Guides professionnels de santé mentale

Serge Tribolet
Mazda Shahidi

Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques

hdf
heures de france

SOMMAIRE

Prolégomènes XV

Présentation XXIII

LIVRE I :
LES TROUBLES DES FONCTIONS INTELLECTUELLES 1

Chapitre 1. Les troubles du langage 3
Article 1 - Les modifications de la voix 3
Article 2 - Les modifications du débit verbal 4
Article 3 - Les productions supplémentaires du langage 7
Article 4 - Les troubles sémantiques 9
Article 5 - Les troubles de la syntaxe 11
Article 6 - Les styles particuliers de langage 12
Article 7 - L'aphasie 12
Article 8 - Les troubles de l'articulation 13
Article 9 - La dyslexie 14
Article 10 - Les modifications du langage écrit 16

Chapitre 2. Les troubles de la pensée 17
Article 1 - Les troubles du cours de la pensée 17
Article 2 - Les troubles du contenu de la pensée 21
Article 3 - Les distorsions de la pensée 22
Article 4 - Les troubles du jugement 24

Chapitre 3. Les troubles du jugement ou du raisonnement 24
Article 1 - Les qualités du jugement 24
Article 2 - Les excès du jugement 25
Article 3 - L'affaiblissement ou la perte du jugement 25
Article 4 - Les distorsions du jugement 26
Article 5 - L'interprétation délirante 27

Chapitre 4. Les troubles de la volonté 27
Article 1 - La volonté déficitaire 27
Article 2 - Les excès de la volonté 29
Article 4 - Les déviations (ou distorsions) de la volonté 30

Chapitre 5. Les troubles de la vigilance 31
Article 1 - Les troubles de l'attention 32
Article 2 - Les troubles de l'orientation temporo-spatiale 32
Article 3 - Les troubles du champ de la conscience (ou troubles de la vigilance proprement dite) 35

Chapitre 6. Les troubles de la mémoire 39
Article 1 - Les amnésies 39
Article 2 - Les libérations mnésiques 41
Article 3 - Les paramnésies 42

Chapitre 7. Les troubles de l'imagination 43
Article 1 - La pauvreté imaginative 44
Article 2 - Les perturbations hyperimaginatives 44

Chapitre 8. Le syndrome délirant 56
Article 1 - Le début du délire 57
Article 2 - Les thèmes délirants 58
Article 3 - Les mécanismes délirants 72
Article 4 - Les organisations délirantes 76
Article 5 - La réaction au délire 77
Article 6 - L'adhésion 78
Article 7 - L'évolution 79

LIVRE II : LES TROUBLES DES PERCEPTIONS 81

Chapitre 1. Les troubles des perceptions 83
Article 1 - La perception accrue 83
Article 2 - La perception diminuée 83
Article 3 - La perception abolie 84
Article 4 - La perception déformée 84
Article 5 - La perception sans objet 85
Article 6 - Les modifications de l'ambiance perceptive 87

Chapitre 2. Les hallucinations psychosensorielles 87
Article 1 - Les hallucinations auditives 88
Article 2 - Les hallucinations visuelles 91
Article 3 - Les hallucinations olfactives et gustatives 94
Article 4 - Les hallucinations tactiles (ou haptiques) 95
Article 5 - Les hallucinations cénesthésiques (corporelles) 96
Article 6 - Les hallucinations kinesthésiques ou motrices 96
Article 7 - Les hallucinations psychomotrices : langage, écriture ou actes automatiques 97

Chapitre 3. Les hallucinations psychiques 102
Article 1 - Les hallucinations psycho-verbales 103
Article 2 - Les phénomènes élémentaires et automatisme mental 103

Chapitre 4. L'automatisme mental 104
Article 1 - Le petit automatisme mental 104
Article 2 - Le grand automatisme mental 106

Chapite 5. Les troubles de la conscience de soi et du vécu corporel 107
Article 1 - Les troubles du schéma corporel 107

Article 2 - La dépersonnalisation 109
Article 3 - L'hypocondrie 109
Article 4 - La dysmorphophobie 109
Article 5 - Le vécu délirant 109
Article 6 - Le vécu dissociatif 110

Chapitre 6. La dépersonnalisation 110
Article 1 - La déréalisation 111
Article 2 - La désanimation 111
Article 3 - La désincarnation (décorporéisation) 112

Chapitre 7. Le syndrome hypocondriaque 113
Article 1 - Les formes sémiologiques de l'hypocondrie 113
Article 2 - La proximité sémiologique de l'hypocondrie 117

Chapitre 8. Les troubles de l'éprouvé temporel 118

LIVRE III : LES TROUBLES DE L'AFFECTIVITÉ ET DE LA THYMIE 121

Chapitre 1. Les troubles de l'humeur et de l'affectivité 123
Article 1 - Les troubles de l'expression émotive 123
Article 2 - Les réactions émotionnelles 124
Article 3 - Les troubles de l'humeur 125

Chapitre 2. Le syndrome maniaque 132
Article 1 - Description clinique 132
Article 2 - Les formes cliniques de la manie 139

Chapitre 3. Le syndrome mélancolique 142
Article 1 - Description clinique 142
Article 2 - Formes cliniques de la mélancolie 147

Chapitre 4. Le syndrome anxieux 152
Article 1 - Présentation et comportement lors de l'entretien 153
Article 2 - Le syndrome subjectif (symptômes psychiques) 153
Article 3 - Les manifestations somatiques 153
Article 4 - Le fond permanent anxieux (Anxiété généralisée) 154
Article 5 - La crise d'angoisse aiguë : Attaque de panique 155
Article 6 - Cas particulier : Le stress post-traumatique 157

Chapitre 5. Les obsessions 158
Article 1 - Caractéristiques communes 159
Article 2 - Les obsessions idéatives 159
Article 3 - Les obsessions phobiques 160
Article 4 - Les obsessions impulsives 161

Chapitre 6. Les phobies 163

LIVRE IV : LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DES CONDUITES 173

Chapitre 1. Présentation et contact 175
- **Article 1 - Présentation** 175
- **Article 2 - Le contact** 179
- **Article 3 - Les troubles du langage** 182
- **Article 4 - La participation affective** 186

Chapitre 2. Les conduites d'inhibition 189

Chapitre 3. L'agitation 192
- **Article 1 - Le trouble psychomoteur** 192
- **Article 2 - Le polymorphisme sémiologique** 193
- **Article 3 - Les manifestations cliniques** 195

Chapitre 4. Le syndrome catatonique 196
- **Article 1 - Le négativisme** 197
- **Article 2 - La catalepsie** 197
- **Article 3 - La passivité psychomotrice** 198
- **Article 4 - Les troubles de l'expressivité psychomotrice** 199
- **Article 5 - Les accès paroxystiques : les décharges psychomotrices** 200
- **Article 6 - Les symptômes somatiques** 200
- **Article 7 - Les aspects psychiques** 201
- **Article 8 - Les aspects évolutifs** 202

Chapitre 5. Les impulsions 203
- **Article 1 - L'impulsion** 203
- **Article 2 - Les impulsions aux fugues, ou dromomanie** 205
- **Article 3 - La pyromanie, ou impulsion incendiaire** 207
- **Article 4 - La kleptomanie** 208
- **Article 5 - L'agressivité** 209

Chapitre 6. Les conduites suicidaires 221
- **Article 1 - Les étapes de l'acte suicidaire** 222
- **Article 2 - Les procédés** 224
- **Article 3 - Les différents types de suicide : la sémiologie psychopathologique des conduites suicidaires** 224

Chapitre 7. Les troubles des conduites alimentaires (T.C.A.) 228
- **Article 1 - Les restrictions alimentaires** 229
- **Article 2 - Les excès alimentaires** 230
- **Article 3 - Les aberrations du comportement alimentaire** 231
- **Article 4 - L'anorexie mentale** 232
- **Article 5 - Le syndrome boulimique** 236

Chapitre 8. Les troubles des conduites sexuelles 240
Article 1 - Les déficiences ou insuffisances sexuelles 241
Article 2 - Les excès sexuels 243
Article 3 - Les déviations du comportement sexuel : les perversions sexuelles (synonyme : paraphilies) 243

Chapitre 9. Les troubles du contrôle sphinctérien 251

Chapitre 10. Les troubles du sommeil 252
Article 1 - Les dyssomnies 252
Article 2 - Les insomnies 252
Article 3 - Les hypersomnies ou l'excès de sommeil 258
Article 4 - Les troubles du rythme circadien du sommeil 264
Article 5 - La parasomnie 265
Article 6 - Les troubles moteurs liés au sommeil 268
Article 7 - Les pathologies liées au sommeil ou aggravées par le sommeil 268

Chapitre 11. Les voyages pathologiques 270
Article 1 - Les voyages pathologiques simples 270
Article 2 - Les voyages pathologiques secondaires 270
Article 3 - Les voyages pathologiques purs 271
Article 4 - Cas particuliers du voyage comme facteur déclenchant du délire 271

Chapitre 12. La claustration 271
Article 1 - La claustration active 271
Article 2 - La claustration passive 272
Article 3 - La claustration totale ou partielle 272

LIVRE V : LES SYNDROMES PSYCHIQUES CONCERNANT LES TROIS REGISTRES, INTELLECTUEL, AFFECTIF ET COMPORTEMENTAL 273

Chapitre 1. Le syndrome dissociatif (la dissociation) 275
Article 1 - Le contact dissociatif (ou contact dissocié) 275
Article 2 - La dissociation au niveau du registre intellectuel 276
Article 3 - La dissociation au niveau du registre instinctivo-affectif 279
Article 4 - La dissociation au niveau du registre comportemental : la discordance 280

Chapitre 2. Le syndrome de conversion 283
Article 1 - Les caractéristiques communes des symptômes de conversion 284
Article 2 - Les manifestations aiguës 285
Article 3 - Les manifestations durables 286

LIVRE VI : LES INTRICATIONS

SOM ATO-PSYCHIATRIQUES 289

Chapitre 1. Les troubles instrumentaux 291

Article 1 - Les aphasies 291
Article 2 - Les apraxies 297
Article ?- Les agnosies 299

Chapitre 2. Les troubles du mouvement 299

Article 1 - Les tremblements 299
Article 2 - Les dystonies 300
Article 3- Les tics 301
Article 4 - Les stereotypies motrices 305
Article 5 - Le sursaut exagéré 306

Chapitre 3. Les agnosies 307

Article 1 - Les agnosies visuelles 307
Article 2 - Les agnosies auditives 308
Article 3 - Les agnosies tactiles 309
Article 4 - L'asomatognosie 309
Article 5 - Les stéréognosies 310

Chapitre 4. Les troubles psychiatriques des syndromes topographiques 310

Article 1 - Le syndrome frontal 311
Article 2 - Le syndrome temporal 315
Article 3 - Le syndrome occipital 319
Article 4 - Le syndrome pariétal 322
Article 5 - Le syndrome du corps calleux 325

Chapitre 5. Le syndrome confusionnel 328

Article 1 - Présentation 329
Article 2 - Le syndrome psychique 329
Article 3 - Le syndrome physique 334
Article 4 - Les formes cliniques de la confusion 335

Chapitre 6. Le syndrome alcoolique 336

Article 1 - L'ivresse simple 336
Article 2 - Les ivresses pathologiques 337
Article 3 - Le syndrome alcoolique 338
Article 4 - Les complications de l'alcoolisme 343

Chapitre 7. Le syndrome de Korsakoff 346

Article 1 - Phase de début 347
Article 2 - Période d'état 347

Chapitre 8. Le syndrome démentiel 349

Article 1 - Les circonstances de découverte 350

Article 2 - La symptomatologie 352
Article 3 - Les formes cliniques 359
Article 4 - La pseudo-démence 361

Chapitre 9. Les troubles psychiques des affections somatiques 362

Chapitre 10. Les complications somatopsychiques des toxicomanies 379

LIVRE VII : LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ 385

Chapitre 1. La personnalité normale 387

Chapitre 2. Les personnalités pathologiques 389
Article 1 - La personnalité hystérique 389
Article 2 - La personnalité paranoïaque 392
Article 3 - La personnalité sensitive de Kretschmer 394
Article 4 - La personnalité obsessionnelle 395
Article 5 - La personnalité antisociale ou psychopathique (la psychopathie). 396
Article 6 - La personnalité borderline 398
Article 7 - La personnalité narcissique 399
Article 8 - La personnalité schizoïde 400
Article 9 - La personnalité schizotypique 400
Article 10 - La personnalité évitante ou anxiophobique 401
Article 11 - La personnalité dépendante 402

Chapitre 3. Les syndromes spécifiques d'une culture donnée (désordres ethniques) 402

LIVRE VIII : L'IATROGÉNIE LIÉE AUX THÉRAPEUTIQUES PSYCHOTROPES 413

Chapitre 1. Les effets indésirables des neuroleptiques classiques 416
Article I - Définitions cliniques des neuroleptiques et des antipsychotiques atypiques 416
Article 2 - Les effets liés aux propriétés pharmaco-cliniques 418
Article 3 - Le syndrome malin 425

INDEX 445

LISTE DES TABLEAUX

Modifications du débit verbal	**7**
Troubles sémantiques et syntaxiques	**11**
Troubles de l'articulation	**14**
Troubles du rythme de la pensée	**19**
Troubles du cours de la pensée	**20**
Modalités pathologiques de la pensée : cours, contenu et forme	**23**
Troubles de la vigilance (champ de conscience)	**38**
Syndrome de Muchausen	**50**
Distorsions imaginatives	**55**
« Vecteur » du délire selon kendler	**56**
Syndrome de Cotard	**68**
Classification des délires en fonction de leur organisation	**77**
L'examen du délire : 7 étapes	**79**
Caractères sémiologiques des voix hallucinées	**91**
Hallucinations psychomotrices verbales	**102**
Dépersonnalisation : les trois aspects	**112**
Différences entre démence et dépression d'allure démentielle	**129**
Idées délirantes mélancoliques	**150**
Les obsessions : formes cliniques	**162**
Définition d'une phobie	**169**
Syndrome catatonique	**202**
Etats dangereux : les principales situations psychiatriques	**215**
Quatre combinaisons sont possibles	**217**
Types de suicides	**227**
Troubles des conduites alimentaires	**232**
Perversions sexuelles (paraphilies)	**250**
Tableau clinique de la narcolepsie	**261**
Symptomatologie de l'apnée du sommeil	**263**
Troubles du sommeil (dyssomnies)	**269**
Le syndrome dissociatif	**282**
Examen de l'aphasie	**291**
Maladies de Gilles de la Tourette	**305**
Symptômes cardinaux de la maladie d'alzheimer	**359**
Symptômes différentielle des démences corticale et sous-corticale	**359**
Tableau I - Effets à court terme et à long terme des toxicomanies	**379**
Tableau I - (suite)Effets à court terme et à long terme des toxicomanies	**380**
Tableau I - (suite)Effets à court terme et à long terme des toxicomanies	**382**
Tableau II - Syndromes de sevrage	**383**
Personnalité normale / pathologique	**389**
« Nosographie » des indiens quechuas	**411**
Critères diagnostiques pour les dyskinésies tardives	**422**

Prolégomènes

Retour à la clinique

Notre ouvrage s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle démarche en psychiatrie dont le maître mot est " retour à la clinique ". Nous posons comme premier postulat que toute pensée, toute action, toute recherche, tout art en psychiatrie ne peut faire l'impasse d'une connaissance sémiologique précise. Nous posons comme deuxième postulat qu'il n'existe aucun symptôme inutile dans le champ de la connaissance psychiatrique.

Le symptôme doit être reconnu pour être entendu. Mais pour être reconnu il doit être préalablement connu.

La sémiologie est la science qui étudie les différents systèmes de signes (les codes, les signalisations, les langues, etc.). Dans le domaine psychiatrique, la sémiologie repose principalement sur l'étude du comportement de l'individu, des fonctions intellectuelles et de l'état émotionnel. Cette tripartition pourrait paraître réductrice si elle ne prenait pas en compte les aspects subjectifs du vécu, les différents types d'éprouver, et les phénomènes les plus subtils concernant le champ de la pensée, de la perception, de la conscience de soi, la conscience du temps et de l'espace, la notion de son devenir, de son humanité, son appréhension du monde et d'autrui.

L'étude sémiologique est facilitée par un certain nombre de classifications qui permettent de rassembler des symptômes pour constituer des syndromes, des troubles, des entités spécifiques.

Les deux grandes voies d'étude et d'observation du psychisme, tellement différentes, ont cependant un socle commun : la sémiologie psychiatrique. La première voie se fonde sur la méthode objective visant à écouter, voir, évaluer, mesurer, parfois à l'aide d'échelles d'évaluation ; l'autre voie se réfère à ce qui échappe à toute objectivation scientifique, elle repère le symptôme dans ses formes les plus cachées et le déchiffre à la façon des hiéroglyphes, proposant ainsi une lecture de l'inconscient. " L'essentiel est invisible pour les yeux " pourrait être la formule idéale pour décrire cette autre voie clinique ouverte par la psychanalyse, la voie de l'inconscient. Cette formule n'exclut évidemment pas la sémiologie, car les symptômes ne sont invisibles qu'aux yeux du profane.

Seule l'acuité du regard clinique permet de reconnaître ces symptômes cachés. Mais l'expérience seule ne suffit pas, l'acuité du regard clinique exige comme préalable une démarche didactique reposant sur l'étude des travaux et ouvrages cliniques. Il ne faut pas mépriser les descriptions faites par nos prédécesseurs, ni les propositions théoriques élaborées au fil des années et des siècles depuis le début de la psychiatrie. En effet, il a fallu beaucoup de temps pour que progressivement se complète et se précise le vaste champ sémiologique prenant en compte les symptômes les plus divers ; des plus accessibles aux plus obscurs, des plus manifestes aux plus subtils, des plus évidents aux plus incroyables. Tant d'années, tant de descriptions, tant d'ouvrages, tant de plaintes, de souffrances, de patients et de patience... Nous avons puisé dans cette source vive du savoir psychiatrique en étudiant les écrits des grands maîtres de la discipline depuis la naissance de la nosologie psychiatrique jusqu'aux années plus récentes, les traités, les précis, les manuels, les encyclopédies, les articles des revues spécialisées, les thèses, etc. L'essentiel de notre démarche a consisté à réhabiliter certaines propositions sémiologiques oubliées, repérer l'actualité clinique dans les travaux anciens, et surtout de proposer des classifications originales validées par notre expérience quotidienne.

Le *regard sémiologique*

La sémiologie psychiatrique est probablement la plus précise et la plus complète de toutes les sémiologies médicales, mais aussi la plus souvent méconnue. Combien de fois ai-je pu dire à ceux qui apprennent l'exercice de la psychiatrie et de la psychologie qu'ils ont " des yeux pour ne pas voir et des oreilles pour ne pas entendre ". Sur le plan sémiologique l'examen psychiatrique est caractérisé par une multitude d'obstacles, de pièges, de difficultés en tous genres : des symptômes cachés par d'autres symptômes psychiques, des symptômes psychiatriques prenant le masque organique, l'expression bruyante de symptômes mineurs, la discrétion de symptômes majeurs, la possible réticence du patient, et l'absence de symptômes pathognomoniques. Ces derniers permettent par leur seule présence l'affirmation du diagnostic. Aucun diagnostic psychiatrique ne peut se contenter d'un unique symptôme. Seules la persistance des signes, l'intrication des symptômes entre eux, l'articulation du symptôme au contexte affectif, familial, culturel, social, professionnel, et la prise en compte des facteurs temps et espace (date, âge, le lieu)

permettent d'orienter l'examen sémiologique vers des propositions diagnostiques. Ces propositions sont elles-mêmes soumises aux choix nosographiques. C'est une grande spécificité de la psychiatrie, par rapport à bon nombre de disciplines médicales, de posséder et d'utiliser plusieurs systèmes de classification en fonction de la référence théorique choisie.

Dans son livre *Éléments de sémiologie et de clinique mentales,* Philippe Chaslin écrivait, en 1912 : " Nous pouvons être tranquille, les théories mal assises passent, la clinique demeure. " En fait cette remarque de bon sens n'est plus très évidente aujourd'hui, en particulier depuis la fin du XX^{e} siècle où nous avons pu assister à un véritable renversement de la logique médicale telle qu'elle existait depuis Hippocrate : ce retournement de la logique hippocratique est à l'origine d'une nouvelle conception de l'art médical, de la pratique, de la clinique, voire de l'éthique. Au premier abord, cette modification du regard clinique semble être circonscrite au domaine éditorial. En effet, il suffit de comparer deux ouvrages de psychiatrie, l'un datant de la première moitié du XX^{e} siècle et l'autre plus récent. Dans le premier, chaque lecteur constatera la modestie du champ des connaissances ; les théories sont incertaines, parfois puériles (ces " théories mal assises " évoquées par Chaslin), les explications physiopathologiques confuses, les examens paracliniques étranges, des traitements douteux... Seule la sémiologie est claire, précise, concise, fine. A l'inverse, dans les ouvrages actuels, une grande part est donnée aux élaborations théoriques, aux investigations biologiques, aux imageries, aux protocoles thérapeutiques. La sémiologie est souvent réduite et présentée de façon stéréotypée, tautologique, sans apports nouveaux. Le mode d'entrée se fait alors presque exclusivement par la catégorie diagnostique. De nombreux symptômes ont disparu, et les descriptions minutieuses ont laissé place à de simples évocations de cas cliniques.

Mais, au-delà de cette modification éditoriale, il existe un véritable bouleversement idéologique : une nouvelle logique de la clinique médicale. " Ne traitez jamais une maladie sans vous être assuré de l'espèce ", écrivait-on en 1806. C'est ainsi que, depuis le début de la psychiatrie, l'évolution de la nosographie a donné jour à de nombreuses classifications des maladies mentales élaborées à partir de regroupements de symptômes et de syndromes.

Ces classifications ont été établies selon deux principes : le voir et le savoir, autrement dit l'observation clinique et l'élaboration théorique. Dans son ouvrage *Naissance de la clinique,* Michel Foucault retrace les étapes du discours médical : " Il est question du regard ", annonce-t-il dès les premières lignes. L'œil de la médecine scrute les contours, les reliefs, les aspérités. Objectif, il ne laisse rien échapper de ce qui est visible. Cet œil muet travaille froidement comme une machine, sans influence idéologique ni théorique. " Toute théorie se tait ou s'évanouit toujours au lit du malade " (Corvisart, 1808).

Dans un tout autre registre, la psychanalyse donne l'exemple d'une nosographie fondée à partir d'une élaboration théorique. La nosographie psychanalytique est basée sur une clinique détachée de l'objectivable : une clinique de l'invisible. Les classifications des pathologies et de leurs aspects cliniques sont alors établies à partir d'une théorie du psychisme aboutissant au concept de structure psychique (névrose, psychose, perversion), lui-même fondé sur la notion d'inconscient.

Théorie psychologique, psychanalytique, biologique ou mécanisciste, chacune est cependant étroitement liée à la clinique dont elle émane. " La théorie donne un sens à la pratique et la pratique donne une vérité à la théorie " (O. Mannoni). Les deux principes, donnant la prééminence au voir ou au savoir, à la base de la taxinomie psychiatrique depuis plusieurs siècles, sont corrélés à un fondement de la médecine hippocratique ; fondement que l'on peut résumer par cet axiome : *à une maladie correspond un traitement.* Depuis plusieurs décennies on assiste à un retournement de ce principe de base. Sans doute en rapport avec l'avancée des découvertes biologiques et la prééminence prise dans le champ théorique des disciplines biologiques et cognitivistes, le principe hippocratique est devenu : *à un traitement correspond une maladie.*

Ainsi, la préexistence d'une molécule nouvelle (dont on ne connaîtrait pas l'utilité, ou dont l'efficacité prouvée dans certaines pathologies serait probable dans d'autres) est devenue l'objet central de la réflexion clinique et du discours médical. La taxinomie est détournée et de nouvelles catégories diagnostiques (nouvelles dénominations) sont nées comme celles des attaques de panique, des troubles obsessionnels-compulsifs, du syndrome hyperkinétique

de l'enfant, des symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie. Ce dernier exemple correspond à la théorie bi-syndromique de la schizophrénie en rapport avec le critère de réponse aux neuroleptiques et une hypothèse pathogénique dopaminergique. La question posée a donc été : " A tel type de neuroleptique correspond quel type de pathologie ? " Nous sommes ainsi passés de la question qui déterminait l'acte médical dans la logique hippocratique : *quel traitement pour telle symptomatologie ?,* à la question qui détermine la nouvelle logique : *quelle symptomatologie pour tel médicament ?* Il ne s'agit pas, pour nous, de comparer les différents modes explicatifs du fonctionnement psychique et des maladies mentales, ni d'établir une quelconque validité ou supériorité d'un système nosographique par rapport à un autre, mais d'affirmer clairement, et plus que jamais, l'ancrage de toute démarche psychothérapique (psychologique ou psychiatrique) dans le champ de la sémiologie des troubles psychiques. Il est probable que, bien au-delà de la pratique psychiatrique, la connaissance et la reconnaissance du symptôme psychique est un atout pour toute démarche soignante en général. La sémiologie médicale est le langage commun entre tous les soignants. Plus ce langage est précis, irréfutable et ouvre un large horizon d'occurrences, plus la cohérence des implications thérapeutiques est sûre.

Entendre le symptôme

Déjà, dans l'Antiquité grecque, Aristote jugeait bon de préciser dans son *Éthique à Nicomaque* que le médecin ne doit pas soigner une maladie mais un malade. Tout diagnostic se rapporte avant tout à un système nosographique, différent en fonction du choix théorique ; il désigne la maladie et oriente l'acte thérapeutique. Mais, à la différence des autres spécialités médicales, la pratique psychiatrique ne peut se contenter du simple diagnostic.

Le symptôme est un langage qu'il faut entendre.

Si le diagnostic a un sens en psychiatrie, c'est avant tout, selon nous, comme aide pour mieux reconnaître, mieux voir, mieux entendre le signe que nous fait le patient dans sa souffrance. Un signe que le patient lui-même, le plus souvent, ne perçoit pas ou ne déchiffre pas. Ainsi, le soin psychiatrique ne consiste pas à traiter un diagnostic mais à répondre à un symptôme ou une situation

qui fait symptôme. Autre spécificité psychiatrique par rapport aux autres disciplines médicales, en l'état des connaissances actuelles, il est beaucoup moins fréquent de parler de guérison. On traite, on soigne, mais il n'est jamais question d'affirmer guérir une schizophrénie, une névrose hystérique, une névrose obsessionnelle, etc. Il est cependant possible de guérir un symptôme, de répondre efficacement à une plainte ou une demande. Cela rend plus nécessaire encore l'étude sémiologique.

Deux approches cliniques différentes, mais non contradictoires, distinguent deux types de psychiatrie que je me risque à qualifier de *"psychiatrie du contenant "* pour l'une et " *psychiatrie du contenu "* pour l'autre. La première psychiatrie privilégie le symptôme dans ce qu'il a d'objectivable et donc d'évaluable. Il peut être décrit, mesuré, étalonné sur le plan quantitatif, voire qualitatif. Le tableau clinique est caractérisé par une liste de symptômes classés selon des regroupements permettant de reconnaître les critères d'une catégorie diagnostique elle-même accessible à l'évaluation standardisée. L'action thérapeutique est tout entière guidée par cette symptomatologie et ses résultats attendus doivent être reconnus à partir de scores obtenus lors de la passation des différentes échelles d'évaluation. D'une certaine façon, sur le plan du discours comme du comportement, ce que dit le patient n'est pas plus important que la manière dont il le dit. Dans un autre registre, la *psychiatrie du contenu* privilégie ce qui est dit ou plutôt ce qui s'entend dans ce qui est dit ou non dit ; elle déchiffre un discours au sein d'un langage fait de mots, de silences, d'intonations, de lapsus, de gestes, etc. Elle s'intéresse peu, parfois pas, au symptôme objectivable. Elle vise justement ce qui échappe à toute objectivation.

Ces deux approches, avons-nous dit, ne sont pas contradictoires, ni exclusives. Au contraire, leur juxtaposition situe l'individu dans cette totalité de l'être, toujours divisé entre objet (objet de la science) et sujet (sujet de l'inconscient). Elle renvoie à un questionnement qui, au-delà du champ médical, tente de comprendre ce qu'il y a de strictement humain en l'homme. Ces questions nous concernent, nous autres psychiatres. N'oublions jamais que les premiers ouvrages qui ont marqué la naissance de notre discipline à la fin du XVIIe siècle n'avaient pas pour titre *"Manuels " de psychiatrie* mais *Traités médico-philosophiques.*

La philosophie est cette " racine historique de la psychiatrie ", selon les termes de Henri Ey. Gardons en mémoire cette origine des siècles passés et formulons pour l'avenir le souhait le plus vif d'une psychiatrie qui n'exclut pas la question de l'être en tant qu'être, de la conscience qui parvient à la conscience d'elle-même, tout en affirmant son appartenance à l'art médical avec la plus grande de ses spécificités : la sémiologie des troubles psychiques.

Dr Serge Tribolet

Présentation

Cet ouvrage constitue un outil de travail visant à rétablir la logique sémiologique dans toute démarche diagnostique en psychiatrie. Il n'est pas conçu pour apporter des critères permettant l'établissement d'un diagnostic selon des catégories propres à tel ou tel autre système nosographique, mais pour permettre le repérage et la reconnaissance des symptômes les plus divers en les replaçant au sein de chacune des étapes de l'examen psychiatrique.

Nous ne proposons donc aucune entrée nosographique, chaque spécialiste pourra choisir la sienne en fonction de ses choix théoriques. Ce précis se situe en amont de l'étape diagnostique. Le temps sémiologique précède le temps diagnostique ; il permet ainsi d'assurer en même temps une écoute attentive du patient, une acuité du regard clinique et une plus grande sûreté du diagnostic.

L'élaboration et la rédaction de cet ouvrage n'auraient pas été possibles sans l'apport phénoménal de nos prédécesseurs depuis le début de la psychiatrie jusqu'à nos jours. Leurs découvertes, leur érudition, leurs descriptions et leur générosité nous ont permis un voyage en profondeur dans l'immensité de la clinique psychiatrique. Nous leur devons beaucoup, grâce à leurs articles, leurs thèses, leurs ouvrages. Des plus illustres aux plus discrets, nous ne pouvons les citer tous : A. Barbé, J. Babinski, B. Bail, P. Briquet, G. Ballet, J. Baillarger, R. Bénon, J.-M. Charcot, Ph. Chaslin, G. Clérambault, J. Cotard, L. Delasiauve, E. Dupré, E. Esquirol, H. Ey, J. Falret, Gilles de la Tourette, P. Guiraud, S. Ganser, E. Kraepelin, K. Kahlbaum, E. Kretschmer, M. Laignel-Lavastine, C. Lasègue, Lévy-Valensi, V. Magnan, E. Minkowski, B. A. Morel, E. Régis, J. Rogues de Fursac, J. Séglas, P. Sérieux-

Cet ouvrage fait la synthèse entre la connaissance sémiologique antérieure (celle de nos prédécesseurs) et son actualisation au regard de notre expérience et notre pratique quotidienne en psychiatrie.

Nous proposons en annexe une présentation des principaux syndromes psychiatriques spécifiques d'une culture donnée. Cette partie a été rédigée par notre confrère Géo Lehène, ethnopsychiatre.

Livre I

Les troubles des fonctions intellectuelles

Chapitre 1. Les troubles du langage

Le langage permet la représentation et la communication des idées et concepts grâce à un système conventionnel de signes oraux ou graphiques. Il diffère de la parole qui est l'expression de la pensée par la production des sons constitutifs du langage parlé. Organisée sur une base neuro-anatomique cérébrale, l'articulation langagière se fait à partir des signes linguistiques que sont les signifiés (valeur sémantique d'un signe ; concept) et les signifiants (image acoustique ; phonème ; phénomène sonore du signe).

Lors de son développement, le langage est sous l'influence des facteurs organiques (audition ; phonation ; articulation...), des facteurs cognitifs (reconnaissance et synthèse des sons) et des facteurs affectifs. Des perturbations de chacun de ces facteurs peuvent être à l'origine de troubles du langage. Ces troubles peuvent concerner :

- La dynamique : modifications de la voix, logorrhée, verbigeration, mutisme, mutacisme, bégaiement, polylalie.
- La syntaxe : l'agrammatisme.
- La sémantique : les paralogismes, néologismes.

L'aphasie est un trouble du langage provoqué par une atteinte cérébrale et peut se traduire par des perturbations de l'expression et de la compréhension du langage *{voir* Intrications neuro-psychiatriques).

Article 1 - Les modifications de la voix

- Élevée, intense, rauque, éraillée avec vociférération (syndrome maniaque).
- Faiblement émise, voilée, monotone (syndrome dépressif)-
- Aphonie : privation de la voix (conduite d'inhibition, syndrome de conversion).
- Affaiblie, traînante, indistincte (syndrome démentiel ; syndrome confusionnel).
- Chuchotée, basse, mais non affaiblie (méfiance, persécution parfois en rapport avec un syndrome délirant).

Article 2 - Les modifications du débit verbal

Tachyphémie : accélération du rythme verbal prenant la forme d'une précipitation plus ou moins bredouillante de la parole. Il s'agit donc à la fois d'un trouble du débit verbal et d'un trouble de l'articulation.

Logorrhée : flux de parole continu, rapide, incoercible et parfois improductif, avec possible bredouillement. Le patient parle sans trêve, intarissable, infatigable, il poursuit les interlocuteurs lassés. La conversation peut porter sur un sujet unique comme dans le cas des exaltations délirantes (délires passionnels), ou peut être décousue avec fuite des idées, jusqu'à l'incohérence, comme dans le cadre du syndrome maniaque, du syndrome confusionnel ou du syndrome démentiel. La logorrhée incohérente porte le nom de **verbigération,** qui peut être variée ou stéréotypée sous la forme d'une répétition continuelle des mêmes mots ou lambeaux de phrases. Les autres formes cliniques de cette surproduction et accélération verbales, outre les discours véhéments du maniaque ou du délirant, sont le bavardage sans suite, le dévidage monotone de paroles plus ou moins compréhensibles chez le dément, ou les récriminations aiguës exprimées par certains patients en phase d'excitation psychique.

Bradyphémie : lenteur du rythme verbal ; s'observe dans les processus ralentissant l'activité psychique (bradypsychie) ; peut aller jusqu'au tarissement complet. Fréquente dans le syndrome confusionnel et le syndrome dépressif.

Suspension du discours :

- **Barrages** : trouble du cours de la pensée caractéristique du syndrome dissociatif. Ruptures brusques du discours, souvent au milieu d'une phrase. Le sujet reprend après quelques secondes, sur le même sujet ou sur un sujet totalement différent. L'interruption peut se faire au cours d'une énumération, d'une explication, le patient restant muet pendant un temps plus ou moins court (parfois plusieurs secondes, voire minutes). Dans certains cas il se plaint d'être arrêté par une " obstruction ", par un " arrêt obligatoire ". Dans d'autres cas le barrage est initial, entraînant une latence de la réponse à la façon d'un défaut de mise en

marche. Dès la reprise de parole la série des idées exprimées se développe avec rapidité. Plus souvent, la " panne " survient en cours de route.

- Fading mental : autre trouble du cours de la pensée, caractéristique du syndrome dissociatif. Rupture progressive du discours caractérisée par une diminution du rythme et de l'intensité de la parole, de façon progressive, et suivie d'une reprise du rythme normal sur un thème identique ou sur toute autre idée. Cet évanouissement progressif de la vigueur de la pensée est plus fréquent que le barrage. Au fil des phrases, la tension de l'activité intellectuelle diminue et la précision de la pensée disparaît, l'élocution se ralentit, l'articulation devient moins nette, des répétitions et des digressions approximatives et inutiles marquent l'extinction de la pensée.
- Faux barrages : suspension de la parole due aux troubles de l'attention ou interruption de l'halluciné qui écoute son hallucination.

Absence de parole :

- Mutisme : Inhibition de la faculté de communication avec autrui par la parole, avec conservation de l'intégrité organique des centres du langage et de l'appareil vocal, ce qui permet de le différencier de la mutité. Dans ce dernier cas l'impossibilité du langage du fait de lésions organiques peut se décrire sous deux formes, en particulier chez l'enfant : l'audi-mutité (sans surdité) et la surdi-mutité (avec surdité).
- On distingue : un mutisme total : absence totale de parole ; un mutisme partiel ou semi-mutisme : le malade prononce quelques phrases ; un mutisme électif ou mutacisme : c'est un mutisme volontaire, le patient ne répond pas à certaines questions (mutisme employé par jeu) ; un mutisme ludique : mutisme employé par jeu maniaque, le patient ne parle pas mais le faciès est gai, moqueur. C'est un mutisme qui dure peu. Un mutisme négativisme : le patient est impassible, insensible à la répétition des questions. On observe souvent d'autres signes de négativisme notamment une fermeture forcée des paupières. À un degré maximal le patient ne communique d'aucune manière avec le médecin, il reste indifférent, inexpressif, voire statifié. Et la

mussitation : le patient prononce de façon marmonnée quelques phrases à voix basse ; ou remue les lèvres sans prononcer de paroles.

L'examen du contact et de la présentation permettent une sémiologie plus fine du mutisme *(voir* Troubles de la présentation). Par exemple, on peut distinguer trois cas selon que le patient ne veut pas répondre, pense à autre chose ou ne peut pas répondre. Le premier cas correspond à celui du persécuté halluciné, du persécuté interprétateur, de l'oppositionnisme ou du négativisme du syndrome dissociatif. Parfois le délirant reçoit l'ordre de ne pas parler, de ne pas répondre. Dans le deuxième cas, le patient peut être halluciné (attitudes d'écoute) ou présenter un syndrome confusionnel (troubles de la vigilance). Le patient halluciné semble écouter une conversation, occupé à autre chose. Le regard au loin il est « dans son monde ». Il répond parfois aux questions du médecin mais les réponses sont à côté car elles correspondent plutôt à l'activité hallucinatoire. Le troisième cas peut correspondre aussi à un trouble de la vigilance : stupeur, la douleur morale du syndrome mélancolique, la discordance du syndrome dissociatif ou manifestation d'un syndrome déficitaire *(voir* Conduites d'inhibition).

Il faut différencier le mutisme de :

- **L'aphonie** : perte de la voix.
- **L'aphémie** : impossibilité de parler ; le patient essaie de montrer son incapacité par gestes.
- **La mutité** : impossibilité du langage du fait de lésions organiques. Le malade fait comprendre son incapacité.
- **L'aphasie** : absence de langage en présence de signes de localisation neurologique.
- **La simulation** : imitation intentionnelle et délibérée d'un trouble psychique en vue d'éviter une contrainte, d'obtenir une satisfaction, d'en tirer un bénéfice matériel ou moral.

Rythme verbal	**accéléré**	**tachyphémie** **logorrhée**
	ralenti	**bradyphémie**
Suspension du discours	**arrêt**	**barrage**
	Rupture progressive	**fading mental**
Absence de parole	**mutisme**	**total** **partiel** **volontaire : mutacisme ludique**
	mussitation **aphonie** **aphémie** **mutité** **aphasie** **simulation**	

- MODIFICATIONS DU DÉBIT VERBAL -

Particularités du mutisme dans différentes affections psychiatriques :

- Syndrome mélancolique : mutisme entrecoupé de gémissements ou de paroles exprimant les thèmes mélancoliques, le pessimisme, le désespoir. S'il est total, il faut évoquer le diagnostic devant une hypominie et l'oméga mélancolique marquant la concentration douloureuse.
- Syndrome de confusion mentale : faciès figé mais non douloureux, mutisme souvent incomplet entrecoupé de phrases banales, présence de signes d'accompagnement somatiques.
- Syndrome délirant : mutisme volontaire souvent électif ; parfois le patient profère quelques paroles révélant la thématique délirante persécutive.
- Syndrome de conversion : mutisme plus souvent électif.

Article 3 - Les productions supplémentaires du langage

Stéréotypies verbales : répétition de mots et/ou de phrases hors de propos et sans signification actuelle, qui reviennent de façon mécanique et invariable dans le discours. Les stéréotypies verbales peuvent être automatiques ou secondaires à des idées délirantes.

Lorsqu'elles sont automatiques le patient n'a pas conscience qu'il parle (langage automatique) et les phrases prononcées n'ont généralement aucune signification perceptible *a priori*. Les stéréotypies verbales secondaires à une activité délirante, peuvent être soit voulues par le patient qui répète intentionnellement les mêmes phrases, soit déterminées par une idée fixe délirante et le patient répète la même phrase car il exprime de la même manière son idée fixe délirante. Parmi les automatismes verbaux on distingue : l'écholalie, la palilalie, le langage réflexe. Ce dernier consiste dans la réponse à certaines questions par des phrases banales qui sont souvent répétées auparavant dans les conversations de la vie quotidienne et qui finissent par se stéréotyper pour être émises presque automatiquement, sans réflexion intellectuelle. L**'écho-phrasie** est la répétition de phrases entières ou de la fin des phrases de l'interlocuteur faite systématiquement par le patient avant de répondre à une question. Cette variété d'écho est distincte de l'écholalie. Certains patients répètent souvent à la suite les mêmes phrases, les mêmes mots ou les syllabes finales aboutissant parfois au redoublement de toutes les syllabes d'un même mot : cette stéréotypie est appelée palinphrasie. Ces automatismes et stéréotypies sont souvent associés et proches sémiologiquement.

Écholalie : répétition involontaire, immédiate et dénuée de sens des derniers mots entendus par le malade. Le **psittacisme** est la répétition de mots et phrases dont le sens échappe au sujet, à la manière d'un perroquet, la répétition constituant ainsi l'unique mode de formulation verbale du patient. Cet emploi de mots vides de sens peut se caractériser sous deux formes : **psittacisme logique** et **psittacisme illogique.** Ce dernier correspond au langage sans pensée expresse ou distincte. Tandis que la forme logique correspond à un langage dont l'accord avec la pensée est le résultat de la mémoire et non du jugement.

Palilalie : répétition itérative et involontaire de mots, de syllabes ou de phrases courtes, avec accélération du rythme et tendance au chuchotement.

Parasitage : un son, un mot ou une phrase, sans rapport avec le sujet du discours, très évocateur d'un délire. L**'embolalie** correspond à ces syllabes, ces mots ou même ces phrases incidentes, parasites. Il

peut s'agir de syllabes ajoutées aux mots comme préfixes ou suffixes ou intercalées dans le corps du mot à l'origine d'un langage quasi hermétique **(parler javanais).** Dans d'autres cas, ce sont des mots sans aucun sens, des mots par assonances phonétiques **(échosyllabiques),** ou des paroles obscènes **(coprolalie)** ou des propos orduriers ou encore des insultes. Parfois, les mots intercalés ont un sens symbolique, un sens personnel et peuvent constituer une réponse à une hallucination acoustico-verbale.

Impulsions verbales : émission incoercible de mots souvent grossiers, obscènes, orduriers **(coprolalie).** Ces impulsions constituent les **hallucinations verbales motrices** : le patient peut soit être obligé de répéter les mots qu'il entend lui-même, soit être forcé d'articuler des mots qu'il ne voudrait pas prononcer, soit associer une interprétation délirante à son impulsion verbale. La parole est dite " involontaire et inconsciente " lorsque le patient ne se rend pas compte qu'il a parlé.

Persévération : répétition d'une réponse qui était adaptée à une question antérieure en réponse aux questions qui suivent au cours d'un même entretien. Cette répétition de mots ou de fragments de phrases et l'impossibilité d'aller plus avant dans l'expression de la pensée correspond à la stagnation de la pensée : dans ce cas une idée persiste, n'en faisant surgir aucune autre pour la remplacer. Au maximum, le cours idéique s'interrompt, la conversation demeure suspendue, c'est le barrage (décrit ci-dessus).

Article 4 - Les troubles sémantiques

Paralogisme : utilisation des mots habituels dans un sens personnel avec une signification nouvelle.

Néologisme : fabrication et emploi d'un mot nouveau inexistant. Certains mots sont usuels mais défigurés ou détournés de leur sens habituel. On peut distinguer deux types de néologismes :

- **Néologismes passifs** : ils sont formés par association d'assonances ou de représentations et ne sont pas reliés dans la conscience du patient à une signification déterminée. Ils peuvent aussi résulter de l'association de mouvements vocaux spasmodiques observés dans les états émotionnels, se rapprochant ainsi de l'interjection ou du juron.

- Néologismes actifs : ils sont créés intentionnellement et correspondent à une idée plus ou moins nette. Ils sont dénués de sens pour autrui et peuvent acquérir une signification particulière secondairement. Afin de faciliter la recherche des idées exprimées par ces néologismes, des regroupements en plusieurs catégories ont été proposés :
  - noms faisant allusion à des personnes ou à des êtres symboliques ;
  - noms faisant allusion à des agents ou à des états physiques ;
  - noms faisant allusion à des agents ou à des états physiopathologiques de caractère hallucinatoire. Qualification sexuelle souvent associée ;
  - conjurations, formules d'exorcismes, évocations ;
  - terminologie métaphysique et pseudoscientifique ;
  - autodénominations ;
  - néologismes asystématiques et absurdes.

Glossolalie : emploi d'un langage inventé avec son vocabulaire et des éléments de syntaxe. C'est un langage nouveau, incompréhensible, propre au malade. Dans cette construction d'un parler nouveau, l'expression verbale résulte d'un effort continu. On peut distinguer deux types de glossolalie :

- Véritable langue nouvelle, composée de néologismes, à laquelle le malade attache un sens. Cette forme considérée comme un langage en un ou plusieurs idiomes inconnus correspond à un trouble du cours dé la pensée caractéristique du syndrome dissociatif.
- Glossolalie par jeu verbal, syllabique, dépourvu de toute signification pour le malade lui-même. Cette forme ludique s'observe dans le syndrome maniaque.

Verbigération : répétition anarchique de mots dénués de sens, de façon incompréhensible, rendant le langage tout à fait incohérent. Le patient prononce ou déclame une série de mêmes mots ou de mêmes phrases n'ayant aucune signification. Ces itérations interminables sont le plus souvent sur un rythme lent.

Schizophasie : langage hermétique caractéristique du syndrome dissociatif se manifestant par l'incohérence liée aux troubles du cours de la pensée (pensée abstraite, différente, approximative),

aux troubles de l'affectivité (ambivalente, paradoxale), à la discordance (syndrome catatonique qui impose la forme et le rythme de l'expression).

Salade de mots : emploi des mots sans valeur sémantique ni lien grammatical consistant en une juxtaposition de mots quelconques à l'origine d'une incohérence du discours.

Article 5 - Les troubles de la syntaxe

Ellipse syntaxique : suppression de mots essentiels pour comprendre une phrase. Parfois suppression des verbes et construction de phrases étranges par des patients qui disent être empêchés de penser et de s'exprimer (délire d'influence), ou des patients qui trouvent ainsi leur langage plus original et plus relevé (mégalomanie délirante).

Paragrammatisme : troubles du langage faits de formes syntaxiques anormales et de néoformations verbales à partir des racines correctes mais à compositions fautives. Les mots gardent leur sens commun mais ne sont pas assemblés selon les règles de la grammaire. Dans certains cas les patients se désignent à la troisième personne (" il " ou " elle "), par un qualificatif (" la bête "), utilisent des périphrases, prennent le nom d'un autre sexe, d'un objet ou d'un animal, parlent d'eux au pluriel.

Agrammatisme : perte de la capacité d'organiser la phrase selon les règles de la syntaxe. Ce langage ressemble au style télégraphique avec suppression des adjectifs, propositions et n'utilisant que les verbes à l'infinitif.

Sémantique	**Paralogisme** **Néologisme** **Glossolalie** **Verbigération** **Schizophasie** **Salade de mots**
Syntaxe	**Ellipse syntaxique** **Paragrammatisme** **Agrammatisme** **Syndrome de Ganser**

- TROUBLES SÉMANTIQUES ET SYNTAXIQUES -

Syndrome de Ganser *(voir* Troubles de l'imagination) :

- Caractérisé par des **réponses à côté** : ce sont des réponses absurdes, sans lien logique avec la question posée, approximatives et équivoques. Le malade donne souvent l'impression d'être un simulateur. Ce parler à côté est parfois accompagné d'une absurdité des actes (rires immotivés, réactions illogiques).

Article 6 - Les styles particuliers de langage

Maniérisme : langage artificiel et compliqué ; les mots sont recherchés et contournés. Le maniérisme s'étend à un ensemble de manifestations motrices sous forme de gestes, d'attitudes et d'activités mimiques donnant l'impression que le malade est apprêté, qu'il empreinte un rôle. On peut distinguer un maniérisme ludique, dans le syndrome maniaque ; un maniérisme de parade, mégalomaniaque ; un maniérisme avec minauderie, puérilisme ; un maniérisme ecmnésique (l'ecmnésie est un trouble de la mémoire caractérisé par une réminiscence intense d'une situation passée avec les propos et les gestes correspondants) ; un maniérisme automatique parfois observé dans le syndrome démentiel ou le syndrome dissociatif ; un maniérisme baroque marqué par les bizarreries dans le syndrome dissociatif. Proximité sémiologique avec le théâtralisme de la mythomanie ou de la personnalité hystérique.

Puérilisme : régression du langage, langage pauvre et enfantin.

Article 7 - L'aphasie

Trouble du langage indépendant d'un état émotionnel, de toute atteinte sensorielle (auditive ou visuelle), d'une lésion de l'appareil vocal, mais lié à une lésion de l'hémisphère cérébral gauche. On distingue des aphasies à prédominance motrice, où dominent des troubles de l'émission (aphasie de Broca, avec anarthrie et alexie), et des aphasies où la compréhension du langage est en cause (aphasie de Wernicke avec troubles de l'élocution, anosognosie, jargonophasie...).

(Voir Troubles de la présentation ; Troubles instrumentaux)

Article 8 - Les troubles de l'articulation

Bredouillement : vice de prononciation qui consiste en une accélération du rythme de la parole avec articulation défectueuse. La dernière syllabe d'un mot se confond souvent avec la première du mot suivant.

Dyslalie : trouble de l'articulation dû à un défaut des organes de la phonation (lèvres, langue, palais, **larynx).** Ces troubles de la parole articulée comportent la blésité, l'hésitation de la parole, l'aphtongie, et le bégaiement :

- **Blésité** : les mots ne peuvent être reproduits correctement par nasalisation ; chuintement (difficultés de contraction des joues portant sur les consonnes) ; zézaiement portant sur les consonnes (anomalies de position de la langue).
- **Hésitation de la parole** : se caractérise par un traînement de la parole, un tremblement de la parole ; dans sa forme mineure de simples accrocs à certaines syllabes, et dans une forme majeure la parole devient bredouillée, chevrotante en même temps qu'il existe un abaissement de la tonalité et que la voix devient monotone, basse, enrouée.
- **Bégaiement** : porte sur le débit et le rythme de l'élocution, sans lésion des organes de la phonation ni troubles intellectuels :
  - **Clonique** : répétition involontaire d'une même syllabe.
  - **Tonique** : blocage temporaire de l'expression d'une syllabe avec contraction du système phonateur.
- **Aphtongie** : trouble simultané du son et de la parole, lié à une crampe dans la région de l'hypoglosse, se produisant avant même que le moindre son ne soit proféré.

Dysarthrie : trouble de l'articulation des mots rendant difficile l'émission de sons intelligibles. Conséquence d'une paralysie, d'une atrophie ou d'un spasme des muscles de la phonation (langue, lèvres, voile du palais). La dysarthrie est à distinguer de l'aphasie motrice où le trouble est central.

Anarthrie : type d'aphasie motrice caractérisée par l'impossibilité d'articuler les sons alors que la compréhension du langage, l'écriture, la lecture sont conservées. Cette atteinte du langage spontané avec une fluence verbale effondrée peut se manifester par un mutisme ou l'émission de quelques sons inarticulés ou quelques phrases brèves, toujours les mêmes.

Bredouillement	Vice de prononciation
Dyslalie	Blésité Hésitation de la parole Bégaiement Aphtongie
Dysarthrie	Dysfonctionnement des muscles de la phonation
Anarthrie	Type d'aphasie motrice

- TROUBLES DE L'ARTICULATION -

Article 9 - La dyslexie

Lire est une activité complexe qui met en jeu des mécanismes auditifs, visuels et moteurs. Il s'agit non seulement de connaître des sons, mais encore de comprendre la signification des mots.

La dyslexie est une difficulté d'apprentissage de la lecture en dehors de tout déficit sensoriel et moteur chez les patients d'un niveau intellectuel global normal, caractérisée par des erreurs dans l'enchaînement des graphies ou dans la transcription graphique des phonèmes.

Le patient n'est ni sourd, ni aveugle, il n'existe pas de déficit moteur au niveau des organes phonatoires. Il faut distinguer les difficultés voisines :

Dysgraphie : difficulté dans l'apprentissage de l'écriture.

Dysorthographie : difficulté dans la manière d'écrire correctement un mot.

Dyscalculie : difficulté dans l'apprentissage du calcul.

Erreurs caractéristiques		Mots corrects	Mots écorchés
Difficultés de différenciation visuelle des lettres	Inversion des lettres (lecture en miroir)	c e	ɔ ɘ
	Confusion entre les lettres symétriques	p b barbecue	q d bardécue
Difficultés de différenciation auditive des sons	Confusion entre les consonnes sourdes et sonores	guérison jus bière	guérisson chus pière
	Confusion entre des consonnes soufflées	bazar cher	bavar fer
	Confusion entre des consonnes explosives	tarte bidon	parte didon
	Confusion entre les consonnes labiales et dentales	marin boudin	narin doudin
	Confusion entre certaines voyelles	bateau gala	baton galen
	Confusion phonétique	j'aime	jenne
Mauvaise succession des lettres ou des syllabes	Permutation ou suppression des lettres ou des syllabes	confort jardinage médicament	conort jarnage mécament
	Suppression de la dernière syllabe (finales caduques)	blessure pagaille	blessu paga
Difficultés de symbolisation verbale : lecture hachée, tantôt lente, tantôt précipitée, avec coupures inappropriées			

Article 10 - Les modifications du langage écrit

Troubles delà forme	• Modifications des caractères . lettres grandes, bien tracées (expansion de l'humeur) . lettres petites (micrographie), tremblées, irrégulières . certains mots soulignés ou en gras, caractères ou fréquence des majuscules en rapport avec idées délirantes • lettres mal formées, incompréhensibles, ne suivant aucune direction • néographisme : signes ou lettres créés par le patient n'ayant de signification que pour lui • Modifications du débit • graphorrhée ou graphomanie : écrits abondants • mutisme graphique : refus d'écrire • Situation • absence de marge, lignes surchargées, entrecroisées • discipline graphique exagérée (marges, interlignes...) • Modifications de la syntaxe (en rapport avec les troubles du langage parlé) • périphrases : le parler puéril . ellipse : absence de mot, de lettre ou de phrase • fautes d'orthographe
Troubles du fond	• Pauvreté du langage : répétition des mêmes phrases et mêmes mots, vocabulaire réduit, manque de mots • Richesse du langage : abondance du discours, richesse d'expression • *Lapsus calami :* substitution d'un mot par un autre dans le langage écrit • Néologismes graphiques : mots dont le groupement de lettres ne correspond à aucun mot de la langue • Stéréotypies graphiques : répétition de certaines phrases toujours identiques et n'ayant parfois aucune signification • Schizographie ou incohérence graphique (syndrome dissociatif) • Le but des écrits : • écrits indifférents . écrits défensifs adressés aux autorités pour se plaindre de persécutions ou autres préjudices . écrits offensifs : il s'agit d'écrits des patients délirants (persécutés-persécuteurs) ; on distingue plusieurs thèmes : lettres religieuses, lettres du politique (au Premier ministre, au président de la République...), lettre d'amour, d'érotomane, lettre du processif (au juge), lettre de l'hypocondriaque (au médecin)

Chapitre 2. Les troubles de la pensée

La pensée est l'ensemble des opérations intellectuelles qui permettent de comprendre les objets et leurs relations et d'accéder à la connaissance du monde.

Ces opérations sont principalement l'imagination, le jugement, le raisonnement. Les idées peuvent ainsi se former, se réunir à partir d'idées déjà présentes, de perceptions, de sensations.

La pensée peut être perturbée dans son développement, son déroulement (le cours de la pensée) ou son contenu. Le contenu de la pensée est un flux permanent et indifférencié d'idées, de sensations, de souvenirs, d'images, d'émotions qui peuvent à tout moment s'ordonner, se préciser, se cristalliser, se synthétiser et se présentifier puis se verbaliser intérieurement ou à haute voix. Des troubles affectifs ou cognitifs peuvent altérer les contenus idéiques.

Article 1 - Les troubles du cours de la pensée

Cours de la pensée : il peut être plus ou moins rapide, cohérent et fluide :

- **Rythme de la pensée** : il peut être accéléré (tachypsychie) ou ralenti (bradypsychie).
- **Continuité de la pensée** : elle peut être altérée avec :
  - **perte de la cohérence,** perte des enchaînements logiques, des regroupement synthétiques.
  - **perte de la fluidité,** allant de la viscosité mentale à la fuite des idées.

Troubles du rythme de la pensée :

- **Tachypsychie** : accélération du rythme de la pensée (parfois appelée **hypomanie) :**

  au premier stade, l'**hyperactivité intellectuelle** est dite **productive** : l'efficience est conservée et améliorée grâce à l'augmentation de l'idéation, l'inventivité, la richesse des associations idéiques, des productions imaginaires, parfois l'inspiration artistique ou scientifique.

  - à un stade plus évolué, l'**hyperactivité intellectuelle** devient **improductive.** L'afflux excessif d'idées ne permet pas leur utilisation en raison des associations superficielles et digressives répétées. La **diffluence** de la pensée désigne un mode

de pensée qui se développe dans diverses directions. Il existe un trouble des associations des idées, caractérisé par des digressions incontrôlables et sans rapport entre elles. Elle peut traduire une dissociation de la pensée qui entre dans le cadre plus général du syndrome dissociatif, mais aussi s'observe constamment dans le syndrome maniaque et tout autre état à l'origine d'une tachypsychie.

les principales manifestations de la diffluence sont :

- fuite des idées : afflux excessif d'idées associé à leur fugacité. A peine formées, les idées quittent le champ de la conscience, bousculées par d'autres idées nouvellement apparues et ainsi de suite. Le patient passe d'une idée à une autre, ne pouvant se concentrer sur un thème précis.
- **logorrhée** : précipitation du débit verbal associée parfois à une **graphorrhée** (hyperproductivité graphique).
- **expansion de la conscience** : chaque image, chaque idée dont l'enchaînement est très rapide entraîne une kyrielle de réminiscences et d'évocations.
- **associations verbales par assonance ou par contiguïté** : un son en évoque un autre et oriente les propos exprimés indépendamment du sens des mots prononcés par l'interlocuteur ; les sens propres et sens figurés sont confondus ; confusion des homonymies ; fréquence des onomatopées.
- **jeux de mots et coq-à-l'âne répétés** : sauts sans transition d'un sujet à un autre, sans raison apparente.
- **parfois hypermnésie ou ecmnésie** *(voir* Troubles de la mémoire).

	TACHYPSYCHIE	BRADYPSYCHIE
	Accélération	**Ralentissement**
stade	• hyperactivité intellectuelle productive • augmentation de l'idéation • richesse et inventivité des associations idéiques • inspiration artistique ou scientifique • originalité des initiatives	• appauvrissement de la pensée • diminution de l'idéation • pauci-idéisme • discours pauvre, lent, bradyphémie • absence d'initiatives (va de pair avec l'aboulie)
stade	• hyperactivité improductive • diffluence de la pensée • digressions idéiques incontrôlables • fuite des idées, coq-à-l'âne • logorrhée, graphorrhée • associations verbales par assonances ou par contiguïté • possible hypermnésie ou ecmnésie	• viscosité mentale • monoidéisme • anidéisme (improductivité idéique totale) • perseverations (une idée n'est plus • capable d'en évoquer d'autres) • trouble de la vigilance

- TROUBLES DU RYTHME DE LA PENSÉE -

- Bradypsychie : ralentissement du rythme de la pensée.
  - **lenteur d'idéation** : le fil des idées est conservé mais nettement ralenti et constamment associé à une :
    bradyphémie : lenteur du rythme verbal,
    bradykinésie : lenteur des mouvements.
  - Cette inertie du développement des idées témoigne d'une viscosité mentale : le sujet fait un effort important pour répondre aux questions simples, donnant l'impression d'une pauvreté intellectuelle. Les associations idéiques sont pauvres.
  - appauvrissement **de la** pensée avec :
    - **pauci-idéisme ou** monoidéisme : peu d'idées ; pensée centrée autour d'une idée prévalante souvent péjorative (idée de mort, désespoir, perte, malheur...).
    - au maximum, l'improductivité **idéique** est totale : anidéation.
    - parfois le ralentissement est concomitant avec la difficulté des processus de synthèse mentale, comme dans le cas du syndrome confusionnel. Une idée n'est plus capable d'en

évoquer d'autres dans la même direction. Pauvreté de l'association des idées, les liens de causalité ne sont plus établis, les idées stagnent, aboutissant à leur fragmentation et fusion. Ces symptômes sont liés aux troubles de la vigilance.

RYTHME	Accélération : tachypsychie Ralentissement : bradypsychie
CONTINUITÉ	Arrêts brusques : barrages Evanouissement progressif : fading mental progressif Inhibition intellectuelle : effort infructueux Persévération mentale : adhésivité Viscosité mentale : stagnation mentale

- TROUBLES DU COURS DE LA PENSÉE -

Troubles de la continuité de la pensée :

- **Barrages** : arrêts brusques du cours de la pensée. Le patient cesse subitement de penser et de parler. Après un court laps de temps (fraction de seconde ou plusieurs secondes) le cours des idées se rétablit *(voir* Syndrome dissociatif).
- **Fading mental** : évanouissement progressif du cours de la pensée, qui se traduit par une diminution du rythme de la phrase suivie d'une reprise du rythme normal sur un thème identique ou sur une toute autre idée *(voir* Syndrome dissociatif).
- **Inhibition intellectuelle** : diminution de la vigueur mentale à l'origine d'un déficit de la productivité des représentations (idées, souvenirs). Possibles intervalles d'improductivité totale. Effort nécessaire mais souvent infructueux ou insuffisant pour penser. Démarrage lent et réponses lentes *(voir* Conduites d'inhibition).
- **Viscosité mentale** : ralentissement du débit idéique, du rythme des associations idéiques, de l'expression, de la réponse adéquate à une question.
- **Persévération mentale** : exagération de la rémanence qui maintient normalement une idée dans le champ de la conscience. Elle se traduit par un défaut de fluidité idéique : impossibilité d'abandonner rapidement une idée pour une autre. Cette adhésivité peut s'intensifier jusqu'à la viscosité mentale. La persévération est l'inverse de la fuite des idées.

Article 2 - Les troubles du contenu de la pensée

Troubles de la représentation et de l'imagination :

- **Représentation psychique** : c'est la capacité de redonner dans notre conscience la qualité de présence à une sensation, une image perceptive, une forme abstraite. Les représentations sont normalement dépourvues de toute esthésie sensorielle.
- **Troubles de la représentation** : ils peuvent se traduire par des déficits de la pensée conceptuelle caractérisés par l'incapacité d'accéder à un degré d'abstraction suffisant. La symptomatologie de la perturbation de cette fonction opérationnelle de la pensée correspond à celle des troubles du langage : troubles de la syntaxe, troubles de la sémantique (néologismes, schizophasie, incohérence, etc.).
- **Imagination** : elle peut être perturbée par déficit ou par excès à type d'exaltation, comme dans la tachypsychie, ou par modification de l'appréhension du réel, comme dans la fabulation (voir Troubles de l'imagination).

Idées fixes ou idées prévalantes :

- **Idées prévalantes** : mobilisation totale de la pensée au service d'une revendication, d'un préjudice, d'une jalousie, sans aucune considération pour ce qui la contredit.
- **Idées parasites** : idées venant s'imposer avec constance et efficacité, brouillant ou perturbant le contenu de la pensée. Lorsqu'elles sollicitent toute l'attention du sujet, elles constituent un **monoïdéisme.**
- **Idées non considérées** par le sujet comme absurdes ou sans fondement (à la différence des obsessions).

Idées délirantes :

- Idées non fondées sur la réalité commune, auxquelles le sujet attache une foi absolue, non soumises à la preuve et à la démonstration, non rectifiables par le raisonnement. Elles expriment une réalité propre au sujet et sont sous-tendues par les mécanismes du délire comme l'imagination ou l'interprétation délirantes. Synonyme : thèmes délirants *(voir* Syndrome délirant).

Obsessions :

- Trois types d**'idées obsédantes** : obsessions **idéatives,** obsessions **phobiques,** obsessions **impulsives** (voir Obsessions).

- Distinctes de l'**idée fixe** ou **idée prévalante,** car l'**idée obsédante** apparaît au sujet comme un phénomène morbide assiégeant sa pensée et qui émane de sa propre activité psychique.

Phobies :

- **Crainte irraisonnée** : jugée absurde par la personne, déclenchée par la présence d'un objet ou d'une situation n'ayant pas en eux-mêmes un caractère objectivement dangereux, et disparaissant en l'absence de l'objet ou de la situation (voir Phobies).

Article 3 - Les distorsions de la pensée

Pensée déréelle ou déréistique : élaboration mentale en contradiction avec la réalité commune ; pensée faite d'abstractions formelles sans support objectif ; les données subjectives et imaginaires prévalent sur les données objectives.

Pensée autistique : enfermement dans une pensée intérieure déréelle aux dépens de la réalité extérieure.

Pensée magique : mode de pensée libérée des références logiques, fondée sur la toute-puissance du désir, ne tenant pas compte de l'expérience commune. La réalisation du désir est mise sur le compte de forces supérieures intuitivement ou explicitement admises. Commune chez l'enfant, elle est caractéristique de la mentalité superstitieuse et se manifeste dans certaines pathologies mentales par des rites, des pratiques ou des idées délirantes.

Pensée syncrétique : mode d'appréhension globale et indifférenciée du monde extérieur et de son propre corps. Au cours du développement normal de l'enfant, la pensée syncrétique précède la perception et la pensée logique de l'adulte. Ce mode de pensée s'observe dans le syndrome dissociatif.

Digression de la pensée : interruption de la direction normale des associations idéiques par une idée parasite puis retour à l'idée initiale. La pensée intercalée est souvent inattendue, paradoxale. Les séries d'associations parasites peuvent se poursuivre et provoquer un égarement de la pensée. Proximité sémiologique avec le **syndrome de Ganser** caractérisé par des réponses à côté et des réponses absurdes *(voir* Troubles de l'imagination).

Pensée paralogique : pensée respectant un cadre d'élaboration logique des associations idéiques, des représentations, du jugement pour conforter ses idées prévalantes. Le raisonnement paraît juste et logique mais le ou les postulats sont faux. Toutes les conséquences du raisonnement, toutes les interprétations vont dans l'unique sens d'une conviction prévalante.

Rationalisme morbide : processus mental qui restreint et étouffe la réalité vivante et concrète à l'aide de raisonnements abstraits, d'élaborations stériles et contraignantes, théories, programmes et dogmatisme, ayant en commun l'inefficacité et l'inadéquation au réel. Ce processus caractérise souvent la pensée dissociée *[voir* Syndrome dissociatif).

Pensée xénopathique : pensée ressentie comme empêchée, dictée et contrôlée par une influence extérieure. Les activités psychiques sont éprouvées comme étrangères, faisant une irruption mystérieuse et hostile au niveau de la conscience. Ce mode de percevoir sa propre pensée caractérise les phénomènes d'automatisme mental *(voir* Troubles de la perception).

Pensée déréistique	Abstractions formelles sans support objectif
Pensée autistique	Enfermement dans une pensée intérieure
Pensée magique	Toute puissance du désir ; sans références logiques
Pensée syncrétique	Appréhension globale et indifférenciée du monde extérieur
Pensée digréssive	Idées parasites
Pensée diffluente	Développement dans plusieurs directions
Pensée circonstanciée	Débordement de détails, contaminations, dérivations
Pensée paralogique	Postulats faux, raisonnement logique
Pensée dissociée	Rationalisme morbide
Pensée xénopathique	Activités psychiques éprouvées comme étrangères
Pensée accélérée	Tachypsychie
Pensée ralentie	Bradypsychie

- MODALITÉS PATHOLOGIQUES DE LA PENSÉE :
COURS, CONTENU ET FORME -

Article 4 - Les troubles du jugement

Le jugement peut être facilité, inhibé ou faussé (voir chapitre 3).

Chapitre 3. Les troubles du jugement ou du raisonnement

Le jugement est la capacité d'affirmer des rapports, d'évaluer des résultats, de discerner le vrai du faux, la justesse de l'erreur. Cette opération intellectuelle permet la maîtrise d'idées abstraites en situant les faits, idées et représentations selon une hiérarchie de valeurs. En pouvant reconnaître l'authenticité, la véracité ou la logique d'un fait, d'une pensée, d'une opinion, le sujet accède à la critique et l'autocritique. Le raisonnement est la capacité d'ordonner les pensées, d'utiliser les concepts, d'articuler un jugement à un autre.

Article 1 - Les qualités du jugement

Le jugement est une fonction intellectuelle supérieure et complexe, dépendant à la fois des autres fonctions supérieures (raisonnement, mémoire, imagination) et de l'affectivité. Ses qualités peuvent être perturbées isolément ou en association, entraînant les troubles du jugement : excès du jugement, affaiblissement ou perte du jugement, distorsions du jugement. Les principales qualités du jugement sont :

Référence à **un système logique** : une hiérarchie de valeurs qui s'adapte à la situation. L'inadéquation entre les situations et l'échelle de valeurs prise comme référence est à l'origine de distorsions du jugement comme le rationalisme morbide, l'interprétation délirante, la pensée paralogique.

Adaptabilité et souplesse : le jugement doit pouvoir s'adapter en fonction des informations nouvelles, des conséquences des actes, du témoignage des faits. Dans la psychorigidité, le jugement est rigide, inébranlable, non accessible au raisonnement, hermétique aux informations nouvelles.

Stabilité et solidité : le jugement doit garder sa constance, se maintenir en l'absence d'éléments nouveaux et face à des jugements qui lui sont opposés. La stabilité peut être compromise dans certains troubles du cours de la pensée (fuite des idées, pensée dissociée, etc.) ; la solidité est absente lorsque la suggestibilité est trop importante, ou l'assurance du sujet et l'estime de soi sont trop faibles.

Ouverture et liberté : l'étroitesse des points de vue diminue les capacités discriminatives du jugement. Le manque d'ouverture est caractéristique de la psychorigidité. La liberté intellectuelle, idéologique est indispensable à l'exercice des facultés de jugement. Cette liberté est sous la dépendance de l'environnement social, culturel et affectif.

Article 2 - Les excès du jugement

L'excès de jugement peut accompagner sa déviation. Cet excès n'est jamais seul. Les facilitations du jugement sont plus subjectives qu'objectives. Dans les états psychiques secondaires à certaines prises de toxiques (psychostimulants), dans la tachypsychie du syndrome maniaque, les capacités de jugement peuvent paraître augmentées mais en fait sont superficielles car sous-tendues par un faible niveau de conceptualisation et de raisonnement.
Certaines constructions délirantes témoignent parfois d'une grande acuité du jugement caractéristique de la pensée paralogique *(voir* Troubles de la pensée), de l'interprétation délirante.

Article 3 - L'affaiblissement ou la perte du jugement

Dans le syndrome confusionnel :

- **Insuffisance des opérations mentales** de raisonnement, de concentration, de réflexion.
- **Ralentissement, engourdissement** de la pensée conceptuelle.
- **Affaiblissement ou erreurs du jugement** : ils sont associés au ralentissement idéique, au déficit de l'attention, aux troubles mnésiques, aux troubles des perceptions, à la désorientation temporo-spatiale.

Dans le syndrome démentiel :

- **Troubles du jugement précoces** : ils souvent masqués par la persistance d'automatismes.
- **Peut se traduire par :**
  - **perte de l'autocritique** : absence de conscience du caractère morbide des troubles ;
  - **appréciation erronée** de faits réels, proche de l'interprétation délirante ;
  - **incohérence,** illogisme, absurdité ;
  - **symptomatologie du registre instinctivo-affectif** : diminution des valeurs éthiques, disparition du sens des barrières sociales avec actes pervers, impulsions agressives ou sexuelles, impolitesse, trivialité.

Dans le syndrome délirant :

- **Absence ou faible critique du délire** (perte de l'autocritique) en rapport avec la conviction délirante.

Article 4 - Les distorsions du jugement

Concernent principalement les **syndromes délirants.** Les distorsions du jugement qui peuvent relever d'une perturbation du discernement d'un fait réel (idée délirante) ou d'une importance démesurée attribuée à ce fait (idée prévalante). Elles peuvent aussi correspondre aux altérations de la pensée dissociée *(voir* Syndrome dissociatif), aux mécanismes délirants *(voir* Syndrome délirant), aux troubles de la conscience et de la vigilance comme dans le syndrome confusionnel.

Rationalisme morbide :

- Jugement conservé dans ses aspects dynamiques et ses possibilités discriminatives mais il reste flou et abstrait. Il s'observe dans la pensée dissociée caractéristique du syndrome dissociatif et se traduit par une rationalisation systématique, froide et pseudologique associée au désintérêt et à l'inaffectivité.

Fausseté du jugement :

- **Tendance à tout interpréter** dans le même sens, en rapport avec une conviction prévalante et caractéristique de la pensée paralogique. Ce trouble du jugement infléchit le raisonnement et s'exprime par un discours démonstratif, ordonné, cohérent et rigoureux mais fondé sur des postulats inexacts.

Article 5 - L'interprétation délirante

- **Mécanisme délirant** *(voir* Syndrome délirant).
- **Attribution d'un sens erroné à un fait réel** : tendance à reconstituer, à partir de faits exacts, un scénario conforme au projet délirant. Le point de départ est réel, le raisonnement consécutif faux. Il n'y a plus de hasard. Tout est appelé en confirmation du délire.

Chapitre 4. Les troubles de la volonté

La **volonté** est une faculté consistant " en ce que, pour affirmer ou pour nier, poursuivre ou fuir les choses que l'entendement nous propose, nous agissons de telle sorte que nous ne sentons point qu'aucune force extérieure nous y contraigne " (Descartes, *Méditations,* IV, 7).

L'acte volontaire n'est pas la manifestation spontanée d'un désir mais suppose une évocation des motifs, une délibération, une décision puis une exécution.

La volonté peut être décrite comme :

Fonction active : choisir l'acte à accomplir et l'exécuter. L'insuffisance de cette fonction est à l'origine d'une symptomatologie déficitaire telle que l'aboulie, l'apragmatisme, etc.

Fonction inhibitrice : elle intervient comme mécanisme de modération, voire d'arrêt de tendances ou réactions instinctives, impulsives, etc. ; l'insuffisance de cette volonté est à l'origine de passages à l'acte, de comportements antisociaux, etc.

Article 1 - La volonté déficitaire

Aboulie :

- **Insuffisance de la volonté** : elle se traduit par une indécision, voire une impossibilité dans le choix de l'acte. Le sujet aboulique ne peut pas choisir entre les deux solutions contraires qui s'imposent successivement à sa conscience. Ces oscillations de la délibération ne sont pas justifiées par la situation du choix (il peut s'agir de choses futiles).

- **Aboulie d'exécution** : elle correspond à une perte de l'initiative motrice. Le sujet n'hésite pas, il sait ce qu'il veut faire, mais l'exécution d'un acte même insignifiant est quasi impossible, lui coûte un effort démesuré.

Apragmatisme :

- **Symptôme de la dissociation dans le registre comportemental :** *(voir* Syndrome dissociatif). Il est caractérisé par l'incapacité d'effectuer complètement des actions nécessitant une certaine coordination alors qu'elles peuvent être conçues (différence avec l'anarchie des actes du confus et du dément) et commencées (différences avec l'aboulie) et en l'absence de lésion neurologique (différence avec l'apraxie). Comme l'aboulie, ce trouble grave de l'activité volontaire peut conduire à la claustration, la clinophilie et la désorientation.

