

LES DELIRES CHRONIQUES

- LES SCHIZOPHRENIES
- LE DELIRE PARANOIAQUE
- LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

LA SCHIZOPHRENIE

APPELEE AUSSI

- DISSOCIATION DE LA PERSONNALITE
- AFFECTION MENTALE CHRONIQUE, GRAVE
- ASSEZ FREQUENTE (1% de la population 15 / 30 ans)
- TRANSFORMATION PROFONDE ET PROGRESSIVE DE LA PERSONNALITE QUI CESSE DE CONSTRUIRE SON MONDE EN COM AVEC LES AUTRES POUR SE PERDRE DS UN CHAOS IMAGINAIRE

CLINIQUE

UN ENSEMBLE DE TROUBLES OU DOMINENT

- LA DISCORDANCE
- L'INCOHERENCE VERBALE
- L'AMBIVALENCE
- L'AUTISME
- LES IDEES DELIRANTES
- LES HALLUCINATIONS MAL SYSTEMATISEES
- ET DE PROFONDES PERTURBATIONS AFFECTIVES DS LE SENS DU DETACHEMENT ET DE L'ETRANGETE DES SENTIMENTS

DEBUT

Aigu /

- BDA
- MANIE OU DEPRESSION ATYPIQUE
- FUGUE ACTE MEDICO LEGAL(auto mutilation suicide)

DEBUT

PROGRESSIF

- Fléchissement scolaire
- Engouement pour des activités ésotériques, secte, croyance à des phénomènes surnaturels...
- Modification de l'affectivité: isolement, opposition...
- Trouble des conduites: addiction, anorexie, errance pathologique...
- Apparition progressive d'idées délirantes, d'hallucinations...

4 SYNDROMES MAJEURS

- Syndrome délirant:
- Syndrome dissociatif : perte de logique, néologismes, comportement inadapté ou propos contradictoires, réactions émotives inappropriées et imprévisibles
- Syndrome autistique: retrait social très important, repli sur soi, tendance à l'isolement, l'enfermement
- Atteintes de fonctions sup : difficultés de concentration, d'attention, de trt du contexte, atteintes de la mémoire à long terme

1) SYNDROME DELIRANT

- LE DELIRE PARANOIDE : expression particulière de la dissociation SCZ; Il est non systématisé, désordonné, ss logique apparente ni construction
- Les thèmes les plus svts rencontrés st la persécution, les idées de grandeur et mystiques
- Le mécanisme le + fréquent repose sur les hallucinations auditives et intrapsychiques « j'ai une voix ds la tête »
- Svts le patient ne peut s'empêcher de d'obéir aux injonctions de ces voix: automatisme mental

- Plusieurs phénomènes st associes
- La dépersonnalisation: altération de la perception de soi à un degré tel que le sens de sa propre réalité corporelle et psychique est perdue
- La déréalisation: le monde extérieur parait irréal comme dans un rêve
- Le S d'influence: les pensées et les actes st imposés et commentés le patient a l'impression que l'on commente, divulgue ou vole sa pensée
- Le S de référence: le patient à l'impression d'être le centre du monde , ts les événements ont un rapport avec lui ou le concerne

2) LA DISSOCIATION ou discordance

IL S'AGIT D'UN DEFAUT DE COHESION DE LA VIE MENTALE DU PATIENT SCZ

- DANS SA PENSEE
- SON AFFECTIVITE
- SA CONDUITE

LE PATIENT PARAÎT BIZARRE, ÉTRANGE.
ON RESSENT UN SENTIMENT D'
IMPENETRABILITE ET D' HERMETISME
devant cette incohérence

Cette dissociation se manifeste par

Ambivalence: tendance à considérer ds le mm tps
sous les 2 aspects positif et négatif les divers actes
psychologiques

Bizarrerie: caractère insolite, étrange, paradoxal du
comportement des patients scz

Impénétrabilité : ente le scz et autrui il y a une opacité
des relations de compréhension

