiduels entre les accès (en période inter-critique)
  - En période critique : sa communicabilité, son jeu de mots → bizarreries
- **Schizophrénie indifférenciée**
  - Ne peut être classée
- **Schizophrénie résiduelle**
  - Symptôme négatif à titre de séquelles

2. Délires chroniques NON dissociatifs

***Sujet âgé 35-45 ans**, classement en fonction Du Mécanisme Principal*

A. Une personne interprétative → Délires paranoïaques
B. Une personne hallucinée → psychose hallucinatoire chronique
C. Une personne imaginative → paraphrénie
    - 1% par psychiatre = très rare

A. Paranoïa

Mécanisme principal : Interprétation +++

Thèmes :

- **Passionnels de**
    - **revendication**,
    - de **jalousie** (touchant le + souvent les hommes que les femmes)
        - le mari à la conviction délirante que sa femme le trompe, le sujet va avoir tout un tas d'indices allant vers cette direction
    - ou **d'érotomanie** touchant le + souvent les femmes
        - érotomanie : conviction délirante d'être aimé par qq'un ayant un statut social enviable
            - ex : chirurgien, footballeur
            - - Suite à une rencontre chir. – patiente, celle-ci s'imaginant qu'il y a eu au cours de la consultation un alchimie, va entretenir l'espoir de séduire le chir. En devenant la patiente idéale , gentille … → phase d'espoir
              - Sauf qu'au bout d'un moment le chir. Va arrêter ce lien via arrêt des consultations, le sujet va être dépitée et changer son approche passant des mots doux à du plus personnel, explicite → phase de dépit
              - Puis → phase de rancune tourné vers les 3 personnes du trio amoureux (soit vers elle-même, soit vers la concurrence (famille du chir …) soit le chir)

    - **Persécution** : **la Paranoïa** : délire chronique Non désorganisé de méca. Interprétatif et dont la thématique est la paranoïa.
    - **La relation** : délire de relation des sensitifs
        - La personne pense que les bruits de couloir … lui sont directement concernées → sensibilités au bruits de couloir touchant + les femmes
        - La personne a une grande estime d'elle-même mais ne s'affirme pas (ex : secrétaire du boss)

B. psychose hallucinatoire chronique (PHC)

Mécanisme principal : **Hallucination**

- Acoustico-verbale
- Intra-psychique

Le plus souvent : femmes 40-45 ans, célibataire sans enfant

Thématique :

- **Sexuelle**, (sentiment d'entendre des mots tels que : « t'es une salope, trainée, prostituée… »)
    - Ce qui fait que la personne ne va pas consulter car elle a honte → retard diagnostic imp.

Attitude : bouchons dans les oreilles, mettre le son de la TV au max

Pas de désorganisation → relativement systématisée

C. Paraphrénie

Mécanisme principal : Imagination

Personnes d'âge moyen qui vont vivre de façon **baroque ou exotique**, sans convaincre les autres et vont avoir l'impression de vivre à la Renaissance chez eux tout en utilisant les transports modernes sans sentiment de persécution et sans embrigader les autres.
Problématique : ces personnes **sont peu productives en terme d'insertion d'emploi, vie de famille** … car ne sont pas dans la « **norme** »

Sémio psy 5 :
Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent au plan social et alimentaire

Introduction

On ne peut pas comprendre les comportements de l'enfant et de l'adolescent (qui forment un continuum) normal ou pathologique sans tenir compte de l'âge = aspect développemental +++
On ne peut pas comprendre cette sémio sans tenir compte de l'environnement +++ → 2 qst à se poser

- **De quel âge parle-t-on ?**
- **Quel est le contexte associé ?**

Ex : L'homme est un animal social, rappels « théorie de l'attachement »

- Les données de l'éthologie
  - Konard Lorentz qui a décrit les effets chez l'oiseau le phénomène d'empreinte.
    - L'oiseau et les mammifères étant les 2 classes d'animaux capables de communication sociale et de résolution de problèmes
    - **« Le petit va tout de suite faire alliance avec le 1er objet en mouvement »**
  - Harry Harlow qui a décrit les effets de conditions d'élevage diverses chez le singe.
    - Montre que les interactions sociales et les contacts physiques chez le singe sont très importants pour déterminer la dynamique d'interaction
  - Ces 2 idées vont inspirer J. Bowlby qui formulera la théorie de l'attachement
    - Avant Bowlby R. Sptiz avait décrit les effets catastrophiques de la séparation précoce en observant ce qui se passait dans les pouponières :
      - Les bébés humains séparés de leur mère présentent les mêmes réactions que celle décrites par Harlow : réaction de détresse (l'enfant pleure et cherche) puis de découragement (alternance de colère et de tristesse) enfin détachement et indifférence.
      - Spitz avait également décrit les effets catastrophiques des séparations prolongées en pouponnières et les conséquences positives sur l'état psychoaffectif de l'enfant de proposer un partenaire de remplacement
  - Expérience : « le bébé qui perd sa mère »
    - L'enfant a été séparé de sa mère
      - Observation de changements tant dans l'apparence qu de dans le comportement quelques semaines suivant l'absence de sa mère
      - Coté tristoune
      - Regard Figé
      - Ne s'intéresse plus à son environnement
        - Ttt : la mère qui revient s'occuper de son enfant → l'enfant redevient assez sociale et interactive, récupération +++

    - Enfant élevé sans sa mère
      - En contraste avec le premier cas, ici tableau de grande déprivation
      - Bébé qui a des contacts mais beaucoup plus limités
      - Ils ont à la fois une appétence et une crainte(regard craintif)
      - L'enfant qui à 9 mois a un retard de croissance, → motricité différente : ne peut s'asseoir ou se lever , il se trouvent passifs dans leurs lits

I. Les troubles alimentaires du nourrisson

L'alimentation est **au cœur de la relation** précoce mère-enfant

- La perception par le bébé de ses propres besoins de faim va activer son éveil et ses pleurs
  - Cela va activer le comportement de sa mère qui va prendre le bébé et le placer devant le sein
  - le stimulus du sein dans la bouche active la tétée et le lait dans la bouche active la déglutition
  - la régulation mutuelle de l'interaction peut être décrites à 3 niveaux:
    - **comportemental**
      - au niveau des signes sociaux échangées : expressions faciales, regards, postures et gestes (mordiller le téton de la mère)
    - **affectif**
      - Courant tendre lorsque sa se passe bien : contact œil à œil, paroles et **attention de la mère (**à s'adapter au bébé +++) et vocalisations du bébé
    - **et fantasmatique**
      - fantasmes de la mère → attitudes conscientes ou non pour son bébé, corporelles de la dyade ; verbalisations au cours de la consultation

1. Anorexie d'opposition

La plus fréquente

- C'est plus une **conduite de refus** qu'une absence d'appétit
  - Le nourrisson va indiquer quelque chose au niveau du système interactif par son opposition au comportement attendu par lui : en l'occurrence manger
  - Aucun effet sur la croissance

- **Besoin de changement** et non caprice

- On les constate lors d'un **stress environnemental** :
  - **changement d'alimentation car la mère reprend le travail → sevrage**
  - **changement nourrice**
  - **déménagement**

- Le rapport de force accentue le malentendu
  - Les parents ne se rendant pas compte que ce changement avait un impact sur leur enfant et du coup restent dans une conduite rigide et ne sont donc pas adaptés à faire de propositions nouvelles au bébé → formation d'un cercle vicieux tendant au bébé à rester dans ce rapport de force avec les parents de plus en plus angoissées de voir leur enfant mal manger → peur que leur enfant ait des problèmes de développement

- Souvent le **poids** est **conservé** mais une **perte de poids** ou une **stagnation pondérale** constituent des **critères de gravité** +++

- Formes simples et complexes (non traités)

2. Anorexie d'inertie

Plus rare et plus grave

- **Perte de poids constante** avec engagement du **pronostic vital**
- Associé à des **troubles dépréssifs du nourission** +++
  - Avec un début précoce possible (1er trimestre)
- Dans un contexte de **privation affective majeure** ++
- Visible de nos jours dans les **contextes de migration** très particulières, avec des mères tellement débordées et déprimés car ayant vécu des atrocités et étant en situation de précarité (même en France)

- A Trousseau un bâtiment à été entièrement réquisitionné pour recevoir des suites de couches de mamans qui n'ont pas ou aller et au moins ne se retrouvent pas à la rue dès 48h post-accouchement (3 jours au chaud le temps de trouver une soultion) des services sociaux qui n'est pas toujours trouvée malheureusement.

- Autres étiologie d'anorexie d'inertie :
  - Lors **d'un trouble du développement** → syndrome de **Prader – Willi**

3. Vomissements

La majorité des vomissements sont :

- **Fonctionnels**
- **Ou psychogènes**,
  - plus rarement liés à des causes organiques : malformations cardiaques … et à bien-sur écarter avant tout.

- Le **contexte relationnel mal adapté** entre la mère et le bébé avec **bouleversement du mode de vie**
  - Risque de forçage alimentaire (notamment lors de la tétée +++ forme de gavage car les **mères** sont trop **anxieuses**)
  - Parfais étiologie : contexte de **séparation avec la mère**

- Risque liés au vomissement
  - **Déshydratation aigue**

- Survenant rarement au cours du 2ème trimestre de vie ou avant
  - **Touche les grands nourrissons**

4. mérycisme

Def : Comportement de **rumination** avec retour d'une partie du bol alimentaire dans la cavité buccale et le bébé qui va le **garder en bouche**

- Observation d'un **sentiment d'insécurité chez l'enfant**
- Autre signes de la **série dépressive, repli sur soi**
- Dans des contextes de **carence affective sévère**
  - Souvent aggravés par une **béance du cardia** → favorisant les reflux gastro-œsophagiens
- Formes bénignes et formes sévères plus rares

II. Les troubles dits transgressifs du comportement de l'enfant et de l'adolescent

L'objectif de l'enfant ci-dessous n'est plus seulement de manger mais également **d'apprendre les règles de vie** et les **interactions sociales**.
Automatisation d'un certain nombre d'apprentissage dont la plupart sont des **interdits**.
Transgressif : rupture avec l'environnement qui se fait de ce que doit faire l'enfant à un âge donnée

Les pathologies de l'agir

- Une expression plus ou moins bruyante de conflits intra-psychiques non mentalisables par le sujet.
  - Un certain nb d'actions sont volontaires et d'autres involontaires.

- Pour que les troubles des conduites puissent entrer dans le champ de la psychiatrie et se démarquer des champs judiciaire, social ou éducatif, il est nécessaire de pouvoir **différencier** ce qui appartient à un **processus psychopathologique, à une évolution normale ou à un phénomène réactionnel**
  - L'enfant doit **lui-même connaître les limites pour son âge, et écarter**
  - l'hypothèse que l'enfant n'est **pas dans un environnement « hostile »** pour lui impliquant une adaptation comportementale (ex : adolescent à la rue …)

- Il faut vérifier qu'il ne **s'agit PAS d'un comportement isolé** → **ponctuelle** variation de la « normale »
  - VS phénomène réactionnel (lié à une maltraitance par ex)

1. Les troubles du conduits sociales chez l'enfant et l'adolescent

- Ces troubles regroupent des conduites diverses et correspondent à des **déterminants psychopathologiques hétérogènes**
  - allant du mensonge d'un enfant de quatre ans
  - au voyage pathologique d'un adolescent schizophrène. (part en Syrie pour se faire exploser …)
- Malgré tout, ces conduites ont comme point commun :
  - de s'inscrire le plus souvent en rupture quant au groupe social dans une **dimension de transgression ou d'opposition**
- Le groupe social peut être représenté par :
  - la **famille** (ou dans certain cas l'institution)
  - puis glisser dans le **champ extra-familial**. Ainsi certaines classifications distinguent des troubles des conduites **«intra ou extra- familiales ».**
  - parfois des **communautés** (gang …)

2. La fugue

30 000 cas chaque année

Définition : *Départ **volontaire**, **inattendu**, **sans prévenir** et **sans autorisation** du lieu où l'enfant est censé être.*
L'absence est de durée suffisante.

