

CLASSIFICATION DES TROUBLES MENTAUX

"Troubles mentaux" plutôt que "maladies" car pas de définition parfaite de l'étiologie ou de la φ-pathologie

• Définitions

SIGNE = observation clinique "objective"

SYMPTÔME = expérience "subjective" décrite par le patient

SYNDROME = ensemble de signes et symptômes formant un **ensemble** reconnaissable

SEM(É)IOLOGIE = science du recueil des **signes et symptômes** d'une maladie

NOSOLOGIE = science des critères de **classification** des maladies (nosographie)

• Un dg de trouble mental se pose sur 4 éléments :

1. Sémiologie compatible (signes, spt et syndromes)
2. Temporalité = **RUPTURE AVEC L'ETAT ANTÉRIEUR +++ OU DURÉE SUFFISANTE D'ÉVOLUTION**
3. **Retentissement fonctionnel ou Ψ-social (souffrance Ψ, altération de la qualité de vie, handicap physique)**
4. Éliminer un dg ≠ : autre trouble Ψ / toxique (intox ou sevrage) / ou pathologie médicale non Ψ (dite "organique")
+ toujours évaluer les **COMORBIDITÉS +++ (addictives notamment)** et le **RISQUE SUICIDAIRE +++**

• Catégories principales de troubles mentaux ... :

Tb. du NEURO-DÉVELOPPEMENT	1. Trouble du spectre autistique 2. Trouble déficit d'attention / hyperactivité (THADA) 3. Troubles spécifiques des apprentissages 4. Déficience intellectuelle	
Tb. PSYCHOTIQUES	perte des limites du moi et altération marquée de l'appréhension de la réalité	- Schizophrénie (1,5%) - Tb. délirants persistants (= délire chronique non schizophrénique)
Tb. de l'HUMEUR	perturbation de l'humeur	- Tb. dépressif (10%) - Tb. maniaque - Tb. bipolaire (1,5%)
Tb. ANXIEUX	anxiété sans altération de l'appréhension de la réalité	- Tb. phobiques (15%) - Tb. anxiété généralisée (8%) - Tb. panique - Tb. obsessionnel compulsif (TOC) - Stress post-traumatique (PTSD) - Tb. de l'adaptation
Tb. SOMATOFORMES	spt physiques faisant évoquer une pathologie non Ψ (ou affection médicale générale) mais ne pouvant s'expliquer complètement par une pathologie non Ψ	- Tb. somatisation - Tb. de conversion - Tb. douloureux - Hypochondrie - Dysmorphophobie
Tb. DISSOCIATIFS	perturbation des fonctions normalement intégrées (conscience, mémoire, identité ou perception de l'environnement)	- Schizophrénie (1,5%)
ADDICTIONS	impossibilité répétée de contrôler un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives	- Dépendance à l'alcool (10%) - Autres addictions (Q5 chapitre X)

• ...entrant dans 2 grands systèmes de classifications, DSM et CIM :

<p>DIAGNOSTIC & STATISTICAL MANUAL = DSM-IV-TR <i>(et plus controversé DSM-5)</i></p> <p>DÉFINI PAR L'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA)</p>	<p><i>référence en pratique clinique et en recherche clinique</i></p>	<p>Axe I : Tb. majeurs cliniques (= quasi-totalité des troubles Ψ regroupés dans l'axe I) Axe II : Tb. de la personnalité et retard mental Axe III : Aspects médicaux ponctuels et tb. physiques Axe IV : Facteurs Ψ-sociaux et environnementaux Axe V : Fonctionnement global (mesuré par échelle d'évaluation globale du fonctionnement)</p>
<p>CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES = CIM 10 (vers CIM 11)</p> <p>DÉFINIE PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)</p>	<p><i>référence pour la cotation des actes dans les hôpitaux</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ① Tb. mentaux organiques, y compris tb. symptomatiques (démences, délirium, hallucinations...) ② Tb. mentaux et du cpt liés aux substances Ψ-actives (alcool, opiacés, cannabis, cocaïne...) ③ Schizophrénie, tb. schizotypiques et délirants ④ Tb. de l'humeur (affectifs) (dépression, manie, hypomanie, tb. bipolaire) ⑤ Tb. "névrotiques" (<i>terme abandonné</i>), liés à des facteurs de stress et somatoformes ⑥ Sd comportementaux associés à des perturbations φ et à des facteurs physiques (sommeil, sexe, alimentation) ⑦ Tb. de la personnalité et du comportement chez l'adulte ⑧ Retard mental ⑨ Tb. du développement psychologique (dont Tb. envahissants du développement = autisme...) ⑩ Tb. du comportement et émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence ⑪ Tb. mental, sans autre indication

PSYCHOTROPES

1. Psycholeptiques = sédatifs

1 NEUROLEPTIQUES

= anti-psychotiques

bloquent les récepteurs dopaminergiques et sérotoninergiques



2002, 2010

indications	<ul style="list-style-type: none"> Psychoses aiguës : BDA délires chroniques : Schizophrénie, paranoïaque - PHC - paraphrénie troubles de l'humeur : manie ou mélancolie délirante, anxiété Etat d'agitation ou d'agressivité Etat confuso-onirique (DT), mouvements anormaux, douleurs intenses, nausées (CT) 	
	<p>NL dits "atypiques" : les + prescrits avec effet désinhibiteur pour certains (= anti-déficitaires), efficacité et efficacité</p>	
exemples		<p>NL dits "classiques"</p>
anti délirants = anti-productifs	<ul style="list-style-type: none"> - ZYPREXA® (Olanzapine) 10 - 20 mg - RISPERDAL® (rispéridone) - SOLIAN®, ABILIFY®, SEROQUEL® ± LEAPONEX® en 3^e intention : efficace ++, mais risque d'agranulocytose ☐ surv NFS /sem (carnet) 	<ul style="list-style-type: none"> - LARGACTIL® (chlorpromazine) - TERCIAN® (cyamémazine) - NOZINAN® (lévomépromazine) - LOXAPAC® (Loxapine) 100 mg IM ++
		sédatifs = anti-agitation
Cl (relatives)	<ul style="list-style-type: none"> - HBP, GFA troubles cœur - ATCD de syndrome malin des NL ++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Parkinson, épilepsie, myasthénie - IC - IR - IH - IRsep - γ, allaitement - diab
Bilan pré-ttt	<p>ECG, iono, NFP, BHC, [pd - GAS - EAL]</p> <p>HCG nulle, créat</p>	<p>puis (pd + GAS + EAL) à 3 mois puis / an</p>
effets II ^R fréquents +++	<p>① Neurologiques extra-pyramidaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> Dyskinésies ++ Sd parkinsonien <ul style="list-style-type: none"> tardives (qqs mois) Sd hyperkinétique ☐ βθ Dystonies : trismus, torticolis, regard plafonnant <p>→ correcteur anticholinergique (LEPTICUR®) +++ IM</p>	<p>② Syndrome métabolique :</p> <ul style="list-style-type: none"> HTA, prise de poids, hypercholestérolémie PRL : gynécomastie, aménorrhée, libido
💀	<p>③ Ψ : sd d'indifférence Ψ-M, dépression, confusion, sédation</p> <p>anticholinergiques (QS) ☐ Sulfarlem®</p> <p>+ hypotension orthostatique ☐ HeptAmyl®</p> <p>+ Troubles de la conduction cœur (↑ QT) : risque de torsade de pointe</p> <p>et effets II communs à tous les Ψ tropes : ↑ poids, tb. libido, tb. vigilance, tb. sommeil + sd sevrage</p>	<p>④ Syndrome malin des neuroleptiques (rare mais gravissime) :</p> <p>Fièvre 40°, sueurs, déshydratation, hypotension, FC</p> <p>Sd extra-pyramidal ▲, contractures musculaires, convulsions, rhabdomyolyse, ↑ CPK (20-30%)</p> <p>U - Réa : ↓ NL ++, IOT - VM, réhydratation & RHE</p> <p>DANTRIUM® ou Bromocriptine (agoniste dopa) = myorelaxants</p> <p>Surveillance T° ++</p> <p>⇒ ↓ des NL si fièvre + CPK, leucocytes</p> <p>Ci du NL à vie +++</p>

1 épisode → HT ≥ 7 ans
≥ 5 ans

progressive, menu ≥ 1 an portif

autre dans

② ANXIOLYTIQUES

= anti-névroses ("tranquillisants")

⇒ neurotransmission GABAergique (↓ excitabilité des C)



RS
Lamotrigine
pro

indications	<ul style="list-style-type: none"> Anxiétés +++ (névrotiques) : attaque de panique / trouble panique, crise d'angoisse aiguë, TAG.. Sevrages (alcool, opiacés, cocaïne et autres drogues) Insomnies (effet hypnotique) Crises convulsives (effet anti-convulsivant), anesthésie (myorelaxant) 						
	AL non-BZD	<ul style="list-style-type: none"> - ATARAX® (anti-H1) [Ø dépendance physique !] = hydroxyzine - βΘ pour l'anxiété anticipatoire (examens) - BUSPAR® (buspirone) Ø dépendance 					
exemples	Benzodiazépines (BZD) +++	<ul style="list-style-type: none"> - XANAX® (Alprazolam), SERESTA® (Oxazépam) - LEXOMIL® (Bromazépam) - LYSANXIA® (Prazépam) - TEMESTA® (Lorazépam) 	½ vie courte (20-30)				
		<ul style="list-style-type: none"> - VALIUM® (Diazépam) - TRANXENE® (Clorazepate) 	½ vie intermédiaire				
			½ vie longue				
5 propriétés	anxiolytique, hypnotique (sédatif), anticonvulsivant, myorelaxant, amnésiant						
CI absolues	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance respiratoire sévère / asthme / SAS - IHC Myasthénie (γ, allaitement) • allergie, ATCD réaction paradoxale IHC - IR sévère, ATCD toxicomanie - Alcool, conduite automobile déconseillés 						
relatives	<ol style="list-style-type: none"> Dépression respiratoire si IRC +++ // perte de mémoire // acte automatique amnésique ↓ vigilance, somnolence (potentialisée par l'alcool), amnésie + réaction paradoxale (agitation, agressivité), tb. comportement INTOXICATION AIGUË aux BZD (QS) : coma calme hypotonique, tb. respi <p>par effet désinhibiteur p839</p>						
effets IIR des BZD	<p>⚠️ intox. aiguë aux carbamates : coma calme hypotonique, hypothermie + hypotension profonde +++ (choc)</p> <ol style="list-style-type: none"> Pharmacodépendance +++ et rebond à l'arrêt Syndrome de sevrage (2 à 12 j après ↓, ↓ spontanée en 15 j) : <ul style="list-style-type: none"> = agitation, insomnie, angoisse, tremblements, sueurs, tachycardie, confusion, convulsions / état comitial <p>→ ttt symptomatique & réintroduction des BZD</p>						
Règles de prescription	<p>Prescription à durée limitée :</p> <table border="1"> <tr> <td>⚠️ anxiolytique : 4 - 12 semaines</td> <td>3 mois</td> </tr> <tr> <td>⚠️ hypnotique : 2 - 4 semaines</td> <td>1 mois</td> </tr> </table> <p>Débuter par posologie faible (efficace très vite) ⇒ recherche DME ++</p>			⚠️ anxiolytique : 4 - 12 semaines	3 mois	⚠️ hypnotique : 2 - 4 semaines	1 mois
⚠️ anxiolytique : 4 - 12 semaines	3 mois						
⚠️ hypnotique : 2 - 4 semaines	1 mois						
	<p>⚠️</p> <p>Jamais d'arrêt brutal +++</p> <p>⚠️ aux associations médic., aux terrains à risque (alcoolique, âgé, IHC...)</p>						

③ HYPNOTIQUES

= somnifères

cf. tableau des anxiolytiques

STILNOX® 10 mg/j, IMOVANE® 7,5 mg au coucher, NOCTAMID® (Lormetazepam)
(zolpidem) < (zopiclone)

CI: γ-allat. cisano. IR-IR-H-magn. - allergie

Max 4 semaines, non renouvelable !

de dépendance..

2. Psycho-analeptiques = stimulants



1

ANTIDÉPRESSEURS

= stimulants de l'humeur

▷ ↑ [amines] intrasynaptiques : Noradrénaline, Sérotonine (Dopamine)

indications	<ul style="list-style-type: none"> syndrome dépressif +++ (mélancolie, MMD unipolaire...) troubles anxieux : trouble panique, TAG, TOC, phobies douleurs neurogènes (R), action anti-impulsive des IRS (boulimie, personnalités de type B) 		
ou IMAO / 2008	AD tricycliques (AD3C) <small>(Inhibition de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline)</small>	IRSNA <small>(Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline)</small>	IRS <small>(Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine)</small>
exemples	<ul style="list-style-type: none"> - ANAFRANIL® (Clomipramine) <small>[autorisé pdt γ] - progressive doses de 25 à 150 mg/j</small> - LAROXYL® (amitriptyline) 	<ul style="list-style-type: none"> - EFFEXOR® (Venlafaxine) 	<ul style="list-style-type: none"> - DEROXAT® (Paroxétine) - PROZAC® (Fluoxétine) - SEROPRAM®, SEROPLEX®
CI	<p>CI : HBP, GFA, troubles ❤ <small>+ allaitement, allergie, IMAO</small></p>	<ul style="list-style-type: none"> * CI relatives : IR, IH (adaptation) γ - allaitement (discuté mais recul suffisant en pratique) absolue = association IMAO 	
effets II ^R	<ul style="list-style-type: none"> Cardio-vasculaires : TDC ❤ +++ : ↑ QRS +++ <small>= TdC intra-ventriculaire, ↑ PR, BAV</small> ↳ et risques de TDR ventriculaires +++ : ❤ <small>TV / FV, Torsade de pointe, ESV, ↑ subite</small> <small>↑ QT : effet stabilisant de mb. "quinidine-like" ○ risque de torsade de pointe, TV, tachycardie, hypotension / choc ++</small> Anticholinergiques : RAU, mydriase +++ <small>(d'où CI si HBP et GFA) et tb. de l'accommodation, sécheresse buccale, constipation, confusion, hyperthermie</small> <small>Neuro : convulsions, Sd Δ, coma, agitation, dépression respiratoire</small> 	<ul style="list-style-type: none"> * digestifs : tout * INHIBITEUR ENZYMATIQUE ⇒ adaptation médic. (AW) * TDC ❤ : ↑ QT (ECG) * neuro-Ψ : dyskinésies, tremblements, <small>hypertonie</small>, <small>épilepsie</small> 	
vigilance	<p>Intoxication aiguë aux AD3C (cf. spt ci-dessus)</p> <p>→ H° Réa en U - scope / ECG - LVAS - SNG</p> <ol style="list-style-type: none"> Intubation + VM immédiate si Glasgow ≤ 7 Bicarbonate ou LACTATE de sodium molaire <small>IVD si anomalie ECG (↑ QRS) ↔ affinement du QRS</small> Remplissage vasculaire et RHE ± drogues vaso-actives + supplémentation K⁺ si NaCO₃ ttt épurateur : lavage gastrique + charbon activé PO <small>car persiste ↔ 24H dans l'estomac</small> hors trouble de la conscience non intubé, caustiques/ moussants /hydrocarbures, délai > 1H 	<p>Sd sérotoninergique AW</p> <p>(tableau ressemblant au Sd malin des NL)</p> <p>Fièvre 40° (↔ hyperthermie maligne), sueurs, frissons ("sepsis-like") Sd Δ, tremblements, dyskinésies, myoclonies, trismus / contractures ↔ rhabdomyolyse, IRA, ↑ confusion / tb. conscience, manie, agitation: hypotension ○ classique sd confusionnel du sujet âgé sous IRS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • libido (Δ déprimé en cause?) • HTA • Na (SADH)
Règles de prescription	<ul style="list-style-type: none"> toujours ↑ progressive posologie: 25 → 150 mg/j - PO ou IV délai d'action 2-3 semaines durée ttt = 6 mois, puis ↑ progressive dosage imipramine sérique & liq. gastrique si surdosage ou R au ttt 	<ul style="list-style-type: none"> 1 à 2 cp/j : dose efficace atteinte très rapidement délai d'action 2-4 semaines 0 dosage nécessaire 	
Bilan pré-ttt	<ul style="list-style-type: none"> clinique: TR → adénome prostate, ex. ophtalmo → AIC ECG, TA ± bilan hépatique, rénal, β HCG 		ECG, TA, bilan

2

NOO-ANALEPTIQUES

= stimulation de la vigilance [↑ libération catécholamines] : **amphétamines**

et **Ψ stimulants** = défatigants (caféine, vitamine C)

Méthylphénidate = inhibe recapture Dopa

ordre sécurisé / délivré (H) / max 1 an renouvelable // pas changeable ptt

libérat immédia ou prolongée / HcLa occultante

prétt → TA, poix, ECG, TSH

Antidépresseur

1^{er} épisode → 6 mois
 ≥ 2^e → 2⁴ ^{aggravation})

30% résistance

→ modif poso
 (H) → régul humain

Δ d'associat 2 antidép !!