Apraxie : incapacité d'exécuter des actes volontaires adaptés. Le patient ne peut pas exécuter sur commande des mouvements orientés vers un but sans trouble psychique (le sujet possède la pleine connaissance de l'acte à accomplir) ni lésion des organes d'exécution (absence d'atteinte paralytique motrice et coordonnatrice) :

- **Apraxie idéatoire** : les gestes simples sont exécutés alors que la succession des actes nécessaires à un mouvement complexe est impossible.
- **Apraxie idéomotrice** : un geste simple (tirer la langue) est irréalisable alors que des gestes automatiques (se gratter) ou émotionnels sont possibles.
- **Apraxie constructive** : des formes ne peuvent être reproduites ni par le dessin ni par construction dans l'espace.

Catalepsie : persistance des mouvements imposés, associée à une rigidité plus ou moins complète des masses musculaires, avec suspension de l'initiative. Symptôme de la dissociation *(voir* Syndrome dissociatif). Comme s'il était en cire molle, le membre garde la position qu'on lui fait prendre.

De très nombreuses entités pathologiques en psychiatrie peuvent se définir sous l'angle de la volition, du vouloir, dans ses aspects déficitaires. Par exemple :

- **Obsessions** : idées contraignantes assiégeant la pensée consciente. Le sujet ne peut s'en détacher par la seule volonté.

- Dépendances (alcool, tabac, autres toxiques) : perte de la volonté de pouvoir s'abstenir, à l'origine d'un état d'asservissement physique et mental à l'égard d'une substance.
- Conduites suicidaires : perte de la volonté de vivre (ou excès de la volonté de mourir)
- Conversion *(voir* Syndrome de conversion) : Se caractérise par des symptômes ou des déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles.

Article 2 - Les excès de la volonté

Excès de la volonté, liés aux déviations de la volonté :

- En rapport avec le syndrome délirant : sthénicité revendicante des délires paranoïaques procéduriers (ou quérulents processifs) ; inventeurs méconnus ; idéalistes passionnés ; sinistrose délirante. Dans tous ces cas la volonté est intense et toute dirigée dans le sens de la conviction délirante ; la réaction au délire est à l'origine de comportements, attitudes, actes volontaires, tenaces, répétés. " Le paranoïaque ne désarme jamais. "

De la même façon, les délires passionnels sont caractérisés par une volonté puissante pour soutenir la conviction délirante d'être aimé (érotomanie) ou d'être trompé (jalousie) et les conséquences sur les actes : surveillance, menaces, harcèlement, agressivité, vengeance, etc.

- En rapport avec le syndrome dissociatif ; l'obstination et l'opposition dans le négativisme paraissent des excès de volonté mais d'une volonté déviée.

Des réactions d'oppositions observées aussi dans les syndromes démentiels ou les syndromes délirants (refus d'aliments, refus de répondre, etc.) sont aussi des excès pathologiques d'une volonté déviée.

- En rapport avec le syndrome maniaque : relation et la mégalomanie sont les manifestations d'une volonté intense et déviée : les projets grandioses ne tiennent pas compte des objections et ne perçoivent ni limites ni contraintes.

Article 4 - Les déviations (ou distorsions) de la volonté

Volonté contraire :

- **Négativisme** : c'est le refus systématique des consignes, appels, sollicitations, communications venant des autres, aboutissant à l'isolement, au mutisme, à la résistance et à l'opposition. Il peut s'observer dans les syndromes dissociatif, démentiel, mélancolique. Autrefois appelé " folie du contraire ", il peut s'intégrer dans le cadre du syndrome catatonique et manifeste au niveau comportemental la dissociation du fonctionnement psychique.
- **Discordance** : elle marque la perte de l'équilibre intrapsychique dans les rapports entre idée, affect et décision comportementale *(voir* Syndrome dissociatif). Parmi ses manifestations :
  - **paramimie** : les sourires discordants ne correspondent pas à l'émotion habituellement exprimée par les sourires ;
  - **attitudes et gestes** : il ne sont pas en rapport avec la représentation psychique, ou les affects. Le patient demande à entrer dans le bureau tout en s'éloignant ; il ouvre la bouche au moment de tendre la main, etc. ;
  - **certaines impulsions** ou **actes auto- ou hétéroagressifs** sont aussi caractérisés par leur absence d'intentionalité.
  - **catatonie** : manifestations psychomotrices du syndrome dissociatif, caractérisées par l'alternance de phases d'immobilité, avec forte résistance à la mobilisation passive, de négativisme et de mutisme ; des phases de passivité avec persévération des attitudes imposées (catalepsie) et stéréotypies mimiques, gestuelles et langagières.
- **Raptus, impulsions** *(voir* Troubles du comportement et des conduites) : actes soudains, irraisonnés, qui échappent au contrôle du sujet. La fonction inhibitrice de la volonté est déficitaire. Dans d'autres cas, ces impulsions sont des actes dictés par une force étrangère **(impulsion xénopathique)** en rapport avec une activité hallucinatoire : hallucinations psychomotrices, automatisme mental, délire d'influence.

Volonté dictée ou influencée :

- **Comportements dictés** : automatisme mental *(voir* Syndrome d'influence).

. **Suggestibilité** : substitution d'une volonté étrangère à la volonté du sujet (hétéro-suggestibilité) ou d'une idée subconsciente à cette volonté (autosuggestibilité). Il s'agit d'une réceptivité aux influences extérieures sans critique de leur valeur ou de leurs conséquences *(voir* Troubles de l'imagination).

Mouvements involontaires :

- Appartenant plus spécifiquement à la **sémiologie neurologique** en rapport avec des lésions cérébrales : apraxie, chorée, hémiballisme, etc.
- **Tics** : gestes ou mouvements de la mimique, très rapides, itératifs involontaires, très dépendants des circonstances, ne se produisant pas pendant le sommeil. Nombreux exemples : froncement des sourcils, clignement des yeux, reniflements, bruits de gorge, haussements d'épaules. Certains sont plus complexes, d'aspect compulsionnel :
  - **onychophagie** : tic de rongement des ongles.
  - **trichotillomanie** : tic consistant à se tirer et s'arracher cheveux et poils.

Chapitre 5. Les troubles de la vigilance

La vigilance est une présence attentive au monde. La vigilance est un état du système nerveux permettant à l'organisme de s'adapter et d'échanger avec le milieu. Les variations du niveau de vigilance peuvent s'observer selon tous les degrés entre la perte de vigilance que constitue le sommeil et l'hypervigilance que constitue un état d'alerte ou d'excitation. L'examen de la vigilance procède par l'étude de l'orientation temporo-spatiale, de la concentration ou l'attention, la mémoire de fixation, l'organisation de la pensée (dans sa logique et sa rigueur), l'activité imaginative.

Le terme de " conscience " est souvent utilisé au sens de " vigilance ", qualifiant ainsi le degré de présence de l'être au monde. Dans ce cadre la distinction est classique entre les différents niveaux de conscience ou de vigilance : l'inconscience (le sommeil), la subconscience (permet une activité automatique), la conscience spontanée (la rêverie), et la conscience réfléchie.

Article 1 - Les troubles de l'attention

Le rôle principal de l'**attention** est de fixer l'esprit sur des objets déterminés et de lutter contre l'émergence et l'envahissement de pensées involontaires qui se manifestent dès que faiblit l'attention. L'attention se manifeste sous deux formes : l'**attention spontanée** et l'**attention réfléchie** ou **volontaire.** La première consiste dans une simple fixation spontanée des phénomènes, la seconde utilise les associations d'idées, dirige le cours des représentations, permettant ainsi à chacune de se maintenir logiquement dans le champ de la conscience.

Sur le plan quantitatif, on décrit trois degrés d'attention :

Hyperprosexie : augmentation et polarisation de l'attention sur un sujet précis avec souvent une diminution dans d'autres domaines.

Hypoprosexie : diminution de l'attention avec distractibilité. Se traduit cliniquement par des difficultés de concentration.

Aprosexie : perte de l'attention avec distractibilité extrême et impossibilité de se concentrer de façon durable.

Article 2 - Les troubles de l'orientation temporo-spatiale

Troubles de la perception spatiale :

- **Espace corporel** *(voir* Troubles de la conscience de soi) :
  - **perception** d'un **membre surnuméraire** ou d'un **membre fantôme** (chez les amputés) doué de mobilité.
  - **hémiasomatognosie** : méconnaissance ou négligence d'un hémicorps. Le patient parvient à distinguer le côté droit du côté gauche mais ne reconnaît pas son hémicorps comme sien. Si on lui montre sa propre main, il dira qu'il s'agit d'une main d'une autre personne (parfois même du sexe opposé).
  - **anosognosie** : méconnaissance de ses propres troubles, par exemple d'une hémiplégie. Souvent associée à l'hémiasomatognosie ; elles constituent ensemble le syndrome d'Anton-Babinski.
  - **autotopoagnosie** : impossibilité de localiser et de montrer les différentes parties de son corps. Le patient ne peut désigner son nez, ses membres, ses yeux, etc.

indistinction droite-gauche : impossibilité de désigner son côté droit ou son côté gauche, et si on lui montre sa main gauche il est incapable de la nommer.

agnosie digitale : impossibilité d'identifier ses propres doigts, perturbation **du** rapport **de** proportions entre le monde extérieur et le corps propre du sujet. Par exemple, impression d'avoir un corps très grand et hypertrophié dans le délire d'énormité *(voir* Thèmes délirants).

- Espace extra-corporel :
  - perceptions déformées (hallucinations, illusions) transformant l'aspect normal des objets (métamorphopsies), qui paraissent asymétriques, renversés ou monstrueux *(voir* Troubles de la perception).
  - incapacité de reconnaître la disposition des objets et/ou du corps dans l'espace, avec troubles de la topokinésie (orientation d'après un plan).
  - désorientation visuelle **de** Holmes : incapacité d'estimer les distances, d'apprécier les dimensions.

Troubles **de** la mémoire topographique : incapacité à s'orienter dans l'espace. Le patient ne peut décrire oralement ni établir une carte d'un lieu connu. Il ne peut dessiner les notions géométriques et/ou spatiales.

- Désorientation spatiale : impossibilité à reconnaître un lieu bien connu et à y retrouver son chemin. Le patient ne parvient pas à se diriger d'un endroit à un autre, se croit dans un autre lieu.
- Apraxie constructive : impossibilité de réaliser un ensemble à partir des éléments isolés. Par exemple, impossibilité de réalisation d'un dessin, construction avec des cubes, réalisation d'un puzzle, *(voir* Troubles instrumentaux).

Troubles de la notion du temps *(voir* Troubles de l'éprouvé temporel) :

- Désorientation temporelle : incapacité de se reconnaître dans l'ordre chronologique ; le patient ne sait plus la date, se trompe de jour, de mois et d'année, se croit dans une époque ancienne.
- Destruction temporelle éthique : perte de la capacité de s'accorder aux exigences du présent, souvent associée à une désinhibition instinctuelle et intellectuelle.
- Lenteur ou même arrêt du temps vécu.

- **Sentiment de déjà vu** : impression d'avoir déjà vu ou perçu contre toute vraisemblance une situation présente. Parfois, au contraire, impression ou illusion de " jamais vu ".
- **Fausses reconnaissances** : identification erronée de personnes ou de lieux dont la présence est alors rapportée à la mise en scène délirante (voir paramnésie, thèmes de transformation et délire palingnostique).
- **Négation du temps** : impression d'être indéfini dans le temps, idées délirantes d'immortalité, d'énormité, de négation *(voir* Thèmes délirants).

Désorientation temporo-spatiale : incapacité à se repérer dans le temps et dans l'espace. En général la désorientation temporelle précède la désorientation spatiale. Le patient ne sait plus la date, le jour, l'année, son âge, prend le matin pour le soir, ne se rend pas compte de ce qu'il a fait antérieurement dans la journée ou la veille, se croit à une époque ancienne, ne sait plus la durée de la maladie et de l'hospitalisation. Lorsque la désorientation spatiale s'installe, il ne reconnaît pas ce qui l'entoure, les lieux, les personnes, se trompe en les identifiant et varie dans ses erreurs à propos du même objet, se croit dans un autre endroit, ne peut pas retrouver sa chambre. La désorientation peut être partielle, portant sur des lieux et le temps, ou seulement sur les personnes. On distingue alors la désorientation allopsychique et la désorientation autopsychique.

- **Désorientation** allopsychique : difficultés à identifier les autres. Le patient ne reconnaît plus ses proches ; perte de la notion du monde extérieur. Cette désorientation entraîne la perplexité et de fausses reconnaissances, des erreurs d'authentification des personnes.
- **Désorientation** autopsychique : difficultés à reconnaître sa propre identité. Le patient ne sait plus son nom, sa date de naissance, etc. Il ne se reconnaît plus, ne s'intègre plus à la continuité de son histoire, de ses perceptions et de ses vécus.

Article 3 - Les troubles du champ de la conscience (ou troubles de la vigilance proprement dite)

Troubles quantitatifs

- Hypervigilance : augmentation de la vigilance, parfois stérile (avec baisse de la performance intellectuelle), souvent accompagnée d'une excitation psychomotrice. Peut être normale (état d'alerte en cas de danger ou de menace) ou pathologique, comme dans le syndrome maniaque.
- Hypovigilance : diminution de la vigilance. Selon la profondeur de la baisse de la vigilance, on distingue :
  - obtusion : somnolence, lenteur de l'idéation, difficultés de compréhension et de préciser ses idées. Parfois, présence d'une légère désorientation temporo-spatiale ;
  - hébétude : diminution de la performance intellectuelle caractérisée par un étonnement et une perplexité. Le patient paraît absent, complètement détaché de son environnement ;
  - obnubilation : marquée par un engourdissement psychique avec difficultés de la compréhension et distractibilité ;
  - confusion *(voir* Syndrome confusionnel) : baisse importante de la vigilance, souvent fluctuante dans la journée (plus accentuée le soir ou à l'obscurité), avec désorientation temporo-spatiale nette, difficultés de la synthèse mentale (troubles du jugement, du raisonnement, de l'attention), amnésie de fixation et onirisme (non constant) marqué par une activité hallucinatoire particulièrement visuelle, extrêmement angoissante, entraînant des troubles du comportement chez le patient. Il s'agit d'un rêve vécu et agi ;
  - stupeur : diminution profonde de la vigilance caractérisée par :
    - ralentissement ou suspension des mouvements volontaires ;
    - hypomimie et parfois absence **totale** de l'expression physionomique, faciès figé ;
    - mutisme, parfois rompu par quelques productions verbales qui n'ont aucun lien avec la réalité ambiante ;
    - alimentation capricieuse, souvent refus d'aliments, parfois indifférence à l'alimentation ;
    - suspension **totale** de la synthèse mentale ;
    - indifférence affective.

- **coma** : perte totale de la conscience caractérisée par l'absence totale **(coma** *carus)* ou partielle **(coma vigile)** de la réactivité aux stimulations douloureuses :
  - **coma** dû à une **cause somatique** : on distingue quatre stades :
  - **stade I, coma vigile** : simple état d'obnubilation, le patient est facilement réveillé par une stimulation douloureuse légère ou par une stimulation auditive. Les réflexes ostéo-tendineux, cornéens sont présents et le clignement à la menace conservé ;
  - **stade II, coma léger** : abolition des relations avec le monde extérieur, réveil impossible, les réactions aux stimulations douloureuses sont inadaptées (si elles persistent). Les réflexes ostéo-tendineux et cornéens peuvent être conservés ;
  - **stade III, coma profond** : abolition des réflexes ostéo-tendineux et cornéens et photomoteurs, absence de réaction aux stimulations douloureuses, accompagnée de signes végétatifs : hyperthermie, troubles du rythme cardiaque, incontinence urinaire et/ou fécale, troubles du rythme respiratoire ;
  - **stade IV, coma dépassé** : hypotonie globale, réactivité nulle avec abolition des fonctions végétatives : pas de respiration spontanée, pupilles en mydriase aréactive. C'est le stade de mort cérébrale.
  - **coma dit psychogène** : il s'agit plutôt d'un état de non-réactivité de courte durée, qui dépasse rarement quelques minutes. Il n'existe aucun signe neurologique de focalisation, ni de trouble témoignant une lésion du tronc cérébral : respiration normale, pupilles égales et réactives à la lumière, résistance à l'ouverture des paupières, fermeture rapide des paupières au relâchement *(voir* Syndrome de conversion).

Troubles qualitatifs :

- **Onirisme** ou **délire de rêve** : constitué par l'apparition à l'état de veille d'une succession d'images presque exclusivement visuelles et d'associations fortuites d'idées, comme dans le rêve. Le délire est caractérisé par une activité hallucinatoire particulièrement visuelle. L'adhésion au délire est totale, la charge affective massive avec des réactions comportementales parfois graves (rêve agi et vécu). L'intensité du délire évolue par vagues

successives. Au degré le plus faible il est exclusivement nocturne, cesse au lever et réapparaît le soir ou dans l'obscurité. A un degré plus marqué il cesse le matin mais réapparaît dès que le patient ferme les yeux. Au degré le plus élevé le délire persiste toute la journée.

troubles perceptifs de l'onirisme :

. **hallucinations et illusions visuelles** : elles sont fantasmatiques, mobiles, changeantes, terrifiantes, kaléidoscopiques, gigantesques **(gulliveriennes)** ou microscopiques **(lilliputiennes).** Elles apparaissent, disparaissent, se fusionnent, se transforment, se succèdent souvent sans relation entre elles ;

- **hallucinations auditives** : voix menaçantes et insultantes ou bruits divers (sifflements, machines, cloches...) ;
- **hallucinations cénesthésiques** : piqûres, brûlures, fourmillements ;

. **hallucinations olfactives et gustatives.**

thèmes délirants caractéristiques de l'onirisme :

- préoccupations professionnelles : le patient vit ses occupations mais avec un choix pour les activités pénibles et désagréables. Il joue des scènes de la vie professionnelle où il agit comme s'il travaillait, faisant la plupart de ses gestes dans le vide : le commerçant discute avec son client, le chauffeur essaie de mettre en marche sa voiture... ;
- **zoopsies** : visions d'animaux dangereux, monstrueux (bêtes répugnantes, rats, souris, serpents, insectes...), indéfinissables et bizarres (serpent à deux têtes) qui se déplacent et se transforment sans cesse ;
- **scènes terrifiantes** : des assassins armés, des monstres fantastiques, flammes, incendies.

État oniroïde ou crépusculaire : il s'agit d'un état proche du rêve avec rétrécissement du champ de la conscience, sentiment de déréalisation et de dépersonnalisation (métamorphose des objets et des personnages) et diminution de la synthèse mentale. Cet état est marqué par une suspension des activités habituelles avec conservation des activités relativement coordonnées mais automatiques, entraînant des troubles du comportement parfois graves (fugues, vols, actes de délinquance, crimes), vécus avec une angoisse importante laissant une amnésie lacunaire de l'accès oniroïde.

- **État second** : c'est un état de perte de la conscience pendant lequel le sujet est cependant capable d'accomplir de façon automatique des actes parfois compliqués. L'accès débute et cesse brusquement. Le patient abandonne tout à coup ce qu'il fait. Il se trouve plus tard dans un endroit éloigné de son point de départ, ne se rappelant pas comment s'est effectué ce déplacement. Pendant l'accès, le sujet fait tout de façon automatique sans être remarqué : il traverse des rues, évite les voitures, va à l'hôtel ou au restaurant. Il est capable de répondre convenablement aux questions, parfois prend une autre identité. Le seul élément clinique pouvant attirer l'attention est l'aspect perplexe du patient. Cette perplexité anxieuse indique l'état de désarroi et le sentiment d'impuissance psychologique chez le sujet qui semble percevoir son trouble sans pouvoir lui donner un sens. L'accès dure de quelques minutes à quelques jours. Revenu à lui, le patient est étonné. Il n'existe aucun motif à la fugue. Une amnésie lacunaire portant sur toute la période de l'accès est présente.

Troubles quantitatifs	Hypervigilance Hypovigilance - obtusion - hébétude - obnubilation - confusion - stupeur - coma
Troubles qualitatifs	Onirisme ou délire de rêve Etat oniroïde ou crépusculaire Etat second

- TROUBLES DE LA VIGILANCE (CHAMP DE CONSCIENCE) -

Chapitre 6. Les troubles de la mémoire

La **mémoire** permet l'ordonnancement du comportement intellectuel d'un individu en fonction d'une expérience antérieurement vécue. Elle est le fait de mémorer, de conserver et de remémorer des informations. De nombreux processus cognitifs permettent ces différentes étapes : processus d'intégration, d'engrammation **(mémoriser),** processus de stockage **(conserver),** processus de remémoration **(restituer).**

La pathologie de la mémoire comprend les amnésies, les libérations mnésiques et les paramnésies.

Article 1 - Les amnésies

L'**amnésie** est une difficulté, voire une impossibilité pour un sujet d'acquérir (mémorisation), de conserver (stockage), et ou d'utiliser (rappel) des expériences ou des événements constituant des informations. L'**amnésie** est dite **d'évocation** quand le rappel des souvenirs antérieurement fixés est impossible ; **systématique** lorsqu'elle concerne un groupe d'idées ; **localisée** ou **lacunaire** lorsqu'elle se rapporte à une période de temps donnée ; **parcellaire** quand elle porte sur des faits fragmentaires très localisés. De nombreuses formes cliniques d'amnésies peuvent être distinguées :

Amnésie antérograde (de fixation) : incapacité à fixer de nouveaux souvenirs avec conservation des informations anciennes. A partir d'une certaine date (la survenue des troubles mnésiques), aucun souvenir ou aucune information ne peut plus se fixer. Appelée aussi amnésie de mémoration ou d'intégration, cette amnésie contraste avec la conservation du capital mnésique ancien. Il s'agit d'un véritable " oubli à mesure " (bien qu'en fait le souvenir n'a pas été intégré). L'exemple clinique le plus caractéristique de cette amnésie antérograde est représenté par le **syndrome de Korsakoff.** Dans ce cas sont associés à l'amnésie de fixation : des fabulations, des fausses reconnaissances, une anosognosie, une désorientation temporo-spatiale, parfois des symptômes de confusion mentale et des signes neurologiques polynévritiques, en particulier au niveau des membres inférieurs.

Un autre type d'**amnésie antérograde** est constitué par l'**ictus amnésique** : installation brutale des troubles mnésiques pour une durée de quelques minutes à quelques heures, chez des sujets âgés de plus de 50 ans, caractérisée par : une **amnésie antérograde,** une mémoire immédiate conservée, ne s'accompagnant pas d'autres atteintes neurologiques et disparaissant sans laisser aucun déficit. L'accès est souvent unique. L'amnésie de fixation peut s'observer aussi dans le syndrome démentiel, en particulier la forme appelée presbyophrénie qui associe à la détérioration intellectuelle une fabulation et une désorientation temporo-spatiale.

Amnésie rétrograde (d'évocation) : impossibilité de restituer un souvenir qui a été normalement fixé. Elle est rarement isolée, souvent associée à une amnésie antérograde. Le malade ne peut plus faire un récit de son passé. Le passé lointain est mieux conservé (loi de Ribot : les faits les plus anciens sont les plus longtemps conservés).

Amnésie antéro-rétrograde : la plus fréquente, porte à la fois sur les souvenirs nouveaux et les souvenirs anciens. Elle se traduit par une désorientation de plus en plus intense, de fausses reconnaissances, des erreurs de dates, le rabâchage du passé, des réminiscences et parfois des souvenirs exacts mais non situés à leur date dans le passé. Les fabulations sont rares, la sémiologie est surtout déficitaire.

Amnésie élective : porte sur un secteur particulier des souvenirs. Elle peut être simple : oubli d'un nom, de titres de romans ou de films, d'un numéro de téléphone, etc. Elle peut être complexe : concernant les souvenirs liés à une période déterminée, caractérisée par un trou dans le récit du passé. Il existe des formes particulières : amnésie de l'enfance, amnésie lacunaire du syndrome de conversion. Ces amnésies électives en raison d'un oubli sous-tendu par un mécanisme dynamique psychopathologique sont classées dans une catégorie dite d'amnésie psychogène.

Proximité sémiologique avec l'amnésie périodique qui se manifeste sous forme d'états seconds (troubles de la vigilance caractérisés par une réduction du champ de conscience avec obnubilation légère et comportements inhabituels), d'états crépusculaires (obnubilation générale plus ou moins accentuée, avec désorientation et défaut de suite dans les idées, entrecoupée par de courtes phases

de lucidité relative), de transes (états modifiés de conscience, se induisant par une baisse de la sensibilité aux stimuli et une perte de contact transitoire et plus ou moins totale avec le monde extérieur, accompagnées de comportements automatiques, d'exaltation ou d'euphorie), d'accès somnambuliques (activités physiques plus ou moins coordonnées pendant le sommeil) alternant avec la personnalité vigile du sujet. Le patient ne garde aucun souvenir de l'état second. Une autre amnésie, dite psychogène, est l'amnésie post-traumatique : elle se rencontre chez les sujets victimes d'un choc émotionnel violent d'ordre physique (une maladie grave, catastrophe naturelle, agression sexuelle) ou psychique (guerre : névrose de guerre, deuil, séparation). L'amnésie porte sur l'événement traumatisant.

Amnésie lacunaire : oubli portant sur une portion limitée du passé. Les souvenirs anciens et récents sont normaux. La lacune mnésique se présente comme si une époque déterminée n'avait pas été vécue par le patient. On distingue deux types d'amnésies lacunaires : dans le premier type, le malade définit parfaitement le commencement et la fin de la période lacunaire, les bords en sont nets ; dans le deuxième type, les bords sont flous en raison d'un état d'obnubilation à l'origine d'un souvenir vague.

Amnésie retardée postconfusionnelle (amnésie de Maxwell) : tableau clinique d'accroissement d'une amnésie contrastant avec l'amélioration psychique d'un patient ayant présenté un syndrome confusionnel. Il s'agit de patients qui conservent dans la suite immédiate de leur période confusionnelle la mémoire des faits et de leur état mais qui perdent dans les jours qui suivent ces souvenirs. Il ne reste que la lacune amnésique banale post-confusionnelle.

Article 2 - Les libérations mnésiques

Ecmnésie ou hallucination du passé : réminiscence intense d'une situation passée avec les propos et les gestes correspondants. Les souvenirs anciens sont convertis en expérience vécue. Le passé est vécu comme présent. Cette reviviscence des souvenirs anciens est souvent mal critiquée par le patient qui admet la transposition et adapte son activité à la situation de ce passé qu'il éprouve. Parfois le patient se croit redevenu enfant, adopte le langage et les attitudes

de cet âge. Il ne s'agit pas d'un " simple délire de mémoire " mais d'une véritable **ecbiose,** c'est-à-dire la reviviscence d'un état vital global du passé. (P. Guiraud). Pris en eux-mêmes, ces souvenirs sont exacts mais ils sont mal localisés dans le temps ou dans l'espace.

Hypermnésie : exaltation incoercible des souvenirs avec réactualisation d'événements passés.

- **Vision panoramique de l'existence** : réminiscence rapide d'événements importants de la vie, comme un scénario défilant à grande vitesse.
- **Dreamy state** : état proche de la vision panoramique de l'existence, décrit chez des sujets épileptiques. Il se traduit par un état oniroïde paroxystique comportant une certaine obnubilation avec impression d'étrangeté, de bizarre, de déjà vu, de non réel. Sont associés aussi une désorientation temporo-spatiale, des phénomènes hallucinatoires visuels plutôt fragmentaires et panoramiques. Apparaissent des afflux brusques de souvenirs anciens allant jusqu'à l'ecmnésie paroxystique.
- **Capacités mnésiques prodigieuses** : décrites dans certaines formes d'autisme. Il s'agit d'une hypertrophie sélective de la mémoire : limitée au calcul mental, à la mémoire des chiffres, des dates, des noms propres, etc.

Article 3 - Les paramnésies

Productions imaginaires plus ou moins riches, prises pour des souvenirs. Ce sont des falsifications de la mémoire où le présent est pris pour le passé (contrairement à l'ecmnésie).

Fausses reconnaissances : identification erronée de personnes ou de lieux. Le patient croit avoir été déjà en présence de telle situation, de telle personne (déjà vu ou déjà vécu) ou n'avoir jamais été en présence d'eux (jamais vu). Le patient identifie la personne qu'il voit avec des êtres déjà connus familiers ou non, chers ou détestés. Les faux reconnus sont souvent identifiés à des personnages fréquentés dans la jeunesse et incorporés comme des acteurs supposés du délire.

Fabulation : création de récits imaginaires et fantaisistes riches avec des détails très circonstanciés, mobiles et changeants d'un jour à l'autre et compensateurs du déficit mnésique. Cette fabulation est souvent provoquée et dirigée par l'interrogatoire

(suggestibilité). Parfois appelée délire d'imagination ou délire de mémoire, cette production imaginaire est racontée par son auteur comme s'**il** s'agissait de faits exacts qu'il aurait vécus. Cette tendance à réinventer est souvent peu convaincante car le patient ne cherche pas à persuader ses interlocuteurs mais tente de pallier sa perte de mémoire par des souvenirs fictifs, *(voir* Troubles de **l**'imagination).

Illusions des sosies ou syndrome de Capgras : trouble de l'identification des personnes familières se manifestant par une négation de leur identité et la croyance délirante qu'elles ont été remplacées par un double.

Illusion de Frégoli : le patient croit voir la même personne sous divers déguisements.

Négation des souvenirs et illusion du jamais vu : la négation des souvenirs est le négativisme mnésique. Le sujet nie l'existence d'un souvenir *(voir* Syndrome dissociatif). L'illusion du jamais vu s'oppose à la fausse réminiscence ou illusion du déjà vu. Elle consiste en une conviction d'un état nouveau qui a en réalité été antérieurement éprouvé. C'est en quelque sorte une " première fois " qui paraît n'être qu'une " répétition ". Il existe une proximité sémiologique entre l'illusion du jamais vu et le négativisme mnésique, car dans les deux cas le malade nie l'existence du souvenir.

Chapitre 7. Les troubles de l'imagination

L'**imagination** toujours créatrice invente des constructions intellectuelles faisant intervenir la mémoire plus les associations d'idées. Dans ses *Pensées,* Pascal définit les divers aspects de **l**'imagination en des termes qui motivent parfaitement leur insertion dans un *Précis de sémiologie* : " C'est cette partie dominante dans l'homme, cette maîtresse d'erreur et de fausseté, et d'autant plus fourbe qu'elle ne l'est pas toujours, car elle serait règle infaillible de vérité, si elle l'était infaillible du mensonge. [...] Cette superbe puissance ennemie de la raison, qui se plaît à la contrôler et à la dominer, pour montrer combien elle peut en toutes choses, a établi dans l'homme une seconde nature. Elle a ses heureux, ses malheureux, ses sains, ses malades, ses riches, ses pauvres. Elle fait croire, douter, nier la raison. Elle suspend les sens, elle les fait sentir. Elle a ses fous et ses

sages. Et rien ne nous dépite davantage que de voir qu'elle remplit ses hôtes d'une satisfaction bien autrement pleine et entière que la raison " *(Pensées,* 44-82 ; 1670).

L'imagination normale est à l'origine de la production artistique et scientifique ainsi que de nombreux aspects de la vie culturelle, spirituelle et intellectuelle.

Dans le champ pathologique on distingue une **imagination diminuée,** une **perturbation hyperimaginative** ou d'autres formes de distorsion du **fonctionnement imaginatif.**

Article 1 - La pauvreté imaginative

Elle se révèle par une faiblesse de la productivité idéique en rapport avec les déficits intellectuels.

Article 2 - Les perturbations hyperimaginatives

Avec productivité altérée dans l'intensité et la qualité du vécu.

2.1 - La fabulation

Production de faits imaginaires, tenus pour des souvenirs réels ; construction d'événements fictifs et croyance à leur réalité. Désir de réaménager la réalité de façon plus ou moins ordonnée par rapport à la fiction choisie, dans un but de compensation, de prestige, pour nuire ou sous l'effet d'une impulsion habituelle. Lorsqu'elle se présente comme un phénomène de suppléance visant à combler un déficit mnésique, elle prend le nom de **confabulation.**

- **Fabulation à deux sources simultanées** : la production imaginaire et l'exaltation plus ou moins riche du discours et de ses figures.
- **Affabulation** : un récit fabuleux organisé en trame romanesque structurée avec une thématique plus ou moins arrangée en histoire simple ou complexe parfois centrée autour d'une intrigue.

Dans ce **délire d'imagination** ou **délire de mémoire,** la production imaginaire est racontée par son auteur comme s'il s'agissait de faits exacts qu'il aurait vécus. L'état délirant peut être aigu ou chronique, allant du délire de filiation (rarement pur) jusqu'à une luxuriance désordonnée avec thèmes mégalomaniaques, fantastiques associant imagination et interprétation délirantes.

Proximité sémiologique avec la paramnésie qui est un trouble mnésique consistant en une erreur d'appréciation (un phénomène nouveau est reconnu comme s'il avait été déjà vu, déjà perçu) et des fausses reconnaissances.

Proximité sémiologique avec deux formes d'activité délirante désignées par des termes, peu utilisés aujourd'hui, de " délire métabolique " et de " délire palingnostique ".

2.2 - ***Le délire et l'onirisme*** *(voir* Délire)

Délire métabolique : tous les faits ou tous les objets du monde extérieur n'ont plus pour le patient la même signification accordée par autrui et subissent une transformation qui les met en accord avec les conceptions délirantes. Cette transformation peut intéresser les événements du passé, constituant ainsi un délire rétrospectif et métabolique. Par exemple, le nom que porte le patient n'est pas son vrai nom, sa famille n'est qu'une famille d'adoption et le délire traduit une transformation dans l'idée de la personnalité et de la position sociale du malade. On parle dans ce dernier cas d'un délire métabolique de la personnalité, le patient se croit autre, autrefois, un être exceptionnel hors des lois naturelles ; souvent sont associés d'autres thèmes délirants, par exemple de mégalomanie, de possession démoniaque, de persécution, etc.

Le délire métabolique concerne parfois le corps organique : le patient exprime des idées de transformation des organes de nature hypocondriaque ; par exemple, il dit être en verre, en bois, en mousse... Dans certains cas la transformation corporelle est complète, aboutissant à la conviction d'être changé en animal (zoanthropie), plus rarement en loup (lycanthropie).

Délire palingnostique ou délire de reconnaissance : le patient croit reconnaître dans ce qu'il voit pour la première fois des objets, des individus, des situations qu'il aurait déjà connus auparavant ou vécus dans une situation antérieure.

Proximité sémiologique avec certains phénomènes hallucinatoires, certains troubles de la mémoire désignés sous les noms d'illusions, impressions ou sentiments de déjà vu, déjà vécu, déjà entendu.

Onirisme : succession d'images particulièrement visuelles se présentant comme des perceptions actuelles. Décrit comme un état de rêve pathologique, l'onirisme se caractérise par une activité hallucinatoire et illusionnelle dont la prédominance visuelle (tableaux, ensembles scéniques, se succédant comme dans un kaléidoscope) s'associe à un vécu intense mais dont il ne garde pas ou peu de souvenirs.

- **Délire** onirique : c'est un **délire vécu** et **agi** : les patients sont actifs et en mouvement, vont du rêve muet au rêve parlé, au rêve agi dans une perception plus ou moins confuse de l'ambiance qu'ils confondent avec leurs conceptions fantastiques. Une des caractéristiques de la pensée onirique est son déroulement dans un temps et un espace qui ne sont pas homogènes, donnant un vécu correspondant simultanément à plusieurs endroits, plusieurs époques différentes. Il s'agit d'une pensée par images souvent influencées par les perceptions réelles et ne s'associant pas entres elles suivant les lois logiques de l'association des idées. En effet, elles peuvent être contradictoires entres elles, se fusionner, paraître, disparaître, se transformer brusquement ou progressivement sans toutefois provoquer l'étonnement du sujet. Elles sont en rapport avec les variations thymiques. Les réactions émotionnelles **(anxiété, pleurs, rires)** ou motrices (soliloquie, somnambulisme) sont fréquentes.
- Débordement **imaginatif** : intense vécu pseudo-oniroïde, alimenté par des rêveries qui prennent les caractères d'un événement récent. Il est souvent décrit dans le syndrome de Korsakoff et le syndrome démentiel. Dans ce dernier cas, l'intensité de la **fabulation** (fabulation extravagante) s'associe parfois à une euphorie et une **amnésie** à l'origine d'une forme clinique décrite autrefois sous le terme de presbyophrénie. Cette fabulation est mnémonique, onirique, imaginative, avec des récits fantaisistes plus ou moins provoqués qui peuvent s'exprimer par une fabulation consécutive ou équivalente aux états oniriques, une fabulation paramnésique et ecmnésique, une fabulation de type mythomaniaque. Ce type de syndrome démentiel se caractérise aussi par la conservation de certains automatismes sociaux, la conservation d'un certain bon sens, d'une perspicacité, d'appréciations justes, d'une tenue correcte et d'un sens moral préservé, ainsi parfois que d'une thymie normale et d'un bon état général.

23-La mythomanie, lapathomimie

Mythomanie : exagération de l'activité imaginative aboutissant à la création de constructions imaginaires exubérantes, nombreuses, intenses, donnant au sujet lui-même l'apparence de la réalité et engageant sa conviction. Il s'agit d'une disposition habituelle chez certains sujets, et en l'absence d'intention précise ou de but défini, à altérer la vérité, à simuler, à mentir, à élaborer des fables. Plusieurs types de mythomanie peuvent être distingués :

- **Mythomanie vaniteuse** : elle se caractérise par une vantardise fantastique rapportant des récits fabuleux et romanesques où le sujet lui-même tient un rôle central, glorieux, héroïque, pouvant l'amener à réaliser des actes graves afin de justifier son rôle. Ce mythomane peut aussi se dénoncer lui-même pour que l'on parle de lui, qu'on le prenne au sérieux. Proximité sémiologique des pathomimies.
- **Mythomanie maligne** : elle se caractérise par la fréquence des conduites antisociales souvent très marquées et dans un but utilitaire (escroquerie, simulation d'attentat, chantage, simulation d'autres manifestations psychiatriques).
- **Mythomanie perverse** : elle associe des constructions imaginatives complexes avec un goût du scandale et de la nuisance, des conduites sexuelles perturbées, une tendance à l'intrigue et au désordre à l'origine de comportements antisociaux : lettres anonymes, dénonciations, accusations calomnieuses, accusations d'adultère, de viol, fausses grossesses, fausses allégations d'inceste.
- **Pathomimies** : ce sont des tendances pathologiques plus ou moins volontaires et conscientes au mensonge et à la création de fables imaginaires exprimées oralement ou par écrit ou se manifestant par la simulation d'un état organique pathologique. Parfois définie comme une imitation inconsciente d'une maladie, la **pathomimie cutanée** est parmi les plus fréquentes des formes cliniques : les lésions siègent presque toujours aux parties découvertes (visage, cou, mains, avant-bras), bien apparentes. Ces lésions se révèlent le plus souvent sous la forme d'excoriations (coups d'ongles, coups d'aiguilles) ou d'ulcérations (par substances caustiques, par brûlures) dont la cicatrisation est lente et souvent compliquée d'une surinfection. La rétrocession rapide des lésions sous pansements occlusifs est caractéristique.

- **Thermopathomimie** : c'est aussi une forme clinique fréquente qui consiste en une fièvre simulée ou provoquée. Le plus souvent il s'agit de la manipulation du thermomètre qui lors de la prise de température est substitué, frotté contre les draps, trempé dans l'eau chaude. La présence ou l'absence de certains symptômes facilite la reconnaissance de la pathomimie, comme par exemple la persistance de la fièvre sans raison organique, l'absence d'une tachycardie, d'une chaleur cutanée ou de sueurs lors des poussées fébriles, l'atypicité du tracé de la courbe thermique. Dans certains cas, la fièvre est provoquée par la création volontaire d'une infection, par exemple par l'injection de lait, d'urine, de matière fécale, de pus... L'existence d'abcès sous-cutanés récidivants sans point de départ décelable peut orienter le diagnostic.
- **Syndrome de Lasthénie de Ferjol** : elle est une pathomimie caractérisée par la répétition de saignements provoqués le plus souvent par ponctions veineuses itératives à l'origine d'une anémie hypochrome férriprive. Ce syndrome s'observe presque exclusivement chez des femmes appartenant à des professions paramédicales. La fatigue, la dyspnée d'effort sont les premiers troubles constatés qui vont s'accentuer. La peau est blanche ou blanc verdâtre. L'anémie est à la fois profonde et remarquablement tolérée, hypochrome et microcytaire (le taux d'hémoglobine varie de 8 à 9 g pour 100 ml à des chiffres très bas de 3 à 4 g pour 100 ml). Les hémorragies et les anémies par saignements peuvent être réalisées par des ponctions veineuses, par la création de lésions rectales ou vaginales (à l'origine de pseudo-hématuries) ou de coupures à la base de la langue (à l'origine de pseudo-hémoptysies et de pseudo-hématémèses), par prises clandestines d'anticoagulants. Parfois ces hémorragies sont simulées avec, par exemple, un mouchoir taché de sang animal. Dans certains cas un purpura est créé artificiellement, se traduisant par la survenue spontanée d'ecchymoses en nappes, après une phase inflammatoire douloureuse, dues à l'injection du propre sang du sujet, reproduisant ainsi l'ecchymose au lieu même de l'injection.
- **Pathomimies endocrino-métaboliques** : elles sont principalement des hypoglycémies provoquées par injection d'insuline ou ingestion d'hypoglycémiants (le patient se procure les produits le plus souvent auprès d'un diabétique de son entourage). Des hyperthyroïdies sont provoquées par l'injection d'hormones

thyroïdiennes ; les hypokaliémies sont provoquées par l'ingestion de diurétiques. Le plus souvent, ces deux derniers comportements ne sont pas le fait de pathomimies mais s'intègrent dans la sémiologie des troubles des conduites alimentaires, en particulier des troubles anorexiques où le but recherché est le contrôle du poids.

- **Pathomimies neurologiques** : elles peuvent s'exprimer par des pertes de connaissance, des pseudo-crises convulsives, des pseudo-comas, des déficits moteurs, des troubles de la motricité oculaires (diplopies), un syndrome pseudo-méningé.
- **Autres pathomimies somatiques** : une **pseudo-lithiase** rénale avec des **pseudo-crises** de coliques néphrétiques et **pseudo-hématuries** ainsi que la production de calculs soi-disant recueillis dans l'urine. Une **pseudo-embolie** pulmonaire exprimée par une dyspnée, une **pseudo-hémoptysie,** l'allégation de phlébite récente. La provocation d'un œdème pulmonaire par inhalation d'eau. L'adjonction à l'urine de salive ou d'autres substances afin de renforcer la suspicion étiologique d'une maladie.

Caractéristiques communes des pathomimies :

- **Ingéniosité** des expressions cliniques.
- **Capacité** à susciter l'inquiétude ou l'intérêt du corps médical, à l'origine souvent de multiples investigations paracliniques et parfois d'interventions chirurgicales exploratrices.
- **Tableau clinique** inhabituel, manquant de cohérence, ne correspondant pas à la logique sémiologique médicale ; discordance entre la clinique et la paraclinique, évolution déroutante de la symptomatologie.
- **Prédominance** dans le sexe féminin (trois cas sur quatre) entre 15 et 35 ans.
- **Relation étroite** entre le patient et le monde médical (liens familiaux, professions paramédicales).
- **Comportement pathomimique** : il concerne fréquemment des sujet socialement et affectivement isolés. Biographies caractérisées par une enfance difficile (maltraitance, alcoolisme ou sociopathie des parents, abandon...).
- **Comportement de dépendance et d'agressivité** du patient à l'égard des médecins. Parfois, plutôt attitude de dépendance, de soumission.

Pathomimie	- laparophilia migrans - hémorrhagica histrionica - neurologica diabolica - dermatitis autogenica - urgences cardio-pulmonaires - fièvre - SIDA - urgences psychiatriques
Mythomanie (mensonges pathologiques)	falsification du passé, de l'identité, des antécédents médicaux
Parcours d'errance	SDF ou sans adresse fixe dans une autre ville, sans famille ni personne de confiance, absence de visiteurs, antécédents de multiples passages aux urgences
Pathologies non expliquées	
Bonne connaissance de la terminologie médicale	
Troubles de la personnalité	antécédents d'emprisonnement (casier judiciaire), agressivité, contact distant, antécédents de toxicomanie et/ou d'alcoolisme
Gravité de la pathologie mimée	le patient se présente aux urgences tard le soir ou le week-end, il se plaint d'une pathologie nécessitant une intervention immédiate
Cicatrices abdominales multiples	Il s'agit d'une pathologie chronique

- SYNDROME DE MUCHAUSEN -

Syndrome de Münchausen : il se caractérise par l'importance de la dimension sociopathique et le caractère flamboyant de la mythomanie ; plus fréquent dans le sexe masculin (4 hommes pour 1 femme) aux environs des 40 ans, il s'observe chez des patients couturés de cicatrices d'opérations chirurgicales répétées pratiquées pour des affections simulées, dramatiques et invraisemblables. Il s'agit d'une forme chirurgicale de la pathomimie. Le tableau clinique comporte :

- **Symptomatologie factice** de caractère inquiétant et parfois dramatique s'exprimant sous la forme d'urgences abdominales aiguës, d'urgences hémorragiques, d'urgences pseudo-neurologiques,

de pseudo-infarctus, pseudo-embolies pulmonaires, de coliques néphrétiques, de pseudo-intoxications, d'hyperpyréxies, etc. Ces symptomatologies associent souvent la constatation de multiples cicatrices d'interventions chirurgicales antérieures.

- **Mythomanie** se caractérisant par la falsification de l'histoire du patient, ses antécédents pathologiques, sa biographie, son identité : par exemple, allégation de traumatisme crânien, d'agression ou d'accident récent, de diagnostic antérieurement porté, affirmation d'une profession valorisante, récits de drames familiaux, utilisation d'un pseudonyme. Le **Jet-Set Munchausen** est une forme de mythomanie où la dramatisation est poussée à l'extrême : le patient, au cours d'un voyage en avion, simule une pathologie tellement inquiétante que le commandant de bord est amené à détourner l'avion sur l'aéroport le plus proche en vue d'une hospitalisation d'urgence.
- **Parcours d'errance** menant le patient d'hôpital en hôpital, de ville en ville, sans attache familiale, sans suivi médical régulier.

2.4 - Les autres distorsions Imaginatives

Syndrome de Ganser : ce trouble psychologique caractérisé par des réponses et des actes " à côté ", des hallucinations visuelles, une désorientation temporo-spatiale, un trouble de la mémoire a été décrit d'abord chez des prisonniers et est parfois rattaché à la sémiologie du syndrome de conversion et/ou de la personnalité pathologique hystérique. Certaines formes cliniques associent un état crépusculaire *(voir* Troubles de la vigilance) se traduisant par une torpeur, une stupeur, un trouble mnésique à type d'amnésie ou de dysmnésie, et surtout le syndrome des réponses absurdes : les patients montrent qu'ils ont parfaitement entendu et compris les questions mais ils donnent des réponses approximatives, absurdes, ironiques, équivoques, en coq-à-l'âne aux questions les plus simples et les plus élémentaires. Ce " parler à côté " est parfois confondu avec une simulation. En fait cette absurdité pathologique du langage est distincte de l'absurdité artificielle de la simulation et peut s'associer à une absurdité des actes, des rires sans motif, des réactions illogiques.

Sygbert Ganser a décrit le syndrome en 1897 en constatant des réponses approximatives à des questions simples dans un contexte d'obnubilation chez quatre prisonniers. Le syndrome de Ganser a été également appelé psychose de prison. Ces patients présentaient

des troubles de l'attention avec perplexité, activité hallucinatoire et symptômes sensori-moteurs tel que l'on pouvait les décrire chez les patients diagnostiqués hystériques (symptômes que l'on rassemble aujourd'hui sous le terme de conversion somatique). Les patients revenaient rapidement à un état normal de conscience et gardaient une amnésie totale de l'épisode. Pour Ganser il s'agissait d'un état crépusculaire hystérique.

Ce syndrome associe quatre types de symptômes :

- des réponses « à côté » ;
- des troubles de la vigilance ;
- une symptomatologie hystériforme (conversion somatique)
- des hallucinations.

II est rare que les mêmes symptômes soient réunis chez le même patient

- Les réponses « **à côté** », symptôme le plus constant : le patient donne des réponses approximatives aux questions simples. Lorsqu'on lui pose une série de questions il donne des réponses soit exactes soit « à côté » soit complètement absurdes et il est possible qu'il ne réponde pas à des questions dont il est censé connaître la réponse. On est parfois frappé par l'absurdité de certaines réponses *à* des questions très faciles. Le patient se montre incapable de compter ses doigts, de distinguer les couleurs, le jour de la nuit, etc. Si on repose la même question sa réponse peut être différente, aussi absurde que la précédente. Parfois il se montre réticent notamment lorsqu'on pose des questions répétitives. Il finira par refuser de répondre. Les exemples de réponses « à côté » :
  - « Quel est le premier mois de l'année ? », « Décembre »
  - « Combien de pattes a un chien ? », « Je n'ai pas de chien, j'ai un chat »
  - « Combien de doigts avez-vous ? », « Je ne sais pas »
  - « Pouvez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? », « 93, 76, 71, je ne sais plus »
  - « Quelle est la couleur de votre chemise ? », « Bleue » (Il porte une chemise rouge).
- Les troubles de la vigilance : le tableau clinique est identique à celui du syndrome confusionnel, mais il n'existe aucun signe d'organicité. Les perturbations biologiques fréquentes dans la confusion sont ici inexistantes. Le trait caractéristique est la

perplexité (trait également caractéristique de la confusion). On peut noter une certaine obnubilation. Le patient peut être dans un état stuporeux, léthargique voire semi comateux ou au contraire jl peut se montrer anxieux, effrayé (perplexité anxieuse). Il fixe son attention avec difficulté, semble indifférent au médecin et aux questions de ce dernier. La désorientation temporospatiale fait souvent partie du tableau clinique. A la base de cette désorientation on trouve souvent une amnésie très fluctuante qui porte sur les sujets ayant une signification importante pour le patient (amnésie sélective). Cette amnésie disparaît à l'issue de l'épisode ce qui laisse le patient perplexe. Il dira, une fois l'épisode résolu, qu'il ne comprend pas ce qui lui est arrivé.

- La conversion sensorimotrice : le patient présente fréquemment des symptômes neurologiques sans substrat organique : parmi ces symptômes peuvent s'observer une ataxie, des troubles de l'équilibre (astasie, abasie), une paralysie portant souvent sur un seul membre (en particulier inférieur), une posture catatonique avec hypotonie généralisée ou, au contraire, rigidité (hypertonie généralisée) souvent accompagnée d'un négativisme (paupières fermées, refus de la main tendue, immobilité, absence de réponse aux stimulations même douloureuses). Les plaintes algiques sont particulièrement fréquentes à type de céphalées, de douleurs dorsales.
- Les hallucinations : le patient décrit une activité hallucinatoire ou visuelle. D'autres types d'hallucinations (tactiles, olfactives, gustatives) sont très rares. Le contenu de ces hallucinations est étroitement lié à ses relations affectives, elles n'ont pas le caractère des hallucinations du délire paranoïde.

Mensonges répétés : l'imagination mythogène extériorisée, qui constitue le fond de la mythomanie, se distingue du mensonge qui est une réaction de défense. Si l'imagination mythogène correspond à l'édification consciente et volontaire, sous l'influence de mobiles intéressés (cupidité, vanité...), d'un roman plus ou moins vraisemblable, elle se différencie du mensonge car elle est spontanée et non provoquée. Dans le mensonge l'imagination est réduite, et parfois nulle. Les allégations sont restreintes, plus variables et adaptées à un but utilitaire évident (les allégations du mythomane sont souvent surabondantes et changeantes mais manquent de

précisions et d'opportunité pratique) ; le mythomane multiplie et développe ses " récits mensongers " sans souvent se soucier des contradictions possibles ; le menteur cherche plutôt à éviter soigneusement ces contradictions en se limitant avec prudence.

Mystification : se distingue des manifestations mythomaniaques en ce sens que le mystificateur prend soin de garder l'anonymat et agit uniquement pour le plaisir d'abuser de la crédulité d'autrui.

Mentisme : ce dévidement pénible et angoissant d'idées et de pensées stériles, principalement durant l'insomnie, peut être classé dans les troubles de l'imagination car il correspond à un état de rêverie qui s'impose malgré lui au sujet. Il est vécu comme un état de rumination intellectuelle dans lequel les idées défilent rapidement et sans arrêt d'une façon incoercible, reconnue pathologique par le patient lui-même et soustraite à l'influence déviatrice de l'attention externe. Proximité sémiologique avec l'obsession, en raison du caractère forcé de cet état de conscience. Cette incoercibilité s'accompagne souvent d'une espèce de bavardage intérieur avec sentiment d'inquiétude.

Suggestibilité : la suggestibilité est l'aptitude de l'imagination à présenter comme véritables certains éléments de réalité discutables issus de l'extérieur (suggestion) ou de ses propres constructions (crédulité). Cette réceptivité aux influences extérieures se fait sans critique de leur valeur ou de leurs conséquences.

La suggestibilité peut se révéler soit sous l'influence de certaines personnes intéressées, soit d'après la forme plus ou moins tendancieuse des interrogatoires, soit spontanément par un besoin de compléter des conversations, des vécus de situations dont les détails leurs ont échappés (auto-suggestion) ou se sont évanouis de leur mémoire (fabulation de remplissage).

Définie aussi comme une tendance générale permanente et instinctive à adopter toutes sollicitations venues de l'extérieur, quelle qu'en soit la nature, la suggestibilité se révèle par une docilité extrême, passive, complète, allant au-delà d'une simple aptitude à recevoir des suggestions verbales, pouvant aller jusqu'à la flexibilité cireuse (catalepsie) ; les patients gardent les attitudes même les plus pénibles qu'on leur communique et exécutent tous les actes qu'on leur commande. Cette forme extrême va jusqu'à l'imitation automatique.

Les patients reproduisent d'une façon presque simiesque les attitudes et les mouvements des personnes de l'entourage ainsi que les paroles (échomimie, échopraxie, écholalie).

Affirmation assertive : croyance absolue à une production imaginative simple, soutenue avec force et conviction sans autre preuve.

Munchausen par procuration : c'est une forme de syndrome de Munchausen où un des parents ou la nourrice simulent une pathologie grave chez un enfant souvent dépendant. On peut trouver des antécédents du syndrome de Munchausen chez les parents (ou la nourrice). Ce sont surtout les pédiatres qui sont confrontés à cette pathologie. Les symptômes présentés par l'enfant sont variés : hématurie, malnutrition, perforation de l'œsophage, fièvre et même parfois mort subite.

Fabulation	Production de faits imaginaires tenus pour des souvenirs réels confabulation : suppléance d'un déficit mnésique affabulation : récit fabuleux organisé en trame romanesque délire d'imagination délire de mémoire
Délire	Délire métabolique, transformation du monde extérieur Délire palingnostique, délire de reconnaissance Onirisme : délire onirique débordement imaginatif
Mythomanie	Disposition habituelle à altérer la vérité mythomanie vaniteuse : vantardise fantastique ; récits romanesques mythomanie maligne : conduites antisociales
Pathomimie	Simulation d'un état organique pathologique thermopathomimie : fièvre simulée ou provoquée syndrome de Lasthénie de Ferjol : saignements provoqués pathomimies endocrino-métaboliques, neurologiques, rénales, abdominales,etc.
Syndrome de Munchausen	dimension sociopathique et caractère flamboyant de la mythomanie forme chirurgicale de la pathomimie
Syndrome de Ganser	Réponses et actes « à côté »
Autres distorsions	mensonges répétés mystification mentisme hypersuggestibilité

- DISTORSIONS IMAGINATIVES -

Chapitre 8. Le syndrome délirant

Un délire est un trouble du contenu de la pensée caractérisé par la permanence d'idées délirantes. Ces dernières sont des idées en rapport avec une réalité propre au patient, réalité différente de la réalité commune, idées auxquelles le sujet attache une foi absolue, non soumise à la preuve et à la démonstration, non rectifiable par le raisonnement. Les idées délirantes peuvent être centrées sur le même thème (exemple : délire de jalousie) ou avec des thèmes multiples. Elles sont sous-tendues par un ou plusieurs mécanismes (interprétation, imagination, intuition, hallucination) et peuvent s'organiser selon une logique ou rester sans liens immédiats entre elles. La définition conventionnelle du délire n'est pas toujours satisfaisante. Il est important sur le plan clinique et psychopathologique de distinguer le délire dans le cadre d'une pathologie organique (origine tumorale, métabolique, iatrogène,etc.) ou une pathologie psychiatrique (psychoses, névroses). Il faut tenir compte aussi du contexte culturel, religieux, historique. Par exemple certaines minorités religieuses ou culturelles peuvent être considérées comme délirantes car elles ne partagent pas les mêmes convictions que la majorité. A l'inverse le délire d'un patient peut être considéré comme une pensée normale car acceptable sur le plan culturel par la société.

Conviction	**degré d'adhésion au délire**
Extension	**étendue du délire (en secteur ou systématisé)**
Bizarreries	**degré de déviation de la réalité commune telle qu'elle est acceptée par les gens de la même culture**
Cohérence	**degré de crédibilité interne des idées délirantes entre elles**
Tension	**préoccupation du sujet délirant par son délire**
Réaction affective	**réaction émotionnelle au délire**
Risque de passage à l'acte	**sous l'influence du délire**

- « VECTEUR » DU DÉLIRE SELON KENDLER -

L'analyse sémiologique de tout délire, qu'il soit aigu ou chronique, procède d'une même démarche, en sept étapes précisant les caractéristiques du syndrome.

Article 1 - Le début du délire

L'anamnèse auprès du patient délirant ou de son entourage permet de réaliser cette première étape de l'analyse sémiologique du délire en précisant le mode d'entrée dans le processus délirant, l'existence de prodromes (signes annonciateurs), de facteurs déclenchants, etc. :

1.2 - Les modes d'entrée dans le processus délirant

Aigu : comme un " coup de tonnerre dans un ciel serein " (Magnan) : délire d'emblée exprimé. Parfois existence de prodromes non spécifiques les jours précédant l'éclosion du délire : bizarreries comportementales ; anxiété ; troubles du sommeil, principalement à type d'insomnie, de cauchemars ou terreurs nocturnes, tristesse, parfois euphorie.

Progressif : installation du tableau clinique en quelques jours, parfois quelques semaines, avec propos et comportement bizarres, changement des habitudes, anxiété, perplexité, méfiance, irritabilité, repli sur soi. Parfois accentuation de traits de la personnalité (personnalité paranoïaque) avec psychorigidité, fausseté de jugement, méfiance et persécution.

1.3 - L'ancienneté

Date ou période des premiers symptômes délirants : semaines, mois, années.

Épisode inaugural ou récidive ; durée de la période entre deux récidives.

Processus chronique, avec phases d'exacerbation des symptômes.

1.4 - Les facteurs déclenchants

Date importante dans la vie du sujet ou la vie familiale : échec ou succès d'une situation, rupture sentimentale, décès d'un proche, date anniversaire d'un événement familial important, stress émotionnel, traumatisme psychique.

Contexte de puerpéralité : grossesse, accouchement ou post-partum de la patiente elle-même, ou de la concubine ou l'épouse du patient ; fausse couche, avortement.

Changement de vie : déménagement, départ d'un proche, situation professionnelle nouvelle ; changement de pays.

Prise d'un toxique : hallucinogène, ecstasy, crack, etc.

Prise d'un traitement médicamenteux : corticoïdes ; amphétaminiques ; hormones thyroïdiennes...

Date historique, date religieuse : ou tout autre fait d'actualité souvent retrouvé dans la thématique délirante.

Parfois facteur organique : début d'une maladie somatique, fièvre, effets indésirables d'un traitement médical.

1.5 - L'organicité

Existence actuelle (ou notion d'antécédents) d'une maladie somatique traitée ou non traitée. Par exemple, pathologie endocrinienne (dysthyroïdie, maladie des surrénales).

Symptômes physiques en rapport avec cette pathologie organique. Exemple : examen neurologique à la recherche d'un déficit (éliminer un expansif cérébral).

Traitement médicamenteux en cours ou antécédent de traitement. Exemple : penser à l'effet indésirable d'apparition tardive d'une corticothérapie pouvant être à l'origine d'un état délirant, d'un accès dépressif mélancolique ou d'un accès maniaque.

1.6 La toxicité ou l'iatrogénie

Prise récente de drogue (souvent cachée par le patient), en particulier les hallucinogènes (Haschich) ou comprimés de crack ou ecstasy.

Syndrome de manque et complications psychiatriques d'un sevrage (alcoolique, toxicomaniaque).

Syndrome de sevrage d'un médicament (sevrage des benzodiazépines).

Article 2 - Les thèmes délirants

La thématique délirante est l'ensemble des idées du patient sur lesquelles porte sa conviction délirante. Le caractère délirant repose sur le désaccord avec la réalité commune et l'inaccessibilité à tout raisonnement se référant à cette réalité. Les thèmes peuvent varier à l'infini. Parfois uniques, ils peuvent être multiples dans un même délire et s'associer entre eux de façon plus ou moins logique pour celui qui écoute.

Les thèmes ou idées délirantes les plus fréquents sont :

2.1 - La *persécution*

Persécution : conviction délirante d'être en proie à un monde hostile, l'objet d'agressions, la victime d'une machination ou de préjudices, le sujet d'allusions malveillantes, la cible d'une surveillance ou d'une conspiration. Les idées de **persécution** peuvent être sous-tendues par tous les mécanismes délirants : interprétatif, hallucinatoire, imaginatif ou intuitif.
L'origine de la persécution peut être floue (un monde hostile, des forces célestes, un pouvoir politique, des gens...) ou précise. Dans ce dernier cas, lorsque la persécution est ciblée sur un individu particulier, on parle de persécuteur désigné (exemple : le paranoïaque qui nomme telle personne de son entourage comme étant à l'origine de son préjudice).

Les idées de **persécution passives** se distinguent des idées de **persécution actives.** Dans le premier cas, le patient traduit la pensée qu'il est en butte à des persécutions : le patient est un persécuté. Dans le second cas il traduit son intention de diriger des persécutions contre autrui : il devient un persécuteur. Les idées de persécution passives sont parfois difficiles à mettre en évidence en raison de la méfiance et de la rareté des propos liée à la dissimulation. Le patient pèse ses paroles. Souvent l'idée délirante n'est pas formulée ; mais peut se révéler par des expressions du type « Vous savez tout aussi bien que moi », « Ils en ont parlé à la télévision... ». L'idée de persécution est parfois nettement formulée sous la forme d'une conviction que certaines personnes agissent contre lui à l'aide de moyens variés utilisés dans un but déterminé.
Les **idées de persécution actives** : le patient exprime ses tendances à poursuivre les autres à son tour. Il s'agit d'idées de revendication, de vengeance. Elles peuvent apparaître à la suite et comme conséquence d'idées de persécution passives, le patient persécuté devenant persécuteur. Dans certains cas l'idée de persécution passive est réduite à sa plus simple expression, mettant au premier plan du tableau clinique les idées de persécution actives. Les idées de vengeance partent de faits souvent vraisemblables mais auxquels le malade ajoute des compléments imaginaires difficilement distinguables des faits réels.

Les variétés cliniques des idées de persécution sont innombrables Leur examen psychiatrique peut mettre en évidence :

- **La nature des persécutions** : il peut s'agir de phénomènes hallucinatoires, par exemple du type voix hostiles ou autres hallucinations psychosensorielles dont le contenu est péjoratif et persécuteur. La nature des persécutions peut rester vague, indéterminée ou se préciser à partir d'interprétations.
- **La notion de date assignée aux persécutions** : les faits dont se plaint le patient persécuté sont le plus souvent des faits déjà accomplis depuis longtemps ou qui viennent de s'accomplir ; le présent est rarement concerné, l'avenir jamais.
- **La désignation des persécuteurs** : la désignation peut être floue, exprimée alors par le " on " indéfini. Il peut s'agir de la collectivité tout entière ou d'une catégorie socioprofessionnelle. Parfois la désignation est précise et le persécuteur est nommé.
- **Les moyens employés** : tous moyens permettant la dissimulation ou l'évitement pour échapper à la persécution pouvant aller du port des lunettes noires pour ne pas voir les regards hostiles dans la rue, la fermeture de ses volets en pleine journée pour ne pas être surveillé, parfois même la claustration...
- **La raison et le but de la persécution subie** : la raison peut être indéterminée, floue ou précise associée à d'autres thèmes délirants. Parfois la persécution est vécue avec un caractère de vexation imméritée ou excessive contre laquelle le patient ne cesse de protester de toutes ses forces et par tous les moyens.
- **Les conséquences et résultats obtenus** : le vécu hostile peut être à l'origine d'un comportement de méfiance, de défense, voire d'agressivité. Le risque de passage à l'acte (plus souvent hétéro-agressif) doit être évalué.
- **Le mode de rayonnement des idées de persécution** : tendance fréquente à l'extension de façon convergente ou centripète ; de nouveaux arguments sont trouvés par le patient à l'appui de ses convictions, permettant progressivement la construction d'un véritable système plus ou moins cohérent d'explications délirantes. Le délire peut être rétrospectif, remontant graduellement le cours de la vie du patient qui découvre à chaque instant des faits à l'appui de ses idées actuelles.

Les idées de persécution du **syndrome mélancolique** sont souvent Je nature vague : le patient reste dans l'incertitude et formule difficilement ses griefs, parvenant mal à désigner ses persécuteurs. De plus, la douleur morale et les thèmes mélancoliques lui font sentir l'hostilité du monde ambiant comme un juste châtiment de son indignité, de sa culpabilité. Il ne cherche pas à fuir ses persécuteurs.

Les **idées de défense** se rattachent étroitement aux idées de persécution. Elles s'expriment comme des projets de résistance pour se mettre sur la défensive vis-à-vis de ses ennemis, ou même pour prendre l'offensive à un moment donné. Parfois le patient attache à l'émission de certaines paroles, à l'accomplissement de certaines habitudes, de certains gestes une idée de défense contre ses ennemis. Classiquement deux types d'idées de défense peuvent être distingués :

- **Idées de défense passives** : conviction du patient qu'à côté d'individus qui le poursuivent il en existe d'autres qui le défendent.
- **Idées de défense actives** : idées délirantes attribuant une portée particulière à certains actes bizarres exécutés par le patient et qui ont pour lui la signification d'une défense contre ses ennemis. Ces idées de défense actives, comme les passives, sont en rapport étroit avec des idées de persécution antérieures. Elles se distinguent entre elles par des manifestations extérieures, objectives (expression par le langage, parlé, écrit ou mimique). Il peut s'agir d'un simple mot, d'un juron, d'un néologisme, d'une phrase prononcée sur un certain ton, à la manière d'une incantation, intercalés dans un discours et qui ont la vertu de faire cesser les persécutions. Cette même vertu est attribuée parfois par le patient à des sentences écrites, des modifications de l'orthographe ou des signes graphiques. Parfois ce sont des gestes particuliers, des pratiques étranges plus ou moins compliquées, des modifications de l'habillement, le port continuel de certains objets (sortes de talismans, de fétiches) qui traduisent au-dehors ces idées de défense.

2.2 - La mégalomanie

Tendance à la surévaluation de soi ; idées de richesse, de puissance, de notoriété, etc. Ces idées de grandeur peuvent s'intriquer avec de nombreux autres thèmes : politiques, filiation, mystique... Classiquement, une distinction est faite entre :

Idées de satisfaction : elles sont accompagnées d'un sentiment général de contentement, de plaisir, d'optimisme, de satisfaction intime. Il peut s'agir d'idées de capacités supérieures, de force, de puissance, de richesse. En exprimant ces idées de satisfaction le patient parle de projets gigantesques, d'inventions, d'entreprises dont il ne met jamais en doute la réussite ; aucune difficulté ne lui paraît insurmontable, il est dans la toute-puissance et même l'absurde ne l'arrête pas. Parfois il semble vivre dans un état de bien-être constant, ravi de l'étendue de son intelligence (aménomanie), ravi de sa toute-puissance.

Idées orgueilleuses ou ambitieuses : ce sont les **idées de grandeur** proprement dites, le caractère délirant est plus précis, plus constant, plus uniforme. Ces idées tendent en général à se systématiser, soit entre elles, soit avec d'autres idées délirantes. Elles expriment un sentiment exagéré d'estime de soi, d'orgueil. La systématisation des conceptions délirantes exprimées par les idées ambitieuses est souvent sous-tendue par le mécanisme interprétatif. Par exemple, les patients ont la conviction d'être des personnages illustres, des chargés d'une mission divine ou d'une mission politique internationale. Dans la multitude des preuves qu'ils invoquent, sous-tendue par l'interprétation délirante, les patients puisent une conviction profonde, une certitude inébranlable qui rend impossible tout contradiction.

2.3 - Les idées d'influence

Le syndrome d'influence est la conviction délirante d'être sous l'emprise d'une force extérieure qui commande les pensées et les actes ***(voir*** Automatisme mental).

2A - Les idées mystiques ou ésotériques

Thèmes en rapport avec les paroles des Écritures, une mission divine à accomplir, l'existence de forces occultes extérieures, l'existence de pouvoirs surhumains (mégalomanie). Proximité avec les thèmes de possession : idée délirante d'être sous l'influence d'un être surnaturel et malfaisant (synonyme : démonopathie).
Possibles idées de revendication d'une filiation divine (« Je suis Jésus-Christ » ; « Je suis la Sainte Vierge »). Conviction (en période de post-partum) d'avoir accouché d'un monstre ou du diable.

Les idées religieuses ou mystiques sont fréquemment exprimées et sous des formes diverses :

Scrupules religieux : le patient s'accuse d'avoir manqué à ses devoirs, commis des fautes.

Malédiction divine : la peur de la punition divine, la crainte de l'enfer, les idées de damnation sont souvent associées à une forte angoisse. Cette terreur de la damnation, parfois appelée damnomanie ou damnophobie, est cependant très souvent vécue comme un juste châtiment des fautes que le patient délirant a la conviction d'avoir commises sans même le savoir ; s'observe en particulier dans le syndrome mélancolique.

Idées de possession démoniaque : les patients se sentent poussés à dire ou à faire des choses contraires à la religion.

Démonopathie : persécution par le démon. Le patient peut évoquer comme force démoniaque les nombreux noms du démon (Lucifer, Diable, Satan, le Mal, Succube...). On peut distinguer la démonopathie externe et la démonopathie interne. Dans le premier cas le démon est en dehors du malade et le persécute de l'extérieur. La conviction délirante est alimentée par l'activité hallucinatoire : le patient entend le Diable lui parler (hallucinations acoustico-verbales), il le voit (hallucinations visuelles), il sent son odeur de souffre (hallucinations olfactives), il ressent et subit ses coups ou ses attouchements (hallucinations tactiles, hallucinations cénesthésiques).

Dans la démonopathie interne le démon est au-dedans du patient délirant. Non seulement il entend la voix du Diable mais il est devenu son esclave, son " gîte ", il doit subir ses volontés, exécuter les actes qu'il exige, le patient ne pense et n'agit plus que sous la dépendance du Diable : il n'est plus que la marionnette du démon.

Démonomanie vraie : le patient n'est plus seulement possédé par le démon mais a la conviction d'être lui-même le démon. Il s'agit d'une véritable dépersonnalisation ***(voir*** Les troubles de la perception) : la transformation est complète, le vrai démonomane n'est pas seulement dédoublé comme le possédé (démonopathe interne).

Théomanes : l'idée délirante mystique est associée à la mégalomanie. Deux expressions cliniques sont possibles, soit le patient communique avec l'Esprit bienveillant par l'intermédiaire des sens externes, visuels et auditifs, soit le souffle divin qui l'anime est intérieur, prenant alors la forme de la possession.

Idées religieuses : parfois délirantes ou plus souvent simplement exagérées, elles sont présentes chez certains patients et caractérisées par la prépondérance des considérations secondaires : la mise en scène du culte est leur centre d'intérêt aux dépends de la foi elle-même ; la divinité n'est pour eux qu'une image.

Proximité sémiologique avec les préoccupations religieuses souvent associées aux obsessions. L'esprit est assiégé par des idées de scrupules, d'inquiétudes relatives aux péchés ***(voir*** Obsessions).

Parfois il est difficile de distinguer le délire religieux d'une expérience religieuse ou mystique non délirante bien que peu commune. Une idée religieuse peut être considérée comme pathologique si elle présente un des traitq suivants :

1. l'expérience mystique telle qu'elle est décrite par le patient et le comportement qu'elle induit chez ce dernier correspondent à une catégorie de pathologies psychiatriques bien connues.
2. il existe d'autres symptômes d'une pathologie psychiatrique dans d'autres domaines de la vie du patient (troubles du cours de la pensée, hallucinations, troubles de l'humeur, angoisse dissociative, etc.)
3. l'évolution des idées délirantes suit plutôt le cours d'une pathologie psychiatrique avec modification de la symtomatologie au fil des années. Le patient peut attacher une importance moindre à son délire sous l'effet d'un traitement (tandis que la vraie expérience religieuse bouleverse la vie du sujet et son effet dure des années, il décrira son expérience comme enrichissante et sa foi reste inébranlable).

2.5 - Les idées d'auto-accusation

Ces idées expriment un jugement défavorable sur sa propre personne. Elles peuvent varier à l'infini : idées d'incapacité, d'indignité, de culpabilité, de corruption, de remords, de désespoir, de tromperie. Certaines idées peuvent être rapprochées de l'auto-accusation et sont souvent associées : craintes de ruine, d'accusation,

de châtiment, d'emprisonnement, de supplice, de damnation, de condamnations de toutes sortes. Ces idées souvent caractéristiques du syndrome mélancolique peuvent être exprimées facilement par]e patient qui crie son désespoir, son remord, ses craintes, mais le plus souvent ne sont pas avouées aisément par le patient. Certains même se réfugiant dans le mutisme, soit qu'ils se jugent desormais indignes de communiquer avec ses semblables, soit qu'ils craignent en parlant de commettre encore de nouvelles fautes. Dans ce cas la présentation, le contact, en particulier l'expression mimique concentrée, inquiète, désespérée, résignée, humble, est d'une riche valeur sémiologique. Le refus de la main tendue peut révéler aussi l'idée d'indignité qu'éprouve le patient pour cette marque d'estime, certains patients peuvent rester debout comme devant un juge ou ne consentent à s'asseoir que timidement sur le siège le moins confortable.

Le sentiment de son incapacité à penser, vouloir et agir, de son indignité est à l'origine des caractères de passivité, de résignation, d'humilité qui caractérisent ses états délirants. Le mode de rayonnement de ces idées d'auto-accusation est souvent centrifuge, le patient étant le centre et le lieu d'origine du malheur : il redoute d'être pour tous un être nuisible, d'être à l'origine du déshonneur et du malheur de sa famille, d'entraîner la ruine de ses proches voire de la société. Véritable " délire d'attente ", le patient reste dans le doute et l'incertitude, n'exprimant que des craintes sur l'avenir. Cette attente s'associe aussi au caractère rétrospectif de l'auto-accusation, le patient exprimant ses regrets du passé et trouvant l'origine de ses malheurs dans son passé.

Ce sentiment de culpabilité morbide, imputation à soi-même d'actes, d'intentions ou de sentiments coupables et répréhensibles en dehors de toute réalisation effective ne doit pas être confondu avec les fausses accusations. Celles-ci peuvent être mensongères, mythomaniaques, induites (suggestibilité), formulées comme alibi pour cacher une faute plus importante que celle avouée, par mauvaise foi.

2.6 - Les idées érotiques

Idées délirantes concernant le sens génésique. Ces **idées érotiques** peuvent se manifester de différentes façons :

Vécu d'exaltation, d'excitation, de satisfaction exagérée : le patient vante sa puissance sexuelle, raconte ses prouesses fantastiques, exprime ses **idées érotiques** sur un ton d'obscénité outrancière avec une désinhibition parfois comportementale (perte de la pudeur, exhibitionnisme).

Contexte persécutif : les **idées érotiques** sont plus souvent exprimées dans ce contexte, un vécu hallucinatoire, hostile, péjoratif. Par exemple, le patient exprime des idées de viol à distance en rapport avec des hallucinations cénesthésiques génitales, la conviction délirante d'un viol à distance, des sensations de picotements, de brûlures, d'attouchement des organes génitaux. La peur d'une castration.