Le sujet

Il existe un **gradient de probabilité de fugue en fonction de l'âge** :

- **L'enfant fugue beaucoup plus rarement** que l'adolescent
- **La fugue est de durée brève.**
- **Il rentre de lui-même ou se laisse recueillir par un passant, un ami ou la police.**
- **L'enfant d'âge scolaire se rend volontiers dans un lieu familier**

- **Les adolescents** peuvent faire des **fugues prolongées** et **évitent** de signaler leur présence.
- **La dimension de fuite et de rupture du milieu est prévalente dans une atmosphère de conflit plus ou moins aigu**
- **Grande fréquence des antécédents de ruptures itératifs et précoces**
  - Ex : lors d'un interrogatoire on apprendra que l'enfant est resté six mois chez sa grand-mère puis pour raison professionnelle ses parents ont dû le laisser chez des parents d'amis ou il a été au Foyer car les parents s'engueulaient et étaient de facto indisponibles

Le contexte psychopathologique

- **La fugue comme comportement d'évitement**
- **La fugue de l'école comme refus scolaire**
  - « école buissonnière »
- La **fugue de l'enfant psychotique ou déficitaire**
  - Enfants ayant des déficits intellectuels ++
- Le **voyage pathologique**
- **La fugue dans un contexte d'épilepsie**
- **La fugue hystérique**
  - Ados et jeunes adultes

Conduites pratiques devant un enfant ou un adolescent qui fugue :

- Aider les parents ou l'institution à comprendre quel est le contexte de la fugue
- Aider les parents à faire un signalement à la police si nécessaire
- Prévenir l'autorité éducative en cas de fugue d'une institution
- Prévenir les autorités administratives de l'hôpital et déclarer la fugue
- **Eviter** de se substituer aux instances judiciaires et de porter un jugement moral ou une sanction d'emblée
- Favoriser les conditions du dialogue au retour de la fugue.
- Réfléchir à un cadre pour éviter les récidives

2. Le vol

Généralités

- Délit le plus fréquent
- Il touche **davantage les garçons** que les filles
    - Cette différence tend à diminuer
- Sa **fréquence augmente avec l'âge**

Préalables

- **Notion de propriété**
    - L'enfant doit être capable de **différencier ce qui est à lui de ce qui ne l'est pas**. Il doit donc avoir acquis la **notion de propriété** (à partir d'1 an et demi , 2 ans).
- **Notion d'interdit**
    - L'enfant doit avoir **connaissance de la loi sociale** qu'il transgresse et donc **avoir intériorisé l'interdit** (à partir de 6-7 ans).

Le contexte en fonction de l'âge

- Chez le **petit enfant**, la personne visée est la mère, le père ou la fratrie. Il existe peu de culpabilité et c'est en partie la réaction de l'entourage qui va conditionner la notion d'interdit. 3 cas possibles :
    - Soit des **parents laxistes :** qui se foutent des interdits et le disent/font ouvertement
    - Ou moments de **psychorigidité extrême :** lorsque les parents prônent abondamment le respect des interdits et que l'enfant se rend compte qu'il dispose d'un argument de pression très spécifique vis-à-vis des parents et de facto jubile lorsqu'ils les voit s'énerver
    - **Transactions paradoxales :** des parents qui ont conscience et disent à leur enfant que le vol est interdit mais qui sont tellement contents d'avoir un enfant débrouillard qui s'arrange avec les règles qu'il y a un message double dont l'enfant ne sait lequel il doit satisfaire

- A **l'âge scolaire**, les vols peuvent s'étendre aux amis de la famille, aux voisins, au milieu scolaire.
- Avec **l'adolescence** et pré-adolescence, apparaissent les larcins dans les lieux publics et les conduites délinquantielles.

Le contexte psychopathologique

- Les **carences affectives**
    - Enfants ou jeunes ados expliquant qu'ils sont pauvres, en situation de carence … « la vie est injuste »
    - Et d'une certaine façon ils s'autorisent à réparer cette injustice par le vol
- **Vols et contexte névrotique**
    - Jeunes ayant les notions d'interdits mais se sentant opprimés
    - Ils décident donc de se challenger eux-mêmes afin de réaliser une « révolution » d'une rupture d'interdit
    - Dont la phrase type « j'avais envie de voir ce que ça faisait … »
- **Vols et tentative d'affirmation de soi**
    - Entraînement de groupes, bandes d'ados (leader/ suiveur+++)
- **Vol et psychopathie**

Conduites pratiques devant le vol chez l'enfant et l'adolescent

- Replacer le vol dans son contexte (âge, antécédents, compréhension psychopathologique)
- Eviter la rigidité et la dramatisation excessive dans le cas d'un vol d'un enfant en bas âge ou dans un contexte névrotique
- Eviter la tolérance et la banalisation excessive pour les enfants et les adolescents ayant un manque d'intériorisation des interdits. Dans ces cas, favoriser et inciter l'intervention des services socio- judiciaires (Protection Judiciaire de la Jeunesse)

3. Le mensonge

Fréquence +++

- Le **mensonge utilitaire**
  - Mensonge de l'enfant jeune qui pour éviter la confrontation à l'adulte pouvant le gronder ment.
- Le **mensonge compensatoire**
  - « mythos »
  - Organisés comme un « mode d'être »
  - Partant **d'éléments réels et enjolivant par des mensonges** à des fins de **mieux servir leur image sociale** et leur image dans leur groupe
  - Réseaux sociaux +++

Conduites pratiques devant un mensonge chez l'enfant ou l'adolescent

- Aider les parents à comprendre dans quel contexte s'inscrit le mensonge de leur enfant
- Eviter de se substituer aux parents ou de porter un jugement moral
- Eviter la dramatisation et la rigidité excessives, un nouveau mensonge servira à éviter l'aveu du mensonge précédent
- Eviter de banaliser systématiquement car s'est discréditer l'enjeu relationnel autour de la vérité
- Eviter de mentir à l'enfant au cours de son éducation. L'usage banalisé et généralisé du mensonge par l'adulte tend à discréditer sa parole aux yeux de l'enfant

4. Les conduites agressives

Chez l'enfant

Les manifestations agressives développementales banales,
l'expression de l'agressivité (pulsion agressive) fait partie de la normalité et du maintien de la survie de l'espèce sur un plan évolutif = fonction nécessaire

- Chez le grand nourrisson, on observe dans des moments de **frustration**, des **réactions de colère** voire de rage clairement orientée vers l'adulte.
- **Vers 2-3 ans**, l'enfant manifeste une phase d'opposition **active**. C'est l'apparition des **caprices** qui peuvent donner l'occasion de fréquentes colères. Il est particulièrement **sensible** aux réactions de l'entourage, et manifeste des angoisses de séparation mais également sa toute puissance.
- **A l'âge scolaire**, l'enfant exprimera son agressivité avec ses pairs sous forme d'échange verbaux ou de bagarres mais progressivement, il pourra avoir recours aux jeux, rêves …

Les conduites agressives pathologiques chez l'enfant (suivant la sévérité et la fréquence des conduites agressives)

- Il peut s'agir d'insultes, de crises clastiques avec bris d'objets ou plus rarement d'agression sur des personnes déclenchées par des frustrations ou des contraintes sans rapport avec l'intensité de la colère.
- Rôles de **l'intolérance à la frustration** et des **interactions familiales**.
- Les parents ont eux-mêmes une **défaillance à poser des limites éducatives** en liens avec leur propre histoire renforçant ainsi la tyrannie de l'enfant
  - Parents ayant eux-mêmes eu des parents extrêmement sévères et maltraitants, qui disent ne plus vouloir mettre de limites à leur enfant du fait de cette souffrance.

- Dans certains cas, il s'agit d'enfants dont la personnalité se structure sur un mode psychotique et dont les fantasmes agressifs archaïques s'expriment de manière crue, voire violente

Chez l'adolescent, les manifestations d'agressivité sont plus variées

La **violence contre les biens**

- Elle est souvent le fait de jeunes adolescents.
- Quand elle est **solitaire** qu'elle révèle une **organisation psychopathologique problématique** (contextes psychotique, psychopathique ou pervers).
- Plus rarement il s'agit d'un contexte névrotique avec actes compulsifs et culpabilité intense. Parfois il s'agit d'une décompensation psychotique aiguë.
- La **crise clastique** avec bris de matériel est parfois le seul moyen que trouve l'adolescent pour lutter contre son sentiment d'emprise du monde externe sur lui- même. Cela peut être un geste contextuel sans lendemain. Le risque de récidive dépend largement de l'attitude de l'entourage et de la qualité des interactions familiales.
- Dans le vandalisme **en bande**, on retrouve souvent un noyau de quelques jeunes meneurs qui entraînent d'autres adolescents moins affirmés qui sont en **quête identitaire ou d'affirmation**. Déséquilibre passager ? désinsertion sociale? petite délinquance ? organisation psychopathique ?

La violence contre les personnes

Les violences **intra-familiales**

- Il existe des cas où des adolescents ou pré-ado **maltraitent leurs parents**.
- On retrouve souvent un lien passionnel étroit avec la mère ainsi qu'une **mésentente conjugale chronique**.
- Même si la psychopathologie est variable, on retrouve plus de structure de type **personnalité limite** ou **psychotique** que de névroses. Les **antécédents de violences physiques ou sexuelles sont fréquents** dans ces cas.
    - « état limite »

La violence **extra-familiale**

- Elle s'exerce souvent **entre adolescents** sous forme de bagarre entre bandes ou individus.
- Il peut également s'agir de mécanismes d'emprise sur les plus jeunes qui sont persécutés ou rackettés. On se trouve dans ce cas dans des conduites proches de la délinquance.
- Les conduites meurtrières restent **rares** chez l'adolescent mais des études montrent une tendance à l'augmentation du nombres de ces meurtres. Le passage à l'acte semble être sous tendu par une décharge agressive brutale et impulsive. Le mobile reste souvent obscure. La personnalité est structurée sur un mode psychotique ou psychopathique. La victime peut être un adulte ou un adolescent, beaucoup plus rarement un enfant.

Conduites pratiques devant un enfant ou un adolescent violent

- Elles dépendent de l'âge et du contexte psychopathologique
- L'objectif est une **réponse contenante et cohérente** de l'adulte ou des adultes.
- L'isolement, la prescription et la contention physique sont nécessaires dans certains cas.

- **Fonctionnement névrotique**:
    - donner la priorité à la **conflictualisation par la parole**, ce qui implique de pouvoir rapidement se mettre dans une situation de dialogue et d'entretien.

- **Fonctionnement "état limite":**
    - donner la priorité à la **parexitation** par un ensemble de mesures visant à jouer sur plusieurs « tableaux » en faisant intervenir instances soignantes et éducatives pour « cadrer » l'adolescent tout en lui laissant une certaine autonomie. Ceci nécessite une collaboration multidisciplinaire. Une médication sédative peut être utile.

- **Fonctionnement psychotique**:
    - donner la priorité à la contention physique, chimique (médication psychotrope) au cours d'une hospitalisation avec isolement en cas d'état aigu.

- **Fonctionnement psychopathique**:
    - donner la priorité à la **sanction éducative et aux voies répressives**.