IMAO = moclobémide Δ sd neutro !!, hypo TA arté, t sex
 antagoniste α2adré = mirtazapine, miansépine
 Δ Poids, memo, hémosto

agoniste mélatonine = agomélatine Δ P, hep, sex

(IRS) paroxétine, citalopram, fluvoxamine
 fluoxétine, escitalopram, sertraline

3. THYMORÉGULATEURS

= stabilisateurs de l'humeur



indications

- Prévention des rechutes dépressives ou maniaques de la MMD uni- ou bi-polaire
- ttt curatif de l'accès maniaque
- anti-épileptique (épilepsie partielle ++), ttt névralgie du V : **TEGRETOL®**

1 SELS DE LITHIUM +++

TERALITHE® = Carbonate de lithium = "Thymorégulateur historique"

1/2 vie 30h, excrétion rénale

Cl
Abstinent

0-
Bilan
pré-ttt
+++++

- γ, allaitement +++ (TÉRATOGENE malformations cœur +++)
- IC malable ou céphalées révélée IR < 85
- hypNa⁺, dysK⁺ régime sans sel - diurétiques, laxatifs, DEC - AINS, IEC, ARA2 = P[Li]
- hypothyroïdie, épilepsie, HTA, TDR + interactions médicamenteuses (P[Li] et [IR])

cortico, manutol = b[Li]

P[Li] et [IR]

- β HCG + prescription de contraception orale +++
- TSH
- ECG, TA
- rénal : iono, urée, créat DFG + BU

NFP, glycémie, Ca²⁺

EEG - DM ATCD

convulsions
épilepsie

Règles de
prescription

- ttt initié en H° : TÉRALITHE (250 ou LP 400)
- LITHIÉMIE +++ à chaque changement / 5j → équilibre : Lithiémie efficace à 12h
- créatinine et TSH / 6 mois [Ca, ECG/ann]
- EDUCATION +++ patient & famille : Contraception orale obligatoire +++

0,5 - 0,8 mEq/L → LI

0,8 - 1,2 mEq/L → LP

puis surveillance
régulière
/mois x 3
puis /6 mois

Ø régime désodé, diurétiques ni laxatifs, Ø auto-médication - Carte - Cs en U si fièvre ou signes intox.

effets II^R

effets II^R
cystathione < 0,4

- tremblements ++, ↑ poids ++, hypothyroïdie, dig, SPUPD (diabète insipide néphrogénique), GETT
- Intoxication aiguë au lithium (surdosage) Pla, hyperparat, acné, P_{ao}, t_r sommeil [TDC, TDR, t_{max}], RGB, Sibeline etc
- tb. digestifs : nausées / vomissements, diarrhées, soif (SPUPD)
- signes cérébelleux : vertiges, ataxie, céphalées, asthénie, tremblements amples extrémités, nystagmus
- confusion à la phase d'état, convulsions → coma - hypoTA, TDR... / halluc / TO
- H° Réa en U + ttt spt : ↓ du lithium - RHE - IOT + VM si coma (G < 7)

⇒ Δ surdosage
déshydratation
IR

dosage de la lithiémie → diurèse osmotique voire EER si lithiémie > 3 mmol/L

Δ surdosage
déshydratation
IR

Δ surdosage
déshydratation
IR

2 TÉGRÉTOL® (Carbamazépine)

Cl

- γ (Tératogène : tube neural) +++ - troubles cœur (BAV) - HBP, GFA - IHC sévère - allergie, ATCD aplasie myéloïde

Bilan pré-ttt

- β HCG + prescription de contraception orale +++ , ECG, iono, urée, créat, BHC, NFP

Surveillance

- ↑ progressive des doses
- TÉGRÉTOLÉMIE +++ efficace (400 - 800 mg/j ou 600-1200 mg/j)
- NFS plaquettes, BHC / 6 mois

effets II^R

- hémato : Pancytopénie +++ + INDUCEUR ENZYMATIQUE +++ ⇒ adaptation doses
- Hépatite médicamenteuse (cytolyse), neuroψ (cérébelleux), anticholinergique

DÉPAMIDE® (Valpromide) - DÉPAKOTE® (Valproate) + + + +

⇒ CI & en age de procréer
= les plus prescrits +++++++

2 g/j en curatif (préventif 1 à 2 g/j)

Lomotrigine

⚠ foie (hépatite cytolytique médicamenteuse) ⇒ surveillance bilan hépatique



4 Nouveaux antipsychotiques

(I^oG)

- Abilify®, Zyprexa®, Risperdal®, Seroquel® (OS p 132)

Olanzapine Risperidon

Quetiapine

BZD

cliniq (anxi, somme)

compte [Alprazolam Xanax] au 010-30'
Oxazepam Seresta

Bromazepam Lexomil

Prazepam

et Lorazepam Temesta

Diazepam Valium

Clorazepam

Clonazepam

Clobazepam

Estazolam

Temazepam

= anti-psychotiq

Neuroleptiq

NFP - iono - ren - hep
pGAS EAL - TA
ECG HCG - PRL

1^{er}G = cliniq = typiq

Chlorpromazine Largactil

Cyamémazine Tercian

Levomépromazine Norinan

Loxapine LOXAPAC

Haloperidol Haldol

2^{er}G = atypiq

Arisulpride Solian

Aripiprazole Ability

Quetiapine Seroquel

Clozapine Leponex Δ si echec de 1^{er}G

Olanzapine Zyprexa

Risperidone RISPERDAL

ADBE

ren - hep
ECG, EEG, ophthalmos

(Com. pramine Amafranil

Amitriptyline Loxoxil

Imipramine

IRS

\emptyset (ECG)

Fluoxetino Prozac

• Paroxetine Desoxat

• Citalopram Seropam

• Escitalopram Seroplex

• Sertraline zoloft

Fluvoxamine

Dapoxetine

Zimelidine

TSRSHA

\emptyset Venlafaxine Effexor

Hypnotiq

Lithium Teralithe

NFP - Ca - GAS - iono
uric acid BFG - BU
TSH
BHCG
ECG

anti-epilept carbamazepine Tegretol

Valproate Depakote

Lamotrigine Lamictal

NFP
BHCG - TP
BHCG

Hypnotique

BZD Lorazepam Noctamide

Loxzepam Hovlane

Moder en 2 Zolpidem Stilnox

Zopiclone Imovane

Psychostimulant

Methylphenidate h déjait attend aqant

Riodafinit Narcolepsie, hypersomnie

= Gouyance auonée, fondée sur l'absence d'accord avec la réalité
fermement soutenue

ÉTAT DÉLIRANT AIGU : BOUFFÉE DÉLIRANTE AIGUË (BDA)

197. 2003, 2010



- Clinique :
 - adulte jeune (15 - 35 ans), sans ATCD Ψ
 - parfois facteur déclenchant (stress, toxique...)



Début BRUTAL + + + et aigu (< 1 mois) :

- ① **Syndrome délirant aigu polymorphe**, mécanismes ⊗ (hallucinations + + +), "paranoïde", non systématisé (Ø crédible), participation affective intense & adhésion totale
- ② **Humeur labile & fluctuante** + + + avec alternance comportements maniaques / dépressifs + tb. comportement, agitation Ψ-M intense ...
- ③ **signes négatifs** : Ø organicité sous-jacente ➔ éliminer une cause organique + + + clin (T°, ex. neuro) - NFS, CRP // iono, Ca²⁺, glycémie // alcoolémie & toxiques (sg & U.), séro VIH - **TDM c.** + + +, EEG, PL si fièvre, ECG avant NL

- dg ≠ :
 - Confusion, tb. de la vigilance → cause organique / toxique : Alcool, DT, pharmaco-psychose (cannabis...)
 - Manie délirante, mélancolie délirante - schizophrénie, délire chronique - névrose hystérique

• Evolution :

1. **GUÉRISON TOTALE** = épisode unique avec rémission complète & définitive : 40 - 50 %
2. **RÉCIDIVE** à distance : 25 % (nouvelle BDA)
3. **CHRONICISATION** = mode d'entrée dans une pathologie Ψ constituée : 25 %
 - **troubles bipolaires** (MMD) + +
 - **schizophrénie** + + (chez le sujet jeune = risqué évolutif le plus redouté + + +)
 - Ø délire chronique (paranoïaque, PHC) chez le sujet âgé

2003

• Facteurs pronostiques (facteurs de bon pronostic indiqués entre parenthèses) :

- Mode de début (brutal) - facteur déclenchant (retrouvé) - personnalité pré morbide et ATCD Ψ perso ou fam (Ø)
- Durée de l'accès (brièveté) - Richesse / polymorphisme (✓) - critique (franche) et participation affective & thymique (✓)
- Réponse au ttt + + + (sensibilité) - qualité de l'entourage

- ttt : **medico-Ψ** + + + : **H° sous contrainte** + + (SPDT/SPDRE) : isolement en chambre seule
 - ± Protection des biens (SDJ) + + + & surveillance du risque suicidaire

1°/ ➔ Bilan clinique + paraclinique éliminant organicité + du retentissement sans retarder la PEC - RHE

+ dimot confiance --

: ex: **Loxapine / LOXAPAC®** 100 mg IM (sédatif) (si refus PO)

• **anti-psychotique atypique** : ex: **Olanzapine / ZYPREXA®** + + + 10-20 mg/j PO ou **classique** (Haldol IV, Largactil IM)

2 1 an

• L'association avec les **benzodiazépines** permet souvent de potentialiser l'effet

• Ψ thérapie de soutien

Surveillance : efficacité, tolérance (T°) (± anticholinergique si dyskinésie), recherche dépression post-psychotique (↔ ± AD)

2°/ **Suivi régulier en consultation ≥ 1 an** (évolution) - Sauvegarde de l'insertion socio-professionnelle

= Activité motrice excessive / imprédictive ou stéréotypée / état de "tension interne" (marche de long en large - tient pas en place - griffe main - tire ses vêtements)

Circonstances ?
ATCD ?

AGITATION



+ hyperactivité (boule)
+ akathisie (impulsionnalité)

Recherche étiologie organique systématique

- TOXIQUE**: Alcool, médicaments, drogues, CO (intoxication OU sevrage ++)
- Métabolique**: hypoglycémie +++, déshydratation...
- Neuro**: Confusion, encéphalite, fureur épileptique...
Infect

examen clinique complet

- signes d'alcoolisme / prise de toxiques ou sevrage
 - recherche de toxiques, alcoolémie
- glycémie capillaire, Ca
NFS, iono, urée, créat, BHC
- π, TA, T°, hydratation, s. neuro/méningés
± TDMc, EEG, PL, ECBU, RP

Causes Ψ :

- BDA** +++ (QS)
- Accès maniaque** (QS)
- tb. de la personnalité, du comportement
- dépression anxieuse, démence,
délire en réactivation aiguë, névrose...

⇒ recherche cause organique +++

• ttt : **U médico-Ψ** +++

climat de confiance, alliance thérapeutique, empathie

1. spt qd ① Isolement au calme en chambre seule, réassurance ; approche relationnelle = tentative de dialogue

- Eliminer cause organique (bilan)
- Contention chimique, et physique si besoin (très protocolisée ++): **Alimenter au max !!**

→ • **BZD** +++ en 1^{ère} ligne (car possibilité d'antidote par Flumazénil / Anexate) Oxazepam // ou autre anxiolytic

2. • **NL sédatif** (d'action rapide): **Loxapine / LOXAPAC** : 100 mg IM si refus PO → contention physique si besoin
si severe: (vigilance)

- H^o sous contrainte ++ (SPDT / SPDRE) souvent nécessaire pour réaliser le bilan **ni d'consentem'**

2. ttt étiologique (QS) diffère si t psyc (évaluat couche hors ceint)



* Personne Agée ① iatrogénie / iono - endocrin - métabol / neuro

- BZD
- antidep
- cortico
- agoniste dopa
- antichol
- anti-palpu
- isoniazide
- in-hyperton

② infect / globe - Gécalome / intox - sevrage / CV

rare psyc

* Seul ATCD ① mon psyc → intox - sevrage / iato / infect

2^e métabol / neuro / EP

② psyc → attaque de panique / maniaq / déprim / la psychotiq.

* Seul ATCD psyc ① non psyc → image maniac (antidep)

id xéroto (antidep)

eff paradoxa BZD

Ed confus^o (psychotique)

aigu = BDA

paradoxe = le délit paradoxe

DMO

non = schizo

Délire

du latin « de lira » = « hors du sillon » ou « sortir du sillon »

Un délire se caractérise sur 7 points :

1. EVOLUTION	aigu < 1 mois chronique > 1 mois	BDA, MMD, DT schizophrénie ++ // h délit paradoxe
2. MÉCANISMES	- <u>interprétatif</u> - <u>imaginatif</u> - <u>intuitif</u> , illusif - <u>hallucinatoire</u> ++ (∅ support réel)	(ex : délire chronique paranoïaque) (paraphrénie) illusions sur support (= hallucinations) "je le sens" - <u>Automatisme mental</u> (= écho de la pensée, 'devinement' / vol de pensée, commentaires d'actes) - <u>Syndrome d'influence</u> (= soumission aux pensées / actes d'une force extérieure) visuelles, auditives, acoustico-verbales, olfactive-gustative, céphalésique sexuelle (PHC), tactiles
3. THÈMES	<p>persécution +++, de référence (= monde plein de n'importe quoi que ça leur) mystique ++, messianique fantastique, mégalomaniac / de grandeur, filiation, jalouse, érotomanie, référence, culpabilité... dépersonnalisation, déréalisation délire "paranoïde" = thèmes multiples, délire polymorphe (= paranoïa)</p>	
4. ORGANISATION (structure)	<ul style="list-style-type: none"> • systématisé (= crédible, cohérent, avec logique interne, organisé) = paranoïa • non systématisé (= ∅ crédible, flou, ∅ logique interne) ex : BDA = paranoïde 	
5. Degré d'extension	▷ <u>en secteur</u>	ex : délire de jalouse
	▷ <u>en réseau</u>	délire de Sérieux-Capgras: concerne l'ensemble de la vie quotidienne
6. Vécu délirant = participation affective	Intense ++, risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif, anxiété et troubles thymiques associés (fluctuation)	
7. ADHÉSION	critique ou non du délire (adhésion totale)	

Hausse de la tension dans le secteur
TONATES

DÉLIRES PERSISTANT DÉLIRABLES CHRONIQUES

- Début tardif > 35 ans, évolution chronique ≥ 1 mois = délires dissociatifs
- Systématisé → dissociation, dépendance ou déficit

Au fil des ans et = anciens
membres

ancien nom ;	Terrain	PERSONNALITÉ PRÉMORBIDE	Mécanisme prédominant	Thèmes principaux	Organisation	Vécu délirant &	Evolution	ttt
DÉLIRES PASSIONNELS	1. REVENDICATION	♂ 40 ans alcoolique	I N T E R P R É T A T I O N	1. <u>Négligomaniac</u> Revendication : inventeur méconnu, querellent processif, filiation... 2. <u>Jalousie</u> : conviction inébranlable d'être trompé (infidélité) 3. <u>Érotomanie</u> : "illusion délirante d'être aimé" 3 phases : espoir - dépit - rancune	S Y T A O N	Risques médico-légaux : passage à l'acte ++ (meurtres, suicide...)	• Risques médico-légaux : passage à l'acte ++ (meurtres, suicide...)	(H) antistress (au tr. Rilans, n° de court)
	2. JALOUSIE	♀ 40-50 ans alcoolique	PARANOÏAQUE	P Q R A T I O N	M A T I O N	Aggravation en réseau	• Aggravation en réseau	
	3. ÉROTOMANIE			P Q R A T I O N	E T	INTENSE	• Enkystement du délire (+ appauvrissement)	
	INTERPRÉTATION SYSTÉMATISÉE (Paranoïa) de Sériex-Capgras	♂ 40 ans		Persécution ++ - délation - vichne / envron	A T		• Dépression et suicide, alcoolisme	
	de RELATION DES SENSITIFS			Somatique	I S E	TOTALE	• Non déficitaire	NL anti-productifs (hallucinations) ≥ 1 an
				Sensitive (Kretschmer)	O N		• Enkystement du délire & isolement	• BONNE ADAPTATION socio-prof. +++ (sujet reste adapté) bipolarisation vie & mort
	PHC (Psychose Hallucinatoire Chronique)	♀ > 50 ans "vieille fille seule"	HALLUCINATIONS	Persécution ++ Influence ++ possession			NON SYSTÉMATISÉ (✓ crédible)	INTENSE ET TOTALE
	PARAPHRÉNIE (rare)	> 35 ans (♀)	IMAGINATION	Fantastique +++ mégalomaniaque, surréaliste, "Pensée magique resurgente", riche ++	± en secteur ou réseau			
	SCHIZOPHRENIE	< 35 ans		Schizophrénie (ou schizotypique)	multiple, non spécifiques			NL antiprod. + ψ thérapie + Sociothérapie

La

= 26 mois + 2/3 + evol fonctionnelle + stat
dès le début

SCHIZOPHRÉNIE

96, 97, 2000, 2002, 2010

préciser dans l'énoncé du dg ☐ type "PARANOÏDE" et "en recrudescence / décompensation délirante" +++

♂=♀

- Adolescent - Adulte jeune < 35 ans (1 % pop) ± personnalité pré morbide (schizoïde, schizotypique)

- Psychose dissociative chronique > 6 mois + + + entre 1-6 mois : t schizophréniforme < 1 mois : t psychotiq brief - BDA

1 Syndrome DISSOCIATIF = DESORGANISATION

1. Intellectuel : ● troubles de la pensée & du raisonnement logique :

cognitif

- pensée abstraite, floue, **hermétique**, pensée magique, impénétrable, diffusse
- **rationalisme morbide, ambivalence**, distractibilité, incohérence

- troubles du langage = désorganisé (incohérence) :

- **barrage** +++ (↑ brutal), **fading** (↓ du débit), mutisme, monologue, diffusse
- néologisme, paralogisme...

2. Affect : Athymormie (émoussement des affects), rires immotivés, froideur, régression instinctivo-affective

3. Comportement = "DISCORDANCE" (désorganisation)

- bizarries : **maniérisme, stéréotypies, paramimie...** ↗ **agressivité, parakinésie**
- ambivalence, impénétrabilité, détachement du réel, incurie
- apragmatisme / clinophilie ↗ sd catatonique (inertie & négativisme Ψ-M)

2 Syndrome DÉLIRANT PARANOÏDE + > 30%

- mécanismes ☒ : hallucinations +++ sensoriel ou intrapsy (50% auditive-vue / 30% ururu / 5% tactile)
- thèmes ☒, non systématisé (✓ crédible) ! attitude d'écoute
- vécu intense & adhésion totale avec angoisse de dépersonnalisation (dysmorphophobie), de déréalisation

3 Syndrome AUTISTIQUE -

- vie dans un monde intérieur : • Affect : fermet (regard fixe, figé → fixidium, mufle), anhydronie
- Comportem : Apragmatisme, Ataxie, isoletaut social

+ signes ☐ : ✓ origine organique ou toxique, ✓ tb. humeur... ↗ Dg stat!

- début **brutal** (par BDA inaugurale ++, tb. thymiques, confusion, passage à l'acte) ou **insidieux**
- symptomatologie prédominante : + = **productive** (délire, agitation) ou - = **déficitaire** (ralentissement, échec scolaire / prof.)

- Types cliniques des schizophrénies (DSM IV-tr) :

- **Paranoïde** +++ (la plus fréquente) = productive (délire et hallucinations ↗↗↗), souvent après BDA

- **catatonique** (perturbation Ψ-M importante : immobilité/stupeur ou au contraire positions inappropriées/bizarres)

- **désorganisé** (dissociation ++, discours et comportement désorganisés, affect abrasé ou inapproprié)

- **indifférencié**

- **résiduel** (ATCD de schizophrénie mais tableau actuel sans spt psychotiques positifs manifestes)

- + autres formes : hébephénique (forme **déficitaire** prédominante (évolution fréquente +++ des schizophrénies), dysthymique (accès bipolaires), simple (repli autistique), pseudo-névrotique, héboïdophrénique...)