Autres thèmes délirants : les **idées érotiques** sont souvent associées à d'autres thèmes délirants comme les thèmes mystiques (thème des Succubes, idée d'être abusé sexuellement par le Diable, enfanté par une créature divine), des thèmes de filiation et des thèmes d'énormité (le patient exprime la conviction d'avoir une érection éternelle, la taille démesurée de ses organes génitaux...).

2.7 - La négation d'organes

Conviction délirante d'absence ou de mort d'un ou plusieurs organes de son propre corps *(Voir* Syndrome mélancolique), avec syndrome de **Cotard** qui associe des idées délirantes d'immortalité, de possession ou de damnation, et d'énormité. Les modes d'expression des idées de négation sont multiples et variés, répondant à l'idée de changement, de destruction, d'absence, de non-existence :

Idées hypocondriaques de négation : elles concernent la constitution physique, la structure, les fonctions, l'existence des différents organes du corps. Le patient a la conviction que ses organes ne fonctionnent plus comme avant, par exemple que son cœur ne bat pas, que sa circulation sanguine est interrompue ; dans certains cas sa conviction porte sur la destruction de ses organes, et le patient affirme n'avoir plus de cœur, d'estomac, de cerveau.

Négation des facultés intellectuelles : le négateur se plaint de n'avoir plus d'intelligence, de ne pouvoir ni penser, ni sentir, ni agir.

Négation du monde extérieur : la négation peut porter sur l'existence du monde extérieur et souvent même leur propre existence : le négateur dit ne pas avoir de famille, d'ami, de sentiment. Parfois même ces négations n'intéressent plus seulement les objets et les êtres mais s'étendent à des abstractions.

Négation partielle ou généralisée : la négation peut être partielle ou généralisée, présenter un caractère absurde et illogique ou au contraire avoir les apparences du plausible.

Négation abstraite : la négation porte sur des abstractions, par exemple le patient dit qu'il n'y a plus d'exagération, de bonté, d'étendue, etc.

2.8 - Les idées d'énormité

Ces idées délirantes absurdes par l'ampleur et la monstruosité des faits allégués par le patient sont souvent associées aux idées de négation d'organes constituant ainsi le délire de négation de **Cotard.** Elles se manifestent principalement de deux façons :

Idées d'immortalité : les patients expriment leur conviction qu'ils ne mourront pas, que s'ils avaient pu mourir ils seraient déjà morts, que leur état, leur corps est tel qu'il ne peut être concerné ni par la vie, ni par la mort. Ces idées de grandeur sont cependant distinctes des idées mégalomanes. On préfère l'expression d'" idées pseudo-mégalomanes " car les patients, loin de s'en enorgueillir, expriment cette idée sur le ton du gémissement ; ils sont, selon eux, condamnés à souffrir éternellement.

Idées d'énormité proprement dites : elles associent un caractère spatial à l'immortalité dans le temps. Les patients " ne sont pas seulement infinis dans le temps mais ils le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher les étoiles. Ils sont dans l'infini, dans les millions et les milliards, dans l'énorme et le surhumain " (Cotard).

Idées délirantes de négation	intellect : ressent un vide organes : négation de parties du corps, organes morts, inexistants ou déformés. existence : négation de soi, négation du monde.
Idées délirantes d'immortalité	la mort est impossible.
Idées délirantes d'énormité	augmentation de la taille, du volume du corps.
Idées délirantes de damnation.	conviction d'une damnation éternelle. même la mort ne changera rien. suicide altruiste pour sauver son entourage
Négativisme	refus des aliments, mutisme
Actes auto-agressifs	automutilations, suicide

- SYNDROME DE COTARD -

2.9 - Les idées de grossesse

Idées délirantes en rapport avec la puerpéralité. Conviction d'avoir un ou plusieurs enfants dans le ventre, d'avoir accouché d'enfants ou d'animaux. La durée de cette gestation délirante peut être très longue (plusieurs années). Ces idées peuvent s'observer chez les femmes et les hommes.

2.10 - La thématique concernant la reconnaissance et l'identité

Le **syndrome de Capgras** ou " illusion des sosies " est un trouble de l'identification des personnes souvent familières (conjoint, parents, fratrie), se manifestant par une négation de leur identité et la conviction délirante qu'elles ont été remplacées par un double. Le patient attribue à son entourage familier des qualités d'irréalité. Une patiente exprimait son angoisse à se rendre au domicile de ses parents où elle ne savait pas reconnaître s'il s'agissait de ses vrais ou ses faux parents dont l'aspect était identique.

L'objet du délire est souvent une personne avec laquelle le patient a eu des liens affectifs parfois ambivalents, comme un conjoint, un parent, la fratrie et quelques fois le médecin ou les infirmiers. Le patient emploie lui-même le terme de sosie ou de double, parfois de

faux. Plus rarement le syndrome de Capgras porte sur des objets. Le patient est alors convaincu que des objets lui appartenant ont été remplacés par des faux ou des copies.

Le **syndrome de Frégoli** : le patient croit voir la même personne sous divers déguisements, cette personne est souvent le persécuteur qui peut être, la plupart du temps, un inconnu, ou parfois un soignant, un voisin, un proche, un membre de la famille. Selon le patient le persécuteur change de visage comme faisait Frégoli (un célèbre comédien) sur scène.

Le **syndrome d'intermétamorphose** : le patient croit que les gens de son entourage échangent leurs identités, se remplacent les uns les autres. Il perçoit un persécuteur qui apparaît sous un déguisement, cette personne de son entourage prend, selon lui, l'identité d'une autre personne qui elle-même remplace le persécuteur, et ainsi de suite.

Le **syndrome des sosies subjectifs** : le patient croit qu'il a pris lui-même l'identité et le phénotype de quelqu'un d'autre. Parfois le patient déclare qu'il est capable de « voir » ses propres sosies dispersés dans son entourage.

THÉMATIQUES DE RECONNAISSANCE
Syndrome de Capgras
Syndrome de Frégoli
Syndrome d'intermétamorphose
Syndrome des sosies subjectifs

2.11 - Les thèmes fantastiques, cosmiques, féeriques, surnaturels

Discours visionnaire projetant une fantasmagorie féerique ou dramatique de l'univers ; créations mythologiques ; filiations imaginaires ; scénario fantastique avec mise en scène de personnages imaginaires, d'animaux et créatures étranges ; conviction d'une relation avec une vie extraterrestre (déplacements ou enlèvements à l'intérieur d'engins extra-terrestres).

2.12 - Les thèmes de revendication

Ils reposent sur la conviction d'un préjudice subi :

Le quérulent processif présente une conviction délirante d'avoir été lésé. Il dépose des plaintes, multiplie les procès, rejette les jugements.

L'idéaliste passionné veut transmettre ses convictions mystiques, politiques ou sociales. Son comportement est guidé par sa conviction d'être porteur d'une mission. Réformateur fanatique, il fait montre d'un prosélytisme infatigable.

L'inventeur méconnu a la conviction d'avoir fait la découverte du siècle. Il revendique la priorité des découvertes.

La filiation revendiquée se caractérise par la conviction délirante d'une ascendance illustre, souvent royale, aristocratique, divine ou parfois en rapport avec un personnage médiatique (acteur, chanteur, politique).

La sinistrose délirante est une revendication de réparation d'un préjudice corporel. Elle survient après un accident du travail, un traumatisme sur la voie publique, une intervention chirurgicale, ou des soins médicaux. Cette conviction d'un préjudice envahit la pensée du patient qui multiplie les contre-expertises et les recours juridico-administratifs.

2.13 - Les thèmes ou idées hypocondriaques

Préoccupations corporelles exprimées dans un vécu souvent perse - cutif, avec une conviction de réalité : conviction de transformations corporelles, de présence d'êtres ou de corps étrangers dans son propre corps. Ces idées hypocondriaques sont plus ou moins précises, parfois n'exprimant qu'une crainte très vague d'altération générale de toutes les fonctions organiques, crainte d'infériorité, peur d'une maladie incurable. Le plus souvent elles sont plus spécifiquement centrées sur le fonctionnement ou les modifications d'un organe ou d'une fonction précise de l'organisme *(voir* Syndrome hypocondriaque).

2.14 - Les thèmes érotomaniaques ou érotomanie

Illusion délirante d'être aimé, généralement par un personnage jouissant d'un certain prestige avec lequel le patient n'a que des relations lointaines, voire aucune. Ce thème peut être associé à d'autres idées délirantes et dans ce cas la conviction n'est pas ferme. Au contraire, lorsque l'érotomanie constitue la seule thématique délirante, elle se caractérise par une conviction forte et inébranlable propre au délire dit " passionnel " survenant le plus souvent sur une personnalité paranoïaque *(voir* Personnalités pathologiques).

Dans ce cas l'objet aimé est de rang social plus élevé, l'objet ne peut avoir de bonheur sans le sujet, l'objet est libre (même s'il est marié, le mariage étant invalidé par le sujet délirant). La thématique délirante évolue classiquement en trois phases : la phase d'espoir, de dépit puis de rancune. La haine apparaît lorsque l'objet ne répond pas aux avances de l'erotomane ; dans cette dernière phase le risque de passage à l'acte meurtrier est important.

2.15 - Les thèmes de jalousie

La jalousie est un sentiment de frustration, de duperie ou d'abandon à l'égard de l'amour et de la possession d'un être investi affectivement. Le patient délirant imagine le rival et l'inconduite, puis pose leur réalité comme un postulat sur lequel se fonde toute une conduite d'inquisition et de soupçons. Lorsque la jalousie est l'unique thématique délirante, il s'agit alors d'un délire dit passionnel.

2.16 - Les thèmes de transformation

Lorsque tous les faits ou tous les objets du monde extérieur n'ont plus pour le patient délirant la même signification que leur accorde le consensus universel et subissent une transformation qui les met en accord avec le vécu délirant, on donne le qualificatif de **métabolique** à cette thématique délirante. Cette transformation caractéristique des " délires métaboliques " (Seglas) concerne des faits ou des objets présents au moment de la situation mais peut également concerner des événements du passé (délire métabolique et rétrospectif)- La transformation peut concerner la personnalité individuelle du sujet qui se croit autre qu'il n'est, différent, échappant aux lois naturelles. La conviction de transformation peut concerner aussi des organes, le patient dit alors être en verre, en mousse, en acier. Dans d'autres cas, la transformation corporelle est complète et le patient a la conviction d'être changé en animal. La **zoanthropie** est l'idée délirante de transformation complète en animal. Autrefois existait fréquemment la **lycanthropie** (transformation en loup). Les idées de transformation constituent le **délire métabolique.**

La transformation peut concerner aussi la conviction du propre vécu du patient : cette forme délirante dite **palingnostique** ou délire de reconnaissance se traduit par des fausses reconnaissances

concernant ce que le sujet voit pour la première fois. Proximité sémiologique avec l'ecmnésie, l'illusion ou le sentiment de déjà vu, déjà vécu (*voir* Troubles de la mémoire).

2.17 - Parfois thèmes flous

Se succédant ou se chevauchant, ils donnent à l'observateur le sentiment immédiat d'une totale incohérence des propos du patient. C'est le cas du polymorphisme des thèmes dans certains épisodes délirants aigus où le délire peut osciller entre l'expérience de toute-puissance dans une ambiance d'élation (optimisme pathologique) et l'expérience angoissante de catastrophe imminente, de persécution, de possession, d'infériorité, de déchéance, d'auto-accusation, d'expiation, de punition.

2.18 - Le thème unique

Dans les délires systématisés, le **thème** peut être **unique,** bien exprimé dans une logique implacable (voire paralogique).

Article 3 - Les mécanismes délirants

Mode d'élaboration et d'organisation du délire à partir d'altérations psychologiques qui interfèrent avec l'appréhension de la réalité.
Les mécanismes du délire sont les modalités de l'objectivation de la thématique délirante. Cette dernière peut être exprimée en rapport avec quatre principaux mécanismes : interprétatif, intuitif, imaginatif et hallucinatoire.

3.1 - L'interprétation délirante

Attribution d'un sens univoque à la réalité : le sujet donne un sens erroné à un fait réel. Ce type d'interprétation est rigide, ne s'adapte pas au contexte de la situation, est limité à une seule signification et est inaccessible à la critique.

Tendance à reconstituer, à partir de faits exacts, un scénario conforme au projet délirant. Le point de départ est réel, le raisonnement consécutifest faussé. Le hasard est nié. Tout est appelé en confirmation des idées délirantes.

On distingue deux types :

- **Interprétations endogènes,** fondées sur des sensations corporelles qui acquièrent une signification péjorative. Par exemple : une sensation épigastrique fait interpréter l'existence d'un poison

dans l'eau de boisson. Les deux grands types d'interprétations endogènes sont les interprétations ***cénesthésiques*** et les interprétations ***psychiques.*** Dans les premières le patient attribue ses sensations à une influence étrangère. Par exemple : un de nos patients délirant et diabétique attribuait les paresthésies et autres douleurs de ses pieds (le pied est souvent le siège de plaies infectées et troubles trophiques chez les sujets diabétiques) à des courants électriques que lui envoyait un satellite de surveillance. Dans les interprétations psychiques ce sont les éléments conscients du psychisme (symptômes psychiatriques comme les hallucinations ou productions non pathologiques comme un lapsus, des fautes d'orthographe, un oubli, un air de musique en tête) qui sont attribués à des influences externes et nocives.

- **Interprétations exogènes,** fondées sur des perceptions sensorielles (visuelles, auditives, tactiles, olfactives, gustatives). Par exemple : un bruit quelconque prend une signification particulière, le plus souvent persécutive. Les principales interprétations exogènes sont des interprétations de :
  - paroles : les paroles entendues autour de lui (par exemple dans la rue) sont interprétées par le patient comme lui étant adressées et mal intentionnées.
  - mimiques et gestes : conviction du patient que l'on rit, on chuchote, on se pince le nez, on se moque sur son passage, on tousse ou crache en signe de mépris.
  - faits : tous les faits et gestes de l'entourage, les éléments du monde environnant sont interprétés dans le sens d'un vécu péjoratif, une hostilité à son encontre.
  - reconnaissance : fausses reconnaissances interprétées dans le sens de la persécution. Par exemple : telle personne est prise pour une autre dont l'intention est hostile.
  - poursuite : conviction d'être suivi dans la rue, surveillé par un ou plusieurs suiveurs qui se relayent.
  - lecture ou visionnage d'un film : le contenu d'un livre ou d'un article de journal, voire d'un message publicitaire sur une affiche ou une scène de film ou d'émission télévisée, est interprété comme un avertissement ou une menace concernant le patient lui-même. Il reconnaît les signes indiquant qu'il s'agit bien de lui.

- les interprétations dites symboliques se présentent en deux temps : déformation du fait ; attribution au sujet. Un mot, un geste ou une attitude est transformé dans son sens ou son intention et attribué péjorativement au patient lui-même. Exemple : tenir une règle dans sa main signifie pour le patient qu'il est obligé d'obéir (à la règle) ; on parle de rasoir : il interprète qu'il est raseur.

3.2 - L'intuition délirante

Brusque prise de conscience ne reposant sur aucune déduction ni aucun support objectif.

Conviction absolue qu'un événement le plus souvent péjoratif va survenir.

Connaissance directe, subjective, qui s'impose au sujet avec la force de l'évidence.

3.3 - L'imagination délirante

Le sujet croit à la réalité du contenu imaginatif. Conviction d'un vécu passé ou présent de la scène imaginée.

Par exemple : **délire fantastique (paraphrénie)** caractérisé par une production luxuriante d'idées extraordinaires ; discours visionnaire projetant une fantasmagorie féerique ou dramatique de l'univers ; production délirante non seulement verbale mais aussi graphique et picturale.

Les fabulations sont des **productions imaginaires** raccordées par son auteur comme s'il s'agissait de faits exacts qu'il aurait vécus. Cette tendance à réinventer est souvent peu convaincante car elle tente de pallier une perte de mémoire par des souvenirs fictifs. On parle, dans ces cas, de délire de mémoire ou délire d'imagination.

Proximité sémiologique de la mythomanie : disposition habituelle chez certains sujets, en l'absence d'intention précise ou de but défini, à altérer la vérité, à simuler, à élaborer des fables. Dans le délire mythomaniaque le sujet se construit un personnage.

3.4 - Les hallucinations

Perception sans objet à percevoir *(voir* Troubles de la perception)

On distingue deux types d'hallucination :

Les hallucinations psychosensorielles : objectivées par les sens.
Les hallucinations psychiques : non sensorielles *(voir* Automatisme mental).

3.5 - La prédominance d'un ou plusieurs mécanismes dans certains types de délires

On distingue :

Délire paranoïde : construction délirante à partir de plusieurs mécanismes et thèmes (polymorphisme des mécanismes et des thèmes).

Délire paranoïaque : le mécanisme prévalent (le plus souvent unique) est interprétatif.

Délire paraphrénique : le mécanisme prévalent est imaginatif.

Délire dit hallucinatoire : (exemple : psychose hallucinatoire chronique) en raison de la prévalence des hallucinations par rapport aux autres mécanismes.

	Mécanisme hallucinatoire	**Mécanisme interprétatif**	**Mécanisme imaginatif**
Délire paranoïde	+ + +	+ + +	+ + +
Délire paranoïaque		+ + +	*(+)*
Délire paraphrénique	(+)	(+)	+ + +
Délire hallucinatoire (P H C)	+ + +	*(+)*	

3.6 ~ Le cas particulier de la folie à deux ou "délire partagé "

Lasègue et Falret en 1877 ont décrit trois conditions dans lesquelles la "contagion de la folie", selon leur terminologie, est possible.

1. L'une des deux personnes "l'agent provocateur" est l'élément actif, c'est lui qui délire et impose ses idées délirantes à son "associé". Celui-ci résiste au début mais finit pas accepter le délire, parfois il devient actif et participe au développement du délire.
2. Ces deux personnes vivent ensemble pendant longtemps (couple, parents-enfants), elles sont souvent isolées du monde extérieur, partagent les mêmes goûts, les mêmes croyances et le même mode de vie.

3. Le contenu du délire a un caractère de vraisemblance, c'est une condition nécessaire pour que le délire soit communicable. Le délire suit une certaine logique, il n'est pas incohérent. On trouve souvent des thèmes de préjudice, de revendication et de persécution.

Il existe quatre types de *folie à deux :*

- folie imposée : l'associé st un sujet sain, bien que souvent en retrait, effacé, soumis et peu communicatif. La séparation permet la disparition de la symptomatologie délirante chez l'associé.
- folie communiquée : il existe une très longue cohabitation et le délire persiste chez l'associé même après la séparation.
- folie induite : l'associé est lui aussi délirant. La folie à deux est alors l'addition des délires des deux délirants.
- folie simultanée : plus de deux associés présentent les mêmes idées délirantes.

Article 4 - Les organisations délirantes

L'organisation ou la structure d'un délire correspond à la cohérence de la construction délirante, à l'agencement et à l'enchaînement des idées délirantes. Deux types d'organisations délirantes peuvent être distingués :

Délires systématisés ou paranoïaques :

- **Délire cohérent,** construit sur des interprétations.
- **Persistance** d'un même thème prévalent.
- **Réactions affectives et comportements** directement en rapport avec le thème délirant.
- **Extension du délire** : peut se faire **en réseau,** intégrant de façon logique de nouvelles interprétations, n'excluant ***a priori*** aucun domaine de la vie du sujet.
- **Lorsque l'organisation délirante** se fait sans tendance à l'extension, que le délire s'exerce dans un seul domaine, celui où le sujet investit toute sa charge affective, on parle de **délire en secteur :** le malade ne délire que dans le domaine de son désir.

Délires non systématisés ou paranoïdes :

- **Délire mal organisé, flou.**
- **Construction délirante** à partir d'hallucinations, d'interprétations, d'intuitions.
- **Thèmes multiples et imprécis.**

- **Réactions affectives et comportements imprévisibles.**

Délires systématisés (délires paranoïaques) :

- **En réseau :**
  - ***délire d'interprétation :***
    - **interprétations exogènes fondées sur des perceptions sensorielles ;**
    - **interprétations endogènes fondées sur des perceptions corporelles.**
- **En secteur :**
  - ***délires de revendication (quérulents processifs, idéalistes passionnés, inventeurs méconnus, hypocondriaques, sinistrose délirante, filiation revendiquante) ;***
  - ***délires passionnels (délire de jalousie, érotomanie).***

Délires peu systématisés :

- ***délire paraphrénique ;***
- ***délire hallucinatoire de la psychose hallucinatoire chronique.***

Délires non systématisés :

- ***délires paranoides : polymorphisme des thèmes et des mécanismes (psychoses aiguës ; schizophrénies).***

- CLASSIFICATION DES DÉLIRES
EN FONCTION DE LEUR ORGANISATION -

Article 5 - La réaction au délire

En fonction de la thématique délirante, de l'intensité de l'angoisse associée au vécu délirant, de la présence de troubles thymiques et d'autres aspects symptomatologies (syndrome dissociatif ; signes d'intoxication ; ivresse ; troubles de la personnalité, etc.), le patient peut réagir plus ou moins fortement à son délire. Malgré la conviction délirante inébranlable, on peut observer paradoxalement une absence de réaction, en particulier lorsque la discordance *(voir* Syndrome dissociatif) est importante. La réaction comportementale au délire peut se manifester par des :

Désordres affectifs et thymiques : le délire peut engager toute l'affectivité du sujet. Le vécu délirant peut être pénible, difficile, douloureux, plus rarement agréable pouvant aller jusqu'à l'extase. L'état thymique peut être étroitement corrélé ou non au contenu du délire, sous forme d'euphorie, d'exubérance, d'optimisme ou au contraire de pessimisme, d'abattement.

Perturbations psychomotrices : excitation motrice, auto ou hétéro-agressivité, ralentissement parfois catatonie-catalepsie (syndrome dissociatif), stupeur, conduites d'inhibition, conduites d'opposition ou réticence (refus de la main tendue, refus d'aliments, fermeture forcée des paupières, mutisme ou semi-mutisme), vociférations, logorrhée.

Attitudes en rapport avec l'activité hallucinatoire : attitudes d'écoute et dialogue hallucinatoire avec des interlocuteurs invisibles ; conduites de défense.

Conduites médico-légales : passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif (suicidaire, homicide, sexuel...) ; fugues, errances ou voyages pathologiques.

Mimiques et attitudes en rapport avec les thèmes délirants, l'état thymique, l'angoisse, la dissociation : hyper- ou paucimimie ; regard exhorbité, regard absent, regard fixe ou guidé par une " force " hallucinée.

Toute attitude, tout geste réalisé sous l'influence d'une force ou puissance en rapport avec le thème d'influence.

Article 6 - L'adhésion

Lorsque la conviction délirante est inébranlable, le délire n'est pas accessible au raisonnement ni aux critiques, l'adhésion est totale et entraîne parfois celle de l'entourage. Dans ce dernier cas on parle de délire partagé, dont le délire à deux est la forme la plus classique.

L'adhésion au délire peut être partielle, le patient critique son propre délire, reconnaît la réalité hallucinatoire des voix qu'il entend. Cette juxtaposition avec la réalité permet une conservation de l'adaptation sociale.

Article 7 - L'évolution

1- Début	mode d'entrée ancienneté, notion de récidive facteurs déclenchants organicité toxicité ou iatrogénie
2- Thèmes	unique ou multiples précis ou flous persécution, mégalomanie, influence, mystique, ésotérique, politique, érotique, passionnels, filiation, grossesse, sosies, fantastiques, hypocondriaques, revendication, transformation, etc.
3- Mécanismes	interprétation intuition imagination hallucination
4- Organisation	délire systématisé(paranoïaque) délire moyennement systématisé délire non systématisé (paranoïde)
5- Réaction	réaction importante (voyage pathologique, agressivité...) absence de réaction modalités de la réaction
6- Adhésion	conviction inébranlable critique du délire délire partagé
7- Évolution	à court terme à moyen terme

- **L'EXAMEN DU DÉLIRE : 7 ÉTAPES** -

Les modes évolutifs de l'activité délirante sont nombreux et fonction du moment de l'observation clinique :

Evolution à **court terme** : activité régulière sur le nycthémère ou évolution par " vagues délirantes " (fluctuation d'intensité) ; augmentation vespérale fréquente ou dans l'obscurité ; parfois disparition rapide en quelques jours de toute symptomatologie délirante.

Évolution à **moyen terme** : régression et disparition du délire ; chronicité sur un mode délirant continu avec possibles épisodes féconds (intensification de la participation affective) ; enkystement du délire qui n'est plus exprimé spontanément et n'interfère plus avec la vie quotidienne ; évolution déficitaire marquée par l'appauvrissement de l'expression délirante et l'apragmatisme *(voir* Troubles de la volonté).

Livre II

Les troubles des perceptions

Chapitre 1. Les troubles des perceptions

La perception est la synthèse des informations qui permet une prise de conscience d'un objet. Il peut s'agir d'informations à partir des cinq sens, l'objet perçu est alors présent dans l'espace réel, il est objectivé. Mais il peut s'agir aussi d'une représentation mentale, l'objet est imaginé, il est " perçu " dans un espace imaginaire. La perception peut être augmentée, diminuée, abolie, faussée ou peut concerner une réalité propre au sujet.

Article 1 - La perception accrue

Hyperperception dans le syndrome maniaque :

- **Hypersyntonie** : le sujet est accroché à l'ambiance ; participation spontanée à l'ambiance avec perception immédiate des détails qui échappent à tous. Il incorpore dans la conversation un mot entendu d'une conversation extérieure (dans la pièce à côté), ou évoque le sifflement d'oiseaux entendu au-dehors. Rien ne lui échappe de l'ambiance environnante.
- **Hyperesthésie perceptive,** liée à la tachypsychie.
- **Acuité de perception** avec un plaisir inhabituel : les sons, les parfums sont perçus avec ravissement.

Réactivité accrue aux stimuli extérieurs :

- **Hypervigilance** des états anxieux.
- **Résonance intense** d'un son banal (syndrome confusionnel).
- **Perception vive,** voire aveuglante de la couleur d'un objet (syndrome confusionnel).

Article 2 - La perception diminuée

Atonie des perceptions dans le syndrome dépressif.

Perception ralentie dans la bradypsychie.

Diminution globale des perceptions dans le syndrome mélancolique :

- Dans le champ affectif : anesthésie affective, indifférence émotionnelle.
- Proximité du syndrome de dépersonnalisation et de la thématique délirante **(syndrome de Cotard).**

Rétrécissement du champ des perceptions dans le syndrome de conversion :

• Souvent, atteinte sélective d'une perception.

Article 3 - La perception abolie

Agnosie : trouble de l'identification des perceptions *(voir* Agnosie).

Exemple : surdité ou cécité psychiques.

Article 4 - La perception déformée

Illusion : perception déformée d'un objet réel.

- **Physiologiques et banales :**
  - illusions d'optiques, auditives, gustatives, olfactives et sensitives ;
  - liées à l'hyperréactivité émotionnelle dans l'anxiété : illusion de bruits ou de formes dans l'obscurité ; un arbre dans la nuit est pris pour une silhouette ;
  - **paraéidolies** (mirages) : sensorialité imaginaire associée au champ perceptif *(voir* Hallucinations).
- **Pathologiques :**
  - thématique délirante : **illusion des sosies** ou syndrome de Capgras. Il s'agit d'un trouble de l'identification des personnes familières, se manifestant par une négation de leur identité et la conviction délirante qu'elles ont été remplacées par un double ;
  - proximité avec l'interprétation délirante qui consiste à donner un sens erroné à un fait réel *(voir* Mécanismes du délire) ;
  - proximité avec les fausses reconnaissances *(voir* Troubles de la mémoire) ;
  - proximité avec les phénomènes de déréalisation *(voir* Dépersonnalisation) comme les sensations de " déjà vu, déjà vécu, déjà entendu " ;
  - proximité avec les troubles eidolo-hallucinosiques du schéma corporel (ci-dessous) ;
  - déformations perceptives dans les syndromes confusionnels, les troubles de la vigilance : micropsie dans l'aura épileptique ou le syndrome de conversion, les distorsions visuelles et sonores dans le syndrome confusionnel.

Article 5 - La perception sans objet

Hallucinose ou eidolie hallucinosique :

. **Perception sans objet** mais reconnue comme telle par le sujet qui n'y adhère pas. S'observe dans certaines lésions pédonculaires, épilepsies partielles, ophtalmopathie.

* **Protéidolies** : images hallucinatoires élémentaires, fulgurantes, unisensorielles avec caractères archétypiques **(archéidolies)** car renvoient aux formes, figures et sonorités les plus anciennes de l'humanité (sons allégoriques, croix, cercles, images du feu et de l'eau, mélodies...) :
  - **visuelles** : figures géométriques simples, mosaïques, phosphènes, déformations spatiales : anomalies de grandeur, kaléidoscopes, métamorphoses de l'image corporelle ;
  - **auditives** : rythmes répétitifs et ritournelles, variations de timbre et de hauteur des sons ;
  - **tactiles** : phénomènes esthésiques gardant un caractère partiel et localisé, exprimés de façon métaphysique et analogique " comme si " : impressions d'insectes dans les cheveux, de vers sur la peau, etc. ;
  - **olfactives et gustatives** : paroxysmes sensoriels avec sensations olfactives pures et isolées. Le plus souvent, odeurs nauséabondes fixes, répétitives et intenses ;
  - **corporelles ou cénesthésiques** : troubles eidolo-hallucinosiques du schéma corporel :
    - sensations ou illusions de disparition des parties du corps, de **membre fantôme** *(voir* Troubles de la conscience de soi ; Agnosies), de membre fantôme surnuméraire, d'inclusion de corps étrangers au corps propre, de transformation des dimensions du corps, de déplacement ou de mouvements, de télescopages de parties du corps dans le schéma spatial.

Phantéidolies : images hallucinatoires composées, plurisensorielles avec participation onirique. Le travail du rêve est à l'origine d'une complexification des représentations imagées.

Trois formes cliniques :

- **Formes ictales et paroxystiques,** qui ont un double aspect :
  - **insolite** : patient fasciné par la représentation hallucinée, malgré la familiarité des images, objets ou souvenirs qui la suscitent ;

- **ineffable, indicible** : le patient est confronté à la sensation hallucinée tout en sachant l'absence de réalité.

• **Formes limitées à une partie du champ perceptif** (exemple : hémi-champ visuel).

• **Doublage phantéidolique des objets perçus dans le champ sensoriel** : superposition de la réalité onirique à la réalité.

Imagerie hallucinatoire (non psychiatrique) :

• **Liée au sommeil** (souvent auditive ou visuelle) :
  - hallucinations hypnagogiques : surviennent à l'endormissement ;
  - hallucinations hypnopompiques : précèdent l'éveil ;
  - hallucinations provoquées par la privation prolongée de sommeil ou par l'isolement sensoriel.

• **Phosphènes ou photopsies** : taches lumineuses ou points (étoiles) scintillants pouvant apparaître à la pression des globes oculaires, lors d'un changement rapide d'éclairage, d'un changement rapide de posture (problème tensionnel), d'un traumatisme (" trente-six chandelles ").

• **Acouphènes** : perceptions auditives élémentaires (bourdonnement) souvent liées.

• **Images palinopsiques ou postimages** : consécutives à la stimulation de la rétine (après quelques secondes).

• **Sensations sonores** lors de l'écoute du " silence absolu ", persistance sonore après l'audition d'un son (par exemple de cloche, de sifflet).

• **Suggestibilité individuelle ou collective** : certaines apparitions mystiques, " extraterrestres ".

• **Exaltation esthétique de l'artiste** (poète visionnaire, peintre, sculpteur, musicien...), exaltation mystique.

Hallucination : perception sans objet à percevoir.

• **Hallucinations psychosensorielles :**
  - objectivées par l'un des cinq sens ;
  - caractérisées par leur spatialité ;
  - associées à la conviction de leur réalité objective.

• **Hallucinations psychiques :**
  - absence de sensorialité ;
  - absence de spatialité ;
  - représentation mentale exclusive.

Cénestopathie : ensemble des troubles de la **cénesthésie.**

Cette dernière désigne le sentiment vague que nous avons de notre être indépendamment du concours des sens ; l'ensemble des sensations conscientes d'un individu provenant de son organisme, à l'exclusion des données des appareils sensoriels.
La cénesthésie normalement éprouvée comme un sentiment d'existence peut prendre des caractères pathologiques. La cénestopathie traduit alors un trouble de la sensibilité profonde se manifestant par des sensations étranges, pénibles plus que douloureuses, des impressions de modification des formes, des volumes, des consistances des parties situées à l'intérieur du corps et faisant l'objet d'une description sans rapport avec la réalité anatomique *(voir* Syndrome hypocondriaque).

Article 6 - Les modifications de l'ambiance perceptive

Déréalisation *(voir* Dépersonnalisation) : **Perception correcte de la réalité** mais éprouvé inhabituel, étrange ; perte de la familiarité de l'environnement.

Synesthésies : résonance dans un autre registre sensoriel à partir d'une perception donnée (par exemple entendre un son à partir d'une perception visuelle : audition colorée). S'observe au cours de l'expérience psychédélique (après prise de Mescaline ou Psilocybine), et dans la période hypnagogique, c'est-à-dire concernant la phase initiale du sommeil ou endormissement.

Chapitre 2. Les hallucinations psychosensorielles

L'hallucination a été définie comme perception sans objet (Esquirol, 1817). Selon certains auteurs, le phénomène hallucinatoire consiste en une perception qui ne correspond à aucun événement matériel (c'est-à-dire en l'absence de stimulus sensoriel) ou à aucun objet réel. Suivant ces définitions, comment peut-on expliquer les hallucinations chez les patients présentant une surdité congénitale ? De plus de nombreux patients sont capables de distinguer " les voix " de la perception réelle. Il est vrai que l'expérience subjective de l'halluciné

est très proche des perceptions réelles. Il est préférable de définir l'expérience hallucinatoire comme "l'expérience de recevoir une communication sans aucun composant sensoriel"

Trois critères peuvent être proposés pour définir l'hallucination :
- une expérience proche de la perception réelle (percept-like) en l'absence de stimuli externes,
- une expérience proche de la perception réelle (percept-like) ayant la même intensité et le même impact que la perception réelle,
- une expérience proche de la perception réelle (percept-like) non voulue, malgré soi ; elle apparaît spontanément dans le champs de la conscience et ne peut être maîtrisée.

Article 1 - Les hallucinations auditives

Élémentaires :

- **Sons simples** : ces phénomènes sont appelés «acouphènes élémentaires» ; ils consistent en des bruits plus ou moins différenciés, uni ou bitonaux, dont l'intensité varie du murmure à peine audible au son pénible. Souvent perçus de façon rythmique ils ne sont parfois entendus que par une seule oreille. Lorsqu'ils sont vagues et indistincts ils sont décrits par analogie « comme de l'eau qui coule », « comme le vent qui souffle ». D'autres fois ils sont plus différenciés comme un bruissement de feuillage, un sifflement, un bourdonnement, un cri.
- **Sons complexes** : le caractère des acouphènes élémentaires peut être encore plus différencié et leur description par le patient être précise. Ils sont souvent représentés par des bruits de machines, d'appareillages divers, des tonalités métalliques ou parfois apparentés à des sons de synthèse (sons électroniques), des bruits de moteurs, bruits de tambour, de machine, d'embouteillage de la circulation, de sirène, d'alerte, de vaisselle...
- **Phénomène de l'attente perceptive** : dans un contexte perceptif de fond sonore imprécis (bruit blanc) le sujet semble attendre avec attention que quelque chose se fasse entendre. Ce phénomène est à l'origine des attitudes d'écoute caractéristiques du patient halluciné. Parfois ces attitudes d'écoute concernent un contenu verbal (voir : hallucinations acoustiques verbales)

- **Synesthésies acoustico-optiques (opsiphonie)** : ce sont des perceptions auditives colorées reliées le plus souvent à la reviviscence esthésique des perceptions visuelles.
- **Caractères communs :**
  - souvent rythmiques ;
  - peuvent être unis ou bilatéraux ;
  - l'occlusion des oreilles peut les augmenter ou les diminuer ;
  - souvent localisés dans la tête ou dans les oreilles ; dans ce dernier cas ils sont dits « bruits entotiques », et peuvent être perçus comme venant dans les oreilles ou sortant des oreilles ;
  - peuvent être détaillés sur le plan de l'intensité, de la distance, du déplacement, du rythme et de la périodicité ;
  - peuvent évoluer sur le mode continu ou intermittent avec des paroxysmes ;
  - peuvent être mis à distance par le sujet qui paraît indifférent à ce parasitisme ou peuvent avoir un caractère insupportable, mal toléré par le sujet qui cherche tous les moyens pour faire disparaître le bruit (bouchons dans les oreilles, écouteurs de Walkman, demande d'intervention chirurgicale, prise de psychotropes).

Hallucinations musicales :

- **Simples** : rythmes sans mélodie, sons de cloche, bruits de cymbales ou de tambour.
- **Complexes** : mélodies, musiques instrumentales, chorales.
- **Caractères communs :**
  - thème musical : il peut être distinctement perçu, ainsi que la tonalité, le timbre et la fréquence des sons qui peuvent être attribués à un instrument précis (piano, flûte...) ;
  - tonalité, intensité sonore : ils peuvent être difficilement supportables ;
  - parfois associées à des hallucinations verbales : voix chantées ou commentaires sur les mélodies.
  - les hallucinations musicales peuvent apparaître après avoir entendu de la musique à la radio ou sur disque, dans d'autres cas elles apparaissent spontanément sans effort d'attention.
  - ce phénomène hallucinatoire est caractérisé par une plasticité. En effet le sujet peut augmenter ou diminuer l'intensité et le développement de ses hallucinations à la façon d'un chef d'orchestre.

- On peut distinguer deux types d'hallucinations musicales :
  - les protéidolies auditives : ce sont le plus souvent des phénomènes élémentaires de type rythmes sans mélodie, des ritournelles difficilement identifiables ou reproductibles, des sonorités stéréotypées.
  - Les phantéidolies correspondent à une sorte de développement mélodique à la façon d'un « rêve musical ».

Hallucinations acoustico-verbales : les voix.

- Simples ou élémentaires : ces phénomènes hallucinatoires peuvent se présenter sous la forme de mots isolés (" non ", " oui ", nom ou prénom du patient ; insultes, mots grossiers) ; ou parfois des fragments de phrases, séries de phonèmes dénués de sens ou encore de mots jaculatoires fortuits.
- Complexes : Les hallucinations acoustico-verbales dites complexes sont représentées par la sensation d'entendre plus ou moins clairement une ou plusieurs voix.
  - la ou les voix peuvent être de tonalité masculine, féminine, des voix d'enfants ou parfois d'une tonalité non humaine (" voix d'acier ", " voix synthétique ") ;
  - le patient halluciné peut décrire une seule voix à la fois, la même ou changeante, ou peut décrire plusieurs voix ensemble, connues ou inconnues ;
  - elles peuvent avoir un caractère continu ou être entendues à certains moments de la journée ;
  - la langue parlée par cette voix ou ces voix hallucinées est le plus souvent la langue maternelle, parfois une langue inconnue du sujet lui-même ou une langue reconnue mais non comprise (« Ça parle en arabe mais je ne comprends pas ce qu'ils disent, je ne parle que français. C'est ma mère qui est arabe ») ;
  - nettement localisées dans l'espace : à l'intérieur du corps (foie, cœur, dent...) ; dans l'oreille ; à l'extérieur du corps (appartement voisin, venant du ciel...) ; proche ou lointaine ;
  - contenu en rapport avec la thématique délirante.
  - à qui s'adressent-elles ? : parfois le patient halluciné reste en retrait de ses voix qui dialoguent entre elles.
  - l'intensité peut être forte, variable ou à peine murmurée.
- Réactions du patient halluciné :
  - réticence, méfiance et dissimulation ;

- attitude d'écoute, parfois révélatrice de l'activité hallucinatoire ;
- stratagèmes de défense : obturation des oreilles ; couverture par un son plus intense (radio, casque sur les oreilles...) ;
- obéit aux ordres dictés (syndrome d'influence) ;
- dialogue avec les voix : le patient parle à voix haute ou leur répond en murmurant.

• **Signification accordée par le patient :**
- attribue les voix à un individu précis (de son entourage, ou connu sur le plan médiatique, vivant ou mort) ;
- attribue le plus souvent les voix à un pouvoir mystérieux ou une " machine ", des ondes, une influence divine, etc.

Nombre de voix	unique ou multiple
Tonalité	masculine, féminine ou non humaine
Intensité	très forte (le patient se protège les oreilles) ou très faible (à l'origine d'attitudes d'écoute)
Localisation	à l'extérieur de son corps dans les oreilles dans une partie de son corps
Langue entendue	le plus souvent langue maternelle parfois langue inconnue
Horaire, rythme	continu ou discontinu
Contenu	péjoratif, persécutif, influence en rapport avec la thématique délirante (parfois non) dialogues hallucinés (les voix se parlent entre elles)

- CARACTÈRES SÉMIOLOGIQUES DES VOIX HALLUCINÉES -

Article 2 - Les hallucinations visuelles

Simples ou élémentaires :

• Décrites de façon métaphorique ou analogique (" comme si ").
• Lumière, halos colorés, photopsies (points scintillants), flashs, impression d'eau coulant sur les murs, lignes...
• Peut concerner la totalité du champ visuel, un hémichamp ou un seul œil.

Complexes :

- Vision de personnages, d'animaux (zoopsies dans le *delirium tremens),* de paysages, de scènes.
- Héautoscopie (ou autoscopie) : vision de soi par soi-même :
  - autoscopie externe : vision de son double ;
  - autoscopie interne : vision de ses viscères.
- Hallucinations gullivériennes : visions de géants (macropsies : voir ci-dessous).
- Visions de monstres, du diable, de situations hostiles, etc. Autant de possibilités que de thèmes délirants, c'est-à-dire une infinité.

Caractères communs :

- Mode d'apparition de l'image hallucinatoire dans le champ perceptif :
  - non cohérente avec le champ perceptif (exemple : des rats sur son lit d'hôpital) ;
  - se superpose aux objets de la réalité (exemple : une tête monstrueuse contre le mur de la chambre) ;
  - ne respecte pas les lois de la perspective (exemple : un cheval sort de la cheminée) ;
  - image apparaissant dans un champ perceptif totalement imaginaire (exemple : le patient vit, parle se déplace dans un monde hallucinatoire) ;
  - paréidolies : limite entre hallucination et illusion ; intrication des images hallucinatoires et des objets réels (exemple : dans les plis du rideau apparaissent des formes, visages ou scènes en rapport avec un vécu imaginaire).

Position de l'image hallucinatoire dans le champ visuel :

- **Hallucinations campines :**
  - **périphériques** : apparaissent dans le pourtour du champ visuel ;
  - **centrales** : apparaissent dans la zone maculaire ;
  - **holocampines** : remplissent complètement le champ visuel (comme dans le rêve).
- **Hallucinations extracampines** : sujet ayant la conviction de voir derrière lui (exemple : « Je vois derrière moi mon père »).
- **Hallucinations hémianopsiques** : apparaissent dans un hémi-champ visuel, droit ou gauche ou en quadrant supérieur ou inférieur **(hallucinations quadranopsiques).**

- **Hémihallucinations** : images représentant la moitié des objets.
- **Hallucinations polyopsiques** : images représentant les objets doubles.

Variations dimensionnelles : déformations et modifications spatiales.

- **Déformation des objets hallucinatoires** : visages, parties du corps, silhouettes : dysmorphopsies, métamorphopsies, télescopages, multiplications, perspectives dépravées.
- **Déformations spatiales** (proximité avec les illusions) :

_ **taille :**

macropsie : objets perçus plus grands ;
micropsie : objets perçus plus petits,

distance :

téléopsie : objets perçus comme étant éloignés ;
pélopsie : objets perçus comme rapprochés,

position :

plagiopsie : objets perçus obliques par rapport au plan frontal ;
renversement horizontal ;
vision renversée,

nombre :

- **diplopsie** : objets perçus doubles (le terme diplopie est plus spécifiquement réservé aux domaines neurologiques et ophtalmologiques) ;
- **polyopsie** : objets perçus multipliés,

mouvement :

- **kinétopsie** : objets perçus en mouvement (illusion de mouvement apparent).

relief :

- **dysplatyopsie** : perte de la perception du relief (vision plate) ;
- relief perçu de façon exagérée,

dysmégalopsie :

- disparition des règles de la perspective et de l'organisation de l'espace ;
- **hallucinations lilliputiennes** : images resserrées jusqu'à l'extrêmement petit dans une atmosphère féerique.

- hallucinations gullivériennes : images expansives jusqu'au gigantisme, dans un vécu angoissant.

Structure cinétique de l'imagerie hallucinatoire :

- Imagerie le plus souvent animée comparable à une vision cinématographique.
- Hallucinations tachyopsiques : imagerie animée d'une vitesse accélérée (comme un film en accéléré).
- Cinétique pouvant être empruntée aux mouvements des objets réels, ou pouvant être indépendante en attribuant un mouvement apparent aux objets immobiles.
- Parfois, poursuite visuelle du patient qui suit du regard ses hallucinations.

Formes géométriques et couleurs :

- Phantopsies : imagerie " merveilleuse " constituée par l'apparition de formes esthétiques colorées (étincelles, feux d'artifice, féeries colorées...) et dessinées (spirales, symétries, figures complexes, arabesques...).
- Aspect abstrait des formes géométriques : lignes, courbes, esquisses...
- Logopsies : hallucinations graphiques faites de mots, lettres, sigles.
- Souvent, caractère achromatique des hallucinations visuelles.

Article 3 - Les hallucinations olfactives et gustatives

Rarement agréables : encens, parfums, odeurs envoûtantes.

Souvent nauséabondes : odeurs ou goût de putréfaction, de cadavre, d'excréments, de substances chimiques acres, gaz, essences.

Indéfinissables : odeurs ou goût indicibles, analogies incertaines (goût de sperme, goût de mousse...).

Localisation de l'hallucination : parfois perçue par le patient comme provenant de l'extérieur, d'autres fois émanant de lui-même, comme le goût de putréfaction accompagnant les délires de transformation corporelle.

Liées à la thématique délirante :

- Persécutive (danger : gaz toxiques), empoisonnement.
- Erotique (aphrodisiaques), mystique (envoûtement).
- Conviction d'émettre lui-même une odeur désagréable.

Article 4 - Les hallucinations tactiles (ou haptiques)

Hallucinations superficielles (épidermiques) :

- Sensations de froid ou de chaud, de brûlure, piqûre, humidité.
- Sensations de reptation sur la peau, d'eau qui coule ou ruisselle.
- Parfois, hallucinations tactiles athématiques : prurit, paresthésie.
- Sensations de picotement, fourmillement, pincement hyper- ou hypoesthésie d'une plaque de tégument, etc.

Hallucinations sous-épidermiques (hypodermiques) :

- Zoopathies cutanéo-muqueuses : grouillement sous-cutané localisé dans un espace (main, bras, bouche, pubis...) ou généralisé, constituant alors le syndrome délirant d'Ekbom.

  Le syndrome d'Ekbom, appelé parfois dermatophobie, délire de zoopathie interne ou externe, dermatozoose délirante, est un délire d'infestation cutanée qui se présente dans sa forme principale comme un délire monothématique survenant en période présénile. Le patient décrit des sensations de piqûres, de démangeaisons ou de mouvements, grouillements attribués à l'infestation par les animaux. Il situe cette infestation aussi bien dessus, dessous ou dans la peau. L'atteinte d'organes internes est possible et fait suite au cheminement des parasites au travers du corps. La lutte pour se débarrasser des parasites est autant acharnée qu'inefficace, à l'origine de lésions de grattage avec surinfection.

  Les parasites peuvent être de tout type (poux, mouches, puces, parfois animaux imaginaires qui sont décrits précisément par les patients). Proximité sémiologique avec le délire hypocondriaque.

  Dans ce délire d'infestation parasitaire décrit par Ekbom, le patient sent le grouillement de petits animaux sur la peau. Ce syndrome peut être associé à d'autres troubles psychiatriques notamment des hallucinations tactiles ou visuelles mais parfois il se manifeste de façon isolée. Les femmes sont trois fois plus souvent atteintes que les hommes. Elles ont typiquement plus de 40 ans. Les patients donnent un récit détaillé de leur maladie. Ils montrent des « preuves » au médecin ou à leur entourage : une peau abîmée, des débris de parasites sur la peau ou en cas

d'existence d'hallucinations visuelles ils montrent du doigt le parasite. L'examen de la peau est souvent normal ; on retrouve parfois des traces de démangeaison ou une dermatite liées à l'utilisation d'antiseptiques par le patient qui voulait « nettoyer sa peau ».

Article 5 - Les hallucinations cénesthésiques (corporelles)

Générales : trouble de la conscience de soi caractérisé par le sentiment de n'être plus soi-même. La perception de soi est faussée {*voir* Dépersonnalisation). Exemples : sensation d'être changé en animal (zoopathie), sensation d'être possédé ou dématérialisé.

Partielles :

- **Localisées à un membre** : sensation de transformation, disparition d'un membre.
- **Localisées à un organe ou un viscère :**
  - sensation d'un rat dans le ventre qui mange les intestins ;
  - sensation d'un serpent à la place du cerveau ;
  - sensation d'une langue trop volumineuse qui continue de gonfler ;
  - sensation de la disparition d'un ou plusieurs organes, ou de leur remplacement par des objets inertes (pierres, terre, paille...) ou d'organes morts (cœur arrêté, intestin bouché...) *(voir* Syndrome de Cotard).
- **Sexuelles, génitales :**
  - hallucinations de caresses, d'attouchements, de pénétration anale ou vaginale ; orgasmes hallucinés... Mais vécu angoissant lié à la thématique délirante, par exemple de viol à distance, de castration, etc.

Article 6 - Les hallucinations kinesthésiques ou motrices

Mouvements forcés : force hallucinatoire *(voir* Syndrome d'influence ; Syndrome d'automatisme mental). Le patient subit la force, les pressions, les tractions. « Ils peuvent me faire tomber. » Patient levant son bras avec la sensation qu'une force le lui lève.

Article 7 - Les hallucinations psychomotrices : langage, écriture ou actes automatiques.

Selon la définition psychiatrique classique l'hallucination psychomotrice verbale est la perception d'un acte qui paraît étranger au sujet, lui faisant articuler des mots. Il s'agit tantôt de sensations imposées des mouvements permettant la parole, tantôt de mouvements fins des lèvres et de la langue. Au maximum le sujet parle malgré lui, soit il a seulement conscience de parler sans le vouloir, soit il exprime l'idée d'influence, le sentiment d'obéir à une volonté étrangère à la sienne. On le fait parler, il est forcé contre sa volonté à parler ; les paroles sont mises dans sa bouche par une force extérieure à lui-même, il prononce les paroles qu'il dit entendre « Ils me poussent pour me faire parler comme une mécanique » , « On me remue la langue dans la bouche, elle marche malgré moi », « Je suis obligée de parler ma pensée et je cause toute seule » « Ce sont des paroles muettes qui me viennent par la langue ». Parfois le sujet profère les paroles attribuées par lui à une voix étrangère, une voix qui se fait entendre dans une partie du corps, plus particulièrement dans l'estomac. Il "entend" dans l'estomac et dit ne rien entendre dans les oreilles ni dans la langue ni les lèvres : « Des fois c'est dans l'estomac que ça me prend ». Il émet les paroles qu'il ne reconnaît pas comme siennes.

Ensuite le langage devient mécanique. Le sujet dit qu'il ne comprend les paroles qu'au fur et à mesure qu'elles sont prononcées. Il parle malgré lui, dit des choses qu'il n'a pas voulues. Son appareil phonatoire fonctionne tout seul. « C'est automatique ». Ce n'est pas lui qui parle, ce n'est pas son langage, ce n'est pas sa voix. Il constate que quand il parle et s'entend parler ; la voix qu'émet son appareil phonatoire (c'est pourtant son larynx qui émet les sons) lui est aussi étrangère que celle de ses persécuteurs. Il ressent sa pensée, sa volonté, ses paroles comme venant d'autrui. *On* lui envoie des idées qui sont le contraire de ses propres idées, *on* le fait penser, *on* connaît toutes ses pensées, *on* agit du dehors sur ses idées et ses actes. *On* lui parle, *on* l'insulte, *on* le menace, *on* lui donne des ordres, *on* répète ce qu'il écrit mais ce sont « des voix intérieures », sans son ni timbre. C'est une « voix muette », « une pensée sans bruit ».

Le terme de « voix » est classiquement utilisé clans les descriptions cliniques des XIX[e] et XX[e] siècles 2 mais n'est pas adéquat sur le plan strictement littéral voire même phénoménologique : « ces voix muettes » se font pourtant entendre ! Le sujet « parle ses hallucinations ». Il entend, comme lui venant de l'extérieur, la voix qu'il profère lui-même, qu'il articule lui-même .

Formes Cliniques

Nous considérons ici comme hallucinatoire tout phénomène verbal moteur (du point de vue de l'observateur) ayant pour caractéristique un ou plusieurs des traits suivants :

- élément moteur de caractère verbal, perceptible ou non (rapporté par le sujet) par l'observateur, il y a parfois (mais non pas toujours) phonation (chuchotements, propos audibles). Ces mouvements d'articulation peuvent siéger dans les organes phonateurs ou ailleurs.
- caractère forcé ou imposé, le sujet reconnaît ces mouvements et ces propos comme les siens (mais se sent obligé à parler) ou les attribue à une action étrangère.
- existence d'hallucinations auditives reconnues par le sujet comme venant de l'extérieur (voix qui frappent l'oreille), ici les contenus des hallucinations parlées sont identiques à ceux des hallucinations entendues.

Les hallucinations psychomotrices verbales peuvent se distinguer selon six catégories principales :

1. **hallucinations kinesthésiques verbales** : l'élément moteur (de caractère verbal) prédomine sur l'élément verbal pur. Ce sont tantôt des sensations de mouvements de caractère verbal, localisées par le sujet dans les organes phonateurs (lèvres, bouche, gorge, larynx) ou dans les autres parties du corps (tête, cœur, épigastre, ventre...) tantôt le commencement de mouvements d'articulation perceptible par l'observateur (mouvements des lèvres, le sujet remue la langue). Ce dernier groupe peut se subdiviser selon qu'il y a phonation (mots proférés) ou non. Les mots, s'ils sont articulés, sont indistincts, souvent sous forme de chuchotements à peine audibles.
   a- sensations de mouvements d'articulation : il s'agit des « *voix intérieures* ». Le sujet *sent* une voix plus qu'il ne l'entend. Il y a des sensations de *mouvement.* La voix ne frappe pas

l'oreille. Elle commente ses actes, lui donne des ordres, des conseils. Mais tout au début les paroles peuvent *être athématiques* ; le sujet les trouve insignifiantes, absurdes, bizarres, énigmatiques, il sent qu'il les subit, qu'il ne peut les modifier. On distingue deux groupes de faits selon que ces sensations sont localisées dans l'appareil phonateur ou ailleurs :

- **Sensations de mouvements d'articulation localisées dans l'appareil phonateur** : une des malades de Séglas disait : « J'ai dans la *gorge* une respiration aiguë, et c'est elle qui me donne des idées mélangées ». Quercy rapporte le cas d'un de ses malades qui se disait « muet », on « lui avait supprimé la parole : « Qui est-ce qui parle dans *ma gorge ?*». Le malade écoute en remuant les lèvres « Ce sont des pensées qui me viennent, par la *langue* ». Encore une des malades de Séglas : « C'est une sensation de vide que j'ai dans *le gosier* qui me donne ces mauvaises pensées ». Schreber écrit dans ses mémoires : « Apparition en ma personne du *miracle du hurlement,* au cours duquel ceux de mes muscles qui concourent au mécanisme respiratoire sont mus par le Dieu inférieur (Ariman : le Dieu de l'obscurité, des ténèbres, représentant le mal, dans la mythologie persane, à l'opposé du Dieu de la lumière, Ahura Mazda) en sorte que je suis forcé de pousser des hurlements, pour autant que je ne me suis pas déjà épuisé en efforts pour les réprimer ; à certains moments, ces hurlements se reproduisant de façon violente et à des intervalles si rapprochés que cela me met dans un état à peine supportable ».
- Sensations de mouvements d'articulation localisées dans les organes non phonateurs : Une malade de Séglas, localisait deux voix dans la région du cœur : « Je suis Jésus en vous-lui dit une voix au *cœur* et une autre répond à la même place : tu es ironique ». Une patiente entend des voix qui lui disent qu'il faut mourir, qu'on va la tuer. Ces voix sont très loin : elles partent de « *dessous le sein gauche* ». Un patient de Quercy disait : « Des fois c'est dans *l'estomac* que ça me prend... on me bourre une diction sur l'estomac... C'est là que je les entends ». Il demande l'heure aux voix,« il reçoit la réponse, par *l'estomac en ébullition* ».

b- commencement de mouvements d'articulation : les mouvements d'articulation sont ici perceptibles par l'observateur ; ces mouvements ne s'accompagnent pas toujours de phonation. Il y a parfois des sons isolés, des murmures, des chuchotements, des mots indistincts à peine audibles. Un patient halluciné remue les lèvres pendant qu'il formule mentalement les paroles des voix qu'il entend) qu'il veut faire parvenir au médecin. Lorsqu'on essaye de saisir le sens de cette parole chuchotée, on distingue peu de chose, des mots ou des phrases courtes, stéréotypés : « on va te tuer », par exemple.

2. **Elocutions impulsives** : émission incoercible de *mots* ou de *phrases* bizarres, souvent des propos orduriers (coprolalie), parfois dépourvus de sens. Les mots et les phrases sont prononcés par le sujet malgré lui. Tantôt il est obligé de répéter les mots (souvent orduriers) qu'il entend lui-même, tantôt il est forcé d'articuler des mots qu'il ne voudrait pas prononcer. Il s'agit d'une véritable impulsion verbale.
3. **Paroles imposées** : ce sont des actes de langage accomplis par le sujet qui ne s'en reconnaît pas responsable. Ils échappent à son contrôle, se font malgré lui. Il se sent obligé de parler, de dire des choses qui ne viennent pas de lui. Les paroles peuvent être injurieuses, grandiloquentes, coprolaliques, mystiques, hermétiques ou totalement incohérentes. C'est un phénomène forcé. Il y a incoercibilité du langage. Parfois le sujet « parle ses hallucinations ». Un patient dit : « Je me suis d'abord rendu compte que je remuais les lèvres en écoutant, et même que je disais tout ce que j'entendais... je causais tout bas et j'entendais tout haut ». Un autre patient parlait lui-même tout haut et prétendait ensuite que c'était une voix qu'il entendait. Il arrive parfois que le sujet prend la voix d'un animal. C'est le cas de possession par animal ou zoanthropie.
4. **monologues (soliloquie) et dialogues avec les interlocuteurs invisibles** : ce sont les sujets qui parlent tout seuls, « pensent tout haut ». Ils font fréquemment les questions et les réponses. Ces phénomènes font partie des hallucinations psychomotrices verbales lorsque le sujet est convaincu que quelqu'un lui parle ainsi et qu'il est forcé de parler.

5. **langage mécanique** : il y *création verbale* selon un mode *automatique* basée sur un certain savoir verbal fait de souvenirs auditifs. Le sujet est convaincu de *l'origine extérieure* de ses paroles. Ce sont des séries de syllabes auxquelles le sujet accorde un *sens secret* (bien que parfois il ne leur accorde aucun sens). On distingue trois groupes :
   - **Glossolalie** : c'est un langage inventé avec son vocabulaire et des éléments de syntaxe. Il est ressemblant (phonétiquement) à la langue maternelle du sujet ou une autre langue connue de lui, les mots sont néoformés. C'est un langage nouveau, incompréhensible, propre au malade, composé de néologismes auquels le malade attache un sens. Mais parfois il est dépourvu de toute signification pour le malade lui-même. C'est la *glossolalie par jeu verbal,* ou la *glossolalie syllabique* ou la *glossomanie,* constituée par une succession d'associations verbales par assonance, rythmés, dépourvus de sens et de structure grammaticale imitant d'une façon plus ou moins grossière les langues étrangères .
   - **Néologismes amorphes** : séquelles de syllabes dépourvues de sens ou d'analogie phonétique avec d'autres langues. C'est une fabrication de mots inexistants. Certains mots sont usuels mais défigurés ou détournés de leur sens habituel.

     Schizophasie et salade de mots : emploi de mots habituels groupés de façon inhabituelle, c'est un langage hermétique doté d'une symbolique personnelle, incompréhensible pour l'auditeur. Au maximum se constitue la salade de mots : le langage est composé de mots sans valeur sémantique ni lien grammatical, c'est une juxtaposition de mots quelconques à l'origine d'une incohérence du discours.
6. **rires et pleurs forcés** : phénomène d'influence portant sur l'émission de sons de lamentations, de pleurs ou de rires : « On me fait rire malgré moi », « Ils peuvent me faire pleurer quand ils veulent sans que j'éprouve de tristesse », « On me force à rire même quand je suis triste » .

1. **Hallucinations kinesthésiques verbales.**	**Sensations de Mouvements d'articulation, localisées dans l'appareil phonateur, localisées dans les organes non phonateurs.** **Commencement de mouvements d'articulation.**
2. Elocutions impulsives.	
3. Paroles imposées.	
4. **Monologues (soliloquie) et dialogues avec des interlocuteurs invisibles.**	**Glossolalie.** **Néologismes amorphes.** **Schizophasie, salade de mots.**
5. Langage mécanique.	
6. **Rires et pleurs imposés.**	

- HALLUCINATIONS PSYCHOMOTRICES VERBALES -

Chapitre 3. Les hallucinations psychiques

Perceptions sans objet, caractérisées par l'absence de caractère sensoriel, à la différence des hallucinations psychosensorielles qui impliquent un ou plusieurs organes sensoriels.
Ces phénomènes sont liés à la conviction délirante d'un pouvoir extérieur sur le processus de pensée, constituant au final un syndrome d'influence, de compénétration de pensée et s'intégrant dans l'automatisme mental.

Les hallucinations psychiques étaient autrefois appelées pseudo-hallucinations, ou hallucinations abstraites, hallucinations aperceptives.

La valeur sémiologique de ce type d'activité hallucinatoire concerne principalement le registre psycho-verbal. Les hallucinations psychiques visuelles sont constituées surtout d'images floues, à peine distinctes de celles de l'introspection et se présentant avec une sorte d'incoercibilité. Parfois ces pseudo-hallucinations visuelles sont riches et vivaces, sortes de rêveries ou de scènes intenses, d'autres fois le patient voit les yeux fermés des lettres, des mots, des phrases (pseudo-hallucinations visuelles littérales). L'halluciné a l'impression de vivre des scènes imaginaires, des visions intérieures, des souvenirs mais sans maîtrise d'évocation, il les subit.

Article 1 - Les hallucinations psycho-verbales

Synonyme : hallucinations psychiques verbales.

Voix " intérieures " : perçues à l'intérieur de soi, étrangères aux organes des sens.

Absence de sensorialité :

- **Voix intérieures non perçues** dans l'espace objectif.
- **Non perçues** non plus avec les **attributs de la sonorité** propre aux sensations auditives.
- **Voix sans tonalité, voix muette** : peut se comparer avec sa propre pensée que l'on perçoit comme sa propre voix intérieure mais sans pouvoir affirmer sa localisation ni sa sonorité (pas de timbre de voix), ni même son contenu (car on ne peut affirmer que le contenu d'une idée à la fois).
- **Perceptions purement intellectuelles,** ayant leur point de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et qui sont souvent assimilées à tort, par les malades, aux perceptions sensorielles.

Absence de subjectivité :

- **Impression** du patient halluciné de **ne pas être lui-même** l'auteur du discours intérieur qu'il entend : il relie ce vécu à l'idée d'extériorité, impression de pensées forcées, d'idées imposées.
- **Pensée xénopathique** : activités psychiques ressenties comme étrangères, faisant une irruption mystérieuse et hostile au niveau de la conscience. Le sujet halluciné s'exprime souvent en termes de " pensées exogènes ", " pensées extérieures ", " pensées dictées ". Attribution de ces phénomènes à un pouvoir extérieur auquel le sujet ne peut s'opposer, aboutissant au syndrome d'influence.

Article 2 - Les phénomènes élémentaires et automatisme mental

Syndrome hallucinatoire : décrit par G. de Clérambault, il associe plusieurs types de phénomènes dits élémentaires constituant le petit automatisme mental ". Il s'agit d'hallucinations psychiques caractérisées par le vécu d'extranéité, l'impression de désappropriation de sa pensée.

Ces phénomènes sont décrits à " Automatisme mental ".

Chapitre 4. L'automatisme mental

Syndrome hallucinatoire, décrit par G. de Clérambault, caractérisé par le fonctionnement automatique, spontané et dissident d'une partie de l'activité psychique. Ce syndrome entraîne la conviction délirante que le patient n'est plus maître de sa volonté et qu'il est influencé par une force étrangère et extérieure qui contrôle toute son activité psychique en dirigeant ses actes, sa pensée, ses perceptions. Ce syndrome apparaît en premier sous la forme de phénomènes subtils, abstraits et étrangers dits " phénomènes élémentaires " (petit automatisme mental), puis se complète progressivement par des hallucinations psychosensorielles et psychomotrices (grand automatisme mental) et évolue vers le syndrome d'influence.

Article 1 - Le petit automatisme mental

Correspond à un trouble élémentaire du cours de la pensée et du langage intérieur à l'origine de phénomènes élémentaires constituant le syndrome de passivité.

1.1 - Phénomènes " subtils " ou élémentaires

- **anidéisme sensitif et sensoriel** : images surgissant subitement sans rapport avec la pensée du sujet, sans charge émotionnelle, souvent fragmentaires, malgré le sujet, non voulues, non senties, maintien et rappel impossibles (idéorrhée visuelle), parfois série auditive avec jeux verbaux parcellaires, les non-sens, dévidage muet des souvenirs. Étrangeté des gens et des choses, perception perpétuelle de ressemblance (déjà vu, déjà vécu), fausses reconnaissances, velléités absurdes, émotions sans objet.
- **Flux incessant de l'imagerie mentale** : plus rapide que la succession des pensées synthétiques qui sont la pensée claire normale. Cette idéorrhée est vécue passivement.
- **Dévidage muet des souvenirs** : éléments idéiques, représentatifs et affectifs que le sujet subit passivement. Le mentisme xénopathique est un dévidement pénible et angoissant d'idées et de pensées stériles ressenties comme étrangères. L'ecmnésie est la réminiscence intense de situations passées prises pour le présent (Hallucinations du passé).

- Émancipation **des** abstraits : hallucination abstraite, la pensée s'émancipe sous forme soit indifférenciée, soit totalement muette.
- Interférence **et** parasitisme **de la pensée** : pensée se substituant à la pensée en cours, sujet n'ayant dans l'esprit que des commencements de pensées.
- **Passage d'une pensée** invisible : reconnaissance anticipée d'un objet associée à un oubli. Le sujet croit à l'imminence d'une pensée qu'il reconnaît sans pouvoir encore la définir. C'est la perception de l'ombre d'un objet qui vient de passer ; pensée évanescente.
- **Fausses** reconnaissances : ressemblances étranges.
- Disparition **de** pensées, oublis : le patient pense à tel objet, l'objet de la pensée disparaît et il ne sait plus à quoi il pensait.
- Arrêts **de la pensée** : vide de la pensée.
- Aprosexie : incapacité de se concentrer, souvent liée à l'idéorrhée. Parfois tout effort d'attention a pour résultat de multiplier la dispersion de la pensée et d'augmenter les phénomènes élémentaires.
- Perplexité : sentiment d'étrangeté de la pensée.
- Velléités abstraites, inconséquentes.
- Impulsions verbales **et jeux** verbaux parcellaires : mots explosifs, mots déformés, kyrielles de mots, jeux syllabiques variés, intonations bizarres, scies verbales, phrases absurdes, psittacisme (répétition de mots et phrases dont le sens échappe au sujet, à la manière d'un perroquet).

Caractères communs **de ces** phénomènes élémentaires :

- Absence **de** sensorialité : les éprouvés ne sont pas objectivables par les sens (***voir*** Hallucinations psychiques).
- Neutralité affective : le sujet est souvent passif.
- Phénomènes anidéiques **et** athématiques : c'est-à-dire perceptions hallucinatoires sans idées délirantes ni thèmes délirants.

1.2 - L'écho de la pensée

Phénomène hallucinatoire essentiel dont la forme va de l'hallucination psychique à l'hallucination psychosensorielle (acousticoverbale) et même psychomotrice, à des degrés divers et parfois simultanément.

On peut donc distinguer :

- Écho de **la** pensée obscure : il correspond à une activité hallucinatoire psychique. Il s'agit plus d'une conviction du devinement de la pensée ou d'un vol de la pensée que du véritable écho. Le patient peut avoir aussi le sentiment de deviner la pensée des autres : « On devine ma pensée » ; « Je devine tout » ; « Ils volent ma pensée. »
- Écho de **la** pensée claire : il correspond à des hallucinations psychosensorielles. Le phénomène est perçu nettement sur le plan sensoriel, le patient entend sa pensée en écho : « On répète ma pensée ».
- Écho parfois anticipé : la pensée est devancée ; le patient a la conviction d'entendre à l'avance ce qu'il va inéluctablement penser ; il est en quelque sorte dépossédé de sa propre pensée qui n'est que la répétition de ce qui est dit ou dicté par d'autres. « Ils trouvent avant moi le nom des choses » ; « Ils savent avant moi ce que je vais penser ou faire et ils le disent ».

L'écho n'est pas toujours une stricte répétition : il peut s'associer à des modifications de la pensée. Il peut être perçu sous forme de :

- Interpellations, constats.
- Énonciation des actes : ce qu'il fait est dit au fur et à mesure ; il entend ce qu'il fait, ce qu'il doit faire. Chacun de ses actes est perçu comme étant parlé.
- Énonciation des intentions : écho de la pensée naissante.
- Commentaire des actes : sous la forme critique, flatteuse ou injurieuse. Les injures et insultes sont fréquentes, le patient entend souvent des mots orduriers qu'il n'ose pas répéter de vive voix.
- Commentaire de **la** pensée.
- Écho de **la** lecture ou de l'écriture : ils sont parfois anticipés. Le patient entend ce qu'il lit, il est dépossédé de sa propre voix intérieure et parfois de la compréhension de la lecture, « c'est l'autre qui comprend ce qu'il lit ».

Formulations : peuvent être athématiques ou thématiques, en rapport avec la construction délirante (thèmes du délire).

Article 2 - Le grand automatisme mental

Triple automatisme, les phénomènes hallucinatoires sont d'ordre :

- Idéique et idéoverbal : phénomènes élémentaires du petit automatisme ; écho de la pensée (voir ***supra).***

- **Moteur** : mouvements parasites, sensations de déplacements imposés : « Ils peuvent me pousser, me faire tomber » ; « Ils me font lever les bras ». Paroles imposées ou empêchées par une force perçue comme extérieure, impulsions motrices, tics, inhibitions motrices.
- **Sensitif et sensoriel** : hallucinations psychosensorielles olfactives, gustatives, visuelles, tactiles et cénesthésiques.

Formulations thématiques : dans un contexte de vécu persécutif, hostile. Construction délirante souvent dans le sens du syndrome d'influence.

Chapite 5. Les troubles de la conscience de soi et du vécu corporel

La conscience de soi peut être altérée par l'existence de troubles instrumentaux (troubles des fonctions symboliques) tels que les troubles du schéma corporel, ou dans le cadre de nombreux syndromes psychiatriques pouvant se traduire par un trouble de la perception de sa propre personne, de l'existence intime de soi-même et de ses limites, de l'identification de soi et de l'autre, de sa propre réalité...

Article 1 - Les troubles du schéma corporel

La **somatognosie** correspond à la perception par un individu des caractéristiques spatiales de son propre corps. Il s'agit d'une perception consciente, limitée, structurée et construite à partir des informations sensorielles passées et présentes, grâce à l'intégration des stimuli somesthésiques, visuels, auditifs, vestibulaires et situationnels ***(voir*** Agnosie).

Asomatognosie ou hémiasomatognosie : parfois consciente, le malade peut alors indiquer que la perception d'un hémicorps est perdue ou anormale. Plus souvent inconsciente, le malade se comporte alors comme si tout un hémicorps n'existait plus ; il ne reconnaît pas les segments corporels comme lui appartenant.

Anosognosie pour une hémiplégie (syndrome d'Anton-Babinski) : le malade n'a pas conscience de son hémiplégie et la nie lorsqu'on la lui fait remarquer. Il peut recourir à des fabulations pour argumenter ses dénégations.

Proximité sémiologique avec **l'anosodiaphorie** qui est une simple indifférence au déficit hémiplégique.

Syndrome de Gerstmann : associe agnosie digitale, acalculie, confusion droite-gauche et agraphie.

Autotopoagnosie : impossibilité de localiser ou de dénommer les différentes parties de son corps ou de celui de l'examinateur.

Asymbolie à **la douleur** : réaction insuffisante, absente ou inappropriée aux stimuli nocifs. Alors que les sensations élémentaires sont normales, le comportement du patient révèle qu'il n'attache aucune signification aux stimulations douloureuses.

Hallucinations ou illusions corporelles : le membre peut être ressenti comme très léger, aérien ***(hyposchematia)*** ou peut être ressenti comme lourd et gros ***(hyperschematia)*** ; sensation de transformation ou de déplacement corporel ; sentiment d'absence d'un membre ou d'un hémicorps ; perception d'un membre surnuméraire et doué de mobilité ; modification soudaine de la forme, de la taille, du volume d'une partie du corps (syndrome d'Alice au pays des merveilles).

Sensation de " membre-fantôme " : illusion fréquente chez les amputés, caractérisée par l'impression d'avoir encore le membre qui a pourtant été amputé et dont les afférences sensitives ont été interrompues, le membre absent étant le point de départ de sensations douloureuses ou non. Cette conviction illusionnelle de la permanence du membre est associée à la sensation que le membre empreinte une posture déterminée par rapport au corps et l'impression d'un mouvement ou de l'appui.

Cénestopathies : trouble de la sensibilité profonde, se traduisant par des sensations étranges, pénibles plus que douloureuses, des impressions de modification des formes, des volumes, des consistances des parties situées à l'intérieur du corps et faisant l'objet d'une description sans rapport avec la réalité anatomique. Dans ce cadre on décrit des hallucinations cénesthésiques intéressant la sensibilité interne ; par exemple : conviction d'un cœur ne battant plus, d'un estomac en pierre, d'un animal se déplaçant à l'intérieur de son thorax, etc.

Article 2 - La dépersonnalisation

Trouble de la conscience de soi caractérisé par le sentiment de n'être plus soi-même. Ce vécu angoissant et pénible peut concerner sa propre intégrité psychique (désanimation), corporelle (désincarnation), ou constituer une perte du sentiment de réalité et de familiarité (déréalisation) ***(voir*** Dépersonnalisation).

Article 3 - L'hypocondrie

Estimation péjorative de l'état d'intégrité ou de santé de son corps. Les manifestations peuvent être sous la forme de cénesthopathie simple ou de préoccupations obsédantes ou anxieuses, ou peuvent relever parfois d'une thématique délirante ***(voir*** Syndrome hypocondriaque).

Article 4 - La dysmorphophobie

Préoccupations morbides concernant l'apparence corporelle. Conviction de disgrâces corporelles, douloureuses, angoissantes à l'origine d'une appréciation fausse et péjorative de l'image d'une partie ou de l'ensemble de son corps.

La préoccupation obsédante de la dysmorphophobie ou dysmorphesthésie porte sur un aspect du corps (taille, pilosité, forme du nez, oreille...) que le sujet estime laid et inacceptable. Elle entraîne une demande de soins et de chirurgie esthétique.

Les parties corporelles le plus souvent concernées sont le visage, notamment le nez, le menton, les mâchoires, les oreilles mais aussi le poids et les seins chez la femme, la taille et le sexe chez l'homme.

Les symptômes associés sont fréquemment : des difficultés relationnelles, une tendance à l'évitement des contacts sociaux, le repli sur soi, l'isolement, l'anxiété, une tendance dépressive avec péjoration du présent et de l'avenir, autodépréciation, sentiment de honte, sentiment d'hostilité et de malveillance.