III. Les troubles du comportment alimentaire = TCA

1. Anorexie mentale +++

Trouble psychopathologique avec conséquences somatiques potentiellement graves
Conduite d'addiction ou de dépendance

- *Addiction : processus par lequel un comportement permet à la fois de procurer un plaisir et d'écarter une sensation de malaise interne (Goodman, 1990)*

Épidémiologie

- **Jeunes filles +++**
    - 9 filles / 1 garçon
- **2 pics de survenue**
    - **13-14 ans**
    - 18-20 ans
        - plus rarement avant la puberté (8 %)
- **Environ 1 % des adolescentes**
    - fréquence en légère augmentation dans les populations de race blanche des sociétés occidentales

Diagnostic : Triade symptomatique +++

- **Anorexie:**
    - conduite active de restriction alimentaire, souvent justifiée par un régime devenant drastique / attitudes particulières face à la nourriture / sensation de faim remplacée par une intolérance à la nourriture

- **Amaigrissement:**
    - progressif et souvent massif à la 1ère consultation / peut **atteindre 50 % du poids initial** / aspect physique évocateur / méconnaissance voire **déni de la maigreur** / trouble de la perception de l'image du corps, fixations dysmorphophobiques

- **Aménorrhée:**
    - primaire ou secondaire, non uniquement lié au désordre nutritionnel / un des derniers symptômes à disparaître

Signes cliniques associées

- **Potomanie = signe de gravité +++**
    - Allant jusqu'à l'intoxication à l'eau
- **Mérycisme** (→ comportement de rumination) = **signe de gravité +++**
- Douleurs abdominales
    - Masquant des Vomissements provoqués
        - Impliquant une **hypokaliémie ++**
- Prise de laxatifs ou diurétiques
    - risque de **désordres hydroélectrolytiques** graves ++
- Hyperactivité motrice

- Il peut yavoir une **fonte musculaire** + situation aigue

Signes somatiques = signes de dénutrition

- **Cheveux secs et tombants, ongles striés et cassants, peau sèche, lanugo, hypertrichose, érosions buccales, dents abîmées,...**
- **Hypertrophie des parotides ++**
  - En particulier lors de vomissements
- **Troubles cardiovasculaires: pâleur, acrocyanose, froideur des extrémités, hypotension, bradycardie, oedèmes de carence,...**
- **Hypothermie**
- **Constipation**
- **Fractures liées à l'ostéoporose**
  - Après plusiers années d'anorexie

Contexte psychologique

- **déni de la gravité**
- **Sentiment de bien être de maîtrise et de triomphe**
- **Désir éperdu de mincir et peur de grossir**
  - part croissante de l'activité mentale
- **Isolement relationnel**
- **Dépendance relationnelle** :
  - relations avec les parents marquées par l'emprise / conflits avec les parents contribuant à l'auto renforcement de la conduite
- **Besoin de maîtrise du corps**
- **Sexualité desinvestie**
  - Caractères sexuels secondaires presque non visibles
- **Hyperinvestissement scolaire / intellectualisme**
- **Faiblesse de l'estime de soi et dépression au cœur de la psychopathologie +++**
- **Pas de troubles psychiatriques majeurs**

Données paracliniques

- Diagnostic clinique +++
- Examens complémentaires pour retentissement de la dénutrition et diagnostic différentiel
  - **Troubles métaboliques**: hypoglycémie, hypokaliémie, hyponatrémie, hypoprotidémie, hypercholestérolémie, hyperamylasémie
  - **Anémie hypochrome**, leucopénie, hyperlymphocytose
  - **Troubles hormonaux**: T3 basse, T4 TSH nles, réponse TRH retardée, hypo oestrogénie, LH FSH basses, cortisolémie augmentée, GH augmentée
  - **Troubles cardiovasculaires**: hypotension et bradycardie
  - **Absorptiométrie osseuse**: diminution densité minérale osseuse par ostéoporose

Signes de gravité à l'examen clinique

- *Amaigrissement rapide, brutal et* ***> 30 % du poids***
- BMI **< 13**
- Bradycardie **< 40 /min**
- Hypotension **< 90 / 50 mmHg**
- Troubles du rythme cardiaque (**hypokaliémie**)
- Hypothermie
- Troubles biologiques graves
- Épuisement familial, environnement social et amical **pauvres ++**

- Ralentissement psychique, troubles de la conscience
- Episode dépressif majeur, idéations suicidaires

Diagnostic différentiel

- **Affections psychiatriques**
  - Dépression majeure
  - Épisode psychotique
    - Dont un début de schizophrénie
  - Phobies alimentaires
- **Affections organiques**
  - Tumeurs cérébrales (tronc cérébral)
  - – Cancers (leucémies)
  - – Maladies du tractus digestif (maladie de Crohn, achalasie de l'œsophage)
  - – Hyperthyroïdies
  - – Panhypopituitarisme, maladie d'Addison

Formes cliniques

- **Anorexie-boulimie :**
  - 50 % des cas
- **Anorexie mentale du garçon** :
  - 10 % / en augmentation / trouble de l'identité sexuelle
- **Anorexie pré pubère**:
  - 8-10 % des cas
  - Retard de croissance ++
  - Pronostic plus grave
- **Anorexie sub clinique**
  - Moment d'anorexie → souffrance psychologique

L'anorexie mentale du garçon : une forme clinique particulière

- *Elle représente 3 à 10% des anorexies. Cliniquement, le tableau syndromique est équivalent à celui de la fille.*
- *Les éléments d'explication concernant l'écart de fréquence entre les garçons et les filles tiennent aux différences d'investissement du corps et de l'esthétisme corporel, aux particularités de l'interaction mére-fille pendant le nourrissage, à la possibilité de maîtrise et de maniement de l'agressivité par la motricité chez le garçon socialement plus admise que chez la fille.*
- *• Chez le garçon anorexique, on retrouve une plus grande fréquence de troubles psychiatriques et d'anorexie dans l'entourage immédiat, et presque toujours des conflits familiaux manifestes. Au plan du sujet, un trouble de l'identification comportant ou non une problématique homosexuelle est fréquent mais rarement reconnu et admis par l'adolescent*

Facteurs étiopathogéniques

- **Facteurs psychologiques**
  - Rôle de l'adolescence
  - Personnalité pré morbide: enfance sans histoire, aconflictuelle, souci de conformisme et de répondre aux attentes narcissiques de la mère
  - Facteurs familiaux : crainte des conflits, difficulté d'autonomie, effacement des barrières entre les générations , malatraitrance non-revélée
- **Facteurs culturels**
  - Corps idéal, maîtrisé et contrôlé
  - – Impact de la valorisation de la femme mince sur adolescentes au narcissisme défaillant ?
- **Rôle de la dénutrition**

- Impact important: facteur dépressogène, modification des perceptions,

Psychopathologie individuelle

- Déplacement des conflits intrapsychiques
- Fragilité identitaire
- Conflit dépendance-autonomie
  - «ce dont j'ai besoin, c'est ce qui me menace »
- Exigences en réponse de l'angoisse de ne pas contrôler, à la peur des appétits, à l'insupportable de la sexualité,...

Evolution et pronostic

- Durée d'évolution de plusieurs mois à toute une vie
- Décès 10 % des cas (dénutrition, suicide)
  - C'est beaucoup !
- Rechutes environ 50 % des cas
- Conduites alimentaires et poids normalisés dans 75 à 80 % des cas à 5 ans
- Chronicité dans 15 à 20 % des cas
- Guérison à 4 ans
  - 50-60 % des cas si triade symptomatique

2. Boulimie

- Trouble **psychopathologique à incidence somatique**
- Reconnue depuis les années 70
  - Apparaît surtout chez le **grand adolescent, jeune adulte**
- Déf : Consommation **exagérée d'aliments** avec **perte de contrôle** des prises, rapidement, **sans rapport avec la sensation de faim**
- Diagnostic souvent tardif, car cachée par les sujets

Epidémiologie

- Fréquente dans les pays les plus développés
- Prévalence : 1,5 % de la population féminine
- **3-4 filles / 1 garçon**
- Début vers **18-20 ans**

Diagnostic clinique

- Forme clinique caractéristique = forme **compulsive normo pondérale**, évoluant par **accès avec vomissements provoqués**
- Crise :
  - 1 à 2 fois par semaine à plusieurs fois par jour
  - – **ingestion massive**
    - Ex : 18 barretes de beurre de 250g
  - – **impulsive, irrépressible avec perte de contrôle**
  - – **grande quantité de nourriture, richement calorique**
  - – **moments de solitude, en cachette, en dehors des repas**
  - – **arrêt par vomissements provoqués**
    - Dispertion de vomi a travers la maison …
    - Parfois boulimie avec un poids constant
  - – **sentiments de honte, de dégoût de soi, de culpabilité à la fin de l'accès**
  - – **diverses stratégies de contrôle du poids**

Caractéristiques psychiques :

- **Peur de grossir**
- **Préoccupations autour du poids et de l'image corporelle**
- **Préoccupations autour de la nourriture**
- **Dépendance exagérée aux parents et notamment à la mère**
- **Investissement perturbé de la sexualité**
- **Fréquemment associés: anxiété, dépression, PAL, kleptomanie**

Diagnostic différentiel

- Fringales, grignotages et hyperphagies prandiales
- Hyperphagies dans le cadre d'un diabète, syndrome de Kluver-Bucy
- Episode maniaque

Formes cliniques

- **Boulimie normo pondérale 70 % des cas**
- Boulimie avec obésité 30 %
- Formes mixtes anorexie boulimie
- Formes **masculines plus sévères** / trouble de l'identité sexuée
- Etat de mal boulimique **exceptionnelement grave**
    - **Rupture de l'œsophage …**

Evolution et pronostic

- Evolution longue et fluctuante
- Chronicité avec troubles associés (dépression, TS, co addictions,...)
- Pronostic dépend de la psychopathologie sous-jacente
- Complications somatiques
  – troubles métaboliques et hydroélectrolytiques
  – troubles du cycle menstruel
  – hypertrophie des parotides et des sous-masillaires
  – altération des muqueuses bucco-pharyngées et digestives, troubles dentaires

Etude TCA : DEVENIR (Herzong 1999)

- une des plus larges études du devenir
- Sur 500 semaines (envrion 10 ans)
- Courbe: % de patients avec un certain nombre de signes
    - Anorexie restrictive plus sévère que l'anorexie boulimique et plus sévère que la boulimie simple
    - La boulimie simple présente près de 38% de malades à 10 ans → pathologie très chronique et difficile à suivre

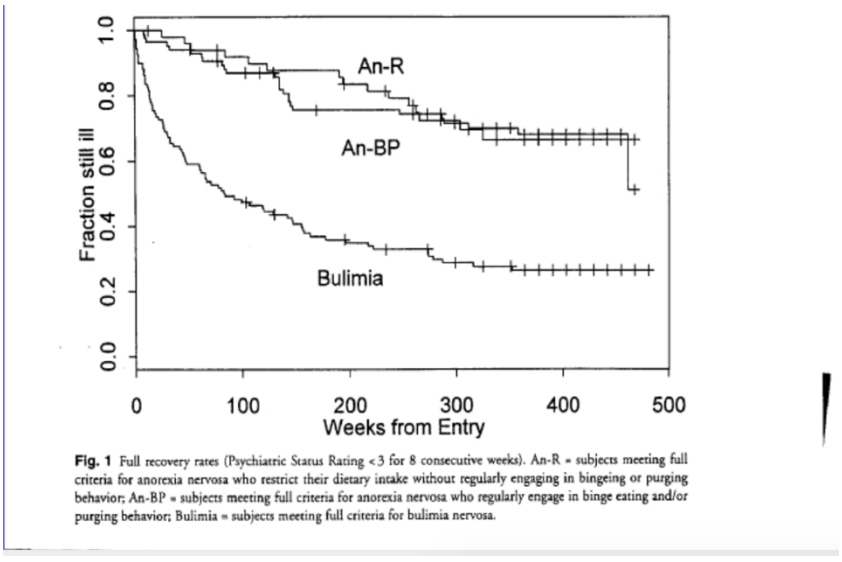


Fig. 1 Full recovery rates (Psychiatric Status Rating < 3 for 8 consecutive weeks). An-R = subjects meeting full criteria for anorexia nervosa who restrict their dietary intake without regularly engaging in bingeing or purging behavior; An-BP = subjects meeting full criteria for anorexia nervosa who regularly engage in binge eating and/or purging behavior; Bulimia = subjects meeting full criteria for bulimia nervosa.