- **Tests Ψ métriques** (aide au dg) : tests de personnalité + efficience intellectuelle

- **Recherche d'organicité** : ex. clinique (T°, ex. neuro...) - glycémie, **toxiques / alcoolémie** - TDMc +++ ± EEG

~~cause = NL sédatif ou S2D~~
~~second = NL 2^eg~~

• Evolution sous ttt :

1. GUÉRISON : 20 - 25 % ☺

2. formes graves = déficitaire, dégradation sociale et intellectuelle... → démence : 20 - 25 % ☹

3. accès récurrents avec périodes d'amélioration / évolution intermédiaire : 50 % ☺ ☹

• Complications : **Suicide +++** (10 % des décès), actes agressifs, **désocialisation**, psychopathie **pcdr** !

• Facteurs de mauvais pronostic :

Sexe ♂ - début insidieux, précoce - personnalité pré morbide schizoïde - ATCD familiaux de schizophrénie
- Ø coopération patient / entourage - forme clinique hébéphrénique - mauvais insight (conscience du p.)
mauvaise réponse au ttt = formes Résistantes (échec de 3 NL de classe ≠ après 6 semaines sans amélioration) - ttt tardif

• ttt : • H° sous contrainte ++ (HDT) : isolement chambre seule & surveillance du risque suicidaire

1. Chimiothérapie : (choisie selon la symptomatologie prédominante et l'anamnèse/ ttt antérieurs)

→ Antipsychotique = NL antiproductif polyvalent dits "atypiques" :

ex: **Olanzapine / ZYPREXA®** (10-20 mg/j P.O.), **Rispéridone / RISPERDAL®**, **Aripiprazole / ABILIFY®**

si Résistant : **Clozapine / LEAPONEX® +++**

+ **NL sédatif** (Loxapac®, Tercian®) si agitation / angoisse (IM si refus PO)

± désinhibiteur (Solian®) si déficitaire (hébéphrénique)

ttt d'attaque // (PO ou IM) puis de **consolidation** (souvent NL retard (ex: Haloperidol®) 1 inj° / mois selon observance)

= **au long cours** ≥ 2 - 5 ans - voire à vie : après 1/2 m²

• Indications de la sismothérapie : forme catatonique, dépression 'mélancoliforme', agitation incontrôlable par NL
CI aux NL, risque suicidaire majeur, forme résistante

• Prévention du DT si alcoolisme associé, Réhydratation / RHE, RHD contre la prise de poids ++

• Surveillance : **OBSERVANCE ++, efficacité** (sédation en 3 j, effet anti-délirant en 3 sem., anti-déficitaire en 3 mois),
tolérance (T°) ± **correcteur anticholinergique** si dyskinésie +++

2. Ψ thérapie : de soutien, et **suivi régulier au long cours en Cs Ψ** : PEC pluridisciplinaire, en réseau
TCC + PEC psycho-éducative de la famille

3. **Sociothérapie** +++

• Assistante sociale ++ : A.A.H., éviter la désocialisation = Thérapie institutionnelle - **PEC 100 %**

• **Maintien de l'insertion socio-professionnelle** ++++ : ESAT (Entreprise et Service d'Aide par le W), atelier protégé...

• Protection des biens → SDJ - Tutelle - Curatelle !

Crack, Cocaine, Cannabiz
Amphét, Ecstasy-MDMA

antidep, L-Dopa / ago-dopa
cético, T-hydrox, GABA
Isoniazide, APS

TROUBLES DE L'HUMEUR

"Sur ce sentiment inconnu dont l'ennui, la douceur m'obsèdent, j'hésite à apposé le nom, le beau nom grave de tristesse"
Françoise Sagan - Bonjour Tristesse

196, 97, 98, 2001, 2002, 2003, 2007, 2008 ++++

195, 98, 2002, 2003, 2007, 2014

Syndrome DÉPRESSIF

① HUMEUR DÉPRESSIVE / TRISTESSE

- Tristesse pathologique, douleur morale **15j**
pessimisme, auto-dévalorisation, inutilité, incurie
- Anhedonie, anesthésie affective - Asyntonie
- o Idées mélancoliques : culpabilité, indignité, incurabilité, péjoration de l'avenir
- o Idéation suicidaire constante +++
- o Anxiété associée (hypochondrie, phobies, TOC...)

② RALENTISSEMENT $\Psi\text{-M}$

- intellectuel : bradypsychie, bradyphémie, **Aboulie** ++, athymormie (= perte de l'élan vital)
tb. attention, concentration & mémoire sans démence
- M : attitude figée, hypomimie (Ω), rareté des mvt

③ Signes SOMATIQUES

- tb. sommeil: **Insomnie** (2^e partie nuit) avec **asthénie**
- **Anorexie** ± amaigrissement
- tb. sexualité: ↘ libido
- **douleurs diverses** (dorsales ++...)

Suicide +++ (15%)

(+ addictions : alcool ++ ...)
50% des hospitalisations
30% des recons. Pronostic vital

Syndrome MANIAQUE

① HUMEUR EXALTÉE

- Euphorie
- o idées mégalomaniaques, auto-survalorisation
- Hyperesthésie affective, **hypersyntonie** +++
humeur versatile ++
- Irritabilité, impulsivité +++
- Prises de risque +++
- ± Manie délirante

② ACCÉLÉRATION $\Psi\text{-M}$

- idéation: tachypsychie, fuite des idées, tachyphémie
- jeux de mots, logorrhée, coq à l'ané
- M : Tenue débraillée, familiarité, hypersexualité
Agitation, hypermimie, hyperactivité désordonnée

③ Signes SOMATIQUES

- **Insomnie SANS fatigue** +++
- Hyperphagie ± amaigrissement
- ↗ libido, hypersexualité
- Prises de risque +++

Dépenses inconsidérées, ruine,

Conduites médico-légales

(attentat à la pudeur, gravierie, sexe) piège → demander bilan IST
Pronostic social

EVOLUTION

1. GUÉRISON (6 mois spontanément, 2 mois sous ttt)
2. Récurrence ++ (50 % dans les 2 ans)
3. Chronicisation ≥ 2 ans ou R au ttt si > 1 mois +++
4. Bipolaire (MMD)
5. Suicide ++ (FDR : QS)

H^o si forme sévère (mélancolie, risque suicidaire) ± SPDT
- SURVEILLANCE du risque suicidaire ++

① AD : IRS +++ (ambu) ou AD3C hors Cl
± NL antiproductif (Haldol[®]) si mélancolie délirante

② Sedatif (NL sédatif ou BZD) associé au début en prévention de la levée d'inhibition +++

± Sismothérapie (ECT) pour les mélancolies graves
- Education : ttt de consolidation durée ≥ 6 mois

③ **Ψ thérapie de soutien** + TCC - Surveillance efficacité / tolérance (virage ++, risque suicidaire ++...)

④ **Aides sociales** (assistante sociale...)

H^o systématique ± sous contrainte (SPDT) en ① Ψ
- Mesure de protection des biens = SDJ +++

① **Thymorégulateur** = Dépakote ++, lithium
après bilan pré-ttt +++ + contraception

② **NL sédatif** : LOXAPAC[®] 100 mg IM puis PO
± NL antiproductif (Haldol[®]) si manie délirante

+ éliminer organicité : clin, iono, TDM, alcool / toxiques
+ RHE & métabolique • Bilan IST ++

⚠ groupe de risque → multile chez ♂ - vieux!

depres → FDR → CV

∅ antidépresseur...
m à épisode léger

TROUBLE BIPOLAIRE

1-4%

1998, 2001, 2002, 2003, 2007, 2014



anciennement appelé "MALADIE MANIACO-DEPRESSIVE"

♂=♀

- caractère héritaire ++ (ATCD familiaux), adulte jeune - affection Ψ la plus fréquente (1% pop.)

15-25

	troubles bipolaires	trouble unipolaire
Définition	<ul style="list-style-type: none"> • type I : épisode maniaque franc (dès le 1^{er} épisode) ± épisode dépressif majeur (EDM) • type II : épisodes dépressifs majeurs et hypomaniaques • type III : épisodes dépressifs avec épisodes maniaques uniquement iatrogènes (virage sous antidépresseur) 	Dépressions récurrentes exclusivement
EVOLUTION	CYCLIQUE +++ <i>taux de 4/an</i> <ul style="list-style-type: none"> - cycles courts, fréquents - virage sous antidépresseur 	<ul style="list-style-type: none"> - variations saisonnières recrudescence automne-hiver
Réponse aux thymorégulateurs	Bonne	moins bonne
Complications	<ul style="list-style-type: none"> • SUICIDE +++ = risque majeur (20 % des MMD) • Conduites addictives : alcool ++ (aggrave le pronostic) ± retentissement socio-professionnel 	

1998, 2003

	Accès dépressifs	Accès maniaques
	<ul style="list-style-type: none"> • épisode dépressif majeur • Accès mélancolique : idem + idées délirantes de culpabilité, d'indignité, incurabilité • Mélancolie délirante ++ : " + interprétatif, intuitif ↳ Sd de Cotard : damnation, négation d'organes, immortalité <p><i>Δ Jamais AD seul !!</i></p> <p>① ttt des accès aigus</p> <ul style="list-style-type: none"> • si forme sévère ± SPDT • Prévention du risque suicidaire ++ <p>① AD : IRS + Thymorégulateur associé +++</p> <p>② Sédatif (NL ou BZD) associé ↳ prévention de la levée d'inhibition ↳ Sismothérapie (ECT) pour les mélancolies graves ≥ 6 mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> • hypomanie • Accès maniaque ↳ Fureur maniaque = 0 • Manie délirante : IMAGINATIF ++, mégalo-érotique mais : * stabilité & adhésion TOTALE (= manies simples) • hallucinations & thèmes non congruents à humeur <p><i>Δ Autr. dep!</i></p>
ttt	<p>Thymorégulateur Axe = Lithium (référence), Tégrétol®, Dépakote +++ après bilan pré-ttt ++, EDUCATION sans (min 2ans)</p> <p>bipolaire type I : dès le 1^{er} épisode maniaque</p> <p>type II : discuté</p> <p>② ttt préventif des rechutes :</p> <p>= Lithium (référence), Tégrétol®, Dépakote +++ après bilan pré-ttt ++, EDUCATION + contraception efficace +++</p> <p>unipolaire : AD au long cours ou Lithium ++ > 3 épisodes dépressifs</p>	

1^{er} bilan → TSH / IRM - toxic - TSH - glic. - Ca - PTHG - ECG - VENTO - NF, CEP - BHC

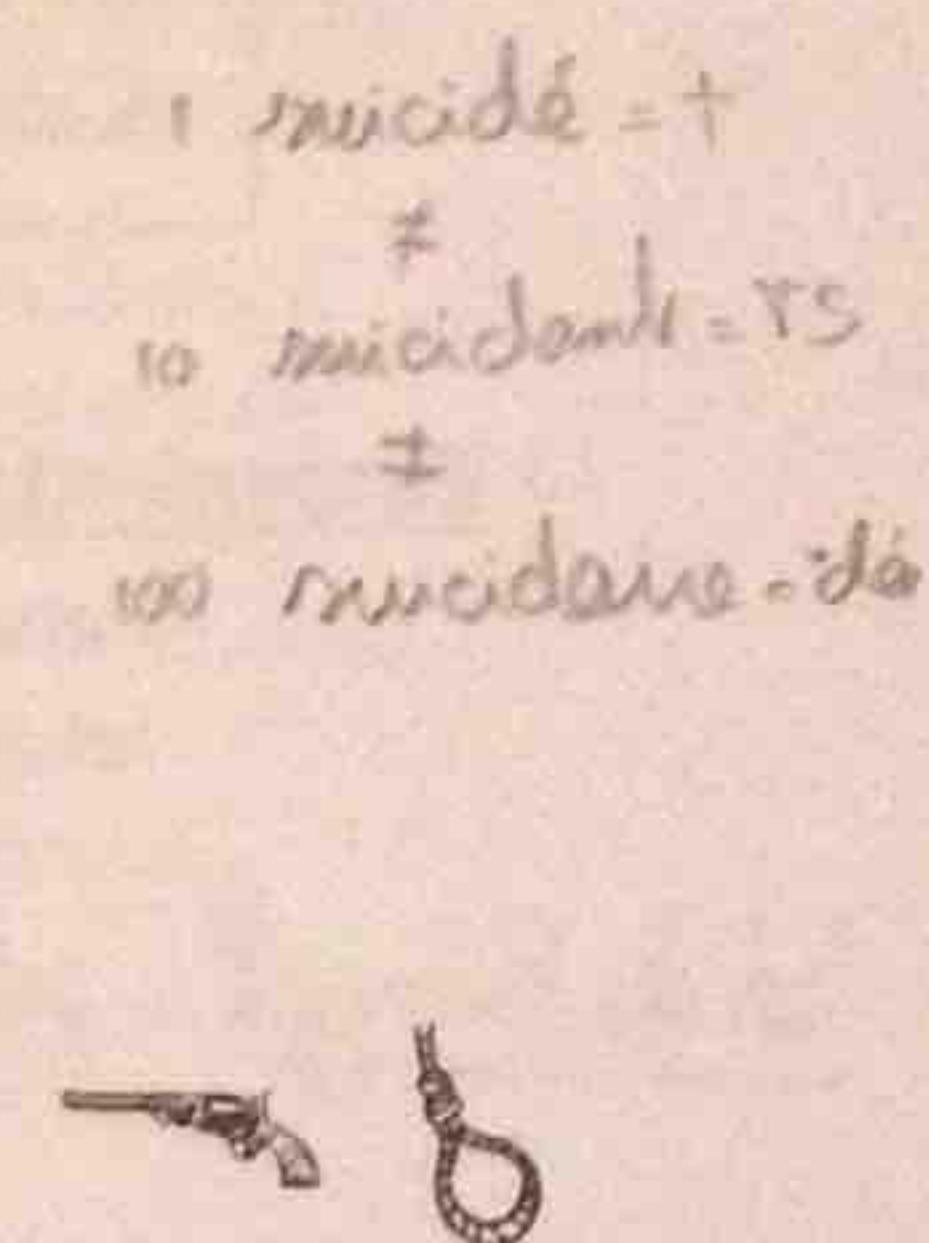
+ EEG △

RISQUE SUICIDAIRE CONDUITE SUICIDAIRE

1/ 2008, 2010

- dans un dossier d'internat, toujours « **EVALUER & PREVENIR LE RISQUE SUICIDAIRE** »
- Suicide = 9^e cause de † en France, 1^{re} cause chez les 75-85 ans, 2^e cause chez les 15-24 ans

Tentative de suicide (TS)	SUICIDE
120.000 / an	12.000 / an (1/10 des TS)
♀ (2/3)	♂ (2/3)
< 35 ans	> 60 ans et < 15 ans
mariée	célibataire, divorcé, veuf
milieu urbain	milieu rural
troubles de la personnalité	Dépression, alcool, schizophrénie
Médicaments (IMV), phlébotomie	Pendaison, Armes à feu



FACTEURS DE RISQUE

• troubles = FDR I ^R	<ul style="list-style-type: none"> tb. humeur : Dépression +++ (60-80%) ↳ épisode dépressif majeur, Mélancolie +++, MMD Alcoolisme +++ et toxicomanie (15%) - Médicaments : levée d'inhibition sous AD (IRS ++), BZD Schizophrénie (10%) - Psychose aiguë, délire chronique trouble de la personnalité du groupe B : Psychopathe, Border-line et hystérique Hystérie, troubles anxieux... anorexie mentale... △ si comorbidités : risque × 90
• Terrain FDR I ^R	<ul style="list-style-type: none"> ATCD personnels de TS +++ (= "suicidant") : 40 % de récidive → <i>dès les 1^{er} mois</i> ATCD familiaux de TS ou suicide (suicide violent ++)
FDR II ^R	<ul style="list-style-type: none"> Maladie chronique organique sous-jacente : diabète, K, SIDA ... Conditions socio-économiques : <ul style="list-style-type: none"> - Isolement socio-affectif ++ (célibataire, divorcé, veuf), entourage défectueux +++, détenus - précarité, chômage, cadres sup. & professions libérales, ATCD de maltraitance / abus sexuels
FDR III ^R	<ul style="list-style-type: none"> âge : 15-24 ans ou > 60 ans - sexu ♂ - <i>pens de perdre sa maison - veug</i> situation géo : pays industrialisé, milieu rural > urbain, gradient Nord-Sud en Europe et même en France saison : printemps, hiver > été, lundi > samedi, matin > soir, période de travail > vacances
• Clinique FDR II ^R	<ul style="list-style-type: none"> Projet suicidaire (passage à l'acte) ↳ à évaluer sur les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> accessibilité & dangerosité des moyens, annonce à l'entourage, absence de critique du projet, fréquence des idées : scénarisation, structuration suicidaire = cohérence, date } Sd pré-suicidaire de Ringel repli sur soi & désinvestissement + inhibition de l'agressivité & de la personnalité } facteur de stress récent

○ Prévention : I^R : suppression des **FDR** chez les populations à risque

I^R : si **idées suicidaires**
III^R : éviter récidive **de TS** } → H° +++ + examen Ψ + entretien avec l'entourage

Facteur protecteur → demande aide / famille des vivants / entourage
envie d'allier envie

○ **Conduites suicidaires** : actes par lesquels le sujet tente de se donner la mort

TS	SUICIDE
1. Médicament = IMV (BZD ++) (70%) 2. Phlébotomie 3. défenestration , pendaison	1. Pendaison (43 %) (rural ++) 2. Armes à feu (23 %) ♂ & noyade ♀ 3. défenestration

○ **Équivalents suicidaires** : comportements à risque où le désir de mort s'exprime de façon masquée
Conduite à grande vitesse, toxicomanie, alcoolisation brutale, refus de soins dans les maladies chroniques (asthme, diabète), refus alimentaire / anorexie...

