**Pathologies aigues**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Patho | Définition | Personnalité/Clinique | Evolution | PEC/TRT |
| Bouffées délirantes aigues | Etat psychotique d’apparition brutal, caractérisé par le polymorphe des thèmes et des mécanismes délirants par la présence fréquente de tr de l’humeur et la brièveté de l’épisode. | **Début :** installation brutaleavec parfois signes annonciateurs qq jours, semaines avant.  **Thèmes :** polymorphes.  Multiples et variables pouvant se succéder ou se chevaucher donnant une totale incohérence.  **Mécanismes :** polymorphes.  Hallu, illusion, interpretation, imagination peuvent se succéder ou s’associer  Ex : vol de pensée…  **Structure :** délire mal structuré mal systématisé  **Adhésion :** totale  **Réaction :** participation affective.  Sentiment de puissance oscille avec sentiment angoissant de catastrophe imminente  Participation cpt.  Excitation ou stupeur  Logorrhée ou mutisme  Fugues, voyage… | -1/3 guérison  -1/3 récidives avec répétition d’épisodes aiguent même mode ou participation affective + importante  -1/3 chronicité évo vers : PMD ou SHYZO | **TRT :-**phase aigue est une urgence psy svt HO  -On calme avec neuroleptique  -Par la suite on va surv l’apparition d’un synd dépressif  -psychothérapie  **PEC :-**installer le patient au calme, ecouter, rassuré en le remettant dans la réalité  -aide a l’hygiène alimentation  -surv prise de trt et EI  -quand épisode passé entretien avec relation d aide et évaluation et critique des tr. |
| Accès confusionnels | Atteinte spécifique de la csc le plus svt transitoire caractérisé par :  -altérations des capacités d’éveil de la pensée  -obnubilation de la csc (stupeur)  -délire onirique | -modif humeur et caractère (tristesse, apathie, anxiété)  -tr du cpt  -tr intellectuel : persecution, idees délirantes  -tr somatiques : insomnies, cephalée, amaigrissement, hyperT° |  | **TRT :-**chimio (neuroleptique +anxio) surv EI  -hospi  PEC :-chambre au calme, retiré les objets dangereux,  -réassurance +++pour anxio  -hydratation  **-contention et ch d’isolement à éviter**  -soins d’hygiène +état de csc |
| Patho | | Définition | Personnalité/Clinique | Evolution | PEC/TRT |
| Psychose puerpérale | | | Etat confusionnel accompagné d’un délire aigu et de tr thymiques importants.  Intervient dans la période post partum | **Début :** apparition brutale avec anxiété, plaintes hypochondriaques, agressivité et sentiment d’incapacité à s’occuper du NN.  **Thèmes :** délire centré sur la naissance de l’enfant et une négation de la maternité  **Mécanismes :** riche en hallu  Tableau clinique de la BDA  **Signes annonciateurs :** insomnies avec cauchemars, anxiété, bizarrerie du cpt.  **Risque d’infanticide et/ou de suicide.** | Evo + dans 80% des cas | -hospi en unité mère-enfant  -éliminer cause organique  -trt chimio (neuro+sédatif)  -stop allaitement  -psychothérapie de soutien  -présence soignante pour réintroduction progressive de la relation mère enfant |

**Pathologies chroniques**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Patho | Définition | Personnalité/Clinique | Evolution | PEC/TRT |
| PHC | Psychose délirante chro.Hallu+++ qui va fonder le délire sans dissociation avec un début tardif brutale ou progressif sur un sujet svt isolé. | -hallu peuvent toucher les cinq sens  **Thèmes :** sexuelle, mysticisme, persécution  **Mécanismes :** hallu+++  Tableau clinique comporte également un automatisme mental cst : écho ou vol de la pensée | -évo chro marquée par des périodes de rémission du délire alternant avec des épisodes de recrudescence du délire | -hospi si besoin  -trt chimio neuro même si les convictions délirantes ne disparaissent pas entierement, le but est d’éviter un repli sur soi, maintenir une socioprofessionnelle et un fonctionnement intellec adapté. |
| TBP | Appelée aussi PMD, c’est une exagération des variations normale de l’humeur qui vont affecter mentalement et psychologiquement le patient.  -état maniaque avec exaltation de l humeur  -état mélancolique  -état normal ou quasi entre les deux | **Accès maniaque :-mental :**  Surexcitation psychique, tachypsychie (jeux de mots++), exaltation de l humeur la personne croit pouvoir tout entendre et réussir, exaltation psychomotrice le patient bouge en permanence parle fort hyperactivité.  **-physique :**  Trouble du sommeil, alimentation, forte conso d’eau, d’alcool, sexuelle, présentation extravagante, fantaisiste, débraillé, maquillage aussi, expression du visage (hypermimie, grimaces, maniérisme)  **Accès mélancolique :**  -Forme grave de dépression : idées suicidaires cstes, désespoir  -humeur dépressive (idem dépression)  -idées hypochondriaques+++  -inhibition psychomotrice (idem dépression)  -symptômes somatiques | -maladie chro périodique  -accélération des cycles avec l’âge  -suicide : 20% des TBP | **TRT :** thymorégulateur et psychothérapie  **PEC :-manie : obj réguler l’humeur**  -Hospi svt nécessaire en phase aigue (HDT,HO) le patient peut nuire a son équilibre familiale, pro et financier.  -administration trt  -repérer l’apparition d’un délire, contrôler l’activité psychomotrice, l’inversion de la thymie.  -surv hygiène corpo, vestimentaire, alimentation, sommeil, hydratation  -resituer le patient dans un contexte de relations sociales adaptées  -humeur stabilisée proposé des activités socio-thérapeutiques  -attitude soignante : contrôler sa dist relationnelle pour ne pas provoquer des réactions affectives extrêmes. Prudent avec le langage et les attitudes adoptés afin de limiter le risque d’être perçu comme un ami.  **-mélancolique :**  -surv+++++++ risque suicidaire  -retirer les objets dangereux, faire inventaire avec le patient en expliquant avec tact  -écoute des idées exprimées  -pas de ch individuelle de préférence  -info et éduc du patient et de la famille (excédé par le cpt du maniac)  -stimulation soins d’hygiène |
| SHYZOPHRENIES | Transformation profonde et progressive de la personnalité qui cesse de construire son monde en communication avec les autres pour se perdre dans un chaos imaginaire | **Début :-aigu :**  BDA, manie ou dépression, fugue, acte médico-légal (automutilation, suicide)  **-progressif :**  -Fléchissement scolaire, engouement pour des activités esotérique, sectes  -Modif de l’affectivité (isolement, opposition  -Tr des conduites (anorexie, addiction…)  -Apparition progressive d’idées délirantes, d’hallu  **4 synd majeur :**  **Délirant :**-délire paranoïde non systématisé  **-thèmes :** svt persécution, idées grandeur, mystique  **-mécanismes :** svt hallu auditives et intrapsychique  -svt automatisme mentale : ne peut s’empêcher d’obéir aux voies  -dépersonnalisation  -déréalisation  **Dissociation :**  -défaut de cohésion de la vie mentale du patient :  🡪ds la pensée (tr du cours de la pensée, détachement du réel, tr syst verbal)  🡪affectivité (ambivalence+/-, froideur de la pensée, clinophilie)  🡪conduite (sourire immotivés, bizarrerie, mutismes)  **Autisme :-**retrait social très important, repli sur soi, tendance a l’isolement, l’enfermement.  **Atteinte des fonctions sup :**  -tr cognitif (difficultés de concentration, d’attention, de traité le contexte, atteinte de la mémoire à terme)  -synd déficitaire (appauvrissement de la vie intellectuel et sociale, discours pauvre, perte d’intérêt | Formes cliniques :  **-shyzo paranoïde :** les + freq  **-catatonie :** persistance indéfinie d’attitudes imposées  Attitudes de refus dans tous les domaines  **-hébéphrénie :** désorganisation, dissociation et autisme au 1er plan | -chimio : neuro, antipsycho, anxio  -psychothérapie : indiv, cpt, famille, entrainement aux habilités sociales  -sociothérapie : ergo, loisirs, emploi protégés  -idem BDA  -attention le patient psychotique a un vécu de morcellement, les limites de son corps ne sont pas claires les actes ide peuvent être vécues comme intrusif et renforcer son angoisse  -surv prise de trt et EI |
| PSYCHOPATHE | Tr de la personnalité avec tr du cpt attitude agressive, délinquance, non respect des lois.  Carences affectives dès l’enfance avec un père absent et une mère surprotectrice oscillant avec rejet et maternage.  -Enfance : fugues, larcins, bagarre  -ado : opposition aux parents, délinquance, alcool, toxiques | **-dysthymie :** variation brutale et rapide de l’humeur  **-tr caractériels :** irritabilité, hyperémotif, parano  **-immaturité affective :** tendance sado maso  **-instabilité :** sociale, pro, géo  **-incapacité à s’investir :** il prend des décisions sur l’instant guidé par le plaisir et e désir d’éprouver des sensations extrêmes  **-agressivité :** violence pour obtenir ce qu’il veut  **-mytho :**  **-peur de l’abandon :** |  | Prend en compte l’aspect social, familial, biologique.  **TRT :-** chimio (lors d’accès de violence ou ds les états dépressifs)  -psychothérapie afin de ramener le sujet a la loi, doit être fait en équipe pour éviter la manipulation  **PEC :**-délicate car remise en cause par le sujet des qu’il est confronté a la moindre frustration (loi, reglement, autorité…)  -mise en place d’un contrat de soins  -Éva de la sociabilité du patient  -éviter de répondre par la violence  -obs du cpt  -activités : sport, groupes  -rdv assistante sociale (Pb financier, logement….)  **-l s’agit de garder la confiance du patient en étant rassurant, bienveillant mais néanmoins ferme.** |
| PERVERS |  | -impulsivité  -sadisme et cruauté  -inaffectivité  -amoralité  -asociabilité  -se présente comme psychopathes mais évitent de faire parler d’eux et leur vie est + rangée pour ne pas attirer l’attention.  Cpt dominé par une ou pls conduites perverses | -sado maso  -exhibitionniste  -fétichiste  -copro  -voyeur |
|  |  |  |  |  |