Sémio Psy 6 :
Troubles anxieux – Troubles de l'adaptation – Troubles de la personnalité

I. Troubles Anxieux

Généralités

- Ce sont les troubles psychiatriques **les plus fréquents**
  - Touchant près de 15 à 20% de la pop (prévalence vie entière)
  - Parmi les troubles anxieux les plus fréquents il y a : les phobies+++
- **Terrain**
  - Commence très souvent chez **les jeunes adultes** +++ (18 – 25 ans)
  - Concerne + les **femmes** que les hommes
    - Ceci est vrai principalement pour les troubles de manie, l'EPSD
    - Cependant pour le **TOC, le sex-ratio = 1**
  - Possibilité de début tardif (> a 50 ou 60 ans)
- Gravité variable

Les émotions, cognitions et comportements sont des critères liés aux grilles de lecture en psychiatrie, : ce sont des outils permettant de structurer l'analyse sémiologique de façon rigoureuse.
Le comportement étant considéré comme étant l'output moteur des phénomènes émotionnels et ou cognitifs

Les émotions de l'anxiété

- **Peur :** Réactions suite à la perception d'un danger précis
- **Anxiété = angoisse :** séparation assez floue
  - **Attente ou appréhension d'un danger**
    - On parle d'anxiété lorsque l'objet lié à l'anxiété est assez précise : « j'ai peur de quelque chose »
    - Angoisse = notion plus floue
  - Paroxystique/ aigue / fluctuante / durable et continue
  - Intensité variable
    - D'autres émotions peuvent être associés à l'anxiété : la honte, le dégoût, l'irritabilité ou la colère
    - Une personne anxieuse (ex : période d'examen) sera plus facilement irritable qu'en dehors des périodes d'examen.

Les Pensées de l'anxiété = partie plus cognitive

- Contenu
  - **Souvenirs, situation actuelle, à plus long terme …, plus rarement abstrait**
- Formes
  - **Obsession (cf. T.O.C)**
  - **Worries : les inquiétudes, doutes**
  - **Flashbacks = reviviscences**
  - **Scénario catastrophes**
  - **Pensée magique**
    - ce sont des espèces de superstition qu'on se crée « si je finis de manger en 10 min alors j'aurais mon concours … », ces pensées disparaissent à l'âge adulte

- Normal vs Pathologique
  - Dépend de la nature du danger : **stress ou danger réel**
  - **La durée de l 'état anxieux: transitoire ?**
  - **Est-ce que l'anxiété est adapté à la situation ou non ? +++**
    - Avoir peur face à un tigre est une réaction adaptée
    - Avoir peur d'un tigre lorsqu'on est dans un métro → plus compliquée
  - **Caractère contrôlable de l'anxiété ?**
    - J'ai peur du tigre dans le métro, mais je peux me raisonner et me dire que cette peur est irrationnelle et me calme
  - **Sans conséquence majeure**
    - Différence entre le normal et le pathologique : soit on considère qu'il y a une souffrance personnelle du sujet et cela seul le sujet peut en juger
    - Soit il y a des conséquences de l'anxiété : dans la vie personnelle, professionnelle, sociale, conjugale, familiale …

Les comportements de l'anxiété

- **Évitement**
  - Quand on a peur d'une situation, on l'évite
- **Compulsions**
  - Caractéristiques **= comportement moteur ou mental**
    - Actes répétés et/ou ritualisés
    - Ou pensées qui peuvent avoir un côté répétitif collé a une certaine rigueur dans la façon dont elle doit être conduite
    - Diminuant l'activité transitoirement
  - 2 types
    - Comportementales
      - Ex : se laver les mains
    - Mentales
      - Ex : comptage (arithmomanie = fait de compter quand on fait des choses)
- **Conduite contraphobique**
  - Ex : accompagnement par un tiers, port d'un objet (ex : port de lunettes de soleil lorsque cela n'a pas lieu d'être)

Les autres signes de l'anxiété

- **Perturbations physiologiques**
  - **Troubles du sommeil**
    - Quand on est anxieux, on dort mal
  - **Troubles de l'appétit**
  - Autres :
    - Douleur, tremblement, palpitation …
- **Troubles relationnels/ interpersonnels**
  - Irritabilité, impatience, impulsivité, dépendance affective (= le fait d'avoir besoin de l'autre de façon excessive)

1. Crise d'angoisse aigue = attaque de panique

Caractéristiques

- **Début brutal**
  - L'acmé (= le summum) de l'attaque de panique est obtenu dans **les 10 premières minutes** → au max de l'anxiété
- **Délimitée dans le temps**
  - Durant généralement **quelques minutes**, rarement plus d'1 heure

    - Cela explique que donner un anxiolytique a un sujet en attaque de panique aux urgences n'a pas de sens, car le temps que l'anxiolytique soit efficace, l'attaque de panique se résout spontanément d'elle même
- Fréquent : 3 à 5% de la pop générale pour la prévalence vie-entière
- Attaque de panique possible et fréquent en l'absence de troubles psychiatrique
    - Avoir une attaque de panique ne signifie pas : souffrir de troubles psychiatriques
- Tous les troubles anxieux, en particulier trouble panique

Symptômes physiques + psychiques + comportementaux :

- Physiques :

- **Pouvant toucher l'appareil respiratoire**
    - **Sensation de blocage**
    - **Hyperventilation gêne thoracique**
    - **Étranglement**
- **Cardio-vasculaire**
    - **Palpitations**
    - **Tachycardie**
    - **Vasodilatation**
- **Sensoriels**
    - **Étourdissement**
    - **Troubles de l'équilibre**
    - **Paresthésies**
    - **Hyperesthésie**
    - **Dépersonnalisation**
        - Sensation de planer au-dessus de son corps, comme si l'âme s'était détachée de la chair
    - **Déréalisation**
        - Sentiment que ce qui nous entoure n'est plus réel : murs flottants …
- **Neuro-végétatifs**
    - **Sueurs, nausées**
        - Envie de faire pipi
    - **Bouffé de chaleur**
    - **Gêne gastrique**
    - **Douleur abdominale**
    - **Tremblement, fébrilité**

- Craintes :

- **Peur de mourir**
- **Peur de devenir fou**
    - **En corrélation avec la perte de contrôle**

- Comportements :

- **Agitation**
- **Sidération**
- **Fuite**
- **Demande d'aide**
- **Prise de produits**
    - Dont l'alcool en premier lieu, souvent utilisé en automédication pour soulager l'anxiété

2. Trouble panique

Caractéristiques

- **Répétition d'attaques de panique** qui **sont spontanées et imprévisibles** (pas de facteur déclenchant)
- **au moins 1 crise par mois**
- **anxiété anticipatoire** : peur d'avoir peur, crainte de faire une attaque de panique
    - entraînant le développement de comportements :
        - d'**évitement** ex : difficultés à prendre la voiture de peur de faire une attaque de panique lors de la conduite …
- +/- association de l'**agoraphobie**
    - Crainte des situations ou on ne peut pas s'échapper Ou bien on ne peut pas être secouru en cas d'attaque de panique
    - Espaces découverts, magasins, file d'attente, lieux publics, endroits clos …
    - Peut être indépendante ou compliquée un trouble panique
        - Ex : film « la rencontre de forrester » ou l'un des personnages souffre d'un trouble de panique et on voit les comportements d'évitement, mais aussi le port d'objets contradictoires, dans ce film il a le port de lunettes de soleil → un classique chez les paniqueurs comme si cela les protégeait de cette sensation d'espaces découverts, de foule …

3. Phobies

Phobies spécifiques = phobies simples - **Caractéristiques**

- Crainte irraisonnée et incontrôlable d'un objet ou d'une situation bien définie
- La peur est disproportionnée par rapport à la réalité de la menace
- Apparition d'un certain nombre de comportement : a sidération, évitement , anticipation anxieuse

4 grandes situations phobiques reconnues :

- **Phobies des animaux**
    - Araignées, souris, serpents, cafards ….
- **Phobies des éléments naturels**
    - Peur du vide, de l'eau …
- **Sang – procédures médicales**
    - Examen du patient difficile, nécessité parfois d'un psychiatre aux côtés du patient
    - Lorsqu'on débute un internat en chirurgie et qu'on a une phobie du sang, ça peut devenir compliqué
- Autres situations

Le diagnostic suppose qu'il y a une souffrance personnelle, des conséquences personnelles, familiales, conviviales ou autres de la crainte
Avoir une crainte de araignées empêchant de partir en vacances dans des logements inconnus, ou dans la forêt → conséquences = trouble phobique donc psychiatrique

Phobie sociale – caractéristiques :

- **Crainte d'agir de façon embarrassante ou humiliante** sous le regard et le jugement d'autrui
    - Crainte du jugement des autres,
- Toutes les situations sociales : d'interaction ou de performance
    - En tête à tête ou être face à un public et/ou phobies mixtes
- **Anxiété anticipatoire, évitements, micro-évitements**
    - Micro-évitements : nous sommes soumis qu'on le veuille ou non à des interactions sociales puisqu'il n'est pas possible de vivre sans interaction sociale, un micro-évitement serait alors : un sourire malaisant, ou le ton de la voix qui diminue progressivement …

4. Trouble obsessionnel compulsif : TOC

Caractéristiques

2 à 3 % de la pop générale

TOC d' :

- **Obsessions :** Pensées, idées oui images qui sont intrusives et récurrentes qui génèrent de l'anxiété
  - Caractère dit égodystonique: le sujet perçoit que l'idée ou la pensée obsessionnelle n'est pas en accord avec ce qu'il pense, il y a **désaccord entre l'idée et la pensée du sujet**.
- **Compulsions :** comportements ou actes mentaux répétitifs visant à soulager l'anxiété
- **Rigidité du comportement**
  - Le sujet possède un rituel : une façon de faire,
  - Une perturbation du rituel va entraîner le **recommencement dudit rituel** du fait de la rigidité du comportement
- **Évitement possible**
  - Ex : Les sujets ne **serrant pas** les mains
- **Contamination / lavage**
  - Image caricaturale du TOC (ex : série Monk ou le personnage principal se lave trop les mains)
- **Ordre, symétrie exactitude / rangement, vérification**
  - Associées à des pensées magiques
  - Ex : si je ne range pas de telle ou telle façon alors il va arriver malheur à telle ou telle personne
- **Pensées interdites (au nombre de 4) :** le sujet ne veut pas effectuer ces choses, mais il a **peur de passer à l'acte**
  - **Agressive**
    - Durant le post-partum chez les jeunes mamans, la peur de jeter le bébé
    - Lorsqu'on manipule un couteau de cuisine, la peur de blesser intentionnellement quelqu'un
  - **Sexuelle**
    - Pensées homosexuelles, pédophiles, viols ….
  - **Religieuse**
    - Craintes autour du bien et du mal
  - **Somatique**
    - En lien avec les maladies ++
    - Plus rarement des craintes esthétiques
  - Les principaux comportements sont des rituels mentaux et des **vérifications (= TOC le plus fréquent)**
- **Accumulation :** les gens vont accumuler des objets (boites vides, sachets en plastique, journaux) de peur de jeter quelque chose qui pourrait servir et parfois jusqu'à obtenir un **syndrome de Diogène** avec des conséquences potentielles sur leur habitat

Le film « Aviator » de Martin Scorsese dépeint avec un réalisme inouï le TOC de façon non caricaturale

5. Trouble anxieux généralisée = TAG

Caractéristiques

- Anxiété et **soucis** excessifs
- Phénomène continu pour des situations soucis continus de la vie quotidienne, pas d'événement déclencheur
  - « Je me promène dans la rue, un camion passe, s'il me renverse que se passera-t-il ? »
- Peut concerner la **santé, le travail, l'argent et les proches**
  - Les soucis financiers sont très fréquents
- **Excessif et non justifiée** par des éléments réels
- **Non contrôlable**
- Souvent ce sont des personnes **en état d'hypervigilance**
- Associé à des **symptômes somatiques variés** (myalgies, céphalées, troubles du sommeil, asthénie, trouble de la concentration …)

6. État de stress post-traumatique = ESPT ou PTSD

Trouble anxieux survenant suite à la confrontation du sujet a une situation traumatique (= lorsqu'on a été victime ou **témoin d'une scène ou l'intégrité physique du sujet ou de quelqu'un d'autre a pu être mise en danger)**
Il y a de façon exceptionnelle des **ESPT par procuration** càd d'avoir un ESPT développé pour avoir entendu un récit traumatique
→ surtout chez les enfants

situation traumatique ex : agressions sexuelles, attentas, militaires ….