Article 5 - Le vécu délirant

Troubles du vécu corporel pouvant être liés aux troubles de la perception d'un syndrome délirant. Les hallucinations psychosensorielles, en particulier visuelles et cénesthésiques, peuvent participer à la conviction délirante de transformation corporelle, déformation, anéantissement, éclatement, dépossession, etc.

La thématique délirante peut aussi être en rapport avec l'altération du vécu corporel : par exemple les thèmes de négation d'organe et les thèmes d'énormité dans le syndrome de Cotard du mélancolique. Le thème des sosies. Le sentiment du dédoublement exprimé par le sentiment d'être un spectacle pour soi-même parfois associé aux hallucinations héautoscopiques (vision du double), etc.

Article 6 - Le vécu dissociatif

Syndrome de dissociation relevant de la perte de l'unité du Moi, qui s'éprouve alors comme scindé, divisé, disloqué et non plus comme instance unificatrice de la personne. Ce syndrome est souvent à l'origine d'une angoisse dite de morcellement, pouvant se révéler par la dépersonnalisation. Dans ce cas l'angoisse de séparation, de néantisation, de morcellement est particulièrement intense et peut conduire à des gestes et des attitudes témoignant du vécu morcelé, comme par exemple les longues stations devant la glace (signe du miroir) où la vision de son image dans le miroir a valeur de réassurance confirmant d'une certaine façon son unité perdue. De la même façon, le doute sur la cohésion des limites corporelles, l'impression de transformation de parties de son corps sont à l'origine de vérification itératives par la vue, le palpé, ou la demande de réassurance à un tiers.

Les troubles du vécu corporel peuvent se révéler dans le propos du patient, par exemple une patiente dissociée exprimant des idées suicidaires en ces termes : « Je vais me tirer une balle dans le dos. »

Chapitre 6. La dépersonnalisation

Syndrome clinique complexe lié au sentiment éprouvé par certains sujets de n'être plus eux-mêmes. Ce trouble de la conscience de soi est souvent décrit par le patient de façon métaphorique ou analogique (" comme si ", " sentiment ou impression de ").
Il ne s'agit pas d'un syndrome délirant : le dépersonnalisé est lucide, il vit cette expérience ineffable dans un état d'angoisse, de ressenti pénible ; il a conscience de son trouble ; seule la qualité de sa perception est perturbée.

On distingue trois types de dépersonnalisation (la déréalisation, la désanimation, la désincarnation) souvent étroitement intriqués et liés au sentiment d'irréalité de soi-même.

Article 1 - La déréalisation

Perte des sentiments de réalité et de familiarité.

Sentiments de séparation, d'éloignement, d'étrangeté de la réalité.

Choses paraissant artificielles, factices.

Personnes perçues comme bizarres, déformées, étranges par leur taille ou tout autre caractère.

Modification des rapports dans l'espace et l'orientation :

- Sentiment que les objets perdent leurs rapports réciproques, leur place relative.
- Sentiment d'être perdu dans l'espace.
- Impression de ne plus rien reconnaître.

Sentiment d'une perturbation dans la perception subjective du temps :

- Perte de la sensation du temps qui s'écoule (le temps est figé).
- Sentiment de ne plus vivre au rythme du monde.

Sentiments de déjà vu, déjà vécu, déjà entendu, illusions de fausses reconnaissances.

Sentiment de n'avoir jamais vécu une situation familière.

Article 2 - La désanimation

Sentiment d'étrangeté de soi :

- Sentiment de ne plus être soi-même.
- Sentiment de perdre sa personnalité, son identité, de se transformer en autre que soi.

Sentiment de transformation de soi :

- Sentiment de vide intérieur.
- Sentiment d'automatisme, de perte de la volonté, de perte de sa propre liberté, de gêne, d'indécision dans l'action.
- Sentiment d'irréalité des souvenirs, des idées.
- Sentiment de transformation de l'affectivité, de dévalorisation.

Sentiment de dédoublement :
- Sentiment d'être spectateur de soi-même.
- Proximité sémiologique avec l'héautoscopie (hallucination du double), l'automatisme mental.

Sentiment du néant, d'anéantissement psychique :
- Impression d'être à la fois mort et vivant.
- Sentiment de vide, d'une baisse de l'intensité de la vie, d'une perte de l'énergie vitale.

Article 3 - La désincarnation (décorporéisation)

Sentiment d'atteinte de l'intégrité corporelle :
- Sensation d'une pesanteur majorée de son corps propre ou au contraire d'être immatériel, sans poids.
- Sensation de modifications de densité, de volume (corps dilaté ou rétréci) ou de forme de son corps.
- Sensation d'une séparation entre la personne et son enveloppe corporelle (« Je flotte dans moi »).

Localisation prédominantes de l'éprouvé :
- Cœur : « Il ne bat plus, il est rétréci. »
- Cerveau : « Il est changé, vide, éclaté. »
- Intestins : « Ils sont noués, bouchés, rétrécis. »
- Visages et regard : le visage n'est plus reconnu dans le miroir.

A minima : sensation de vertige, fatigue, épuisement.

A distinguer de :
- Hypocondrie, cénestopathie : il n'a pas de doute de l'existence de son corps, de ses limites, de son appartenance.
- Délire de négation (syndrome de Cotard) : le patient vit sans angoisse dans un état de mort éprouvé.
- Asomatognosie (voir ce mot).

1. déréalisation	**perte du sentiment de réalité et de familiarité** **sentiment d'étrangeté, de déjà vu ou déjà vécu**
2. désanimation	**sentiment d'étrangeté de soi** **sentiment de dédoublement** **sentiment d'anéantissement psychique**
3. désincarnation	**sentiment d'atteinte de l'intégrité corporelle**

- DÉPERSONNALISATION : LES TROIS ASPECTS -

Chapitre 7. Le syndrome hypocondriaque

Préoccupations exagérées sur l'état de santé physique ou psychique, sur le fonctionnement de divers organes ou le sentiment d'être atteint d'une maladie plus ou moins grave en rapport avec certaines sensations subjectives ou signes physiques que le patient juge anormaux.

A la base de l'idée hypocondriaque il peut exister un trouble réel du fonctionnement d'un organe ou une anomalie minime qui ne peuvent expliquer la préoccupation exagérée et constante du patient. Le plus souvent l'examen clinique et le bilan paraclinique sont normaux. Parfois l'hypocondriaque multiplie les consultations auprès de différents médecins et va même jusqu'à se faire opérer.

La plainte hypocondriaque peut se manifester sous différentes formes :

Malaise vague, crainte très vague d'altération de l'état général, sensations somatiques ineffables que le patient juge anormales.

Symptômes précis, crainte d'une maladie souvent incurable.

Délire hypocondriaque, une conviction inébranlable d'être atteint d'une maladie souvent invraisemblable, symptômes bizarres.

Idées hypocondriaques dans le cadre d'un délire de persécution et de revendication : passages à l'acte, multiples procédures juridiques.

Passage à l'acte suicidaire ou homicide : certains hypocondriaques deviennent souvent des persécuteurs à l'égard des médecins qui les ont soignés ; l'hostilité associée à la conviction délirante peut être à l'origine de meurtres.

Article 1 - Les formes sémiologiques de l'hypocondrie

Formes non délirantes : les manifestations de l'hypocondrie ne s'intègrent pas, dans ce cas, dans une construction délirante centrée sur des mécanismes et des thèmes ***(voir*** Délire). L'expression des préoccupations hypocondriaques est nettement en rapport avec l'anxiété, l'humeur et les éventuels troubles de la personnalité.

Cette forme non délirante est appelée **petite** hypocondrie ***(hypocondria minor)*** : simple préoccupation exagérée et sans fondement sur son propre état de santé. Il s'agit plutôt d'une crainte que d'une conviction d'être malade. Le patient est accessible au raisonnement, au moins pour un temps. Il peut être temporairement rassuré par une consultation médicale, un examen somatique méticuleux ou un bilan complet.

Il existe deux formes de petite hypocondrie :

- Préoccupations hypocondriaques : prédominance de l'anxiété comme symptôme primitif et principal. Il s'agit d'une anxiété à caractère obsédant, centrée sur une partie du corps, un organe, une fonction (appareil digestif, digestion, appareil cardio-vasculaire, palpitations, respiration, troubles du transit...) ou souvent une maladie incurable (cancer, sida). Le patient terrorisé par l'idée d'être malade consulte les médecins, lit des ouvrages médicaux, emploie les termes médicaux afin d'expliquer ses symptômes. Les plaintes algiques sont fréquentes : céphalées, lombalgies... Parfois l'objet de la préoccupation est mobile. Les symptômes peuvent être déclenchés après une lecture ou par la constatation d'une sensation jugée maladive qui attire l'attention du sujet et le conduit à s'analyser. Les préoccupations portent autant sur les causes, la nature, les conséquences des sensations diverses éprouvées par le sujet.
- Troubles cénesthopathiques : il s'agit d'une " altération de la tonalité normale de la sensibilité psychique de certains territoires organiques " (Dupré). Les cénesthopathies (algiques ou paresthésiques) sont des sensations étranges, souvent indéfinissables, pénibles, constantes et inquiétantes, variables, plus marquées au réveil et moins intenses en fin d'après-midi. Ces symptômes cénesthopathiques peuvent être des :
  - sensations de modifications de la taille, de la forme, du poids, de la température de parties du corps ; sensations d'élargissement, de rétrécissement, gonflement, aplatissement, déplacement...
  - sensations de corps étrangers.
  - impressions de gaz, circulation de courant électrique.
  - craquements, crépitations, battements, bouillonnements, serrements.
  - symptômes de nature sensitive ou sensorielle : algies, prurit, hyperesthésie cutanée.

- symptômes de nature motrice : tremblements, tics, crampes, spasmes.
- vertiges, céphalées.

Cette hypocondrie non délirante est vécue le plus souvent comme un sentiment général de malaise avec des sensations algiques ou paresthésiques corporelles et viscérales, des préoccupations accaparantes, une crainte permanente pour la santé. La verbalisation abondante, l'inquiétude associée à un sentiment d'asthénie, et la monopolisation de la pensée et du comportement par cette préoccupation peuvent être à l'origine de plaintes permanentes innombrables, de régimes alimentaires, de précautions d'hygiène et de protection contre le froid, les courants d'air, pouvant aller à l'extrême jusqu'à la semi-claustration, voire l'alitement complet.

Formes délirantes : la thématique hypocondriaque associée à une conviction inébranlable peut être sous-tendue par des mécanismes interprétatifs imaginatifs, hallucinatoires et parfois intuitifs. Le délire hypocondriaque ou **grande hypocondrie** ***(hypocondria major)*** se traduit par une conviction résistante aux arguments et aux preuves. Dans les délires paranoïdes, l'idée délirante exprime le plus souvent un mauvais fonctionnement, une désorganisation du corps, non reconnus comme une maladie naturelle mais attribués à une influence xénopathique malveillante. Il s'agit alors d'idées délirantes de maladie mystérieuse, des idées de négation, de destruction d'organes (syndrome de Cotard). Parfois la croyance à la possession diabolique, à l'introduction de personnes ou d'animaux dans l'organisme, de substitution de corps...

Dans les délires paranoïaques l'idée délirante est souvent vécue comme un préjudice et s'associe à une sthénicité revendiquante (sinistrose délirante).

Les principaux thèmes des délires hypocondriaques sont :

- **Préjudice corporel** : il s'agit le plus souvent d'un délire de revendication basé sur des interprétations reposant sur la conviction d'un préjudice corporel subi. Le thème de cette sinistrose délirante est centré sur la réparation de ce préjudice corporel. Ce type de délire dit paranoïaque survient après un accident de travail, un traumatisme sur la voie publique, une intervention chirurgicale, des soins médicaux. L'évolution se fait souvent vers la multiplication des procédures, contre-expertises, recours, etc.

- Transformations corporelles :
  - Conviction délirante d'une altération, d'une gêne, d'absence d'organe ou de fonction (idées de négation) :
    - **négation d'organe** : croyance à l'obstruction, au non-fonctionnement et même à l'inexistence d'organes. Le malade dit ne plus avoir d'œsophage, d'intestins ; avoir les intestins bouchés, n'avoir plus de pouls ni de cœur... Parfois le patient dit qu'il est mort ; il nie l'exercice des fonctions naturelles ou il prétend qu'il n'urine plus, ne défèque plus, cesse de manger... ;
    - **idées d'énormité** : idées délirantes absurdes par l'ampleur et la monstruosité des faits allégués par le patient ;
    - **idées de petitesse** (micromanie de Seglas) ;
    - **idées d'immortalité malheureuse**, c'est-à-dire la condamnation à ne jamais mourir.
  - **idées de changement de substance** : cœur en caoutchouc, en bois, en pierre ; les os en bois ou en verre...
  - **métamorphose** : délire de transformation corporelle en animal (zoanthropie), en verre, en pierre... ; est appelé délire métabolique.

La lycanthropie désigne la conviction délirante d'être transformé en animal le plus souvent en loup (cette thématique délirante est rare aujourd'hui mais s'observe encore).

- **Possession, zoopathie, grossesse** : conviction délirante de l'habitation charnelle du malade par un autre être : par des animaux comme des chiens ou des chevaux (zoopathie), lycanthropie ; par le diable (délire démoniaque) ; ou idée délirante de grossesse pouvant aussi se rencontrer chez les hommes. Conviction délirante d'être enceinte d'un ou plusieurs enfants ou parfois d'êtres non humains (animaux, êtres surnaturels...). La conviction délirante peut durer des années.
- **Agressions corporelles** : le malade se sent comme une victime d'une action extérieure persécutrice : courant électrique, brûlures, sensations génitales à type de viol à distance ou d'agressions sexuelles. Ces sensations peuvent concerner la sensibilité superficielle comme la sensibilité profonde, le patient décrit des phénomènes qu'il situe au niveau des viscères ou de n'importe quelle partie du corps et qu'il éprouve comme douloureux, nuisibles. Le patient peut se plaindre d'éprouver des pressions, des serrements,

des sensations de chaleur, des piqûres, des électrocutions... Il les attribue à des rayons ou des appareils qui agissent à distance lui envoyant des fluides, des ondes.

- **Idées de persécution** : elles sont nombreuses et peuvent être sous-tendues par un ou plusieurs mécanismes délirants. Par exemple, des idées d'empoisonnement à partir de sensations suivant l'absorption d'une boisson ou d'un aliment : il peut s'agir alors d'interprétations endogènes ou d'hallucinations cénesthésiques ou gustatives ou de mécanismes imaginatifs.

Article 2 - La proximité sémiologique de l'hypocondrie

De très nombreux symptômes, en psychiatrie, sont des expressions différentes de préoccupations corporelles s'intégrant dans divers syndromes et entités pathologiques.

Nosophobie : crainte obsédante d'être atteint d'une maladie (maladie sexuelle, cancer, sida...). Il peut s'agir d'une phobie classique : phobie des maladies, phobie des microbes.
Il peut s'agir aussi d'une obsession phobique et s'associer à des rituels de lavage, des comportements d'évitement, des compulsions à valeur conjuratoire... Le plus souvent, le patient est conscient de la nature absurde de ses craintes.

Il peut s'agir d'une conviction délirante d'incurabilité ; d'une thématique de délire de négation : le malade se sent pourri, contagieux, est convaincu d'avoir les intestins bouchés, de ne plus pouvoir aller à la selle, de sentir de mauvaises odeurs...
La plainte hypocondriaque porte parfois sur le fonctionnement psychique : n'avoir plus de pensée, avoir la tête vide... Le thème nosophobique est fréquent dans les délires paranoïdes, sous-tendu là aussi par les mécanismes imaginatif, intuitif, interprétatif et aussi hallucinatoire (par exemple : conviction de parasitisme viscéral).
Dysmorphophobie : phobie atypique caractérisée par une préoccupation obsédante portant sur un aspect du corps (la taille, la pilosité, la forme du nez, des oreilles) que le sujet estime laid et inacceptable. Cette conviction entraîne une demande de soins et de chirurgie esthétique. Cette certitude douloureuse de difformité peut concerner une partie localisée du corps ou être généralisée.

Syn drome de dépersonnalisation ***(voir*** Troubles de la perception) : ce trouble de la conscience de soi, caractérisé par le sentiment de n'être plus soi-même, peut s'exprimer par des préoccupations corporelles, en particulier dans la désincarnation où le sentiment d'étrangeté concerne l'intégrité physique du sujet : le corps paraît étranger, différent, comme celui d'un automate, d'une marionnette.

Syndrome de conversion : malgré la " belle indifférence " du sujet à l'égard de ses symptômes conversifs, un certain nombre de préoccupations corporelles sont cependant exprimées en rapport avec la topographie du symptôme et la fonction ou l'organe concerné. Parfois des préoccupations hypocondriaques coexistent avec le symptôme de conversion sans pour autant le concerner.

Chapitre 8. Les troubles de l'éprouvé temporel

Le temps est altéré dans toutes les maladies mentales, mais il n'existe pas une maladie spécifique du temps où la seule fonction temporelle serait perturbée.

La nation de temps est complexe. La révolution kantienne situe le temps comme l'une des deux formes ***a priori*** de l'expérience sensible. Ainsi, le temps quitte le cadre de la physique pour être incorporé dans celui de la conscience.

Le temps vécu est multiple, objectif et subjectif, physiologique et psychologique, conscient et inconscient, insaisissable et pourtant mesurable...

Ce vécu peut être altéré et se traduire des façons les plus diverses en fonction des différentes pathologies psychiatriques.

Arrêt du temps, rétroactivité du temps : sentiments de décalage par rapport au devenir ambiant, sensation de rejet vers un passé dont la présence se fait implacable et irréparable, hyperinvestissement du temps par un passé rétréci et densifié, enlisement du devenir dans un sentiment de " trop tard ".

Ces altérations du vécu de la durée s'observent le plus souvent dans le syndrome mélancolique.

Subduction dans le temps : absence totale de déploiement dans le temps, absorption du passé et de l'avenir dans le présent, impossibilité de s'arrêter un moment dans un déchaînement tourbillonnaire excluant les lois et les règles qui fondent le présent en fonction d'un sens du devenir. Cette altération s'observe dans le syndrome maniaque.

Temps figé : immobilisation du temps dans une désorganisation complète des repères temporo-spatiaux ; malgré la négation du temps écoulé durant la maladie et l'incapacité à se projeter dans le futur, il existe une possibilité de prise de conscience correcte de temps partiels.

Le temps figé est un temps discordant : cette schizochronie ou discordance temporelle est liée au vécu de morcellement des rapports du sujet et du monde caractéristique du syndrome dissociatif.

Défaut de projection dans l'avenir : présence douloureuse du passé, pessimisme de l'avenir et omniprésence de la douleur morale dans le syndrome dépressif.

Distorsion temporelle : temps accéléré, temps étiré, temps rétréci, temps arrêté, temps éternel, temps ralenti... Importantes perturbations temporelles décrites dans les intoxications (drogues hallucinogènes).

Immédiateté : difficulté, voire impossibilité de différer toute représentation psychique, impossibilité de repousser dans l'avenir ou de faire jouer l'expérience du passé. Caractéristique de la personnalité psychopathique. Cette personnalité pathologique se manifeste par la fréquence des passages à l'acte agressifs, l'impulsivité en rapport avec l'impossibilité de différer toutes demandes associées à une intolérance aux frustrations ***(voir*** Personnalités pathologiques).

Chrono-agnosie : sensation d'accélération ou d'étirement du temps en rapport avec des lésions cérébrales.

Troubles mnésiques véritables ***(voir*** Troubles de la mémoire).

Sentiment de déjà vu, déjà vécu : peut être lié à une thématique délirante (délire à thème mystique, ésotérique, mégalomaniaque...), le syndrome dissociatif, le syndrome de dépersonnalisation et le syndrome confusionnel.

Livre III

Les troubles de l'affectivité et de la thymie

Chapitre 1. Les troubles de l'humeur et de l'affectivité

L'humeur ou **thymie** est une disposition affective de base influencée par le vécu émotionnel et instinctif, donnant un éprouvé agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. " L'affectivité est une thymie affinée, orchestrée et souvent amplifiée par l'intelligence et les fonctions psychiques supérieures qui constituent l'étage terminal de la personnalité " (P. Guiraud).

Les **émotions** sont des variations importantes, habituellement passagères de l'éprouvé thymique. L'anxiété, la peur, la colère, la crise émotive (ou crise de nerfs), la sidération émotive (entraînant un état de stupeur) sont des formes différentes d'émotions.
Les troubles de l'humeur se distinguent de l'humeur normale qui est un niveau affectif de base, soit quantitativement par l'intensité de leurs manifestations, soit qualitativement par la nature des émotions éprouvées.

La **perturbation de l'état émotionnel** peut se caractériser par : l'intensité disproportionnée des émotions par rapport à la situation, la perte de l'harmonisation avec le reste du comportement (les émotions paraissent inadaptées voire discordantes), leur signification différente de celle de la vie psychique normale (par exemple le sourire discordant : *voir* Syndrome dissociatif).

Article 1 - Les troubles de l'expression émotive

Hyperémotivité : se traduit par des réactions émotionnelles anormalement intenses et exagérées ainsi que l'abaissement du seuil auquel ces réactions apparaissent, s'accompagnant de manifestations somatiques : tremblements, sidération de la parole et du geste, tachycardie, rougeur ou pâleur, gaieté bruyante, accès de tristesse, labilité émotionnelle (changements fréquents et rapides de l'expression émotive).

Anémotivité ou absence d'expression émotionnelle : se traduit par une pauvreté des expressions avec émoussement affectif, froideur du contact, indifférence aux événements aboutissant à une totale inexpressivité dans le syndrome catatonique.

Inadéquation de l'expression émotionnelle ou parathymie : consiste en des réactions émotionnelles paradoxales résultant d'un manque d'harmonie entre les affects exprimés et le contexte du discours. Le patient raconte un événement triste avec un grand sourire ou un événement heureux avec tristesse.

Article 2 - Les réactions émotionnelles

Peur : émotion normale éprouvée devant un danger réel extérieur qui menace l'individu. La composante physique consiste en des troubles végétatifs (tremblements, pâleur, sueurs, syncope) et une réaction motrice variant de la fuite, qui permet d'éviter le danger, à une réaction défensive de confrontement. Elle est pathologique lorsqu'elle est excessive (entraînant une sidération motrice) ou lorsqu'elle persiste longtemps après la disparition du danger.
Anxiété : état psychique caractérisé par un vécu pénible fait d'attente et d'appréhension d'un danger imminent et imprécis (peur sans objet extérieur), avec un sentiment d'insécurité indéfinissable auxquels s'ajoutent des manifestations physiques et neurovégétatives incluant une striction pharyngée (impression de boule dans la gorge), une oppression thoracique, des tremblements, des sueurs, une tachycardie. L'anxiété se retrouve dans la plupart des pathologies psychiatriques et peut présenter elle-même différentes formes cliniques :

- **Manifestations paroxystiques d'anxiété** sous forme de crises brutales et limitées dans le temps.
- **Anxiété généralisée** : fond anxieux permanent, associé ou non à des paroxysmes anxieux : irritabilité, fatigabilité, difficultés de concentration, troubles du sommeil.
- **Phobie** : l'anxiété apparaît en présence d'un objet ou d'une situation n'ayant pas en eux-mêmes de caractère dangereux. Elle disparaît quand l'objet phobogène disparaît. C'est une peur irrationnelle, jugée comme absurde par le sujet.
- **Obsession** : intrusion dans la pensée du sujet d'une idée, d'une image, d'un mot ou d'une représentation, dont le patient reconnaît jusqu'à un certain point la nature morbide et l'origine en lui-même. Elle s'impose pourtant de façon angoissante à lui, de manière permanente malgré tous ses efforts, tout en restant

en désaccord avec le cours de ses pensées ordinaires. Le sujet utilise souvent des rites conjuratoires contre les obsessions (lutte anxieuse), ce qui est également angoissant.

Colère : réaction émotive paroxystique à toute contrariété (menace, frustration) qui se traduit par une excitation verbale et gestuelle accompagnée de manifestations neurovégétatives (troubles vasomoteurs, augmentation de la fréquence cardiaque). La fureur, forme extrême de colère est souvent accompagnée de troubles de la vigilance (obtusion) et d'une amnésie lacunaire portant sur la durée de l'accès furieux. La crise élastique se caractérise par l'extrême violence avec activité de destruction sans intention précise.

Timidité : réaction émotive aux contacts sociaux traduite par un manque d'aisance et un sentiment d'inconfort en société, surtout en présence d'une personne du sexe opposé ou lorsque le sujet se sent évalué par une autorité.

Article 3 - Les troubles de l'humeur

L'humeur est une disposition affective fondamentale, constituée de toutes les instances émotionnelles et instinctives, donnant à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. Les deux grands troubles de l'humeur sont la dépression et l'humeur expansive.

3.1 - Humeur dépressive

- Tristesse : variété normale de l'humeur, souvent en réaction à une situation de séparation, perte, insatisfaction, menaçante ou frustrante. Elle répond aux stimulations du milieu, et existe en l'absence des autres symptômes du syndrome dépressifen particulier les symptômes physiques. Une tristesse passive est décrite dans le syndrome dépressif, distincte d'une tristesse active, plus spécifique du syndrome mélancolique.
- Syndrome dépressif :
  - humeur dépressive : vision pessimiste du monde et de soi-même. Sentiment de vivre une situation sans espoir. Le dépressif est persuadé que sa vie est un échec, ses gestes sont lents, sa mimique pauvre exprime cependant un abattement et une tristesse, sa voix est basse, la parole monocorde. Une

négligence corporelle entre dans le cadre d'une incurie : absence d'hygiène. La tristesse infiltre toute la vie affective et relationnelle. Le présent est vécu sur le mode du désintérêt et de l'échec. Ce vécu péjoratif nourrit un pessimisme disproportionné. Sa morosité et son irritabilité participent à ces difficultés relationnelles. Il existe une anesthésie affective qui se traduit par le sentiment d'être indifférent aux êtres qui lui sont les plus chers ; le patient s'en plaint lui-même. La tristesse est associée à un sentiment de dévalorisation de soi-même, un sentiment de regrets et de remords. Les idées de mort sont fréquentes et peuvent se préciser en idées suicidaires. Il existe une **anhédonie** : perte de la capacité à éprouver du plaisir,

ralentissement psychomoteur avec lenteur de l'idéation et des gestes. L'**asthénie** est constante et couvre tous les domaines de l'activité physique et intellectuelle à l'origine d'une baisse de rendement que le patient ressent péniblement. Elle prédomine habituellement sur les tâches les plus investies. Elle est classiquement présente et plus intense le matin dès le réveil mais parfois est plus importante le soir. Le ralentissement peut atteindre l'ensemble des processus intellectuels. On parle alors de **bradypsychie** : elle se traduit par une idéation lente (formation des pensées), un appauvrissement de la pensée avec monoïdéisme (une seule idée prévalante revenant incessamment), des associations idéiques pauvres et fragmentées, un discours lent, hésitant. Il existe des persévérations. Le patient répète des mots ou des fragments de phrases, ne pouvant aller plus loin dans l'expression de la pensée, révélant ainsi la stagnation de la pensée : une idée persiste n'en faisant surgir aucune autre pour la remplacer. Au maximum le cours idéique s'interrompt. La bradypsychie va le plus souvent de pair avec l'inertie motrice, l'**aboulie** ou perte de l'initiative motrice, la lenteur et la rareté des gestes,

syndrome physique : troubles du sommeil fréquents à type d'insomnie d'endormissement ou plus souvent d'insomnie de la seconde moitié de la nuit. Le réveil vers deux ou trois heures du matin étant suivi d'une longue période de ruminations anxieuses et pessimistes. Anxiété importante ou angoisse et son cortège de symptômes somatiques à type de sensations

douloureuses thoraciques, épigastriques ou de pesanteur gastrique, de difficultés d'inspiration (sensation d'une boule œsophagienne), de palpitations cardiaques, de rougeur ou pâleur de la face, de pollakiurie. L'anorexie globale ou élective est fréquente et à l'origine d'une perte de poids. Les troubles de la fonction sexuelle sont principalement à type d'impuissance et de frigidité.

Le plus souvent, la douleur morale et la cénesthésie pénible dominent le tableau clinique du syndrome dépressif :

- Douleur morale : elle se traduit par une tristesse profonde, une tonalité désagréable de l'humeur, un sentiment de dépersonnalisation, un affaiblissement de la volonté, un ralentissement psychique intense avec son expression dans le langage (discours lent et monotone, voire mutisme), un sentiment d'humilité, d'infériorité et un dégoût de soi-même et de la vie, grande solitude.
- Cénesthésie pénible : conscience pénible de ne plus pouvoir ressentir et éprouver du plaisir lors des activités qui étaient auparavant agréables et source de plaisir. Au maximum le patient se sent incapable d'éprouver des sentiments (joie, colère, peur, amour, désaccord, dégoût, etc.), dans un vécu pénible associant un sentiment de culpabilité.
- Syndrome dépressif masqué : on parle de dépression masquée lorsque les symptômes psychiques sont au second plan, masqués par une symptomatologie somatique prédominante, voire par des troubles des conduites ou tout autre aspect psychiatrique. Les masques somatiques sont les plus fréquents. Le patient exprime sa douleur morale en termes de malaise physique. Cette symptomatologie est principalement représentée par des algies dont l'intensité est variable, parfois forte, non améliorées par les antalgiques, liées à l'anxiété. Elles peuvent êtres des céphalées, des douleurs précordiales, des douleurs abdominales. Le masque peut être digestif avec anorexie, nausées, diarrhées, vomissements. Les masques cardio-vasculaires sont aussi fréquents, à type de précordialgies, dyspnées, strictions thoraciques, palpitations, oppressions et sensations d'étouffement.

Les troubles du sommeil à type d'insomnie, réveils nocturnes ou précoces, ou l'asthénie peuvent constituer à eux seuls le tableau clinique de la dépression masquée.

Les **masques** psychiques sont souvent des troubles des conduites alimentaires (anorexie ou boulimie), sexuelles (impuissance, frigidité), toxicophiliques (alcool, tabac, drogues, médicaments). Parfois les masques psychiques consistent en l'apparition de symptômes spécifiques comme les phobies, les obsessions, des préoccupations hypocondriaques. Chez le sujet âgé, la symptomatologie dépressive est remplacée par une symptomatologie de type démentiel constituant le tableau clinique de **pseudo-démence.**

Les caractéristiques communes de ces équivalents ou **masques** dépressifs sont l'horaire des troubles avec souvent prédominance matinale, une disproportion entre la gravité du trouble et son retentissement, la polarisation de la vie du patient autour du symptôme, le ton pessimiste des réponses, l'évolution des troubles et le terrain anxiogène.

Démence	**Dépression** pseudo-démentielle (pseudo -démence)
• installation insidieuse	• installation rapide avec début précis et relativement récent des troubles
• progression lente sur plusieurs années	• progression rapide
• absence d'antécédents dépressifs	• antécédents dépressifs fréquents
• plaintes de l'entourage (signes objectifs prédominants)	• plaintes personnelles (signes subjectifs prédominants)
• troubles de la mémoire portant sur des faits récents, la mémoire à long terme est longtemps conservée	• troubles de la mémoire portant sur des faits récents et anciens
• amnésie portant sur des faits importants	• amnésie portant sur des détails
• rareté, voire absence de plaintes hypocondriaques	• plaintes hypocondriaques fréquentes
• le patient fait des efforts pour répondre, réponses erronées " presque exactes "	• effort minime pour répondre, fréquence de « Je ne sais pas «
• désorientation temporo-spatiale dans les cas évolués	• orientation temporo-spatiale souvent respectée, mais une désorientation peut apparaître par périodes
• émoussement affectif avec labilité thymique	• tristesse de l'humeur
• aggravation nocturne	• absence d'aggravation nocturne, parfois amélioration vespérale
• instabilité thymique	• troubles de l'humeur permanents
• déficit intellectuel avant les troubles de l'humeur	• dépression avant le déficit intellectuel
• absence d'autres signes de dépression (affects émoussés, optimisme béat)	• présence d'autres signes de dépression (douleur morale, pessimisme, culpabilité, désir de mort, tentatives de suicide, signes somatiques)
• absence de réponse au traitement antidépresseur	• réponse au traitement antidépresseur qui constitue un test diagnostique

- DIFFÉRENCES ENTRE DÉMENCE ET DÉPRESSION D'ALLURE DÉMENTIELLE -

3.2 - Humeur expansive

• **Euphorie** : disposition expansive de l'humeur tournée vers la joie ou l'optimisme conquérant caractéristique du syndrome maniaque. L'euphorie niaise s'observe dans le syndrome frontal *(voir* Syndromes topographiques).

L'**euphorie** est un sentiment intime et profond de bien-être, d'agrément de soi-même, de plénitude psychique et physique et qui s'exprime par des attitudes (gestes vifs et amples, parler haut, rires) et une mimique exprimant la joie. Cette joie est improductive dans l'**euphorie niaise** ou **béate** où le sujet plutôt ralenti sur le plan psychique est satisfait de tout, facilement admiratif. La joie est active dans l'**euphorie expansive** associant une hyperactivité psychomotrice qui se traduit par des rires faciles, la mimique rieuse, hilare, les gestes larges, les débordements affectifs, le sentiment que l'entourage n'est pas assez enthousiaste (prosélytisme de l'euphorie).

La **joie pathologique** se manifeste de manière inadaptée par rapport à son objet ; dans le syndrome maniaque elle s'accompagne d'excitation psychomotrice et peut alterner avec des colères. L'euphorie contrariée dégénère vite chez le maniaque en colère. La joie maniaque se caractérise par l'instabilité émotionnelle, pathétique, expansive, ombrageuse, bienveillante, tendre, arrogante tour à tour et en peu de temps, mais toujours hyperactive.
La **joie morbide** du syndrome frontal associe une euphorie expansive, une tendance à la moquerie et aux calembours, à la farce et à l'insouciance, une approbativité, une hyperactivité improductive et brouillonne. Ce syndrome est appelé **moria.**
L'**élation** est un optimisme pathologique. Le **sentiment d'élation** s'observe dans certains états d'exaltation de l'humeur, en particulier le syndrome maniaque où il se manifeste par des projets grandioses ne tenant pas compte des objections et ne percevant ni limite ni contrainte. Ce sentiment s'associe à une hyperhédonie ou sentiment d'être heureux, de voir le bonheur partout autour de soi et en soi.

L'**expansivité de l'humeur,** en particulier dans le syndrome maniaque associe souvent une **versatilité,** ou **labilité** thymique, liée à une hyperesthésie affective : le patient pleure puis rit, passe du découragement à l'insouciance, de l'agressivité à la générosité en de très courts laps de temps.

- **Hypomanie** : il s'agit d'une forme atténuée de l'excitation maniaque avec hyperthymie, tachypsychie, et troubles du sommeil.

Est qualifié d'**hyperthymie** tout état d'exaltation de la vie affective, qu'elle soit triste comme dans le syndrome mélancolique, ou gaie comme dans le syndrome maniaque.

La **tachypsychie** se traduit par une créativité et une productivité intellectuelle abondante, une originalité, des initiatives fréquentes et audacieuses. Parfois l'hyperactivité intellectuelle mal contrôlée est à l'origine d'une agitation improductive, de décisions hâtives et inconsidérées, d'une logorrhée et parfois fuite des idées.
Les traits de caractère fréquemment associés sont l'irritabilité, la tendance à l'autoritarisme, l'intolérance, l'impatience, et une certaine agressivité.

Dans cette **exaltation thymique** entraînant une excitation intellectuelle, il y a maintien d'un contrôle réflexif qui fait défaut dans la manie. L'hypomanie peut être passagère ou habituelle. Passagère, elle réalise l'accès hypomaniaque caractérisé par l'hyperthymie euphorique et expansive, l'excitation intellectuelle (logorrhée, productivité importante mais souvent de qualité médiocre, une mémoire vive), l'hyperactivité mal contrôlée, les troubles du caractère (sthénicité, supporte difficilement les contraintes, se montre impatient, autoritaire et vindicatif), l'insomnie.
L'**accès hypomaniaque** marque généralement une nette rupture avec la personnalité antérieure du patient.

Cette forme clinique est plus fréquente actuellement que celle de la manie, en raison de la thérapeutique précocement instituée et du traitement prophylactique des accès, en particulier dans la psychose maniaco-dépressive (maladie bipolaire). L'hypomanie modérée peut être habituelle, se présentant comme un fond d'exaltation permanente. L'hypomane est sociable, boute-en-train, avec un rendement intellectuel et professionnel souvent brillant.

- **Manie** : état d'excitation psychomotrice caractérisé par une exaltation de l'humeur à tonalité euphorique et mégalomaniaque, une hyperactivité désordonnée avec agitation, une tachypsychie avec fuite des idées, attention dispersée, logorrhée, une désinhibition comportementale avec perte de la pudeur, des conduites médico-légales à type de dépenses inconsidérées, d'escroquerie, de fugue, une perte de la sensation de fatigue avec insomnie, amaigrissement, déshydratation.

3.3 - Indifférence thymique ou athymie

Absence de tout affect. Le patient n'éprouve ni joie ni tristesse. Il peut comprendre les événements extérieurs mais il n'en est en rien ému. Son contact est pauvre, la mimique est inexpressive, ses mouvements sont rares, l'humeur est atone.

3.4 - Athymhormie

Définie comme la perte de l'élan vital ou atteinte des sources de la vitalité. Elle associe une **athymie** à une **inertie** : manque de vigueur dans les activités, défaut d'initiative motrice, de spontanéité de l'effort et de prolongation de celui-ci ; une froideur affective.
Ce contact froid et distant, indifférent à tout ce qui l'entoure et qui le concerne est caractéristique du patient athymhormique. Il peut cependant associer des conduites d'opposition à toute sollicitation extérieure (négativisme du syndrome dissociatif)-
Ce terme d'" athymhormie " proposé par Dide et Guiraud pour désigner les troubles dissociatifs de l'affectivité fait référence à la notion *d'horme* (du grec *hormé,* " mouvement en avant ") créée par Morakow et Mourgue. L'*horme* désigne la matrice des instincts, des affects, qui réalise une synthèse des excitations internes et des excitations externes en vue d'assurer l'adaptation de l'individu. Réservoir de puissance psychique et adaptative.

Chapitre 2. Le syndrome maniaque

Article 1 - Description clinique

1.1 - Définition

Manie : c'est un état d'excitation psychique caractérisé par une exaltation de l'humeur à tonalité euphorique ; une tachypsychie ou accélération psychique avec fuite des idées et volatilité de la vie psychique, surexcitation permanente des facultés intellectuelles ; une agitation motrice, avec dépense excessive et désordonnée de l'énergie ; un déchaînement des pulsions instinctivo-affectives ; une méconnaissance des troubles ; un syndrome physique avec perturbation du système neurovégétatif.

1.2 - Début

Soit accès maniaque pouvant succéder à une phase dépressive (insomnie, tristesse, asthénie, irritabilité) :

. **Virage maniaque** souvent rapide au cours d'un traitement anti-dépresseur.

. **Spontané,** souvent progressif, marqué par une phase d'exaltation émotionnelle de quelques jours (insomnie modifications du caractère, actes incongrus).

Soit accès maniaque inaugural :

- **Brutal et sans prodrome** : le malade entre rapidement dans une phase d'exaltation et d'excitation psychomotrice.
- **Progressif** : le début est précédé d'une phase prodromique avec :
  - insomnie : précoce et constante, sans fatigue, rebelle aux traitements, parfois totale.
  - troubles des conduites : impudeur, démarches et achats inconsidérés, prodigalité, désinvolture, familiarité, actes saugrenus, emploi de mots grossiers, loquacité ;
  - logorrhée (flux continuel de mots avec rapidité du débit verbal) ;
  - excitation sexuelle excessive ;
  - besoin irrésistible d'activité et de mouvements ;
  - activités épistolaires ;
  - impulsions dipsomaniaques (besoin irrésistible d'ingurgiter de fortes quantités de boissons, sans nécessité métabolique).

Chez les patients avec antécédents de plusieurs épisodes maniaques on retrouve souvent un " signal symptôme " qui inaugure chaque nouvel épisode. Un signal symptôme peut être une insomnie rebelle sans fatigue, des troubles du caractère contrastant avec la personnalité antérieure du patient, souvent à type d'irritabilité, des achats inconsidérés, une " aura obsessionnelle " (les idées qui s'imposent de façon inattendue ou la recherche obsédante d'un objet), une loquacité, une hyperactivité motrice stérile (visites multiples injustifiées, voyages pathologiques, achats inutiles...), une désinhibition instinctuelle, une prise excessive d'alcool...

Le signal symptôme reste très souvent inchangé dans les épisodes ultérieurs avertissant une nouvelle rechute.

1.3 - Période d'état

Présentation :

- **Tenue** : débraillée, extravagante (agrémentée d'ornements bizarres : rubans, décorations, médailles, fleurs), parfois ridicule ; négligence vestimentaire : les vêtements sont en désordre, mis à l'envers, parfois le malade se dénude.
- **Visage** : mobile, vif, animé d'expressions pathétiques changeantes (hypermimie), exprimant une béatitude. Nombreuses grimaces : colère, dégoût, peur, passion, orgueil.
  - maniérisme : ensemble de manifestations motrices sous forme de gestes, d'attitudes et d'activités mimiques qui donnent l'impression que le malade est apprêté, fait des manières.
  - rires intenses ; parfois mimique coléreuse ; regard brillant et clins d'ceil aguichants.
- **Contact** : il est familier, avec tutoiement facile, superficiel, ludique avec ironie et moquerie :
  - hypersyntonie : le malade est accroché à l'ambiance, il communique avec l'ambiance en interpellant des auditeurs témoignant d'une suractivité fonctionnelle dans le domaine de la vie de relation. Parfois hautain et hargneux.
- **Langage :**
  - logorrhée ;
  - chante facilement, spontanément ou après stimulation ;
  - augmentation de l'intensité de la voix, crie, parle fort, vocifère ;
  - voix enrouée, rauque ;
  - ses propos rapides sont souvent entrecoupés d'exclamations, de hurlements, d'injures ou de chants ;
  - le patient prend des intonations diverses pour exprimer des sentiments divers (gaieté, fureur, colère, etc.) ;
  - les phrases sont rarement terminées.
- **Comportement :**
  - sans cesse en mouvement, le malade ne tient pas en place ;
  - gestes : ils indiquent une aisance contrastant avec la personnalité du patient ;
  - agitation furieuse : regards furieux, hostilité, agressivité, menaces, " irritation maussade ", gestes de mépris, sourires dédaigneux, peut atteindre une intensité extrême (fureur

maniaque) au cours de laquelle le malade brise des objets, crache, mord, frappe à coups de poing, déménage sa chambre, éventre les matelas... ;
- comportement ludique, clownisme avec moqueries et plaisanteries ;
- impudeur, désinhibition avec perte du sens éthique, perte de la pudeur, exhibition.

1.4 - L'humeur maniaque

Exaltation de l'humeur : sentiments d'élation dans une atmosphère d'euphorie et d'optimisme (hyperthymie) :

- **Euphorie expansive,** encore appelée la joie morbide : il s'agit d'une disposition expansive de l'humeur, tournée vers la joie ou l'optimisme conquérant.
  - perception ravie du monde, le malade a l'impression de vivre intensément. Infatigable, il est heureux de vivre ;
  - sentiment de bien-être, de toute-puissance ; le patient ne s'est jamais senti aussi bien portant.
- **Optimisme triomphant :**
  - heureuse insouciance, les impressions tristes sont écartées d'un mot vague ou d'une plaisanterie ;
  - sentiment de toute-puissance : le malade peut tout entreprendre, tout réussir (projets grandioses et multiples), désir d'anéantir des obstacles.

Versatilité de l'humeur :

- **Labilité thymique** : la tonalité affective est instable. On note des modifications brusques de l'humeur. Le malade passe rapidement du rire aux larmes et des lamentations à la colère, de la générosité à l'agressivité pour les motifs les plus futiles.
- **Bouffée d'angoisse et irritabilité** : accès de colère et de violence déclenchés par des prétextes futiles. Le patient ne supporte aucune contrariété.

Débordement instinctuel :

- Relâchement des censures morales, absence de pudeur.
- Transgression des interdits sociaux.
- Recherche frénétique du plaisir.

- Troubles du comportement sexuel : hypersexualité, propos orduriers, coquetterie, gestes de séduction, attitudes obscènes, promiscuité, exhibitionnisme, masturbation ; parfois conduites perverses.

1.5 - ***Les processus intellectuels***

Tachypsychie : accélération de tous les processus psychiques ; se traduit par des associations d'idées superficielles et rapides ; synthèse psychique relâchée. Le discours ainsi que les actes sont conditionnés par tout ce qui attire l'attention du patient, mais tout cela reste presque puéril, sans véritable activité de l'intelligence. Fréquence des rimes, jeux de mots, slogans, proverbes et des associations d'idées par simples assonances ; les représentations mentales (mots, images, idées, souvenirs) disparaissent aussi vite qu'elles sont évoquées (kaléidoscopie des représentations mentales).

- **Attention éparpillée** : impossibilité de fixer l'attention :
  - **trouble de l'attention spontanée** : le malade est incapable de faire un choix et réagit à toutes les sollicitations extérieures. Il se laisse détourner par toutes les impressions extérieures ;
  - **trouble de l'attention volontaire** : le malade va d'une idée à l'autre sans pouvoir se fixer sur aucune.
- **Orientation temporo-spatiale** : intacte mais sans importance pour le patient.
- **Mémoire** : les souvenirs sont rappelés au cours de la crise avec une abondance de détails (hypermnésie). Les souvenirs sont évoqués par assonance, par association d'idées, par ressemblance des idées. Cette évocation se fait avec la rapidité caractéristique de la manie. Les souvenirs reviennent en foule mais ne sont ni mis en ordre ni utiles. Cette hypermnésie est souvent accompagnée de fabulations (récits imaginaires au cours desquels le sujet donne des détails circonstanciés changeant d'un jour à l'autre) et sentiment de déjà vu (impression d'avoir déjà assisté à une scène actuellement présente).
- **Imagination riche et exaltée** : qui se traduit par des productions imaginatives pseudo-délirantes et des fabulations :
  - thèmes : grandeur, mystique, politique ;
  - le patient ne croit pas sérieusement à ses idées pseudo-délirantes (adhérence partielle). Il peut même en rire ;

- dans certains cas, la manie est accompagnée de véritables idées délirantes et activités hallucinatoires (manie délirante).

• **Perception** : normalement intacte. Peuvent exister :
  - des illusions (visuelles : les objets sont déformés ; auditives : les bruits ténus deviennent assourdissants) ;
  - des fausses reconnaissances ;
  - des hallucinations (rares).
• **Fuite des idées** : il s'agit d'un défaut d'enchaînement des idées avec une hyperactivité de l'association des représentations mentales ; c'est un tourbillon sans fin, sans but et sans ordre, emportant dans son mouvement les images qui foisonnent, les mots qui se pressent :
  - symptôme principal de l'excitation psychique ;
  - le malade saute d'une idée à l'autre, il dit tout ce qu'il pense sur ce qu'il voit, entend, éprouve. Il dévoile ses aventures et ses passions. Il ne lui reste plus de secret ;
  - images et souvenirs défilent ;
  - logorrhée intarissable ;
  - graphorrhée : écrits abondants, souvent incohérents ;
  - " coqs-à-l'âne " : manque de liaison entres les idées ;
  - fréquence de : jeux de mots, calembours, assonances (les associations se font au hasard des assonances et des ressemblances superficielles), slogans.

1.6 - Le langage

Logorrhée : flux continuel de mots avec rapidité et prolixité. Le discours devient souvent incompréhensible en raison de la trop grande rapidité dans la succession des idées.

Graphorrhée : écrits abondants, souvent incompréhensibles ; l'écriture est irrégulière, désordonnée, griffonnée.

Style télégraphique : phrases rythmées, voire rimées.

Jeux de mots fréquents, assonances, onomatopées, exclamations, plaisanteries, imitations.

Tantôt grossier, tantôt empreint d'une certaine recherche (maniérisme baroque).

Ton exalté, changement rapide d'intonation.

Voix rauque : à cause de l'intensité très forte de la voix, celle-ci finit par s'érailler.

Contenu du discours : on retrouve souvent des thèmes mégalomaniaques, érotiques.

Fausse incohérence : l'incohérence n'est pas dans la pensée mais dans son expression.

Les phrases sont souvent inachevées.

1.7 - L'activité psychomotrice

Besoin impérieux d'activité. Le sujet ne peut rester en place : rapidité anormale des réactions ; multiplicité des démarches ; activité épistolaire ; achats inconsidérés ; agitation stérile : chante et danse, fait les cent pas, déménage sa chambre, manipule les objets, gesticule, grimace ; exhibe sa nudité.

Ludisme : le maniaque joue des scènes, se déguise, imite des personnages, fait le pitre, rit, chante, danse, plaisante, s'amuse avec les personnes de son entourage, invite les personnes qui l'entourent à entrer en scène.

Gestes désordonnés ; les attitudes sont provoquantes.

Actes médico-légaux : parfois l'activité désordonnée des maniaques les pousse à des réactions dangereuses et à des passages à l'acte ou conduites médico-légales : attentat à la pudeur, actes scandaleux, excentricité.

Fureur maniaque : colère extrême avec perte totale du contrôle réflexif, agitation dangereuse et élastique, c'est-à-dire avec bris d'objets et de matériel. L'agressivité n'est pas orientée mais se manifeste de façon aveugle. Dans cet état, la violence des manifestations motrices à tendance destructrice est souvent l'occasion d'un déploiement de force très supérieure aux possibilités habituelles du patient, et ce d'une manière quasi automatique.

1.8 - Le syndrome physique

Insomnie : précoce, rebelle aux traitements hypnotiques habituels ; sans fatigue, parfois totale pendant plusieurs jours.

Amaigrissement : le poids ne se normalise qu'en fin d'accès maniaque malgré l'augmentation de la faim et de la soif avec gloutonnerie.

Tendance à l'hyperthermie ; résistance au froid ; hypersalivation, sueurs abondantes ; tachycardie ; hypotension ou hypotension artérielle ; aménorrhée ; déshydratation et perturbation de certaines fonctions biologiques (troubles ioniques...).

SYNDROME	DÉPRESSIF	MANIAQUE
HUMEUR	**Triste (dépressive)** pessimisme pertes de centres d'intérêt anesthésie affective dévalorisation anhédonie idées dépressives : péjoratives, autoaccusations, désespoir, idées suicidaires	**Exaltée (expansive)** euphorie, optimisme élation débordement instinctuel sentiment de toute puissance recherche frénétique du plaisir idées maniaques : mégalomanie, optimisme pathologique, etc.
ACTIVITÉ PSYCHO-MOTRICE	**Ralentissement** bradypsychie asthénie aboulie	**Accélération** tachypsychie besoin impérieux d'activité ludisme, gestes désordonnés, fureur maniaque ne ressent pas la fatigue actes médico-légaux (des inhibition)
SYNDROME PHYSIQUE	insomnie ou hypersomnie de refuge anxiété, angoisse anorexie, amaigrissement, deshydratation ralentissement métabolique, hypertension artérielle, constipation opiniâtre algies, pollakiurie... cénesthésie pénible (douleur morale)	Insomnie (parfois totale) Amaigrissement Ni sensation de faim, ni sensation de soit Deshydratation Hypertension artérielle, tachycardie Diarrhées, sueurs, faim

Article 2 - Les formes cliniques de la manie

2.1 - L'hypomanie

Forme atténuée de l'excitation maniaque (symptômes *a minima),* l'hypomanie se traduit par un état d'excitation psychique avec exaltation intellectuelle, hypertonie affective et troubles du comportement. Un accès hypomaniaque peut passer inaperçu car il est moins spectaculaire, et l'exaltation intellectuelle est plus cohérente que celle observée dans la manie aigüe. Il est plus fréquemment observé depuis l'introduction du traitement thymorégulateur. Il peut survenir à la suite du traitement d'un accès mélancolique (virage maniaque).

Hyperthymie : thymie expansive ; euphorie ; sentiment d'avoir le bonheur en soi, de force, d'estime, de bien-être, de facilité se traduisant par le désir de jouir de toutes les joies, tous les plaisirs, toutes les envies, sans limites.

Excitation intellectuelle : abondance excessive de la parole (logorrhée). Production intellectuelle abondante mais superficielle :

- imagination brillante ; reparties faciles, inventives, multiples, sans considérer la suite, mémoire vive ; association rapide des idées ; opinions variables.

Hyperactivité : l'hypomane est constamment en activité sans jamais ressentir la fatigue. Initiatives multiples, besoin d'activité contrastant avec l'état habituel du patient. Décisions hâtives. Entreprises hasardeuses. Actes médico-légaux : prodigalité, achats inconsidérés ; changements de domicile ; changements de profession ; voyages pathologiques ; attentats à la pudeur.

Troubles du caractère : rupture avec la personnalité antérieure ; le patient devient irritable, agressif, autoritaire, vindicatif.

Insomnie : d'abord réveils multiples, puis insomnie parfois totale. Symptôme d'alarme. Absence des autres symptômes du syndrome physique d'un accès maniaque.

L'hypomanie constitutionnelle est un état habituel d'exaltation de l'humeur avec difficultés de relation et décisions hâtives (changements multiples de travail, de domicile...).

2.2 - La *manie délirante*

Sentiment d'élation (optimisme pathologique) et de toute-puissance. L'expression délirante succède à l'apparition des troubles de l'humeur.

Humeur syntone au délire ; polymorphisme des thèmes délirants correspondant à la fuite des idées.

Adhésion totale au délire.

Les principaux mécanismes du délire de la manie sont : imaginatif, interprétatif ; rarement hallucinatoires.

Absence d'organisation :

- Délire non systématisé, flou.
- Mobile, changeant.

. Délire verbal : il est plus verbal qu'agi, fait de redondance verbale (verbosité délirante).

Thèmes : mégalomaniaques (grandeur, richesse, puissance), mystiques, prophétiques, erotiques ; plus rarement, persécution et revendication.

2.3 - La manie confuse

Fuite des idées désordonnée et incohérente avec jeux de mots, dévidement rapide des images, propos incohérents.

L'intensité des troubles de l'attention et la fuite des idées ne permettent plus au patient la reconnaissance des êtres et des choses ; il ne peut associer les idées de façon cohérente. C'est une forme de **pseudo-confusion mentale.**

Le tableau clinique se complète rapidement. Une agressivité est parfois présente, associée à des idées délirantes (persécution, mégalomanie). Onirisme et activité hallucinatoire psychosensorielle, surtout visuelle. Agitation psychomotrice, perte des repères temporo-spatiaux. Altération de l'état général due au surmenage physique avec déshydratation, état sabbural, fièvre, amaigrissement.

Devant une manie confuse il faut éliminer une organicité.

2.4 - La manie furieuse

Agitation psychomotrice extrême, crises élastiques ; insomnie totale ; refus d'aliments. Syndrome physique grave : déshydratation ; dénutrition ; hyperthermie.

2.5 - La manie atypique

Symptomatologie maniaque associée à une symptomatologie dissociative, avec des bizarreries, un contact dissocié, une absence de syntonie, une froideur des affects et une possible activité hallucinatoire.

2.6 - L'état mixte

Association, dans un même tableau clinique, de symptômes maniaques et de symptômes mélancoliques. En fonction de la prédominance ou de l'intensité de tel ou tel autre symptôme, on distingue plusieurs types d'états mixtes : dépression avec fuite des idées ; mélancolie agitée ; stupeur avec éléments maniaques ; manie improductive ; manie dépressive ; manie akinétique.

Chapitre 3. Le syndrome mélancolique

Article 1 - Description clinique

1.1 - Définition

La mélancolie réalise la forme la plus grave et la plus intense de dépression. Le tableau clinique associe une humeur dépressive avec douleur morale et idées mélancoliques (le patient se sent misérable, coupable, menacé et incurable) ; un ralentissement psychomoteur ou une agitation ; une anesthésie affective ; un risque suicidaire majeur ; des signes physiques (insomnie, anorexie...).

Les symptômes mélancoliques sont parfois masqués par une façade d'indifférence ; ce qui est d'autant plus grave qu'il n'inquiète pas l'entourage ni le médecin. Le masque peut aussi prendre les traits de plaintes somatiques ou idées délirantes particulières : thèmes mélancoliques : culpabilité, indignité, incurabilité ; thèmes hypocondriaques ; syndrome de Cotard : idées délirantes, de transformation corporelle, de négation d'organes, de négation du monde, d'immortalité, d'énormité.

1.2 - Début

Soit début souvent insidieux :

- Asthénie physique avec une insomnie rebelle à prédominance matinale, souvent annonciatrice.
- Apparition progressive d'une symptomatologie anxio-dépressive :
  - désintérêt pour les activités habituellement agréables ;
  - sentiment d'incapacité et d'impuissance ;
  - ruminations anxieuses.

Soit début brutal :

- Installation rapide de la symptomatologie dépressive.
- Suicide inaugural, avant apparition de tout symptôme dépressif.
- Virage mélancolique au décours d'un accès maniaque traité.

Parfois on retrouve une circonstance déclenchante : deuil, facteur iatrogène (médicaments ou intervention chirurgicale), mise à la retraite, grossesse, conflits familiaux, problèmes financiers, maladies infectieuses, etc.

Mais le plus souvent aucun facteur déclenchant ne peut être retrouvé.

Peut succéder à un accès maniaque traité (virage mélancolique).

Peut représenter le premier épisode d'un processus chronique.

1.3 - Période d'état

Présentation :

- **Tenue** : négligence des soins corporels et d'habillement (incurie).
- **Mimique** : faciès figé, visage terreux, traits immobiles ou peu mobiles, front plissé **(oméga mélancolique** : les plis du front dessinent un oméga à la racine du nez), sourcils froncés, les yeux grands ouverts, regard fixe et lointain, concentration douloureuse, abaissement des commissures labiales, **masque marmoréen** tragique exprimant la souffrance et la concentration douloureuse du patient, la tête et les mains sont fléchies (attitudes de découragement).
- **Contact** : souvent réticent ; évitant-refoulant ; toute l'activité psychique est absorbée par la concentration pénible sur la douleur morale, ce qui rend tout contact particulièrement difficile ; le malade entièrement pris par sa douleur psychique ne prête guère attention au monde extérieur ; tout effort physique ou intellectuel lui est pénible. Cette monotonie de l'attention entraîne une indifférence au milieu. Le patient ne s'attache plus qu'à ruminer sa tristesse. Parfois le patient essaie de cacher sa souffrance en minimisant ses troubles (mélancolie souriante).
- **Langage :**
  - voix monotone et monocorde ;
  - voix basse, parfois inintelligible ;
  - mussitation : semi-mutisme avec propos rares à voix basse parfois indistincte ; parfois, mutisme total ;
  - le patient murmure ou marmonne ;
  - parfois seuls les mouvements des lèvres révèlent que le patient parle ;
  - latence des réponses, longs intervalles entre deux réponses ;
  - parole entrecoupée de soupirs, des gémissements et très rarement des pleurs.

- **Comportement :**
  - prostration ; mouvements lents et rares ; peut rester immobile des heures dans une attitude de concentration douloureuse ;
  - parfois agitation avec irritabilité et hostilité.

Syndrome mental :

- **Ralentissement psychique :**
  - bradypsychie : lenteur de l'idéation, ralentissement du cours de la pensée ;
  - monoïdéisme : fixation des idées sur un problème subjectif tel que la culpabilité ; concentration sur les pensées tristes, constamment attachée à sa douleur morale ;
  - latence des réponses : le patient répond avec lenteur ;
  - réponses monosyllabiques ;
  - difficultés à la synthèse mentale : vide pénible de la pensée, improductivité intellectuelle ; troubles de l'attention et de la concentration ; ralentissement des associations ; allongement des temps de réaction.
- **Ralentissement moteur :**
  - asthénie : manque de force physique ; fatigabilité importante, surtout matinale : le mélancolique éprouve un malaise inexprimable, une appréhension de la journée, le découragement et la tristesse sont au maximum. Il se plaint de son impuissance à penser comme de son impuissance à agir.
  - aboulie : effondrement de la volonté ; perte de l'élan vital ; perte de l'intérêt pour les activités habituelles ; le patient se plaint de ne plus pouvoir vouloir, ne sait plus ce qu'il doit faire ;
  - indécision, gestes inachevés, ralentissement gestuel ;
  - mouvements lents, ralentissement de la marche ;
  - pauvreté de la mimique ;
  - semi-mutisme, mutisme, voix basse et monotone ;
  - sentiment d'impuissance, d'incapacité.
- **Thymie dépressive :**
  - douleur morale :
    - tristesse profonde, monotone, permanente, résistante aux sollicitations extérieures et au réconfort ; accompagnée des sentiments de regret, de remords et de désespoir ;

  - le mélancolique est tellement fasciné par cette douleur morale qu'il ne prête guère attention au monde extérieur ;
  - concentration douloureuse ;
  - cénesthésie pénible : sensation douloureuse intense du monde extérieur, malaise diffus, vide pénible de la pensée, sensation d'oppression, algies diverses.
  - idées noires : cafard, sentiment d'anéantissement ;
  - pessimisme : péjoration foncière, incapacité interne de bonheur avec besoin interne de malheur, désespoir, certitude de l'inévitable catastrophe, négation de toute forme positive ou heureuse de l'existence, l'avenir est bouché. Le patient se trouve changé, il n'est plus le même, il est devenu un être différent et en souffre péniblement, il se plaint de ne plus être tel qu'il était auparavant, il lui semble que tout est changé autour de lui, que le monde qui l'entoure a quelque chose d'irréel.
  - le patient a du mal à exprimer sa douleur morale (vague à l'âme).
- anesthésie affective ou émoussement affectif : le patient se plaint de ne plus pouvoir aimer ses proches, de ne pouvoir sentir ni s'émouvoir ; l'anhédonie est constante (rien ne peut lui être agréable) ;
- anxiété, irritabilité, intolérance à soi-même comme aux autres, tension intérieure ;
- désir de mort : la mort est imaginée, désirée et recherchée sans cesse comme la seule solution pour sortir d'une situation pénible, une obligation ou un châtiment mérité : le **risque suicidaire** est majeur et constant ;

L'acte suicidaire est souvent longtemps prémédité et ingénieux, mais il peut s'agir d'un raptus suicidaire (une impulsion qui pousse le mélancolique au suicide) survenant lors d'un paroxysme de douleur morale et au moment le plus inattendu ;
Le suicide est souvent efficace ; il peut inaugurer l'accès mélancolique ; le moment particulièrement à redouter est la fin de la nuit ou le début de la matinée ;

Des équivalents suicidaires sont fréquents : refus alimentaire, automutilations, toxicomanie, alcoolisme, conduites à risque.

Il peut s'agir d'un suicide collectif. Le mélancolique tue les autres (sa famille) et ensuite se tue, parfois dans le but de les protéger (suicide altruiste) contre un malheur, une damnation. Dans certains cas il ne se tue pas après avoir exterminé son entourage : damné pour l'éternité, sa mort ne peut le sauver de son malheur.
Le suicide du mélancolique peut survenir à tout moment de l'évolution : avant le traitement ; lors d'un relâchement de la surveillance de l'entourage ; en début de traitement par levée de l'inhibition psychomotrice ; en fin de traitement, en période de convalescence (queue de la mélancolie).

- **Les idées mélancoliques sont pénibles, monotones** : les idées sont toujours les mêmes (monoïdéisme).
  - il s'agit souvent d'une culpabilité majeure caractérisée par des auto-accusations multiples : le mélancolique s'accuse souvent de fautes minimes (fautes professionnelles) ; c'est un pessimisme réfléchi sur soi ; une autodépréciation, autodévalorisation ; une indignité : le mélancolique se sent damné et indigne ; une incurabilité ; un besoin d'expiation ;
  - idées de ruine : conviction de la perte de l'objet, souvent un être cher, des enfants ou de la fortune ;
  - idées hypocondriaques {*voir* Les troubles de la perception) ;
  - syndrome de dépersonnalisation : sentiment de ne plus être soi-même dans la sphère du corps ou de la personnalité. Le patient se sent transformé ; peut entraîner au maximum un syndrome de Cotard : idées de transformation corporelle, négation du monde, négation d'organes, idées d'énormité, idées de damnation.

Syndrome physique :

- **Insomnie rebelle** : souvent matinale avec réveil précoce, parfois insomnie d'endormissement, sommeil interrompu, parfois hypersomnie.
- **Anorexie, amaigrissement** (parfois hyperphagie).
- **Céphalées.**
- **Troubles digestifs** : nausées, état saburral, constipation opiniâtre, débâcles diarrhéiques, douleurs épigastriques.
- **Troubles cardiaques** : modifications du pouls (tachycardie dans la mélancolie anxieuse, bradycardie dans la mélancolie stuporeuse) ;

modifications de la tension artérielle (hypertension dans la mélancolie anxieuse, hypotension dans la mélancolie stuporeuse) ; oppression thoracique ; précordialgies ; palpitations.

- **Troubles sexuels** : anhédonie (incapacité à éprouver du plaisir), impuissance, frigidité ; aménorrhée.
- **Troubles neurologiques** : diminution des réflexes ostéo-tendineux ; hypotonie.

Article 2 - Formes cliniques de la mélancolie

2.1 -La mélancolie simple

- Forme mineure de la mélancolie
- Ralentissement psychomoteur dominant.
- Douleur morale réduite.
- Absence de délire exprimé.

Le patient se plaint d'une asthénie, d'une fatigabilité, d'une insomnie, d'une anhédonie.

Demande d'aide : le patient a besoin de réconfort.

Risque suicidaire important.

Il peut s'agir d'une dépression atypique : mode d'entrée dans la schizophrénie ou épisode évolutif d'une schizophrénie dysthymique, ou d'une dépression symptomatique d'une organicité.

2.2 - La mélancolie anxieuse

Elle succède presque toujours à la mélancolie simple ou à la mélancolie délirante.

Les troubles perceptifs qui s'associent aux idées de culpabilité et de châtiment prochain engendrent une agitation psychomotrice importante avec risque de passage à l'acte auto- et/ou hétéro-agressif. Les illusions et hallucinations auditives sont les plus fréquentes. Toutes sortes de bruits peuvent être à l'origine des illusions : des paroles, une porte qui claque, des allées et venues dans un couloir, etc. Le patient entend les gémissements de ses parents ou de ses enfants que l'on torture, une mère entend son enfant mort qui l'appelle... Les illusions et hallucinations visuelles sont moins fréquentes (des fantômes, des diables, des animaux). On peut observer des raptus (fugue, passage à l'acte hétéro-agressif, défenestration...) sous l'influence de ces troubles perceptifs.

Prépondérance de l'agitation anxieuse : l'aboulie est remplacée par la stérilité tragique des actions. Le ralentissement psychomoteur fait place à une agitation intérieure.

Le malade tourne en rond, gesticule, déambule, ne peut tenir en place, se plaint d'une oppression et/ou d'une suffocation, se frappe la tête et la poitrine, se tord les mains.

Douleur morale continue.

Idées de suicide constante : raptus suicidaire à redouter, surtout au cours des épisodes anxieux.

Forme de mélancolie particulièrement fréquente chez les personnes âgées.

2.3 - La mélancolie stuporeuse

La stupeur est une inhibition totale de l'activité motrice. L'inhibition psychomotrice est au premier plan. Le patient est immobile, indifférent à ce qui se passe autour de lui ; il n'existe pas de mouvements spontanés et les mouvements commandés sont exécutés avec une extrême lenteur.

Parfois accompagnée d'un syndrome confusionnel.

Syndrome catatonique : prostration ; visage figé ; mutisme ; immobilité ; non-réaction aux stimuli ; flexibilité cireuse ; alimentation extrêmement difficile.

La mélancolie stuporeuse se distingue des autres stupeurs par l'expression d'une intense douleur morale avec oméga mélancolique : faciès figé caractérisé par la forme d'oméga que réalisent les rides frontales, transversales et verticales.

2.4 - La mélancolie délirante

Le délire mélancolique est au premier plan. Il apparaît comme pénible ; monotone : le malade répète toujours les mêmes idées délirantes ; pauvre : le délire est plus riche en émotion qu'en contenu idéique. Il existe une certaine passivité : le malade accepte son malheur comme une fatalité, sans révolte ni revendication. Aspect centrifuge : le malade est le centre de son délire qui s'étend progressivement au monde extérieur. Les autres subissent les conséquences de ses fautes.

Mécanismes du délire : interprétation ; imagination ; illusions, erreurs d'identification : un visiteur est pris pour une autre personne ; rarement, hallucinations (voix intérieures).

Thèmes délirants :

- **Idées de culpabilité** : sentiment éprouvé par le malade de ne plus avoir le droit à la vie et au bonheur, caractérisé par des auto-accusations multiples : le malade s'accuse souvent de fautes purement imaginaires, il a la conviction d'avoir commis une faute impardonnable, s'accuse de torts faits à ses proches, porte sur la conscience des délits et des crimes, a contracté une maladie honteuse, s'appuie sur un acte ancien et insignifiant pour se considérer comme déshonoré ; un pessimisme réfléchi sur soi ; une autodépréciation, autodévalorisation ; des idées d'indignité, de damnation ; un sentiment d'incurabilité ; un besoin d'expiation.
- **Idées de ruine** : conviction délirante de la perte d'un être cher, des enfants, de la famille, des biens, de la fortune. Conviction d'avoir perdu toute sa fortune, tous ses biens matériels et d'avoir fait faillite.
- **Idées d'indignité et d'incurabilité** : le patient pense ne pas mériter les soins qui lui sont donnés et qu'aucune guérison ou modification de son état n'est possible.
- **Autodévalorisation** et sentiment d'infériorité vis-à-vis de son entourage ; le patient s'attend aux châtiments les plus épouvantables.

Autoaccusations Culpabilité Autodépréciation	s'accuse d'être responsable de son état, s'accuse d'être à l'origine de ses malheurs, s'accuse d'avoir causé du tort à son entourage, s'accuse de délits imaginaires.
Incurabilité	convaincu de l'impossibilité de s'en sortir, convaincu de l'inefficacité de toute aide
Indignité	pense ne pas mériter l'aide ou l'intérêt des proches ou des soignants.
Ruine	conviction délirante d'une perte matérielle ou affective
Hypocondrie	conviction délirante portant sur une partie de son corps soit « atteinte », soit « manquante ».
Syndrome de Cotard	triade clinique : négation d'organes énormité, éternité, immortalité damnation
Possession	idées d'influence et de possession diabolique

- IDÉES DÉLIRANTES MÉLANCOLIQUES -

- **Idées hypocondriaques** : nombreuses modalités d'expression.
  - conviction délirante d'avoir une maladie grave (cancer, leucémie, sida) ;
  - idées de négation d'organes : les organes sont démantelés, desséchés et parfois volatilisés ; les organes n'existent plus ;
  - transformation corporelle ; conviction d'un corps en pierre, en bois, en métal, en verre, en caoutchouc ;
  - vide intérieur ;
  - intestins bouchés ; estomac noué ; cœur glacial ; cœur en caoutchouc ; organes génitaux pourris.
- **Syndrome de Cotard :**

Ce syndrome peut être d'apparition soudaine avec cependant une période prodromale faite d'anxiété flottante, d'idées de dépersonnalisation à type de déréalisation, des idées de ruine ou d'autres idées mélancoliques. Le syndrome se constitue ensuite autour de la triade : négation d'organe, idées de damnation, et idées d'énormité et d'immortalité. Classiquement le tableau clinique se complète par une négation de la réalité du monde, une négation des parties du corps, une négation de soi. Cette dernière se traduit par l'absence de « je » lorsque le patient

parle de lui, il s'exprime alors en disant « ça ». Paradoxalement coexistent deux types d'idées exprimées par le patient mélancolique : d'une part « Je n'existe pas » et d'autre part « La mort est impossible ». D'où l'idée d'immortalité et l'idée de damnation : il dit être damné pour l'éternité. Même la mort ne mettra pas fin à son malheur. Cette idéation mélancolique s'associe à une augmentation du volume de certaines parties de son corps ou de tout le corps parfois jusqu'à remplir l'univers et pouvoir toucher le ciel et les étoiles. Ce syndrome associe des troubles sensoriels (anesthésies localisées), des automutilations, des tentatives de suicide, un négativisme se traduisant par un mutisme, un refus des aliments. Il existe aussi une activité hallucinatoire auditive, olfactive et gustative (goût de matières fécales, de pourriture ou de chair humaine dans la bouche).

- négation d'organes : « Je n'ai plus d'estomac » ; organes bouchés, ossifiés, atrophiés, desséchés ;
- négation de personne : « Je n'existe plus » ;
- négation du monde : « Rien n'existe plus » ;
- idées d'énormité : taille gigantesque, organes monstrueux ; le patient prétend être le plus grand coupable, le plus grand criminel de tous les temps, ses actes ont des conséquences désastreuses ;
- idées d'immortalité, négation de la mort alternant avec l'idée que le malade est déjà mort ; condamnation à souffrir éternellement ;
- idées de damnation éternelle.

• **Idées d'influence et de possession diabolique,** vide intérieur avec sentiment d'être influencé ou possédé par un démon (possession diabolique ou démonopathie). Parfois le malade se sent habité par un animal tel qu'un cochon, un serpent... (zoopathie).

• **Persécution** : il s'agit d'une persécution justifiée qui est la conséquence de ses fautes. La police le poursuit, la justice le recherche pour le condamner et le châtier.

2.5 - La mélancolie monosymptomatique (dépression masquée)

La dépression est dissimulée par la prévalence de signes somatiques, de troubles des conduites ou des équivalents psychiques :

Signes somatiques : insomnie, fatigue, algies diverses (digestives, lombaires, cardiaques), céphalées, amaigrissement, troubles digestifs, pesanteur, constipation opiniâtre, dyspnée.

Troubles des conduites : toxicomanie, troubles alimentaires (anorexie, boulimie), alcoolisation.

Équivalents psychiques ; apparition récente de syndromes : phobiques, obsessionnels, hypocondriaques, parfois rupture avec la personnalité habituelle.

Caractéristiques d'une dépression masquée : plaintes vagues, symptômes atypiques, prédominance matinale des troubles, troubles variables d'un jour à l'autre (évolution cyclique), bilans organiques normaux, troubles du sommeil, fatigabilité importante, amaigrissement, bradypsychie.

2.6 - La *mélancolie d'involution*

Après 50 ans, surtout chez la femme ménopausée.

- Début progressif.
- Plaintes hypocondriaques au premier plan (plus particulièrement, le patient se considère dément).
- Idées d'indignité, idées de persécution, idées de jalousie, fréquence des symptômes obsessionnels, absence d'antécédent de manie ou de dépression, risque suicidaire important.

2.7 - *État mixte*

Intrication de symptômes mélancoliques et de symptômes d'excitation psychique (agitation, irritabilité, hostilité...) ou symptômes purement maniaques.

Chapitre 4. Le syndrome anxieux

L'anxiété est un état émotif complexe caractérisé par le vécu pénible d'un danger imminent et imprécis, sans objet réel, avec sentiment d'incertitude et d'insécurité indéfinissable.

Aujourd'hui les termes " anxiété " et " angoisse " sont utilisés comme synonymes. Autrefois le terme " angoisse " servait à désigner l'ensemble des sensations et des réactions somatiques qui

accompagnent l'anxiété. Cette dernière étant un trouble psychique traduit par un sentiment pénible d'attente. L'anxiété est un phénomène psychique normal souvent maîtrisé par le sujet. On évoque une anxiété pathologique lorsque :

- elle est intense, de sorte qu'elle perturbe la vie du sujet et son adaptation socioprofessionnelle.
- elle est disproportionnée par rapport au danger évoqué.
- elle persiste après la disparition du danger.

Article 1 - Présentation et comportement lors de l'entretien

- Hypermimie : faciès tendu avec exagération de la mimique, ou hypomimie : visage figé peu expressif (sidération anxieuse).
- Excitation psychomotrice avec exagération des mouvements, tics, tremblements des mains ; va et vient, tripote ses doigts, serre les poings, ne tient pas en place (impatience).
- Réactions de sursaut exagéré.
- Pâleur faciale, sueurs froides, respiration haletante.
- Agrandissement de la fente palpébrale et dilatation de la pupille avec battements des paupières ; avale sa salive, éructations éventuelles ; altération de la voix, parfois bégaiement.