Sd de Riegel = pré-suicide [calme apparent, attitude de retrait, réactivité émot/afct
envahissement mental, risq imminent]



Examen Ψ



Evalue le risque suicidaire & de passage à l'acte

++++



• préciser les idées de suicide : aider le patient à verbaliser	-	/\
• recherche " Sd pré-suicidaire " (repli sur soi, désinvestissement, inhibition de l'agressivité, envahissement par idées de suicide)	-	⊕
• identifier FDR et facteur déclenchant (facteur de stress récent)	-	/\
• pathologie Ψ sous-jacente (dépression ++)	-	⊕
• type de personnalité à risque , pathologie organique sous-jacente	faible	éléve
• risque de passage à l'acte & récidive suicidaire	bonne	mauvaise
• qualité de l' <u>entourage</u> (contexte socio-fam.) : <u>entretien</u> +++	acceptation	refus
• compliance à la PEC		
⚠ ENFANT → toujours rechercher dépression, délire, maltraitance, tb. du comportement inhabituels, "accidents"...	↗	
H° toujours nécessaire chez l'enfant +++ + Pédo-Ψ	ambu (prévention I st)	HOSPITALISATION libre ± sous contrainte (prévention II st et III st)

CAT après une TS :

1. Evaluation clinique du pronostic vital et réanimation en **①** + **dosage des toxiques**
2. Reconnaître le caractère suicidaire du geste : avis spécialisé Ψ
3. **H° indispensable** +++ pour **Bilan Ψ, somatique & social + Surveillance permanente** (prévention récidives, inventaire)
4. **PEC Ψ thérapeutique** et/ou **chimiothérapie** (sédation NL ou AD) selon étiol + **sismothérapie / ECT** +++ / **si mélancolie délirante sévère**
5. **Entretien avec l'entourage** +++
6. Organisation de la **post-crise** : suivi **ambulatoire** +++ (ou **H°** prolongée), Ψ thérapie, mesures sociales si besoin

SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

ANCIENNE "HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE"

- loi du 27 juin 1990 - modifiée en juillet 2011 -

1990, 2000, 2003, 2004, 2007, 2010, 2011

SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DEMANDE D'UN TIERS = SPDT

(ancienne "hosp. sous contrainte à la demande d'un tiers - HDT")

1. Demande du tiers manuscrite & signée (papier libre)

- = membre de la famille ou personne agissant pour le bien du patient
- € à l'établissement d'accueil
- (précise la nature du lien → pièces d'identité patient + tiers)

2. 2 certificats médicaux datés de moins de 15 j

- par 2 médecins théâtres inscrits au conseil de l'ordre
- non apparentés au 4^e degré (entre eux / tiers / malade / directeur), à spécialité dont au moins une à l'établissement d'accueil de secteur.

- datés < 15 j +++ manuscrits, circonstanciés, signés

Sur l'¹ certificat

Je soussigné Dr. (M.D.) , exerçant à , certifie avoir examiné ce jour : (date) ...
M. ou Mme (ou prétendant se nommer ...) , né(e) le , profession.... , domicilié à (adresse) ...
Son état mental à ce jour présente : avec refus de soins. Cet état :

- impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier
- rend impossible son consentement à une R^e + risque de tb. comportement / actes médico-légaux
- nécessite une R^e / HDT classique] selon les termes de l'article L3212-1 / L3213.1 du code de Santé publique
- OU des soins ambulatoires sans consentement (= SPDT)**

Fait à (Paris), le (7.X.2013)

Signature + cachet

Méd. fam. +

3. Admission prononcée par le directeur de l'établissement de secteur +++ → informe Préfet, Procureur de la République

Arrêté préfectoral < 48 H

(le Préfet a le contrôle de l'R^e +++)

2 cas particuliers

• "SP péril imminent": sans tiers

1 certificat médical manuscrit, circonstancié, signé
médecin théâtre € à l'établissement d'accueil
recherche exhaustive de tiers notifiée dans le dossier
famille ou tiers informée par le chef d'établissement dans les 24H

• "SPDT d'urgence" (malade déjà R^e)

1 certificat médical manuscrit, signé
médecin théâtre quel qu'il soit + arrêté municipal
et quel que soit son établissement
+ demande de tiers à obtenir (a posteriori)

Maintien :

- Période d'observation de 72 H → à son terme : choix entre consentement libre des soins // R^e renouvelable
- Certificat médical des 24 H
- puis des 72H par psychiatre, puis du 8^e jour, puis mensuels (+ 2 avis médicaux supplémentaires) = levée d'R^e
- Contrôle systématique par un "juge des libertés et de la détention" avant 15 j d'R^e puis / 6 mois

Levée : par certificat médical

ou ordre judiciaire (juge des libertés) ou f. de l'as

idem +

Sortie subordonnée à un arrêté préfectoral

Suivi renforcé pour les patients à risque ± soins ambulatoires sous contrainte (avec programme de soins)

⚠ Seule CI à SPDT = Délire paranoïaque vrai
(tiers = persécuteur désigné) ++

→ SPDRE (sans tiers !)



L'"HDT" musclée dans "Rois & Reine"
d'Arnaud Desplechin (2004)

Mémo : à décision parent

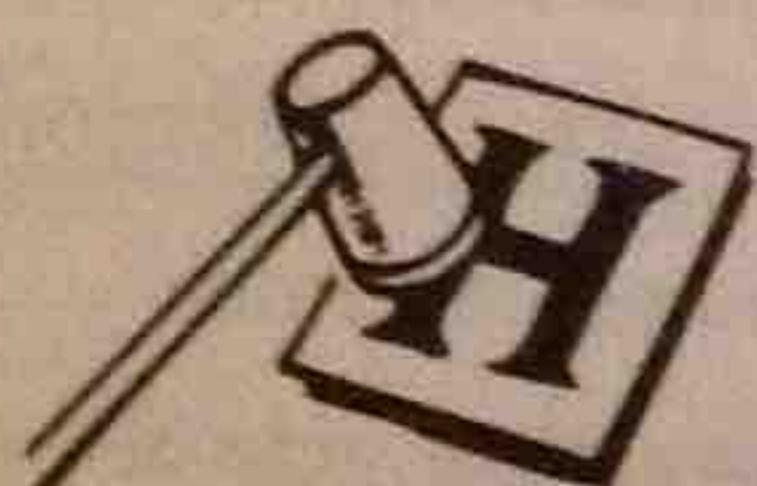
OPP pdMS renouvelable
SPDRE

Mesures de protection juridique des biens

des "incapables majeurs" (handicap mental)

	SAUVEGARDE DE JUSTICE +++	CURATELLE	TUTELLE
Indication	Protection des biens d' urgence & transitoire pour les pathologies aiguës (manie +++, dépenses inconsidérées...)		Psychotique grave, dément, coma...
Ouverture	<ol style="list-style-type: none"> Déclaration : <ul style="list-style-type: none"> - Psychiatre ou MG + certificat de psychiatre - ou Juge des tutelles 2. adressée au Procureur de la République 	<ol style="list-style-type: none"> • requête initiale (méd., malade, famille, juge tutelles, Procureur) • certificat médical expert • enquête sociale <ol style="list-style-type: none"> 2. Juge des tutelles → nomme: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> curateur tuteur (= conjoint de droit) </div> 	
Durée	prend effet immédiatement +++ valable 1 an, renouvelable une fois (par le juge des tutelles)	Procédure d'ouverture longue (plusieurs mois) Durée aussi longue que les causes qui l'ont déterminée <i>Sans</i>	
Effets	<ul style="list-style-type: none"> Conservation de tous les droits civiques (vote, éligibilité), politiques & juridiques Protection des tiers par action en nullité ou en réduction	<ul style="list-style-type: none"> Conserve droit de vote mais inéligible dépendant du curateur pour mariage, actes de disposition... peut recevoir un revenu autonome pour le patrimoine mention "curatelle"	<ul style="list-style-type: none"> Perte de tous les droits civiques (vote, éligibilité) Incapacité civile (mariage, divorce...) Annulation de tous les actes <ul style="list-style-type: none"> - 5 ans jugement mention "tutelle" sur le répertoire civil
Types		<ul style="list-style-type: none"> simple: le curateur administre les biens, gère le patrimoine, assiste les actes de disposition aménagée renforcée: idem tutelle sauf droit de vote 	<ul style="list-style-type: none"> Administration légale Régime de capacité partielle complète
Levée	Procureur de la République ou Certificat médical de levée de SDJ	<ul style="list-style-type: none"> Recours suspensif dans les 15 j suivant le jugement Jugement de main levée, ou \ddagger du patient 	

Plan de protection Juridique - "convigne pour qd je serais fou "incapable"



New 2016: **Habilitation familiale** pour - pb mental
- pb physiq empêchant l'expres'

→ simplifie pour famille d'i pers ne peuvent plus s'exprimer
→ Suge des tutelles que au début

pb m csg ds la vie quotid

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

⚠ 2 conditions pour parler de "trouble de la personnalité" (axe II du DSM IV) :

- caractère durable & systématique ⇒ évoluant sur une longue période de temps (entretien avec les proches)
- ⚠ sujet > 18 ans ⚡
- ⇒ pas de diagnostic de maladie Ψ possible en phase aiguë, mais à distance de l'épisode ++ ⚡

Groupe A

= individus étranges ou originaux

Same léger, pas délires

PARANOÏAQUE

♂ ++

- **Hypertrophie du "moi"** : surestimation mégalomaniacque, orgueil, mépris
- **Psychorigidité** : entêtement, autoritarisme tyrannique, intolérance
- **Fausseté du jugement**
- **Méfiance & susceptibilité** /autrui : hypervigilance, persécution, **revendication & agressivité**
- Complications possibles :
 - **Délires chroniques paranoïaques** : persécution (paranoïa), revendicatif, hypocondriaque
 - **Actes hétéro-agressifs** ou auto-agressifs (médico-légal)
 - Dépression - Désinsertion socio-professionnelle (échec, isolement)

SCHIZOÏDE

∅

- **Isolement social** : retrait, désintérêt, activités solitaires
- **Froideur, isolement affectif**, ∅ vie sexuelle, pauvreté & bizarrie des contacts
- **Pensées abstraites, métaphysiques** ("astronome") - Vie imaginaire & introspection intense

SCHIZOTYPIQUE

⊕

- **Isolement social majeur** avec Anxiété sociale, Pauvreté du contact & du langage
- **Bizarerie et excentricité de la pensée**, des idées (pensée magique) : "rêveries" "astrologue"
- évolution vers la **schizophrénie** ≈ 60 %, désinsertion socio-professionnelle

Groupe B

= individus théâtraux, émotifs ou imprévisibles (Border-line...), extravertis

HISTRIONIQUE (ou Hystérique)

♀ ++

- **Théâtralisme, dramatisation** : désir d'attirer constamment l'attention, de plaire
- Conduites de séduction inappropriées : érotisation des rapports sociaux
- **Labilité émotionnelle** - Dépendance affective - intolérance aux frustrations
- Suggestibilité** (chantage affectif, TS...)
- Complications : **Dépression** ++ / alcool - **Trouble conversif** (QS) - Délire chronique hypocondriaque

NARCISSIQUE

- **Surestimation de soi** (sentiment grandiose), de ses capacités, de l'intérêt de ses pb.
- Ambitions démesurées avec fantaisies de succès, beauté, pouvoir illimité
- **Besoin d'être admiré, d'exhibitionnisme** // susceptibilité exagérée, tb. sexuels
- Conduites arrogantes, hautaines
- Complications : **Dépression**, abus de substances Ψ-actives / alcool, somatisation

BORDER - LINE

♀ +++

- **Impulsivité** +++ & imprévisibilité : conduites à risque (sexuelles, toxiques... **TS répétées** ++)
- **Instabilité & relations interpersonnelles excessives** : alternance idéalisation / dévalorisation, colères intenses ... souvent ATCD d'**abus sexuels** dans l'enfance
- **Fluctuations thymiques rapides**
- **Crainte angoissante de l'abandon** (abandonisme), sentiment de vide & d'ennui
 - Complications :
 - **Dépression** et **TS répétées** +++ - Crise d'angoisse aiguë, **TCA** ++
 - **Conduites à risque** : alcool, **toxicomanie**, sexe = **IST, antisociales, automutilation**
 - **Sociales** : désinsertion, échec perso / prof., passage à l'acte

ANTISOCIALE ou PSYCHOPATHIQUE

- **Transgression** de la loi : **mépris des règles & contraintes sociales** → pb. justice / arrestations ☒
- Conduites antisociales** : délinquance, vagabondage... & **Toxicomanie** - suicide
- **Instabilité & Irresponsabilité** dans tous les domaines
- **IMPULSIVITÉ + AGRESSIVITÉ, Immaturité affective** (règle des "i")
- **Indifférence froide**, mensonge / tromperie ++, Ø culpabilité ni remords

Groupe C

= individus anxieux ou **Craintifs**, introvertis

EVITANTE

(ou phobique)

- sentiment d'**infériorité**, timidité, peur du jugement des autres ↳ **Phobie sociale anxiogène**
- **Evitement des activités sociales** (& prof.) par crainte d'être rejeté ; inhibition sociale
- Complications : **Phobie sociale** - Agoraphobie - timidité pathologique...
Dépression & conduites addictives (alcool, Ψ tropes)

DÉPENDANTE

OBSSESSIONNELLE
-COMPULSIVE

- **Crainte de l'abandon** ++ : manque de confiance en soi,
peur de se prendre en charge / de décider seul
- **Soumission** excessive & dépendance / autrui : recherche permanente de soutien / réassurance
- Complications : **Phobie sociale**, Echec social - Dépression
- I. **traits "psychasthéniques"** : ● Tendance aux **doutes, scrupules, indécision permanente**
- II. **Caractère anal (Freud)** : ● **Besoin d'ordre excessif**, perfectionnisme, méticulosité
- **Obstination -entêtement** : **moralisme rigide, dévotion pour le travail / Ø loisirs**
- **Souci d'économie pathologique** : avarice, parcimonie, collectionnisme
- Complications : **TOC** *htre valeur morale* - Dépression

autres : **PSYCHASTHÉNIQUE** : doutes, scrupules, indécision - sentiment d'imperfection, inachèvement - rêverie, rumination, regrets, aboulie - Complications = dépression / mélancolie - somatisation

SENSITIVE de Kretschmer :

- traits paranoïaques : susceptibilité excessive, hyperesthésie des relations, scrupules, hyper-émotif & timide, méfiance
- traits dépressifs : insatisfaction, complexe d'infériorité, manque de confiance, asthénie...

PEC : 1. **Ψ thérapie** +++ (QS)

2. chimiothérapie pour accès aigus (crise d'angoisse, dépression...)

TROUBLES ANXIENS

1. ATTAQUE DE PANIQUE = AP (crise d'angoisse aiguë)

♀ ++

Peur intense
début brutal & imprévisible, durée brève
 1AP / nem ou TAP + anxiété anticipatoire ≥ 1 mois

- ψ : peur sans objet - de devenir fou - de mourir dépersonnalisation + déréalisation → non AD du monde
- φ : ○ tachycardie , palpitations, DT dyspnée, oppression thoracique, étouffement, étranglement nausée, sueurs, frissons / bouffées de chaleur tremblements, paresthésies, vertige
- cpt : agitation / fuite ou sidération stuporeuse

Conscience du caractère absurde du trouble (autocritique)

2. TROUBLE PANIQUE

♂ ++

Fond anxiens chronique
intercritique avec anxiété flottante

≥ 6 mois

- ψ : peur sans objet - de devenir fou - de mourir dépersonnalisation + déréalisation → non AD du monde
- φ : ○ tachycardie , palpitations, DT dyspnée, oppression thoracique, étouffement, étranglement nausée, sueurs, frissons / bouffées de chaleur tremblements, paresthésies, vertige
- cpt : agitation / fuite ou sidération stuporeuse

3. TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ

♂ ++

Fond anxiens chronique
intercritique avec anxiété flottante

≥ 6 mois

- ψ : peur sans objet - de devenir fou - de mourir dépersonnalisation + déréalisation → non AD du monde
- φ : ○ tachycardie , palpitations, DT dyspnée, oppression thoracique, étouffement, étranglement nausée, sueurs, frissons / bouffées de chaleur tremblements, paresthésies, vertige
- cpt : agitation / fuite ou sidération stuporeuse

4. PHOBIES

♀ ++

5. TOC

♂ ++

6. PTSD

♂ ++

7. TCC, IRS

♂ ++

8. SOCIO-THÉRAPIE

♂ ++

9. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

10. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

11. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

12. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

13. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

14. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

15. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

16. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

17. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

18. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

19. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

20. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

21. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

22. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

23. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

24. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

25. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

26. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

27. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

28. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

29. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

30. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

31. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

32. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

33. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

34. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

35. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

36. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

37. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

38. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

39. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

40. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

41. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

42. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

43. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

44. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

45. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

46. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

47. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

48. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

49. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

50. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

51. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

52. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

53. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

54. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

55. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

56. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

57. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

58. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

59. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

60. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

61. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

62. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

63. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

64. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

65. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

66. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

67. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

68. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

69. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

70. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

71. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

72. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

73. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

74. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

75. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

76. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

77. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

78. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

79. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

80. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

81. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

82. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

83. SOCIO-PROFESSIONNEL

♂ ++

TROUBLES SOMATOFORMES

("celui qui n'a rien ?")

= symptômes physiques ou somatiques, non intentionnels,
non expliqués par une maladie organique, une prise de substance
ou par une autre entité psychiatrique (dépression, tb. anxieux, délire...)

- Symptôme somatoforme = spt physique non ou insuffisamment expliqué par une cause organique
- Troubles somatoformes = spt somatoformes ≥ 6 mois avec retentissement sur la qualité de vie et la capacité d'action
- ➔ Incidence ~ 20% dans les pays riches, ♀ ++ > ♂,
Forte consommation de soins (prescriptions + automédication)
- ➔ Grande variabilité symptomatologique mais essentiellement spt digestifs et douloureux.

Dans le DSM IV, le terme de trouble somatoforme regroupe :

1. Trouble **somatisation** : cortège de plaintes somatiques non expliqués par ex. physique ou complémentaires
2. Trouble **conversif** (ex- "hystérie") : ensemble des spt ou déficits pseudo-neurologiques d'origine psychogène
3. Trouble **hypocondriaque** : croyance pathologique d'être atteint d'une maladie grave, avec souffrance / retentissement
4. Troubles **douloureux** ex: fibromyalgie (fortes & durables douleurs musculaires), colon irritable...
5. **Dysmorphophobie** : préoccupation majeure pour un défaut imaginaire de l'apparence physique ,
avec souffrance / retentissement, entraînant des comportements répétitifs évoquant des TOC

NB: "Tb somatoforme" remplacé dans le controversé DSM-5 par la catégorie "Tb de symptôme somatique et tb connexes"

- ➔ dg d'élimination (après examen conjoint clinicien / psychiatre) après avoir écarté une cause organique ou une pathologie psychiatrique distincte
- ➔ dg ≠ : - pathomimie (*spt délibérément causés ou simulés*)
- sinistrose (*spt présents mais exagérés pour des bénéfices secondaires*)
- trouble psychosomatique (*tb. physiques réels dont la dimension Ψ est importante ou prédominante*)
- maladie organique avérée
- ➔ Pas de prescription médicamenteuse / Ψ de soutien / entourage ++ / valoriser la guérison AD (IRS et ISRS) et TCC efficaces dans les dysmorphophobies.