- **Syndrome de répétions**
  - Reviviscences répétitives de l'expérience traumatique : cauchemars et Flashbacks : visuels ou des sons, odeurs …)
  - Réactivité physiologiques (palpitations, sueurs, tremblements, polypnée …)
- **Syndrome d'évitement**
  - Mis en place par le sujet pour éviter le syndrome de répétition pour éviter tout rappel avec la situation traumatique
  - Stimuli en lien avec le traumatisme
    - Ex : Évitement des rapports sexuels normaux dans un couple suite à un viol
  - Investissement d'activités « pour ne pas y penser » (lecture, TV …)
  - Conséquences fonctionnelles importantes
- **Hyperactivation neurovégétative**
  - Trouble du sommeil
  - Friabilité
  - **Hypervigilance continue**, **sursaut au moindre bruit**
  - **Trouble de la concentration et de la mémoire → altération de la mémoire ++**
  - Risque suicidaire
- **Altérations négatives des cognitions et de l'humeur**
  - Diminution des intérêts, incapacité à éprouver des émotions positives

II. Troubles de l'adaptation

Facteurs de stress +++

Caractéristiques

- Symptômes cliniquement significatifs en réponse à un **facteur de stress** bien identifié
- Tout facteur de stress, dans quelque domaine de vie que ce soit, dont la maladie
- Symptômes émotionnels-comportementaux **(anxiété + dépression)** qui n'atteignent pas les critères diagnostics
  - Symptomatologie moins intense que les troubles anxieux ou épisode dépressif caractérisé
- Les symptômes apparaissent dans les 3 mois suivant le facteur de stress et **disparaissent dans les 6 mois après son arrêt = symptomatologie réactionnelle a un facteur de stress**
  - un des facteurs de stress les plus importants : la **maladie,**
    - *ex : annonce d'un cancer qui va s'accompagner d'une symptomatologie, alors que nous sommes sur une pathologie cancéreuse de bon pronostic …*
      - a l'inverse la symptomatologie anxio-dépréssive va être plus handicapante que la maladie cancéreuse
      - une fois qu'on annonce au patient sa guérison les choses rentrent dans l'ordre spontanément dans les 6 mois sans aucun traitement
      - si le facteur de stress continue, la prise en charge sera similaire à celle d'une dépression s'il s'agit d 'une symptomatologie dépressive ou de l'anxiété s'il s'agit d'une symptomatologie anxieuse

    - *ex : épilepsie de type tonico-clonique : ou le sujet peut tomber et se faire mal … il existe des patients épileptiques qui sont très bien stabilisés avec leur traitement antibiotique et que ne refont plus de crises d'épilepsie, mais qui cependant vont garder la peur de faire une crise d'épilepsie et cette peur*

peut être plus invalidante que l'épilepsie qui est bien stabilisée : « càd que du fait que j'ai peur de faire une crise d'épilepsie, je ne vais pas prendre les transports en commun, je vais éviter les situations de foule, je n'irai pas aux concerts …. » → développement d'une symptomatologie agoraphobique

- Classiquement dans les troubles de l'adaptation il y a l'idée que la symptomatologie est moins intense que dans le trouble anxieux caractérisée ou dans l'épisode dépressif en tant que tel

III. Troubles de la personnalité

Introduction :

- **Personnalité : fonctionnement stable et unique d'un individu caractérisé par un :**
  - **Tempérament** : composée innée et stable (sur laquelle on n'a que peu de marche de progression) → composante **biologique voire quasi-génétique du tempérament**
    - Ex : **inhibition comportementale** = tempérament dont on peut faire le diagnostic a une heure de vie, on peut, en prenant des nourrissons savoir s'ils ont ou non ce tempérament. Et ce tempérament est à risque de développer une phobie sociale à l'âge adulte
  - **Caractère :** composante **déterminée par les expériences**

- **Troubles de la personnalité : 10% de la pop. générale**
  - La personnalité va induire un dysfonctionnement avec des conséquences dans différents domaines de la vie quotidienne(personnelle, professionnelle, sociale familiale) ou souffrance personnelle

- **3 clusters (groupes) du trouble de la personnalité**
  - **Psychotique :** paranoïaque – Schizoïde – Schizotypique
  - **Émotionnelle :** antisociale – borderline – historique – narcissique
  - **Anxieuse :** évitant – dépendant – obsessionnelle / compulsive

- *Aparté : la plupart des noms de diagnostics des troubles psychiatriques sont devenus des insultes ou des adjectifs péjoratifs dans notre langage populaire : « t'es parano ; t'es bipolaire, t'es complètement hystéro … »*
  Les psychiatres se battent pour lever cette stigmatisation des troubles psychiatriques et du fait de cela : il est toujours difficile de faire l'annonce diagnostique qui a un sujet ayant auparavant entendu ces termes sous un pdv péjoratif)
  → vigilance sur les termes psy à utiliser à bon escient

1. personnalité paranoïaque

Se caractérise par :

- **Une méfiance généralisée**
  - Avoir tendance à se méfier de tout le monde
- **Hypertrophie du moi**
  - Personne assez sûre d'elle
- **Altération du jugement**
  - Dans le sens de l'interprétation → mauvaise intention d'autrui à son égard
- **Rigidité de la pensée**
- **Peu d'expression émotionnelle**

La personnalité paranoïaque est à distinguer du délire paranoïaque même s'il y a un risque évolutif càd qu'une personnalité paranoïaque est plus à risque d'avoir un jour un délire paranoïaque.
On peut néanmoins avoir un délire paranoïaque sans pour autant avoir une personnalité paranoïaque

2. personnalité schizoïde

Se caractérise par :

- Une tendance à l'isolement
- **Absence d'intérêt pour autrui et les relations sociales**
    - Ce sont des personnes qui s'épanouissent dans des métiers : **informaticien, mathématicien** …
    - Ici la personnalité schizoïde **ne craint PAS** les interactions sociales ; **elle y est indifférente** : elle s'en « bat les couilles » des interactions sociales
- Réactivité émotionnelle peu marquée

A distinguer de l'autisme , de l'usage chronique de cannabis et de la schizophrénie (sur la symptomatologie négative de la schizophrénie)

3. personnalité schizotypique

Sur un point de vue caricatural : ce sont des gens « bizarres »

Se caractérise par :

- Une **altération des compétences sociales**
    - Rapport à l'autre en décalage
- Une **vie psychique très riche avec des distorsions cognitives** (croyances bizarres) et **des champs d'intérêt particulier** (ésotérisme, paranormaux, théories du complot …)
- **Affects pauvres ou inadéquats**
- **Symptomatologie psychotique transitoire**

A distinguer d'un trouble psychotique, de la schizophrénie ou du trouble de l'humeur.

4. personnalité antisociale (anciennement appelée psychopathie)

→ **Incapacité à éprouver du regret ou de la culpabilité**

Se caractérise par :

- Une **impulsivité**
- **Tendance au passage à l'acte**
- **Absence de culpabilité**
- **Incapacité à se conformer aux normes sociales**
- **Transgressions répétés des droits d'autrui**
- **Tendance à la manipulation d'autrui pour obtenir des bénéfices**
- Souvent ; contacts étroits avec la Police et la Justice,
    - près de 80% de la population carcérale aurait une personnalité antisociale
- Comportements transgressifs **dès l'enfance**
- **Comorbidités addictives et dépressives**, avec risque de décès **prématuré** et **suicide**

5. Personnalité borderline ou « état -limite »

→ **instabilité +++, concerne bcp plus fréquemment les FEMMES que les hommes.**

Se caractérise par :

- Une **instabilité affective** (dépressive, angoisse, colère, sentiment chronique de vide…)
    - Passant d'un état d'excitation a un état de dépression survenant de façon **brutale au cours de la journée**
    - Ces sujets décrivent une **sensation de vide intérieur**
- **Instabilité interpersonnelle** (relations intenses et chaotiques, crainte de l'abandon…)
    - Soit elles sont soit dans l'admiration de quelqu'un soit dans le rejet total de l'autre → loi du tout ou rien
- **Instabilité de l'identité et de l'image de soi**
- **Instabilité et troubles du comportement** (auto-mutilations, tentatives de suicide répétés…)
- **Symptômes dissociatifs** (dépersonnalisation, déréalisation) ou **psychotiques transitoires**

- **ATCD d'abus ou de négligence**
    - Les personnes ayant eu des abus sexuels dans l'enfance ont plus de risques de développer des traits de personnalité border-line
- **Associé à un abus de substance** → addictions , des troubles de l'humeur ou des troubles des conduites alimentaires (boulimie …)
- Risque suicidaire +++

6. personnalité histrionique (anciennement appelé Hystérique)

→ quête affective

Se caractérise par :

- Une **labilité émotionnelle**
- **Quête affective excessive**
    - Personnes nécessitant d'être au centre de l'attention, ayant besoin qu'on leur manifeste des marques d'attention particulières
- **Hyperexpréssivité des affects**
- **Théâtralisme**
- **Suggestibilité**

- **Attirer l'attention via leur apparence physique, attitude provocante et séductrice inappropriée**
    - tendance à survendre l'intimité avec une autre personne
- **associés à des troubles de l'humeur, addiction et tentatives de suicide fréquentes**

7. personnalité narcissique

Se caractérise par :

- **un sens grandiose de leur propre importance**
- **surestimation de ses propres capacités**
- **volonté de puissance et de succès**
- **se jugeant supérieurs, spéciaux ou uniques**
- **s'attendant à être reconnus, admirés**
- **marquée par une dévalorisation d'autrui**
    - le sujet va servir des autres pour se mettre en valeur
- donc **peu d'empathie**
- **associés à des troubles de l'humeur et d'addiction**

8. personnalité évitante

Très proche d'une personne phobique sociale, piège confusion !