Article 2 - Le syndrome subjectif (symptômes psychiques)

Attente anxieuse : peur sans objet réel et défini ; attente du pire, du danger, anticipation des événements à venir avec peur ; intuition de la mort prochaine ou possible, peur de devenir fou ou de commettre un acte incontrôlé ; ruminations anxieuses : répétition incessante et monotone des mêmes idées douloureuses.
Inquiétude : sentiment d'insécurité ; incertitude ; hyperémotivité, irritabilité, sensation d'être incapable de rester en place ; désarroi psychique ; difficultés de concentration, troubles de la mémoire.

Article 3 - Les manifestations somatiques

Insomnie : souvent difficultés d'endormissement ; réveils nocturnes fréquents.

Symptômes cardio-vasculaires : tachycardie souvent variable, plus rarement bradycardie ; troubles du rythme cardiaque ; douleurs dans la poitrine (faux angor) avec sensations de constriction et de pesanteur (oppression thoracique) ; sensations syncopales.

Symptômes respiratoires : respiration haletante, sensation d'étouffement (dyspnée), toux, sanglots et soupirs, raucité de la voix avec bégaiement, blocage respiratoire asthmatiforme.

Symptômes neuro-végétatifs : pâleur ou rougeur de la face, bouche sèche, sudation, humidité des mains, vertiges, refroidissement des extrémités.

Symptômes neuro-musculaires : réaction de sursaut exagérée, tremblements avec grincements des dents, douleurs musculaires avec raideur, exagération des réflexes tendineux, tics.

Symptômes sensoriels : bouffées de chaleur ou sensation de froid, picotements, bourdonnements d'oreilles.

Symptômes gastro-intestinaux : nausées, vomissements, perte de l'appétit, douleurs avant ou après le repas (dyspepsie), sensation de brûlure épigastrique *(pyrosis),* diarrhée profuse ou constipation alternant avec la diarrhée, coliques abdominales, creux à l'estomac, amaigrissement, ictère.

Symptômes génito-urinaires : mictions fréquentes (pollakiurie), urgence de la miction, aménorrhée, ménorragies, frigidité, impuissance, éjaculation précoce.

Article 4 - Le fond permanent anxieux (Anxiété généralisée)

Disposition anxieuse de base, soit isolée, soit entrecoupée par des crises d'angoisse aiguës.

Soucis injustifiés ou excessifs sans objet réel et défini.

Attente anxieuse d'un danger imprécis (mort, folie, maladie, etc.).

Ruminations des idées pessimistes avec anticipation des événements à venir.

Exploration hypervigilante de l'environnement.

Réactions de sursaut : réaction exagérée aux moindres stimuli (bruits, lumière...).

asthénie : sentiment de fatigue ou d'épuisement qui n'a rien de commun avec la fatigue physiologique (pas d'amélioration après le repos). Le malade est surtout fatigué le matin au réveil avec une lassitude morose au début de la journée et avec une répugnance à se lever tôt.

Défaillance de la mémoire avec difficulté de concentration et distractibilité.

Manifestations somatiques :

- **Symptômes digestifs** : dyspepsie : tympanisme, lenteur de la digestion avec retentissement sur les organes cardio-respiratoires (troubles du rythme, extra-systoles et gêne respiratoire par distension de l'estomac). Ces symptômes diminuent d'intensité au fil des années, le malade peut présenter des épisodes de douleurs tardives par rapport au repas. Entérite fonctionnelle : le plus souvent, constipation spasmodique avec débâcles diarrhéiques, parfois diarrhées profuses.
- **Symptômes cardiaques** : tachycardie et troubles du rythme avec extra-systoles persistantes, souffle d'insuffisance cardiaque fonctionnelle, battements épigastriques et carotides. Hypertension : modérée, variable, coïncidant avec des troubles neurovégétatifs.
- **Troubles sexuels** : troubles de l'érection, éjaculation précoce chez l'homme et frigidité chez la femme.
- **Symptômes neurologiques** : vertiges, céphalées, incoordination motrice, altérations de la parole, tremblements.

Article 5 - La crise d'angoisse aiguë : Attaque de panique

État critique où l'angoisse se manifeste de façon brutale, intense et limitée dans le temps (moins de trente minutes dans la majorité des cas).

- Le patient est pris soudainement sans raison apparente d'une impression extrêmement pénible d'un danger imminent (mort, folie, danger imprécis). Il appelle à l'aide ou fuit brusquement le milieu où il se trouve. Il sent alors sa poitrine oppressée, son cœur battre, ses extrémités se glacer, ne plus pouvoir serrer de la main un objet, des barres épigastriques, nausées, envie d'uriner, des bouffées de chaleur lui montent à la tête... Puis peu à peu il se calme mais reste désormais dans la crainte d'un nouvel accès.

Équivalents physiques de la crise d'angoisse aiguë :

- **Crise anxieuse dyspnéique** : gêne respiratoire, toux, mouvements respiratoires irréguliers et superficiels, impression d'étouffement, crise asthmatiforme, bégaiement, aphonie (perte de la voix).
- **Crise anxieuse cardiaque** : palpitations, troubles du rythme (extra-systoles), impression angineuse (précordialgies), oppression thoracique, état syncopal.
- **Crise anxieuse intestinale** : coliques abdominales, diarrhée profuse alternant avec constipation opiniâtre, boule œsophagienne, nausées, vomissements, éructations, faim ou soif paroxystique.
- **Crise anxieuse motrice** : tremblements, maladresse musculaire avec impression de paralysie des membres.
- **Crise anxieuse vasomotrice** : rougeur et pâleur de la face (bouffées vasomotrices), impression de coulée d'eau chaude ou froide sous la peau, refroidissement des extrémités.
- **Crise anxieuse neurologique** : céphalées, vertiges (le sujet a l'impression qu'il va tomber), démarche incoordonnée.
- **Crise anxieuse génito-urinaire** : pollakiurie (miction fréquente), douleurs abdomino-pelviennes, inhibition sexuelle.

Équivalents psychiques de la crise d'angoisse aiguë :

- **Agoraphobie** : le sujet a très peur de se retrouver seul ou dans des endroits publics d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels il pourrait ne pas trouver de secours (foule, transport en commun, tunnel...). La **phobie sociale** est une peur irrationnelle persistante entraînant un désir irrépressible d'éviter une situation dans laquelle le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui et dans laquelle il craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante. Tous les types de **phobies** peuvent être à l'origine d'une angoisse paroxystique lors de la confrontation avec l'objet ou la situation phobogène.
- **Dépersonnalisation** *(voir* Troubles des perceptions) : la disparition du sentiment d'individualité personnelle d'avoir un corps, d'être une personne ayant une identité et de percevoir un monde familier, caractérisé par le sentiment de n'être plus soi-même, de transformation corporelle ou de l'organe. Ce vécu angoissant et pénible peut concerner son intégrité psychique (désanimation) ou corporelle (désincarnation). La déréalisation est la perte du sentiment de réalité, de familiarité, bien que le sujet continue à

avoir la sensation et la perception du monde extérieur. Sentiment d'étrangeté du monde. Parfois accompagné de fausses reconnaissances et d'impressions de déjà vu (impression d'avoir déjà vécu ou perçu, contre toute vraisemblance, une situation présente).

- **Raptus anxieux** : des impulsions, souvent dans les moments moins prévisibles, pendant lesquelles le malade peut réaliser des actes de violence ou un passage à l'acte suicidaire.

Article 6 - Cas particulier : Le stress post-traumatique

En rapport avec un événement traumatisant grave, peuvent apparaître des symptômes suivant un ordre chronologique constituant un syndrome, autrefois appelé " névrose traumatique " ou, plus récemment, " état de stress post-traumatique ".
Le tableau clinique associe :

- **L'anamnèse :**
  - Existence d'un événement traumatisant grave : attentat terroriste ; catastrophe aérienne ou ferroviaire ou de circulation routière ; faits de guerre ; cataclysme naturel (tremblement de terre, incendie, inondation...).
  - événement durant lequel des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures, ou bien durant lequel leur intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
  - la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'horreur ou d'impuissance.
- **Un temps de latence clinique :**
  - variable de quelques jours à plusieurs mois ;
  - parfois appelé "temps d'incubation" ou "temps de méditation" ;
  - aucun symptôme n'apparaît de façon marquée. Seul un examen attentif permet de noter un retrait dépressif, un repli sur soi ou, au contraire, une euphorie paradoxale. On note parfois une hyperadaptation à la situation (exemple de la victime qui participe aux secours...) ;
  - correspond à un travail dynamique de remaniement des défenses de la personnalité pour élaborer de nouvelles défenses permettant de faire face à l'intrusion d'un événement dont la survenue n'a pu être maîtrisée.

- **Le syndrome de répétition :**
  - quasi pathognomonique (permet à lui seul d'affirmer le diagnostic) ;
  - cauchemar de répétition dans lequel le patient revit, de façon quasi hallucinatoire, la scène traumatisante inaugurale ;
  - pensées forcées, ruminations mentales, visions de la scène inaugurale ;
  - forte réaction affective du sujet : angoisse massive, sueurs, palpitations.
- **Apparition de symptômes non spécifiques :**
  - symptômes neuro-végétatifs : hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, difficultés de concentration, irritablilité ou accès de colère, difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ;
  - anxiété, asthénie, impuissance sexuelle, anhédonie ;
  - phobies, conversions hystériques, rituels obsessionnels ;
  - troubles psychosomatiques ;
  - évitement persistant des stimuli associés au traumatisme (efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations associés au traumatisme) et émoussement de la réactivité générale (sentiment de détachement d'autrui, etc.) ;
  - installation d'un syndrome dépressif dont l'évolution conditionne le pronostic (risque suicidaire).

Chapitre 5. Les obsessions

Obsession vient du latin **obsidere (assiéger)** ; le symptôme obsessionnel correspond à une idée qui assiège l'esprit du sujet.
Les **obsessions** sont des **idées, pensées, impulsions** ou **représentations récurrentes** et **persistantes** qui sont souvent ressenties comme pénibles en raison de leur caractère contraignant et envahissant, et souvent invalidant.

L'obsession est un état pathologique émotif dont le caractère assiégeant constitue une véritable effraction de la volonté. De ce point de vue, l'obsession est à la fois un trouble de l'émotivité — ou trouble affectif — et un trouble de la volonté.
On distingue trois grands types d'obsessions :
- Les obsessions idéatives.

. Les obsessions phobiques.
. Les obsessions impulsives.

Article 1 - Caractéristiques communes

S'imposent au sujet en " assiégeant " son esprit, faisant intrusion dans sa conscience.

Apparaissent au sujet comme un phénomène morbide : elles sont ressenties comme absurdes.

Sont reconnues par le sujet comme émanant de sa propre activité psychique et n'étant pas imposées de l'extérieur.

Malgré les efforts pour les réprimer, les chasser ou les neutraliser par d'autres pensées, le patient ne parvient pas à s'en débarrasser.

Classiquement n'entraînent pas de passage à l'acte.

Article 2 - Les obsessions idéatives

Appelées idées obsédantes, elles réalisent une véritable intoxication de la pensée par une idée, une phrase, un doute, un calcul, une interrogation et toutes sortes de thèmes dont les plus fréquents sont moraux, religieux et métaphysiques.

Ces idées sont désagréables ou culpabilisantes et s'imposent à l'esprit sous forme de ruminations obsédantes. On distingue les :

Obsessions-idées : c'est une idée fixe qui ne cadre pas avec la réalité. Il peut s'agir de représentations ou de phrases le plus souvent grossières ou obscènes, sacrilèges comme des injures adressées à Dieu, ou toute autre idée neutre comme des chiffres, des mots ruminés.

Proximité sémiologique avec le **mentisme,** qui est un dévidement pénible et angoissant d'idées et de pensées stériles que le sujet ne peut modérer malgré le désir qu'il en a (principalement dans les périodes d'insomnie).

Obsessions-questions : c'est la forme précédente sous le mode interrogatif. La question est concrétisée par le langage intérieur : le patient se pose réellement une question. Cette question obsédante est le plus souvent sans réponse pour lui. On a pu parler du supplice de la question. Ces questions peuvent être très précises, concernant un événement de la vie quotidienne, ou plus générales ou d'ordre métaphysique.

Obsessions-doutes : cette obsession très fréquente est contenue dans la forme précédente : se poser une question, c'est émettre un doute, mais ici le processus psychique est plus général. On parlait autrefois de **folie du doute.** Ce sont des doutes interminables comme le doute d'avoir suffisamment lavé ou vérifié. Au maximum le patient peut même douter de son propre doute.

Obsessions-scrupules : ces idées obsédantes concernent souvent le propre comportement du sujet ; il peut s'agir de rumination de fautes anciennes, de scrupules d'un geste réalisé, d'un mot prononcé contrastant avec le caractère anodin pour autrui. Parfois il s'agit d'une réflexion à l'infini sur la morale.

Obsessions-accomplissements : l'idée obsédante concerne des tâches intellectuelles que le sujet doit accomplir comme des séries de calculs mentaux **(arithmomanie)** ou des listes à établir, ou encore une litanie de formules, de mots (onomatomanie).

L'**onomatomanie** est une obsession portant sur un mot ou un groupe de mots, investi d'une valeur bénéfique ou dangereuse pour soi ou un être cher, qui doit être prononcé ou au contraire soigneusement évité. Parfois ce mot indique une recherche obsédante de la signification d'un mot.

Le **bilanisme** est un souci obsédant d'établir l'état comparatif des gains et des pertes dans tous les domaines de l'existence : bilans sur les plans organique, psychique, matériel.

Article 3 - Les obsessions phobiques

Crainte obsédante d'objets ou de situations reconnus comme absurdes mais ne pouvant être chassée de l'esprit. Ce type d'obsession se distingue des phobies car la crainte existe en dehors de la situation ou de la présence de l'objet.

Les exemples sont nombreux : peur des couteaux par crainte de blesser ; peur des maladies, de la contamination, des microbes : folie du toucher.

Le patient décrit en détail la ou les idées qui l'angoissent, les qualifiant souvent lui-même d'idées parasites, d'idées étrangères qu'il juge bizarres, absurdes ; il ne parvient pas à s'en débarrasser. Il se sent poussé irrésistiblement sous l'influence de ses pensées à

exécuter un acte simple, comme par exemple brosser ses vêtements jusqu'à l'usure par crainte de la poussière et des microbes, ou à se laver les mains un très grand nombre de fois ou, au contraire, à ne pas exécuter un acte pourtant facilement réalisable comme par exemple celui de manipuler ou de toucher tel objet.
Il existe autant d'obsessions phobiques qu'il peut exister de phobies, c'est-à-dire que leur nombre est infini.

Article 4 - Les obsessions impulsives

Synonymes : les phobies d'impulsion, les obsessions-impulsions.
Crainte obsédante de commettre un acte absurde, dangereux, scandaleux. L'angoisse associée est importante car le sujet obsédé par cette crainte a pour premier souci de ne pas perdre le contrôle de lui-même. Il ne peut chasser l'idée de son esprit mais ne réalise pratiquement jamais l'acte redouté.
Ces obsessions impulsives peuvent être :

- suicidaires.
- homicides (crime d'intention).
- verbales : peur de prononcer des propos grossiers (coprolalie) ou sacrilèges.
- peuvent concerner des actes asociaux comme l'exhibition, la pyromanie, la kleptomanie, etc.
- Les caractères de l'obsession impulsive sont la conscience lucide, la lutte contre l'angoisse, l'irrésistibilité, l'émotivité, le soulagement consécutif à l'accomplissement d'un acte qui n'est pas celui redouté mais qui consiste le plus souvent en un rituel. Ce dernier est accompli dans l'intention d'annuler une idée, un comportement intolérable. On le désigne sous le terme de " compulsion " : c'est un comportement répétitif (par exemple, conduites de vérification, lavage des mains) ou des actes mentaux (arithmomanie, prières) que le sujet se sent contraint d'accomplir de façon quasi rituelle. Il reconnaît le caractère absurde de ses actes mais ne peut s'en empêcher. Ces rituels répétitifs inoffensifs sont pour le patient un moyen de diminuer l'anxiété liée à la tendance intérieure impérative qui le pousse à accomplir une certaine action ou à penser à une certaine idée qu'il réprouve et qu'il s'interdit sur le plan moral.

Ces comportements répétitifs intentionnels dirigés vers un but en rapport avec une ou plusieurs obsessions se déroulent suivant certaines règles, parfois de façon stéréotypée, et sont destinés à diminuer la lutte anxieuse qui provient des obsessions. Le sujet reconnaît son comportement comme absurde mais il ne peut s'en empêcher. On désigne par le terme de " rituel " la répétition ritualisée d'actes contraints et absurdes ayant une valeur conjuratoire. L'obsédé lutte ainsi contre ses obsessions sous forme de défenses stratégiques conscientes, mais insuffisantes, qui sont liées le plus souvent à un mode de pensée particulier : la pensée magique *(voir* Troubles de la pensée). Ces rituels peuvent rester localisés à un domaine précis de la vie du sujet, s'atténuer, ou s'étendre jusqu'à une ritualisation de toute l'existence.

Les rituels compulsifs ne sont pas spécifiques aux obsessions impulsives et peuvent s'observer avec tous les autres types d'obsessions. On distingue deux types de **rituels compulsifs :**

Rituels intimes : ils concernent la pensée du patient, les opérations intellectuelles ou autres phénomènes psychiques. Par exemple, des rituels en rapport avec des obsessions religieuses (répétition de prières selon des procédés personnels) ; une arithmomanie (folie des chiffres) ; manie de la chronométrie ; ruminations obsédantes stéréotypées portant sur le doute permanent (folie du doute), etc.

Rituels extérieurs : ils concernent le comportement ou les attitudes du patient : les rituels de vérification (gaz, électricité, fermeture des serrures des portes et des fenêtres), des rituels de lavage des mains, rituels d'habillage respectant un ordre toujours le même ; la folie du toucher ; la manie du rangement.

IDÉATIVES	Ruminations obsédantes : idées, doutes, questions, scrupules, calcul (arithmomanie), bilan(bilanisme)
PHOBIQUES	Crainte obsédante : ne disparaît pas en l'absence de l'objet ou de la situation phobogène (à la différence d'une phobie)
IMPULSIVES	Crainte obsédante de commettre un acte absurde ou répréhensible Synonyme : phobies d'impulsion

Chapitre 6. Les phobies

La phobie est une crainte irrationnelle et angoissante, jugée comme excessive ou absurde par le patient, déclenchée par la présence d'un objet, d'une personne, d'une activité ou d'une situation ne présentant pas de caractère objectivement dangereux. L'angoisse disparaît en l'absence de l'objet ou de la situation phobogène. On distingue les états phobiques et les symptômes phobiques. Dans les premiers, la phobie domine la symptomatologie ; les seconds entrent dans le cadre d'autres syndromes où la phobie n'est plus au premier plan.
Il existe deux degrés dans la phobie : la phobie diffuse et la phobie spécifique ou systématisée :

Panphobie ou phobies diffuses : état permanent de tension émotive, d'attente anxieuse, sur lequel surviennent des paroxysmes anxieux ou attaques de panique, sans motifs apparents ou déclenchés par des circonstances futiles. Le phobique a peur de tout. Au lieu d'être fixée à un objet spécifique, l'anxiété " flotte comme dans un rêve et ne se fixe que pour un instant, au hasard des circonstances, passant d'un objet à l'autre " (Ribot).

Phobie spécifique ou systématisée (monophobie) : la crainte est toujours relative au même objet ou à la même situation. Cette crainte peut être en rapport avec des objets, des lieux, des éléments naturels, des êtres vivants, des états physiologiques ou pathologiques et toute autre situation sociale.

Avant la description des principales phobies nous proposons une récapitulation (non exhaustive) des phobies spécifiques.
Phobies des objets : elles sont aussi nombreuses qu'il existe d'objets. Les plus classiques sont celles des couteaux, de la saleté (rupophobie), des poussières (mysophobie), des excréments (scatophobie), des poisons (toxicophobie), des métaux (métallophobie), des épingles (bélonéphobie), des objets pointus (aichmophobie), du sang (hématophobie), des fruits, des morceaux de verre (jalophobie), des étoffes soyeuses ou velours, des poils et des duvets des fruits, des voitures, des contacts malpropres, etc.

Phobies des lieux (topophobies) : les grands espaces et les lieux découverts (agoraphobie), les lieux fermés ou enserrés (claustrophobie), les précipices (cremnophobie), les lieux élevés (acrophobie), phobie du vide

(kénophobie), les pentes (clinophobie), phobie de sa maison (oichophobie), phobie des voitures (amaxophobie), phobie des chemins de fer (sidérodromophobie), phobie des cimetières, des lieux de culte, etc.

Phobies des éléments naturels : phobie de l'air et du vent (anémophobie), phobie de l'eau, des rivières, de la mer (hydrophobie, potamophobie ou thalassophobie), phobie du feu (pyrophobie), phobie des orages ou tempêtes (cheimophobie), phobie du tonnerre (bronthémophobie), phobie des éclairs (astraphobie), phobie de la nuit ou de l'obscurité (nyctalophobie ou keronauphobie).

Phobies des êtres vivants : phobie des hommes (anthropophobie), phobie des femmes (gynécophobie), phobie des animaux (zoophobie), phobie des araignées (arachnophobie), phobie des chiens (cynophobie), phobie des chats (galéphobie).

Phobies des états physiologiques ou pathologiques : peur de rougir en public (éreutophobie), peur des maladies (nosophobie), phobie de la station verticale (stasophobie), peur de ne pouvoir marcher (basophobie), peur de l'impossibilité de se lever quand on est assis, crainte de ne pouvoir satisfaire ses besoins naturels (physiophobie), phobie de la parole (logophobie), phobie de l'écriture (graphophobie), phobie des anomalies du corps ou du visage (dysmorphophobie), phobie des poils (trichophobie), phobie du sommeil, phobie de la sueur (éphidrophobie), phobie des douleurs (algophobie), phobie des douleurs morales (odynéphobie), phobie de la folie (maniphobie), crainte d'avoir peur (phobophobie), phobie d'être enterré vivant (taphéphobie), phobie de la mort (thanatophobie)...

Autres phobies des situations sociales : peur de manger en public, peur d'utiliser les toilettes publiques, peur de bégayer, d'avoir le hoquet, peur des poussières et des contacts (mysophobie)...

Caractéristiques générales des états phobiques :

- Angoisse, déclenchée uniquement " en présence " de l'objet ou de la situation phobogène : elle est caractérisée par une peur subjective et des manifestations somatiques de l'angoisse : tachycardie, polypnée, sueurs, tremblements, etc.
- Conscience du caractère excessif ou absurde de la crainte.
- Présence d'un comportement visant à conjurer l'angoisse :
  - conduites d'évitement : le sujet évite l'objet ou la situation phobogène. A un degré plus élevé, il évite même les situations dans lesquelles il pense que l'objet phobogène peut apparaître ;

- conduites de réassurance : au moyen de personnes (souvent familières : parents, conjoint, amis, voisins...) ou d'objets dits " contraphobiques ", utilisés pour affronter la situation phobogène sans angoisse ;
- conduites de fuite en avant : affrontement délibéré de la situation phobogène.

Agoraphobie : phobie liée à l'espace d'où le patient ne peut ou craint de ne pouvoir sortir ou de ne pas trouver de secours. Il évite de se retrouver seul dans les endroits où il est difficile de s'échapper, où il n'y a pas d'issue :

- Espaces ouverts : foules, rues, grands magasins, files d'attente.
- Moyens de transport en commun : bus, métro, train, avion.
- Lieux élevés : ponts, tours.

L'agoraphobie est la peur des espaces. Dans son sens littéral elle est la peur des places publiques ; dans un sens plus large elle est la peur des grands espaces vides ou envahis par la foule. En fait elle est souvent associée à la claustrophobie (phobie des espaces fermés) : les sujets phobiques redoutent tous les endroits éloignés d'un lieu sécurisant et les moyens de transport ou les endroits exposés. La présence de la situation phobogène s'accompagne d'une crainte angoissante, d'un tremblement généralisé, d'une symptomatologie aiguë correspondant à une crise d'angoisse aiguë ou attaque de panique *(voir* Syndrome anxieux). Il existe une peur anticipatoire de ne pas être secouru qui apparaît dans l'imminence même de l'exposition à la situation. L'évolution de cet état se fait vers l'extension des conduites d'évitement ; le phobique a de plus en plus besoin d'être accompagné dans les lieux où il ne se risque plus seul. Le caractère invalidant sur le plan socioprofessionnel apparaît rapidement, se manifestant en particulier par l'impossibilité pour le sujet de réaliser des déplacements ; le degré ultime étant la claustration. La principale conduite de réassurance consiste en l'accompagnement par une personne (le conjoint, un parent ou un ami, même un jeune enfant), un animal (chien, chat) ou parfois en la simple présence d'un objet inanimé dit **objet contraphobique** (un talisman, un parapluie, un cartable) qui permet au sujet d'affronter des situations, parfois même sans angoisse.

Phobies sociales :

- Peur d'être observé et jugé par les autres, dans des situations de groupe ou d'évaluation où l'on se trouve exposé à l'observation attentive d'autrui, accompagnée de manifestations somatiques de l'anxiété (augmentation de la fréquence cardiaque, rougeur, polypnée, transpiration, etc.). Le sujet craint d'agir de manière honteuse ou embarrassante devant les autres. On parle de phobie sociale lorsque l'anxiété provoquée par la situation de groupe n'est plus supportable pour le sujet ou lorsque les conduites d'évitement sont nombreuses et invalidantes. L'anxiété phobique porte alors sur les représentations d'inefficacité du sujet face aux autres, il anticipe d'être humilié par son comportement, comme par exemple bredouiller, rougir, dire des bêtises, être incapable de réagir à une situation. Dans ce contexte de comportement phobique les conduites de réassurance sont peu efficaces. Les principales phobies sociales sont :
  - peur de parler en public : le patient ne peut pas s'exprimer clairement en public. Son discours n'est pas précis. Il craint de faire des erreurs ou d'être critiqué. Insatisfait, il essaie de terminer rapidement ;
  - peur de rougir ou éreutophobie (à distinguer de l'érythrophobie ou peur de la couleur rouge) : le patient ressent le rougissement comme une bouffée de chaleur qui remonte du ventre vers la poitrine jusqu'au visage. Ce rougissement survient souvent en présence de personnes du sexe opposé, ou des personnes d'autorités, ou même devant les personnes familières. Le patient essaie de le dissimuler : barbe, maquillage ;
  - peur de manger ou de boire en public : il s'agit des tremblements de la main lorsque le sujet se trouve exposé au regard d'autrui au moment des repas. Le patient craint de renverser son verre ou son assiette ;
  - peur d'écrire devant les autres ou **crampe de l'écrivain** : se traduit par des tremblements et même des contractures douloureuses de la main lorsque le patient écrit devant les autres ou lorsque ses écrits doivent être lus, ce qui rend l'écriture tremblée, déformée et parfois illisible. Un trouble identique peut apparaître lors des activités professionnelles (un infirmier lors des prises de sang...) ;

peur d'utiliser les toilettes publiques : le patient ne peut pas uriner lorsque sa présence est connue par d'autres personnes. Évitant les toilettes publiques, il doit être seul pour parvenir à uriner.

. Phobies sexuelles : il s'agit de la peur de ne pouvoir accomplir l'acte sexuel en présence de son partenaire et la peur de son jugement.

• Autres phobies sociales : phobie du contact humain (parler aux personnes étrangères, regarder les gens...), transpirer devant un individu, souvent représentant l'autorité, peur de passer des examens, etc.

- Anxiété anticipatoire : peut survenir bien avant la confrontation aux situations sociales où le sujet se sent exposé au regard de l'autre. Le sujet craint d'être jugé comme ridicule, anxieux et faible. Cette anxiété peut aboutir à un véritable échec dans la performance réelle.
- Trac : anticipation d'un échec public dans le cadre de la vie professionnelle. Cette peur n'ayant aucun rapport avec la réalité conduit à des ruminations anxieuses et à l'apparition des symptômes somatiques de l'anxiété.
- **Les** phobies sociales peuvent **être** localisées **ou** limitées : comprenant les phobies de parler et manger en public. Le sujet a peur d'une situation unique, n'évite pas toutes les situations sociales. Dans d'autres cas les phobies sociales sont généralisées (les phobies portent sur la plupart des situations sociales).

Phobies simples **ou** spécifiques : il s'agit des phobies monosymptomatiques peu envahissantes et limitées portant sur des objets ou des situations très spécifiques. La peur peut être simplement déclenchée par l'évocation de l'objet phobogène.

• Phobies **des** animaux : parfois juste une image ou un dessin représentant l'animal suffit :

- phobies des oiseaux (pigeons) ou de leurs plumes ;
- phobies des chiens, des chats, des serpents, des araignées.

• Claustrophobie : angoisse sous forme d'une sensation d'étouffement dans des lieux clos (ascenseur, cinéma, théâtre, etc.). Peut être associée à une agoraphobie.

- **Acrophobie ou phobie des hauteurs** : l'angoisse se traduit par des faux vertiges dans les endroits élevés. La forme mineure peut apparaître chez de nombreuses personnes. Au degré le plus élevé le sujet ne parvient pas à descendre un escalier, à regarder par une fenêtre haute et même à monter sur un tabouret.
- **Phobies des transports** : entre dans le cadre de l'agoraphobie. Porte sur l'automobile, le métro, le bus, l'avion...
- **Tout objet et toute situation peut être phobogène** : phobie du sang, des médecins, des soins dentaires, des objets dangereux (couteaux), de l'orage, de l'eau.

Phobies de l'enfant : les phobies sont très fréquentes chez l'enfant, se rencontrant dans le développement normal, et doivent être distinguées des peurs dites " archaïques " comme la peur du noir, du visage de l'étranger (à 6 mois), des objets nouveaux et de toutes situations insolites... Ces peurs ne sont pas des phobies au sens strict, elles s'observent constamment dans les premières années et disparaissent normalement. Leur persistance après 5 ans devient préoccupante.

La succession normale des phobies dans le temps permet de décrire :

- Peur de l'étranger (vers le 8e mois) entraînant une peur de la séparation de la mère qui apparaît vers 9 mois, atteint son maximum à 2 ans et disparaît vers 4 ans.
- Peur des créatures imaginaires (géants, sorcières, fantômes).
- Peur des phénomènes naturels : orage, feu, eau.
- Peur de l'obscurité.
- Peur des animaux : d'abord des animaux qui mordent, notamment chiens et loups, peur des petits animaux vers 3-4 ans, puis des grands animaux.
- Peur de la mort (essentiellement de la mort de la mère) apparaissant vers 8 ans.
- Phobies de situations apparaissant vers 5 ans : peur d'être seul, peur d'un couloir, peur d'aller seul aux toilettes, peur de l'ascenseur.

Les phobies pathologiques chez l'enfant sont définies par leur persistance prolongée et leur intensité en particulier lorsqu'elles deviennent envahissantes et gênent l'activité de l'enfant. Elles ont souvent un caractère d'atypicité, de bizarrerie : peur de la poupée

qui pleure, peur des bruits ménagers, peur d'une fente dans l'émail (le la baignoire. Un type de phobie pathologique chez l'enfant est appelé **phobie scolaire** : il s'agit d'une phobie de situation pouvant se manifester par une peur du trajet à l'origine d'un refus d'aller à l'école ou d'une peur de l'école elle-même. Le premier cas peut se rattacher à l'agoraphobie ; le deuxième cas, à la claustrophobie.
La réaction d'angoisse intense, d'attaque de panique ou une crise d'angoisse aiguë apparaît au moment où l'enfant se rend à l'école ou est déjà dans l'école. Cette peur de l'école peut aussi se manifester ou s'exprimer comme étant une peur du professeur, une peur de l'échec scolaire, une peur de la cour de récréation, une peur d'aller au tableau ou toute autre forme de phobie sociale en rapport avec la scolarité.

Cette peur peut être totale, apparaissant dès le début de la scolarité, ou partielle, portant sur certains fonctionnements scolaires (les mathématiques, la lecture). Des réactions de fuite, de détresse, d'agressivité peuvent se manifester lorsque l'enfant est contraint à affronter la situation phobogène. Il n'est pas accessible au raisonnement ; il promet toujours d'y aller le lendemain. Confiné à la maison, refusant de sortir et vivant souvent dans l'isolement il n'y a pas en général de refus de travailler à la maison. La durée de cet état phobique peut parfois durer des années et mettre en jeu l'avenir scolaire de l'enfant.

DÉFINITION	CARACTÉRISTIQUES
• crainte irrationnelle	• jugée comme excessive ou absurde par le sujet
• d'un objet, d'une situation	• dits phobogènes
• qui n'ont pas de caractère dangereux en eux-même	• peur irraisonnée
• crainte apparaissant en présence de l'objet	• possible crise d'angoisse aiguë (attaque de panique)
• disparaissant en son absence	• à la différence de l'obsession phobique
• crainte à l'origine de comportements conjuratoires de l'angoisse	• conduites d'évitement ; de fuite • conduites de réassurance (objets contraphobiques)

- DÉFINITION D'UNE PHOBIE -

Phobies atypiques :

- **Phobies d'impulsion ou obsessions impulsives :**
  - crainte obsédante, en présence d'objets ou de situations pouvant être utilisés de façon agressive, de réaliser un acte ou de prononcer des paroles absurdes, immorales, auto ou hétéro-agressives ;
  - l'acte redouté n'est jamais commis. Il est souvent répréhensible (si l'acte est réalisé, on parle de compulsion) ;
  - la crainte disparaît en l'absence de l'objet ou en dehors de la situation pouvant être utilisée de façon agressive ;
  - principaux objets phobogènes : objets pointus et tranchants (armes blanches, instruments de cuisine) ;
  - il peut exister des phobies d'impulsion meurtrières :
    - suicidaires : peur de se défenestrer, de sauter du haut d'une tour ou de se jeter sous une voiture ;
    - homicides : peur de prendre un couteau pour poignarder, jeune mère craignant de blesser son enfant.
- **Nosophobie :**
  - crainte des microbes ou d'être atteint d'une maladie ;
  - les formes mineures sont très fréquentes, souvent majorées par une lecture ou un ami malade (exemple classique de l'étudiant en médecine qui pense être atteint de la maladie dont il vient d'étudier les symptômes) ;
  - plus fréquemment, concerne les maladies cardiaques, le sida et les cancers;
  - la crainte est souvent localisée sur un seul symptôme, à la différence de l'hypocondrie où les plaintes sont multiples, portant sur différents organes. Les nosophobiques craignent les maladies, les hypocondriaques se croient malades ; les premiers redoutent l'avenir et les seconds songent au présent ;
  - les plaintes nosophobiques peuvent se voir dans plusieurs cadres pathologiques :
    - dans les symptomatologies obsessionnelles, les rituels de lavages intensifs entraînent parfois des complications liées à l'utilisation abusive des caustiques ;
    - dans la mélancolie elle aboutit à une conviction inébranlable de l'incurabilité ;

. la thématique nosophobique peut se rencontrer dans de nombreux syndromes délirants.

. **Dysmorphophobie** : préoccupation morbide portant sur l'apparence corporelle, s'exprimant sous forme de doutes, d'idées obsédantes, d'une certitude douloureuse de difformité :
  - soit généralisée, concernant l'ensemble de la morphologie corporelle (silhouette, taille, poids) ;
  - soit localisée avec une prédilection pour le visage (notamment forme du nez), les seins chez la femme ou le pénis chez l'homme.

Plutôt que la crainte d'être laid, la dysmorphophobie représente une conviction de disgrâce corporelle, inébranlable, douloureuse et angoissante à l'origine d'une appréciation fausse et péjorative de sa propre esthétique concernant une partie ou l'ensemble du corps, modifiant ainsi les rapports du sujet à lui-même et aux autres. La répétition des plaintes (fréquemment apparues pendant l'adolescence) évolue le plus souvent dans un contexte d'anxiété et de thymie dépressive. Tous les degrés entre la crainte de la laideur et la conviction absolue inébranlable de disgrâce peuvent s'observer. Les patients dysmorphophobiques présentent une propension à une certaine sensitivité : ils sont inquiets, hypersensibles, en état d'alerte, insatisfaits, préoccupés d'eux-mêmes et de leur image physique et morale.

Proximité sémiologique avec l'**autodysosmophobie** qui est une crainte obsédante voire une conviction inébranlable d'être malodorant, d'exhaler des odeurs nauséabondes qui importunent l'entourage. Malgré la présence des symptômes dépressifs de type autodépréciation avec mésestime de soi et sentiment de honte, les idées dysmorphophobiques doivent cependant être distinguées des idées hypocondriaques que l'on rencontre dans le syndrome mélancolique. Dans ce dernier les idées délirantes de dépréciation corporelle peuvent toucher la surface externe du corps (modifications de la texture cutanée, disparition du réseau veineux ou artériel...) mais concernent plutôt le registre de la vitalité que celui de l'esthétique. Il s'agit alors au maximum des idées de négation d'organe du syndrome de Cotard.

Les préoccupations dysmorphophobiques entraînent la recherche obsédante de solutions médico-chirurgicales pouvant amener le sujet à consulter plusieurs chirurgiens. Le comportement du

dysmorphophobique est dicté par cette recherche de solutions : examens répétés devant la glace, documentation sur les possibilités esthétiques, sollicitations pressantes et démarches renouvelées, consultations multiples. A la recherche d'une satisfaction esthétique, le dysmorphophobique se soumet volontairement, souvent de façon répétitive, à un geste chirurgical avec ses conséquences algiques, de déformation temporaire, de risques liés à l'anesthésie et d'inconvénients liés à l'hospitalisation. Proximité sémiologique de cette démarche avec un processus d'automutilation.

En raison de l'existence d'un sentiment de disgrâce corporelle qui sous-tend tous les modes d'expression de la dysmorphophobie, le terme de **dysmorphoesthésie** a été proposé pour désigner les troubles de l'apparence liés à la distorsion du sentiment esthétique de l'image de soi. Les dysmorphophobies, qu'elles soient isolées ou associées à d'autres troubles psychiatriques, ont en commun une perturbation du sentiment esthétique de l'image de soi.

Livre IV

Les troubles du comportement et des conduites

Le **comportement** est l'ensemble des manifestations et des actions extérieures d'un individu, sa manière d'être et d'agir accessible à l'observation. Il est sous la dépendance de nombreux facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux et culturels.
La notion de **conduite** introduit l'idée d'intentionnalité, et rassemble les actions par lesquelles l'individu cherche à s'adapter à une situation.

Chapitre 1. Présentation et contact

Article 1 - Présentation

Le premier temps de l'examen clinique est celui de l'observation prenant en compte l'aspect général, l'attitude, la tenue, la mimique et la façon de parler. Ces premiers instants donnent des indications sur l'ensemble de l'état physique et psychique dont la valeur sémiologique est précieuse.

1.1 - L'inspection

Elle porte en particulier sur :

Les malformations physiques concernant la taille (gigantisme, nanisme), la forme du crâne (microcéphalie, macrocéphalie, acrocéphalie...), de la face (asymétrie, séquelles traumatiques).
Les cicatrices : témoignages d'une ou de plusieurs tentatives de suicide par phlébotomie (section des veines) ou de traumatismes multiples (accidents, bagarres, gestes autoagressifs, automutilations).

Les signes physiques : tremblements, transpiration abondante, couleur des téguments (pâleur ou couleur violacée), signes de traumatismes (bleus, hématomes, plaies...), traces d'injections ou de brûlures, inégalité des pupilles, mydriase ou myosis uni- ou bilatéral.

1.2 - La démarche

Elle peut être normale ou lente, hésitante, bizarre, assurée, titubante, claudicante.

1.3 - La tenue vestimentaire

Tenue négligée : vêtements sales, avec débris alimentaires révélant une incurie générale avec absence de soins corporels (syndrome démentiel, syndrome confusionnel, syndrome dissociatif, syndrome maniaque). Il arrive que le malade s'habille à l'envers (syndrome maniaque, syndrome dissociatif, syndrome démentiel).

Excentricité vestimentaire : couleur vive des vêtements, maquillage exagéré, inadaptation à l'âge ou au sexe (travestisme), décorations fantaisistes avec ornement de bijoux, port d'objets religieux (croix, bague, chapelets...), d'objets inusités (amulettes, blindage) ou de médailles, parfois vêtements ridicules et baroques. Cette extravagance vestimentaire, souvent accompagnée d'un arrangement spécial de la coiffure et de la barbe (parfois haussée d'ornements), se rencontre principalement chez certains patients délirants ou maniaques.

Tenues correctes et recherchées avec surpropreté (certains troubles de la personnalité de type paranoïaque ou obsessionnel) et présentation hyperconventionnelle.

Tenues déchirées, déchiquetées, fréquentes dans les états d'agitation extrême (confusion mentale, fureur maniaque).

La nudité : en rapport avec la désinhibition instinctivo-affective (syndrome maniaque), la discordance (syndrome dissociatif) ou la thématique délirante (syndrome délirant).

1.4 - L'hygiène

Incurie, absence de soins corporels, odeurs en rapport avec l'incurie, mauvaise haleine, denture abîmée.

1.5 - La physionomie

Il s'agit de l'ensemble des expressions du visage, des attitudes et des gestes qui accompagnent les états affectifs et par lesquels le sujet traduit son vécu. **L'expression mimique** porte sur les attitudes et mouvements du visage ; l'**action mimique** concerne les attitudes et mouvements du corps (notamment les membres supérieurs et la tête).

Troubles de l'expression mimique :

- **Hypermimie : exagération de l'expression mimique traduite par :**

- soit une mobilité excessive des traits du visage, une augmentation de la durée des expressions ou une production des expressions sous l'influence des causes les plus légères avec diffusion de la mimique aux bras ou au tronc ;
- soit une fixité anormale de l'expression, avec concentration de la mimique (exemple dans la mélancolie).

• **Hypomirnie : (diminution de l'expression mimique.** Les mouvements des traits du visage sont plus faibles, plus lents et moins durables.
• **Amimie : suppression de l'expression physionomique.** On distingue deux variétés :
  - asthénique : résolution des traits du visage qui ne représentent plus aucune expression ;
  - hyperesthésique : caractérisée par des contractions musculaires donnant un aspect fixe et invariable.
• **Paramimie** : dans certains cas il existe une dissociation entre l'état psychique et la mimique ; l'expression physionomique est paradoxale (grimaces bizarres relevant du syndrome dissociatif, air joyeux du patient mélancolique...).

Troubles de l'action mimique :

• **Hypersémie** ou action mimique exagérée.
• **Hyposémie** ou action mimique diminuée.
• **Asémie** : disparition complète de la gesticulation entraînant une immobilité avec ou sans raideur.
• **Parasémie** : certains patients délirants traduisent leurs idées délirantes par des gestes bizarres dont la signification toute personnelle échappe à l'entourage.

Stéréotypies gestuelles :

• Attitudes, tics, gestes sans signification actuelle répétée inlassablement, reproduits avec fixité au point d'entraîner des lésions. Cette répétition inadaptée, indéfinie, quasi automatique peut concerner un geste, une attitude ou l'expression verbale. Le malade semble réduire sa mimique à un certain nombre d'attitudes ou de gestes invariables et stéréotypés.
• Automatismes simples comme le geste de frictionner ses mains, de lisser ses cheveux, de se frotter le nez ou le front, de se gratter une partie du corps, de se frotter le genou, d'un balancement de la tête et du tronc (tic de Salaam), d'un grincement de dents ou d'un mâchonnement continuel.

- Gestes complexes comme les salutations, les génuflexions, les mouvements expressifs de l'impatience, de la douleur ou de la satisfaction à l'aide des bras et des mains.
- Echomimies et échopraxies sont la répétition et l'imitation de la mimique et des gestes. Reproduction des gestes de son voisin ou de son interlocuteur. Le malade répète les attitudes et les gestes dont il est spectateur.

Parakinésies : mouvements anormaux qui parasitent, remplacent ou caricaturent les mouvements normaux. Il s'agit le plus souvent de stéréotypies de grattage, de balancement, de rotation, de frottement de la tête contre le mur (jusqu'à de graves lésions crâniennes).

Stéréotypies akinétiques ou d'attitude : adoption répétitive d'attitudes indéfiniment conservées comme une station sur la pointe des pieds, la tête renversée en arrière, l'accroupissement sur les genoux fléchis, le visage figé dans une grimace permanente, une déambulation machinale, des gestes de ramassage, une clinophilie (quête permanente du lit et de la position allongée), la station debout au même endroit pendant des journées.

Les stéréotypies gestuelles et d'attitudes peuvent consister en des faits mineurs comme des signes de la main, des balancements, des jeux de mains, des tripotages, des mouvements pour faire tourner des objets, etc. Mais parfois il peut s'agir de gestes plus ou moins agressifs qui par leur répétition deviennent automutilants : par exemple des coups portés sur la tête, des claques qu'il s'inflige à lui-même, des morsures infligées également à lui-même, des gestes de pincement ou de raclement de certaines parties de son corps. Parfois le patient utilise un objet dans ses mouvements stéréotypés. Les lésions peuvent être graves et menacer la vie du sujet. Les conséquences de ces automutilations peuvent être nombreuses : hématomes, hémorragies, infections, fractures, lésions d'un organe sensoriel, comas...

1.6 - Le maniérisme

Se traduit par un ensemble de manifestations motrices (expressions mimiques, gestes, attitudes) donnant l'impression d'un comportement artificiel, emprunté, théâtral, voire baroque : style emphatique, phrases sophistiquées et ampoulées, gestes hypertrophiés,

désadaptés, compliqués. Il prend un air affecté pour dire des banalités ou une attitude douloureuse comme en proie à une grande douleur alors qu'il se calme. On distingue le **maniérisme de jeu** faisant partie du ludisme des maniaques, le **maniérisme des délirants** (air triomphant des mégalomanes) et le **maniérisme automatique** du syndrome catatonique. Proximité sémiologique avec le théâtralisme de la personnalité hystérique *(voir* Personnalités pathologiques) ou les bizarreries du syndrome dissociatif ou certaines manifestations du syndrome de conversion, se traduisant par des jeux de physionomie étranges (clignements d'yeux, mouvements bizarres des lèvres, des joues et des mâchoires sous forme de contractions, contorsions) donnant un faux aspect comique.

Article 2 - Le contact

De nombreuses modalités sémiologiques permettent de distinguer plusieurs types de contact relationnel en fonction du caractère adapté à la situation, coopérant ou réticent, calme ou agressif, présent, absent ou distrait, etc. Les cas les plus fréquents et caractéristiques sont :

Syntonie : participation spontanée à l'ambiance, avec fusion affective, le contact s'établit facilement, le comportement du patient pendant l'entretien est adapté à la situation. Il n'y a ni réticence ni familiarité excessive. Le contact syntone est un contact en accord avec l'ambiance.

Hypersyntonie : il s'agit d'une familiarité excessive du contact. Le patient réagit de façon excessive à l'ambiance. Elle peut entraîner un ludisme où le patient s'exprime avec prolixité, multipliant les taquineries.

Indifférence : l'indifférence est la perte de la tendance à s'intéresser à l'entourage et à soi-même. Le patient, quasi mutique, ne répond à aucune sollicitation verbale, donnant une impression de froideur. Le contact est très difficile à établir. Parfois le patient paraît absent, ne prêtant aucune attention à ce qui se passe autour de lui, semble être ailleurs. La conversation est difficile et pauvre, limitée à quelques paroles banales.

Réticence : attitude de méfiance excessive qui se traduit par un refus systématique et volontaire d'exprimer sa pensée, ses idées, d'expliquer (par exemple) les raisons de ses propres difficultés. Il

s'agit le plus souvent d'un silence volontaire du patient sur tout ou partie de son délire. Les réponses du patient sont assez typiques : « Vous le savez mieux que moi », « Je n'ai rien à vous dire », « Tout est noté dans le dossier ».
Deux réticences sont distinguées :

- Réticence **passive** : le malade se tait obstinément, se confine dans un faux mutisme, souvent accompagné d'une clinophilie (refuge dans son lit avec ou sans sommeil).
- Réticence **active** : le malade parle beaucoup, parfois même de façon logorrhéique (réticence prolixe) tout en détournant le sujet de la conversation. Il ne répond pas directement, passe rapidement d'un sujet à l'autre (diffluence). Il peut s'agir d'une dissimulation du délire chez le patient méfiant et persécuté. Parfois le malade ne répond pas à certaines questions et reste silencieux sur certains points alors qu'il s'exprime normalement par ailleurs (mutisme électif). Il arrive que le patient feigne de ne pas comprendre la question, demande à ce qu'on la répète, ironise sur les idées délirantes évoquées. Dans certains cas, il admet les idées délirantes évoquées par son entourage, mais en donne des explications ou justifications, essaye de convaincre son interlocuteur en rationalisant ses idées.

A un degré maximum, la réticence aboutit à des conduites de négation et d'opposition, le malade nie les actes ou les propos délirants qu'on lui attribue. Parfois il se tait (sous l'influence des hallucinations qui lui ordonnent de ne plus parler) et sombre dans un mutisme absolu. L'oppositionnisme se traduit par la résistance du sujet à tout ce qu'on sollicite de lui. Il refuse de parler, d'écrire, de manger (refus d'aliments), de se coucher, de se lever. C'est l'hétéro-négativisme, mais le négativisme peut aussi se manifester sous forme d'autonégativisme. Le malade résiste à ses propres besoins, il refuse de manger, d'uriner, d'avaler sa salive...

Contact dissocié (voir chapitre : Syndrome dissociatif) : discordance de la mimique ; le patient éclate de rire en racontant une histoire triste, en exprimant ses idées suicidaires ou encore quand on lui apprend une mauvaise nouvelle. Parfois les rires sont immotivés, sans aucune raison apparente. Il prend un air sérieux pour dire des banalités. Il arrive qu'il s'isole dans une attitude douloureuse, mais quand on l'interroge il nie les idées tristes se déclarant heureux

Je vivre. Parfois il pleure sans raison apparente. Ses actes sont en contraste avec ses intentions et ses propos donnant un aspect impulsif. Un patient qui semble être coopérant, poli et calme se lève brusquement et frappe son interlocuteur. Il existe des crises d'agitation inattendues lors d'une frustration minime, avec cris, agressivité, attitudes bizarres, stéréotypies gestuelles et akinétiques. Sur le plan affectif, le contact dissocié est froid et bizarre, il exprime de façon superficielle des sentiments et des émotions changeants rapidement. Il accepte sans difficultés les situations pénibles et reste indifférent devant les événements agréables, n'exprime aucune affection pour ses proches et pour ceux qu'il reconnaît être ses amis. Le patient dit athymhormique semble indifférent aux autres. Le langage et l'activité intellectuelle sont indépendants, il existe des suspensions du discours (barrage, fading mental), parfois le malade sombre dans un mutisme absolu. On observe également une déformation de la structure grammaticale (para ou agrammatisme), le malade emploie des mots nouveaux ayant une signification personnelle qui reste inaccessible à l'interlocuteur (néologismes). Plus souvent il n'y a pas d'axe thématique dans les propos ; il passe rapidement d'un sujet à l'autre (diffluence), l'interlocuteur a du mal à suivre le fil de la conversation. L'ambivalence se manifeste par l'existence concomitante de propos, d'actes, de pensées, d'émotions et d'attitudes opposés que le malade exprime sans étonnement ni inquiétude. Devant la main tendue, le patient dissocié hésite, la serre puis la relâche, la reprend ; ou il ne la serre pas, quitte le bureau et quelques minutes plus tard revient pour la serrer. Parfois il est réticent en début d'entretien, ne voulant pas parler, refusant toute sollicitation pour répondre aux questions mais ensuite tient la conversation, se montre coopérant. La mimique peut être simultanément rieuse et pleurarde, calme et coléreuse.

Contact du patient halluciné : le patient arrête de parler au milieu de son discours, prend un air précieux, regarde dans le vide comme s'il écoutait une voix **(attitude d'écoute).** Parfois il converse avec un interlocuteur invisible, il arrive que le patient se tourne en arrière pour répondre à celui-ci. Il utilise des moyens de protection pour couvrir les voix (coton dans les oreilles, casque de baladeur...). Une brusque interruption du contact avec le monde extérieur peut se manifester, le patient semble être ailleurs, exécute les actes imposés par les voix.

Contact érotisé ou attitudes de séduction : érotisation du contact social, trait caractéristique de la personnalité hystérique (*voir* Personnalités pathologiques).

Attitudes de pudeur.

Attitude hautaine et distante.

Obséquiosité, avec politesse exagérée et attitude conformiste. S'observe classiquement dans le maniérisme baroque du syndrome dissociatif, ou dans certaines personnalités pathologiques (paranoïaques).

Article 3 - Les troubles du langage

Mode d'expression :

- **Modifications de la diction expressive** : concernent l'intensité, la hauteur et le timbre de la voix. Dans les conditions normales l'intensité de la voix est ordinairement en rapport avec celle des émotions. Dans les états pathologiques ce parallélisme n'est plus constant.
  - la voix peut être très peu intense, parfois à peine perceptible (mélancolie) ;
  - voix haute, sonore (manie), pouvant atteindre une intensité telle qu'elle finit par s'érailler et laisser le malade presque aphone ;
  - voix factice, artificielle avec répétition déclamatoire et théâtrale de mots banals, vulgaires, souvent vides de sens : verbigération ;
  - voix sentencieuse et prédicante des délirants mystiques ;
  - monologue : fréquent et banal mais grande valeur sémiologique quand il est énoncé à haute voix, sans aucun souci d'être observé, accompagné de gestes. Il faut tenir compte de l'intonation différente des hallucinés qui conversent à la fois avec leur interlocuteur invisible (hallucinations) et avec leur interlocuteur réel.
- **Modifications du langage** : peuvent porter sur la succession des phrases et des mots, sur la rapidité du discours (rapidité normale, diminuée ou augmentée).
  - logorrhée : augmentation du débit verbal ; le patient parle avec volubilité comme s'il n'avait pas le temps pour exprimer toutes ses idées. Il prend à peine le temps de respirer ;

- choréophrasie ou langage elliptique : parfois la succession des phrases est tellement rapide que le patient finit par bredouiller certains mots. Il ne peut plus exprimer toute une série d'idées ;
- lalomanie : le patient est communicatif, il a besoin de parler. C'est une accélération du langage observée dans l'état d'excitation psychique avec réaction émotionnelle intense ;
- le mélancolique, au contraire, s'exprime d'une façon traînante, répond à peine aux questions. Il parle par phrases décousues, parfois s'arrête avant d'avoir terminé sa phrase (en général dans un sanglot ou un gémissement).

• **Pauses dans le discours :**
- pauses qui ont pour objectif de souligner les parties importantes ;
- pauses liées à une recherche de mots justes ;
- pauses liées à l'incohérence :
  • fading mental : trouble du cours de la pensée caractérisé par une diminution progressive du rythme de la phrase jusqu'à un arrêt total du discours, suivi d'une reprise du rythme normal sur un thème identique ou sur une toute autre idée ;
  • barrage : interruption momentanée et involontaire du discours. Le patient reprend la parole sur le même thème ou sur un autre. Les barrages et le fading mental font partie de la dissociation du cours de la pensée.

• **Mutisme** : c'est une absence de langage due à une cause psychique, sans lésion de l'appareil vocal et du système nerveux. Il peut être absolu ou relatif, continu ou intermittent, volontaire ou involontaire. Trois formes peuvent être distinguées :
- le patient ne veut pas répondre :
  • délire de persécution : refus systématique de parler. Le malade à l'air de ne pas faire attention au médecin, tourne le dos et, si le médecin insiste, profère quelques paroles révélant l'idée délirante. Parfois " les voix " lui défendent de parler (hallucinations auditives). Il donne des réponses caractéristiques d'un délire de persécution : « Vous le savez mieux que moi », « Tout est noté dans le dossier »... et il se renferme ensuite dans un silence absolu. Regarde de façon méfiante le ou les soignants tout en cherchant le but des questions. Il arrive parfois, quand est mise en doute la réalité du délire, que le patient se révolte et exprime son délire en détail ;

- négativisme : résistance automatique à toutes les sollicitations. Élément constitutif du syndrome catatonique ;
- mutisme maniaque (syndrome maniaque) : refus ludique de parler, moins tenace, pour mettre l'interlocuteur dans l'embarras ; mutisme rarement complet ;

- le patient ne peut pas répondre :
  - syndrome mélancolique : l'aspect physionomique est souvent révélateur : concentration douloureuse, oméga mélancolique, regard fixé sur un point... Le patient commence à parler lentement à voix basse, dit très peu de mots jusqu'à devenir complètement mutique, incapable de répondre, n'ayant même plus l'air de faire attention à ce qu'on lui dit. Le mutisme des mélancoliques peut être lié à l'existence des idées délirantes associées et des idées suicidaires. Le mélancolique craint de nuire à quelqu'un en parlant ou de s'exposer à une maladie grave en ouvrant la bouche. Parfois il s'imagine qu'il n'a plus de langue (idées de négation) et d'autres fois se croit indigne de parler.
  - syndrome confusionnel : le mutisme ici est le fait d'une baisse de la synthèse mentale indispensable à la construction des phrases. Il est rarement total, mais le devient lorsque la stupeur apparaît car il y a une suspension de toute activité psychique.
- le patient veut mais ne peut pas parler : il s'agit des aphasies :
  - embolalie : des syllabes, des mots ou des phrases sont intercalés dans le discours du patient. On distingue : des mots sans aucun sens, des mots échosyllabiques faits par association des assonances, coprolalie (paroles obscènes), des réponses à un interlocuteur invisible (hallucinations auditives) ;
  - palimphrasie : le patient répète la phrase, les mots ou les syllabes finales qu'il a entendus ;
  - stéréotypies verbales : il s'agit de certaines expressions, toujours identiques, généralement en rapport avec une idée délirante ou parfois vidées de sens, sans aucun lien avec le contexte, que le patient répète régulièrement ;
  - langage réflexe : c'est une forme de stéréotypie verbale. Le patient répond par des phrases banales des conversations de la vie quotidienne sans aucun rapport avec les questions : « Oui, vous avez raison », « Tout à fait ».

. **Modification de la syntaxe (paragrammatisme) :**
  - certains patients parlent d'eux-mêmes à la troisième personne : il ou elle, au pluriel (en rapport avec l'idée de possession), par un qualificatif " la bête ", par une périphrase « La personne de moi-même » (en rapport avec l'idée de négation), en changeant le genre ;
  - parfois ils suppriment les verbes ou des mots indispensables pour comprendre la phrase entière.

• **Modification du style :**
  - langage enfantin dans les arriérations mentales ;
  - discours familier, parfois obscène, souvent fait d'idées banales chez le maniaque ;
  - style prétentieux, discours choisi, plein d'expressions pittoresques, de métaphores, d'allégories, de proverbes et de calembours (paranoïa verbale de Venturi) chez le mégalomane ;
  - aphasie superstitieuse : discours fait de périphrases ayant pour objectif d'éviter certains mots ou certaines phrases auxquels le patient attribue un sens spécial (souvent péjoratif) ;
  - paralogie thématique : discours abondant où le patient développe sans cesse une idée fixe.

• **Modification du contenu du discours (dyslogies proprement dites) :**
  - incohérence : régression du langage avec réponses inadaptées, phrases décousues, associations bizarres des mots rendant le langage incompréhensible ou difficile à comprendre :
    • phrases caractéristiques :
    • chez le persécuté : « Vous le savez mieux que moi », « Tout est noté dans le dossier », « On me fait des insultes », « Pourquoi demandez-vous cela ? » ;
    • chez le mélancolique : « Vous ne pouvez rien changer », « Je ne guérirai pas », « Ça sert à quoi de vous dire tout cela ».
  - néologisme : fabrication d'un mot nouveau ou utilisation d'un mot habituel de façon défigurée avec une signification nouvelle, souvent en rapport avec l'idée délirante :
    • néologismes passifs : les mots nouveaux se forment par association des assonances sans aucune signification particulière (syndrome maniaque) ;

- néologismes actifs : les mots nouveaux se forment avec intention, n'ayant aucun sens pour l'interlocuteur ; ils requièrent pour le patient une signification particulière en rapport avec l'idée délirante.

  On peut distinguer plusieurs thèmes : thèmes métaphysiques et pseudoscientifiques, autodénominations bizarres, conjurations, formules d'exorcisme, noms faisant allusion à des personnes (réelles ou imaginaires), noms faisant allusion à des genres physiques (les substances, les instruments), néologismes asystématiques et absurdes.

Stéréotypies verbales : répétition indéfinie d'un même mot, d'un même son ou d'un fragment de phrase dans une sorte de litanie monotone et interminable. Elles peuvent être déclamatoires, de chantonnement, de ritournelle, de modulation vocalique, de phrases tronquées mécaniquement répétées.

- **Echolalie** : répétition dénuée de sens des derniers mots que le patient vient d'entendre. Parfois cette répétition involontaire se fait sur le mode de l'imitation avec la même intonation.
- **Palilalie** : répétition d'un même mot-phrase. Répétition des mots qu'on vient soi-même d'émettre. Parfois répétition de syllabes, d'onomatopées sur un rythme rapide faisant évoquer la tachyphémie.
- **Palisyllabie** : répétition de la première syllabe du mot entendu.
- **Logoclonie** : répétition spontanée d'une syllabe au milieu ou à la fin d'un mot.

Aphasie : l'aphasie est un trouble du langage portant sur l'expression et la compréhension du langage indépendant d'un état démentiel, d'une lésion de l'appareil vocal ou d'une atteinte de la musculature pharygo-laryngée. Peut être organique (liée à une lésion cérébrale) ou fonctionnelle (liée à un trouble psychique).

Dyslalie : troubles de l'articulation liés à un déficit des organes de la phonation.

Article 4 - La participation affective

Les modifications pathologiques de l'affectivité se rencontrent dans toutes les maladies mentales. Les principales émotions et sentiments que l'on rencontre au cours de l'entretien sont :

La joie (états maniaques, délires mystiques et extatiques). L'**euphorie morbide calme** qui se traduit par un sentiment de satisfaction et de bonheur vague. A son degré maximum elle devient l'extase, où l'euphorie extrême ne s'accompagne d'aucune réaction motrice. **L'euphorie morbide active** s'accompagne d'une excitation motrice. Le visage de l'euphorique est épanoui, la bouche souriante, la tête haute, le corps droit, le discours très animé, les gestes exubérants.

La colère : peut être passagère ou durable, accompagnée de réactions motrices violentes et désordonnées, coïncidant parfois avec un trouble de la conscience (perte du contrôle de soi-même). De nombreuses modifications somatiques accompagnent la colère : tachycardie, hypertension, vasodilatation périphérique (rougeur du visage), mouvements respiratoires précipités, transpiration et salivation abondantes, tremblement généralisé.

La tristesse : peut être passive, caractérisée par la lassitude, la résignation, le découragement, l'inhibition psychomotrice ou active marquée par l'intensité de la douleur morale avec limitation du champ de la conscience et exclusion des autres manifestations intellectuelles. La tristesse active peut s'accompagner d'une angoisse majeure avec un sentiment d'oppression et de constriction au niveau de la région précordiale. La douleur morale, comme la douleur physique, peut se manifester par une sorte de paralysie psychomotrice, le patient restant immobile, sidéré, les yeux hagards. Cependant une réaction motrice violente n'est pas rare : le malade se tord les mains, se jette la tête contre les murs...

La crainte et la terreur : sentiment éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger réel. La peur peut entraîner une excitation psychomotrice avec signes physiques : tremblements, pâleur, tachycardie, chute de tension, voire syncope, mydriase, transpiration abondante mais parfois elle entraîne une inhibition motrice avec un état de sidération et suspension de l'activité motrice.

Sentiment d'orgueil dans le délire de grandeur : surestimation de soi, sentiment de supériorité ; sous-estimation voire négligence ou méconnaissance d'autrui.

Sentiment de haine, avec désir de vengeance, grimaces de dégoût.

Inquiétude : avec incertitude et doute sur le danger qui menace le sujet. L'inquiétude peut être écartée par le raisonnement. Le patient partiellement préoccupé par ses inquiétudes, est accessible au raisonnement qui peut l'aider à maîtriser l'angoisse.

Anxiété : se traduit par une tension interne, une peur indéfinie et indéterminée, une attente d'un danger, de la mort ou d'une catastrophe imminente, une peur de perdre la raison et devenir fou ou de commettre un acte non contrôlé, un état d'alerte permanent avec difficultés de concentration, troubles de la mémoire, irritabilité, parfois sentiment de dépersonnalisation et déréalisation, impression d'évanouissement... L'anxiété s'accompagne de palpitations, d'impression d'étouffement, de striction ou de gêne thoracique, de sueurs froides, de bouffées de chaleur ou de frissons, de tremblements et secousses musculaires, de nausées et vomissements, de pollakiurie. Le visage est souvent hypomimique (peu expressif) ; mydriase, regard fixe et diminution du clignement des yeux. En fonction de troubles vasomoteurs le visage peut être pâle (plus souvent) ou rouge. On observe aussi des tremblements des lèvres. La voix est souvent frémissante. La perplexité anxieuse caractéristique d'une confusion mentale provient de la conservation d'une certaine conscience des troubles : il s'agit de courts moments de lucidité où le patient essaie inutilement de sortir de son état. Les échecs itératifs, sans pouvoir reconstituer son monde familier et se retrouver dans son milieu aboutissent à un sentiment douloureux de désarroi et d'impuissance. Le patient, comme un dormeur qui vient de se réveiller, a l'air hébété, perplexe, il essaie de se repérer dans le temps et dans l'espace. Il interroge son entourage : « Où suis-je ? », « Qu'est-ce qui m'est arrivé ? », « Qui êtes-vous ? ».

Contact distant : avec indifférence affective, froideur du contact ; le patient semble être ailleurs, ne répondant pas aux sollicitations extérieures. Il est très difficile de fixer son attention.

Contact manipulateur avec demandes excessives : il peut s'agir de demandes d'aide, de médicaments, de cigarettes, d'arrêt de travail, d'être vu par le médecin... Parfois les demandes sont bizarres, impossibles à satisfaire : demande de faire une analyse des repas pour recherche de poisons...

Chapitre 2. Les conduites d'inhibition

L'inhibition est la suspension ou l'entrave involontaire d'une fonction psychique ou d'un comportement. Tous les secteurs du fonctionnement psychique comme toutes les performances peuvent se trouver entravés dans leur fonction du fait de l'inhibition. Il s'agit d'un processus actif de diminution ou de suspension d'une fonction.

L'inhibition peut concerner :

La fonction intellectuelle : diminution de " la productivité des représentations par déficit de vigueur mentale " (Paul Guiraud). La symptomatologie prédominante correspond à celle de la bradypsychie, voire de l'apsychie (troubles de la pensée). L'inhibition peut être partielle et sélective : le monoïdéisme est constitué lorsque le cours de la pensée est inéluctablement entraîné vers une idée prévalente. L'inhibition peut associer des perturbations associatives à l'origine d'une stase du cours de la pensée révélée par un fading mental jusqu'à l'arrêt inopiné du discours réalisant le barrage (pensée dissociée).

L'attention spontanée ou réfléchie peut être inhibée à l'origine des états de disctractivité, d'hypoprosexie et d'aprosexie. La déconcentration empêche la fixation de la pensée sur une donnée objective et la réalisation d'une synthèse.

La volonté inhibée constitue l'aboulie. Cette difficulté ou impossibilité du choix et de la décision résulte non d'une altération des opérations intellectuelles, comme dans le syndrome confusionnel ou dans le syndrome démentiel, mais d'une inhibition et d'un blocage affectif chez un sujet par ailleurs lucide. L'inhibition volitionnelle peut porter sur le choix de l'acte à accomplir ou sur sa seule réalisation. Dans le premier cas, l'aboulie dite intellectuelle se rencontre dans les états où dominent le doute, l'insécurité, l'irrésolution. Dans le second cas, l'aboulie dite motrice ou d'exécution, le sujet sait ce qu'il doit faire mais il y a impossibilité pour lui d'amorcer le geste (trouble de la volonté).

La motricité inhibée se révèle par un ralentissement, une diminution de l'initiative motrice, une inertie dans l'exécution des mouvements pouvant aller jusqu'à leur suspension dans la stupeur.

Proximité sémiologique avec la **bradykinésie,** caractérisée par la lenteur des mouvements, l'inertie motrice, une certaine hypotonie. Tous les mouvements y compris la parole sont ralentis. Il s'agit d'un ralentissement général du rythme distinct des états d'inhibition vraie.

La **stupeur** est la suspension ou le ralentissement extrême des mouvements volontaires, en particulier des activités motrices de l'expression (mimique, gestuelle, langage, attitudes). Elle réalise la suspension de toute initiative motrice. Elle a pour conséquence le mutisme, le refus de l'alimentation, l'immobilisme, l'inexpressivité du visage (masque de marbre), l'absence de réponse à toute sollicitation extérieure (le patient est statufié). La stupeur est un phénomène purement moteur qui peut être accompagné d'une torpeur de l'activité intellectuelle pouvant aller jusqu'à l'abolition de l'activité mentale (anciennement appelée la stupidité).

La disparition de toute initiative motrice réalise la **catalepsie** lorsque le patient conserve les attitudes imposées (flexibilité cireuse).
L'oppositionnisme, le négativisme, la catatonie sont les corollaires de cette forme majeure d'inhibition motrice *(voir* Syndrome catatonique).

La **cataplexie** est définie par une inhibition motrice généralisée avec chute par hypotonie musculaire, sans trouble de la conscience. Elle apparaît de façon épisodique et courte, par crises de quelques secondes à quelques minutes survenant soit à l'occasion d'une émotion (souvent une émotion joyeuse) soit au lit, lors du réveil.

La mémoire inhibée, classiquement à l'origine d'amnésies électives.

Les **amnésies psychogènes** sont fréquentes et mettent hors du champ de la conscience des émotions ou des expériences dont la signification symbolique est importante.

Les amnésies post-émotionnelles succèdent à un traumatisme violent. Le vécu douloureux du souvenir peut surgir à l'occasion de cauchemars terrifiants, répétant les éléments de l'expérience traumatique, ou lors d'autres manifestations psychiques comme le **syndrome de répétition.** Ce dernier est pathognomonique (il permet par sa seule présence d'affirmer le diagnostic) des états de stress post-traumatiques (névrose traumatique), c'est-à-dire

de la symptomatologie psychiatrique séquellaire d'accidents graves, d'événements traumatisants (attentat, catastrophe, viol...). Le syndrome de répétition apparaît après un temps de latence clinique variable de quelques jours à plusieurs mois, parfois appelé temps d'incubation ou temps de méditation pendant lequel aucun symptôme n'apparaît de façon marquée. Le syndrome de répétition survient alors sous forme de cauchemars de répétition dans lesquels le patient revit de façon quasi hallucinatoire la scène traumatisante inaugurale.

Conduites d'inhibition	Syndromes cardinaux	Symptomatologie constitutive
Intellectuelle	**Bradypsychie** **Apsychie** **Pensée dissociée**	**Lenteur d'idéation, monoidéisme** **Perte de la clarté des idées, barrages, fading mental**
Attention	**Hypoprosexie** **Aprosexie**	**Difficulté de concentration** **Distraction** **Fuite des idées**
Volonté	**Aboulie** **Apragmatisme**	**Perte de l'initiative** **Hésitation, lenteur, indécision**
Motrice	**Ralentissement psychomoteur** **Stupeur** **Catatonie** **Catalepsie**	**Akinésie, difficulté du mouvement, diminution de l'initiative motrice, immobilité, mutisme, passivité** **Immobilité, mutisme, passivité** **Persistance des mouvements imposés**
Mémoire	**Amnésie**	**Difficulté ou impossibilité d'acquérir, de conserver et/ou d'utiliser des expériences ou des événements constituant des informations**
Instinctuelle	**Élan vital : asthénie, athymhormie** **Alimentaire : anorexie, refus** **Sommeil : insomnie** **Sexualité : insuffisance sexuelle**	**Perte de l'élan vital, indifférence émotionnelle** **Perte d'appétit ou véritables refus alimentaires** **Parfois associée à un mentisme** **Frigidité, dyspareunie, vaginisme, impuissance, trouble de l'éjacuiation, anhédonie**
Émotive	**Timidité** **Hyposyntonie** **Sentiment d'incomplétude**	**Repli sur soi, retrait par rapport à l'ambiance, doute, malaise psychique, cortège somatique (pâleur, bouffées vasomotrices du visage, crises sudorales)**

L'élan vital, le sommeil, le comportement alimentaire, la sexualité peuvent être inhibés, à l'origine d'une symptomatologie importante correspondant aux troubles par insuffisance : athymhormie, insomnie (troubles du sommeil), insuffisance sexuelle (troubles des conduites sexuelles), anorexie et refus alimentaire (troubles des conduites alimentaires).

L'émotivité inhibée peut se révéler par l'effacement, la timidité, un sentiment d'infériorité, de doute, d'inquiétude, d'incomplétude, à l'origine de conduites d'évitement, de dégagement, de fuite, d'un repli sur soi, et d'une symptomatologie somatique de la pâleur ou la rougeur du visage, des crises sudorales, des tics, etc. Ces derniers sont souvent décrits dans ce contexte comme des manifestations non conscientes de défense ou de lutte contre cette tonalité affective de l'inhibition émotive à l'origine d'une appréhension (le trac) : parmi ces " petits tics ", les plus fréquents consistent à tousser ou se racler la gorge avant de prendre la parole, se passer la main dans les cheveux, allumer une cigarette, s'appuyer en parlant sur des locutions-béquilles. Ces " tics de défense " permettent à l'individu inhibé de s'assurer, de prendre son élan...

Chapitre 3. L'agitation

L'agitation est un symptôme complexe qui peut se définir comme la production exagérée et souvent incoordonnée d'actes moteurs. En fonction de son intensité, divers degrés peuvent exister : turbulence, énervement, agitation, fureur.

Article 1 - Le trouble psychomoteur

Ce trouble psychomoteur se manifeste généralement par une crise aiguë d'hyperactivité psychomotrice désordonnée, d'intensité et de durée variables (de quelques heures ou quelques jours) caractérisée par :

- **Son aspect contrôlable ou non** : l'**agitation contrôlable** est un trouble des conduites caractérisé habituellement par son aspect réactionnel à une situation et donc compréhensible ; le symptôme agitation a valeur de langage et vise à résoudre une situation conflictuelle peu ou non exprimable. Ce type d'agitation peut se manifester de manière bruyante et théâtrale mais toujours

contrôlée dans le cadre de crises dites hystériques souvent en rapport avec la personnalité hystérique ou le syndrome de conversion. L'impulsivité et l'intolérance à la moindre frustration qui caractérisent la personnalité psychopathique sont souvent à l'origine d'agitation, là aussi contrôlable, exprimant le mécontentement face à une demande impossible à satisfaire.

Les **agitations incontrôlables** par le sujet lui-même concernent le plus souvent le syndrome maniaque, les syndromes délirants, le syndrome démentiel.

- **Extériorisations affectives** : cris, pleurs, rires, hurlements, vociférations...
- **Intentionnalités auto- ou hétéro-agressives.**
- **Manifestations somatiques** : tremblements, tachycardie, hypertension artérielle, hyperthermie...

Article 2 - Le polymorphisme sémiologique

Le polymorphisme sémiologique des états d'agitation est lié à la diversité des formes étiologiques :

- **Syndrome maniaque** : l'agitation est euphorique, ludique, expansive, rarement agressive. Elle est un état de surexcitation des fonctions psychiques caractérisé par un déchaînement des pulsions instinctivo-affectives. Le patient ne tient pas en place, va et vient de façon incessante, se dénude ou adopte une présentation excentrique. Méconnaît les limites sociales, s'autorise tous les excès et épuise son entourage. L'insomnie est constante et souvent l'un des premiers signes. L'agitation est précédée d'une phase prodromique d'hypomanie, d'hyperactivité improductive, d'énervement, de sentiment paradoxal de bien-être, d'ergasiomanie (impulsion à s'occuper constamment). L'activité ludique est à l'origine d'excentricités parfois d'autant plus manifestes que les conduites instinctuelles sont désinhibées. La syntonie ludique à l'ambiance est caractéristique. Tachypsychique et euphorique, le maniaque méconnaît la fatigue, pouvant rester éveillé pendant plusieurs jours de suite sans le moindre temps de sommeil, il interpelle chacun, multiplie les calembours, chante à tue-tête, crie, mime le drame ou la comédie, fait remarquer à ses interlocuteurs le détail qui les gêne. La forme majeure d'agitation maniaque est appelée fureur maniaque.