Détachement du réel : perte du contact vital avec le
réel, introversion

DISSOCIATION DE LA PENSEE

- Pensée sans idée directrice: chaotique mal ordonnée
- Troubles du cours de la pensée: tantôt ralentie / précipitée, barrages (pensée semble suspendue)
- Trouble du système verbal: mutisme, réponses à cote, altération phonétiques, du sens des mots(métaphores, néologismes)...
- perturbation du système logique (pensée magique)

DISSOCIATION AFFECTIVITE

- Il existe une déconnexion entre l'affect et la pensée émise et / ou le comportement.
- Qqfois les affects st abrasés, on parle alors de froideur affective. qq fois ils st inadaptés avec par ex une euphorie à l'annonce d'une situation dramatique, des rires immotivés...
- L'apragmatisme est svt présent, il peut y avoir abrasion de la volonté (aboulie).
- Dans ce contexte la patient présente une clinophilie et une incurie

DISSOCIATION COMPORTEMENT

- Maniérisme: mimiques et comportements inadaptés parce qu'exagérés ou mécaniques
- Sourires et rires immotivés
- Négativisme et réaction d'opposition: refus de serrer la main par ex , mutisme, écholalie, stéréotypies
- Troubles des conduites : actes dangereux et / ou insolites

3) L' AUTISME

- Barrière opaque établie par le sujet entre son monde intérieur et son monde extérieur
- Hermétique
- Vie imaginaire et émotionnelle intense

4) ATTEINTE DES FONCTIONS SUP

- Troubles cognitifs : difficultés de concentration, d'attention, de trt du contexte, atteintes de la mémoire à long terme
- Syndrome déficitaire: appauvrissement de la vie intellectuelle et sociale; discours pauvre, attention diminuée, perte d'intérêt

SYMPT POSITIFS/ NEGATIFS

- POSITIFS: délires, hallucinations
- NEGATIFS: appauvrissement de la pensée, du discours, retrait social, isolement, pauvreté des affects et de l'expression gestuelles, aspect figé

FORMES CLINIQUES

- SCZ PARANOIDE: forme la + fréquente
association des syndromes délirants, autistique et dissociatif
- LA CATATONIE :+ rare catalepsie: persistance indéfinie d'attitudes imposées
négativisme: attitudes de refus actif ds ts les domaines
stupeur: perte de tt initiative motrice...
- L' HEBEPHRENIE : désorganisation, dissociation et autisme au 1er plan, affects éteints, détérioration qui semble importante....

EVOLUTION

- Mortalité élevée (10% dc par suicide)
- 20/25 % ne presenteront plus de signe patent de la maladie insertion socio prof ok
- 50 %: forme intermediaire avec alteration variable des domaines affectifs, relationnels, et prof
- 20/25 %: forme grave de la maladie avec nécessité d'un accompagnement permanent

ETIOLOGIE

- Facteurs génétiques risque morbide 10/12% chez frère, soeur et enfant de scz
- Facteurs environnementaux précoces ou tardifs: contexte familial....

TRT ET PEC

- CHIMIOThERAPIE : neuroleptiques, AT psychotiques, anxiolytiques.
- PSYCHOTHERAPIE : individuelle de soutien, comportementale, familiale, entraînements aux habiletés sociales, information et éducation
TRT
- SOCIOTHERAPIE: ergo, loisirs accompagnés, emploi protégé...

- Installer le patient au calme avec surveillance assidue (risque de fugues de passage à l'acte, auto ou hétéro agressif, de suicide)
- Être à l'écoute, pour analyser, évaluer le délire (thème, mécanisme, adhésion, angoisse) et rassurer le patient en le resituant avec calme ds la réalité
- Surveillance, stimulation et aide aux soins d'hygiène corporels et vestimentaires , alimentation
- Attention le patient psychotique à un vécu de morcellement ; les limites de son corps ne st pas claires les actes ide peuvent être vécus comme intrusifs et renforcer son angoisse