Se caractérise par :

- **inhibition relationnelle et sociale**
- **mésestime de soi**
- **sensibilité exacerbée au jugement d'autrui**
    - on retrouve les craintes de la phobie sociale
- **conduite d'évitement**
    - notamment dans les interactions sociales
- **Difficile à distinguer de la phobie sociale**
- **Mais à distinguer de la personnalité schizoïde**

9. Personnalité dépendante

Se caractérise par :

- **Un besoin excessif d'être pris en charge par autrui**
- **Tendance à se dévaloriser**
- **Ne se sentant pas capable d'assumer leurs propres responsabilités de la vie quotidienne**
- **Personnes peu affirmés , avec des relations sociales souvent déséquilibrées**
    - Notamment dans des histories conjugales avec des déséquilibres du couple

10. Personnalité obsessionnelle-compulsive

Se caractérise par :

- **Méticulosité, avec souci du détail**
- **Rigidité**
- **Perfectionnisme**
- **Tendance à la procrastination**
- **Prudence excessive**
- **Consciencieux**
- **Scrupuleux**
- **Valeurs morales ou éthiques contraignantes**
- **Expriment leurs émotions avec contrôle**

A distinguer du TOC

III. QCM

QCM1) Dans quel trouble anxieux retrouve-t-on fréquemment des reviviscences ?

A) L'état de stress post traumatique
B) le trouble panique
C) le trouble obsessionnel compulsif
D) La phobie sociale

QCM2) Quel(s) symptômes peuvent être retrouvé(s) dans l'attaque de panique ?

A) Vertiges
B) céphalées
C) palpitations
D) peur de mourir
E) Nausées

QCM 3) Quelle est la crainte principale dans la phobie sociale ?

A) la peur qu'une attaque de panique survienne
B) la peur d'être agressée
C) la peur du jugement de l'autre
D) la peur qu'une catastrophe survienne (tendance au souci excessif)

QCM 4) Devant une tendance au souci excessif vous évoquez ?

A) Un trouble panique
B) une phobie sociale
C) un état de stress post-traumatique
D) un trouble anxieux généralisée

QCM 5) Les obsessions sont des pensées

A) contrôlables
B) intrusives
C) associées à une angoisse

QCM 6) les compulsions dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC)

A) permettent de diminuer l'angoisse associée à l'obsession
B) peuvent être des actes répétitifs
C) se traduisent forcément par des comportements observables

QCM 7) L'évitement est retrouvé ?

A) dans la phobie sociale
B) dans le trouble obsessionnel compulsif
C) dans l'état de stress post traumatique
D) dans les phobies spécifiques

Sémio psy 7 :
Urgences psychiatrique – Conduite suicidaire – Sectorisation

I. Urgences psychiatriques

20% des consultations d'urgences en médecine.

A. Définition Urgences psychiatriques :

« une demande dont la **réponse ne peut être différée** : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage, ou du médecin. Elle nécessite une **réponse rapide et adéquate** de **l'équipe soignante** afin **d'atténuer le caractère aigu** de la **souffrance psychique** »

Commission des Maladies mentales (1991)

- Principe: Toujours penser à une affection organique (même si le bilan organique est négatif)
- L'urgence psychiatrique ne peut être abordée isolement: importance contexte psychopathologique, familial et social

B. La Démarche diagnostique s'articule avec :

- **L'entretien du patient et /ou de l'entourage pour préciser :**
  - les **antécédents psychiatriques** et **médicaux, personnels et familiaux** du patient
  - Les circonstances de survenue du trouble, les **facteurs déclenchant** (traumatisme physique, psychique, intoxication)
  - L'existence d'une prise de toxiques, d'alcool ou de médicaments, aiguë ou chronique

L'examen psychiatrique infirmier : assuré majoritairement par l'infirmier qui suit nos directives écrites étant donné que le médecin lui-même ne peut être tt le temps au chevet du patient, vérification de **la prescription du contrôle de l'état de conscience** du patient (ex : toutes les 3h), ce contrôle de l'état de conscience nécessite de renseigner sur :

  - La **présentation du patient** :
    - tenue négligée, mouvements désordonné, agressivité, logorrhée
  - **l'état de conscience du patient** : vigilance, orientation temporo-spatiale, **perplexité anxieuse**.
  - **Troubles du contenu et du cours de la pensée** : délire, hallucinations....
  - **Humeur** : euphorie, mélancolie
  - **Troubles des affects** : anxiété, peur...

C. L'examen clinique médical

- L'examen clinque médical systématique d'une étiologie organique est indispensable avec la recherche de :
  - Signes généraux
  - Signes neurologiques (de localisation ex : nuque raide, exagération des ROT, signe de Babinski +)
    - L'omission de recherche de ces signes, nous sera amplement sanctionné
  - Signes d'intoxication aiguë

Complété par un des examens paracliniques :

- En fonction du tableau clinique des examens biologiques et d'imagerie seront prescrits (TDM ; IRM ; PL …)
- Intérêt ++ pour éliminer une origine organique

1. Les principales situations cliniques

A. Les urgences intriquées, médico-psychiatriques

- Tout malade nécessite un bilan somatique minimum
- éliminer en premier lieu une affection organique sous-jacente = sinon faute médicale +++
    - **confusion mentale, agitation ou angoisse dans une affection organique (ex : lors d'un IdM, crise d'asthme sévère)**
        - la confusion mentale est **systématiquement d'origine somatique**
        - la confusion mentale étant l'obtusion intellectuelle, (gens qui comprennent difficilement ce qu'on leur dit), l'existence d'hallucinations avec des agitations et une inversion du rythme nycthéméral associé a un onirisme (=rêve éveillé associé à des hallucinations)
    - **surveillance somatique d'une intoxication alcoolique aigue, (associé) d'une prise de toxiques, d'une tentative de suicide (TS)**
        - signes cliniques d'une prise d'alcool : haleine aromatique, troubles de la parole, sédation
        - Ingestion médicamenteuse volontaire a but suicidaire : → majoritairement des BZD mélangée a de l'alcool → troubles de la conscience associé a de l'agitation

B. Les Urgences psychiatriques pures (sans infection somatique sous-jacente !!)

- **Décompensation aigue d'une affection psychiatrique**
    - **Épisode dépressif majeur, épisode maniaque**
    - **Crise d'angoisse aigue**, nosophobie (= crainte d'une maladie), hypocondrie, anxiété avec manifestations physiques prédominantes
        - associé à une dyspnée, tachycardie, frissons, polyurie, accélération du transit intestinal, horripilation cutanée → « chair de poule », maux de tête … → due à une hyperactivité du SNA responsable des symptômes ci-dessus pourvoyeur d'anxiété
    - **Bouffé délirante aigue**, **schizophrénie délirante**, exacerbation d'une psychose chronique

C. Les situations de crise ou de détresse respiratoire

- **Il s'agit d'un trouble de l'adaptation :**
    - **D'ordre réactionnel** : deuil, une perte, des problèmes financiers professionnels ou familiaux
        - On va se retrouver avec qq'un qui ne peut plus s'adapter a son environnement actuel (→ professionnel)
    - **D'ordre relationnel (conflit conjugal, familial) :** ivresse et tentatives de suicide sans trouble organique, ni psychiatrique constitué, trouble du comportement sur la voie publique, état post traumatique immédiat après agression ou accident

2. Examen des tableaux cliniques en fonction de la présentation

A. Agitation

- **La présentation bruyante :** l'urgence est évidente
- **Pathologies organiques et mixtes**
    - **Tableau d'Alcoolisations :** ivresse aigue excito-motrice, délire confuso-onirique (délire subaigu, delirium tremens au-dessus de 39°C, liée à un sevrage alcoolique brutal), syndrome de Korsakoff (associé à une amnésie antérograde), plus rarement encéphalopathies
    - **Tableau d'Intoxications :** LSD, amphétamines, cannabis, stimulants, CO (→ chauffe-eau défectueux …), corticoïdes, antituberculeux (isoniazide +++ qui également un inhibiteur de la MAO)
    - **Causes métaboliques et endocriniennes :** hypoglycémie, acidocétose diabétique, hyperthyroïdie, plus rarement hypo et hypercorticisme, déshydratation, hypoxémie, hypercapnie, hypercalcémie
    - **Causes neurologiques :** hémorragie méningée (brutale), hématomes cérébraux, tumeur, encéphalite, épilepsies

- **Pathologies psychiatriques**
  - **États délirants :**
    - **Bouffée délirante aigue** aussi appelée : « le coup de tonnerre dans un ciel serin »
      - Qu'un qui commence a délirer associé a des hallucinations, organisé en un **délire polymorphe :**
        - Le matin : délire de persécution
        - En début d'après midi : délire mystique
        - En fin d'après midi : délire mégalomaniaque
        - Le soir : délire paranoïde
        - La nuit : délire hallucinatoire
    - **Schizophrénie en phase de réactivation aigue :** relativement stable dans le temps a contrario de la bouffé délirante aigue
    - **Réactivation aigue d'une psychose chronique** *(Si le patient est en rupture de stock de traitement)* dont :
      - psychose hallucinatoire chronique = femme âgée de plus de 50 ans
      - paranoïa: délire de persécution ou la personne finit par persécuter les gens qu'il croit être ses persécuteurs
      - paraphrénie : délire imaginatf, grande fresque cosmique, Relativement Rare
  - **Troubles de l'humeur**
    - **Accès maniaque :** exaltation de l'humeur avec excitation psychomotrice, et souvent un raccourcissement du temps de sommeil (les patients ne ressentent pas la fatigue et épuisent leur entourage)
    - **Dépression anxieuse**
  - **Troubles de la personnalité**
    - **Psychopathies ou personnalité antisociale :** (antécédents de comportements antisociaux, impulsivité, transgressif de la loi, associé à des comportements cruels et une indifférence a la souffrance d'autrui)
    - **Personnalité état-limité ou border-line :** reconnaissable a la présence de scarifications (gens qui s'affligent des blessures, ou ayant des ruptures affectives à répétition avec la même personne)
    - **Personnalité histrionique : théâtralisme** grandiloquent avec de grands gestes associé a des grands cris : « oh mon Dieu je souffre ! »
  - **Troubles Anxieux :**
    - **Attaque de panique :** crise d'angoisse à début brutal
    - **Trouble panique :** attaque de panique à répétition

B. Ralentissement

- **Dépression,**
- **Mélancolie stuporeuse :** la personne se statufie : devient une statue, mimique quasi-innexistante, discours appauvri voire absent → mutisme
- **Forme négative de schizophrénie : hébéphrénie** : les personnes ayant du mal a se faire comprendre et ayant un tel degré de dissociation psychique et des troubles du cours de la pensée, associé une telle désorganisation de la vie psychique que les personnes ont du mal à s'exprimer et vont rester dans leur coin

II. SUICIDE

- Urgence psychiatrique

A. Définitions :

- Le suicide c'est : « le meurtre de soi-même » selon E. Durkheim, ou plus simplement la **volonté de se donner la mort**
- **Tentative de suicide :** acte par lequel un individu met consciemment sa vie en jeu, soit de **manière objective**, soit de **manière symbolique** et **n'aboutissant pas à la mort**
- **Suicidaire :** sujet **manifestant l'intention de se suicider**, soit **verbalement** soit par son **comportement**

- **Suicidant :** sujet qui **a survécu** a une tentative de suicide
- **Suicidé :** sujet **décédé** lors de sa tentative de suicide
- **Conduite suicidaire** : **conduites** par lesquelles le sujet **tente de se donner la mort**
- **Équivalent suicidaire :** comportement qui risque d'aboutir a la mort du sujet sans qu'il en ait forcément conscience
    - Ex : conduite à grande vitesse, alcoolisation brutale, toxicomanie, refus de soins dans une maladie chronique, refus alimentaire