- **Syndrome confusionnel ou confuso-onirique** : l'agitation est le plus souvent liée à l'onirisme et à l'anxiété. Elle s'associe à l'obnubilation de la conscience qui est une difficulté pénible d'effectuer les synthèses mentales habituelles (troubles de la vigilance), une perplexité anxieuse qui correspond à la lutte anxieuse et perplexe qu'effectue le sujet pour tenter de clarifier le champ de sa conscience, une désorientation temporo-spatiale, des troubles de la mémoire et un onirisme plus ou moins intense qui correspond à une modification hallucinatoire des perceptions, en particulier visuelles, à type de zoopsies. Le délire confuso-onirique qui marque le passage du pré-delirium au délirium tremens constitué se construit à partir de thèmes empruntés aux activités professionnelles, à des scènes terrifiantes avec visions monstrueuses (visions sanglantes, animaux inconnus, formes horribles...) à l'origine de réactions dangereuses auto- ou hétéro-agressives. Les signes somatiques associés sont souvent importants, intenses et en rapport avec les stigmates physiques et les complications de l'alcoolisme, ou en rapport avec d'autres causes organiques.
- **Syndrome délirant** : l'agitation est liée à l'émergence de l'angoisse psychotique dans le contexte d'une thématique le plus souvent persécutrice. Le risque est dans ce cas auto- ou hétéro-agressif, en rapport avec la conviction délirante, la forte participation affective au délire et parfois l'éventuelle désignation du persécuteur. L'agitation peut être secondaire aux mécanismes hallucinatoires, en particulier les hallucinations acoustico-verbales mais aussi tactiles, cénesthésiques et psychomotrices, les mécanismes **Imagi**natifs, voire interprétatifs. Les phénomènes hallucinatoires sont repérés à travers l'existence des attitudes d'écoute, des arrêts non motivés du discours, des modifications effrayées de la mimique... Certaines situations peuvent être à l'origine d'une agitation sans que le délire en lui-même en soit générateur : l'inadéquation entre la réalité délirante du patient et la réalité commune de l'entourage peut être à l'origine de situations conflictuelles pouvant provoquer l'agitation. Par exemple, le patient présentant un délire mystique, voulant évangéliser les musulmans dans les couloirs du métro parisien.

. **Syndrome dissociatif** : l'agitation peut révéler la discordance du registre comportemental, au même titre que les accès catatoniques, le négativisme, les déambulations incessantes, les stéréotypies, les actes impulsifs ou protopulsion, les bizarreries comportementales. Elle se présente alors dans ce cas comme des accès subits, immotivés, souvent dangereux.

- **Syndrome de dépersonnalisation** : l'agitation peut être en rapport avec l'angoisse massive, insupportable liée aux phénomènes de transformation corporelle avec sentiment d'irréalité, d'altération, de métamorphose et de sensation ineffable pouvant aller jusqu'à une impression xénopathique.
- **Syndrome démentiel** : l'agitation est parfois anxieuse, stéréotypée, avec déambulations incessantes à majoration nocturne. Elle associe une désorientation temporo-spatiale, une hyperactivité motrice (turbulence) alimentée par des idées de préjudice allant jusqu'au raptus agressif, des cris, des hurlements, parfois des fugues, des crises élastiques (bris de matériel), des conduites liées à la désinhibition instinctivo-affective (exhibitionnisme et autres agressions sexuelles).
- **Crises d'agitation réactionnelles à une situation conflictuelle :** elles sont le plus souvent contrôlables par le sujet. L'entourage joue un rôle déterminant dans leur genèse ; elles sont le plus souvent en rapport avec une structure psychopathologique définie ou un trouble de la personnalité. Par exemple, la crise d'agitation hystérique est réactionnelle à une frustration (conflit, échec, séparation, etc.), bruyante et dépendante de l'entourage, d'allure théâtrale. La crise d'agitation psychopathique s'accompagne souvent d'une agressivité verbale, d'actes impulsifs auto- ou hétéro-agressifs, d'une clasticité.

Article 3 - Les manifestations cliniques

Les manifestations cliniques de l'agitation sont :

- **Motrices** : déambulations, mouvements intenses et brusques, auto- et ou hétéro-agressivité, crises élastiques (du grec *klastos* : brisé).
- **Verbales** : élévation de la voix, tendance logorrhéique, cris.
- **La fureur** désigne une forme d'agitation extrême, incoercible, caractérisée par la violence des manifestations motrices à

tendance destructrice. Le déploiement de force du malade **est** le plus souvent très supérieur à ses possibilités habituelles et **ce** d'une manière quasi automatique.

- **L'agitation** peut être plus ou moins continue ou survenir par crises, intense ou modérée à type de subexcitation, violente et agressive, anxieuse ou euphorique et ludique, spectaculaire, avec des manifestations théâtrales ou maniérées, relationnelle ou réactionnelle. Dans ce dernier cas, un événement vécu par le sujet paraît expliquer la conduite d'agitation et la rend compréhensible.
- **Les formes mineures de l'agitation motrice sont :**
  - irritabilité ou énervement : le sujet ne peut rester en place, il est instable, reconnaît l'anomalie de son état mais ne peut s'empêcher d'aller et venir, ne supporte pas la moindre contrariété, perd sa tolérance habituelle aux sollicitations externes, s'emporte facilement sur le plan verbal avec des remontrances agressives, ou sur le plan comportemental avec des attitudes de réprobation. Le paroxysme de l'énervement est " la crise de nerfs " avec cris, gesticulations expressives et pathétiques, rires, larmes, sanglots, parfois contractions hypertoniques avec chutes sans perte réelle de connaissance.
  - turbulence : elle est constituée par une impossibilité de repos, une hyperkinésie, le sujet ne peut rester en place, il marche à grands pas, s'assoit, se lève, exécute des mouvements vifs et brusques avec des contractions toniques des muscles de la main et des avant-bras, casse des objets par sa brusquerie maladroite, souvent involontairement, parfois volontairement. Logorrhéique avec une tendance à l'hyperactivité improductive, cet état s'observe en particulier dans l'hypomanie.

Chapitre 4. Le syndrome catatonique

Syndrome psychomoteur caractérisé par une passivité psychomotrice (perte de la spontanéité motrice), une catalepsie, une perte de l'initiative motrice, un négativisme (des réactions d'opposition) et des accès paroxystiques. L'évolution est souvent marquée par l'alternance de ces états.

Article 1 - Le négativisme

Trouble du comportement marqué par des attitudes d'opposition active, paradoxale. Selon le caractère partiel ou généralisé, on distingue le petit et le grand négativisme.

Le petit négativisme peut se manifester par un refus de la main tendue ; un refus de s'asseoir, de s'exprimer, d'obéir ; l'occlusion palpébrale forcée (le patient garde les yeux fermés pendant toute la durée de l'entretien), les mâchoires serrées ; des haussements d'épaules ; attitudes de dédain hostile ; un mutisme ; une clinophilie (garde la position allongée dans son lit).

Le grand négativisme est plus généralisé, pouvant se traduire par un refus de toute nourriture, des crises élastiques, une fureur catatonique, une catalepsie.

L'oppositionnisme est un refus systématique, volontaire et délibéré des consignes, appels, sollicitations, communications venant des autres. Son caractère volontaire et semi-raisonné le distingue du négativisme. Mais le plus souvent négativisme et oppositionnisme coexistent, refus passif et refus actif sont associés dans un même tableau clinique. Le patient résiste, voire s'oppose activement aux mouvements imprimés ou encore n'exécute pas les ordres ou exécute le contraire. Lorsque l'on tente de fléchir son bras il oppose une résistance pour le maintenir en extension ou même en hyperextension. Il ne répond pas aux questions, serre les lèvres et prend une attitude et une mimique d'opposition. Si on lui demande de marcher il se raidit et reste immobile ; si on le pousse il résiste.

Article 2 - La catalepsie

Persistance des mouvements spontanés ou imposés dans un contexte de flexibilité cireuse ; impression de cire molle que donnent les membres lorsqu'on leur imprime des mouvements passifs.

Hypertonie plastique : elle se manifeste par l'aptitude à conserver les attitudes imprimées passivement aux membres.

- La persévération des attitudes et positions peut se traduire par différents signes :
  - signe de l'oreiller psychique : après retrait de l'oreiller, le patient allongé maintient sa tête dans la même position surélevée ;

- signe de Maillard : la jambe reste en extension après percussion du tendon rotulien ;
- signe de la main catatonique : la main du catatonique serre fortement la main qui est tendue.

Maintien de la posture : il peut être long, parfois plusieurs minutes avec infatigabilité.

Paratonie : impossibilité de réaliser volontairement la résolution musculaire. Les sujets ne peuvent pas faire " main morte ". La paratonie peut être mise en évidence par la manœuvre de Meige : lorsque l'on place le sujet bras en croix en lui recommandant de rester inerte, passif, on constate la persistance de l'attitude pendant quelques instants quand on lui a commandé de les laisser retomber.

Les petits signes cataleptiques sont plus fréquents : rareté du clignement palpébral, fixité du regard, absence de retrait de la langue si on fait mine de la piquer, absence d'occlusion palpébrale par menace d'un geste brusque vers l'œil, absence ou lenteur de la réponse du réflexe rotulien, absence de pression dans la réponse de la poignée de main... La mimique est pauvre, le visage inerte, figé, d'un vague indéfinissable, le regard absent. Au maximum l'immobilité est complète dans des positions incommodes, spontanées ou imposées.

Article 3 - La passivité psychomotrice

Suggestibilité psychomotrice :

- Déclenchement " passif" de mouvements, gestes ou attitudes sur ordre verbal à la suite d'une autre sollicitation. Obéissance passive déconcertante.
- Dans ce cadre peuvent apparaître certaines conduites imitatives telles qu'une échomimie, une échopraxie, une écholalie. Ces stéréotypies kinétiques ou verbales se caractérisent par la répétition indéfinie des mêmes gestes, mouvements ou mots. Le plus souvent il s'agit de petits gestes, comme le balancement, le trépignement, le rictus.
- Parfois, déclenchements automatiques d'actes ou de paroles par excitation de type réflexe ; par exemple : la **circum-inspection** (le patient regarde tout ce qui sollicite son regard) ; la **dénomination d'objets** (le patient nomme tout ce qui sollicite son regard).

. Persévération, répétition, fixation des attitudes psychomotrices. Attitudes de repli **sur soi** : position fœtale, rétention urinaire et fécale ; ne répond pas aux sollicitations de l'entourage ; troubles neurovégétatifs

Stupeur catatonique : réalise le degré le plus élevé de l'inertie psychomotrice associant :

- Akinésie, clinophilie.
- . Fixité et permanence des gestes et attitudes (signe de l'oreiller psychique).
- Aboulie : perte de l'initiative motrice
- Au maximum : sujet immobile, regard lointain et figé, silencieux, raide, paraissant en état d'hypnose ou de léthargie. Restant dans la même attitude, assis, couché, recroquevillé, comme figé, le sujet ne cherche pas à s'alimenter, incontinent ou susceptible de rétention fécale et urinaire, il faut alors le lever, le coucher, le nourrir.

Article 4 - Les troubles de l'expressivité psychomotrice

Maniérisme : gestes, attitudes et mimiques prennent des aspects alambiqués, tortueux :

- Gestes surchargés, bizarres, inégaux.
- Attitudes obséquieuses, bouffonnes, théâtrales, baroques.
- Sourires énigmatiques, à contretemps, ambivalents, n'étant pas en accord avec le reste du visage.
- Ton marqué par la préciosité, l'affectation, la prétention, la grandiloquence (maniérisme baroque).

Mimique : rires et sourires " immotivés " ; expressions mimiques paradoxales, mimiques dissociées où différents segments de la faces expriment des émotions différentes, tics et contractions isolées.

Voix : intonations bizarres, timbre modifié ; parasitage par des bruits anormaux de la phonation ; parfois accents insolites, articulation perturbée.

Article 5 - Les accès paroxystiques : les décharges psychomotrices

Impulsions violentes : actes automatiques, soudains, auto- ou hétéro-agressifs.

- Peuvent être isolés, apparaissant de façon inattendue sur un fond d'apathie.
- Parfois actes dramatiques (homicides) ou plus souvent hétéro-agressifs, ou bris d'objets ou protopulsions (monter sur la table ; boire ses urines ; masturbation ; casser des assiettes, gloutonnerie...).
- Éclats de rire fulgurants, quasi convulsifs, déconcertants, d'aspect mécanique, sans gaieté et sans rapport avec la situation.

États d'agitation catatonique : au maximum tableau clinique de fureur catatonique avec vociférations, agitation psychomotrice stérile, marquée par la persévérance et inépuisable. Destruction des objets autour de lui, déchire ses vêtements.

Impulsivité verbale :

- Verbigérations : langage incohérent où les mêmes mots sont débités de façon incompréhensible. Litanies monotones et stéréotypées avec parfois des cris ou hurlements, des mots orduriers, des insultes ou menaces, des paroles qui surprennent l'entourage.
- Logorrhée avec néologismes, coq-à-l'âne, jeux syllabiques, formes d'expression stéréotypées, etc.

Fugues catatoniques.

Crises de pathoticismus : ce sont des crises motrices caractérisées par de grands mouvements, des contractions, des attitudes passionnelles extatiques ou langoureuses, des frénésies rythmées, des pauses douloureuses expressives (crucifixion), des cris rauques, des cris d'appels, des sueurs, des pleurs, le tout dans un " aspect de comédie ".

Article 6 - Les symptômes somatiques

Absence de fatigabilité ; troubles du sommeil.

Neurologiques : hypertonic à distribution paradoxale, tremblements, nystagmus, crampes, myoclonies, blépharospasmes, réflexes de posture exagérée, modification des réflexes ostéotendineux, céphalées, trouble de la sensibilité, apraxie, syndrome parkinsonien, syndrome cérébelleux, etc.

Neuro-végétatifs : teint terreux ; dermographisme ; hypotension artérielle ; lenteur du pouls ; hypersialorrhée ; hypersudation ; cyanose des extrémités.

Autres : hypoglycémie, ralentissement du métabolisme basai, altérations du rythme cardiaque, modification de la formule leucocytaire, troubles endocriniens (dysménorrhée, hirsutisme, adiposité), troubles trophiques

Article 7 - Les aspects psychiques

Humeur généralement neutre malgré un aspect général pouvant donner une tonalité mélancolique.

Angoisse et négativisme contrastant avec l'indifférence affective.

Variations brusques entre l'apathie, l'indifférence et les expressions émotionnelles explosives.

Attitudes en rapport avec la thématique et les hallucinations du délire qui lui est associé.

État de conscience : tous les intermédiaires se rencontrent entre une stupeur complète et une lucidité surprenante.

Article 8 - Les aspects évolutifs

NÉGATIVISME	Petit négativisme : caractère partiel Grand négativisme : caractère généralisé Oppositionnisme : caractère volontaire et semi-raisonné
CATALEPSIE	Persistance des mouvements spontanés ou imposés Hypertonie plastique (oreiller psychique) Paratonie
PASSIVITÉ PSYCHOMOTRICE	Suggestibilité psychomotrice Attitudes de repli sur soi Stupeur catatonique
TROUBLES DE L'EXPRESSIVITÉ PSYCHOMOTRICE	Maniérisme Rires et sourires dits « immotivés » Mimique et voix marquées par les bizarreries
DÉCHARGES PSYCHOMOTRICES	Impulsions violentes État d'agitation catatonique Impulsivité verbale Fugues catatoniques Crises de pathoticimus
SYMPTÔMES SOMATIQUES	Absence de fatigabilité, troubles du sommeil Neurologiques : hypertonie, tremblements, crampes,etc. Neurovégétatifs : dermographisme, hypersialorrhée, hypersudation, cyanose des extrémités. Autres [...]
SYMPTÔMES PSYCHIQUES	Angoisse, humeur neutre, expressions émotionnelles explosives.

- SYNDROME CATATONIQUE -

Les signes de catalepsie, de passivité psychomotrice, les troubles de l'expressivité psychomotrice, les crises hyperkinétiques ou décharges psychomotrices s'intriquent et se succèdent le plus souvent de façon capricieuse, dans les conditions les plus variées, souvent de façon aiguë et disparaissant d'eux-mêmes. Le début du syndrome catatonique peut être sur le mode progressif, du ralentissement à la stupeur et de la stupeur à la catatonie, ou sur le mode aigu. Le tableau clinique se présente de façon déconcertante et paradoxale en raison de l'imprévisibilité des accès paroxystiques et de l'aspect " de comédie " lié aux troubles de l'expressivité, comme le maniérisme catatonique.

Chapitre 5. Les impulsions

Article 1 - L'impulsion

Tendance impérieuse et irrésistible à exécuter un acte brutal précis, généralement nocif, délictueux, agressif ou absurde. Il s'agit d'un acte inattendu, irréfléchi, sans aucun caractère d'utilité, échappant au contrôle volontaire, plus ou moins conscient et souvent répété sous la même forme. L'impulsion peut constituer à elle seule un syndrome appelé **impulsivité essentielle** ou n'être qu'un symptôme lié à d'autres pathologies mentales (impulsivité symptomatique).

Caractères généraux des impulsions :

- **Elles sont endogènes** : c'est-à-dire dérivées de motifs exclusivement internes.
- **Elles sont incoercibles et impérieuses** : itération et composante émotionnelle importante.
- **Elles sont répétées** sous la même forme.
- **Elles sont aberrantes et involontaires** : en désaccord avec le caractère du sujet et avec les exigences de la vie sociale et professionnelle.
- **Le passage à l'acte** est suivi d'un sentiment de soulagement et de détente.
- **Elles peuvent être conscientes ou inconscientes** : on distingue différents degrés :
  - le sujet n'a aucune conscience de son acte et il n'en garde aucun souvenir ;
  - il a une conscience obscure de l'acte mais il ne peut l'inhiber ;
  - il est conscient de l'acte mais il n'a pas la conscience du caractère morbide de l'acte ;
  - il est conscient de l'acte et de son caractère morbide mais il ne lutte pas pour l'inhiber.

Deux formes d'impulsions : l'**impulsion spontanée** porte sur des pulsions intérieures ou un délire sans aucune cause extérieure ; l'**impulsion réflexe** est disproportionnée dans son intensité par rapport à l'excitation causale.

Les impulsions réflexes ou **protopathiques** concernent les phénomènes moteurs complexes, automatiques, endogènes, incoercibles et sans participation du consentement de la volonté. Dans ce

groupe on distingue les actes inadaptés, inopportuns et intempestifs entraînant un accès d'automatisme (gestes professionnels, gestes d'habillage) et les protopulsions instinctives liées aux expressions de la vie instinctive et émotionnelle : colère, peur, haine, satisfaction du besoin sexuel...

L'impulsivité

L'**impulsivité,** ou comportement impulsif, est un trait de la personnalité entraînant le sujet à agir de façon brusque, échappant à son propre contrôle, et irréfléchie. Le sujet se sent sous l'influence d'une anxiété croissante par rapport à la réalisation d'un acte précis. La résistance de la part du sujet devant cette tendance impérieuse au passage à l'acte se traduit par une lutte anxieuse, vécue péniblement. Parfois le sujet arrive à dominer cette tendance. Tantôt, au contraire, cette résistance s'épuise devant l'anxiété croissante. Le passage à l'acte devient imminent. Celui-ci est suivi d'un sentiment de soulagement et de détente.

L'accès est constitué d'un épisode d'agitation psychomotrice majeure avec agressivité et violence. Il est plus prolongé que l'impulsion. A un degré maximum (par exemple dans l'accès de la fureur épileptique), il entraîne une violence extrême avec passage à l'acte hétéro-agressif.

Le **raptus** est un acte soudain, rapide, irréfléchi et inattendu en rapport avec un état émotionnel intense tel que la colère, l'angoisse... L'exemple typique est le raptus suicidaire au cours d'un syndrome mélancolique.

L'impulsion se distingue de la **compulsion** qui est une force mentale interne, irrésistible, contraignante, poussant le sujet à accomplir un acte précis. Elle est à l'origine d'une lutte anxieuse contre l'accomplissement de l'acte. En cas de non-exécution de l'acte, une angoisse majeure sera produite.

Arbitrairement, nous ne traitons pas dans ce chapitre :

- de la dipsomanie ou l'impulsion à boire de grandes quantités de boissons alcoolisées (voir syndrome alcoolique) ;
- des impulsions suicidaires (voir conduites suicidaires) ;
- des impulsions meurtrières ou homicides (voir agressivité) ;
- des impulsions sexuelles (voir troubles des conduites sexuelles).

Article 2 - Les impulsions aux fugues, ou dromomanie

On appelle fugue tout abandon impulsif de domicile ou de lieu de travail, sans but, à l'insu de l'entourage, se manifestant sous la forme de voyages, marches, courses, fuites, plus ou moins longs. Au cours de la fugue le malade accomplit un déplacement inhabituel.

Les fugues peuvent être amnésiques (inconscientes) : elles sont habituellement de courte durée. Il s'agit d'un état ambulatoire en apparence motivé, suivi d'amnésie portant sur la période de fugue. C'est un état altéré de la vigilance au cours duquel le sujet accomplit un déplacement plus ou moins long. Le sujet se dirige vers une destination précise ayant parfois une signification affective qui lui est propre. Il part subitement, à l'aveugle, marche au hasard devant lui ; parfois prend une nouvelle identité. Les actes sont coordonnés : le sujet demande son chemin, répond bien aux questions, le comportement est adapté (voyage pathologique, séjour à l'hôtel, affaires d'argent...). Il se livre rarement à des actes dangereux : suicide, homicide, incendie, vol. Revenu à lui, il ne sait rien de ce qui s'est passé. Parfois il s'est tout de même égaré ; il est étonné, perd ses objets, répond mal aux questions.
Les fugues peuvent également êtres mnésiques (conscientes) : fugues organisées, préméditées, parfois de très longue durée, non suivies d'amnésie.

La destination peut être proche (la cave de la maison) ou éloignée (dans le cadre d'un voyage pathologique, le patient voyage dans une autre ville, un autre pays). Le lieu choisi peut avoir une valeur symbolique (un centre de pèlerinage, la capitale, le lieu de naissance). Le jour de départ peut aussi avoir une signification affective importante (anniversaire).

Le moyen de transport est variable : à pied, en train, en voiture, en avion... Le sujet peut emprunter, acheter voire voler le véhicule. En général le fugueur est seul. Parfois, surtout chez l'adolescent, peuvent se réaliser des fugues à deux. Des formes cliniques différentes selon l'affection psychiatrique en cause peuvent être observées :

Contexte hallucinatoire-délirant : les fugues sont mal organisées avec réalisation d'actes absurdes voire antisociaux (agressivité, meurtre, attentats aux mœurs...) sous l'influence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations menaçantes. Parfois (selon le contexte) le sujet est désorienté dans le temps et dans l'espace. Le retour est souvent imprévisible.

- **Délire de persécution** : le persécuté change constamment de domicile afin de fuir des persécuteurs. En changeant de domicile il éprouve du soulagement mais peu de temps après il se sent découvert par son persécuteur. Il vient même quelque fois demander protection à l'hôpital ou au commissariat de police.
- **Sentiment de culpabilité et d'indignité** : le patient se sent indigne de rester à la maison avec la famille qu'il ruine ; il n'est pas rare que les idées de suicide le poussent à fuir. Dans le syndrome mélancolique les fugues sont rares et souvent de courte durée en raison de l'inhibition motrice. Une période d'angoisse peut déclencher la fugue. Le patient fugue pour fuir devant une situation pénible ou parfois pour se suicider.
- **Délire mystique** : pèlerinage, voyage pour accomplir sa mission religieuse, humanitaire ou politique.
- **Délire érotomaniaque** : le sujet part vers l'objet désigné comme " aimant ".

Symdrome maniaque : fugues de longue durée, souvent pour réaliser un vieux projet avec achats inconsidérés et actes délinquants (vols à l'étalage).

Symdrome démentiel : il arrive souvent que le patient oublie le nom de la rue où il habite, son numéro, etc., et erre sans pouvoir retrouver son chemin. Parfois il part pour réaliser des projets souvent absurdes, inventions à exploiter avec achat d'objets inutiles. On note une désorientation temporo-spatiale et une hyperactivité motrice désordonnée et puérile.

Syndrome dissociatif : les fugues sont mal organisées, parfois marquées par des bizarreries avec passages à l'acte absurdes ou antisociaux (attentat à la pudeur). L'éloignement est extraordinaire, caractérisé par l'errance solitaire dans des lieux déserts. Le retour est imprévisible.

Épilepsie : principalement observés dans les épilepsies temporales les troubles psychiques critiques (paroxystiques) à type d'automatismes psychomoteurs réalisent une suspension brutale plus ou moins complète de l'activité psychique avec persistance d'une activité dite automatique (comportement intentionnel parfois complexe). Les formes prolongées peuvent être à l'origine d'automatismes ambulatoires se traduisant par des fugues amnésiques. L'épisode peut durer quelques minutes à quelques jours et l'amnésie postcritique peut être plus ou moins complète. Pendant ces voyages ou fugues épileptiques le sujet peut mener des actions, avoir des attitudes précises et se livrer à des actes médico-légaux agressifs (fureur élastique), sexuels, suicidaires (sous forme de raptus), voire plus exceptionnellement meurtriers. Proximité sémiologique avec les fugues amnésiques observées dans le syndrome de conversion.
Fugues réactionnelles : ayant une participation affective importante, se rencontrent à la suite d'un conflit familial ou dans le cadre d'une opposition ou une protestation (ex : les adolescents qui fuient le domicile paternel).

Article 3 - La pyromanie, ou impulsion incendiaire

Actes impulsifs multiples visant à mettre le feu sans motif apparent. Le sujet, poussé par une force irrésistible à mettre le feu, présente une préoccupation concernant le feu et tout ce qui s'y rapporte : incendie, matériel, véhicules des pompiers, le travail des pompiers, les conséquences de son acte ; parfois il déclenche de fausses alarmes.
Dès le feu allumé, il est le premier à alerter les secours et le premier sur les lieux, il aide à l'extinction de l'incendie. Il n'existe pas de mobile manifeste, le sujet obéit à une impulsion le poussant à commettre un acte qu'il sait répréhensible et dangereux pour avoir la satisfaction de faire brûler ou de voir brûler. Le pyromane ou l'incendiaire lutte longtemps contre la tentation incendiaire mais quand il est passé à l'acte, il agit alors souvent de manière répétée, voire stéréotypée. L'état de tension interne avant l'acte est suivi d'un sentiment de détente après passage à l'acte, même l'arrestation peut être vécue comme un soulagement. Le comportement incendiaire entre parfois dans le cadre sémiologique d'un autre tableau clinique en rapport avec des idées délirantes, un passage à l'acte suicidaire ou par inadvertance :

Incendie par inadvertance : dans le syndrome démentiel et le syndrome confusionnel, le malade met le feu de manière accidentelle (mégot ou allumette jetés, feu alimentaire non éteint). Parfois l'acte est accompli pour un motif enfantin.

Idées mélancoliques : le patient incendie sa maison pour se punir (idées de culpabilité), parce qu'il est indigne d'avoir une maison (idées d'indignité).

Idées de persécution : le sujet se venge de son persécuteur en incendiant sa maison ; le patient fait justice lui-même...

D'autres syndromes délirants : le sujet met le feu en obéissant à des voix hallucinées qui le lui ordonnent (syndrome d'influence).

Article 4 - La kleptomanie

Impulsion obsédante (entretenue par la vue des objets exposés) de vols d'objets. Avant le passage à l'acte, une tension interne croissante donne lieu à un sentiment de soulagement et de satisfaction après la réalisation de l'acte.

Les principales caractéristiques de ces vols sont le plus souvent :
Absence de complices, le malade vole en général seul.
Caractère non utilitaire, voire absurde et sans valeur de l'objet volé.
Absence de préméditation, absence de précaution, stéréotypie d'endroit, le sujet vole souvent dans le même magasin.
Le sujet vole non pour s'approprier un objet mais pour diminuer l'angoisse engendrée par la pulsion intolérable qui le pousse à commettre un acte qu'il sait inutile. Les objets volés sont souvent sans valeur, le sujet peut les jeter, les donner ou les collectionner.
Il vole toujours le même objet (jupes, sous-vêtements, porte-monnaie, rubans...). Parfois le sujet remet en cachette l'objet volé à sa place.

Il faut distinguer les vols survenant dans d'autres troubles mentaux :

Délire ou personnalité paranoïaque : le malade " récupère " ce qu'il estime lui appartenir (vol restitutif) ou pour faire triompher une " juste cause " (vol altruiste).

Syndrome dissociatif : le vol est absurde (aucun sens évident ne peut lui être rattaché) et n'est suivi d'aucun remord.

Syndrome mélancolique : le sujet peut voler pour se punir.
Syndrome démentiel : le sujet vole par peur de manquer.
Syndrome délirant : l'acte est commis en réponse à des idées délirantes ou à des hallucinations.

Article 5 - L'agressivité

L'agressivité est la tendance aux actes, comportements, et paroles marqués par l'hostilité envers toute personne ou objet faisant obstacle à une satisfaction immédiate. Elle peut être manifeste ou plus cachée. Elle peut être dirigée contre autrui ou envers soi.
Cette propension à nuire, dégrader, détruire, humilier, contraindre peut se présenter sous de multiples aspects sémiologiques (attitudes menaçantes, actes de violence, paroles violentes...).
L'agressivité peut qualifier une conduite, un comportement, un sentiment, une pulsion ou un instinct.

Hors du champ psychiatrique, l'agressivité est d'abord une attitude générale devant la vie ; elle désigne le dynamisme d'une personne qui s'affirme, qui ne fuit pas les difficultés ni la lutte pour la vie. Elle est un phénomène normal, un élément de défense permanente de l'homme face aux facteurs de stress de son environnement. Le **stress** est un anglicisme désignant à la fois l'agent agresseur physique ou moral et les réactions de l'organisme à l'agression. Les facteurs d'agression de l'environnement humain sont très nombreux : biologiques, climatiques, sociaux... Par exemple : les microbes, le froid, les nuisances sonores, les pollutions atmosphériques, les frustrations sociales, la nécessaire compétitivité professionnelle, l'exiguïté des espaces dans la vie urbaine, les contraintes administratives et financières, les horaires difficiles et la surcharge de travail, la mauvaise hygiène de vie (modalité alimentaire, manque de sommeil). L'être vivant est ainsi continuellement agressé par le milieu environnant. Sa propre agressivité dirigée vers l'extérieur est un élément indispensable à sa survie et son adaptation à la vie quotidienne.

Dans le champ de la psychiatrie, l'agressivité est souvent présente dans les troubles de l'humeur, les troubles émotifs, les syndromes délirants, le syndrome dissociatif, les troubles de la personnalité, les

troubles déficitaires comme le syndrome démentiel, le syndrome confusionnel, les troubles des conduites sexuelles ou alimentaires et les troubles des conduites sociales.

La sémiologie des conduites agressives va de la simple manifestation d'irritabilité à la fureur et à la crise élastique, voire l'acte suicidaire ou l'homicide.

5.1 - *Les Formes cliniques*

Modalités d'expression de l'agressivité : elles peuvent se faire par la parole, des actes, certaines attitudes ou des manifestations latentes ou plus cachées.

- Agressivité en paroles : elle peut se traduire par des insultes, des injures, des menaces verbales ou écrites, des critiques ouvertes et malveillantes, des propos méprisants ou dévalorisants, la médisance, la calomnie (accusations calomnieuses), des souhaits exprimés d'agression ou de mort, des oppositions systématiques.
- Agressivité en actes : elle se traduit par des humiliations, des gestes provocants ou menaçants, des bris d'objets, des dégradations diverses (incendie, saccage de matériel, vitre brisée, voiture abîmée, pneus crevés...), des coups et blessures, des agressions sexuelles (définies en droit pénal comme toutes atteintes sexuelles commises avec violence, contrainte, menaces ou par surprise), voire des homicides.
- Attitudes relevant de l'agressivité : elles peuvent être de simples regards, des comportements d'indifférence, des mimiques de haine, d'hostilité, de dérision, des gestes provocateurs et insultants, des conduites de harcèlement. Certaines attitudes ou certains comportements ont une dimension agressive plus cachée qui doit être recherchée : il peut s'agir par exemple de conduites marginales chez l'adulte (souvent l'adulte jeune) comme des mensonges itératifs, des fugues, des conduites suicidaires, des conduites alcooliques ou toxicophiliques, ou toutes autres conduites marginales. Il peut s'agir aussi de manifestations d'opposition comme des refus alimentaires (troubles des conduites alimentaires), l'absentéisme professionnel, les échecs scolaires. Enfin, un grand nombre de relations intra-familiales ne sont pas exemptes d'une part d'agressivité d'autant plus cachée

que le non-dit, le secret familial, la complexité du système relationnel intra- et extra-familial sont présents. Au maximum cette agressivité intra-familiale peut constituer les tableaux cliniques et médico-légaux d'enfants battus ou, à l'inverse, de parents martyrs.

- **Manifestations plus cachées de l'agressivité** : elles peuvent s'exprimer de façon plus représentative sous la forme d'une activité imaginative, fantasmatique ou onirique. La psychanalyse propose le terme d'**acte manqué** pour désigner des manifestations de l'inconscient caractérisées par une anomalie involontaire d'une conduite (oubli, distraction, lapsus, erreurs...) à l'origine d'un échec, une perte, une inconvenance. Cet acte qui va à l'encontre de l'intention consciente du sujet est lié à l'éruption d'un désir refoulé dans l'inconscient. Dans ce même registre psychanalytique, le transfert désigne le lieu de l'actualisation de désirs inconscients dans le cadre de la relation s'établissant entre l'analysant et l'analyste et par extension entre le soignant et le soigné. Le **contre-transfert** est l'ensemble des réactions affectives inconscientes mais traduites dans le comportement, apparaissant chez le thérapeute en réponse au transfert du patient. Transfert et contre-transfert ne sont pas exempts d'agressivité. Le **passage à l'acte** désigne, dans le vocabulaire psychanalytique, des actes réalisés de manière impulsive en rupture avec le comportement habituel du sujet et mal motivés à ses propres yeux. L'acte représente l'émergence brutale d'une représentation jusqu'alors inconsciente du fait du refoulement. Par extension, le terme est utilisé en psychiatrie pour décrire la survenue brutale et soudaine d'un comportement violent auto- ou hétéro-agressif, parfois délictueux, généralement toujours le même chez le même sujet, réalisé avec froideur.

La colère est une exaltation agressive de l'humeur avec perte relative du contrôle émotionnel qui s'exprime par une excitation verbale et gestuelle et s'accompagne d'un cortège de symptômes neurovégétatifs tels que l'éréthisme cardio-vasculaire et des fluctuations vasomotrices. Comme l'agressivité, elle n'est pas pathologique en soi mais le devient lorsqu'elle s'écarte de sa fonction adaptative, c'est-à-dire se manifeste de façon disproportionnée à la situation ou s'intègre dans un tableau clinique pathologique.

Ces colères pathologiques peuvent s'observer dans des conditions diverses ayant en commun une diminution du contrôle émotionnel, comme par exemple dans le syndrome maniaque, les intoxications aiguës par l'alcool ou les psychostimulants, certains syndromes délirants. Les colères pathologiques se distinguent par leur violence, leur gratuité, leur fréquence et l'absence totale de contrôle. Le qualificatif de **élastique** (crise élastique ou colère élastique) désigne une activité de destruction sans intention précise à type de bris d'objets et de matériels.

L'agressivité peut être dirigée contre soi-même ou contre autrui.

•**Conduites auto-agressives** : elles sont principalement représentées par les automutilations, les manifestations du masochisme, les conduites suicidaires mais aussi toute conduite d'agression envers soi paraissant ou non intentionnelle.

L'**automutilation** est un comportement auto-agressif de destruction ou dégradation de son propre corps ; il peut s'agir d'arrachement de ses propres cheveux, d'épilation, de brûlures de cigarettes ou brûlures électriques que le sujet s'afflige à lui-même, de douches d'eau glacée ou d'eau brûlante, parfois d'actes mutilatoires redoutables tels que l'ablation d'un œil, d'une oreille, d'un doigt, une emasculation, de manipulations à l'intérieur des orifices naturels... L'automutilation peut être liée à un syndrome délirant, soit en rapport avec une thématique sexuelle, mystique, de culpabilité, d'indignité, de possession, de punition..., soit en rapport avec l'activité hallucinatoire dans le cadre d'un syndrome d'influence (la voix hallucinée qui ordonne l'acte mutilatoire). L'automutilation peut être liée au syndrome dissociatif et se caractériser alors par des comportements impulsifs auto- agressifs remarquables par leur violence froide, leur imprévisibilité et leur caractère hermétique (impénétrabilité des motifs). Ces impulsions auto-agressives participent aux risques suicidaires élevés chez ces patients. Certains de ces actes mutilatoires ou de ces suicides sont associés à l'activité délirante et peuvent témoigner d'un rituel délirant compliqué. L'automutilation peut être en rapport avec l'angoisse soit sous forme d'un raptus anxieux, par exemple au cours du syndrome mélancolique, soit dans le cadre du vécu angoissant du syndrome de dépersonnalisation où l'acte mutilatoire vise à

marquer le corps, créer la douleur comme une réassurance sur la réalité de son corps propre, l'ultime moyen de lutte contre l'anéantissement de son être ou l'effacement de ses propres limites corporelles. Dans certains troubles de la personnalité (en particulier la personnalité hystérique) des automutilations peuvent constituer un mode d'expression symbolique d'un conflit inconscient ou malaise psychique qui le plus souvent ne peut être verbalisé. Des automutilations peuvent aussi s'observer dans les pathologies déficitaires (arriération mentale, plus rarement démence), le plus souvent sous la forme de **stéréotypies** motrices, par exemple balancement et frottement de la face postérieure du crâne contre un mur de façon permanente pouvant aller jusqu'à l'usure de la boîte crânienne, nécessitant alors dans la prise en charge le port d'un casque protecteur.

Dans le masochisme les conduites auto-agressives se présentent rarement sous la forme d'une totale soumission aux forces de destruction sanglantes et parfois mortelles. Lorsqu'il constitue un trouble des conduites sexuelles, le masochisme consiste en des flagellations, fouettage, morsures, blessures, " voluptueusement subies ". Cette forme d'auto-agressivité correspond à une disposition à l'auto-destruction et à la souffrance physique et la capacité de s'érotiser. La souffrance, l'humiliation, l'échec sont recherchés avec complaisance comme sources de plaisir. Peut se distinguer un masochisme moral caractérisé par une tendance à rechercher la position de victime et à aller au-devant des sanctions. Ce type de masochisme regroupe les tendances auto-punitives et les conduites d'échec ainsi que les recherches de mise en situation d'infériorité et d'humiliation.

• **Conduites hétéro-agressives** : elles dirigent l'hostilité vers autrui de façon intentionnelle et compréhensible, ou non intentionnelle, non compréhensible.

L'hétéro-agressivité intentionnelle et compréhensible peut être liée à une activité délirante, en particulier à thématique persécutive ; à des traits de personnalité pathologique en particulier la personnalité psychopathique définie par les multiples conduites antisociales en rapport avec l'intolérance aux frustrations, l'impulsivité, l'impossibilité de différer toute demande ; les conduites sadiques. Le sadisme se définit par une tendance à exercer sur

autrui des violences morales ou physiques hors de tout plaisir sexuel ou dans le cadre d'une déviation ou perversion sexuelle qui lie la satisfaction sexuelle à la souffrance d'autrui. Dans ce dernier cas, les actes sadiques peuvent consister en des piqûres, des flagellations, des souillures, des mutilations. Un sadisme moral s'exerce de façon plus indirecte par le goût pour les mauvais traitements, les vexations, les humiliations d'autrui et les mises en situations difficiles d'autrui.

L'hétéro-agressivité non intentionnelle peut s'observer dans le syndrome dissociatif, le syndrome confusionnel, le syndrome démentiel, le syndrome maniaque avec les états de fureur, certains syndromes délirants.

5.2 - ***Les états dangereux et la dangerosité***

Définition psychiatrique : définir l'état dangereux implique un effet de prédiction de l'acte, l'appréciation et l'évaluation de l'agressivité du sujet, la participation affective lors de l'acte, la rationalisation, la banalisation ou l'intellectualisation de l'acte, la présence ou l'absence d'une culpabilisation, le caractère passionnel, l'impulsivité, l'efficience intellectuelle, l'existence de récidives, la personnalité (asociale) du sujet, la présence d'une pathologie organique ou psychiatrique, les habitudes toxiques.

La notion de **dangerosité** implique la réalisation d'un acte sous l'effet de la loi, elle concerne le registre pénal.

En présence d'un délire

. Forte conviction délirante.
• Forte participation anxieuse. Crises paroxystiques.
• Angoisse psychotique (morcellement, néantisation...).
• Agitation et troubles psychomoteurs incontrôlables.
. Bizarreries comportementales et impénétrabilité des motifs.
. Délire paranoïaque ou/et passionnel, d'autant plus qu'il existe un persécuteur désigné (un suicide " à deux " est également possible).
• Épisodes catatoniques avec décharges agressives imprévisibles.
• État confus avec onirisme terrifiant.
• Vécu persécutif intense, même si le délire est flou.
• Troubles de l'humeur et hallucinations entrant dans le cadre d'une psychose délirante aiguë.
• Délires du post-partum (danger possible pour l'enfant).
• Notions anamnestiques :
. prise de toxique (ivresse ou sevrage) ;
. troubles des conduites ayant alerté l'entourage et/ou la force publique.

En présence d'un trouble de l'humeur

• Risque suicidaire et " suicide altruiste " (les idées suicidaires s'étendent aux proches) de certaines mélancolies.
• Auto-accusations délirantes : risque suicidaire grave (arme à feu, gaz, accidents provoqués...).
• Contextes passionnels (en dehors d'éléments délirants).
• Débordements d'une excitation maniaque (erotiques, scandaleux, mégalomaniaques...).
• Troubles de l'humeur survenant sur une personnalité pathologique où domine l'impulsivité (psychopathie, états limites...).

Autres situations cliniques réputées dangereuses

• Ivresses pathologiques (alcooliques ou toxicomaniaques).
• Psychopathie (personnalité antisociale).
• Toxicomanes en manque.
• Certaines crises d'épilepsie avec agressivité (risque d'acte automatique meurtrier).
• États déficitaires ; arriérations mentales.
• Certains processus expansifs intra-cérébraux (tumeurs intra-crâniennes).
• Agressivité des états pré-démentiels.

Sans cause décelable

Certaines conduites agressives " explosives " surviennent sans cause psychique ou organique décelable.

- ETATS DANGEREUX :
LES PRINCIPALES SITUATIONS PSYCHIATRIQUES -

L'appréciation clinique de l'**état dangereux** comporte plusieurs degrés. **Soit l'état est patent,** se présentant sous la forme d'une agitation agressive, d'une exaltation passionnelle (par exemple dans les syndromes délirants de revendication, de jalousie, d'érotomanie), d'un état de fureur maniaque ; **soit l'état dangereux est latent,** il peut être alors suspecté comme le risque de suicide altruiste (collectif ou familial) dans le syndrome mélancolique, ou le risque d'infanticide dans certains syndromes délirants survenant dans le post-partum. L'état dangereux latent peut être recherché comme dans la cadre du missionnement de l'expert au pénal où la question du juge d'instruction posée à l'expert psychiatre est : « Le sujet présente-t-il un état dangereux ? »
L'évaluation clinique de l'état dangereux permet la prise en charge du malade avant le passage à l'acte. Les pathologies psychiatriques correspondant à ces états dangereux sont principalement : voir tableau page 215.

- **Définition criminologique** : de nombreuses définitions criminologiques ont été proposées pour la notion d'état dangereux. " Phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de grandes probabilités pour un individu de commettre une infraction contre les personnes ou contre les biens " (Ch. Debuyst).

Une équation criminologique a été proposée (J. Leyrie) :

Facteurs individuels

•**Facteurs bio-anthropologiques** : les théories anthropométriques et morphologiques de Lombroso sont désuètes (théorie du criminel-né) ; neuropsychologie du passage à l'acte : facteurs héréditaires, biologiques, environnementaux.

- **Facteurs psychosociaux** : Garofalo (un des pionniers de la criminologie de la fin du XIXe siècle) propose deux variables pouvant majorer la probabilité de commettre un délit : la **témébilité** désigne la capacité criminelle (notion statique, négative, " perversité constante et agissante du délinquant ") et l'**adaptabilité** qui désigne la capacité d'adaptation au milieu.

QUATRE COMBINAISONS SONT POSSIBLES :

Témébilité	Adaptabilité	Caractéristiques
Élevée +	Satisfaisante +	Forte Délinquance Sujets rarement appréhendés
Elevée +	Réduite -	**Délinquants actifs** **Souvent récidivistes** **Souvent appréhendés**
Faible -	Réduite -	**Passage à l'acte rare** **Sujets vulnérables (rôle important des facteurs événementiels)** **Souvent appréhendés**
Faible -	Satisfaisante +	**Passage à l'acte accidentel du sujet " normal "** **Exemple : crime passionnel**

- **Facteurs psychologiques :**
  - J. Pinatel distingue la criminologie générale (science théorique) et la criminologie clinique (science pratique aux approches multidisciplinaires). Il décrit le " noyau central de la personnalité criminelle " caractérisé par un égocentrisme, une labilité, l'agressivité et l'indifférence affective. Ces traits psychologiques sous-tendent les conditions du passage à l'acte ; chez le délinquant, soit l'un de ces traits est hypertrophié, soit les quatre traits se cumulent.
  - L'approche psychanalytique fait intervenir différents concepts : ça, surmoi, conflits psychiques, régression, sentiment d'infériorité asociale, acting-out, etc.

Facteurs situationnels

La notion de situation précriminelle.

- **Ensemble de circonstances** qui précèdent et entourent l'acte délictueux.
- **Événement originaire du projet criminel :**
  - Il peut s'agir d'un événement isolé ou d'une succession d'événements.
  - Il précède parfois pendant longtemps la formation du projet criminel.
  - Il donne la motivation de l'acte : son rôle est décisif ou au contraire circonstance futile.
  - Parfois absence d'événement originaire.

- **Rôle des circonstances de mise à exécution du projet criminel :**
  - Rôle décisif dans le passage à l'acte.
  - Ce sont les faits plus ou moins recherchés qui mettent en situation de réalisation du passage à l'acte.

La classification de Kinberg (1960) distingue trois séries de situations précriminelles :

- **Situations spécifiques ou dangereuses :**
  - L'occasion de commettre un crime est toujours présente.
  - Présence d'une pulsion vers un acte criminel.
  - Exemples : situations pré-incestueuses, situation de jalousie (meurtre de maîtresse), situation de tourmenteur d'épouse (fréquente chez les sujets alcooliques qui ont l'habitude d'insulter leurs épouses).
- **Situations non spécifiques ou amorphes :**
  - L'occasion de commettre un délit n'est pas présente et doit être recherchée.
  - Élaboration d'un plan de reconnaissance des lieux du crime projeté ; préparatifs du crime, choix des complices...
  - Exemple : vols à main armée, escroquerie organisée, fabrication de fausse monnaie, etc.
- **Situations mixtes :**
  - L'occasion de commettre le crime est donnée à l'individu sans qu'il ait à la rechercher.
  - La criminalité organisée en bande (mafia) peut associer une situation amorphe (les chefs) et une situation spécifique (les subalternes).

Le facteur temps permet la distinction entre :

- **Situations précriminelles permanentes :**
  - Aboutissement d'une longue situation psychologique.
  - Exemples : situations professionnelles, familiales, les couples criminels (le mandant et le mandataire).
- **Situations précriminelles instantanées :**
  - Infractions de circonstance, violence et passage à l'acte lors d'un conflit d'automobilistes, crime passionnel...

Le passage à l'acte

Plusieurs modèles descriptifs et interprétatifs ont été donnés pour analyser la succession des séquences menant un individu à commettre un acte.

De Greef a décrit trois phases successives dans le crime utilitaire et le crime passionnel :

. **Phase d'assentiment inefficace :**
  - Synonymes : phase d'acquiescement mitigé, mode criminel optatif.
  - L'idée criminelle se développe insidieusement à un niveau préconscient. Exemple : idée fugitive de l'héritier qui n'en finit pas d'attendre.

. **Phase d'assentiment formulé :**
  - Synonymes : mode criminel impératif.
  - Élaboration du projet criminel avec plans, moyens, mesure des risques.

• **Phase de passage à l'acte ou crise** : mode criminel indicatif.

L'état dangereux prédélictuel est parfois décrit selon trois modalités :

• **Avec crise** : l'état prédélictuel correspond aux trois stades de De Greef (cf. *supra).*

• **En court-circuit :**
  - Réaction primitive, explosive, raptus.
  - Le passage à l'acte n'est pas l'aboutissement d'une élaboration.

• **Chronique** : étalement dans le temps de la conduite criminelle.

Infractions

Le Code pénal classe les infractions en trois catégories : les infractions contre les biens (vols, délinquance économique, incendies volontaires, banditisme) ; les infractions contre les personnes (homicides, coups et blessures volontaires, sévices à enfant, infanticides) ; agressions sexuelles (outrage à la pudeur, viol) ; les infractions contre la chose publique.

Victimes

La victimologie, branche spéciale de la criminologie, étudie les rapports de la victime et de l'auteur de l'acte délictueux. Les statistiques tendent à prouver la faible proportion de " victimes par hasard ". De nombreux courants théoriques sont à l'origine de classifications des crimes et des victimes.

Classification victimologique des crimes :

- Crimes contre les victimes réelles.

- Crimes contre des victimes fictives : l'ordre public, la santé publique, la morale.
- Crimes contre des victimes potentielles : conduite en état d'ivresse.
- Crimes sans victime : c'est-à-dire sans dommage directement discernable sur un tiers (usage de stupéfiants).

Classification des victimes :

• Facteurs de prédisposition victimogène :
  - Bio-psychologiques : âge (enfants, adolescents, vieillards) ; sexe (féminin) ; état général (infirmes, malades, déficients mentaux, sujets ivres).
  - Sociaux : profession (chauffeurs de taxi, policiers, médecins...) ; immigrés, communautés ethniques ; isolés sociaux (agression ou meurtre d'un clochard).
  - Psychologiques : cupidité, amoralité, lubricité, alcoolisme, toxicomanie, certaines pathologies psychiatriques.
• Contribution de la victime :
  - Victimes provocatrices :
    • active consentante (quasi complice) : exemple de l'acte sexuel en parti consenti ;
    • active non consentante : victime catalysatrice.
  - Victimes participantes :
    • rôle dans l'exécution (exemple : l'inceste).
• Relations entre auteurs et victimes :
  - Relations interpersonnelles : elles sont souvent retrouvées entre les femmes victimes d'homicide et leur tueur, à l'inverse des homicides d'hommes.
  - Cas du viol : le violeur connaissait la victime auparavant dans près de 50 % des cas.
• Quatre types de victimes peuvent être distingués :
  - Victime indifférenciée : le fait du hasard.
  - Victime latente : disposition permanente et inconsciente à jouer le rôle de victime.
  - Victime spécifique : conséquence des rapports particuliers existant entre la victime et le criminel (exemple : prostituée et proxénète).

Criminel-victime : selon les circonstances, le même sujet peut être victime ou délinquant (exemple : participant à une bagarre).

Chapitre 6. Les conduites suicidaires

Le suicide est le meurtre de soi-même ; l'acte de se donner la mort. On distingue la conduite suicidaire, qui concerne les tentatives de suicide qui échouent aussi bien que celles qui aboutissent, et le suicide réussi proprement dit. Les conduites suicidaires revêtent soit la forme d'un raptus, c'est-à-dire d'un acte impulsif soit d'un acte prémédité.

S'il existe des suicides dits philosophiques, où la conduite suicidaire ne peut être rattachée à une conduite pathologique, il n'en reste pas moins que l'acte suicidaire est toujours ambigu et complexe et qu'aucune explication unique ne peut en rendre compte. Plus que toutes autres conduites humaines elle ne peut être détachée du contexte social, culturel, familial, religieux, politique, historique, actuel, de l'attitude du suicidant devant la mort ainsi que celle de son entourage. Cette complexité rend difficile l'approche sémiologique de la conduite suicidaire et impose d'associer la description de l'acte suicidaire à une sémiologie psychopathologique du suicide.

De nombreuses définitions ont été proposées depuis celle de l'abbé Desfontaines en 1737, inventeur du mot suicide *(sui :* soi ; *cadere :* tuer) ; " on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire le résultat " (É. Durkheim). Le suicide est l'acte par lequel se donne la mort tout homme lucide qui, pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir en dehors de toute obligation éthique (A. Delmas).
Le **suicidé** est le sujet dont le geste a été mortel. Le **suicidant** survit à son geste autodestructeur. Le **suicidaire** signale le risque de recours au suicide soit par ses propos soit par son comportement. La **tentative de suicide** désigne le passage à l'acte non fatal du suicidant. L'**idée de suicide** est la conceptualisation de la tendance mortifère et l'élaboration du projet.

Article 1 - Les étapes de l'acte suicidaire

Idées suicidaires : la représentation mentale de l'acte ou idée de suicide peut être exprimée ou non par le sujet. Elle peut présenter un caractère obsédant, impulsif, organisé ou non, persistant ou labile (l'idée peut surgir, disparaître, se maintenir, revenir dans le champ de la conscience). Ses corrélations avec l'histoire personnelle, familiale et sociale peuvent se révéler d'emblée ou parfois être moins évidentes. Sur le plan quantitatif, les différents degrés d'intensité, d'élaboration du désir de mort, des répercutions sur la vie sociale, relationnelle et professionnelle sont autant d'éléments intervenant dans le cheminement qui va de l'idée de suicide au passage à l'acte. L'idéation suicidaire ouvre le champ de la réflexion existentielle littéraire et philosophique.

" L'obsession du suicide est le propre de celui qui ne peut ni vivre ni mourir, et dont l'attention ne s'écarte jamais de cette double impossibilité " (Cioran, *Le mauvais démiurge).*

"Je rêvais vaguement de me supprimer pour anéantir au moins une de ces existences superflues. Mais ma mort même eut été de trop (...). J'étais de trop pour l'éternité " (J.-P. Sartre, *La nausée).*

*" Le suicide est un crime religieux et social " (*A. de Vigny, *Stello).*

" Celui qui se tue court après une image qu'il s'est formée de lui-même : on ne se tue jamais que pour exister " (A. Malraux, *La voie royale).*

" Le suicide est le seul acte qui puisse réussir sans ratage " (). Lacan, *Télévision).*

Syndrome présuicidaire : il constitue l'ensemble des manifestations symptomatiques pouvant être repérées avant le passage à l'acte. Il s'agit d'un potentiel suicidaire latent plus que d'un syndrome à proprement parler ; cependant on décrit classiquement la triade symptomatique composée d'idées suicidaires de plus en plus obsédantes, véritable fuite vers les fantasmes du suicide ; un repli sur soi avec isolement progressif réalisant une restriction du champ de la conscience et de l'affectivité ; une inhibition de l'agressivité vis-à-vis d'autrui par désinvestissement graduel parfois remplacé au contraire par une tendance agressive.

Cette symptomatologie, qui peut être qualifiée de prémonitoire, est souvent marquée par la présence d'une anxiété, d'une thymie dépressive et de modifications réactionnelles et relationnelles du

patient vis-à-vis de son entourage. Ce dernier peut être absent, inexistant, " suicidogène ", pathologique ou entretenir un équilibre affectif fragile avec le sujet. Certains auteurs décrivent des signes pré-suicidaires chroniques constitués par une prédisposition d'ordre caractériel très influençable par le milieu qui peut être facilitant (suicidogène). Les modifications relationnelles avec l'entourage sont souvent présentes en rapport avec le rétrécissement de l'affectivité, l'inhibition ou l'exacerbation de l'agressivité et l'intensification de l'idéation suicidaire. L'expression de " milieu suicidogène " ou celle de " facilitation par le milieu " indique la fréquence de facteurs socioprofessionnels, matrimoniaux, les tranches d'âges, les spécificités rurales ou urbaines, les facteurs climatiques et géographiques, le caractère saisonnier, le facteur solitude, les notions d'horaires, de mode de vie...

Parfois une " crise suicidaire " peut être individualisée en deux phases successives faisant apparaître une stupeur et une perplexité suivies d'une phase d'exacerbation du sentiment de menace.

Raptus suicidaire : impulsion soudaine, explosive, d'ordre émotionnel, autodestructrice se produisant au sein d'un paroxysme anxieux. Cette forme de passage à l'acte s'oppose au suicide prémédité, longtemps camouflé, préparé et exécuté de sang-froid.

Après la tentative de suicide : le suicidant peut réagir sur le mode agressif qui prend souvent le masque de la réticence ou sur le mode de la minimisation avec parfois une euphorie qui succède à l'anxiété. Cette minimisation fréquente ne doit pas faire négliger les idées suicidaires, même si plusieurs tentatives antérieures ont été inoffensives. Toute idée suicidaire est potentiellement un suicide en cours de réalisation. La fréquence des tentatives de suicide chez une même personne ne doit pas être banalisée. 10 % des sujets ayant fait une tentative de suicide finissent un jour par se suicider. L'appréciation du risque de récidive suicidaire chez le suicidant repose sur l'analyse des facteurs suivants : le sens et la signification symbolique du passage à l'acte suicidaire ; le contexte relationnel et les réactions de l'entourage à la tentative de suicide ; la valeur cathartique du geste (apaisement des tensions, modification de la symptomatologie dépressive, appel aux autres) ; l'existence d'un trouble psychiatrique, d'un syndrome dépressif, d'une personnalité pathologique ; le facteur solitude.

Article 2 - Les procédés

Le choix du procédé suicidaire et les circonstances de l'acte sont multiples et n'ont d'autre intérêt sémiologique (hormis les aspects somatiques) que celui d'aider à restituer au sujet le sens dans lequel s'inscrit son acte : le message mis en acte s'adresse habituellement à l'autre, et dans cette fonction d'appel où s'intriquent l'auto- et l'hétéro-agressivité l'ambiguïté du désir de mort s'associe à la demande d'aide.

Les procédés les plus fréquents sont les prises de toxiques ou intoxications médicamenteuses volontaires, parfois ingestions massives d'alcool (ivresse jusqu'au coma) ou overdoses chez les toxicomanes.

Les procédés traumatiques sont le plus souvent les phlébotomies (section des veines par arme blanche), l'utilisation d'armes à feu, les précipitations (défenestration, chute d'un pont), l'écrasement (se jeter sous une voiture ou sous une rame du métro), les brûlures (immolation), l'absorption de substances caustiques (soude, acide).

Les procédés asphyxiques sont la pendaison, la suffocation, la noyade, l'intoxication au gaz ou vapeurs de charbon, l'inhalation de substances styptiques (qui collent les alvéoles pulmonaires).
Les équivalents suicidaires sont à prendre en considération de la même façon qu'une tentative de suicide. Ils peuvent revêtir des formes très différentes des procédés habituels. Les plus caractérisques sont les automutilations, le refus d'aliments, la grève de la faim, certains refus de thérapeutiques, des conduites alcooliques et toxicomaniaques, des conduites consistant en des prises de risques considérables tels que les excès de vitesse, des situations dangereuses, des sports à haut risque...

Article 3 - Les différents types de suicide : la sémiologie psychopathologique des conduites suicidaires

La sémiologie d'une conduite suicidaire ne peut pas se limiter aux simples aspects descriptifs de l'acte ni même à l'énumération de ses motivations. Cette sémiologie doit situer le phénomène dans

le cadre d'un récit de l'acte raconté après coup où l'on rapporte rétrospectivement les éléments du vécu. L'observation n'est donc pas directe comme elle l'est dans un syndrome délirant ou mélancolique ou maniaque... Ainsi, au cours de cette reconstitution des traits sémiologiques peuvent apparaître, différents des motifs évoqués en premier lieu, en rapport avec la qualité relationnelle qui s'établit entre le suicidant et son interlocuteur.
Le premier temps de l'analyse sémiologique de la conduite suicidaire repose sur la mise en évidence des caractéristiques de la crise suicidaire : les motivations exprimées par le sujet peuvent apparaître clairement (événement déclenchant, deuil, rupture, difficultés financières, conflit familial, échec, surmenage...) ; parfois la complexité de la situation, l'intrication de plusieurs facteurs ou la réticence du patient ne permettent pas l'expression de motifs précis. La présentation du suicidant est un temps important de l'examen sémiologique qui permet de noter l'absence ou la présence d'un contact, notamment au niveau du regard, une tension musculaire anxieuse, une impression d'absence physique, une réaction affective pouvant se traduire par une culpabilité, des remords ou au contraire un détachement, une hyperémotivité, une impulsivité, des tendances à l'auto- ou l'hétéro-agressivité, la résolution apparemment lucide. L'existence d'antécédents de tentatives de suicide tant personnels que familiaux doit être précisée. Enfin, la capacité de se projeter dans l'avenir doit être évaluée : qualité de l'estime de soi, des investissements affectifs, de l'intégration relationnelle, sociale et professionnelle. La capacité aussi d'introspection, d'élaboration de la situation actuelle.

Après cette première étape sémiologique, une classification (non exhaustive) des tentatives de suicide en fonction de leur intentionnalité ou de leur signification peut être proposée :
Suicides escapistes : le suicide représente une réaction de fuite devant les difficultés vitales et devant l'hostilité du milieu, le sujet ne pouvant faire face. Devant une situation intenable, le sujet retourne son agressivité contre lui. Il peut s'agir d'un échappement à une situation insupportable (la fuite), l'échappement au sentiment de perte d'un élément primordial (le deuil), ou l'expiation d'une faute réelle ou imaginaire (le châtiment).

Suicides agressifs : si l'auto-agressivité est présente dans tout comportement suicidaire, elle n'a le plus souvent rien de délibéré et n'est pas consciente. Il existe de plus une étroite dépendance entre l'hétéro- et l'auto-agressivité, et cette dernière peut être paradoxalement utilisée dans le sens hétéro-agressif. Par exemple, c'est par les mécanismes psychologiques de la culpabilité et de l'autopunition que peuvent se trouver cliniquement liés l'homicide et le suicide. Cette agressivité à l'égard de l'entourage est souvent manifeste dans la période présuicidaire. Les différentes modalités des suicides agressifs sont la vengeance (le suicidant provoque le remord chez autrui) ; le chantage au suicide (faire pression sur autrui en le privant de quelque chose à quoi il tient ; dans le chantage l'agressivité est à son plus haut degré d'intensité) ; ce chantage peut aussi s'adresser à soi-même (« Suicide-toi si tu n'es pas un lâche ») ; l'appel (signal d'alarme). Mais cette signification d'appel associe aussi une certaine agressivité à l'égard de l'entourage auquel cet appel s'adresse et auquel il est reproché de n'avoir pas suffisamment accordé d'attention à la personne du suicidant.
Suicides oblatifs : la conduite suicidaire est rattachée à un sacrifice, par exemple pour sauver ou atteindre une valeur jugée supérieure à la vie personnelle ; elle peut être dans certains cas un mode d'accession à un état considéré comme infiniment plus important. Le suicide est un passage. " Le suicide, cette mystérieuse voie de fait sur l'inconnu " (V. Hugo, *Les Misérables).*

Suicides ludiques : au lieu de choisir lui-même la mort, le suicidant remet son destin au jeu du hasard, au jugement de Dieu, par une épreuve ordalique qui décidera de sa vie ou de sa mort. Dans l'**ordalie** le sujet risque sa vie pour s'éprouver soi-même ou solliciter les jugements des dieux. Dans d'autres cas, le jeu uniquement motive la conduite suicidaire (jeu de la roulette Russe consistant à se donner des chances de mort dans le seul but de jouer avec sa vie).

Classiquement, trois formes cliniques de suicides sont distinguées :
Suicide collectif ou suicide altruiste : il est accompagné de la mort d'autres individus. Soit chacun des partenaires se tue lui-même, soit le sujet subjugue le partenaire qui suit passivement, soit il n'y a pas de consentement du partenaire comme dans le cas du

suicide altruiste dans le syndrome mélancolique (voir ci-dessous) ou l'infanticide dans le cadre de certains syndromes délirants apparaissant dans la période du post-partum.

Suicide post-agressionnel : il présente une valeur défensive, sacrificielle ou punitive et se produit dans les cas de crimes passionnels, en particulier en rapport avec une activité délirante centrée sur des thèmes de jalousie ou d'érotomanie.

Suicide travesti ou suicide simulé en accident, en meurtre ou en mort naturelle. Dans d'autres cas, une mise en scène peut faire croire à une tentative qui n'a pas eu lieu (mythomanie).

Suicides escapistes	Réaction de fuite devant les difficultés (situation intenable, insupportable)
Suicides agressifs	Vengeance, chantage au suicide, défi.
Suicides oblatifs	Valeur symbolique de sacrifice
Suicides ludiques	Epreuve ordalique qui décide de la vie ou de la mort
Suicides collectifs ou altruistes	Accompagnés de la mort d'autres individus
Suicides post-agressionnels	Valeur défensive, sacrificielle ou punitive après un passage à l'acte (crimes passionnels)
Suicides travestis ou simulés	Accident, meurtre, mort naturelle (mise en scène)

- TYPES DE SUICIDES -

Cas particulier de l'acte suicidaire dans le **syndrome mélancolique :** les conduites suicidaires dans la mélancolie sont très fréquentes et caractérisées par l'efficacité de l'acte suicidaire, à l'image de sa détermination : la mort étant l'unique solution, le châtiment mérité.

Les caractéristiques de l'acte suicidaire dans ce syndrome sont :

- le risque suicidaire du mélancolique est très important, les moyens employés sont le plus souvent efficaces ;
- il peut s'agir d'un acte longtemps prémédité et ingénieux ou d'un raptus suicidaire survenant lors d'un paroxysme de douleur morale ;

- il peut s'agir d'un suicide collectif familial. Par exemple un père entraînant dans la mort sa femme et ses enfants par " altruisme délirant ", pour les sauver d'un châtiment ou de tout autre malheur dont il a la conviction délirante. Exemple de la mère qui tue son bébé dans un contexte délirant du post-partum où l'enfant est l'élément central de la conviction délirante, en général persécutive ;
- il existe souvent des équivalents suicidaires à type de refus alimentaires ou d'automutilations ;
- le suicide du mélancolique peut survenir à tout moment de l'évolution de la maladie : avant le traitement, avant le diagnostic, lors d'un relâchement de la surveillance de l'entourage, en début de traitement par levée d'inhibition, en fin de traitement lors de la convalescence, dans cette période appelée " queue de la mélancolie ".

Chapitre 7. Les troubles des conduites alimentaires (T.C.A.)

Les conduites alimentaires assurent beaucoup plus que la simple satisfaction des besoins nutritionnels en réactualisant à un niveau symbolique les premières relations objectables (stade oral du développement de la personnalité). Les actes de manger ou de boire ne sont pas seulement la satisfaction biologique de la soif et de la faim, ces dernières ont un sens symbolique qui ne peut être évacué de la sémiologie des troubles des conduites alimentaires.

La nourriture " n'est pas seulement une collection de produits justiciables d'études statistiques ou diététiques. C'est aussi et en même temps un système de communication, un corps d'images, un protocole d'usages, de situations et de conduites " (R. Barthes).

L'analyse sémiologique des troubles des conduites alimentaires nécessite une investigation clinique globale permettant à la fois d'étudier la clinique propre du trouble alimentaire, de préciser sa place dans l'économie mentale du sujet, d'évaluer sa dynamique et ses rapports avec les fonctions psychiques, les capacités imaginatives et l'organisation de la personnalité.

La charge importante de significations et de symboles véhiculés par les conduites alimentaires en fait un mode d'expression privilégié, conscient ou inconscient, avec autrui. Cette dimension relationnelle se double de la dimension culturelle et religieuse impliquée dans la notion de repas (symbole de réunion, de partage, de communion, de complicité, d'échange, de fête...).

Article 1 - Les restrictions alimentaires

Symptôme anorexique : c'est une perte d'appétit globale ou sélective, banale en pathologie générale.

Syndrome d'anorexie mentale : il survient classiquement chez la jeune fille et se traduit par la triade clinique : anorexie, amaigrissement, aménorrhée.

Refus alimentaires observés dans les syndromes délirants :

- **activité** hallucinatoire : le patient reçoit des ordres (voix hallucinées) de ne pas manger (syndrome d'influence) ;
- thèmes **de** persécution : le patient est persuadé que les aliments sont empoisonnés. Le refus est partiel : par exemple certains aliments (œufs, fruits...) ayant une enveloppe dure et résistante à l'introduction du poison peuvent être normalement bien acceptés ;
- **idées** mélancoliques : idées d'indignité et de culpabilité : « Je ne mérite pas de manger. » Idées de ruine : « Je ne peux payer la nourriture. » Négation d'organes (syndrome de Cotard) : il ne mange pas parce qu'il n'a plus de bouche, d'estomac, d'intestin ou qu'ils sont bouchés ;
- équivalent **suicidaire** : le sujet se laisse mourir de faim.

Conduites **de** protestation **délibérée et lucide** (grève de la faim) à caractère idéologique.

Syndrome dissociatif : le refus d'aliments s'observe dans le négativisme constitutif du syndrome catatonique.

Syndrome **démentiel et** syndrome confusionnel :

- **Formes agitées** : conduites alimentaires complètement désorganisées, refus obstiné des aliments accompagné d'un vécu angoissant ; le patient se débat contre la personne qui essaie de l'alimenter ou recrache les aliments.

- Formes calmes : il s'agit plutôt d'une négligence que d'un véritable refus. Il se laisse mourir de faim à côté de la nourriture ou l'éparpillé à terre.

Syndrome de conversion : refus obstiné de toute nourriture. L'ingestion par contrainte entraîne presque immédiatement le vomissement. Le refus, d'abord électif, finit par être absolu aussi bien pour les liquides que pour les solides (sitiophobie).

Syndrome hypocondriaque : le patient est persuadé qu'il est incapable d'avaler quoi que ce soit et dit qu'il ne peut avaler sa salive.

Restrictions alimentaires électives : portant sur certains types d'aliments et/ou dans certaines situations.

Vomissements provoqués.

Article 2 - Les excès alimentaires

Boulimie : surconsommation alimentaire rapide et incontrôlable de quantités importantes de nourriture dans un temps limité, pratiquée souvent en cachette et vécue dans l'angoisse.

Sitiomanie : comportement impulsif, obligeant le sujet à absorber des quantités importantes de nourriture.

Gloutonnerie ou voracité : avidité à manger excessivement et avec rapidité. Le sujet (souvent arriéré ou dément) mange n'importe quoi. Peut provoquer des suffocations par introduction de corps étrangers dans les voies respiratoires. S'observe principalement dans les arriérations mentales et certains syndromes démentiels et consiste, au niveau du comportement alimentaire, en une libération des pulsions instinctives par manque de contrôle au niveau des fonctions intellectuelles supérieures ; association fréquente à d'autres troubles des conduites, en particulier sexuelles.

Hyperphagie : absorption excessive de nourriture, parfois en réponse à une frustration, avec prise de poids considérable. On constate souvent des difficultés affectives et des tendances dépressives. Très rarement elle s'intègre dans le syndrome de Klüver-Bucy (associant agnosie visuelle, hypersexualité et hyperphagie ; dû à une destruction bilatérale des lobes temporaux).

Potomanie : besoin impérieux difficilement contrôlable d'ingérer de grandes quantités de liquide (souvent de l'eau). Ce comportement généralement permanent (toxicomanie à l'eau) conduit le sujet à un état d'hyponatrémie parfois dangereux, aboutissant à un coma. Il faut éliminer une cause organique (diabète insipide).

Dipsomanie : besoin irrésistible, survenant par accès intermittents, de boire de grandes quantités de boissons alcoolisées. L'accès dipsomaniaque début le plus souvent par une phase d'anxiété, d'irritabilité et se termine par une ivresse et parfois un coma. Entre les accès le sujet mène une vie normale mais éprouve une grand culpabilité et des remords importants. Les accès se reproduisent périodiquement selon le même déroulement et dans les mêmes conditions.

Phagomanie : habitude de manger entre les repas sans que la faim impose cette conduite.

Article 3 - Les aberrations du comportement alimentaire

Mérycisme : phénomène digestif assez rare survenant en général chez le très jeune enfant (entre 6 mois et 3 ans) caractérisé par le retour volontaire ou involontaire des aliments de l'estomac dans la bouche, où ils peuvent être à nouveau mastiqués. Cette rumination du bol alimentaire régurgité s'observe aussi dans les arriérations mentales.

Pica : absorption de substances non comestibles : terre (géophagie, pouvant entraîner une anémie ferriprive), savon, cheveux, peintures des murs (provoquant une intoxication au plomb...), chez l'enfant de plus de six mois.

Coprophagie : ingestion d'excréments avec ou sans barbouillage (jeux avec les matières fécales), survient principalement dans les arriérations mentales.

RESTRICTIONS	Refus alimentaire : Délire d'empoisonnement Syndrome d'influence État dissociatif Syndrome démentiel ; confusionnel Syndrome de conversion Équivalent suicidaire Syndrome mélancolique Refus lucide et délibéré (grève de la faim) Restrictions alimentaires électives Vomissements provoqués Dysorexie (voir « anorexie mentale ») Anorexie : perte d'appétit globale ou sélective
EXCÈS	Boulimie Sitiomanie Gloutonnerie Hyperphagie Potomanie Dipsomanie Phagomanie
ABERRATIONS	Mérycisme Pica Coprophagie

- TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES -

Article 4 - L'anorexie mentale

Ce syndrome concerne principalement (mais pas exclusivement) les jeunes filles, jeunes adolescentes ou adultes jeunes entre 12 et 20 ans, et se traduit par une triade symptomatique associant un amaigrissement, une aménorrhée et une anorexie. En fait le terme " anorexie " est peu évocateur car les troubles des conduites alimentaires ne se résument pas à la simple restriction alimentaire : il est préférable de parler de **dysorexie.**

4.1 - La symptomatologie physique

Amaigrissement :

- Souvent spectaculaire, il dépasse plus de 25 % du poids initial et parfois même plus de 50 %. Une diminution de plus de 10 % du poids initial est exigée pour poser le diagnostic. Pour certains auteurs il faut 25 % de baisse.

• Signes physiques évocateurs d'une carence nutritionnelle accompagnant la perte de poids :
  _ Corps efflanqué, côtes saillantes, ventre rétracté. Aspect tout en os et anguleux (véritable statue en mouvement).
  - Effacement des formes féminines (les seins, les hanches, les fesses) donnant un aspect androïde avec conservation de la pilosité pubienne et axillaire.
  - Apparence cadavérique du visage : joues creuses, yeux enfoncés, nez pincé, faciès ridé, aspect de sénilité précoce.
  - Œdèmes de carence, cheveux secs et ternes, ongles striés, cassants.
  - Fonte musculaire impressionnante : membres " en baguettes de tambour ".
  - Constipation opiniâtre, troubles circulatoires : tension artérielle basse, pouls ralenti, cyanose des extrémités.
  - Hypertrichose (excès de poils. Doit se différencier de l'hirsutisme qui est la présence de poils dans des zones normalement imberbes) et apparition d'un lanugo (fin duvet).

Dysorexie plutôt qu'anorexie :

• L'anorexie annonce le plus souvent le début des troubles, l'amaigrissement lui est secondaire.
• Il s'agit surtout d'une conduite active de restriction alimentaire avec lutte contre la faim. La persistance de la sensation de faim est à l'origine d'une culpabilité importante mais cette persistance de la sensation de faim n'est reconnue que tardivement et avec honte. Parfois il peut exister une véritable perte de l'appétit au début du syndrome.
• Les motifs de l'anorexie le plus souvent invoqués sont initialement un régime plus ou moins justifié par un discret embonpoint, des difficultés digestives, des gastralgies.
• Des attitudes particulières à l'égard de la nourriture sont associées : des accès boulimiques, un intérêt particulier pour la nourriture, des rites alimentaires (par exemple intérêt particulier pour certaines nourritures, légumes ou fruits et refus des autres aliments notamment du pain et de la viande), des mesures de contrôle des ingestas et excrétas (pesées post-prandiales), des vomissements provoqués, des prises de laxatifs et/ou de diurétiques. La quantité de nourriture lui paraît souvent démesurée (vision macroscopique des aliments).