"Trouble conversif"

(ancienne hystérie)

- ♀+++ - débute chez l'adolescente / adulte jeune
- dg évoqué devant :

- personnalité pré-morbide (**histrionique** non systématique) - survenue souvent **après une frustration**
- spt fonctionnels évoquant une pathologie clinique **SANS support organique retrouvé**
- "**belle indifférence**" (= spt paradoxalement bien tolérés) et **bénéfice I^R** (↗ *anxiété interne du patient*)
fluctuation de la symptomatologie avec **suggestibilité des symptômes**
origine inconsciente des troubles
- **bénéfices II^R** +++ 0-π = *avantages obtenus grâce à sa maladie*

① troubles somatoformes = symptômes conversifs d'expression somatique (◎ = types du DSM-IV)

- chroniques :
 - **déficit Moteur** : astasie- abasie, paralysie, contractures, mouvements anormaux
 - **déficit Sensitif** : algie ++, anesthésie ou hyperesthésie
 - **déficit sensoriel** : **atteinte VISUELLE** +++ (cécité, diplopie, altération du CV...), **surdité**
 - **phonatoire** ++ : dysphonie, **MUTISME** ...
 - neuro-végétatif : **spasmes** pharyngés (vomissements, dysphagie), respi (toux), vésicaux (RAU) ...
- paroxystiques / aigus :
 - Crise de **spasmophilie** (= tétanie sans hypocalcémie), syncopale, "de nerfs"...
 - **Pseudo-crise convulsive** (SANS morsure, perte d'urines ou blessures), grande attaque de Charcot +++++

② troubles dissociatifs :

amnésie élective - fugues - états crépusculaires , transe = altération de la conscience - pseudo-affection mentale

Toujours éliminer une pathologie organique +++

⇒ Examens clin. + cpl. adaptés

- neuro & métabolique : SEP, épilepsie partielle, dyskinésie - hypoglycémie, hypocalcémie
- Ψ : délire de revendication hypocondriaque, **simulation** (origine consciente, but précis) ≠ conversion

- Evolution chronique , alternant spt // résolutions, avec apparition de nouveaux spt (enrichissement)

• Complications :

1. **Dépression** (risque suicidaire)
2. **Conduites addictives** : alcoolisme , abus d'AL + surconsommation méd. & chir
3. **Retentissement socio-professionnel**
4. **Comorbidités** : autres tb. anxieux (phobies, TOC)
5. Complications somatiques II^R aux conversions (amyotrophie, ankylose) + **bénéfices II^R**

- le pronostic dépend beaucoup de l'entourage : limiter les **bénéfices II^R** qui contribuent à la chronicisation

- ttt crise (φ aiguë) : H° si spt sévères, amnésie ou fugue dissociative / ⇒ **ELIMINER ORGANICITÉ**
- **Eloignement de l'entourage** et **limiter les bénéfices II^R** +++
- **Rassurer** ± suggestion / persuasion du médecin / valoriser la guérison ++
- Chimiothérapie si trouble associé : AD si dépression ± anxiolytiques (prudents) et antiΨtiques si besoin
△ effets paradoxaux: agitation, désinhibition & **dépendance** ++
- ttt de fond : **Ψ thérapie** +++ indispensable (analytique, TCC, et familiale pour limiter les bénéfices II^R)

Trouble hypocondriaque

- ♂ = ♀, tout âge - 5 à 10 % des patients !!
- "croyance pathologique d'être atteint d'une maladie sérieuse" ≥ 6 mois
 - fondée sur l'interprétation erronée de symptômes physiques
(tous les organes peuvent être en cause mais classiquement "atteintes profondes")
- souffrance + retentissement socio-professionnel significatifs
- Examens normaux (cliniques + complémentaires) : aucun support n'est retrouvé

Toujours éliminer une pathologie organique +++

ou Ψ: Ø délire, schizophrénie... mais peut être retrouvé dans les psychoses, les états dépressifs

- Evolution chronique - Bon pronostic en l'absence de trouble de la personnalité pré-morbide, mais △ peut s'organiser en véritable délire paranoïaque avec incomptérence du milieu médical
- ttt:
 1. Un examen physique régulier permet de rassurer ponctuellement le patient
 2. **Ψ thérapie indispensable**, rôle fondamental de la "**relation médecin-malade**" +++
 3. "chimiothérapie" prudente : éviter l'escalade thérapeutique (± AL ou AD selon)



Trouble psychosomatique

= trouble somatique dont la dimension Ψ est prévalente +++

(≠ de l'hypocondriaque, chez qui aucun trouble somatique n'est retrouvé !)

ex: asthme, eczéma , psoriasis, troubles fonctionnels intestinaux, céphalées psychogènes, crises d'angor, stress aigu

- stress \textcircled{N} : ne dépasse pas possibilités adaptatives du sujet
- stress pathologique : rupture d'équilibre, désadaptation \Rightarrow pathologie de stress

→ Abord global du patient (bio, Ψ , φ , social) et PEC Ψ adaptée

SEXUALITÉ NORMALE ET SES TROUBLES

Après la schizophrénie et le suicide, passons maintenant à un sujet plus sérieux : *la sexualité normale et ses troubles*. Autant vous prévenir tout de suite, nous ne parlerons pas ici de sexualité normale. Vous ne me lirez même pas.

1 Dysfonctions sexuelles

- troubles du désir (intérêt sexuel) :
 - inhibition de la libido (dépression), aversion sexuelle
- troubles de l'excitation sexuelle :
 - impuissance / troubles de l'érection (psychogène 80 % >> organique)
 - hypersexualité
- troubles de l'orgasme :
 - frigidité (psychogène +++)
 - éjaculation précoce
- douleur :
 - Dyspareunie (QS gynéco) ▷ éliminer une cause organique
 - Vaginisme (psychogène +++)

2 Paraphilies (anciennement appelées "perversions sexuelles")

Exhibitionnisme	Exhibition des organes génitaux (avec souvent excitation sexuelle) devant des étrangers dans des lieux publics, sans désir d'un contact plus étroit.	Quasi-exclusivement masculin
Voyeurisme	Epiage d'autrui à son insu, dans son intimité quotidienne, pour arriver à une jouissance sexuelle	prédominance ♂
Fétichisme	Un objet particulier (chaussure, bas...) est indispensable pour accéder à la jouissance sexuelle.	prédominance ♂
Transvestisme	"Subordination du plaisir sexuel au port du vêtement spécifique de l'autre sexe"	Homme hétérosexuel 90%
Sado-masochisme	Douleur, humiliation ou asservissement au centre de l'activité sexuelle, infligés (sadisme) ou subis (masochisme)	Homme +++ (sex ratio = 20 ♂ pour 1 ♀)
Frotteurisme	Plaisir par attouchement ou frottement contre une personne non consentante	♂ < 25 ans
Pédophilie	Préférence pour une activité sexuelle, exclusive ou occasionnelle, avec un enfant pré-pubère chez un sujet âgé de plus de 16 ans.	souvent un proche de l'entourage de l'enfant
Autres perversions	<ul style="list-style-type: none">- Inceste : relation sexuelle entre 2 personnes liées par un lien de parenté interdisant le mariage- Zoophilie : "rapports sexuels avec des animaux où l'animal est préféré quelles que soient les autres possibilités d'activités sexuelles disponibles".- Nécrophilie : attraction érotique pour les cadavres- Coprophilie : utilisation d'excréments pour aboutir à une excitation sexuelle- Pictophilie : nécessité de regarder des images pornographiques pour être excité	

3 Troubles de l'identité sexuelle

PEC : Psychothérapie = **TCC** ++, ttt étiologique si pathologie sous-jacente
± inhibiteurs androgéniques (pulsions), expertise judiciaire

ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

= addictions sans produit mais partageant des supports neuro-biologiques communs avec les addictions aux substances

- Comportement donnant du plaisir ou soulageant des affects pénibles
- Echecs répétés pour contrôler ce comportement
- Poursuite malgré les conséquences négatives ++

Critères de Goodman

- impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement (**craving**)
- tension croissante avant d'initier le comportement
- plaisir ou soulagement au moment de l'action
- perte de contrôle de soi et de contrôle de la consommation
- tolérance, sd de sevrage, retentissement temps passé à l'addiction ↑ / vie quotidienne ↓ (cf. alcool)

Dostoïevski

Le Joueur
Pages de Dostoevski



Le Joueur

JEU PATHOLOGIQUE

= 1% population générale

"Avec l'argent que j'avais de mon premier gain, cela faisait mille sept cents florins en moins de cinq minutes! En vérité, à de pareils moments, on oublie tous les échecs antérieurs."

FACTEURS DE RISQUE	NB : ↑ récente avec les jeux en ligne (poker, paris sportifs..)	
Structurels	Jeu rapide & ludique // latence de paiement Gain initial = effet d'accroche Jeux électroniques online : accessibles, anonymes, confort, consommations associées...	
Situationnels	Ambiance de jeu / publicité / marketing ...	
Individuels	♂ fréquence +++ début précoce mood excitation / espoir de gains type paris sportifs / poker / jeux online comorbidités addictives ++	♀ + tardif évitement des conflits jeux de grattage / machines à sous anxiodépressives ++
▷ forte association aux comorbidités ++++ à dépister par évaluation multiaxiale	COMORBIDITÉS Ψ +++ : tb. humeur 40%, tb. anxieux 40%, tb. personnalité 40% CO-ADDICTIONS +++ : alcool ++ 80%, sexe, médicaments ↗ RISQUE DE SUICIDE / pop. générale	
△ aux anti-Parkinsoniens	Agonistes dopaminergiques (Sifrol, Requip) ⇒ hypersexualité + jeu pathologique	

"Oh! Comme mon cœur battait! Non, ce n'était pas l'argent que je désirais. Ce que je voulais, c'était me venger de toutes les humiliations. Je voulais les voir tous s'agenouiller devant mon succès."

DIAGNOSTIC	cf. critères de Goodman ci-dessus [ou ≥ 5 sur 10 critères DSM IV ou ≥ 4 sur 9 critères DSM V]	
Auto-questionnement "SOGS"	(= "South Oaks Gambling Screen") ↗ jeu pathologique si ≥ 5	
Distinction entre	joueur récréatif occasional pour le plaisir joue selon ses moyens accepte de perdre sa mise ne cherche pas à "se refaire"	joueur pathologique + souvent et + longtemps que prévu au centre de son existence au détriment du reste joue + qu'il ne peut se le permettre continue à jouer malgré les dommages occasionnés espoir irrationnel de gain
Distorsions cognitives	biais d'optimisme, illusion de contrôle du hasard, superstition / rituels, méconnaissance du principe d'espérance de gains négative et de l'indépendance des tours	
Evolution : 3 phases	gain initial ('big win')	pertes et ↗ prise de risques (tolérance) désespoir (risque suicidaire)

"J'ai perdu toute la somme et assez vite. D'abord j'ai joué sur le pair deux cents florins, et j'ai gagné, puis j'ai rejoué et regagné trois fois. C'était le moment de m'en aller. Mais un étrange désir s'empara de moi, j'avais besoin de provoquer la destinée, de lui donner une chiquenaude, de lui tirer la langue."

PRISE EN CHARGE	multidisciplinaire bio-Ψ-sociale, des comorbidités et de l'entourage
Objectif(s)	Abstinence vs. jeu contrôlé (jeu responsable) ↪ doit être une démarche volontaire
Limitation de jeux	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Limitation de jeux : <ul style="list-style-type: none"> • Interdiction de jeux : inscription au fichier national d'interdiction de jeux (3 ans / France), courrier au Ministère de l'Intérieur • Auto-exclusion : "selective" (casino ou site désigné), temporaire ou définitive ▶ Dossier de surendettement ▶ Curatelle renforcée
Ψ	Entretien motivationnel, TCC, thérapies brèves, associations de joueurs ± Antagoniste des récepteurs aux opioïdes (Naltrexone)
Prévention +++	auprès des joueurs (info, N°verts, réglementation, protection) et des opérateurs de jeu.

2

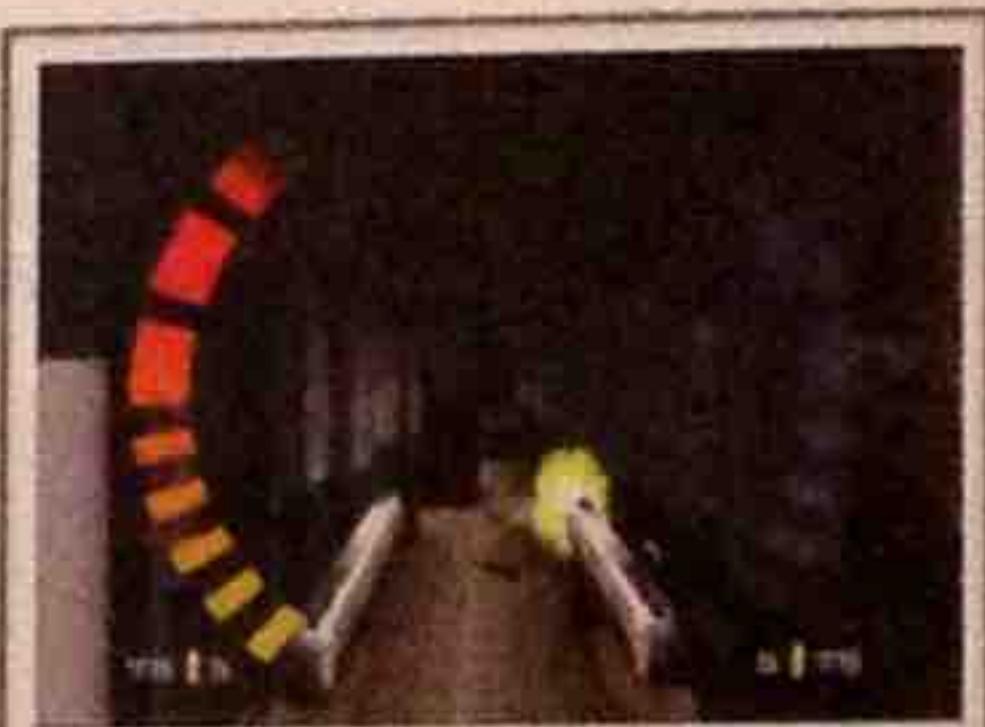
ADDICTION AUX JEUX VIDÉOS

99% des enfants 12-17 ans jouent

83% jouent ≥ 1 fois par semaine

42% jouent tous les jours

Addictions à internet ∈ trouble du contrôle des impulsions



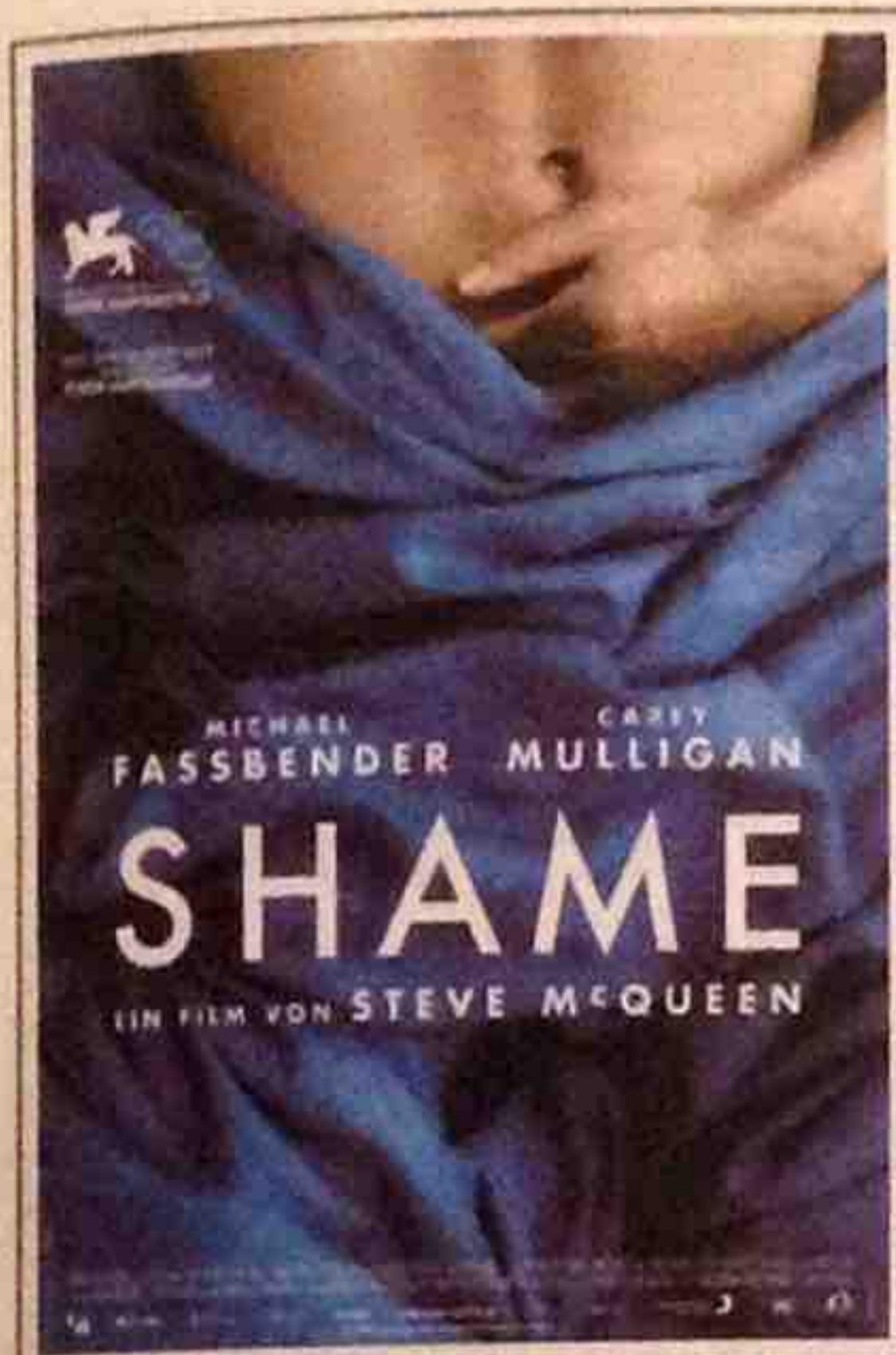
Terrain	♂ jeunes ++, 20% mineurs		
MMORPG = Massive Multiplayer Online Role Playing Game	(World of Warcraft, Gears of War... ∈ jeux de rôle en réseau à univers persistant) = stratégie + heroic fantasy / esthétisme + réseau social / communauté / dépendance au groupe ⇒ addictogène +++ et infini !		
FPS = First Person Shooter	("Doom like", Goldeneye...) = 3D, bras tenant l'arme, shooter game ⇒ addictogène +++, championnats		
Distinction entre	joueurs excessifs "normaux" = passionnés	joueurs pathologiques = dépendants	
	comportement évitable	obligation comportementale ("no life")	
	championnats, compétitions online ↪ "hardcore gamers"	Craving (envie irrépressible de jouer) manque / tolérance	
	pas de désocialisation / pas d'isolement	risques de déscolarisation / isolement social / codépendances	
Questions et risques autour de la violence et du sexe : -comportements psychopathiques / antisociaux favorisés ? (GTA, Postal) -♀ hypersexualisées?	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Prudence des méta-analyses : <ul style="list-style-type: none"> ↗ agressivité temporaire à court terme et ↘ émotions (self-control) visibles sur IRM fonctionnelles mais pas d'↗ de la criminalité violente démontrée. ⇒ Jeux vidéos = "coupable idéal" ou reflet d'une société elle-même hypersexualisée et violente? Certains jeunes "fragiles" peuvent néanmoins être influencés dans leur comportement. 		