1. Crise suicidaire

Rupture par rapport au comportement habituel de la personne

A. Signes manifestes

- **Expression de la crise psychique**
    - **Désintérêt ou abandon des centres d'intérêt habituels**
    - **Visage triste douloureux ou inexpressif**
    - **Anxiété, irritabilité**
    - **Consomation et un recous inhabituel ou excessif aux médicaments a l'alcool aux drogues**
- **Distorsions congnitives**
    - **Perception et analyse pessimiste généralisée de soi même et du monde :** la personne se projette de manière dramatique dans l'avenir
    - **Impuissance a surmonter ses émotions = overload**
        - **A ne pas confondre avec l'alexithymie : incapacité d'exprimer ses émotions (piège confusion)**
- **Manifestations EXPLICITES d'idées et d'intentions suicidaires**

B. Equivalents suicidaires

- **Conduite a grande vitesse**
- **Alcoolisation brutale**
- **Toxicomanie**
- **Refus de soins dans les maladies chroniques (asthme, diabète, cancer)**
- **Refus alimentaire**
- **Chez l'enfant :**
    - **Certains « accidents » (intoxication accidentelle (boire de l'eau de Javel, traverser la rue sans regarder)**

C. Données épidémiologiques

- **Enjeux majeur de Santé Publique**
- **150 000 TS par an en France**
- **10 000 décès par suicide par an (10% des TS)**
    - **9ème cause de décès en France (toute pop. Confondue)**
    - **2ème cause de décès ches les 15-24 ans**
    - **1ère cause de décès ches les 24-35 ans**
- **Disparités régionales :** Mortalité par suicide élevée dans les régions ou la consommation d'alcool est très élevée, liée au climat, aux habitudes culturelles (Centre, le Nord de la Fr. avec la Bretagne). La qtté d'alcool peut influer sur la mortalité par suicide

D. Moyens

- **Modes de tentative de suicide les plus courants**
    - **Intoxication médicamenteuse volontaire (IMV)** : en général aux anxiolytiques : 70% des TS en milieu urbain
    - **Phlébotomie** : se couper les veines #13ReasonsWhy
    - **Pendaison, défenestration, armes a feu moins courantes** …

- Modes de **suicides accomplis** les plus fréquents
    - **Pendaison** (43% des cas surtout en milieu rural)
    - **Arme a feu** (surtout chez **l'homme**, 23% des cas)
    - **Noyade** (surtout chez la **femme**)
    - **Défenestration**

E. Comparaison entre TS et suicide

- **10% des TS provoquent un décès, (soit un risque de 1/10ème d'accomplissement)**
- Les TS concernent des **:**
    - **Femmes : qui font d'avantage de TS**
    - **de moins de 35 ans, mariés → facteur protecteur de survie,**
    - **forme d'appel à l'aide,**
    - **en milieu urbain +++**
    - **Lié a des troubles de la personnalité**
    - **Moyen : médicaments, phébotomie …**
- Les suicides accomplis concernent des **:**
    - **hommes : ils font d'avantage de suicide accompli**
    - **pop. de plus de 65 ans,**
    - **célibataire ou divorcé ou veuf → actes plus graves menant au décès provoqués par la solitude,**
    - **en milieu rural +++ (agriculteurs …)**
    - **lié a une dépression, schizophrénie et/ou alcoolisme ++**
    - **moyens : armes à feu, pendaison…**

	Tentative de suicide	Suicide accompli
Nombre/an	120 000	12 000
Sexe	Femme	Homme
Âge	Moins de 35 ans	Plus de 60 ans
Etat civil	Marié	Célibataire, divorcé, veuf
Géographie	Milieu urbain	Milieu rural
Pathologie psychiatrique	Trouble de la personalité	Dépréssion, schizophrénie, alcoolisme
Moyen	Médicaments, phébootmie…	Armes a feu, pendaison…

F. Prévention

- Primaire :
    - Sujets ne présentant **sans risque suicidaire**, mais avec des **facteurs de risque** (pb financers, problèmes de couples)
    - Stratégies de dépistage précoce et thérapeutique appropriées
    - Limitation des facteurs de risque et des facteurs de décompensation
- Secondaire
    - Sujets **ayant des idées suicidaires**
    - **Éviter le passage à l'acte** par un mode de prise en charge le plus adapté (via mise en place d'un ttt, et réduction du stress / anxiété)
- Tertiaire
    - Gens ayant réalisé un TS auparavant
    - **Éviter une récidive**

G. Évaluation d'une conduite suicidaire

- **Ne pas banaliser, ne pas dramatiser**
- **Pas obligatoirement lié à une dépression ou à une maladie mentale**
- **Parfois seul moyen d'expression du patient devant une crise douloureuse (conjugale, sociale) : parfois autant une demande d'aide qu'un moyen d'en finir**
- **Pas toujours de relation entre la gravité de la situation et le moyen choisi**
- **Malgré tous les moyens d'évaluation clinique du risque suicidaire, le passage à l'acte reste un acte impulsif**
    - **La prévisibilité n'est pas systématique**

H. Règles RUD

1. **Risque (facteurs de risque)**
2. **Urgence**
3. **Dagner**

1. Risque (facteurs de risque)

- **Facteurs Individuels/personnels**
    - **Antécédents suicidaires personnels et familiaux** à rechercher via entretien
    - **Diagnostic de trouble mental** (troubles affectifs, troubles de la personnalité, psychose), abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues
    - **Estime de soi** : **faible ou fortement ébranlée**
    - **Tempérament et style cognitif de l'individu** (**impulsivité, rigidité de la pensée , colère agressivité → solitude**)
    - **Santé physique** : problèmes de santé physique qui affectent la qualité de vie
- **Facteurs Familiaux**
    - Violence, abus physique, psychologique ou sexuel (→ laissant des traces *ad vitam,* en dégradant l'image de la personne entrainant *in fine* l'apparition de troubles de l'humeur (ex : bipolaires)) dans la vie de l'individu …
- **Événements de vie**
    - **Élément déclencheur** : élément récent qui amène la personne en état de crise
    - **Situation économique** : difficultés économiques, (a payer les factures, l'huissier de justice a déjà pris des meubles…)
    - **Isolement social :** réseau social inexistant ou pauvre, problèmes d'intégration
    - **Séparation ou perte récente :** qui affecte encore le patient
    - **Difficultés dans le développement** : difficultés scolaires ou professionnelles, placement durant l'enfance/adolescence en foyer d'acceuil, en détention
    - **Contagion suite à un suicide** *:* la personne est affectée par un suicide récent
        - **→ suicides mimétiques : « si ma copine du collège veut mourir je veux faire pareil »**
    - **Difficultés avec la loi** (infractions, délits)
    - **Pertes, échecs ou événement humiliants**

2. Urgence

- **Quand le passage a l'acte est imminent (48 a 72h)**

- **Urgence faible :** Personne qui
    - **Désire parler** et est a la **recherche de communication** : cherche des solutions a ses problèmes
    - Pense au suicide mais **n'a pas de scénario suicidaire précis** : pense encore à des moyens et a des stratégies pour faire face a la crise
    - N'est **pas anormalement troublée** mais **psychologiquement souffrante**
    - A établi un **lien de confiance avec un praticien**

- **Urgence moyenne :** personne qui :
  - a un équilibre **émotionnel fragile**
  - envisage le suicide et son **intention est claire**, a **envisagé un scénario suicidaire** mais dont **l'exécution est reportée**
  - Ne voit d'aide et **exprime directement ou indirectement son désarroi**

- **Urgence élevée** : Personne qui
  - **Décidée** : sa plannification est claire et le **passage a l'acte est prévu pour les jours qui viennent**
  - **Coupée de ses émotions** : elle rationalise sa décision ou, au contraire elle est très émotive, agitée ou troublée → phénomène **paradoxal** (toujours se méfier des apparences !)
  - Qui se sent **complètement immobilisée** par la **dépression** ou, au contraire se trouve dans un **état de grande agitation**
  - Dont la **douleur et l'expression de la souffrance** sont **omniprésentes** ou **complètements tues**
  - A un **accès direct et immédiat** **a un moyen de se suicider** : médicaments, armes a feu…
  - A le **sentiment d'avoir tout fait et tout essayé**
  - Est **très isolée** **:** la solitude ça tue +++

3. Danger

- **Niveau de souffrance** (déséspoir, repli sur soi, isolement relationnel, dévalorisation ou culpabilité)
- **Degré d'intentionnalité** (ruminations, plan, scénario)
- **Elements d'impulsivité** (tension psychique, instabilité comportementale, agitation, ATCD de passage a l'acte…)
- **Eventuel élément précipitant :** conflit, échec (mauvaise note, …), rupture, perte (décès d'un priche …) …
- **Présence de moyens létax a disposition :** armes, médicaments …
- **Qualité du soutien de l'entourage proche**

III. Principes de la sectorisation

A. Secteur psychiatrique adulte

- Mis en place par la circulaire de mars 1960 [ministère de la santé publique, 1960] constitue l'unité de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique
- **Développer la prise en charge psychiatrique « hors des murs »**
- Equipe publique de santé mentale de proximité définie en focntion de **l'adresse du patient** (pas de libre choix du lieu de soins en cas d'hospitalisation sous contrainte)
- 815 secteurs de psychiatrie générale
- Population de 70 000 personnes

Sémio psy :
ED n°2

I. Sémio dépression / Exaltation

1. Dépression

Introduction

Humeur ou thymie : « *disposition affective fondamentale qui donne a chacun des états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les 2 pôles extrêmes du plaisir et de la douleur : J Delay* »

= État dynamique – dont les variations sont physiologiques et **progressives**
Moins sensibles

Troubles de l'humeur : fixation de l'humeur dans un état extrême
tristesse et douleur morale : dépression
Euphorie : exaltation
Pathologie rupture avec l'état antérieur

Dépression : trépied sémio :

1) Humeur dépressive
niveau émotionnel

- Tristesse pathologique cste indép des évènements a prédominance matinale
- Douleur morale
- Hypoesthésie affective anesthésie affects abrasées restreints
- Diminution ou absence de plaisir (anhédonie) ou de l'intérêt pour les activités habituelles
- Athymhormie = perte de l'élan mental
- Conscience douloureuse dépressive du trouble

Niveau cognitif

- **Modif du contenu de la pensé**
  - Le passé ;reconstruction négative du passé
  - Le présent : culpabilité exagéré autodépréciation baisse de l'estime de soi
  - L'avenir pessimisme sensation d'avenir bouché
  - A l'extrême indignité incurabilité culpabilité
- Idéations suicidaires
  - Idées noires, idées suicidaires, projets suicidaires

2) ralentissement psychomoteur

Modif du cours de la pensée

- Bradypsychie = mal a trouver leurs mots
- Bradyphémie
- ton monocorde
- ruminations négatives
- altérations cognitives
  - trouble de la concentration hypoprosexie de l'attention et de la mémoire

- **troubles exécutifs**
    - aboulie apragmatisme indécision
- présentation générale : attitude figé
- visage peu expressif hypomimie, amimie
- bradykinésie : rareté des mvmts, lenteur de marche
- incurie repli social clinophilie
    - + /- agitation psycho-motrice = 10%

3) signes physiques associés

- Asthénie a recrudescence matinale
- Troubles du sommeil insomnies hypersominie rare (10% des cas)
- Troubles de l'alimentation anorexie assoicié ou non à une perte de poids / hyperphagie plus rere avec prise de poids
- Troubles de la sexualité
- Autres signes
    - Céphalées …

Vidéo dépression :

- mal a parler : tonalité faible, monocorde
- visage avec expression renfrognée
- soucis +++ (financier, affectif)
- tristesse et douleur morale
- négativité
- **scénario catastophe : se retouver sans argent …**
- affect : inquiétude lié aux proches :mari …
- perte de la confiance en soi « je ne serais pas a la hauteur »
- avenir : non optimiste, pessimisme, +++ (financer, santé)
- sentiment de porter tout le poids du monde
- tourné dans un cercle vicieux → de la dépression
- pendant les 15 derniers jours pré-hospi : immobilité → bradykinésie
- troubles du sommeil +++ tristesste matinale a prédominance matinale
- idées suicidaires sans projet suicidaire
- ttt : anafranil éq de l'imipramine = BZD