Aménorrhée : on parle d'aménorrhée après une interruption de plus de trois mois des règles précédemment régulières ou de 6 mois dans le cas contraire.

- Elle survient constamment au cours de l'évolution : dans près de 60 % des cas elle coïncide avec le début de l'anorexie ; dans 15 % des cas elle la précède, dans 25 % des cas elle la suit.
- Elle peut être primaire (la patiente n'a jamais eu de règles) ou secondaire (la patiente a déjà eu des règles).
- Elle est l'un des derniers symptômes à disparaître.

4.2 - La symptomatologie psychique

Méconnaissance de leur maigreur :

- Trouble de la perception de l'image du corps : elles savent qu'elles sont maigres mais ce savoir ne fait pas sens.
- Absence d'inquiétude sur leur état de santé, à part quelques plaintes concernant des maux de ventre. La patiente nie la gravité de ses troubles, refuse le traitement, répond aux questions du médecin mais s'irrite facilement quand on évoque ses problèmes d'alimentation.
- La maigreur croissante s'associe à un sentiment de bien-être, un sentiment d'élation.

Désir éperdu de minceur et peur de grossir :

- Ce désir de minceur et cette peur assiègent l'esprit, occupant ainsi une part importante de leur activité mentale.
- Elles se voient et se dessinent beaucoup plus grosses qu'elles ne le sont et se livrent à de nombreuses mesures de vérifications comme des pesées post-prandiales, des recherches sur la valeur calorique des repas, la mensuration des rondeurs (tour de cuisse).
- Fixations idéiques de type dysmorphophobique : la patiente se trouve laide et essaye de dissimuler sa féminité : peur de grossesse, peur du gros ventre.

Attitudes particulières à l'égard de la nourriture :

- Il s'agit de conduites de négation ou de contrôle des besoins physiologiques du corps.
- Intérêt exagéré pour tout ce qui a trait à la nourriture : collection de recettes ; elles font souvent la cuisine pour nourrir les autres sans participer aux repas qu'elles préparent ; fascination pour

les étalages de nourriture ; parfois vols d'aliments à l'étalage ; sur un mode obsessionnel elles pensent toute la journée à la nourriture.

- Tentative de contrôle de leur appétit :
  - Rites alimentaires : ils sont fréquents et multiples : tri des aliments selon des critères personnels, grignotage infini par portions infimes, mâchonnements interminables, parfois stockage de la nourriture dans la bouche et rejet clandestin.
  - Grande ingéniosité dans les moyens utilisés pour le camouflage des aliments.
  - Durée des repas parfois très longue pouvant dépasser plusieurs heures, lassant l'entourage ; elles se lèvent plusieurs fois pendant le repas. Participent rarement aux repas familiaux.
  - Contrôles multiples sur l'évacuation par des vomissements provoqués post-prandiaux, souvent en cachette ; prises de laxatifs ou de diurétiques.
  - Parfois, dans les formes sévères, refus de toute absorption d'aliment ou de liquide : peuvent tenir à leur bouche un mouchoir en tissu pour éviter d'avaler la salive.
  - Persistance d'une sensation d'avoir toujours trop mangé.
  - Accès boulimiques : absorption de grandes quantités de nourriture. 50 % des anorexiques font au moins un épisode boulimique. Ces épisodes, souvent en cachette et nocturnes, sont suivis de vomissements provoqués qui soulagent la patiente. Une réaction dépressive avec culpabilité, dégoût et honte suit l'accès.
- Investissement particulier de la sensation de faim qui cherche à être provoquée.
- Méconnaissance de l'ensemble des besoins du corps, hyperactivité et surinvestissement de la motricité se traduisant par des déambulations sans fin, des exercices musculaires variés, le goût pour des activités sportives violentes, des marches épuisantes, des efforts physiques pouvant aller jusqu'à l'extrême limite de leurs forces.

Cette méconnaissance de leur fatigue peut être à l'origine de **complications somatiques** (lipothymie, syncope, troubles cardio-vasculaires...).

- Volonté d'ascèse, volonté de maîtrise.
- Troubles du sommeil, principalement à type d'insomnie.

Fonctionnement intellectuel :

- Classiquement considéré comme excellent, il se caractérise principalement par un surinvestissement intellectuel, de très bons résultats scolaires, des performances psychométriques au-dessus de la moyenne.
- Les résultats sont meilleurs pour l'apprentissage que pour la créativité.
  - L' " intellectualisme pur " apparaît comme un refuge.
  - Les orientations et choix professionnels préférentiels sont principalement des professions sociales, médicales et paramédicales à vocation réparatrice et des professions qui font appel à une esthétique de la forme comme le dessin, la danse, la gymnastique.

La vie relationnelle est marquée par un comportement paradoxal : derrière une apparente autonomie la vie affective est faite d'une dépendance et d'une peur de la séparation (le plus souvent des parents) :

- attitude de défis, mensonges, manipulations à l'égard de la famille.
- il est fréquent de voir débuter ou s'aggraver le syndrome lors d'une séparation, un voyage ou pendant les vacances.

La sexualité est souvent caractérisée par un désinvestissement sexuel ; absence d'activité de masturbation ; absence d'appétit sexuel. Lorsqu'une activité sexuelle existe elle peut se faire sans plaire, quasi machinalement, s'inscrivant dans les comportements de maîtrise du corps.

Des comportements de séduction relèvent le plus souvent de la conquête plutôt que de la satisfaction, de la maîtrise plutôt que de l'abandon. Surinvestissement fréquent du regard.

La thymie est euphorique, élation en alternance avec des épisodes dépressifs.

Article 5 - Le syndrome boulimique

Les conduites boulimiques sont des épisodes d'ingestion impulsive et incoercible de quantités importantes de nourriture hypercalorique, généralement accompagnés de culpabilité et parfois suivis de vomissements provoqués ou d'une prise de médicaments

amaigrissants. Généralement ces accès surviennent chez des femmes jeunes, parfois au décours d'un régime restrictif ou d'un événement traumatisant.

5.1 - Les *étapes de l'accès boulimique*

L'accès se présente comme un épisode de surconsommation alimentaire incontrôlable, le plus souvent à la hâte et en cachette.

Les **accès itératifs** surviennent à intervalles plus ou moins rapprochés, hebdomadaires ou quotidiens, parfois pluriquotidiens. Leur durée est généralement inférieure à deux heures ; leur **horaire :** souvent en fin de journée mais parfois rythmés par les horaires classiques des repas. Habituellement les accès se déroulent à la maison, en cachette ; dans les cas évolués la dissimulation peut disparaître.

L'accès est imprévisible ; pourtant certains sujets cuisinent ce qu'ils vont manger ensuite. L'achat de la nourriture se fait souvent de façon impulsive et incoercible, voire la vole (kleptomanie). La nourriture peut être tout ce qui tombe sous la main mais en général elle est très riche en calories et très sucrée. Le sujet a tendance à choisir les aliments froids voire surgelés. Les aliments sont faciles à manger, dans les plus courts délais sans avoir à mâcher. La nourriture est consommée voracement, dévorée, avalée jusqu'à s'étouffer. La nourriture est engloutie plus que savourée. Ce qui est mangé pendant un accès est souvent mal identifiable par le sujet lui-même.

La crise se déroule en trois temps :

- Une période d'excitation préalable caractérisée par une tension, un sentiment de solitude, la survenue d'une pensée pouvant concerner la nourriture, un grignotage, l'absorption d'alcool, l'acte sexuel, la consommation d'un aliment spécifique, le retour chez soi... Cette sensation éprouvée avant la crise est envahissante, pressante mais le plus souvent mal définissable.
- Le deuxième temps constitue l'accès boulimique caractérisé par l'ingestion de quantités énormes, hypercaloriques.
- Le troisième temps marque la fin de l'accès survenant lorsqu'il n'y a plus rien à manger ou lorsqu'une tierce personne intervient ; parfois la crise se termine par des douleurs, un étouffement ou une sensation de dépersonnalisation.

La période qui suit la fin de l'accès est marquée par un malaise fait de sensations physiques pénibles à type de céphalées, de nausées, de douleurs gastriques ou abdominales, de gonflement, de fatigue importante. Le remords, l'inquiétude, la culpabilité, la honte, l'autodépréciation d'être grosse et difforme et d'avoir perdu le contrôle de soi-même envahissent le champ de la pensée. La conscience du caractère pathologique de cette conduite est à l'origine de ruminations anxieuses envahissantes pouvant entraîner une **dépression thymique** parfois majeure qui peut conduire aux idées suicidaires. L'oubli de cet état désagréable peut être trouvé dans le **sommeil** ou grâce au soulagement des **vomissements provoqués.**

Les vomissements provoqués sont inconstants, plus fréquents chez les sujets normaux pondéraux et associant les syndromes boulimie et anorexie. Ils sont en rapport avec la crainte de devenir obèse et la culpabilité liée à l'échec du contrôle de la compulsion alimentaire. Ces vomissements sont difficiles à diagnostiquer, généralement dissimulés, difficilement avoués, provoqués par les doigts au fond de la gorge (les érosions cutanées sur le dos de la main en témoignent parfois), cuillère, brosse à dent... Ils peuvent être provoqués au cours de l'accès (pour pouvoir continuer à manger), à la fin de l'accès ou peu de temps après. Ces vomissements augmentent le besoin de suralimentation paroxystique car les aliments sont évacués avant d'avoir été digérés. Ils peuvent être source de complications favorisées par la prise concomitante de laxatifs ou de diurétiques : œsophagite peptique, troubles hydro-électrolytique, insuffisance rénale fonctionnelle, troubles du rythme cardiaque, maladie des laxatifs.

5.2 - Le *mode d'alimentation et statut pondéral*

Tendance et goût fréquent pour les régimes, les jeûnes et les règles diététiques très rigoureuses. Le plus souvent l'alimentation est mal équilibrée, chaotique, insuffisante.

L'obésité est rare chez les boulimiques, le poids reste souvent stable, lié à la prise de médicaments amaigrissants (laxatifs, diurétiques ou coupe-faim), à une hyperactivité physique (sports divers) ou aux vomissements. Trois cas sont possibles : les patientes ayant un poids inférieur à leur poids physiologique et qui continuent de

vouloir maigrir, les patientes ayant un poids normal et qui veulent accéder à un poids inférieur, les patientes qui présentent un excès pondéral et qui veulent maigrir.

5.3 - Les *préoccupations corporelles*

Insatisfaction générale concernant son poids ou sa morphologie, peur de grossir, le sujet se trouve laid, déformé, gros. Comme dans le syndrome anorexique, la patiente présente des préoccupations excessives pour la nourriture, le poids, la ligne et la représentation déformée de leur image corporelle. Dans ce cadre et de façon très caractéristique les patientes font alterner les crises boulimiques avec les régimes amaigrissants et le recours aux vomissements ou d'autres méthodes pour contrôler leur poids : l'usage des laxatifs est la méthode la plus utilisée après les vomissements. L'automédication avec les diurétiques vise à éliminer l'eau et le sel. L'hyperactivité physique représente aussi un moyen de perdre des calories.

5.4 - *Les troubles associés*

Anorexie et boulimie : près de la moitié des anorexiques mentales sont boulimiques et vomisseuses. Les anorexiques-boulimiques sont en moyennes plus âgées que les anorexiques purement restrictives, elles sont plus extraverties et présentent une symptomatologie impulsive plus importante (kleptomanies, tentatives de suicide, automutilations, conduites alcooliques, toxicomanies). De même la culpabilité semble plus importante, ainsi que la présence de troubles anxieux et dépressifs et de plaintes somatiques.

Toxicophilie : fréquence des conduites addictives telles que l'abus d'alcool ou la toxicomanie. Abus des médicaments, automédication, en particulier des laxatifs. L'abus de laxatifs est un facteur de gravité car il est corrélé à l'existence d'antécédents de tentatives de suicide et d'automutilations, d'hospitalisations et d'abus de diurétiques et d'anorexigènes. Des impulsions, compulsions et autres comportements excessifs, difficiles à contrôler s'observent fréquemment en dehors du domaine de l'alimentation. Par exemple :

- **boulimie d'achats** : acquisition désordonnée de grandes quantités d'objets, souvent sans utilité et vite délaissés.
- **boulimie de lecture** : soif de lecture, inguirgitation de livres sans réelle assimilation ni plaisir de la lecture.

- **boulimie sexuelle** : désir impérieux d'avoir des rapports sexuels sans la moindre relation affective ; coït furtif ne procurant pas le plaisir avec des partenaires de hasard.
- **kleptomanie impulsive** : elle concerne la nourriture mais aussi les vêtements, les bijoux, les produits cosmétiques.

Troubles de l'humeur et troubles anxieux : les symptômes dépressifs sont souvent présents. La crise boulimique se termine dans un registre thymique douloureux, marqué par la honte et l'inquiétude. En dehors des accès boulimiques, l'état émotionnel et affectif des patientes est souvent constitué d'une labilité thymique, d'une instabilité émotionnelle, d'une hyperémotivité, d'une agitation psychomotrice associée aux manifestations anxieuses, aux pensées et actes suicidaires, aux somatisations, une tendance générale à la dysphorie (humeur à tonalité désagréable).

Manifestations du syndrome anxieux fréquentes et variées : anxiété diffuse ; angoisse durant le court instant de la lutte avant l'accès ; crainte de ne pouvoir perdre les kilos accumulés ; angoisse de voir son corps bouffi ; phobies sociales comme la crainte de prendre ses repas en présence d'autrui ou la peur de se montrer aux autres.

Chapitre 8. Les troubles des conduites sexuelles

Les conduites sexuelles de l'adulte peuvent être perturbées dans leur efficience (le coït est impossible ou ne génère plus de plaisir) ou dans les moyens utilisés pour l'obtention du plaisir. Trois types de troubles peuvent être distingués : les déficiences ou insuffisances, les excès et les déviations ou perversions sexuelles.

Les nombreux éclairages théoriques (psychanalytiques, cognitivo-comportementalistes...) sont à l'origine de classifications différentes en rapport avec la psychopathologie des troubles. Notre description reste purement sémiologique et descriptive sans tenir compte des différentes conceptions de la sexualité dite normale et pathologique. Le champ pathologique est envisagé à partir de la souffrance exprimée par l'individu et de l'écart avec l'acte sexuel classique : coït entre deux partenaires. Aucun aspect moralisateur (notion de bien ou de mal) n'est ici ni voulu ni opportun.

Article 1 - Les déficiences ou insuffisances sexuelles

Chez l'homme et la femme :

. Troubles du désir :

- anorexie sexuelle : absence de désir pour la sexualité ;
- perte du désir du sexe opposé : possible pathologie de l'identité sexuelle ;
- perte du désir pour un partenaire déterminé.

• **Aversion sexuelle** : évitement actif de tout contact génital avec un partenaire sexuel :

- l'aversion peut se manifester par une anxiété, une crise d'angoisse, une peur, un dégoût ;
- elle peut être focalisée sur un aspect particulier : sécrétions vaginales, pénétrations, odeurs... ;
- parfois rejet généralisé de tout stimulus sexuel : caresses, baisers...

• **Anhédonie** : perte de la capacité à rechercher et à éprouver du plaisir.

Chez l'homme :

• **Troubles de l'érection (impuissance sexuelle) :**

- **insuffisance d'intensité ou de durée** de la tumescence du pénis rendant impossible la pénétration ;
- **différentes modalités possibles :**
  - érection impossible dès le début de l'acte sexuel ;
  - érection normale, la détumescence apparaît dès la pénétration ;
  - érection normale permettant la pénétration, la détumescence survient avant ou pendant l'intromission ;
  - érection possible uniquement pendant la masturbation ou au réveil ;
  - anérection : absence totale d'érection.
- absence d'érection : elle peut être systématique dans les mêmes situations, élective ou en rapport avec la situation ou la partenaire, partielle ou occasionnelle.

• **Troubles de l'éjaculation :**

- éjaculation précoce :
  - incapacité à retarder suffisamment l'émission de sperme pour que le plaisir soit pleinement éprouvé par le sujet et sa partenaire ;

- différentes modalités possibles : l'éjaculation peut se produire avec la pénétration, lors de stimulations sexuelles minimes (à la vue ou au toucher des organes génitaux), au moment de la pénétration ou juste après, et avant que le sujet ne souhaite éjaculer ;
- on distingue les éjaculateurs précoces primaires, qui ne souffrent pas de troubles de l'érection, et les éjaculateurs précoces secondaires, qui présentent des troubles de l'érection.

- **éjaculation retardée** : l'émission de sperme est longue à venir et parfois impossible, ne permettant pas l'obtention du plaisir orgasmique ;
- **anéjaculation** : absence totale d'éjaculation.

- **Anhédonie** : incapacité à éprouver le plaisir qui accompagne normalement l'éjaculation.

Chez la femme

- **Troubles de l'orgasme** : nombreuses manifestations comportementales et psychiques liées à l'insatisfaction, l'impression d'insuffisance de plaisir pouvant s'exprimer par la revendication et la frustration, le plaisir et la plainte. Le terme " **frigidité** " englobait des affections très diverses à l'origine de ces difficultés, voire impossibilités d'obtention de l'orgasme.
- **Vaginisme :**
  - rétrécissement de l'ouverture vaginale due à la contraction involontaire répétée et persistante des muscles périnéaux (muscles releveurs de l'anus) qui entourent le tiers externe du vagin ;
  - la contraction se produit lors d'une tentative de pénétration par le pénis, le doigt, un tampon ou un spéculum. Parfois le spasme musculaire peut se déclencher par la simple anticipation d'une pénétration vaginale ;
  - la contraction peut être modérée, à l'origine d'une gêne à la pénétration, ou intense, empêchant la pénétration : elle peut être à l'origine d'une douleur violente.
- **Dyspareunie** : coït douloureux.
  - peut se produire pendant le coït mais parfois avant ou après les rapports ;

deux modalités : dyspareunie superficielle pendant l'intromission ; dyspareunie profonde pendant le va-et-vient du pénis ;
intensité : elle peut aller de la simple gêne à une douleur aiguë.

Article 2 - Les excès sexuels

Nombre important des rapports sexuels au détriment de la qualité du plaisir éprouvé.

Cette frénésie échappe au contrôle de l'individu et perturbe le système relationnel.

Satyriasis : impulsion à répéter l'acte sexuel avec une fréquence inhabituelle, chez l'homme.

Nymphomanie : recherche plus ou moins obsédante des rapports sexuels, chez la femme.

Article 3 - Les déviations du comportement sexuel : les perversions sexuelles (synonyme : paraphilies)

Les perversions sexuelles rassemblent des comportements visant à l'obtention du plaisir et de l'orgasme par des moyens autres que le coït par pénétration vaginale. Elles ont en commun le plus souvent la présence d'une humiliation de soi-même ou de son partenaire, l'implication de personnes non consentantes, l'utilisation d'objets inanimés, l'absence d'anxiété ou de honte. Ces pratiques déviantes sont cachées et compatibles avec une bonne insertion socioprofessionnelle. La distinction classique (d'inspiration freudienne) entre perversion d'objet et perversion de but peut rester la base d'une classification purement sémiologique.

Anomalie du choix objectai, l'image du partenaire est altérée et n'est plus compatible avec l'union complémentaire des sexes. (synonyme : perversion d'objet)

- Le partenaire peut être humain :
  - pédophilie : activité sexuelle avec un enfant prépubère. Le sujet qui présente une pédophilie est âgé de plus de 16 ans et a une différence d'âge par rapport à l'enfant de plus de 5 ans. L'attirance est généralement pour des enfants d'un âge particulier. La préférence peut se faire pour les garçons ou les filles

et parfois les deux. Lorsque l'attirance est préférentiellement pour les filles elles sont généralement âgées entres 8 et 10 ans alors que l'attirance pour des garçons concerne des enfants un peu plus âgés. Certaines formes réalisent une attirance sexuelle exclusive pour les enfants, d'autres formes associent une attirance pour les enfants et pour les adultes.

Le comportement peut se limiter à déshabiller l'enfant et à le regarder, à s'exhiber devant lui, à se masturber en sa présence ou à le toucher et le caresser avec douceur. Certaines formes peuvent réaliser un passage à l'acte de type fellation ou pénétration en recourant à divers types de contraintes pour y arriver. Les sujets pédophiles expliquent généralement leurs actes par des excuses ou des rationalisations, évoquant alors une valeur éducative pour l'enfant ou l'existence d'un réel plaisir sexuel pour l'enfant ou encore la provocation sexuelle de l'enfant.

Les enfants victimes peuvent être membres de la famille ou enfants d'autres familles. Dans certains cas des menaces sont faites à l'enfant pour l'empêcher de faire des révélations. Dans d'autres cas, de véritables stratagèmes sont mis en place par le pédophile pour gagner la confiance de la mère de l'enfant, voire épouser une femme par l'enfant de laquelle ils sont attirés, ou dans d'autres cas échanger des enfants avec d'autres pédophiles.

Tout acte de pédophilie n'est pas en rapport avec une perversion sexuelle. Il existe des actes de pédophilie symptomatiques d'une autre maladie mentale en particulier d'une déficience intellectuelle (sujets très immatures ayant l'âge mental de leur victime), un processus démentiel débutant à l'origine d'une levée de l'inhibition instinctivo-affective, une symptomatologie obsessionnelle et compulsive à thème pédophilique (la compulsion se manifeste sous la forme d'idées pédophiliques obsédantes accompagnées d'une lutte anxieuse avec ou sans passage à l'acte ; ce dernier est immédiatement suivi d'un intense sentiment de culpabilité), un trouble de l'humeur de type maniaque ave désinhibition instinctuelle, un syndrome dissociatif, un trouble addictif (alcoolisme ou toxicomanie) en rapport avec l'effet désinhibiteur voire sexuellement stimulant du toxique.

Certaines classifications (Mohr) distinguent trois types de pédophilies réactionnelles et transitoires :

. de l'adolescence à l'âge de 20 ans : sujets très inhibés dans leurs tentatives de recherches d'un ou d'une partenaire de leur âge et qui n'ont d'autres ressources que de satisfaire leurs pulsions sexuelles qu'avec des enfants prépubères. Pédophilie dite exploratoire.

. entre 30 et 50 ans : il s'agit principalement d'individus qui rencontrent des difficultés de couple et d'insertion sociale et dont l'identité masculine adulte est vécue en situation d'infériorisation. Ces conduites pédophiles viennent compenser les échecs relationnels et les blessures narcissiques qui leur sont liés. Rôle favorisant d'une désinhibition alcoolique.

• après 50 ans : hommes d'âge mûr qui sentent leur ardeur sexuelle défaillir et recherchent des situations pour pallier une étape de leur vie qu'ils pensent annonciatrice d'impuissance.

Concernant la pédophilie véritable, il y a lieu de distinguer :

• l'orientation sexuelle habituelle du pédophile : les sujets hétérosexuels sont plus nombreux, les homosexuels sont plus actifs.

• exclusivité ou non de la préférence : le pédophile exclusif est impuissant avec des adultes hommes ou femmes et ne trouve pas d'autres alternatives que l'abstinence ou la transgression.

• l'existence d'une pratique intra ou extra familiale : il existe une pédophilie incestueuse ; certains pédophiles pères de famille n'impliquent jamais leurs enfants dans leur activité sexuelle.

Peuvent se distinguer aussi deux types cliniques de pédophilie : d'une part les pédophiles séducteurs dont la pédophilie est exclusive et est apparue dès l'adolescence. Leur pratique consiste principalement en des attouchements sur des enfants qu'ils connaissent et avec lesquels ils établissent des relations pseudo-affectives souvent favorisées par leur métier. Ils sont décrits comme idéalisant le monde de l'enfance et rejetant celui des adultes dont ils dénoncent l'hypocrisie. D'autre part les pédophiles agressifs représentent de véritables prédateurs ou pédoclastes, leur pédophilie est exclusive ou prévalente; ils

, agissent avec violence ou sous la contrainte et leurs victimes est souvent un enfant anonyme auquel ils font subir un véritable viol. Ils peuvent échafauder des scénarios et leurs actes sont souvent ritualisés.

- **gérontophilie** : l'intérêt érotique et sexuel est centré sur des partenaires âgés homo- ou hétérosexuels. Il s'agit souvent de vieillards malpropres, voire grabataires.
- **nécrophilie** : l'objet sexuel est un cadavre humain. Il peut s'agir d'excitations sexuelles lors de situations imaginaires ou réelles mettant en jeu un cadavre. Certaines formes peuvent mettre en scène un coït avec un cadavre ;
- **inceste** : relations sexuelles entre ascendant et descendant ou collatéraux. Proximité sémiologique avec la pédophilie.

• **Le partenaire peut être non humain :**

- animal : **zoophilie** ; un animal est choisi comme partenaire sexuel privilégié et parfois exclusif. Synonyme : **bestialité ;**
- objet inanimé : le **fétichisme.**

Le fétiche est un objet permettant l'obtention d'un plaisir sexuel. Cet objet le plus souvent insolite, neutre ou contingent à l'égard de son pouvoir d'excitation érotique, consiste le plus souvent en des éléments appartenant au sexe féminin : culotte, soutien-gorge, bas, chaussures, bottes ou toute autre pièce d'habillement. Le plaisir sexuel est obtenu par la masturbation en présence de l'objet fétiche ou par une relation sexuelle en demandant au partenaire de porter l'objet. Le fétichisme se combine parfois à des agressions sadiques ou à des conduites de vol dans le but de se procurer le fétiche convoité (kleptomanie) : arracheurs de vêtements, coupeurs de tresses...

Le **transvestisme** ou **travestissement** a valeur de conduite fétichiste : c'est l'adoption habituelle du costume de l'autre sexe. Le sujet masculin qui présente un travestisme fétichiste possède souvent une collection de vêtements féminins qu'il utilise de manière intermittente pour se travestir. Le sujet est le plus souvent hétérosexuel. Certains hommes portent une pièce de vêtement féminin sous leur habillement masculin. Le travesti vit comme un homme possédant des organes sexuels mâles qui lui procurent le plaisir sexuel, son comportement est typiquement masculin.

- **Opposition entre identité du genre et sexe anatomique :**
  - **transsexualisme** : identification au sexe opposé à celui de l'état civil et de l'anatomie, avec désir de changer le sexe morphologique à l'aide de techniques médicales et chirurgicales et l'association fréquente du travestissement. La conviction d'appartenir au sexe opposé est associée au désir intense d'obtenir un changement de sexe, civil et anatomique. Il existe une identification totale aux sentiments, aux pensées et au caractère du sexe opposé. Il s'agit d'une totale inversion psychologique. Présence fréquente de troubles de la personnalité ou de thèmes délirants hypocondriaques à type de revendication, ou de thèmes de transformations corporelles. Le seul désir est de devenir à tout prix une femme.
  - **hermaphrodisme** : forme d'ambiguïté sexuelle qui est " perversion de la nature plus que des individus " (H. Ey) ;
  - **pseudo-hermaphrodisme** : anomalies anatomiques et physiologiques concernant le plus souvent des malformations des voies génito-urinaires, de la partie externe du tractus génital. Garçon à morphologie féminine.

Déformations de l'acte sexuel, la recherche du plaisir ne se fait plus dans le registre génital mais est déviée dans un autre registre perceptif : visuel, douleur (tact), olfactif, gustatif... (synonyme : perversion de but)

- **Plaisir visuel :**
  - **voyeurisme** : le plaisir est obtenu par la vision d'une relation sexuelle à laquelle le sujet ne participe pas et qu'il regarde à l'insu de ces protagonistes. Il peut s'agir aussi de surprendre l'autre dans son intimité (miction, défécation, nudité). L'orgasme est obtenu par la masturbation et peut se produire pendant l'activité voyeuriste ou lors de l'évocation de la scène observée. Les **mixoscopes** jouissent du spectacle des accouplements sans y participer.
  - **exhibitionnisme** : le plaisir sexuel est obtenu lors de l'exhibition des organes génitaux chez l'homme :
    - parties exhibées : le plus souvent le pénis, plus rarement les fesses. La verge peut être en état de flaccidité, en érection ou en semi-érection. Le sujet peut exhiber non l'organe à proprement parler mais sa masturbation ;

- modalités d'exhibition : l'acte est généralement furtif, l'exhibitionniste se cache et ne montre son sexe qu'à une, deux ou trois personnes dans des conditions qui privilégient la surprise. Ces conditions sont à l'origine des précautions prises : nudité sous un manteau facile à entrouvrir, choix de lieux isolés, endroit peu éclairé et peu fréquenté, tous lieux facilitant l'exhibition. Lorsque le " poste d'exhibition " a été choisi l'exhibition se renouvelle le plus souvent au même endroit.

- **Algolagnie** : érotisation de la douleur.
  - **sadisme** : satisfaction sexuelle dans la douleur, les tortures, les flagellations, les blessures, les contraintes ou les humiliations infligées au partenaire. Exceptionnellement sanguinaire, le sadisme s'exerce plus souvent sous une forme mineure (flagellation, souillure, humiliation).
    Existence " d'une mise en scène " où la victime est enchaînée, ligotée, bâillonnée et subit les actes sadiques.
    Parfois le sadisme peut s'exercer de façon indirecte, " moral " ou psychologique par le goût pour les mauvais traitements, les vexations, les privations, les offenses répétées.
  - **masochisme** : la douleur ou l'humiliation constituent la condition nécessaire à l'obtention du plaisir sexuel. Les comportements constituent un aspect symétrique du sadisme. Le masochiste se soumet activement aux sévices, aux humiliations, aux flagellations dont il a préalablement préparé le scénario, les conditions de sa réalisation avec un partenaire qui exécute les actes agressifs et humiliants selon le déroulement programmé. Le recours à des objets fétiches comme le fouet et certains habillements en cuir est fréquent. La majoration des sévices et la progression des actes permettent l'augmentation de l'excitation sexuelle jusqu'aux limites permises par l'instinct de conservation. L'utilisation des moyens d'anéantissement, d'humiliation, de dépravation relie le masochisme aux autres formes d'érotisation des sensations les plus répugnantes comme la coprophagie, des léchages particuliers...

- **Erotisation des fonctions digestives** : le plaisir sexuel est dévié sur les sens olfactifs et gustatifs. Ces perversions oro-copro-anales utilisent les fonctions digestives qui produisent les excréments :

coprophilie, coprophagie, **reniflage** des excréments, des cuvettes de w.-c, du linge souillé. Olfaction des immondices, fétidité et autres substances nauséabondes. Léchages des parties honteuses ou malodorantes... La **clystérophilie** ou **klysmaphilie** : le plaisir est obtenu par des lavements ou des procédés proches.

. **Érotisation urinaire** : ces perversions urino-érotiques peuvent consister en l'**ondinisme** (le plaisir sexuel est lié aux fonctions d'urination) : les **urolagnes** éprouvent un plaisir intense à uriner en présence d'un ou plusieurs partenaires, ou sur le ou la partenaire, à voir uriner, à uriner dans leurs mains... L'absorption d'urine peut représenter une forme de l'**urolagnie.**

- **Frotteurisme** : le plaisir sexuel est obtenu en touchant ou se frottant contre une personne non consentante. Ce comportement n'est possible que dans les lieux à forte densité humaine, comme les transports publics. Le sujet frotte ses organes génitaux contre les cuisses et les fesses de passagers le plus souvent féminins.
- **Donjuanisme** : recherche permanente de conquêtes amoureuses (référence littéraire à Don Juan). En psychiatrie, comportement de séduction permanente visant des partenaires nouveaux, lié à un besoin compulsif de réassurance du sujet sur ses propres capacités et performances sexuelles. Ce comportement sexuel " par excès " est parfois associé à des troubles sexuels " par défaut " (impuissance, frigidité...).

Plus que toute autre activité humaine, la sexualité est conçue, reconnue, acceptée, modelée en fonction des normes culturelles d'une société et d'une époque. L'homosexualité en tant que telle, masculine ou féminine ne peut être aujourd'hui considérée comme une perversion sexuelle. Il en est de même de l'onanisme ou activité masturbatoire dans son aspect classique.

Anomalie du choix objectal	• altération de l'image du partenaire • perversion d'objet
	Humain : • Pédophilies • Gérontophilie • Nécrophilie • Inceste Non humain : • Zoophilie • Fétichisme • Transvestisme Cas particuliers : . Transsexualisme (inversion psychologique)
Déformation de l'acte sexuel	• déviation du plan du plaisir génital vers d'autres registres sensoriels • perversions de but
	. visuel : voyeurisme/exhibitionnisme • douleur : sadisme/masochisme • fonctions d'excrétion : scatophilie/urolognie . nombre de partenaires : donjuanisme . frotteurisme • reniflage

- PERVERSIONS SEXUELLES (PARAPHILIES) -

Chapitre 9. Les troubles du contrôle sphinctérien

Énurésie	Miction complète, active et involontaire survenant dans des conditions inadéquates chez l'enfant de moins de 4 ans. L'enfant urine sur lui, dans ses vêtements ou dans son lit. Souvent nocturne. Quotidienne, une ou plusieurs fois dans la nuit. Primaire : l'enfant n'a jamais été propre, plus fréquente. Secondaire : l'enfant a été capable de contrôler ses mictions pendant une durée de un an au moins.
Encoprésie	Élimination fécale involontaire, sans atteinte organique, au moins une fois par mois chez un enfant de plus de 4 ans. Souvent diurne. Primaire : l'enfant n'a jamais été propre. Secondaire : fait suite à une période de propreté. Passive : secondaire à une rétention fécale (constipation chronique). Active : avec rectum vide.
Gâtisme	Incontinence des urines et des matières fécales, ou seulement vésicale ou seulement anale. État de déchéance mentale qui associe à l'incontinence urinaire et fécale durable une indifférence à l'environnement social, des troubles de la vigilance, des comportements anarchiques.

Chapitre 10. Les troubles du sommeil

Un adulte passe près d'un tiers de sa vie dans un état différent de l'état de veille, appelé **sommeil.** Cette proportion est encore plus importante chez l'enfant et particulièrement chez le nourrisson. Le sommeil normal constitue un mode de restauration périodique des fonctions organiques, par l'instauration d'un état physiologique caractérisé par la suspension réversible des fonctions de la vie de relation et une suspension de la vigilance. Le sommeil est un processus actif caractérisé par un régime particulier de fonctionnement du système nerveux, mis en évidence par le tracé de l'électro-encéphalogramme.

Une nuit de sommeil normal est caractérisée par une succession de cycles comportant chacun : une phase de sommeil lent, sans rêve, avec maintien du tonus musculaire (durée : 80 minutes), elle-même composée de cinq stades de sommeil d'inégale profondeur (sommeil lent léger, et sommeil lent profond) et d'une phase de sommeil rapide ou sommeil paradoxal (REM), qui correspond à la période des rêves et se révèle cliniquement par des mouvements des globes oculaires et une perte du tonus musculaire.
Le sommeil peut être perturbé dans différentes phases de son déroulement, qualitativement et quantitativement.

Article 1 - Les dyssomnies

Se traduisent par une perturbation portant sur la quantité, la qualité ou l'horaire du sommeil. Ces troubles, souvent d'origine psychique, concernent l'endormissement (passage de l'état de veille à l'état de sommeil), le maintien du sommeil ou le réveil (passage de l'état de sommeil à l'état de veille). Les dyssomnies sont souvent accompagnées de troubles diurnes de la vigilance, de l'humeur, de la mémoire.

Article 2 - Les insomnies

Selon les **critères objectifs,** il s'agit d'une augmentation du temps de l'endormissement ou latence du sommeil de plus de trente minutes ou encore une durée totale du sommeil de moins de 6 heures. Dans l'insomnie vraie ces troubles apparaissent au moins 3 fois par semaine et persistent au moins pendant un mois. Mais

cette définition exclut beaucoup de patients qui se disent insomniaques, d'où l'importance des **critères subjectifs** : le sommeil n'est pas récupérateur, il est parfois entrecoupé de cauchemars ; le sujet se sent fatigué le lendemain, il a envie de dormir, parfois il se sent moins fatigué le soir et fait une majorité de ses activités après 17 heures. En général chez le vrai insomniaque on observe une irritabilité, une mauvaise capacité de concentration, des troubles de l'attention, des changements (parfois très rapides) d'humeur, une myalgie généralisée et une baisse d'efficience professionnelle. Le patient se plaint de difficultés à dormir, de réveils nocturnes (réveils multiples, sommeil haché) ; de réveils précoces, d'insatisfaction sur la qualité ou la quantité du sommeil (surestime la durée de son éveil, le trouve non récupérateur). Certains patients disent qu'ils sont plus fatigués au réveil, se plaignant d'une somnolence diurne avec fatigue et difficultés de concentration. L'insomnie peut être **prédormitionnelle** (insomnie de l'endormissement), **dormitionnelle** (marquée par des réveils multiples) ou **postdormitionnelle** avec précocité du réveil. Elle peut être **totale** (insomnie) ou **partielle** (sommeil réduit et/ou fragmenté). Cette dernière est plus fréquente. L'insomnie est souvent accompagnée de dysfonctionnements diurnes : somnolence diurne, fatigue avec " coups de barre ", baisse d'efficience intellectuelle (difficultés de concentration, ralentissement psychomoteur, troubles de la mémoire touchant particulièrement le rappel des noms propres...), irritabilité, susceptibilité dans ses rapports avec les autres, morosité et à un degré maximum syndrome dépressif avec tristesse, indifférence affective, agressivité... Tous ces problèmes entraînent une baisse de la performance dans le travail.

Dans l'insomnie proportionnellement le sujet met au moins 30 minutes avant de s'endormir et cela pendant au moins une semaine. Il attend parfois des heures avant que le sommeil ne vienne. Certains patients somnolent dans un fauteuil mais une fois au lit ils ne parviennent pas à dormir. Cette attente du sommeil peut être agitée (avec irritabilité) ou calme. Beaucoup de patients ont des rituels avant d'aller au lit : ils évitent les activités dès le début de la soirée, prennent une douche bien chaude, mettent la radio, allument la télévision, boivent une boisson alcoolisée,etc. ; d'autres préparent l'ambiance de la chambre à coucher : luminosité

non-agressive, isolation sonore, température optimale. Ces rituels sont accentués par les traits obsessionnels associés. Dans l'insomnie dormitionnelle le patient dit avoir un sommeil léger, il se réveille au moindre bruit. Les réveils peuvent survenir à tout moment au cours du sommeil, ils peuvent être regroupés au début ou à la fin de la nuit. Certains patients restent au lit durant les périodes de réveil souvent angoissés à l'idée de ne pouvoir se réendormir. D'autres se lèvent, prennent une douche, grignotent, regardent la télévision, lisent un livre, font des rangements,etc.
Ceux qui souffrent de réveils précoces se réveillent vers 3 ou 4 heures du matin. Parfois le patient retourne au lit vers 7.30 ou 8.00 heures et fait « une petite sieste ».

Deux formes cliniques d'insomnies : insomnie occasionnelle ou à court terme et insomnie chronique.

Insomnie occasionnelle ou transitoire, qui ne dure qu'une à quelques nuits et qui est toujours liée à une cause identifiable. On distingue six sous-groupes :

- **Insomnie liée à une mauvaise hygiène du sommeil** : elle peut être due aux activités qui augmentent la durée de l'éveil telles que l'utilisation de substances stimulantes (caféine, alcool), au travail intellectuel ou physique nocturne (insomnie de surmenage en rapport avec une hyperactivité et une restriction prolongée et volontaire du sommeil), ou aux activités qui entraînent une mauvaise organisation du sommeil : passer beaucoup de temps au lit (manger, regarder la télévision ou même travailler au lit), faire de longues siestes dans la journée avec des heures de coucher irrégulières.
- **Insomnie liée à des facteurs de l'environnement** : inconfort (température ambiante trop élevée ou trop basse, lit non confortable...), bruit, lumière maintenue allumée.
- **Insomnie liée à un stress physique** : elle est due aux affections organiques transitoires. Elle peut être consécutive à une douleur aiguë (maux de dent, fracture, migraine...), à une infection avec fièvre, toux, frissons, etc., à un prurit (affection dermatologique, allergie, infection...).
- **Insomnie d'ajustement** : il s'agit d'un éveil émotionnel en rapport avec un stress (crainte des investigations médicales et de leurs résultats, problèmes familiaux et/ou professionnels, examens,

frustration, décès d'un proche, accident), un conflit (familial tel que divorce, au travail...) ou un changement de l'environnement (séparation, difficultés de l'adaptation à la nouvelle situation).

. **Insomnie d'altitude** : elle peut être liée à l'hypoxie, au froid, au stress ou à l'inconfort. L'insomnie s'associe souvent à d'autres symptômes (fatigue, céphalées, palpitations, anorexie...).

• **Insomnie de rebond** : suite à l'arrêt brutal des somnifères. Elle se caractérise par une diminution de la durée du sommeil et une mauvaise qualité du sommeil (même pire qu'avant le traitement médicamenteux).

Insomnie chronique ou insomnie vraie. Quatre sous-groupes :

• **Insomnie primaire** : se traduit par des troubles de l'endormissement ou du maintien du sommeil (réveils multiples) ou de sommeil léger et non récupérateur associé à des dysfonctionnements diurnes sans qu'il y ait une cause évidente organique ou psychiatrique. Elle peut être déclenchée par un événement stressant chargé d'une composante affective importante (maladie, décès d'un proche, naissance d'un enfant, problèmes professionnels) mais elle persiste longtemps après la résolution du stress. Cette insomnie s'installe insidieusement, la qualité du sommeil varie d'un jour à l'autre avec des périodes de bon sommeil. Le patient ne s'endort pas avant plusieurs heures : dès qu'il se met au lit il est préoccupé par des pensées angoissantes et d'interminables réflexions qui l'empêchent de s'endormir. Certains se disent hypervigilants durant la nuit. Le sommeil est léger et entrecoupé de multiples réveils. Le lendemain le patient se plaint d'une fatigue et d'une somnolence pendant la journée. Les troubles de la mémoire (portant essentiellement sur les noms propres) et la diminution de l'attention aboutissent à une nette diminution de l'efficacité professionnelle. On peut également observer des troubles de l'humeur : irritabilité, hostilité, tristesse, susceptibilité dans les rapports avec autrui, parfois indifférence affective.

D'autres symptômes psychiques s'associent à ce tableau clinique : l'insomniaque est anxieux (tension intérieure), dépressif, avec tendances aux plaintes hypocondriaques. Sur le plan physique il est moins actif et souvent ralenti. L'alcoolisation et/ou l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques sont fréquentes et souvent compliquent l'insomnie.

- **Insomnie d'origine psychiatrique** : dans de nombreuses affections psychiatriques le patient présente ou se plaint d'un trouble du sommeil sous forme d'une insomnie.
  - syndrome dépressif : le sommeil est léger, non réparateur, fragmenté et court. Le patient présente des difficultés de l'endormissement, de multiples réveils nocturnes et un réveil matinal précoce (au moins deux heures avant l'heure habituelle, souvent deux-quatre heures après l'endormissement) accompagné d'une angoisse majeure (il existe un risque important de suicide par levée de l'inhibition psychomotrice). A un degré maximum le patient se plaint d'une " nuit blanche ", l'insomnie devient totale (asomnie). Le lendemain, le patient présente des troubles de la vigilance (hypoprosexie ou diminution de l'attention), une somnolence avec fatigue et baisse de la performance professionnelle ;
  - syndrome anxieux : il s'agit plutôt de troubles de l'endormissement avec réveils nocturnes multiples. Le patient est assailli de réflexions et de ruminations angoissantes. Parfois il ne peut dormir par peur de ne pas se réveiller le lendemain matin. Dans la journée il est somnolent et fatigué ;
  - syndrome maniaque : l'insomnie ouvre souvent l'accès maniaque (signal symptôme). Elle est quasi totale, le patient ne présente aucun dysfonctionnement diurne, ni fatigue, ni somnolence, ni ralentissement psychomoteur. Elle peut entraîner un état d'éveil continu de longue durée (souvent quarante-cinquante heures avec un cycle veille-sommeil de quarante-huit heures mais parfois plus long, le patient pouvant dans certains cas rester éveillé pendant une semaine). La restauration du sommeil est un bon signe de réponse au traitement ;
  - syndrome dissociatif : l'insomnie se présente souvent sous forme d'éveils nocturnes multiples et/ou réveil matinal précoce. Le sommeil est très souvent accompagné de cauchemars. L'insomnie est souvent un signe de l'aggravation des symptômes.
- **Insomnie d'origine organique** : l'insomnie peut être provoquée par des affections neurologiques qui entraînent une perturbation du système du sommeil ou par des affections somatiques non neurologiques, déclenchée par la fièvre, la douleur, la toux, l'anxiété...

- insomnies neurologiques : maladies dégénératives : syndrome démentiel et syndrome parkinsonien (augmentation de la latence de l'endormissement, éveils nocturnes) ; maladies infectieuses du système nerveux central (avec désorganisation des rythmes veille-sommeil et éveils multiples accompagnés, dans certains cas, d'apnées du sommeil. L'insomnie peut être totale, pendant plusieurs jours voire plusieurs mois) ; liées à une lésion cérébrale (traumatique, tumorale, malformation vasculaire) avec sommeil réduit et des éveils fréquents ;
- insomnies somatiques non neurologiques : liées aux diverses douleurs (maux de tête, douleurs rhumatismales, douleurs liées aux cancers...), à une maladie fébrile, aux maladies cardiaques (insuffisance cardiaque, maladies coronariennes, hypertension artérielle...), aux maladies respiratoires avec ou sans toux (asthme, apnées du sommeil, syndrome pulmonaire obstructif ou restrictif...), aux troubles endocriniens (diabète, hypo- ou hyperthyroïdie...), à une allergie avec prurit, aux troubles moteurs (myoclonies d'endormissement, syndrome des jambes sans repos) ;
- insomnie liée aux médicaments et aux drogues : l'insomnie peut être provoquée par la prise de psychostimulants tels que l'amphétamine (insomnie avec hyperactivité, stimulation intellectuelle et euphorie) et la caféine (avec nervosité, tremblement et stimulation intellectuelle). L'insomnie peut également se rencontrer dans le cas de la consommation chronique de certains médicaments aux doses thérapeutiques : antidépresseurs imipraminiques, sérotoninergiques (nécessitant parfois l'arrêt du traitement) et les inhibiteurs de la mono-amine-oxydase (où l'insomnie est associée à une agitation psychomotrice parfois importante), les benzodiazépines (diminution, voire abolition de l'effet hypnogène dans le cadre d'une consommation chronique, ou phénomène de rebond ou réapparition de l'insomnie à l'arrêt du traitement ou sevrage brutal aux benzodiazepines), les antiparkinsoniens (l'insomnie est souvent associée à d'autres symptômes : agitation psychomotrice, troubles de l'humeur sous forme d'hypomanie avec ou sans idées délirantes, voire état confusionnel), les corticoïdes (l'insomnie est souvent associée à des troubles de l'humeur,

notamment un syndrome maniaque), les neuroleptiques dits désinhibiteurs, la théophylline (quelques propriétés psychostimulantes). La prise d'alcool entraîne une diminution du temps de la latence de l'endormissement et une diminution du nombre des réveils nocturnes. Lors du sevrage le sommeil devient court, fragmenté, léger et non réparateur.

Cas particulier de l'insomnie du sujet âgé : on constate une diminution du besoin de sommeil nocturne avec augmentation du besoin de petits sommes pendant la journée et somnolence diurne, une augmentation du temps passé au lit et de la latence d'endormissement, une augmentation du nombre de réveils nocturnes, une altération du rythme veille-sommeil avec tendance à avancer les phases, le sujet se couche et se réveille plus tôt, il présente une insatisfaction vis-à-vis de son sommeil. Les troubles moteurs et respiratoires sont fréquents : myoclonies nocturnes, syndrome des jambes sans repos et syndrome d'apnées du sommeil.

Article 3 - Les hypersomnies ou l'excès de sommeil

Selon les critères objectifs, il s'agit d'un sommeil nocturne de plus de douze heures ou d'une somnolence permanente de plus de huit jours, mais ces critères, de même que les critères d'insomnie excluent beaucoup de patients qui se plaignent d'un excès quantitatif ou qualitatif de leur sommeil entraînant une perturbation dans leur fonctionnement nocturne anormalement long et/ou une somnolence diurne excessive (il s'endort devant la télé, dans la salle de conférences), ou d'accès de sommeil durant la journée avec une durée normale du sommeil nocturne, ou encore une augmentation du temps de passage du sommeil à l'état de veille. Différents sous-groupes :

Hypersomnie primaire ou idiopathique : caractérisée par un sommeil nocturne anormalement prolongé, souvent entre dix et douze heures avec une qualité normale, survenant presque tous les jours. Le patient présente une difficulté majeure à se réveiller le matin, parfois une ivresse de sommeil : désorientation temporo-spatiale, ralentissement psychomoteur avec lenteur de l'idéation et de la parole et troubles de la mémoire sous forme d'amnésie. Ces troubles persistent pour une courte durée, une heure maximum.

Une somnolence diurne se manifeste par des siestes longues (une heure, une heure et demie) ou une somnolence involontaire (en regardant la télé, en lisant, dans les salles de conférences). Le patient ne peut résister au sommeil. Dans la journée il présente une baisse de l'efficience intellectuelle avec diminution de la vigilance, de l'attention et de la vitesse de l'idéation entraînant une baisse importante de la performance au travail. Cette hypersomnie est caractérisée par l'absence de facteur étiologique connu.

Hypersomnie liée à une affection psychiatrique : il s'agit d'une hypersomnie de refuge rencontrée dans le syndrome dépressif, souvent accompagnée de troubles des conduites alimentaires (hyperphagie) et de troubles sexuels (impuissance, frigidité, anorgasmie, troubles de l'éjaculation). On peut également observer l'hypersomnie dans certains syndromes d'inhibition avec ou sans troubles de la personnalité.

Hypersomnie liée aux affections organiques : se rencontre dans les lésions encéphaliques, les méningo-encéphalites, les encéphalopathies alcooliques (syndrome de Korsakoff), l'insuffisance hépatique et rénale.

Narcolepsie : accès soudains et irrésistibles de sommeil diurne, souvent accompagnés de catalepsie ou diminution brutale du tonus musculaire. **A** son degré maximum, la **narcolepsie** s'intègre dans la tétrade du **syndrome de Gélineau :**

- **Accès de sommeil** : il s'agit d'une somnolence diurne évoluant par vagues, pluri-quotidienne (2-6 épisodes de sommeil par jour), apparaissant chaque jour à peu près aux mêmes heures, de courte durée (de quelques secondes à quelques minutes, dépassant rarement quinze minutes), survenant de façon irrésistible. Le sommeil est récupérateur. Cet effet restaurateur de la vigilance normale persiste pendant une durée variable allant de quelques minutes à quelques heures (souvent dans une fourchette de 30 à 120 minutes, selon l'individu). Le sommeil est souvent fragmenté, avec de nombreux réveils. Parfois le patient somniloque. Les accès de sommeil peuvent être déclenchés par des habitudes sédentaires ou par une diminution des stimulations sensorielles (en regardant la télévision, en lisant...). Cette somnolence est invalidante et handicapante, aboutissant à une

baisse de la performance intellectuelle et de l'efficacité professionnelle. Parfois les accès de sommeil donnent lieu à des actes automatiques. Le patient, dans un état altéré de la vigilance, se livre à des activités automatiques : rangement d'objets sans motif, réponses à côté et paroles en dehors du contexte, etc.

- **Cataplexie** : apparaissant quelques années après la survenue des accès de sommeil, la cataplexie consiste en une perte brutale du tonus musculaire sans perte de la conscience. Elle peut être totale, avec chute, ou partielle, entraînant une fatigue avec hypotonie, une chute des paupières ou de la tête, des difficultés à articuler des mots ou dysarthrie (si les muscles de la mâchoire sont affectés), chute des bras, ou difficultés à marcher (muscles de la cuisse)... Les muscles respiratoires ainsi que les sphincters restent intacts. Le patient reste conscient durant l'accès qui dure de quelques seconde à quelques minutes. La cataplexie peut être déclenchée par : accès de colère, rire, surprise, rapports sexuels, exercices physiques. L'accès cataplexique sévère entraîne une paralysie aréflexique des muscles striés se manifestant souvent par une chute. On observe parfois des petites contractions au niveau du visage et des paupières. La cataplexie d'intensité moyenne provoque plutôt une faiblesse musculaire. Le patient n'a pas la force de se lever, de marcher, de tenir un verre à la main,etc. La fermeture des paupières liée à l'hypotonie est souvent observée. En général l'attaque cataplexique ne dure que quelques secondes ou quelques minutes mais elle est parfois plus longue et peut durer quelques heures (status cataplecticus). Si le patient est en train de conduire ou de nager la survenue de l'accès cataplexique peut mettre sa vie en danger. Certains patients évitent le contact social et s'isolent de plus en plus pour limiter les accès émotionnels et diminuer le risque d'attaques cataplexiques.
- **Paralysie du sommeil** : il s'agit d'une paralysie temporaire, partielle ou totale d'une courte durée lors des transitions entre le sommeil et l'éveil (plus fréquente au réveil qu'à l'endormissement). Le patient est incapable de bouger, d'ouvrir les yeux, de parler, voire de respirer. Cette paralysie est très angoissante pour le patient, il pense qu'il est en train de mourir (il ne peut mobiliser les membres, la tête). Elle est souvent accompagnée de

phénomènes hypnagogiques ou hypnopompiques. La paralysie disparaît spontanément après quelques secondes ou quelques minutes souvent lors d'un effort intense pour bouger. Parfois il faut stimuler le patient. Dans ce cas la paralysie disparaît lorsqu'un observateur essaie de réveiller le patient.

- **Hallucinations hypnagogiques** (à l'endormissement) et **hallucinations hypnopompiques** (au réveil) : elles peuvent être auditives (claquements de portes, voix prononçant son prénom, propos menaçants...), visuelles (objets ou êtres vivants qui sortent du mur, vision d'animaux (souvent répugnants ou zoopsies), cénesthésiques (picotements, fourmillements, sensation de grouillement sur la peau...) ou kinesthésiques (impression de chute ou de vol...). Souvent le patient ressent la présence d'une personne étrangère dans sa chambre. Ces hallucinations sont très angoissantes, à tel point que le patient utilise des objets rassurants (arme à feu sous l'oreiller, chien dans la chambre...).
- **Troubles du sommeil nocturne** : il existe de multiples réveils dans la nuit avec des cauchemars (sommeil haché). Dans les cas sévères le patient se réveille et se rendort sans arrêt. Une paralysie du sommeil accompagnée d'une activité hallucinatoire intense survient à chaque réveil.
- **Comportement automatique** : il s'agit d'épisodes d'amnésie survenant la plupart du temps lors des périodes de somnolence (le patient est entre le sommeil et l'éveil). Le sujet se livre à des activités sans but précis parfois incohérentes ou tient un discours hermétique. S'il est au volant, il peut conduire vers des destinations inconnues.

- somnolence diurne, tendance à s'endormir facilement
- accès de sommeil
- cataplexie
- paralysie du sommeil
- hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques
- perturbations du sommeil nocturne (sommeil haché, cauchemars)
- épisodes d'amnésie avec comportement automatique
- troubles de la concentration
- troubles visuels (vision floue, diplopie)

- TABLEAU CLINIQUE DE LA NARCOLEPSIE -

Syndrome des apnées du sommeil (S.A.S.) : syndrome caractérisé par la survenue au cours du sommeil de pauses ventilatoires dont la fréquence est d'au moins 5 par heure de sommeil, de courtes durées (souvent entre dix et vingt secondes), pendant le sommeil nocturne. Elle peut être centrale, obstructive ou mixte. L'obésité est un facteur aggravant. Le syndrome des apnées du sommeil se traduit par une somnolence diurne excessive, au début limitée aux périodes postprandiales et au cours des activités moins stimulantes (lecture, télévision, activités répétitives...), puis s'étendant sur la journée entière. Une diminution du fonctionnement intellectuel avec difficultés de concentration et troubles de la mémoire est très fréquemment rencontrée. Parfois le patient se plaint de céphalées matinales au réveil avec résolution rapide pendant les heures qui suivent. Les troubles sexuels sous forme d'une baisse de la libido sont aussi fréquents. Pendant la nuit, le sommeil est marqué par des ronflements sonores entrecoupés de courts arrêts respiratoires. Les patients sont souvent obèses, avec une phonation particulière, hypertendus, avec des œdèmes périphériques. L'examen clinique peut retrouver une insuffisance cardiaque droite, des troubles du rythme cardiaque et une polyglobulie. Le patient, parfois dépressif, est inconscient des troubles respiratoires.

L'apnée du sommeil peut être obstructive (A.S.O.) ou d'origine centrale (A.S.G).

Apnée du sommeil obstructive (A.S.O.) : Une somnolence diurne excessive et des ronflements constituent les principales plaintes du patient.

- somnolence diurne : certains patients décrivent quelques minutes de confusion, de désorientation au réveil, d'autres disent qu'ils ne peuvent résister au sommeil au cours de la journée. La somnolence survient souvent pendant les activités répétitives et monotones (conduite automobile, lecture, réunion...), en début d'après-midi (après le déjeuner) mais il existe une population de patients qui s'endort au cours des activités moins monotones telles que les conversations téléphoniques ou les rapports sexuels.

- ronflements : ils sont présents quelques années avant la survenue de l'apnée et peuvent être très bruyants au point de gêner les autres membres de la famille voire les voisins. Les patients eux-mêmes

n'ont aucune conscience de la gêne qu'ils provoquent et banalisent le problème. Ils peuvent être intermittents dépendant de la profondeur du sommeil, de la position du patient et des facteurs qui altèrent le diamètre des voies respiratoires (allergie, alcoolisme).

- sommeil agité : il est dû à des réveils multiples à la fin de chaque accès apnéique. On observe des mouvements ou des contractions musculaires au niveau des jambes. Le patient change de position à fin de trouver une position qui permet l'ouverture des voies aériennes. Dans le cas d'une A.S.O. sévère les apnées surviennent continuellement tout au long de la nuit dans toutes les positions. Le patient finit par se réveiller à la fin de l'accès apnéique avec une sensation d'étouffement. Le lendemain matin au réveil malgré les ronflements et un sommeil agité, le patient a le sentiment d'avoir dormi toute la nuit, il ne se souvient que de quelques interruptions du sommeil pour aller aux toilettes, boire un verre d'eau,etc.

- autres symptômes : troubles de l'humeur (morosité, irritabilité, dépression), diminution de la libido, impuissance, céphalées matinales, sécheresse de la bouche, pollakiurie nocturne voire énurésie, sueurs nocturnes, reflux gastro-œsophagien (lié à une tension intra-thoracique négative lors de l'accès apnéique facilitant le passage du contenu gastrique à travers le sphinter gastro-œsophagien)

Symptôme	% de patients atteints (suivant la sévérité du trouble)
Sommeil agité	60-65%
Fatigue ou somnolence diurne	50-60%
Ronflements	80-90%
Apnée (observée par l'entourage)	45-65%

- SYMPTOMATOLOGIE DE L'APNÉE DU SOMMEIL -

Apnée du sommeil centrale (A.S.C.) : les symptômes varient selon la cause. Par exemple dans le cas de la paralysie du diaphragme le patient ne parvient pas à dormir dans une position horizontale mais dans une position semi-assise il ne présente pas de problème majeur. Lorsque l'apnée est liée à des troubles métaboliques il se plaint d'insomnie indépendamment de la position.

Le **syndrome de Picwick** est une forme particulière caractérisée par une obésité, une hypersomnie diurne, des apnées du sommeil, des ronflements et une cyanose due à une hypoventilation alvéolaire.

- **Syndrome de Kleine-Levin** : Cette affection ne s'observe quasiment que dans le sexe masculin, débute entre 10 et 20 ans, évolue par épisodes de quelques semaines puis disparaît spontanément ou après traitement. Il s'agit d'une hypersomnie récurrente caractérisée par une hypersomnie périodique d'apparition rapide (l'accès peut être inauguré par une fatigue), accompagnée d'une activité onirique intense ; le sommeil peut être calme ou agité ; l'hypersomnie peut durer de une à plusieurs semaines, avec une hyperphagie, le malade ne quitte son lit que pour manger, avec une tendance à la consommation d'aliments sucrés aboutissant à une prise de poids ; une hypersexualité avec masturbation excessive et exhibitionnisme, le patient exprime ses fantasmes sexuels sans pudeur ; une irritabilité, parfois une hostilité extrême, une humeur dépressive, un sentiment de déréalisation et dépersonnalisation et parfois des hallucinations auditives et visuelles. Au décours de l'accès, le patient passe parfois par une phase d'insomnie avec dépression et idées suicidaires. Parfois la période hypersomniaque est suivie d'une amnésie lacunaire portant sur la durée de l'accès. Entre les accès, le sommeil et le comportement sont normaux.

Article 4 - Les troubles du rythme circadien du sommeil

Syndrome de désynchronisation : il est lié au franchissement rapide des fuseaux horaires ou ***jet-lag syndrome.*** Il s'agit d'un malaise ressenti par le voyageur après un vol transméridien. Il est caractérisé par des troubles du sommeil : insomnie de l'endormissement, diminution de la durée du sommeil, réveils nocturnes ou fragmentation du sommeil et réveil matinal précoce. Ces troubles entraînent une somnolence diurne (avec fatigue et difficultés de concentration), des troubles de l'humeur et une labilité thymique. On peut également constater une baisse des performances intellectuelles et sportives, des troubles somatiques à type de troubles du transit (diarrhée ou constipation), une aggravation des affections

psychiatriques ou somatiques pré-existantes telles que dépression et diabète. La symptomatologie (inconstante, variable) est plus intense pour les vols dirigés vers l'est.

Insomnie des travailleurs nocturnes (le travail posté) : proximité sémiologique avec le jet-lag syndrome. Le sommeil diurne est réduit, avec difficultés d'endormissement, réveils nocturnes multiples, réveil prématuré, le sommeil ne peut se prolonger aussi longtemps qu'il est souhaité. Pendant la veille, le sujet se plaint d'une somnolence avec fatigue, difficultés de concentration, bâillements, anxiété, irritabilité et baisse de la performance au travail. On peut également observer une prise de poids, une surconsommation de psycho-stimulants (café, alcool, tabac). Parfois une paralysie du sommeil est associée à l'insomnie.

Syndrome de retard de phase de sommeil : il s'agit d'une impossibilité de s'endormir avant deux heures du matin, se traduisant par une insomnie de l'endormissement avec un réveil plus tardif que souhaité. Les hypnotiques sont peu efficaces. Une fois endormi, le sommeil est normal en qualité et quantité. Si le sujet se réveille plut tôt, c'est-à-dire à une heure conventionnelle pour aller travailler, il reste somnolent toute la journée. Le sommeil est quasi normal pendant le week-end. Certains dorment 12 à 18 heures durant le week-end pour compenser le manque de sommeil pendant la semaine.

Syndrome d'avance de phase du sommeil : il s'agit d'un syndrome rare se traduisant par un sommeil qui survient très tôt dans la soirée et se termine vers deux ou trois heures du matin. Le sommeil est normal en quantité et en qualité.

Article 5 - La parasomnie

Troubles du sommeil caractérisés par la survenue d'un événement anormal à l'endormissement, pendant le sommeil ou au réveil.

Somniloquie : émission, pendant le sommeil, de mots ou de sons de façon plus ou moins intelligible. Elle peut se manifester sous forme de murmures, de mots isolés mal articulés ou de phrases complètes bien articulées. La voix peut être monotone ou expressive. Le contenu du discours est variable. Tantôt il s'agit de sons ayant une

signification pour le sujet, tantôt le sujet émet un mot isolé, tantôt le discours est élaboré, révélant des conflits psychiques : le patient raconte des événements douloureux et angoissants, exprime sa peur. Parfois le sujet, tout en dormant, répond aux questions d'un examinateur.

Somnambulisme : automatisme déambulatoire pendant le sommeil ; débute souvent dans les premières heures du sommeil. Pendant ces épisodes brefs (de quelques secondes à quelques minutes) le sujet se lève, se promène dans la chambre en l'inspectant (les yeux ouverts) et se livre à des activités complexes souvent stéréotypées avec une maladresse motrice : il s'assoit, se lève, marche, s'habille, se déshabille, ouvre la fenêtre, mange ou même sort de la maison. Le visage est sans expression. Quand on l'appelle il ne répond pas, il est difficile à éveiller mais un certain nombre de patients suivent les instructions et retournent au lit si on le leur demande. Le lendemain matin il ne se souvient pas de ce qui s'est passé pendant l'épisode, il n'en garde aucun souvenir. Le somnambulisme peut être potentiellement dangereux : le patient peut perdre son équilibre en franchissant la fenêtre ou se blesser en descendant les escaliers. Certains patients se livrent à des actes violents parfois sur les personnes qui essaient de les réveiller. Une somniloquie peut être associée au somnambulisme. Après le réveil, le comportement du patient est normal, sans maladresse, le visage devient expressif et le patient réagit aux sollicitations extérieures. Certains patients restent au lit dans une position assise ou debout.

Terreurs nocturnes : syndrome plus fréquent chez l'enfant, caractérisé par un réveil brutal et inattendu avec agitation psychomotrice intense. Le sujet s'assoit dans son lit ou se lève avec un cri qui inaugure l'accès, il pleure, court vers la porte mais ne quitte que rarement sa chambre, se débat contre des images terrifiantes ; on constate des signes neurovégétatifs (transpiration, respiration rapide). Le sujet réagit peu aux efforts de son entourage (qu'il ne reconnaît pas) pour le calmer. L'accès dure cinq à dix minutes et le sujet n'en garde aucun souvenir au réveil. Les terreurs nocturnes sont fréquemment associées au somnambulisme.

Cauchemars : rêve terrifiant accompagné d'anxiété et de sentiment de peur, de détresse, d'humiliation et d'échec pouvant réveiller le sujet. Les thèmes de cauchemars concernent la menace à la sécurité du sujet ou à l'estime de soi. Les cauchemars les plus fréquents en période de stress ont tendance à se répéter avec les thèmes identiques. Une décharge végétative avec activité motrice, transpiration, respiration rapide et somniloquie sont souvent associées au cauchemar. Au réveil, le sujet se sent soulagé, reste vigilant et orienté. L'anxiété diminue rapidement en quelques minutes. Certains patients semblent être tranquillement endormis, d'autres gémissent ou somniloquent. Parfois le cauchemar réveille brusquement le patient en état d'agitation. Les manifestations somatiques de l'angoisse sont présentes (palpitations, transpiration, mydriase...) ce qui empêche le sujet de se réendormir. Ceux qui font des cauchemars toutes les nuits présentent des difficultés d'endormissement de peur que le cauchemar (parfois identique) ne survienne.
Syndrome d'Elpenor : syndrome rare, caractérisé par un réveil incomplet, plus souvent dans un contexte alcoolique ou médicamenteux associant un état crépusculaire (avec un comportement semi-automatique), une désorientation temporo-spatiale et une méconnaissance des lieux.

Bruxisme : grincement des dents pendant le sommeil. Des mouvements rythmiques de la mâchoire inférieure et les muscles masséters entraînent une occlusion forcée des surfaces dentaires qui produit un bruit de claquement ou de grincement. Il peut être transitoire ou chronique, déclenché par des stimuli externes (bruits, lumière...). Il abîme les dents, les tissus mous, les alvéoles osseuses et même l'articulation temporo-mandibulaire, provoquant des céphalées et des douleurs faciales. Le sujet n'est pas conscient de ses troubles. Les tempes et l'articulation temporo-mandibulaire sont parfois sensibles à la palpation. Dans les cas chroniques on observe parfois une hypertrophie des masseters ou une restriction des mouvements mandibulaires.

Mentisme : défilement rapide d'idées et d'images mentales de façon incoercible durant l'insomnie ou juste après le réveil. Il s'agit d'un état de rumination intellectuelle reconnu pathologique par le patient lui-même. Proximité sémiologique avec l'obsession par son caractère de répétition monotone obsédante.

Phénomènes hallucinatoires **hypnagogiques** (à l'endormissement) et **hypnopompiques** (au réveil) : peuvent être auditifs, visuels, cénesthésiques ou kinesthésiques.

Article 6 - Les troubles moteurs liés au sommeil

Myoclonie nocturne ou mouvements périodiques des jambes : dorsiflexion du gros orteil ou du pied avec parfois une flexion du genou et de la hanche. Ces mouvements stéréotypés apparaissent d'une façon périodique. Le sujet se plaint d'une mauvaise qualité du sommeil avec réveils multiples et une somnolence diurne. Le sommeil est non récupérateur. Le sujet n'est pas conscient de ses troubles moteurs.

Le syndrome des jambes sans repos : sensation inconfortable dans les jambes au repos (position couchée ou assise) soulagée par le mouvement. Le patient est obligé de se lever et marcher pour éviter la sensation d'impatience. Ce syndrome peut être associé à la myoclonie nocturne.

Jactatio capitis nocturnas (head banging) : balancement rythmique de la tête et/ou du corps juste avant ou pendant le sommeil. Ces mouvements se produisent de façon monotone avec une fréquence de 60 à 80 par minute. Ce syndrome est fréquent chez l'enfant.

Sursaut du sommeil : phénomène normal à l'endormissement consistant en une secousse brutale d'une partie ou de tout le corps pouvant réveiller le sujet. Il peut être associé aux phénomènes hallucinatoires hypnagogiques.

Article 7 - Les pathologies liées au sommeil ou aggravées par le sommeil

Ronflement : c'est une vibration des tissus pharyngés pendant l'inspiration. Il est beaucoup plus fréquent chez le sujet âgé et chez l'homme.

Céphalées nocturnes : céphalées paroxystiques hémicrâniennes.

Asthme nocturne : dyspnée et toux.

Hémoglobinurie paroxystique nocturne : une anémie hémolytique, une hémoglobinurie et des urines marron le lendemain matin.

Troubles cardiovasculaires : troubles du rythme, angine de poitrine, labilité tensionnelle.

Épilepsie liée au sommeil : crises convulsives survenant uniquement pendant le sommeil.

Reflux gastro-œsophagial : en raison de la position couchée.

Proximités sémiologiques

Onirisme : trouble de la vigilance avec forte activité hallucinatoire, particulièrement visuelle, accompagnée d'un délire onirique.

Léthargie : sommeil profond au cours duquel le malade répond de façon irrégulière aux questions mais ne comprend pas le sens de ses paroles et se rendort aussitôt.

INSOMNIES	Prédormitionnelle (endormissement) Dormitionnelle (réveils multiples) Postdormitionnelle (précocité du réveil) Partielle ou totale Transitoire ou chronique
HYPERSOMNIES	Primaire ou idiopathique Symptomatique d'une affection somatique ou psychiatrique Narcolepsie : accès de sommeil cataplexie paralysie du sommeil hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques
SYNDROME DES APNÉES DU SOMMEIL	Syndrome de Picwick Syndrome de Kleine-Levin
TROUBLES DU RYTHME CIRCADIEN	Syndrome de désynchronisation (jet-lag syndrome) Syndrome de retard ou d'avance de phase du sommeil
PARASOMNIES	Somniloquie Somnambulisme Terreurs nocturnes, cauchemars Syndrome d'Elpenor Bruxisme Mentisme
TROUBLES MOTEURS	Myoclonie nocturne ; jambes sans repos" Jactado capitis nocturnas, sursaut du sommeil.

- TROUBLES DU SOMMEIL (DYSSOMNIES) -

Chapitre 11. Les voyages pathologiques

Déplacements plus ou moins longs et durables sous-tendus par une activité délirante. Cette conduite se distingue de la fugue par l'absence de trouble de la conscience et l'absence d'impulsivité.
Il s'agit d'une réaction au délire en rapport avec la conviction délirante et la thématique délirante qui est le plus souvent persécutive.

Article 1 - Les voyages pathologiques simples

Le voyage est utilisé comme vecteur du délire.
Sa fonction est d'obéir au délire sans y être intégré. Le voyage se réalise dans des conditions normales mais sa finalité est en rapport avec la thématique délirante.

Exemples de thèmes délirants qui sous-tendent un voyage pathologique :

- Thème paranoïaque de l'idéalisme passionné pouvant être à l'origine d'un voyage pathologique pour remettre à une personnalité politique un message de paix.
- Thème érotomaniaque : le sujet délirant voyage à la recherche de celui qu'il aime.
- Thèmes mystiques : certains pèlerinages pathologiques, voyages pour les grandes villes saintes (Rome, Jérusalem...), voyages pour une évangélisation de populations déterminées, déplacements ordonnés par Dieu (hallucinations acoustico-verbales, syndrome d'influence).
- Thèmes de persécution divers : fuite d'une menace, tentative d'échapper à une surveillance planétaire...
- Thèmes messianiques : en particulier les missions politiques.

Article 2 - Les voyages pathologiques secondaires

Le voyage s'intègre au contenu du délire. Il est un but en soi ; il s'agit d'un " voyage pour le voyage ". Il n'est pas lié directement à l'activité délirante c'est-à-dire qu'il n'est pas utilisé comme vecteur du délire. Il s'observe dans un contexte de syndrome dissociatif.

Exemple : le patient délirant qui ne sort plus du bus ou du métro car il se sent obligé de le prendre, contraint par une force extérieure, et cela sans rapport avec l'expression d'une thématique délirante qui expliquerait la nécessité de se rendre à un endroit précis.

Article 3 - Les voyages pathologiques purs

Association des deux caractéristiques : simple et secondaire.

- Le but et le vecteur délirant ne font plus qu'un.

Article 4 - Cas particuliers du voyage comme facteur déclenchant du délire

Par exemple : un voyage réalisé pour des raisons touristiques ou familiales se traduit par l'éclosion d'une activité délirante soit au moment du départ soit à l'arrivée.

Chapitre 12. La claustration

Trouble du comportement caractérisé par une réclusion volontaire. Le tableau clinique consiste en un rétrécissement de l'existence en un espace restreint et enclos où les règles et les usages de la vie sociale n'existent plus. Cette claustration est le symptôme d'une affection psychiatrique. Il s'agit d'un refus ou d'une incapacité à la vie sociale, en l'absence de trouble organique objectif et en l'absence de troubles psychomoteurs. Des pseudo-claustrations peuvent être observées en rapport avec une grande inertie psychomotrice telle que l'on peut l'observer dans le syndrome catatonique, le syndrome démentiel, ou certaines formes cliniques du syndrome mélancolique (mélancolie stuporeuse).

Article 1 - La claustration active

Liée à une thématique délirante le plus souvent persécutive. Par exemple, conviction délirante d'être épié, recherché, surveillé par des caméras ou des ondes...

Liée aux mécanismes du délire : mécanisme hallucinatoire (des voix lui ordonnent de ne pas sortir ; il ressent dans son corps des ondes qui viennent de l'extérieur...) ; mécanisme imaginatif (s'il est retrouvé par les extraterrestres qui sont dans la ville il risque d'être kidnappé) ; mécanisme intuitif (intuition délirante d'un danger mortel s'il sort de chez lui).

Le sujet délirant met une barrière entre lui et son environnement : il se protège du monde hostile de son délire, il obéit aux voix hallucinées qui lui ordonnent de ne pas sortir... Il s'enferme dans son appartement avec les volets clos, fait des réserves alimentaires ou se fait parvenir la nourriture par un intermédiaire.

Article 2 - La claustration passive

Elle n'est liée à aucune organisation délirante cohérente.

Elle correspond à une conduite de retrait, d'isolement comme on peut l'observer dans le repli autistique, l'apragmatisme, l'athymhormie du syndrome dissociatif.

Souvent l'entourage entretient le retrait.

Article 3 - La claustration totale ou partielle

Une claustration totale en l'absence d'un entourage ou voisinage peut être à l'origine d'une déchéance sociale et physique d'évolution plus ou moins rapide : incurie du patient, insalubrité de l'appartement, mise en danger du patient et d'autrui (gaz, électricité), baisse de l'état général, dénutrition, parfois mort dans un état cachectique.

Parfois la claustration est incomplète, le patient peut faire quelques sorties stéréotypées, le même trajet très limité et en solitaire ; errances nocturnes.