3 ADDICTION SEXUELLE

[NB : la sexualité et ses normes varient en fonction des époques & des références sociales, culturelles et religieuses]

= comportement sexuel compulsif contre lequel le sujet essaie de lutter et qui engendre une souffrance

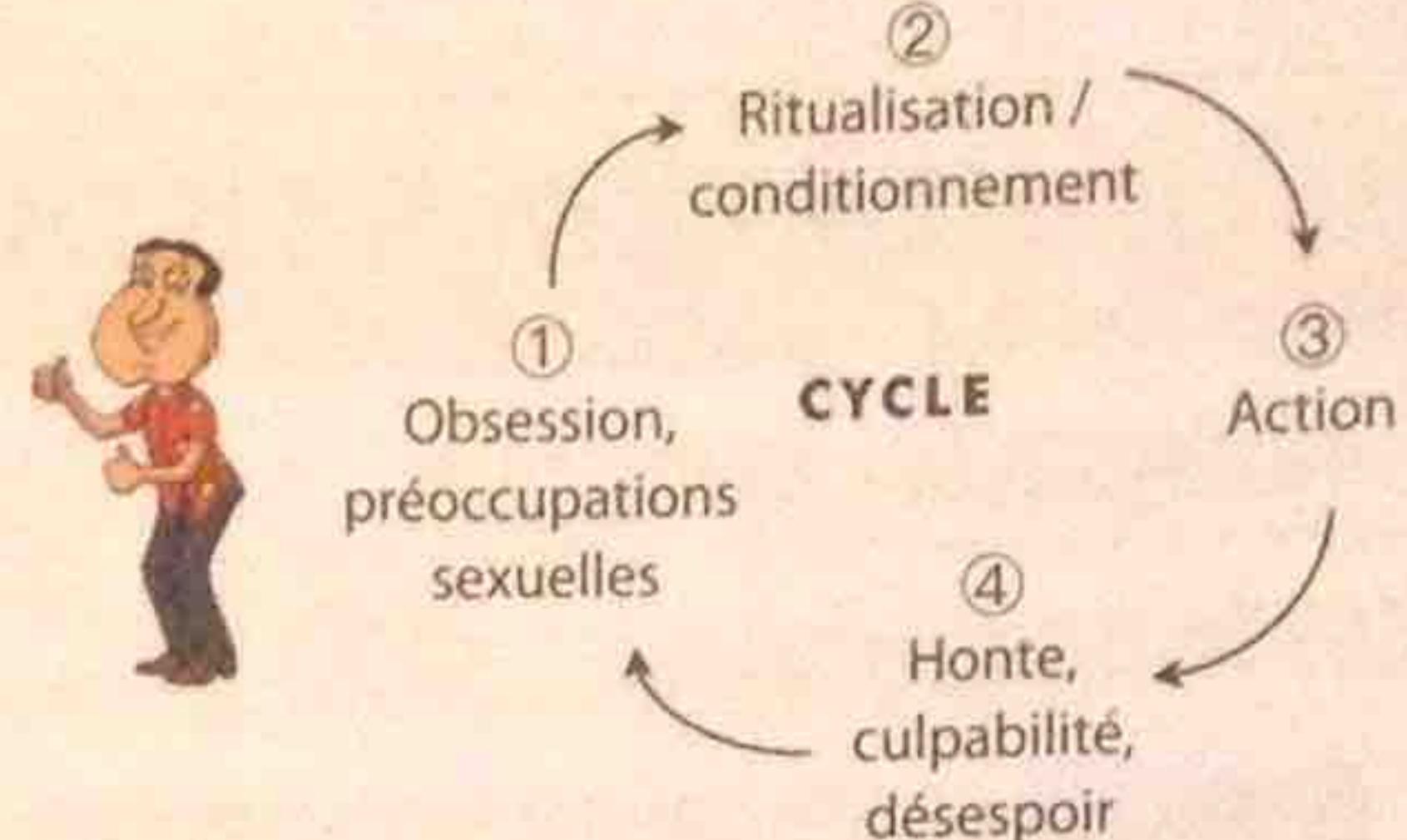
ou "désarroi découlant d'un mode de relations sexuelles répétitives impliquant une succession de partenaires sexuels que l'individu ne perçoit que comme des objets dont on se sert" (DSM IV)



De l' **impulsion**
à la recherche du plaisir

à la **compulsion**
pour évitemnt de la souffrance
Etat émotionnel négatif
à la recherche d'un **soulagement**
(culpabilité ++)

Addiction quand l'assouvissement du besoin prend le pas sur la vie quotidienne (diminution de la capacité à se contrôler, perte de contrôle de la consommation)



Libération de **dopamine** (molécule du plaisir et de la récompense) dans le noyau accumbens
= **craving de récompense**

Remaniements cérébraux à long terme

Emballage du réseau dopaminergique provoquant un besoin incessant de plaisir, l'état émotionnel négatif devenant la motivation principale à consommer
= **craving de soulagement**

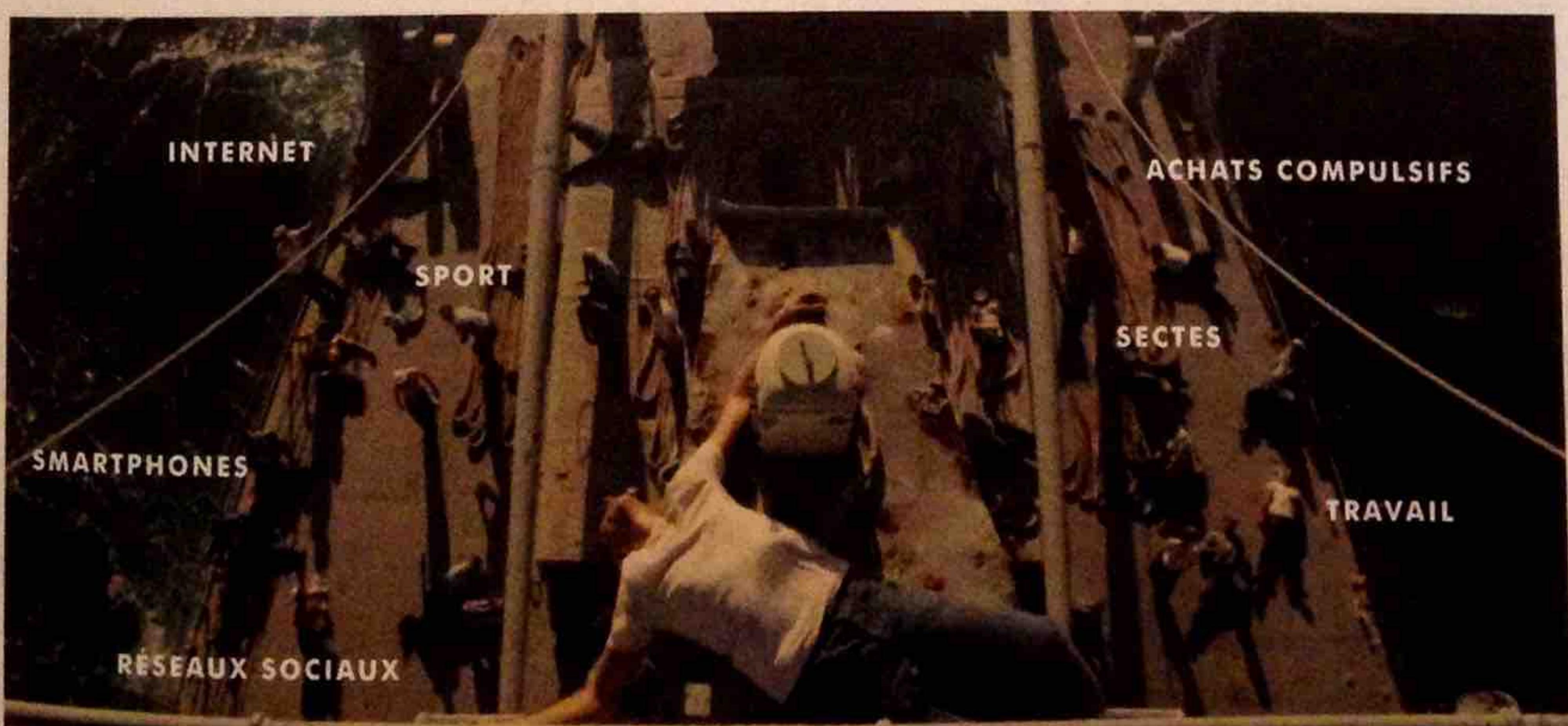
Modifications de la plasticité synaptique (et du souvenir de l'expérience)
+ Conditionnement par les stimuli associés (libération anticipée de dopamine) aboutissant à une dépendance psychique

△ Penser au bilan IST + test de grossesse

PEC classique médico-Ψ-sociale (dont thérapie de couple parfois), longue, difficile et souvent semée de rechutes.

4 AUTRES CONDUITES ADDICTIVES SANS PRODUIT

Sources recommandées @ifac : www.ifac-addictions.fr/les-addictions-comportementales
et @inserm : www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions



"If you figure a way to live without serving a master, any master, then let the rest of us know, will you?
For you'd be the first person in the history of the world." - The Master (2013), Paul Thomas Anderson

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

(TCA)

♀ 1% ♂ 0,2% (en adolescents)

107/108

/ 2005

ANOREXIE MENTALE

♀ adolescente & adulte jeune - 1% population - pays riches

① Triade symptomatique : « 3 A »

- **Anorexie** : restriction alimentaire volontaire
± prise de diurétiques, laxatifs, L-Thyroxine ++
- **Amaigrissement** : maintien du poids < 15 % (N) / *anorexia*
- **Aménorrhée** : constante, l^e ou l^o n'inquiète pas la patiente
1^e cause chez ado
+ signes Φ : tb. Ψ majeur ni pathologie somatique
+ débute souvent après un régime

50 % association $\Delta g = \text{anorexie} + \text{compulsive} + \text{image corp}$

1. **Prodromes** : besoin impérieux de nourriture + lutte anxieuse - "FRINGALE"
2. **Crise boulimique** : Ingestion **compulsive** d'une grande quantité de nourriture, en cachette et en temps limité, SANS sensation de faim ni de plaisir
3. **Phase résolutive** : culpabilité, honte / dégoût de soi
± **Vomissements provoqués** & médicaments
dg : répétition crises ≥ 2 / sem, prolongées > 3 mois

② signes associés : • Besoin de contrôle +++

- **Peur de grossir** & préoccupation pondérale obsédante ("obsession du poids"), pesées...
- Préoccupation culinaire / nourriture excessive : "tri alimentaire", restriction, cuisine pour les autres
- **Hyperactivité intellectuelle et physique** : Hyper-investissement scolaire & sportif ++
- Sexualité désadaptée (hypo ou hyper)
- **DÉNI de la maigreur** avec **dysmorphesthésie**
(altération de l'image corporelle) → dissimulé par vêtements larges

• Dimension dépressive ++

conscience du trouble - vie normale par ailleurs

③ signes somatiques : *côte ++ / tête tasse*

- **Dénutrition** : tb. des phanères (peau sèche, cheveux / ongles cassants, hypertrichose), escarres, perte des formes féminines, OMI...
- **hypométabolisme** : bradycardie, hypoTA, hypothermie...

→ Eliminer une cause organique d'anorexie +++ :

endocrino (hyperthyroïdie, diabète, Addison), dig (MJC, M. coeliaque..), K et cause Ψ : dépression, schizophrénie

le plus souvent :
normo pondéral (15 % obèses, 15 % maigres)
∅ aménorrhée ($\frac{1}{3}$ aménorrhée ou dysménorrhée)

Complications II^R aux vomissements

- * **lésions bucco-dentaires** & mains abîmées
- * **hypertrophie des parotides**
- * **haleine cétonique fétide**, ± voix altérée
- * **oesophagite**, EBO, **gastrite** / Mallory-Weiss, PNP inhalation
- * tb. métaboliques : hypoK⁺, alcalose hypoCl, DEC

Bilans : **iono** ○ recherche d' **hypokaliémie** +++

► **ECG** +++ et d' **hyponatrémie**

- Bio : **glycémie**, lipides, albu, pré-albu, CRP, **Ca²⁺**, **BHC**, **NFS**
- endoc : thyrotrope (TSH), gonadotrope (FSH, LH et OE)
- Rx : signes de déminéralisation, ostéoporose → DMO > 6 mois

idem

+ **Bilan dentaire / stomato** (Panoramique)
○ confection de gouttières
± EOCD

1. GUÉRISON (1/2)

2. persistance + tb. névrotiques ++ (phobies, TOC) = comorbidités Ψ

3. CHRONICISATION (1/3) + évolution vers **boulimie** +++

4. Aggravation = formes GRAVES (1/3) : **10% ↑**

hypoK⁺ (++) ⇒ risque **↑** (TDR) : ↑ subite infections, cachexie, dénutrition majeure, ostéoporose, BMI < 14

+ **Dépression, SUICIDE** +++ (évaluer risque), isolement

Personnalité border-line, automutilations

* **Conduites addictives** ++ : **alcoolisme**, médic.

* **CHRONIQUE** (30%)

* **Complications somatiques sévères** (Pc vital) :

hypoK⁺ (++) ⇒ risque **↑** (TDR) : 1^{re} cause ↑ EBO, gastrite...

* **Dépression** (mauvais pronostic), suicide
Retentissement socio-affectif ++, isolement

Δg ↑ et non d'élimination

P S Y C H I A T R I E

• > 20%
• > 2 kg / an
aphagie tot
• bat
Satiété/constipation

IMC < 14 → > 17 cm
< 13,2 → > 15 cm
< 12,7 → > 13 cm

• FC < 60 = 1
• TA < 80/50
• T° < 35,5°

• gfa < 56 g/L
• calvus
• K+, Na+, P+, Fe
• creat > 200
• cytolys > 4 N

• BMI < 1
• Pg < 60

Hospitalisation si :

- Pronostic vital en jeu : trouble ionique (hypoK⁺ +++) ou ECG, complication infectieuse sévère ↳ Réa et ttt U hypoglycémie, dys Na⁺, hypoP, IRA ou cytolysé sévère ou signes de mauvaise tolérance clinique
- amaigrissement important & rapide (BMI < 14),
- épisode dépressif avec risque suicidaire / anorexie / org / toxico / TOC / idée d'individuel / purge intensive

avec ① Réhydratation et RHE : apport K⁺

② Bilan des conséquences somatiques +++ :

- œso-gastriques (Mallory Weiss) ↳ EOGD
- bucco-dentaires
- DMO, hypocalcémie, bilan hormonal

ambulatoire sinon : **PEC multidisciplinaire** (famille, Psi, diététicienne, MG) sur le long terme ++

Anorexie mentale	Boulimie
<p>① Contrat de poids</p> <p>+ Isolement initial du milieu familial</p> <p>objectifs : "poids de sortie" à atteindre, de réentrée / de séparation ± levée d'interdiction en fonction de la prise de poids</p>	<p>classiquement mais de + en + discutés</p>
<p>② PEC nutritionnelle ++ Supplément Ph + vit ++ diététicienne ↳ alimentation équilibrée, RÉEDUCATION ALIMENTAIRE +++ Surveillance du poids régulière ++, iono, ECG, repas ...</p>	<p>diététicienne ↳ RHD pour conduites alimentaires saines : - 3 repas / j, au calme, bien mastiquer, limiter les quantités - "Carnet alimentaire" +++ - liste d'aliments avant les courses, <u>pesée / semaine</u></p>
<p>③ Ψ thérapies + + + indispensables</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>familiale</u> +++, de soutien - <u>TCC</u> : corriger les fausses croyances alimentaires - d'inspiration analytique 	<ul style="list-style-type: none"> - familiale - <u>TCC</u> ++ de contrôle alimentaires - d'inspiration analytique
<p>④ "Chimiothérapie" limitée : AD si dépressions récurrentes</p> <p>⚠ 2^e renutrit inappropriée !</p>	<p>AD = Sérotoninergiques +++</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ <u>action "anti-impulsive"</u> +++ IRS : Fluoxétine / Prozac® 3 cp/j <p>même en l'absence de troubles thymiques</p>

Remarque : On notera que les psychiatres sont les seules personnes sur terre qui persistent à employer le terme "Chimiothérapie" pour désigner un traitement médicamenteux et pas une molécule anti-cancéreuse. Ces gens-là sont-ils au courant du sens qu'a le mot "chimiothérapie" pour le reste du monde ?



– Non, nous préférons appeler les anxiolytiques une "chimiothérapie", cela nous paraît un terme tout à fait approprié et moderne.