Correction :

Ici le ralentissement psychomoteur prédomine :

- bradykinésie,
- hypomimie
- clinophile → embolie pulmo d'ou l'O2 nasal
- ton monocorde
- bradyphémie :trouble de l'élocution caractérisé par un rythme très ralenti

- humeur dépréssive, culpabilité exagréré, exacerbée, pessimime, anxiété fixé sur le passée, idées noires mais pas d'idées sucicidaires actives … → cortège dépréssif
-aboulie +++ = incapacité d'agir, perte de l'initiation motrice
-anhédonie= absence de plaisir (par rapport a ses vacances)
- incurie ++ = elle ne prend plus soin d'elle (cheveux non soignées …)
- asthénie
- caractéristiques délirantes avec un thématique de ruine financère : visible chez les mélancoliques

2. Exaltation

Trépied sémio :

- **humeur exaltée**
- **accélération psychomotrice**
- **signes physiques associées :insomnie sans fatigue, hyperphagie, hypersexualité**

1) humeur exaltée

- euphorie, joie pathologique → hyperthymie
- hypoesthésie affective hyperréactivité émotionnelle
- labilité émotionnelle → hypersyntonie (hypersensibilité au contexte)
- hyperhédonie
- Anosognosie du trouble
- Présentation : extravagance, impudeur débraillée

Modification du contenu de la pensée

- Augmentation de l'estime de soi idées de grandeur, mégalomanie
- Familiarité → tutoiement
- Désinhibition →allusions sexuels

2) accélération psychomotrice

- Tachypsychie accélération du cours de la pensée
- Tachyphémie
- Logorrhée (parle bcp) voire graphorrhée (écrit bcp)
- Relâchement des association avec fuite des idées et coqs a l'âne
- Distractibilité
- Ludisme jeux de mots automatismes verbaux (slogans, récitations, proverbes), associations par assonance
- Extravagance
- Excitation agitation motrice souvent stérile
- Augmentation des activités a but dirigée
- Conduite a risque achats inconsidérés, rapports sexuels non protégés, conduite automobile dangereuse

3) signes physique associés

- Hyperphagie ou anorexie
- Potomanie, dipsomanie ou au contraire déshydratation
- Invulnérabilité au froid
- Insomnie rebelle sans fatigue
- Hypersexualité avec relâchement de la censure et de l'éthique

Fonctions instinctuelles :

- sommeil,
- appétit,
- libido

Vidéo Manie - Exaltation

- logorrhée +++ (raconte sa vie)
- coqs a l'âne (change de sujet)
- labilité émotionnelle (passe rapidement de la joie à la tristesse)
- extravagance +++/ Augmentation de l'estime de soi idées de grandeur, mégalomanie
- Ludisme jeux de mots automatismes verbaux

- Potomanie

Correction :

- coqs a l'âne (change de sujet) avec fuite des idées
- associations par assonance
- hypersensibilité → hyperesthésie affective + hypersyntonie
- hypertrophie du moi → impression d'être omniscient, mémoire photographique, jalousie de la part des autres
- hypersensorialité (obs. couleurs vives, ouïe développé…)
- familiarité, désinhibée
- jeux de mots → ludisme
- Hyperactivité
- Paranoïa, thématique persécutive,interprétative … (non classique)

Sémio psy :
ED n°3

I. Troubles du comportement alimentaire

DP 1 : Anorexie mentale

- Lili Rose, 17 ans au service d'acceuil des urgences
- Malaise sans perte de connaissance pendant le cours de sport
- Inquiète de manquer l'école, Très peur de rater son bac
- Elle n'a pas pris son ptit déj ce matin, dit qu'elle est une petite mangeuse et végétarienne (car son organisme ne digère pas bien)
- A arrêté l'équitation car il fait trop froid dehors (modification corporelles de température), mais continue le piano au conservatoire
- Les parents arrivent aux urg en disant que le fille a bcp maigri mais grandi aussi, son prof d'équitation aurait conseillé de perdre des kilos
- La mère dit que sa fille ne participe plus au diner depuis 6 mois et préfère faire du asthanga yoga
- Le père a du mal à suivre car lui même impacté par un épisode dépressif

Analyse du DP1

- Adolescente = mineure
- Malaise sans pc/ n'a pas déjeuné le matin = hypoglycémie ?
- Profil : bonne élève équitation, conservatoire (milieu socio-eco élevé)
- Hyperinvestissement des activités et scolarité
- Éléments récents
    - Arrêt des activités : frilosité +++ asthénie
    - Anxiété anticipatoire (école +conservatoire)
    - Changement de régime alimentaire en faveur d'une restriction= plus de petit déj/ arrêt de la viande justifié avec des rationalisation morbides
- **…**

QCS 1) quel diagnostic évoquez-vous concernant la situation de Lili Rose ?

A. Un trouble bipolaire en phase hypomaniaque
B. Une maltraitance parentale par négligence
C. Un trouble oppositionnel avec provocation
D. Un épisode caractérisé d'intentions modérées
E. Un trouble du comportement alimentaire
    - **Explications : triade symptomatique de l'anorexie mentale : anorexie, amaigrissement et aménorhée**
    - 2 types d'anorexie :
        - Anorexie mentale restrictive
        - Ou anorexie mixte : avec accès hyperphagiques/purgatifs = anorexie mentale avec conduites de « binge-eating » et purge + crises d'hyperphagie et/ou vomissements provoquées et/ou comportements purgatifs
    - Signes cliniques : phanères abimés, lanugo, organisme tournant au ralenti → bradycardie, troubles électrolytiques (hypoNa, HypoCa …) , hypotensions tolérés, Insuffisance rénale, hépatique et pancréatique, aménorrhée et réduction de la libido et ostéoporose dans les cas les plus graves +++

QCM 2) vous retenez un diag de trouble de comportement alimentaire parmi les examens complémentaires suivants lequel (lesquels) réalisez-vous aux urgences

A. **Un ionogramme sanguin, une glycéme, NFS, bilan hépatique**
B. Ostéodensitométrie osseuse
C. Ionogramme sanguin, FSH, et LH, glycémie, bilan hépatique
D. …
E. …

QCM3 : Lili rose pèse 42 kg, pour 175 cm. En regardant son carnet de santé vous vous apercevez qu'elle pesait 55kg, il y a 3 mois

- Calculez IMC actuel : 13,7 < 18,5 (dépend de l'âge et du sexe)
- Calculer : Perte de poids estimé : 20 % en 3 mois
- Ccl (critères d'hospitalisation ?) : IMC bas, perte de poids = critères d'hospitalisation +++
    - **Signes cliniques critères d'hospitalisation anorexie mentale**
    - organiques :
        - Perte de poids ≥ 20% du poids corporel en 3 mois
        - Refus de boire / aphagie totale
        - Lipothymies/ malaise d'allure orthostatique
        - Bradycardies < 40/min
        - HypoTA < 90/60 mmHg
        - Hypothermie < 35°C
        - Signes de déshydratation
        - Anomalies a l'ECG
        - hypoK+ : < 3mEQ/L
        - Hypophosporémie < 0 ?5 mmol/L
        - Insuffisance Rénale
    - Critères psy :
        - TS/ idéations suicidaires
        - Troubles psy associés ; prise de toxique, EDM, TOC sévère
        - Conduites de purge (vomissements, laxatifs diurétiques)
    - Critères environnementaux
        - Isolement social sévère
        - Indisponibilité de l'entourage
        - Épuisement familial

QCM 4) concernant la prise en charge de Lili Rose :

A. La renutrition doit être réalisé le plis rapide possible tout en surveillant les complications de la renutrition
B. **Vous établissez un contrat de poids**
C. Une psychothérapie individuelle d'une durée de 6 mois est suffisante
D. **Il y a une indication a une thérapie familiale**
E. **Une nutrition entérale est parfois nécessaire lors de la phase de renutrition**
    - **Contexte psycho de l'anorexie mentale:**
        - Déni de la gravité des troubles
        - Sentiment de bien-ê et de triomphe, lutte euphorisante contre la sensation de faim
        - Besoin de maîtrise du corps
        - Désir éperdu de mincir et peur de grossir
            - Devenant une part croissante de l'activité mentale
        - Isolement relationnel
        - Dépendance relationnelle : relations avec les parents marquées par l'emprise/ conflits avec les parents contribuant a l'auto-renforcement de la conduite
        - Sexualité désinvestie
        - Hyperinvestimment scolaire/ intellectualisme/ performance
        - Faiblesse de l'estime de soi
    - **Principes de traitement** :

- PEC multidisciplinaire, somatique, psychologique dans la durée +++
- Objectifs multiples : renutrition, soutien psycho, PEC et soutien familial
- Hospitalisation : si danger vital
- Contrat de poids : objet de médiation utile permettant de mobiliser les positions du patient et de son entourage
- Psychotropes selon comorbidités en tout cas APRES LA RENUTRITION (aucune efficacité en cas de nutrition)
- Psychothérapies +++ : de soutien, analytique, psychodrame, cognitivo-comportementale
- Famille : groupe de parole, thérapie familiale

Suite du DP1 :

- Tableau d'anorexie restrictive s'améliore
- Mais ses relations avec les autres ados sont difficiles
- Successivement proche de plusieurs autres ados qu'elle idéalise avant de les rejeter avec colère
- Lassitude envers ses pairs
- Est successivement en couple avec garçons et filles se
- Variations d'humeur associées a des angoisses
- Peut s'isoler dans sa chambre et se sacrifier
- Tout en se sentant vide
- Free party ; LSA MDMA, cigarette → conduites à risque

Analyse de l'énoncé :

- Idéation excessive et dévalorisation
- Impulsivité colères intenses et inappropriés
- Trouble de l'identité
- Réactivité marquée de l'humeur → instabilité affective
- Anxiété
- Répétition des automatismes …

QCM 5) vous suspectez un trouble de la personnalité associé a son trouble du comportement alimentaire a ce sujet :

A. Vous pensez à un trouble de personnalité histrionique
B. Vous pensez a un trouble de la personnalité border line
C. Présenter un trouble de la personnalité est associé a un risque accru de troubles psychiatriques
D. En cas de maladie psychique avoir un trouble de la personnalité aggrave le pronostic
E. Les troubles de la personnalité ne se diagnostiquant jamais avant l'âge de 18 ans

Trouble de la personnalité et TCA :

- **Trouble de personnalité obsessionnelle (anorexie)**
- **Trouble de perso border line (état limite/ anorexie boulimie)**
  - Efforts effrénés pour éviter les abandons réels
  - Mode de relations interpersonnels instables et intenses
  - Perturbation de l'identité
  - Impulsivité dans au moins 2 domaines → potentiellement dommageable pr le sujet (dépenses, sexualité, toxicomanie …)
  - Répétition de comportements, gestes ou menaces suicidaires
  - Instabilité affecter due a une réactivité marquée de l'humeur
  - Sentiments chroniques de vide
  - Colères intenses inappropriées
- **Trouble de perso évitante**

Sont les troubles de la perso les + fréquement retrouvées chez les TCA (52% 2017 méta analyse
Diagnostic possible < 18 ans
Trouble de perso = FdR de patho psychiatriques

Documentaire : « anorexie boulimie quand les kilos deviennent une obsession » :
https://www.youtube.com/watch?v=DkF2AmEYcQw
Karine : TCA avec anorexie,
0 a 7 min
Malika : TCA boulimie, purgative