- Surveillance de la prise réelle du TRT et des éventuels effets secondaires (information et éducation du patient sur TRT et EI)
- Qd épisode psychotique est résolu: entretiens de type relation d'aide, viseront à évaluer la qualité du contact, l' implication dans le réel et la critique des troubles
- Solliciter le patient en lui proposant des activités à visée socio thérapeutiques

- LES DELIRES CHRONIQUES
NON SCHIZOPHRENIQUES

LA PHC

- PSYCHOSE DELIRANTE CHRONIQUE
- HALLUCINATIONS+++
- AUTOMATISME MENTAL
- PAS DE SIGNES DE DISSOCIATION
- DEBUT TARDIF BRUTAL OU PROGRESSIF SUR UN SUJET SVT ISOLE
- SE ST LES HALLUCINATIONS QUI FONDENT LE DELIRE

- Les hallucinations peuvent toucher les cinq sens.
- Les hallucinations cénesthésiques (ondes, courant électrique, attouchements sexuels)
- Auditives : bruits désagréables, voix injurieuses à l'égard du sujet
- olfactives ou gustatives plus rares odeurs de gaz, d'agents chimiques
- Les thématiques les plus fréquemment rencontrées sont à contenu de persécution, sexuelle, mystique ou d'influence.
- les hallucinations représentent le mécanisme principal de cette pathologie, les autres mécanismes notamment interprétatif et intuitif peuvent être retrouvés.

- Le tableau clinique comporte également un automatisme mental constant: écho ou vol de la pensée, énonciation ou commentaire des pensées et des actes .
- L'évolution est en général chronique marquée par des périodes de rémission partielle ou totale du délire alternant avec des périodes de recrudescence délirante. Il a été habituel de dire que cette riche pathologie délirante s'accompagnait d'un maintien longtemps préservé de l'intégration sociale.

- Qq fois ce vécu entraîne fréquemment des troubles du comportement (déménagements, plaintes à la police, construction d'appareil pour lutter contre les ondes, insultes, réactions agressives contre les persécuteurs supposés)

TRT ET PEC

- HOSPI SB
- CHIMIOThERAPIE neuroleptique même si les convictions délirantes ne s'estompent pas complètement. Le but est d'éviter un repli sur soi, maintenir une adaptation socioprofessionnelle et un fonctionnement intellectuel adapté

LES DELIRES PARANOIAQUES

- La paranoïa est à la fois une organisation de la personnalité et un type de délire.
- Le caractère paranoïaque peut exister ss délire
- Les délires paranoïaques st chroniques

Mécanisme: interprétatif

Systematisé ce qui lui confère un caractère très cohérent, qui associé à la conviction absolue et inébranlable du patient peut entraîner l'adhésion de tiers

Personnalité type paranoïaque

Hypertrophie du Moi: orgueil démesuré, mégalomanie, intolérance et mépris des autres, égocentrisme

Fausseté du jugement raisonnement juste sur des prémisses fausses, la pensée orientée vers une croyance à priori. Le patient n'est accessible ni au doute, ni à la contradiction

Méfiance: suspicion permanente concernant les jugements et les sentiments d'autrui

Psychorigidité: autoritarisme et froideur affective, entêtement, obstination, remise en Q impossible, sur d'avoir tjrs raison

LES DELIRES PASSIONNELS

Ils reposent sur une passion pathologique

- Le délire de jalousie: consiste à transformer la relation amoureuse du couple en une relation triangulaire; le tiers est un rival sur lequel le patient projette ressentiment et haine accumulés. pdt longtemps le sentiment d'être trompé se mélange de doutes obsédants. tt est interprété ds le sens de la passion négative, le P devient persécuteur cherche les preuves, ouvre le courrier...

- L'érotomanie: exceptionnel, le patient à la conviction d'être aimé par une personne d'un rang plus élevé que le sien. Il passe successivement par l'espoir, le dépit, puis la rancune et la haine . Haine qui peut devenir dangereuse
- Le délire de revendication: naît à l'occasion d'un préjudice, d'une injustice vraie ou supposée, le patient se croit la victime et veut obtenir réparation. La revendication peut concerner la loi, la santé, le savoir...