TCA de l'enfant

- Anorexie de la 2^e - 3^e année : oppositionnelle ou phobique - contexte anxieux - très fréquent et **bénin** ++
- Vomissements psychogènes : conflit ou réaction à un traumatisme - bénéfices II[®]
- Polyphagie : ennui ou abandon affectif - risque d'obésité

DEUIL NORMAL ET PATHOLOGIQUE

Deuil = processus Ψ normal "en mouvement" +++ (= évolutif) = "Cheminement"
 (Intensité & durée dépendent des circonstances / brutalité du décès, l'âge du défunt et du lien affectif existant)

1 Phase de CHOC ou de DÉTRESSE

- ⊖ subagitation anxieuse, refus temporaire de la réalité, colère
- ⊖ état dissociatif : retrait avec pseudo-indifférence, torpeur, déréalisation
- ⊖ comportement adapté



Stades d'Elisabeth Kübler-Ross

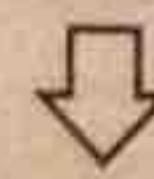
1. **DÉNI** - refus
2. **RÉVOLTE** - agressivité - colère
3. **MARCHANDAGE** - culpabilité + régression
4. **DÉPRESSION** - tristesse
5. **ACCEPTATION** - résignation

2 Phase DÉPRESSIVE (6 - 8 mois)

		"dépressivité"	dépression majeure caractérisée
Tristesse		∅ pathologique (Δ selon l'activité) douleur morale, culpabilité	pathologique : envahit totalement le vécu du sujet idées suicidaires patentes ou exprimées anxiété souvent envahissante
Ralentissement Ψ -moteur		inhabituel	manifeste
signes somatiques		insomnie d'endormissement ± anorexie, ↘ libido spt somatiques fonctionnels (TFI, céphalées, rachialgies)	insomnie d'endormissement ET du petit matin Anorexie , amaigrissement - ∅ libido Asthénie +++
processus de deuil "en mouvement"		lent mais évolutif	blocage du processus en mouvement (ex: sidération pendant 3 mois)



aide Ψ et \emptyset AD !



aide Ψ et **anti-dépresseurs**
seulement si processus de deuil bloqué +++

→ Travail de deuil ++ :

- désinvestissement initial de la réalité
- investissement de soi (repli sur sa souffrance)
- réinvestissement de la réalité : évolution de la relation aux souvenirs du défunt & reprise des relations avec l'entourage
= retour plus progressif des souvenirs positifs liés au défunt

3 Phase d'ADAPTATION (6^e - 8^e mois)

- investissement de nouveaux intérêts et projets, nouvelles relations, identifications aux qualités positives du disparu.
- Un deuil est normalement terminé vers le 12^e mois

Rq : Chez l'enfant ↗ parfois pseudo-indifférence avant la souffrance

Chez des parents perdant un enfant ↗ un travail de deuil extrêmement long et douloureux est habituel
et ne doit pas être considéré trop tôt comme un 'deuil pathologique'

DEUILS COMPLIQUÉS

= >12 mois de comportement dérangeant et/ou incapacité fonctionnelle
dans les domaines de la vie sociale, professionnelle et/ou familiale

- durée > aux 12 mois habituels (6 mois, enfant)
- intensité : dépression majeure (sévère avec idées suicidaires ou prolongée > 12 mois) - cf. ci-contre -
avec blocage du processus en mouvement du deuil +++ (⇒ nécessite alors AD)
- troubles du comportement associés : abus de toxiques (alcool) ou conduites à risque

DEUILS PATHOLOGIQUES

- deuil maniaque
- deuil mélancolique
- deuil délirant : paranoïaque ++ (↑ attribuée à un responsable / au médecin), dissociatif
- dénie de la réalité de la mort
- sentiments inconscients de culpabilité (ambivalence de la relation)
- dysfonction des processus d'identification : défunt ressenti comme dangereux → deuil mélancolique

F D R	Prise en charge
- sujet fragilisé (pathologie physique, Ψ, personnes âgées) - isolement social - circonstances tragiques de la perte : accident, suicide, catastrophe, assassinat - nature de la personne disparue (enfant +++)	- conseils à la famille - favoriser la verbalisation et l'expression des émotions - expliquer la normalité et la nécessité du deuil - psychothérapie de soutien - traitement médicamenteux selon l'intensité des symptômes

AUTISME DE L' ENFANT

- TROUBLES ENVAHISANTS DU DÉVELOPPEMENT -

- prédominance O^o FDR : ATCD de TED dans la fratrie

△ PAS de lien entre autisme et vaccin R.O.R !

- dg clinique : Sd autistique

> 3 ans !

① Troubles du COMPORTEMENT :

- ISOLEMENT AUTISTIQUE (tb. relations) : retrait, pauvreté des interactions, indifférence, évitement du contact oculaire*
tb. des interactions sociales → déficit de l'attention conjointe, absence de pointage proto-déclaratif
- IMMUABILITÉ : intolérance au changement avec réactions anxieuses & imprévisibles
- tb. des conduites motrices : bizarreries (marche sur la pointe des pieds), stéréotypies, cris... tb. tonus chez le bébé*
- TCA*, tb. sphinctériens (retard propreté, énurésie), tb. du sommeil*, "bébé trop sage", ○ sourire, ○ peur de l'étranger

② Troubles du LANGAGE ++ / de la communication :

dysphasie, dyspraxie, dysgraphie, dysorthographie

○ utilisation du "je", mutisme, bizarreries, écholalie - ○ pointage d'objet*, ○ attention conjointe*

③ Troubles INTELLECTUELS et des AFFECTS :

Déficit intellectuel quasi-constant, humeur labile, automutilations, rires/ colères immotivées

± Sd d'Asperger = Autisme de "haut niveau" (mémoire phénoménale, oreille absolue...) (ex: "Rain Man", "Shine")

→ Examen somatique + neuro. complet : éliminer étiologie organique ++ (surdité, tb. visuel..)

Examen pédo-Ψ +++ : développement Ψ-M, interactions, relations - PEC multidisciplinaire

• Bilan étio:

- Bio standard + bilan endocrino (TSH...) & métabolique
- **Bilans ORL** (audiogramme, PEA), **ophtalmo** (FO, PEV), **Ψ & Ψ-moteur** et **orthophonique** ++
- **IRM cérébrale** et/ou **TMC c** - EEG - Cs neurologique
- Bilan infectieux : sérologies 'TORSCH', oreillons - Cs génétique : **Caryotype**, recherche X fragile...

• Eto: 1. **IDIOPATHIQUE** +++ : dans la grande majorité des cas, bilan étio. ci-dessus négatif

2. **Neuro** : hydrocéphalie, macrocéphalie - Epilepsie (Sd West, Lennox-Gastaut) - Phacomatoses (Bourneville, VR)

3. **Infections** : encéphalite herpétique, toxo, rubéole

4. Sd de l' X fragile , phénylcétonurie et tb. métaboliques

• dg ≠ : • déficit sensoriel : **SURDITÉ** +++, cécité

• Retard mental, carences affectives, dysphasie (= tb. du langage isolé sans retard intellectuel), dysgraphie isolée praxie

orthographie

• Evolution : **maladie chronique** - Scolarisation impossible la plupart du temps ⇒ aménagements familiaux ou institutions spécialisées

• Facteurs de mauvais Pc :

- sexe ♀ - fonctionnement familial pathologique
- Gravité du retard mental - Précocité d'apparition des troubles
- Profondeur du retard de langage : absence totale de langage > 5 ans
- Epilepsie associée ++

• ttt: PEC "pluridisciplinaire", difficile, essentiellement symptomatique

1. Ψ-éducatif : **Programme psycho-pédagogique** +++ (collaboration médic/ famille / institution spécialisée)

2. médical : ○ systématique = **NL faible dose** (contre agitation, agressivité ou retrait)

mais △ aux effets IIR (+++ chez l'enfant) : dyskinésies tardives

3. sociothérapie, PEC 100% + rééducation orthophonique & psychomotrice ++

+ PEC famille (Ψ) ++ à ne jamais oublier dans toutes les maladies chroniques de l'enfant - "GUIDANCE PARENTALE"

- Alerte
- φ balancement, pointage à 18 mois
 - φ mots à 18 mois
 - φ associer mots à 24 mois
 - perte compétences

TROUBLES ENVAHISANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED) - CIM 10 -

Autisme infantile

Autisme atypique (dans l'âge et/ou les spt)

Signes évocateurs : inquiétude des parents, régression dans le dvlpt du langage ou des relations sociales ∀ âge

dg clinique (entretiens ADI-R, ADOS)

Sd de Rett

Recherche pathologies associées : tb. sommeil, tb. Ψ, épilepsie, retard mental

Autre trouble désintégratif de l'enfance

Bilans

Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés

IRM cérébrale avec spectroscopie

Sd d'Asperger

Bilans vision et audition + orthophonique

Autres TED

Bilan Ψ, Ψ-moteur et neurologique

TED, sans précision

Cs génétique

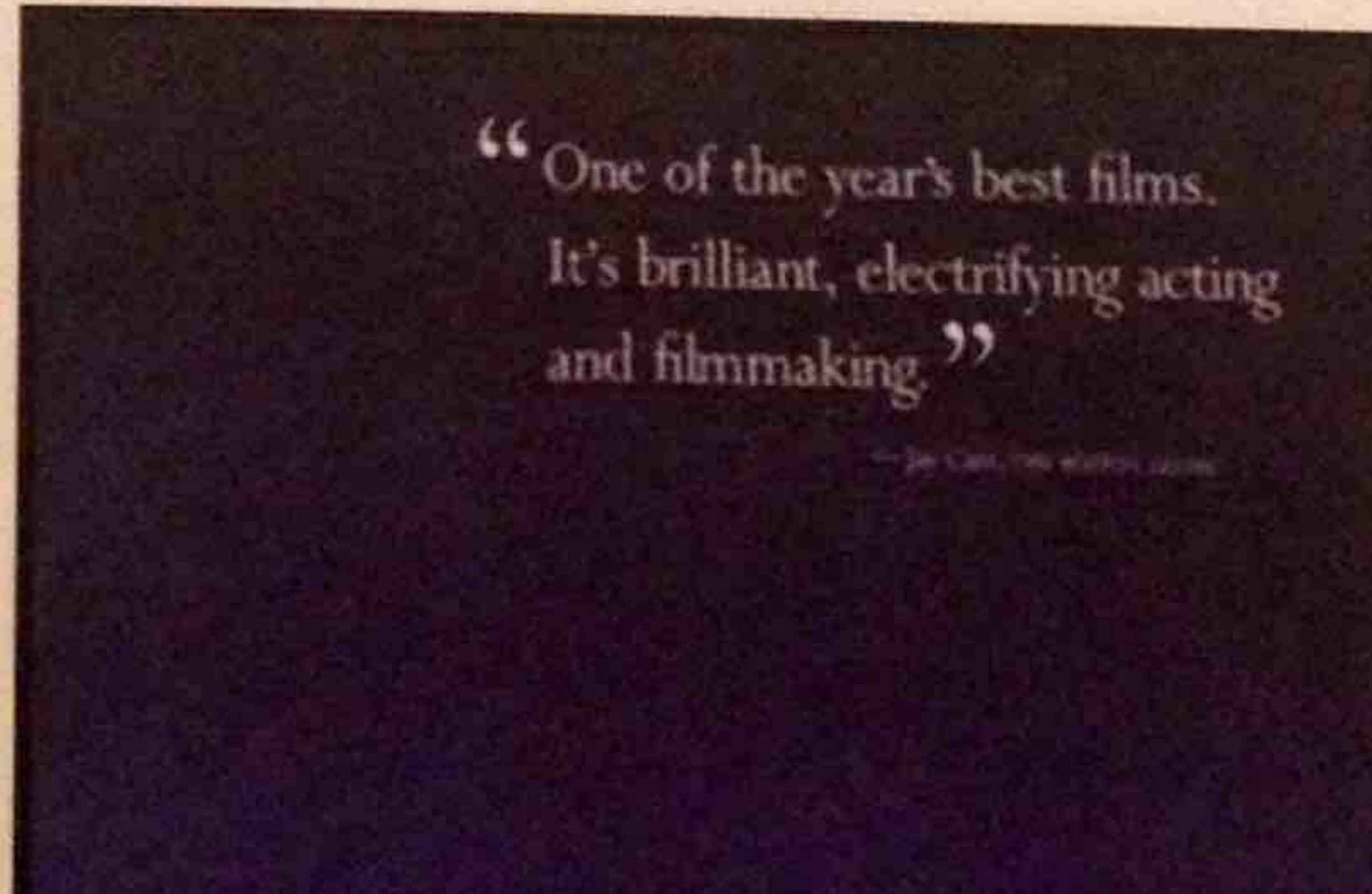
Suivi : Projets personnalisés d'interventions, de scolarisation et de compensation (tout au long de la vie)

Hyperactivité

♂ > ♀, fréq ++, banal φcq < 5ans
 → mote, avis prof & entourage, gène
 → échelle Connors

peut être la crq de ~ tout:
 - retard QM
 - pb sensitif

→ inattention



DOULEUR ET SANTÉ MENTALE

Douleur = "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage." ☐ rend légitimes les douleurs sans lésion et met sur un même plan les dimensions sensorielle et affective

☐ Les patients psychiatriques ressentent bien la douleur, mais l'expriment dans un comportement ou un langage qu'il faut savoir décoder (déni / absence de réaction / absence d'expression / expression douloureuse particulière).
Peu d'études publiées. Pathologies somatiques souvent associées.

☐ Pas d'échelle d'évaluation spécifique en santé mentale, mais évaluation globale du malade :

- contexte de délire ou d'hallucinations ?
- attention particulière prêtée aux changements de comportements et d'attitude ++ : "5 W"
- examen en plaçant ses mains tour à tour sur les parties du corps pour vérifier si douleur

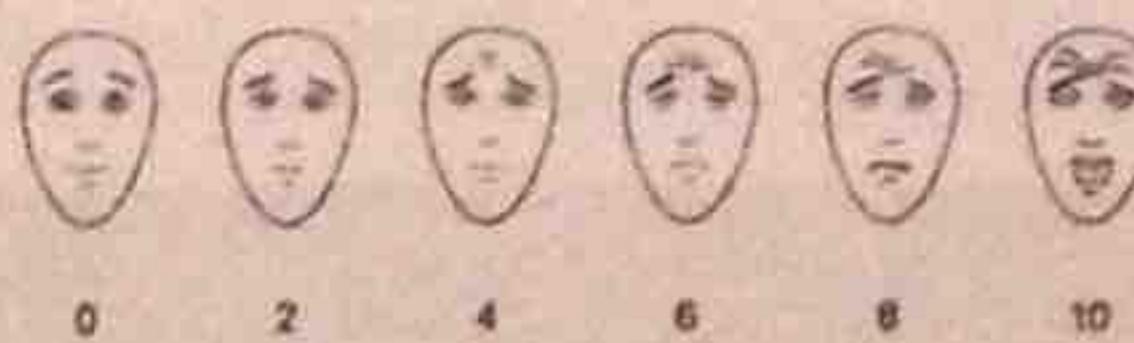
- Critères **visuels** : expression faciale, position, mouvements
- Critères **auditifs** : verbalisation de la douleur, cris
- Critères **tactiles** : crispation au toucher de la zone douloureuse
- Critères **mesurables** : FC, TA, FR, T°, signes inflammatoires locaux...

☐ Auto-évaluation : Schémas topographiques de localisation douloureuse

EVA = échelle visuelle analogique / échelle numérique

EVS = échelle verbale simple : 0 = non, 1 = un peu, 2 = beaucoup, 3 = énormément

Faces pain scale (comme chez l'enfant)
= échelle des 6 visages



☐ Hétéro-évaluation si non communicants / difficultés de communication majeurs

Echelles **DOLOPLUS 2** / **ECPA** / ou **EDAAP** +++ (Echelle Douleur Adolescent ou Adulte Polyhandicapé) :

= échelle qualitative d'évaluation comportementale sensibilisant le personnel soignant à la prise en compte de la dl
3 sous-groupes : retentissement somatique / Ψ-moteur / Ψ-social, chaque item coté de 0 à 3, **douleur si total > 6/44**

Douleur et schizophrénie

Longtemps ignorée ou sous-estimée, la douleur des patients schizophrènes et psychotiques est bien réelle : système endogène d'inhibition normal mais hypoalgesie

- **Incidence des psychotropes sur la perception de la douleur**
- Modif. neurobiologiques du taux d'opioïdes endogènes / de dopamine / dysrégulation glutaminergique
- **Perte du sens de la douleur** liée à l'évolution de la schizophrénie (↗ insensibilité à la douleur avec l'âge)
- Apparente insensibilité à la douleur (= douleur non ressentie !) :

absence de réflexe de retrait nociceptif (brûlures..)

absence d'expression émotionnelle

absence de réponses comportementales de réactivité à la dl : le stimulus douloureux est subit sans intervenir sur l'agent causal

Douleur et autisme

- **Trouble de la perception de la douleur** : cris sans inconfort, tb. du sommeil, agressivité, accès de violence brusque et automutilation (tentative de libération d'endorphines? réponse à la frustration? incapacité d'expression de la dl?)
↳ en rapport avec les **tb. de la communication, de l'image du corps et de la symbolisation** propres à l'autisme.
- **Changements de comportement** (gémissements, pleurs, prostration) très difficiles à interpréter en terme de dl
- **Conduites hétéro-agressives brutales** envers personnes ou objets après une stimulation douloureuse forte

Prise en charge globale multidisciplinaire + **Défi pour les soignants ++**

ttt étiologique et symptomatique d'une pathologie somatique sous-jacente

Un ttt antalgique approprié (y compris les morphiniques++) doit être prescrit.

Education de l'équipe soignante, insuffisamment formée à la reconnaissance de la douleur ++

FACTEURS DE RISQUE, PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DES TROUBLES PSYCHIQUES

3 TYPES DE FDR = MODÈLES DE VULNÉRABILITÉ INTÉGRATIFS BIO-Ψ-SOCIAUX

SOCIO-ÉCONOMIQUES & ENVIRONNEMENTAUX	<ul style="list-style-type: none"> Toxiques : consommation et sevrage Famille : maltraitance, conflits, difficultés scolaires, changement social rapide, conditions de W, deuil, isolement Culture : précarité, pauvreté / malnutrition, discrimination, exclusion, guerre, catastrophes climatiques 								
PSYCHOLOGIQUES	<ul style="list-style-type: none"> Personnalité (tempérament & caractère) Capacités cognitives et niveau intellectuel 								
BIOLOGIQUES	<ul style="list-style-type: none"> Facteurs génétiques (ATCD familiaux) & socio-démographiques (ex: schizophrénie = ♂++) Certaines patho. médicales (non Ψ) 								
Certains FDR sont spécifiquement liés aux différents âges de la vie : 	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Anténatal</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Tb. Ψ chez les parents Expositions à des agents pathogènes / toxiques pendant la γ </td></tr> <tr> <td>Enfance & adolescence</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Retard Ψ moteur Maltraitance / Tb. Ψ parentaux / fratrie Echec scolaire Toxiques </td></tr> <tr> <td>Adulte</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Stress professionnel Précariété Toxiques </td></tr> <tr> <td>Sujet âgé</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Isolement social & familial (deuil) Maltraitance Précariété </td></tr> </tbody> </table>	Anténatal	<ul style="list-style-type: none"> Tb. Ψ chez les parents Expositions à des agents pathogènes / toxiques pendant la γ 	Enfance & adolescence	<ul style="list-style-type: none"> Retard Ψ moteur Maltraitance / Tb. Ψ parentaux / fratrie Echec scolaire Toxiques 	Adulte	<ul style="list-style-type: none"> Stress professionnel Précariété Toxiques 	Sujet âgé	<ul style="list-style-type: none"> Isolement social & familial (deuil) Maltraitance Précariété
Anténatal	<ul style="list-style-type: none"> Tb. Ψ chez les parents Expositions à des agents pathogènes / toxiques pendant la γ 								
Enfance & adolescence	<ul style="list-style-type: none"> Retard Ψ moteur Maltraitance / Tb. Ψ parentaux / fratrie Echec scolaire Toxiques 								
Adulte	<ul style="list-style-type: none"> Stress professionnel Précariété Toxiques 								
Sujet âgé	<ul style="list-style-type: none"> Isolement social & familial (deuil) Maltraitance Précariété 								

3 NIVEAUX DE PRÉVENTION DÉFINIS PAR L'OMS

	BUT	ACTIONS	
PRIMAIRE	<ul style="list-style-type: none"> ↓ l'apparition de nouveaux cas à l'échelle de la population générale 	<ul style="list-style-type: none"> Actions de santé publique (campagnes de prévention ++) Mesures socio-culturelles pour améliorer la qualité de vie et mieux intégrer l'individu dans la société 	
SECONDAIRES	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage et prise en charge précoces des troubles Ψ à l'échelle individuelle ⇒ Dépistage des FDR de troubles Ψ & mesures préventives spécifiques selon les différents âges de la vie : 	<p>Périnatal & petite enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> dépistage maltraitance et tb. Ψ mère PMI : suivi rapproché des mères aux ATCD Ψ dépistage tb. Ψ précoce et tb. dvlpt Ψ moteur <p>Enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> suivi dvlpt Ψ moteur, social et nutritionnel (RHD) accompagnement Ψ des patho. médicales ou traumatismes dépistage maltraitance et signalement si besoin / aide éducative dépistage tb. Ψ débutants ou ATCD tb. Ψ parentaux / fratrie <p>Adulte</p> <ul style="list-style-type: none"> RHD de bonne santé Soutien Ψ des situations difficiles (stress au travail, patho. médicales..) dépistage & aide au sevrage de substance additive dépistage tb. Ψ débutants et PEC précoce <p>Sujet âgé</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier les situations à risque de maltraitance /isolement/ précarité Maintien d'une vie sociale (structures de jour) dépistage tb. cognitifs débutants dépistage tb. Ψ débutants (dépression +++) 	
TERTIAIRE	<ul style="list-style-type: none"> ↓ les rechutes et l'incapacité liés aux troubles Ψ 	<ul style="list-style-type: none"> meilleure réadaptation socio-professionnelle optimisation des ttt 	

ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE

Troubles mentaux = 20% population générale en France (12 à 15% des invalidités)

0 → n

SECTEUR +++ = "zone géographique délimitée, déterminée par le lieu de résidence de chaque patient, où une équipe multidisciplinaire de Ψ a la responsabilité de l'offre de soins et des actions de prévention I, II et III[®]"

• **SECTORISATION** = base de l'organisation, coordination & continuité des soins Ψ (1960)

• insertion et maintien du patient dans la communauté

• **CMP** (Centre médico-psychologique) +++ = structure pivot du secteur

• **ARS** = coordonne les soins entre centres de santé + planifie l'offre médico-sociale (2009-2011)



3 objectifs de santé publique = lutte contre :

1. les troubles mentaux
2. l'inégalité d'accès aux soins
3. la stigmatisation des personnes souffrant de troubles Ψ

3 modes de prise en charge Ψ :

1. **Ambulatoire** (Cs, Ψ de liaison, CMPP, CAMSP)
2. **H^o complète** + post-cure, centre d'accueil et de crise d'^U = CAC
3. **Soins séquentiels** : HDJ ou de nuit.
Accueil thérapeutique à temps partiel = **CATTP** ++

Structures médico-sociales : centre médico-Ψ-pédagogique (CMPP), centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Offre de soins spécifique : Ψ d'urgence, Ψ de liaison (équipes intervenant dans les services médicaux non Ψ), addictologie, Ψ du sujet âgé, du secteur pénitentiaire, Cs de recours pour les pathologies complexes

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE : DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DU RÉSEAU DE SOINS Ψ

	FORMATION	COMPÉTENCES	EXERCICE
Psychiatre & pédopsychiatre	= médecins 10 à 11 ans d'études, 15.000 en France, mais inégalités de répartition géographique +++ : > 1/3 en Ile-de-France, majorité libérale en zone urbaine et au Sud + pénurie de psychiatres dans le centre	▷ peuvent poser un dg + prescrire examens & soins (dont médicaments ++) ▷ peuvent décider d'une H ^o et rédiger des certificats médicaux ▷ peuvent aussi poser l'indication d'un ttt psychologique et faire des psychothérapies si formés	- Hospitalier (coordonne la PEC globale, travaille en réseau avec les généralistes & services sociaux) - ou libéral : indépendant, Cs remboursées partiellement par la sécurité sociale
Psychologue	= diplôme universitaire de 3 ^e cycle en psychologie 5 ans d'étude 36.000 en France	▷ soutien Ψ ▷ entretiens Ψ-thérapeutiques ± selon sa formation : Ψ thérapies de groupe, familiales, TCC, Ψ-analytiques ou relaxation	- Hospitalier / service de Ψ - ou libéral : indépendant, non remboursé par la sécurité sociale
Psychanalyste	= pas de reconnaissance légale Formation univ. en sc. humaines + ont subi une psychanalyse personnelle (dite didactique) 6.000 en France		Exercice libéral, non remboursé par la sécurité sociale
Psychothérapeute	= professionnel inscrit au registre national des psychothérapeutes (2004) : validation d'une formation de 400 h et d'un stage pratique de 5 mois pour les titulaires d'un master de psychologie ou psychanalyse, ou d'un doctorat en médecine		Exercice libéral, non remboursé par la sécurité sociale
Psychomotricien	= diplôme d'Etat après 3 ans d'étude	▷ pb de motricité et d'image du corps : thérapies corporelles	service Ψ ou crèches / écoles
Autres	- Infirmier : diplôme d'Etat, 3 ans - Travailleur social (assistant de service social ou éducateur spécialisé) : diplôme d'Etat, 3 ans - Orthophoniste : diplôme d'Etat, 4 ans / Ergothérapeute : diplôme d'Etat, 3 ans		

TECHNIQUES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

+ Bases psycho-pathologiques de la Ψ médicale

Grands courants de la pensée Ψ

1. Épidémiologie et classifications → descriptif des maladies / courant nosologique :

Classification APA = DSM IV-TR puis DSM 5	<ul style="list-style-type: none"> - descriptive - athéorique - catégorielle - multi-axiale ↳ 	<ul style="list-style-type: none"> - axe I = troubles cliniques - axe II = troubles de la personnalité, retard mental - axe III = affection médicale générale - axe IV = problèmes sociaux & environnementaux - axe V = évolution globale du fonctionnement
Classification OMS = CIM 10	(internationale)	<i>QS Classification des troubles mentaux</i>

2. Théories biologiques → cerner les perturbations communes de ces maladies

Organo-mécaniste, Organo-dynamique / recherches génétiques (caractère familial des troubles de l'humeur)

- Thérapeutiques biologiques : médic (NL, AD) ⇒ indicateurs pathogéniques (excès dopamine, déficit en sérotonine)

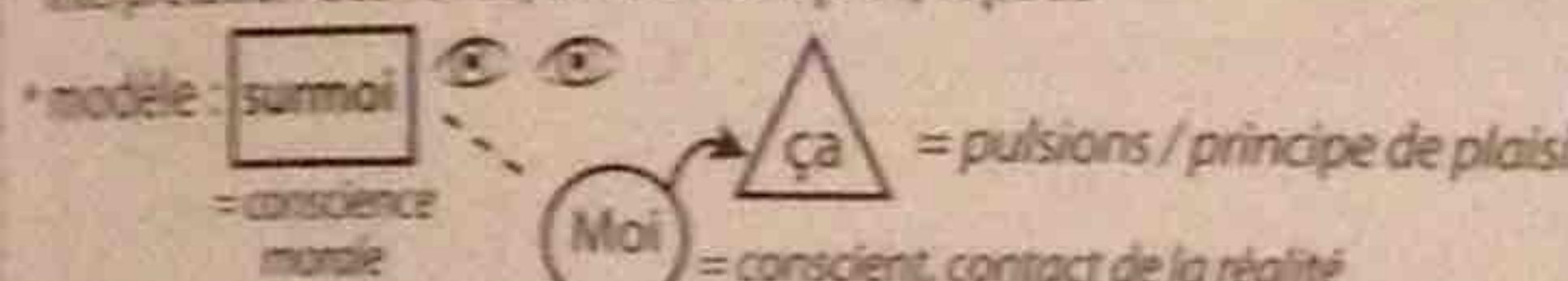
3. Théories Ψ-dynamiques



- rôle prévalent de l'inconscient
- = **Théorie psychanalytique**

exploration de processus mentaux inconscients par :

réminiscence de souvenirs d'enfance, libre association, relation de transfert, interprétation des rêves, actes manqués, lapsus



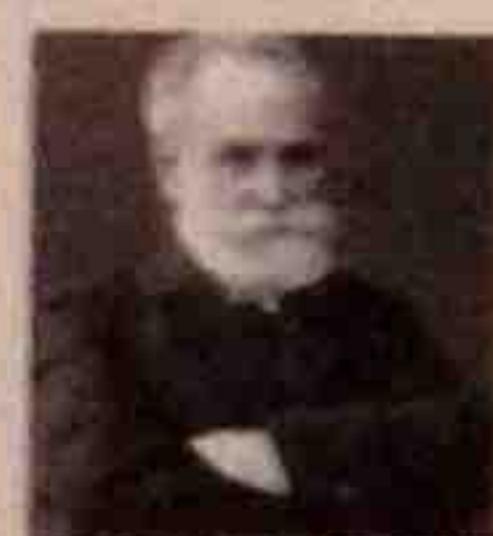
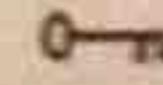
modèle évolutif :

- stade oral (naissance ~ sevrage) : bouche = source pulsionnelle (zone érogène)
- stade anal (2-3 ans) : anus = source pulsionnelle (zone érogène) + ambivalence / mère + SM
- stade génital ou oedipien (3-6 ans) : généralisation de la libido + interdits parentaux
- inconscient = représentations refoulées liées à un "**conflit entre désir et interdit**"
- ces représentations peuvent réapparaître (retour du refoulé) sous forme de **symptômes** (conversion hystérique)

- rôle prévalent de l'apprentissage
- = **Théorie cognitivo-comportementale**

• apprentissage comportemental : stimulus → comportement opérant selon les conséquences (Pavlov, Skinner)

- ⇒ "**DÉSENSIBILISATION - RELAXATION**", "**HABITUATION**"



• apprentissage cognitif : expériences successives à partir d'hypothèses → adapte le comportement au résultat (Kelly)

- ⇒ "**RESTRUCTURATION COGNITIVE**", "**AFFIRMATION de SOI**"



• repérer les schémas de pensée erronés & les corriger par des postulats et des logiques différents

4. Théorie bio-Ψ-sociale (modèle du stress) : abord global du patient

• l'événement : théorie événementielle → anciens (enfance / vulnérabilité) / récents (précipitants) / majeurs & mineurs

• l'individu : vulnérabilité ou protection

• personnalité ++ : type A : vulnérable pour coronaropathie / hyper-réactivité au stress ≠ type B = protecteur

• capacité adaptative ++ : modèle transactionnel = "coping" de Lazarus :

double évaluation : de la situation + de ses propres capacités de réponse ↳

- adaptation
- désadaptation
- évitement

• lieu de contrôle : interne ou externe si cause non maîtrisée

• hostilité, épuisement vital (dépression) ≠ robustesse Ψ, recherche de S fortes

• le contexte social

5. Théories socio-génétiques : pression exercée par :

• structures sociales

• dimension culturelles, traditionnelles, religieuses

• relations familiales

• relations interpersonnelles : théories de communication

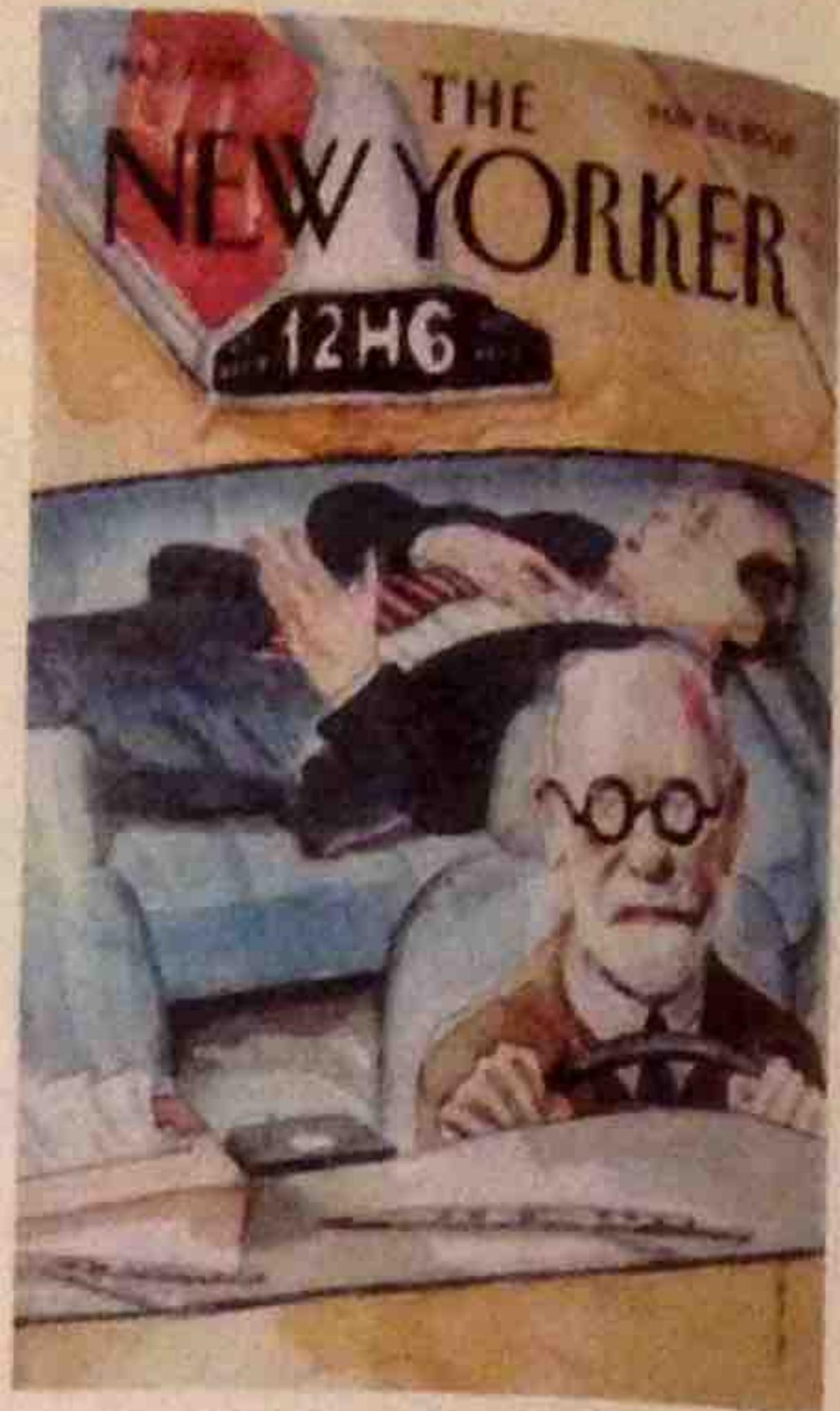
6. TECHNIQUES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

(= "soins de l'âme" : Ψυχή = âme + Θεραπεία = cure, traitement, soin)

- Soins reposant sur l'**écoute** du patient
- **Nécessite du patient une demande de soin et de changement** +++
- **Objectif thérapeutique** à définir



- Combien faut-il de psychiatres pour changer une ampoule ?
- Un seul, mais il faut que l'ampoule veuille vraiment changer
(blague de psychiatres - succès assuré aux thés du Claridge)



Ψ de soutien	<p>socle commun aux autres Ψ thérapies et valeurs universelles du médecin</p> <p>But = accompagner le patient face à une situation difficile et stressante (maladie grave, traumatisme, deuil...) pour amélioration symptomatique, équilibre Ψ et estime de soi</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Écoute attentive, empathie et compréhension : <p>nommer les ressentis, clarifier les représentations, encourager, valoriser.</p>	Toutes les pathologies médicales, Ψ ou non
Ψ ANALYTIQUE	<p>cf. théorie Ψ analytique p. précédente</p> <p>But (= abolir le symptôme) = prise de conscience d'éléments inconscients et de leurs processus psychiques et mécanismes de défense (tend à modifier la structure de personnalité)</p> <p>Cure analytique : divan, analyste hors du champ de vision du patient, associations libres, transfert, interprétation</p> <p>Ψ thérapie d'inspiration analytique : face à face, plus axé vers le soin (échanges sur le + significatif)</p>	Tb. non psychotiques : tb. anxieux, phobies, TOC, PTSD, adaptation, somatoformes, personnalité ⚠ CI si tb psychotique sévère ou décompensé +++
INDIVIDUELLES THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (TCC) +++	<p>cf. théorie cognitivo-comportementale p. précédente</p> <p>But = acquérir compétences Ψ pour mieux affronter ses problèmes qui sont des réponses comportementales ou cognitives dysfonctionnelles acquises par conditionnement +++</p> <p>Théorie comportementale : désensibilisation par confrontation au stimulus anxiogène pour affirmation de soi, dvlpt compétences sociales et gestion des émotions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in vivo, graduée, avec "modeling" participatif (<i>nouveaux cpt montrés</i>) - ou immersion directe, non graduée, à un stimulus anxiogène maximal <p>Théorie cognitive : modification des schémas cognitifs, étude des schémas de pensée "erronés" (surgénéralisation, dichotomie, conclusions arbitraires) et apprentissage de schémas plus adaptés.</p>	Tb. anxieux, phobies, TOC, PTSD, dépression, prévention du suicide, TCA, tb. du sommeil, personnalités border-line et dépendante, schizophrénie
Autres	Ψ thérapie interpersonnelle, dérivées des TCC, humanistes, corporelles et à médiation	
DE GROUPE THÉRAPIE SYSTÉMIQUE FAMILIALE (OU DE COUPLE)	Alliance thérapeutique, affiliation (imprégnation de la culture familiale par le thérapeute), redéfinition & connotation positive, questionnement circulaire, génogramme familial (variante d'arbre généalogique enrichi des liens affectifs et Ψ), prescription de tâches	Tb. Ψ reliés aux interactions familiales : TCA (anorexie), addictions, schizophrénie, autisme, THADA, tb. conduites..
Autres	Ψ thérapie de groupe (psychodrame), institutionnelle, mère-bébé, ateliers, art-thérapie	