Livre V

Les syndromes psychiques concernant les trois registres, intellectuel, affectif et comportemental

Chapitre 1. Le syndrome dissociatif (la dissociation)

La dissociation correspond à la rupture de l'unité psychique provoquant un relâchement des processus associatifs qui permettent le fonctionnement mental.

Aspect fondamental du tableau clinique typique de la schizophrénie, la dissociation rend compte de la désagrégation de toutes les modalités de la vie psychique, c'est-à-dire la perte de l'unité et l'homogénéité de la personnalité. Le processus dissociatif affecte tous les secteurs de la vie relationnelle et mentale : il est donc apparent dans le fonctionnement intellectuel, la vie affective et le comportement.
Le terme de " discordance " est souvent utilisé comme synonyme en raison de la prédominance sémiologique des troubles discordants des phénomènes psychiques qui ont perdu leur cohésion interne.
Les nosographies modernes emploient le qualificatif " dissociatif" pour un trouble correspondant à une perturbation d'une fonction cognitive qui était normalement intégrée, comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement. Il s'agit alors de l'amnésie dissociative, de la fugue dissociative, du trouble dissociatif de l'identité (personnalité multiple), de la dépersonnalisation.

Notre description sémiologique correspond au trouble de la personnalité caractéristique de la schizophrénie, dans les trois registres, intellectuel, affectif et comportemental tels qu'ils ont été magistralement synthétisés par Henri Ey.

Article 1 - Le contact dissociatif (ou contact dissocié)

Il s'agit des caractères généraux du syndrome dissociatif, qui sont des traits physionomiques, des impressions cliniques que l'on rassemble souvent sous l'expression générique de " contact psychotique " :

Bizarreries : combinaison insolite de paroles, gestes, mimiques donnant une impression d'étrangeté du contact.
Hermétisme : idées, attitudes, intentions du patient difficilement rattachables à un sens. Opacité des relations de compréhension entre lui et autrui. Impénétrabilité des motifs.

Détachement : impression de retrait du patient par rapport à son environnement immédiat, à ses propres actes et paroles. Perte du contact vital avec le réel (Minkowski). Repli sur soi d'aspect autistique. Semble accéder difficilement au " dehors " de l'existence ; une certaine indifférence pour le monde extérieur.

Ambivalence : existence simultanée d'états psychologiques contradictoires. Concerne autant les registres intellectuel, affectif (aimer et haïr en même temps) et comportemental (vouloir et ne pas vouloir : ambitendance). Les choix, les sentiments, les jugements ne peuvent se préciser, se synthétiser dans une unité nécessaire à l'action volontaire. Le comportement reste hésitant, paradoxal, bizarre, incompréhensible.

Article 2 - La dissociation au niveau du registre intellectuel

Troubles des fonctions élémentaires de la pensée :

- **Troubles des associations** : relâchement associatif avec coq-à-l'âne, enchaînement incongru des idées, adhérence au précédent mot inducteur, bizarrerie des associations, originalité des réponses, stéréotypies dans les réponses, itération des mêmes idées. Parfois le discours est allusif et hermétique (peu compréhensible).
- **Troubles de l'attention et de la concentration :**
  - " ils entendent sans écouter et voient sans regarder " (Dide et Guiraud) ;
  - sélectivité et variabilité de ces troubles.
- **Troubles de la mémoire** : remaniement sans déficit ; mémorations étranges, méconnaissances systématiques, faux souvenirs.

Troubles du cours de la pensée :

- **Troubles du débit idéique :**
  - **barrages** : quasi pathognomoniques de la " pensée dissociée ". Interruptions subites de la phrase ; le patient paraît indifférent à la suite de l'idée qu'il exprimait et aux conséquences de cet arrêt de la conversation. Il peut reprendre sur la même idée ou un tout autre sujet. Cette interruption peut durer quelques fractions de secondes, parfois plus longue ; peut compromettre la cohérence du discours lorsqu'elle se répète de façon rapprochée ;

fading mental : diminution du rythme de la phrase suivie d'un barrage ou d'une reprise du rythme normal sur un thème identique ou sur une tout autre idée ;
stagnation ou **piétinement stérile de la pensée ;**
dénomination des objets avec, parfois associée, leur manipulation indéfinie ;

- plus rarement : **prolixité du débit idéique.**

• **Flou de la pensée** : désordre de la production idéique.

- incohérence ;
- entortillement dû au débordement par les détails ; **pensée circonstanciée** : incapacité d'aller droit au but avec contaminations, dérivations, substitution de la production idéique.

Champ de la conscience :

• Absence de troubles de la conscience mais modification de l'expérience sensible, altération du vécu.
• Bouleversement des **données immédiates temporo-spatiales** en raison des aspects dissociatifs du cours de la pensée : dissociation entre la forme et le contenu des pensées, morcellement des associations, etc.
• **Ataxie intrapsychique** : perte de la cohérence et de l'harmonie entre les idées et les sentiments d'une part, et leur expression émotionnelle d'autre part.

Intelligence :

• Il n'existe pas de déficit intellectuel au sens strict ; le patient " dissocié " peut être très intelligent. Mais l'efficacité des fonctions cognitives peut être grandement compromise par le syndrome dissociatif.

Langage dissocié :

• **Mutisme ou semi-mutisme,** ou parle " entre les dents ", propos murmurés.
• **Possibles verbigérations** : langage incohérent où les mêmes mots sont débités de façon **incompréhensible.**
• **Modifications du débit verbal** : lent à rapide.
• **Impulsions verbales** le plus souvent à caractère injurieux, obscène (coprolalie) ou sacrilège.
• **Incohérence** : réponses à côté ; propos spontanés inadaptés à la situation.

- **Akataphasie** : inadéquation entre l'intentionnalité idéique et les propos, à l'origine de la discordance du langage.
- **Troubles de l'intonation et du timbre de la voix** : chuchotements, voix murmurée, sourde ou nasillarde, accent étranger, raucité.
- **Troubles du rythme** : arrêts du débit verbal, ralentissement ou accélération, brusques jaillissements verbaux.
- **Troubles de l'articulation** : bégaiement, zézaiement, blésité, modifications de la structure phonétique des mots avec télescopage des syllabes, déplacement des différentes parties des mots, nasalisation des voyelles, disparition de la fin des mots.
- **Bruits parasites** : reniflements, raclements de gorge, ronflements, toux, soupirs.
- **Troubles de la sémantique :**
  - **polysémie** : mots comportant plusieurs sens (mot-valise), parfois une infinité de sens possibles qui échappent au malade lui-même ;
  - **changement du sens des mots ;**
  - **néologismes** : mots nouveaux formés sur le modèle phonétique d'autres mots, ou formés pour exprimer un sens inadéquat aux mots existants.
- **Logolatrie** : détournement de la véritable fonction du langage. Véritable culte des mots qui deviennent des objets sacrés dotés de puissance magique ou au contraire des objets plastiques pouvant subir la toute-puissance du sujet.
- **Schizophasie** : langage hermétique doté d'une symbolique personnelle associant des troubles dissociatifs du langage et de la pensée à la logolatrie.

Système logique dissocié :

- **Indifférence aux valeurs logiques** : " parti pris d'illogisme ". La formation des concepts est possible mais indépendante des principes logiques fondamentaux comme ceux de causalité, d'identité, d'ordre, de chronologie, etc.
- **Pensée paralogique** : raisonnement superficiel et faussé, s'appuyant sur des observations incomplètes, des analogies, des coïncidences, des agglutinations de significations, des télescopages de notions, des mélanges d'idées. Dans les paralogismes, le sens des mots est détourné de l'acception habituelle.

. **pensée magique** : mode d'idéation comparé aux formes de " pensée primitive ", libéré des références logiques, fondé sur la toute-puissance du désir (mode de pensée décrit communément aussi chez l'enfant, proximité sémiologique de la mentalité superstitieuse).

. **Tendance à l'abstractionnisme systématique** à l'origine d'un discours flou, énigmatique fait d'abstractions vides. Ce goût pour tout ce qui est abstrait peut se traduire par un langage pseudo-philosophique associant des néologismes savants, des formules floues érudites, un vocabulaire technique mais baroque, des références théoriques douteuses.

• **Rationalisme morbide** : processus intellectuel qui restreint et étouffe la réalité vivante et concrète à l'aide de raisonnements abstraits, d'élaborations stériles et contraignantes, de théories, de dogmatisme, ayant en commun l'inefficacité et l'inadéquation au réel.

Article 3 - La dissociation au niveau du registre instinctivo-affectif

Troubles affectifs :

• **Athymhormie** : perte de l'élan vital. Ce trouble associe une :

- **anhormie** : fléchissement du dynamisme vital physique primordial dans le domaine instinctif. Cette atteinte de l'instinct appétitif peut s'exprimer directement par l'absence de besoin alimentaire, d'activité sexuelle, d'activité sociale. Peut aussi se traduire par une anhédonie morale, le désintérêt pour l'activité pratique ;
- **athymie** : manque de vigueur de l'éprouvé vital. Désintérêt affectif. Peut se traduire par une insensibilité apparente aux événements, l'anesthésie affective, la froideur émotionnelle, l'émoussement des sentiments ;
- **inertie** : aboulie (perte de l'initiative motrice) ; défaut de spontanéité dans l'effort, de prolongation de l'effort ; dégoût ou crainte de l'effort ; akinésie et ralentissement psychomoteur ; incurie.
- **atteinte possible des fonctions végétatives** avec atteinte des fonctions nutritives (appétit, métabolisme, transit intestinal) ; pâleur ; troubles circulatoires périphériques, etc.

- **Négativisme** : résistance active ou passive à toute sollicitation. Peut se traduire par : un immobilisme maussade ; un oppositionisme agressif: attitudes de refus, de mépris, d'ironie, de maniérisme dédaigneux, d'entêtement, de bouderie.

Troubles des émotions et des sentiments :

- **Ambivalence affective** : attitude affective comportant simultanément, à l'égard d'un même objet, l'émergence de tendances ou sentiments contradictoires de haine et d'amour, de crainte et de désir, de fuite et de recherche. Possibilité d'aimer et haïr en même temps et intensément un même objet.
- **Parathymies** : manifestations affectives paradoxales marquées par la bizarrerie et leur caractère déconcertant, par exemple : attirance pour un objet anodin avec frénésie ; une haine farouche inexplicable ; une lubie.
- **Réactions affectives imprévisibles** (explosions émotionnelles) ou état d'indifférence affective échappant à toute tentative de compréhension psychologique (impénétrabilité des motifs).
- **Variabilité des expressions émotionnelles** : explosions d'hilarité (fous rires immotivés) d'aspect convulsif pouvant s'interrompre brutalement sur un fond d'indifférence affective ; possibles raffinements sentimentaux pouvant surprendre chez un patient semblant être détaché et froid.
- **Régressions instinctivo-affectives** : perturbations de la vie sexuelle " c'est l'infini diversité des phases du développement libidinal qui s'étale " (H. Ey), fixations auto-érotiques et narcissiques, projections homosexuelles, fixations incestueuses, etc.
- **Altération des relations sociales, familiales et sexuelles** liée à l'ambivalence affective, l'impénétrabilité des émotions et sentiments, l'indifférence affective. L'efficience sociale est diminuée, voire abolie.

Article 4 - La dissociation au niveau du registre comportemental : la discordance

Discordance : souvent employée comme synonyme de " dissociation ", elle est caractérisée par une incompatibilité entres les idées, les sentiments et les actes, donnant un aspect de contradiction, de paradoxe, d'incohérence.

Manifestations psychomotrices de l'ambivalence :

. **Aboulie** : perte de l'initiative motrice à l'origine d'une hésitation, une lenteur et une indécision.

. **Ataraxie akinétique** : impossibilité de choisir, de vouloir une chose précise, d'aller dans une direction, d'agir simplement.

. **Paramimie** : discordance des expressions mimiques (par exemple, un regard inquiet associé à un sourire de plaisir). Il existe aussi la dissociation entre la mimique et l'émotion (par exemple, les sourires discordants).

Bizarreries comportementales :

- Conduites contradictoires ; comportements ambigus.
- Indifférence aux valeurs et normes morales et sociales.
- Actes ne pouvant être rattachés à aucun sens, aucune finalité raisonnable ; actes cocasses pouvant paraître drôles s'ils sont extraits du contexte pathologique (par exemple, se lever de sa chaise dans la salle d'attente et quitter une chaussure pour venir la déposer sur une autre chaise ; déambuler tout nu dans la rue comme si cela était normal).
- Maniérisme caricatural ou outrancier : mimiques alambiquées, extension de l'auriculaire, attitudes obséquieuses, accent et ton maniérés.
- Théâtralisme baroque : le sujet joue avec la réalité plutôt que de s'y adapter. Le tableau associe une excentricité faite de bizarreries, d'artifices de la présentation, de la pensée, du langage et un maniérisme baroque.
- Stéréotypies mimiques, gestuelles, des attitudes.

Impénétrabilité des motifs :

- **Propos hermétiques** et actes échappant à toute tentative d'explication rationnelle. Parti pris d'illogisme.
- **Impulsions incoercibles** : raptus impulsifs.
  - actes fulgurants et soudains, crises élastiques ; hurlements ; crimes " immotivés " ; automutilations ; suicides étranges.
- **Protopulsions.**
  - **protopulsions kinétiques** (mouvements forcés, inadaptés) : itérations motrices, stéréotypies, crises d'agitation impulsives ;
  - **protopulsions instinctives** : fringales brusques ; actes masturbatoires ; boulimies ; hurlements ou éclats de rire immotivés, explosifs et sans contenu émotionnel.

• **Actes régressifs** : satisfaction de désirs instinctifs, en particulier sexuels (actes pervers, équivalents masturbatoires...) ; actes sado-masochistes (pratiques algolagniques) ; conduites régressives de type oral ou anal (coprophagie, barbouillage fécal, avidité, avarice, goût pour des choses peu ragoûtantes).

Registre intellectuel	Pensée dissociée : troubles du débit idéique (barrages, fading mental) Champ de la conscience : ataxie intrapsychique Langage : mutisme ; logorrhée, néologismes, réponses « à côté », mots-valises, schizophasie, logolatrie... Système logique : rationalisme morbide, pensée magique, pensée paralogique. Fonctions élémentaires : relâchement associatif donnant un discours allusif et hermétique. Troubles de l'attention et de la concentration.
Registre affectif	Ambivalence Athymhormie Réactions émotives inappropriées, paradoxales
Registre comportemental	Bizarreries, théâtralisme baroque, maniérisme. Discordance, impénétrabilité des motifs. Aboulie, apragmatisrne, paramimie, impulsions, protopulsions. Actes régressifs (actes pervers). Négativisme. Catatonie, catalepsie.

- LE SYNDROME DISSOCIATIF -

Négativisme.

• **Conduites négativistes :**
- **claustration** : réclusion volontaire *(voir* Les troubles du comportement et des conduites) ;
- **clinophilie** : quête permanente du lit et de la position allongée ;
- **fugues ;**
- **mutisme ;**
- **petit négativisme** : refus de la main tendue, occlusion pal-**pébrale** (yeux fermés pendant l'entretien), refus de s'asseoir, haussements d'épaules, raidissement, éternuements sans se détourner, tête couverte ;
- **grand négativisme** : crises clastiques, accès de fureur, refus d'aliments...

. **Inertie :**
  _ hypokinésie : perte de l'initiative motrice (aboulie) ;
  _ automatisme monotone, immobilité ;
  _ **catatonie** *(voir* Syndrome catatonique);
  _ **catalepsie** : persistance des mouvements imposés ;
  _ association à des phases d'hyperkinésie avec agitation impulsive.

Chapitre 2. Le syndrome de conversion

Le trouble conversif ou conversion associe un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles suggérant souvent une affection neurologique ou une affection médicale générale. Ces troubles sont transitoires ou durables mais sans support anatomoclinique. Le terme de " conversion " indique à la fois le rôle étiologique de conflits psychiques et un mécanisme de défense particulier incriminé dans leur genèse (transposition d'une représentation mentale inacceptable ou génératrice d'angoisse en une perturbation physique comportant une signification symbolique inconsciente). Historiquement et classiquement rattachés au cadre diagnostique de l'hystérie, d'authentiques symptômes de conversion peuvent cependant s'observer en dehors de la névrose hystérique proprement dite. Les nouvelles nosographies rattachent ce syndrome à un ensemble de troubles appelés somatoformes caractérisés par " la présence de symptômes physiques faisant évoquer une affection médicale générale mais qui ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale ni par un autre trouble mental ". Ces nouvelles classifications psychiatriques ne distinguent plus la névrose hystérique comme entité pathologique mais la dissocient en troubles somatoformes, dont le syndrome de conversion, personnalité histrionique, syndrome de Ganser et troubles dissociatifs.

La description que nous donnons du syndrome de conversion est la plus classique et distingue les manifestations conversives aiguës des manifestations durables, ces symptômes souvent isolés peuvent être multiples et prendre les aspects de toutes les maladies organiques (cette multiplicité des formes était désignée autrefois par le terme

d'" hystérie-caméléon ") **; les formes cliniques sont extrêmement nombreuses ne permettant pas une description exhaustive.** On retrouve cependant un certain nombre de caractères communs à tous ces symptômes.

Article 1 - Les caractéristiques communes des symptômes de conversion

Absence d'atteinte organique : les examens paracliniques sont négatifs. Les symptômes peuvent toutefois être associés à quelques troubles organiques qui constituent l'" épine irritative " ou la " complaisance somatique " qui facilitent leur installation mais ne suffisent pas à les expliquer. Une zone sensibilisée, de moindre résistance, peut constituer un point d'appel ; par exemple, une lésion traumatique ancienne même minime appelle à cet endroit une paralysie ; une intervention ancienne sur la glande thyroïde appellera une aphonie ; sur un astigmatisme se grefferont des troubles visuels.

Absence de systématisation anatomo-physiologique : les symptômes n'obéissent pas aux lois de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie. Ils ne sont pas associés aux signes physiques qu'on pourrait attendre.

Troubles ne concernant que la vie de relation : les symptômes prédominent au niveau des organes permettant la relation : les fonctions concernées sont la motricité, la sensibilité, l'activité sensorielle, la phonation...

Absence de contrôle volontaire du sujet : les troubles existent réellement malgré l'absence de fondement organique. Il ne s'agit pas d'une simulation.

Peu d'angoisse accompagne le discours sur les symptômes : cette distance est appelée " la belle indifférence ".

Retentissement fonctionnel : il est souvent disproportionné en regard de l'atteinte. Les **bénéfices secondaires** sont importants : il s'agit de l'aspect gratifiant de la maladie ; ces bénéfices sont en rapport avec la situation du malade et les nouveaux rapports instaurés avec le milieu, par exemple, des avantages familiaux dus au symptôme (une paralysie empêche l'activité ménagère qui est assurée par l'entourage). Les **bénéfices primaires** de la maladie existent aussi et résultent du soulagement apporté à une tension par le symptôme même.

Suggestibilité : sensibilité à la suggestion. Il existe une grande labilité et variabilité du symptôme d'un sujet à l'autre et chez un même sujet. L'influence de l'entourage et du contexte environnemental ou situationnel est très importante et joue souvent un rôle évident dans le déclenchement ou l'expression des troubles.

Article 2 - Les manifestations aiguës

Crises d'agitation : la forme mineure est la " crise de nerfs ".

Crises convulsives : il s'agit de pseudo-crises épileptiques (si un électroencéphalogramme enregistrait la crise il montrerait l'absence de décharge neuronale épileptique).

Crises **tétaniformes** : elles sont parfois appelées **spasmophilie.**

Pertes de connaissance, malaises lipothymiques : la lipothymie est un malaise d'origine vasomotrice en réponse à une stimulation du nerf vague (pneumogastrique) survenant à l'occasion d'un stress, d'une fatigue importante, du premier levé d'un alité. Appelé aussi malaise vagal, il se traduit le plus souvent par un évanouissement suivi d'une reprise rapide de la conscience.

Crise d'inhibition avec aspect léthargique : pseudo-état stuporeux et au maximum pseudo-coma ou sommeil cataleptique.

États crépusculaires ou états seconds.

Amnésie psychogène : incapacité soudaine d'évoquer des souvenirs personnels importants :

- **soit lacunaire** : événements survenus dans un laps de temps précis ; les lacunes peuvent être comblées par des souvenirs écrans ;
- **soit élective** : concernant un certain type d'événements ;
- **soit généralisée ou continue ;**
- **amnésies massives rares** : elles s'accompagnent d'une perplexité anxieuse et de troubles du comportement ;
- **symptômes voisins** : inhibition et difficultés de concentration pouvant aboutir à un tableau déficitaire, autrefois dit pseudo-débilité hystérique.

Expérience de dépersonnalisation : altération de l'expérience vécue et de la conscience de soi associée à un degré de déréalisation. La dépersonnalisation accompagne souvent les états crépusculaires, les amnésies massives et certains réveils de pseudo-crises convulsives et de crises somnambuliques.

Fugues : elles peuvent apparaître au cours de ces périodes d'amnésie. Ces fugues psychogènes sont caractérisées par un départ soudain du domicile ou du lieu de travail, avec amnésie et parfois adoption d'une nouvelle identité. Leur durée peut être de quelques heures à plusieurs jours.

Grande attaque de Charcot (rare aujourd'hui) : crise impressionnante mimant une crise d'épilepsie généralisée associée à des contorsions et des grands mouvements ainsi que des attitudes passionnelles (extases, érotisme, langueur, pathétisme...) suivie d'une phase terminale de délire. Parmi les prodromes, il existe la classique sensation de l'ascension d'une boule — la " boule hystérique " — de la région ovarienne en direction de l'épigastre puis de la gorge.

Article 3 - Les manifestations durables

Motrices :

- **Paralysies** : soit massives, plus souvent flasques que spasmodiques, soit segmentaires. Possible paralysie faciale, hémiplégie totale où le malade traîne son côté paralysé comme un corps étranger (à différencier des syndromes anosognosiques ou asomatognosiques). Absence totale de signes neurologiques objectifs.
- **Astasie-abasie** : difficultés, voire impossibilité de garder la station debout (astasie) et de marcher (abasie). Démarche sautillante. Troubles de l'équilibre.
- **Contractures** : torticolis, contractions des masséters. Au maximum **camptocormie** caractérisée par l'incurvation de la colonne vertébrale avec flexion des hanches dues à la contracture des muscles paravertébraux (plicature du tronc). Contractures localisées : main fermée, bras fléchi, jambe pliée...
- **Mouvements anormaux, dyskinésies, tremblements, spasmes divers** (rythmiques de salutations, de sauts, spasmes faciaux).

Sensitives :

- **Anesthésies** : elles peuvent être totales ou localisées, superficielles ou profondes, complètes ou non, parfois symétriques avec une distribution fantaisiste, voire un transfert des troubles d'un côté à l'autre. Elles ne répondent pas à une distribution anatomo-physiologique, leur topographie est parfois très

imagée : anesthésie en " gants ", en " bottes ", en " manche de veste ", ou intéressant la totalité d'un hémicorps. Ces anesthésies, surtout celles de la main et des doigts, n'empêchent pas le patient de se livrer à divers travaux manuels comme l'écriture. Ces hypoesthésies ou anesthésies, souvent globales, concernent la sensibilité au tact et à la chaleur.

- **Hyperesthésies** (correspondent aux zones hystérogènes de Charcot) : il s'agit souvent de points hyperesthésiques se superposant parfois à l'anesthésie cutanée et muqueuse. Leur localisation peut être précise et fixe ou au contraire vague : par exemple le "clou hystérique " au sommet du crâne ; les " points ovariens " dont la compression déclenche la douleur ou d'autres symptômes.
- **Algies** peuvent être fixes ou mobiles, temporaires ou persistantes. L'impotence fonctionnelle est souvent disproportionnée : cervicalgies rendant tout bruit intolérable, arthralgies ou cervicalgies empêchant toute activité ménagère, rachialgies gênant la marche ou la station debout prolongée, etc. Les sciatalgies, algies pelviennes.
- **Parésies, paresthésies.**

Sensorielles :

- **Troubles visuels** : rétrécissement concentrique du champ visuel, brouillard visuel, diplopie, amaurose transitoire. L'amaurose est la perte de la vision d'un œil, parfois des deux.
- **Troubles auditifs** : surdité complète ou parfois élective, acouphènes.

Parole :

- **Aphonie ou dysphonie** : chuchote d'une voix à peine audible. L'aphonie peut survenir électivement en fonction de la présence d'un ou plusieurs interlocuteurs ou d'une situation particulière.
- **Bégaiements, mugissements, aboiements, bruits glottiques.**
- **Mutisme** : souvent total et électif.

Neurovégétatives :

- **Spasmes** : ils concernent les muscles lisses et les sphincters ; spasmes pharyngés empêchant toute alimentation, sensation de boule œsophagienne, vomissements parfois incoercibles, spasmes respiratoires avec toux nerveuse, crise de hoquet,

spasmes vésicaux avec rétention urinaire ou énurésie, vaginisme (difficulté de la pénétration lors du rapport sexuel) lié à la contracture spasmodique du muscle releveur de l'anus.

- **Cathiémophrénose** : gros ventre hystérique dû aux spasmes du diaphragme à l'origine d'un tympanisme abdominal (son anormalement fort perçu à la percussion manuelle de l'abdomen). Il peut représenter le premier temps d'une grossesse nerveuse qui associera un arrêt des règles et un gonflement mammaire.
- **Troubles vasomoteurs** : fièvres inexplicables, hémorragies localisées (sueurs de sang), urticaire, ecchymoses spontanées, refroidissement, cyanoses, œdèmes sous-cutanés...
- **Troubles trophiques** : dermographisme (marquage cutané persistant après un contact, prenant la forme d'une tuméfaction blanc rosé, suivant le trajet du contact), stigmates sanglants, phlyctènes.

Livre VI

Les intrications somato-psychiatriques

Chapitre 1. Les troubles instrumentaux

L'étude des fonctions instrumentales ou symboliques concerne la perception du corps, la reconnaissance des objets par la palpation, la vue ou l'audition, la réalisation des gestes volontaires et l'expression et la compréhension du langage. Les troubles de ces fonctions s'observent en l'absence de déficit de l'appareil de perception ou de l'appareil d'exécution. L'origine est cérébrale. On distingue trois grands types de troubles instrumentaux : les aphasies lorsque les activités de langage sont concernées ; les apraxies lorsqu'il s'agit des activités gestuelles, les agnosies lorsque les fonctions cognitives sont atteintes.

Article 1 - Les aphasies

Examiner l'expression orale	**langage conversationnel : nom ; âge ; profession ; antécédents ; anamnèse langage automatique : énumérations ; formulations de séries (alphabet ; mois de l'année) langage provoqué : dénomination d'objets ; répétition desyllabes;m o t s langage élaboré : explication de proverbes : résumés ; i descriptions...**
Examiner la compréhension orale	**désignation sur commande : des parties du corps, d'objets exécution d'ordres : " ouvrez la bouche " ; " fermez les yeux " ; épreuves plus complexes**
Examiner l'expression écrite	**écriture spontanée ; copiée ; dictée**
Examiner la compréhension écrite	**lecture à haute voix ; correspondances mot-image et phrase-action ; résumé oral d'un texte lu à haute voix**
Examiner les possibilités de calcul ; les fonctions symboliques : abstraction, dessin, etc.	

Évaluer la facilitation des épreuves par des apports extérieurs ou des arrangements particuliers

- EXAMEN DE L'APHASIE -

Trouble du langage, acquis, survenant en l'absence de troubles sensoriels visuels ou auditifs et de troubles moteurs des muscles assurant la parole. Liée à une lésion de l'hémisphère cérébral dominant, l'aphasie peut supprimer, réduire ou modifier l'expression orale. Les types sémiologiques de l'aphasie sont distingués à partir de l'examen des différents aspects du langage pathologique : troubles de l'expression et troubles de la compréhension ; perturbations du langage oral et du langage écrit.

L'examen de l'aphasie consiste en une exploration méthodique de ces différents aspects du langage pathologique (voir tableau ci-dessus).

Les formes cliniques de l'aphasie sont nombreuses ainsi que leurs classifications. Classiquement une caractérisation selon la fluidité du discours permet de distinguer deux grands types d'aphasies : l'aphasie de Broca (émission verbale réduite) et l'aphasie de Wernicke (émission verbale fluide).

Aphasie de Broca	Aphasie de Wernicke
• difficultés dans le choix des mots avec jargonaphasie : utilisation d'un mot pour un autre sans corriger. Les mots déformés, imprécis, à peu près (paraphasie) ou substitués sont enchaînés en une sorte de texte bien structuré (syntaxe correcte) avec fluidité et aisance	• difficultés dans la possibilité d'énoncer des mots, émission stéréotypée des mots avec persévération, parfois le sujet peut nommer des objets si on lui donne les premières lettres
• difficultés dans la compréhension du langage écrit (dyslexie) et parlé (même les ordres simples)	• style télégraphique (mots-phrases)
• difficultés dans la répétition des mots (répétition avant de comprendre) ; le sujet n'est pas sûr d'avoir bien répété	• agrammatisme
• anosognosie : méconnaissance du trouble	• troubles de l'articulation
	• compréhension du langage parlé et écrit conservée (quelques difficultés dans la compréhension des ordres complexes)
	• difficultés dans la répétition des mots, le sujet comprend sans pouvoir répéter
	• conscience du trouble

Mots :

- **Perturbations phonétiques et phonémiques** : dans le premier cas il peut s'agir d'une véritable **anarthrie** avec impossibilité d'articulation ou d'une désintégration phonétique. Les troubles phonémiques sont variables d'un moment à l'autre : un mot peut être prononcé correctement puis déformé à un autre moment

par des substitutions phonémiques ou des oublis. Les consonnes et les groupes de consonnes sont particulièrement concernés. Les substitutions concernent en règle générale une seule lettre (par exemple " sou " pour " cou " : " ça soûle de course "). Ces **paraphasies phonémiques** sont parfois associées à un bégaiement ou un bredouillement par la répétition des premières syllabes avec consonnes. Le volume de la voix est souvent réduit ; voix sans expression, monocorde, lente, hésitante et de rythme altéré (dysprosodie). Les approximations sont fréquentes.

- **Perturbations sémantiques** : dans ces paraphasies verbales un mot est remplacé par un autre. Par exemple : " boulon " pour " bouton ", " fourchette " pour " cuillère ".
- **Manque du mot.**
- **Anomie** : trouble de la dénomination. Traduit un trouble de l'accès à la représentation et/ou aux associations sémantiques. On distingue quatre types d'anomie :
  - **anomie de production** : lorsque le malade a clairement en tête l'image, l'idée ou le mot mais que l'émission en est impossible (cette anomie est souvent facilitable) ;
  - **anomie de sélection** : non facilitable ;
  - **anomie sémantique** : porte sur le sens avec des associations verbales inadaptées au but ;
  - **anomie amnésique** : due à des troubles mnésiques (peut s'observer en dehors des aphasies).

Discours :

- **Aphasies fluentes** : la **jargonophasie.** Le langage spontané est abondant, facile, la prosodie riche est inadaptée au contenu du discours. Les substitutions phonémiques et sémantiques, les fautes grammaticales, les paragrammatismes sont à l'origine d'une production verbale difficilement compréhensible, qualifiée de jargon. On distingue le :
  - **jargon néo-logistique** : paraphasie caractérisée essentiellement par la substitution de néologismes faisant perdre tout sens au discours ;
  - **jargon sémantique** : les substitutions sont des mots sémantiquement inappropriés. On parle d'" intoxication par le mot " lorsque la substitution se fait toujours par un même mot qui revient sans cesse ;

- jargon phonémique : le discours est complètement inintelligible en raison de l'absence de construction syntaxique et d'une présence importante et quasi exclusive de néologismes.

La jargonophasie, dans le contexte d'une aphasie fluide, est très souvent associée à une anosognosie (méconnaissance du trouble).

• **Aphasies non fluentes :**
  - **réduction du discours** : le langage spontané est pauvre, le vocabulaire restreint, les phrases courtes, le débit lent, la prosodie altérée (la voix est monotone, elle a perdu ses intonations affectives) ;
  - **agrammatisme ou langage télégraphique** : les mots relationnels ou grammaticalement importants comme les pronoms, les prépositions, les adverbes... sont omis plus souvent que les substantifs. Les transformations phonétiques sont nombreuses et simplificatrices, à l'origine du style télégraphique.

Calcul : l'**acalculie** est une forme d'aphasie qui se traduit par l'incapacité de reconnaître ou d'écrire des chiffres et symboles mathématiques et d'effectuer des calculs élémentaires.

Langage écrit : l'**agraphie** est l'altération ou la perte de la capacité à reproduire du langage écrit en raison d'une lésion acquise du système nerveux central. On distingue les agraphies aphasiques et les agraphies apraxiques :

• **Agraphie aphasique :**
  - **agraphie fluide des aphasies fluides** : elle est caractérisée par une calligraphie normale, aisée, l'existence de paragraphies et une perte des substantifs ;
  - **agraphie non fluide des aphasies non fluides** : elle est caractérisée par une calligraphie maladroite, l'usage d'abréviations et une expression rare, pauvre ; elle demande un effort et associe un agrammatisme ;
  - **agraphie associée à l'alexie** : elle perturbe l'écriture spontanée (paragraphies), dictée et copiée. Elle est le plus souvent fluide ;
    agraphie du syndrome de Gerstmann : ce syndrome associe une confusion droite-gauche, une agnosie digitale et une agraphie. Cette dernière est de type fluide : les lettres sont produites aisément mais disposées dans un ordre incompréhensible avec des omissions et inversions de lettres et l'interposition de mots corrects ;

agraphie profonde : elle est marquée par des paragraphies sémantiques ; la dictée est correcte pour des mots connus ou des mots associés à une image. Au contraire, pour les mots dénués de sens les fautes sont nombreuses. Cette agraphie est attribuée à une défaillance du passage des phonèmes aux graphèmes, contraignant à une conversion des images visuelles aux graphèmes. Cela n'est pas possible pour les mots sans signification et pour les mots non associés à des images obligeant ainsi des substitutions par des mots associés à des images ;

- **agraphies de dysconnexion** (par exemple dans les cas de section du corps calleux) : l'écriture de la main droite est normale, l'agraphie n'apparaît qu'à l'écriture de la main gauche.

• **Agraphies apraxiques :**

- **agraphies motrices** : agraphie parétique liée à une parésie du membre supérieur droit ; agraphie hypokinétique à l'origine de la micrographie du syndrome extrapyramidal ; agraphie hyperkinétique liée à des mouvements anormaux ou tremblements ; agraphie réitérative de type persévératif (s'observe dans le syndrome frontal, le syndrome démentiel, le syndrome confusionnel), de type paligraphique (syndrome parkinsonien), de type échographique ou de type coprographique (syndrome parkinsonien, syndrome de Gilles de la Tourette, syndrome de Lesch-Nyhan) ;
- **agraphies visuo-spatiales** : liées à une négligence spatiale gauche (le plus souvent par lésion de la jonction temporo-pariéto-occipitale droite) ;
- **agraphies** dans le syndrome de conversion.

Compréhension :

• **Langage parlé** : la **surdité verbale.** Le syndrome de surdité verbale se caractérise par l'absence de compréhension du langage parlé malgré une identification normale des sons environnementaux. Il existe une impossibilité des transpositions audio-phonatoires (répétition) et audio-manuelles (écriture sous dictée). Le langage spontané, l'écriture et la lecture sont normaux et le patient est conscient de son trouble.

• **Langage écrit** : l'**alexie** est la perte ou l'altération de la compréhension du langage écrit, sans atteinte de la fonction visuelle.

- alexie sans agraphie ou cécité verbale : elle associe :
  - mauvaise compréhension du langage écrit ;
  - impossibilité de lecture à voix haute (transposition visuo-phonatoire) ;
  - troubles de l'écriture copiée (transposition visuo-manuelle). Le patient copie avec beaucoup de difficultés à la manière de l'individu qui copie une langue qui lui est inconnue ;
  - lecture normale lorsque le matériel écrit n'est pas présenté sous forme de stimuli visuels : par exemple en suivant la forme des lettres avec le doigt, en palpant des lettres de bois ou encore lorsqu'on leur trace une lettre sur la peau ;
  - écriture spontanée ou dictée, expression orale, compréhension du langage parlé sont normales ;
  - fréquence de symptômes associés à cette cécité verbale : une incapacité à lire la musique, une anomie des couleurs (impossibilité de donner la couleur d'un objet ni de l'identifier dans la liste qui lui est présentée), une atteinte du champ visuel (hémianospie latérale homonyme droite), une désorientation temporo-spatiale, rarement une prosopagnosie (non-reconnaissance des visages).
- alexie avec agraphie : dans ce cas l'alexie est totale et le patient ne peut pas lire, quelle que soit la façon dont le matériel écrit lui est présenté : lettres écrites, tracées sur la peau ou palpées, épellation.

Les symptômes associés sont souvent une agraphie fluide, une acalculie, une aphasie fluide, une apraxie motrice, une hémianopsie latérale droite, des troubles moteurs et sensitifs de l'hémicorps droit, des éléments d'un syndrome de Gerstmann (voir *supra).*

- **alexie dite antérieure** : elle se caractérise par la difficulté plus importante à la lecture des lettres qu'à la lecture des mots, des difficultés plus marquées pour les mots grammaticalement importants comme les prépositions, les mots relationnels, des difficultés plus grandes lorsque le sens de la phrase dépend de la séquence des mots. L'agraphie est habituelle. La lecture à voix haute et épellation sont souvent atteintes. On observe aussi une aphasie non fluide, une hémiplégie, une apraxie motrice et des troubles sensitifs discrets de l'hémicorps droit.

Article 2 - Les apraxies

Il s'agit d'un trouble acquis de l'exécution intentionnelle d'un comportement moteur finalisé, en rapport avec une lésion du svstème nerveux central. L'apraxie se différencie de la **dyspraxie** qui est le défaut d'acquisition de la maîtrise des activités motrices. Ce trouble qui affecte donc la motilité volontaire peut porter sur la réalisation des gestes simples, concerner la réalisation des gestes complexes nécessitant la succession cordonnée des différents gestes élémentaires qui le constituent, ou consister en une difficulté à réunir des unités dimensionnelles pour former des figures à deux dimensions.

Apraxie mélokinétique ou motrice : elle concerne la réalisation du geste qui reste bien construit dans ses actes élémentaires. C'est la " mélodie cinétique du mouvement " qui est perturbée. Cette apraxie peut intéresser tous les types de gestes et majorer les autres types d'apraxies gestuelles. Pour la mettre en évidence, l'examinateur demande au patient l'imitation de ses propres postures, la reproduction de séquences motrices. Elle est le plus souvent unilatérale et perturbe également la réalisation de mouvements alternatifs rapides et le pianotage.

Apraxie idéo-motrice : elle est caractérisée par la perturbation de l'acte moteur élémentaire, cette apraxie perturbe les gestes simples isolés ou constituant les éléments d'une séquence gestuelle. L'intention du mouvement est correcte mais sa réalisation est troublée par des erreurs d'orientation spatio-temporelle donnant une impression globale de maladresse. Elle est le plus souvent bilatérale. Le patient est conscient de ses difficultés et cherche à les corriger.

Apraxie idéatoire : correspond à un trouble de l'organisation séquentielle des gestes élémentaires. C'est le concept même du mouvement qui est altéré ; l'évocation et le rappel du geste complexe ne se font pas correctement. Cette apraxie est bien mise en évidence dans les gestes d'utilisation : le mime sur commande de l'utilisation d'un objet entraîne un enchaînement incohérent de gestes qui sont manifestement dépourvus d'intention. Le même échec apparaît lors de la manipulation concrète des objets ou lors de leur présentation visuelle. Les gestes sur imitation visuelle ou

kinesthésique sont de meilleure qualité. L'apraxie idéatoire est toujours bilatérale. Elle s'associe souvent à une apraxie idéomotrice, des troubles du langage ou des troubles démentiels.

Apraxie constructive : atteinte de la combinaison ou de l'organisation d'activités au cours desquelles chaque détail doit être perçu clairement et les relations entre les différentes composantes doivent être correctement appréhendées afin que la synthèse puisse en être faite. Parmi les épreuves permettant sa mise en évidence on peut utiliser le dessin spontané et le dessin d'après modèle. Le dessin géométrique simple (carré, triangle...), représentatif (maison, marguerite, bicyclette...), symbolique (croix de Lorraine...), formel ou dépourvu de signification. Lorsque les troubles sont majeurs, le patient est incapable de tracer ou de reproduire tout type de dessin. Lorsque les troubles sont moins marqués ils n'apparaissent alors qu'à la réalisation de figures complexes.

La construction d'édifices simples est aussi une épreuve de mise en évidence : on utilise des allumettes, des cubes de construction permettant d'apprécier l'existence de troubles de la répartition dans l'espace du dessin ou de la construction, comme la négligence d'une partie absente ou déformée ou l'accolement, l'imbrication au modèle.

Apraxie de l'habillage : le patient ne peut disposer correctement, par rapport à son corps, les vêtements qu'il manipule de façon incohérente. Après de nombreux essais infructueux il s'habille au hasard, avec de nombreuses erreurs. Dans les cas moins sévères, les difficultés apparaissent lorsque la tâche se complique, par exemple lorsque le vêtement est présenté à l'envers ou retourné. Cette apraxie existe en l'absence d'apraxie idéatoire ou d'apraxie idéomotrice.

Apraxie bucco-faciale : elle est caractérisée par une atteinte bilatérale des mouvements bucco-linguaux réalisés sur ordre, comme par exemple siffler, sourire, claquer la langue, faire un baiser, montrer les dents, orienter la langue vers une des commissures labiales, souffler. Ces activités peuvent être réalisées lorsqu'elles sont automatiques ou réflexes, par exemple souffler en éteignant une allumette. La réalisation de l'acte est meilleure lorsqu'elle se fait par imitation des mimiques de l'examinateur.

Article 3 - Les agnosies

Ce trouble de la reconnaissance des objets peut concerner les reconnaissances des objets, des personnes ou des symboles graphiques (agnosie visuelle), la reconnaissance des objets par la palpation (stéréognosie), l'identification des bruits, de la musique, des mots (agnosie auditive).

Chapitre 2. Les troubles du mouvement

Mouvements anormaux ou excessifs, non intentionnels se produisant chez un sujet conscient. Ces mouvements involontaires peuvent être isolés ou s'intégrer dans le cadre plus général d'un syndrome (syndrome de conversion, syndrome catatonique...) ou d'une maladie le plus souvent neurologique.

Article 1 - Les tremblements

Mouvements non intentionnels, rythmiques et oscillatoires, d'amplitude variable, pouvant se manifester aux extrémités supérieures et inférieures, au niveau de la face, du cou et de la musculature participant à l'émission des phonèmes. Les tremblements peuvent apparaître au repos ou lors d'activités intentionnelles. Ils peuvent être objectivement repérables (visibles) ou sont une expression subjective (tremblements intérieurs) privée de manifestations visibles. Le tremblement peut être permanent ou épisodique, situationnel ou non (voir tableau page suivante).
Une autre classification permet de distinguer trois types de tremblements :

Tremblement physiologique : le plus souvent invisible, il consiste en la répétition de microcontractions et de décontractions d'unités motrices. Sa fréquence est proportionnelle au degré de contraction et inversement proportionnelle à l'inverse de la masse du système. Lorsqu'il s'accentue il devient manifeste. C'est le cas fréquent dans les situations générant des réactions émotionnelles, les états de stress, les états anxieux, les phobies sociales...

Tremblement essentiel : absent à l'état de repos il apparaît lors d'activités intentionnelles. Il est permanent, ne dépend pas de facteurs situationnels et ne connaît pas de spécificité d'activité.

On parle de tremblement familial essentiel lorsque existent des antécédents familiaux (50 % des cas). Ce tremblement augmente avec l'âge, se confondant après 65 ans avec le tremblement sénile. Comme le tremblement physiologique, il peut être augmenté par toute situation émotionnelle ou de stress.

Tremblements symptomatiques : ils relèvent de maladies le plus souvent organiques, comme la maladie de Parkinson (tremblements de repos), des affections cérébelleuses (tremblements dans les mouvements intentionnels), la maladie de Wilson (tremblements de repos et tremblements intentionnels), les dysthyroïdies, etc.

Circonstances d'apparition	Modalités	Caractéristique de
tremblement de repos	disparition lors du mouvement et du maintien actif d'une attitude	syndrome parkinsonien (rigidité, akinésie et tremblement)
tremblenent intentionnel (ou d'acte)	apparaît lors du mouvement, de la manipulation d'un objet	syndrome cérébelleux (hypotonie, troubles de l'équilibre, défaut de coordination des tremblement)
tremblement d'attitude	apparaît électivement dans l'attitude main tendue	anxiété ; hyperthyroïdie ; tremblement sénile ; tremblement familial

Article 2 - Les dystonies

Contractions musculaires non liées à un mouvement intentionnel ou au maintien d'une attitude, engendrant souvent des mouvements répétitifs de torsion ou des postures anormales.

Mouvements dystoniques : mouvements répétitifs de torsion pouvant toucher l'axe corporel comme les membres.

Ces mouvements peuvent être segmentaires :

- Avant-bras : la crampe professionnelle ou **crampe de l'écrivain.**
- Mâchoire inférieure : **dystonie oromandibulaire.**
- Cordes vocales : **dysphonie spastique.**
- Muscles des paupières : **blépharospasme** dû à des contractions des muscles orbiculaires de l'œil. La fermeture des yeux se fait à intervalles réguliers et durent de quinze à vingt secondes.

- Muscles du cou : le **torticolis** : contraction non intentionnelle des muscles du cou, en particulier du sterno-cleido-mastoïdien dirigeant la tête en rotation. Peut s'y associer un **rétrocolis** (mouvement de la tête en arrière) ou un **antérocolis** (mouvement en avant).

Ils peuvent se généraliser à l'ensemble du corps. Ces mouvements sont lents parfois rapides à type de spasmes dystoniques qui sont alors répétitifs, en saccades, à forme de tics. Ils disparaissent généralement lors du sommeil.

Proximité sémiologique avec les mouvements athétosiques : mouvements lents et sinueux de n'importe quel muscle (langue, face) mais de façon prévalente des mains et des pieds.

Postures dystoniques : fixations anormales de la posture. Le muscle se fige en contraction à la fin d'un mouvement dystonique. Ces contractions prolongées peuvent être douloureuses.

Dystonie d'action : contractions parasites, inadaptées lors de l'exécution d'un mouvement intentionnel. Dans la crampe de l'écrivain ou les crampes professionnelles le mouvement est spécifique.

Article 3 - Les tics

Contractions musculaires non intentionnelles, irrésistibles, ayant une forme stéréotypée, une vitesse rapide et une durée brève.

L'apparition de ces contractions est soudaine et inattendue : plus souvent spontanés les tics peuvent être provoqués par imitation (échophilie). Ces contractions sont répétitives, les mouvements se succédant à intervalles de temps différents entre des temps de repos.

Généralement les tics disparaissent dans le sommeil mais dans certains cas peuvent persister de façon discrète.

Malgré le caractère généralement irrésistible, certains tics peuvent être contrôlés pendant un temps limité ; mais cette inhibition est souvent associée à un état anxieux, une tension intérieure.

Trois types de tics sont distingués :

Tics moteurs simples ou complexes :

- **Simples** : lorsque très peu de groupes musculaires sont concernés, le plus souvent un seul groupe musculaire : clignements des yeux, secousses de la tête, haussements des épaules, mimiques faciales grimaçantes, mouvements des lèvres.

- **Complexes** : à l'origine de mouvements coordonnés, compliqués donnant l'apparence d'une intention. Parmi les exemples les **plus** fréquents on peut rencontrer des mouvements consistant à se taper, se toucher, sauter, se sentir les mains, toucher les autres, sentir les objets, faire des gestes obscènes, piétiner, s'accroupir, revenir sur ses pas, une échopraxie, fléchir les genoux.

Tics vocaux : émissions de bruits, de sons pouvant être simples ou complexes.

- **Simples** : raclements de gorge, grognements, reniflements, petites toux, cris perçants, reniflements forts, cris, aboiements, accentuations de mots, bruits aigus, ronflements, crachements, sifflements, émission de bruits secs.
- **Complexes** : lorsqu'il s'agit d'émissions de mots ou de parties de mots. Par exemple des mots comme " bien ", " n'est-ce pas ", " comment dirai-je ", " ma foi ".

Proximité sémiologique avec l'écholalie, la palilalie *(voir* Stéréotypies). Dans l'**échophilie** mentale le mot est répété intérieurement.

Fréquence chez les tiqueurs de la coprolalie : soit coprolalie entendue, soit coprolalie mentale, soit copropraxie ou gestes obscènes.

Tics sensoriels : sensations corporelles pénibles, spontanées, articulaires, osseuses, musculaires ou originaires d'autres régions du corps. Les impressions ressenties peuvent être une lourdeur, une légèreté, une sensation de froid, de chaud, de démangeaisons. Apparaît alors un mouvement dans l'intention de se débarrasser de cette sensation, par exemple des mouvements sonores pour supprimer une impression ressentie dans la gorge ou le larynx.

Syndrome de Gilles de la Tourette : Ce syndrome complexe est un trouble moteur décrit par Georges Gilles de la Tourette, élève de J.-M. Charcot. Ce syndrome est caractérisé par une triade clinique :

- un début des troubles remontant à l'enfance ou à l'adolescence (85% avant l'âge de 11 ans).
- des tics généralisés.
- des tics verbaux caractérisés par une articulation involontaire de mots obscènes (coprolalie).

D'autres troubles psychiatriques peuvent accompagner le syndrome tels que des difficultés de concentration, une écholalie, une humeur dépressive, une irritabilité, une agressivité, des troubles de la personnalité (notamment des traits de la personnalité obsessionnelle).
Le syndrome est trois fois plus fréquent chez les garçons.
Les tics généralisés du Gilles de la Tourette sont des mouvements anormaux concernant au début les muscles du visage (régions péri-occulaire et péri-bucale) et s'étendant progressivement vers la région cervicale, ainsi que les épaules, les jambes et le tronc (la progression est descendante). Les tics sont variés d'un patient à l'autre mais aussi chez le même patient où l'intensité et la topographie des zones musculaires atteintes peuvent varier. Parfois ils sont très sévères au point de faire tomber le patient de sa chaise. Les tics peuvent disparaître pendant le sommeil. Pendant la journée ils persistent indépendamment de la présence ou non de l'entourage du patient (contrairement à la coprolalie qui se produit en présence des autres). Les tics sont généralement bilatéraux mais peuvent être plus prononcés sur un côté. Ils peuvent parfois avoir une signification obscène par exemple lorsqu'ils s'expriment par des gestes de la main. Ils se manifestent aussi par des grimaces et des froncements du front. Le tableau clinique peut se compléter par une mimique exacerbée avec des clignements des yeux qui constituent le symptôme le plus fréquent au début. Peuvent apparaître, associés aux grimaces et aux plissements du front, un tremblement des narines, une morsure des lèvres, une protrusion de la langue, des signes de la tête, une torsion du cou, un balancement de la tête et des bras, les poings fermés, des sauts, des haussements d'épaule, une torsion du tronc, des hoquets, des gémissements, un bâillement, un reniflement, un raclement de la voix, le patient montre ses dents.

On peut parfois noter des blessures, voire un décollement de la rétine dans les cas de tics sévères.

Les mouvements anormaux peuvent être le seul symptôme du syndrome pendant des années. Le deuxième symptôme qui apparaît est, sans exception, l'émission de sons inarticulés (tic vocal). Les tics vocaux apparaissent généralement à l'acmé des tics moteurs et se caractérisent par l'émission de sons ressemblant à l'aboiement ou au

rugissement. Ils progressent vers des sons de plus en plus articulés, des sons monosyllabiques jusqu'à des phrases complètes. Au degré maximal on peut constater des cris compulsifs d'obscénités (coprolalie). Il faut noter que la coprolalie, manifestation quasi pathognomonique de la maladie, selon Gilles de la Tourette, n'existe cependant que dans 50% des cas. De surcroît certains patients essaient de cacher la coprolalie en changeant de ton ou en toussant, d'autres se retirent de la vie sociale, s'isolent et mènent une vie recluse. Par ailleurs la coprolalie mentale, c'est-à-dire la compulsion à penser des obscénités est plus fréquente dans la pratique que la coprolalie comme tic vocal. Il est rare que les tics vocaux précèdent les tics généralisés. Parfois ils sont présents de façon simultanée. Les échophénomènes consistent en la répétition compulsive de mots prononcés par d'autres (écholalie) ou par le patient lui-même (pallilalie) ou consistent aussi en l'imitation compulsive de mouvements (échokinésie), de gestes (échopraxie) de personnes de l'entourage. Le patient pousse des cris très perturbants pour son entourage. Parfois les muscles du larynx sont atteints, le patient émet alors des sons expiratoires : ah, euh.

Les mots et les phrases obscènes sont proférés à voix haute sous forme de vociférations et de cris.

L'écriture du patient peut être illisible à cause des mouvements anormaux, mais en aucun cas il existe des écrits compulsifs obscènes.

Les troubles psychiatriques associés sont aspécicifiques. On peut constater un oubli à mesure, des difficultés de concentration, une irritabilité, une humeur triste, parfois un syndrome dépressif patent (surtout chez des patients chroniques), les troubles obsessionnels compulsifs sont plus fréquents dans le syndrome de Gilles de la Tourette que dans la population générale, mais ils ont des caractéristiques particulières par exemple les obsessions sont à thèmes sexuels et il existe des passages à l'acte violents. Par ailleurs les compulsions de toucher, les compulsions à faire des listes (listing) ou les automutilations sont moins fréquentes. Parfois les troubles du comportement sont les premières manifestations de la maladie avant même l'apparition des tics généralisés : bégaiement, protrusion de la langue, comportement antisocial. Parfois l'enfant se frappe le poignet sur la

poitrine ou sur le ventre. Parfois à l'examen neurologique on peut trouver quelques anomalies : une hypotonie, un Babinski positif, un balancement anormal des bras.

Tics généralisés	**premiers symptômes de la maladie.** **atteinte des muscles de la face au début des troubles.** **progression descendante vers la région cervicale, les épaules, les bras, les mains, le tronc.** **le larynx est parfois concerné.** **souvent bilatéraux.** **parfois signification obscène.** **diminution ou disparition lors du sommeil.**
Tics vocaux	**au début : émission de sons inarticulés ("ah"), cris, aboiements, mots monosyllabiques obscènes, puis phrases complètes obscènes (coprolalie)** **survenus lors de l'acmé du tic moteur,** **disparition lors du sommeil** **aggravation en présence des autres.**
Échophénomènes	**écholalie** **échokinésie.** **échopraxie.**
Troubles psychiatriques associés	**troubles du comportement (parfois même avant l'apparition des tics),** **comportement antisocial,** **automutilation** **irritabilité.** **Troubles dépressifs.** **Troubles obsessionnels compulsifs.**

- MALADIES DE GILLES DE LA TOURETTE -

Certains troubles du comportement tels que l'irritabilité ou les difficultés de concentration et l'intolérance aux frustrations, précèdent ou coïncident avec l'apparition des tics.
Dans le phénomène de coprolalie mentale, le patient fait l'expérience d'une pensée intrusive socialement inacceptable, à caractère obscène.

Article 4 - Les stéréotypies motrices

Mouvements répétés, non intentionnels, pouvant exister de façon indépendante, susceptibles d'interférer avec un mouvement adapté ou de s'y intriquer.

Trois types de stéréotypies motrices selon leur localisation :

Simples mouvements :

- **Mouvements de la tête** : balancements de la tête d'arrière en avant ou de gauche à droite, se secouer la tête, se cogner la tête...
- **Mouvements des bras ou des mains** : claquements, torsions, mains tenues devant les yeux, devant la bouche, roulement des doigts, mouvements rotatoires rapides entre le petit doigt et l'annulaire contre le pouce.
- **Mouvements des jambes** : posture en lotus.
- **Mouvements de la face** : grimaces, sourires, contorsions des lèvres.
- **Mouvements de la cavité buccale** : protusion de la langue, bruxisme (grincement des dents pouvant s'observer pendant le sommeil), mastication.
- **Mouvements de tout le corps** : tournoiements, balancements.

Manipulations de son propre corps : morsures de la peau ou des ongles, succions, pincements, grattages de la peau, arrachages de poils ou de cheveux, manipulations de la bouche, enfoncements des doigts dans les orifices corporels, frottements du corps ou des yeux, coups frappés sur son corps.

Manipulations d'objets externes : taper avec les objets, les caresser, les frotter, les porter à la bouche.

Article 5 - Le sursaut exagéré

La réaction de sursaut est un réflexe naturel, une réaction de défense qui se traduit par une réaction stéréotypée dominée par la flexion de la tête, des coudes, du tronc et des genoux. Peut s'y ajouter une élévation des épaules et un clignement des yeux ainsi qu'une grimace faciale. Cette réaction peut se modifier en fonction de la présence de symptômes anxieux, de la situation, de la prise de toxiques : le sursaut peut être facilité par les émotions, la fatigue, l'anxiété, l'attente d'un danger. Il peut être réduit par l'alcool, la prise de tranquillisant. Dans le champ pathologique, le sursaut peut être primaire ou secondaire. Dans ce dernier cas il est le symptôme d'une maladie soit neurologique, soit psychiatrique (arriération mentale, traumatismes psychologiques divers, états de stress post-traumatiques, troubles déficitaires de l'attention, maladie de Gilles de la Tourette, hyperthyroïdie...).

Chapitre 3. Les agnosies

Impossibilité d'identifier un objet donné à la perception en l'absence de tout déficit sensoriel primaire, de détérioration intellectuelle, de trouble de la conscience ou de l'attention et de trouble de la compréhension ou de l'expression.

Ce trouble neuropsychiatrique est lié à la défaillance du processus cortical qui permet l'identification d'un objet par rapport à un objet antérieurement connu dont nous avons gardé le souvenir à partir d'informations élémentaires.

Article 1 - Les agnosies visuelles

Agnosie d'objets : seule la palpation permet l'identification de l'objet. Impossibilité de les décrire, d'en donner ou d'en mimer l'usage ni d'apparier des objets identiques.

Agnosie des images : impossibilité de dénommer, décrire ou apparier les images. Dans l'agnosie simultanée de Wolpert, la description d'une image complexe se fait par accumulation des détails corrects mais sans pouvoir les lier entre eux.

Agnosie des couleurs : il peut s'agir d'un trouble de la dénomination et/ou de la désignation des couleurs, de la difficulté de classification dans une gamme chromatique, de la difficulté d'appariement objet-couleur (par exemple citron-jaune).

Prosopagnosie : agnosie des physionomies. Impossibilité d'identifier les visages. Parfois le sujet ne se reconnaît pas non plus sur une photographie ou devant le miroir. Trouble de reconnaissance associé parfois à des illusions métamorphosiques du visage. Evocation mentale des visages familiers difficile, parfois impossible. Dans d'autres cas c'est la reconnaissance des expressions du visage (joie, tristesse, étonnement) qui est perturbée.

Agnosie des signes graphiques : la cécité verbale ou alexie sans agraphie est un trouble de la reconnaissance des lettres. L'acalculie est un trouble de la reconnaissance des chiffres.

Agnosies spatiales : l'agnosie visuo-spatiale est un trouble de la perception spatiale souvent associé à d'autres troubles de l'orientation spatiale pouvant se révéler par un défaut d'appréciation de la localisation d'un objet, un défaut d'appréciation des distances et du

relief. Le patient manque les objets qu'il veut saisir, se heurte aux obstacles qu'il situe mal. A ce trouble de la **stéréopsie** (vision des reliefs) sont souvent associés un défaut d'appréciation de l'orientation linéaire et un défaut d'appréciation des formes.

Dans l'**agnosie topographique** les indices spatiaux deviennent étranges, perdent leur familiarité, n'ont plus de signification : le patient ne retrouve plus sa chambre dans sa propre maison, peut s'égarer sur un trajet connu. Pour l'apprentissage d'un nouvel environnement spatial il recourt souvent à des indices d'autres natures comme visuels (la présence d'un pot de fleur près de la porte de sa chambre) ou verbaux (par exemple le nom d'un objet à proximité).

Article 2 - Les agnosies auditives

Ce sont des troubles de la reconnaissance de la signification des bruits (agnosie des bruits), de la musique (amusie perceptive), des sons du langage.

Surdité corticale ou surdité psychique : impossibilité d'identifier les bruits, que ce soit en les nommant ou en les désignant par des images. Impossibilité de différencier les bruits les uns des autres, qu'ils soient chargés de signification ou non.

Surdité verbale : déficit électif pour le message verbal.

Amusie : perte ou déficit des aptitudes musicales acquises. On distingue sept types :

- **Amusie vocale** : impossibilité de chanter, de fredonner ou siffler un air sur commande ou par imitation.
- **Apraxie instrumentale** : perte de l'aptitude à jouer d'un instrument en l'absence d'un trouble moteur et sensitif.
- **Agraphie musicale** : inaptitude à transcrire un air en signes musicaux ou recopier une notation musicale.
- **Amnésie musicale** : impossibilité de chanter ou d'identifier un air auparavant connu.
- **Alexie musicale** : incapacité à lire la musique.
- **Troubles du sens du rythme.**
- **Amusie perceptive** : déficit de la discrimination des caractéristiques d'une note ou d'une série de notes.

Article 3 - Les agnosies tactiles

Impossibilité d'analyser les caractéristiques tactiles d'un objet. Impossibilité de l'identifier par le seul toucher.

Agnosies tactiles primaires : impossibilité de reconnaître les qualités tactiles d'un objet dont le palper n'évoque plus d'images tactiles. On distingue l'**amorphognosie** (trouble de l'appréciation de la forme et de la taille), et l'**ahylognosie** (trouble de l'appréciation du poids, du contact, de la densité, de la température).

Asymbolie tactile ou astéréognosie pure : les images tactiles peuvent être évoquées mais ne peuvent acquérir leur signification.

Article 4 - L'asomatognosie

La somatognosie désigne la connaissance que l'individu acquiert de son propre corps grâce à l'intégration de données permises par la maturation neurologique (sensori-motricité, afférence proprioceptive), son développement instinctivo-affectif, sa socialisation. L'**asomatognosie** est une forme d'agnosie caractérisée par une atteinte du schéma corporel avec méconnaissance plus ou moins complète du corps.

Les troubles de la somatognosie sont principalement :

Membre fantôme : illusion de la permanence du membre chez un amputé. Cet éprouvé s'accompagne de la conviction que le membre prend une posture déterminée ou réalise un mouvement dans l'espace. Le membre fantôme peut être le siège de manifestations douloureuses : **algo-hallucinoses.** Il s'agit classiquement d'un membre supérieur ou inférieur mais parfois aussi d'un organe fantôme (par exemple utérus fantôme) après une ablation chirurgicale.

Anosognosie d'une hémiplégie : le patient ne reconnaît pas sa paralysie et se comporte comme s'il n'était pas paralysé.

Hémi-asomatognosie : le syndrome d'Anton-Babinsky correspond à une lésion pariétale de l'hémisphère mineure. Le sujet ne reconnaît pas comme sien l'hémicorps gauche paralysé et refuse d'admettre l'existence du trouble (anosognosie). Parfois il fabule pour argumenter ses dénégations.

Anosodiaphorie : simple négligence de l'hémicorps paralysé.

Syndrome de Gerstmann : associe une :

- **Agnosie digitale** : impossibilité pour le malade de reconnaître, identifier, différencier, dénommer et désigner sur commande les doigts des mains, celles de l'examinateur comme les siennes. Bilatérale, elle concerne surtout les trois doigts médians.
- **Indifférence droite-gauche** : indistinction entre les côtés droit et gauche du corps, qu'il s'agisse de celui du patient lui-même ou d'un tiers.
- **Acalculie** : troubles de l'écriture et de la lecture des chiffres et des nombres.
- **Agraphie** : troubles de la capacité à produire du langage écrit.

Autotopoagnosie : impossibilité de désigner, localiser, dénommer sur commande les différentes parties de son corps ou de celui de l'examinateur.

Article 5 - Les stéréognosies

Astéréognosie : impossibilité d'identifier un objet par le tact, les yeux fermés. Cette forme d'agnosie tactile peut concerner les formes des objets (amorphognosie) et la matière de l'objet (achylognosie).
Asymbolie tactile (astéréognosie pure) : les caractéristiques de forme et de matière de l'objet sont reconnues sans qu'elles puissent être pour autant identifiées, en l'absence d'anomalies objectives de la sensibilité.

Anomie : perte de la capacité de dénomination.

Chapitre 4. Les troubles psychiatriques des syndromes topographiques

Dans le vocabulaire neurologique le syndrome topographique indique une symptomatologie due à une lésion focale du système nerveux central. La sémiologie observée tient au siège même de la lésion et non à sa nature qui peut être diverse (traumatisme, accident vasculaire cérébral, tumeur bénigne ou maligne, processus dégénératif, causes inflammatoires infectieuses).

Selon le territoire concerné par l'atteinte, le syndrome peut être médullaire, bulbaire, protubérantiel, pédonculaire, thalamique. Au niveau supérieur on distingue : le syndrome frontal, temporal, occipital, pariétal et le syndrome du corps calleux.

Article 1 - Le syndrome frontal

On désigne par syndrome frontal l'ensemble des symptômes qui traduisent l'atteinte du lobe frontal.

Le lobe frontal représente près du tiers de l'hémisphère cérébral chez l'homme et le cortex préfrontal en est la partie la plus étendue.

Le tableau psychiatrique est constitué de troubles cognitifs, de troubles thymiques, et de troubles comportementaux.

L'examen neurologique révèle des troubles du tonus (aspontanéité motrice, troubles de la marche), des crises comitiales, des troubles oculomoteurs, des troubles neurovégétatifs.

Troubles cognitifs :

- **Troubles du fonctionnement intellectuel** : ils sont dominés par un déficit de l'attention et une incapacité à acquérir des expériences nouvelles. Il existe un déficit de la motivation, des troubles du jugement avec conclusions rapides sans analyse des données, une perte de l'autocritique à l'origine de troubles du comportement, et des troubles mnésiques. Il peut s'agir de :
  - **amnésie antérograde** : qui rend l'apprentissage impossible et peut provoquer une désorientation temporo-spatiale, un oubli à mesure ;
  - **amnésie lacunaire** : portant sur des fragments des événements passés ;
  - **défaut d'inhibition** : qui explique parfois une éruption de fragments du passé : fabulations, fausses reconnaissances ;
  - **anosognosie** : absence de conscience du trouble.
- **Troubles des conduites gestuelles :**
  - **perte de la mélodie cinétique** : le trouble porte sur l'organisation dynamique du mouvement ; la conduite gestuelle n'est plus harmonieuse, malgré l'exécution normale de chacun des gestes pris isolément ;

- **difficulté à passer d'un acte à l'autre ;**
- **cas d'atteinte prémotrice** : le langage facilite l'exécution de la tâche et le patient critique ses erreurs. Dans le syndrome frontal antérieur le patient ne peut élaborer un programme avec l'aide du langage intérieur ; la répétition orale des consignes n'améliore pas leur réalisation et le malade ne critique pas ses erreurs ;
- persévérations : tendance à maintenir ou à répéter le même type de conduite ou de comportement sans tenir compte des modifications de la situation ou de la question posée.

Troubles du langage : il s'agit de troubles des conduites verbales qui sont mis en évidence lors des épreuves de :

- **dénomination et de désignation** d'objets et d'images ;
- **évocation** : donner dix noms d'animaux, dix noms d'objets ménagers... ;
- **répétition de séries ;**
- **expressions** : réponses à des questions simples, réponses à des questions plus complexes dont la réponse exige un plan, résumé d'un texte, description d'une image, construction d'une histoire sur un thème donné, élaboration d'une phrase à partir de plusieurs mots ;
- compréhension : exécution de consignes plus ou moins complexes, définition de mots, explication de proverbes, interprétation d'un texte, compréhension de phrases de structure comparative : par exemple, Paul est plus grand que Jacques, Jacques est plus grand que Pierre.

Aphasie motrice (ou aphasie kinétique) : liée à des lésions prémotrices : réduction du langage spontané pouvant aller jusqu'à un quasi-mutisme ; réponses brèves et style télégraphique ; persévérations ; la voix perd ses nuances tonales.

Lésions frontales antérieures : le langage narratif est désorganisé : la conduite verbale n'est plus adaptée, le choix de ce qui est entendu, l'orientation, la poursuite ou l'interruption du dialogue ne sont plus possibles. Les troubles peuvent aller de la simple impossibilité d'un langage propositionnel, précis, nuancé, adapté (avec conservation de langage de niveau élémentaire) jusqu'au quasi-mutisme.

, **Syndrome démentiel** : le tableau clinique des démences frontales est dominé par les troubles du comportement social et des troubles thymiques.

Troubles thymiques :

. **Moria** : euphorie inadaptée à la situation, niaise et puérile, associant des jeux de mots, des pitreries, des calembours faciles, un approbativisme, une hyperactivité et une distractibilité.

- **Signes pseudo-dépressifs** : désintérêt, indifférence, ralentissement psychomoteur, perte de l'initiative, apathie mais sans douleur morale ni anxiété exprimées.
- **Véritable état dépressif** : il peut s'installer d'autant plus fréquent que la lésion est plus antérieure. Il existe alors une douleur morale, une anxiété, des troubles du sommeil et de l'appétit.
- **Indifférence du patient** à l'égard de son entourage, de lui-même (aucune inquiétude par rapport à ses troubles).
- **Exaltation thymique** associant une hyperactivité, un optimisme, un comportement ludique avec pitreries, se complétant progressivement dans un tableau de moria.

Troubles des conduites :

- **Troubles psycho-comportementaux du syndrome frontal** : ils associent un apragmatisme, une apathie dont l'intensité est à l'origine du caractère invalidant (toilette, habillage, préparation des repas ne sont plus réalisés), et un inversement des réactions incontrôlées, impulsives à des stimuli divers à l'origine du **syndrome de dépendance environnementale.** Ce syndrome est constitué par deux stades : le premier est un comportement d'imitation (le patient imite les geste de l'examinateur même s'il n'a pas reçu d'instruction pour cela et même si on lui demande de cesser). Le deuxième stade est le comportement d'utilisation (la vue d'un objet déclenche son utilisation même en l'absence d'instruction). Dans ce syndrome le sujet perd son autonomie personnelle et ne peut résister aux influences externes. Exemple de situation clinique : un malade voit son lit, il se déshabille et s'y couche, où qu'il soit.
- **Troubles des conduites sphinctériennes** : ils sont les plus fréquents. Il s'agit d'une urination à distinguer d'une incontinence : le patient urine n'importe où devant n'importe qui sans aucune pudeur obéissant à la stimulation immédiate, privé qu'il est des programmes qui réglaient ses comportements de décence et de propreté.

Le réflexe mictionnel peut être désorganisé, à l'origine d'une incontinence urinaire, d'une pollakiurie, d'une dysurie, ou de mictions impérieuses.

- **Troubles des conduites sexuelles** : ils peuvent se caractériser par une hyperactivité sexuelle avec discours grossiers, gestes obscènes ou au contraire une hypo-activité sexuelle avec désintérêt sexuel dans le cadre d'une inertie globale.
- **Troubles des conduites alimentaires** : ils relèvent aussi d'une désinhibition des comportements instinctifs avec satisfaction immédiate d'un plaisir à l'origine d'une voracité ou gloutonnerie (les aliments sont engloutis sans soucis des conventions ou de la propreté).
- **Absence de l'autocritique et perte du sens moral** : ils sont à l'origine de passages à l'acte médico-légaux (attentats à la pudeur, comportements violents, vols, viols...).
- **Manifestations compulsives** : elles peuvent être observées dans les lésions sous-corticales et frontales.

Principaux signes neurologiques :

- **Aspontanéité motrice** : c'est une réduction globale de l'activité motrice en l'absence de paralysie et de troubles sensitifs, véritable négligence motrice. Elle concerne l'hémicorps controlatéral à la lésion. Les attitudes imposées ou non sont conservées. Les mouvements spontanés sont rares, les mouvements automatiques (balancement des bras à la marche) sont réduits. Dans les lésions frontales bilatérales on observe un **mutisme akinétique :** le patient ne parle pas et n'exécute aucun mouvement.
- **Troubles de la marche** : ils s'observent en cas de lésions frontales bilatérales étendues et se traduisent par un déséquilibre à la station debout ; une **astasie-abasie,** c'est-à-dire une tendance à la rétropulsion et à la latéropulsion.
- **Troubles réflexes** : le phénomène de préhension forcée (ou **grasp reflex)** s'observe après une stimulation tactile mouvante appliquée dans la paume de la main. On provoque ainsi une flexion des doigts ou une fermeture de la main.

Le comportement de préhension ou d'aimantation *(instinctive grasp reflex)* est une impulsion à prendre, qui est déclenchée par un stimulus visuel ou tactile.

D'autres phénomènes de préhension pathologique peuvent s'observer, préhension forcée du pied, préhension orale (ou réflexe de succion) avec ouverture de la bouche à l'approche d'un objet. Enfin, une hypertonie d'opposition est souvent présente.

- **Crises comitiales** : elles peuvent se manifester par une vocalisation à type de gémissements avec élévation d'un membre supérieur et déviation de la tête et des yeux du même côté, des crises généralisées, des absences, des crises toniques de l'hémicorps opposé, des automatismes verbaux ou ambulatoires plus ou moins coordonnés.
- **Troubles oculomoteurs** : réduction des mouvements volontaires de latéralité vers le côté opposé à la lésion ; agrippement du regard (accroché, le regard ne peut s'échapper du point fixé ; c'est une exaltation de la fixation) ; perte de la stratégie du regard : perte de la capacité d'explorer du regard, d'appréhender de façon globale ; le malade se saisit d'un ou plusieurs détails sans pouvoir les organiser en une vision d'ensemble.
- **Troubles olfactifs** : hypo- ou anosmie.
- **Troubles neurovégétatifs** : transpiration abondante, modification de la tension artérielle et du pouls, troubles sphinctériens avec gâtisme.

Article 2 - Le syndrome temporal

Le syndrome temporal est l'ensemble des symptômes qui traduisent une lésion du lobe temporal.

Le lobe temporal est situé à la partie inférieure de l'hémisphère. En haut, la scissure de Sylvius le sépare du lobe frontal (en avant) et du lobe pariétal (en arrière). Le cortex temporal comporte trois parties de fonctions différentes : le cortex temporal auditif, le cortex temporal associatif et le cortex temporal limbique.

Troubles sensoriels :

- **Troubles auditifs** : ils sont fréquents et de type agnosique : *(voir* Agnosies). Ces agnosies auditives peuvent être une agnosie des bruits ou surdité psychique (le malade ne peut identifier les bruits, ne peut les distinguer les uns des autres et ne différencie pas leurs qualités propres) ; une agnosie musicale ou amusie (le malade ne peut pas identifier la mélodie ou ne peut pas reconnaître la

musique en tant que telle) ; une agnosie pour les mots ou surdité verbale pure (incompréhension du langage parlé, le malade ne peut répéter les mots et la dictée est impossible, mais la parole spontanée, la lecture et l'écriture sont normales).

- **Troubles olfactifs** : hypo- ou anosmie.
- **Troubles gustatifs** : ils sont très rarement présents, à type d'agueusie.
- **Hémianopsie latérale homonyme,** habituellement en quadrant (quadranopsie supérieure) elle est controlatérale à la lésion et ne respecte pas la vision maculaire.
- **Signes vestibulaires** : ils peuvent être à l'origine de troubles de la marche, troubles de l'équilibre et vertiges.

Troubles aphasiques *(voir* Aphasie) : signes majeurs au cours des lésions temporales ; l'aphasie de Wernicke est la plus fréquente d'entre elles. Ces troubles s'observent en cas de lésions temporales de l'hémisphère dominant. Le déficit du langage spontané porte sur l'évocation des mots entraînant une jargonaphasie avec logorrhée, fautes grammaticales, néologismes, langage incompréhensible, et troubles de la dénomination des objets.

L'aphasie amnésique de Pitres est plus rare (atteinte de la partie postérieure de la troisième circonvolution temporale) et se manifeste par un manque du mot, l'impossibilité de dénommer les objets (anomie), le malade ayant perdu la mémoire des mots.

Troubles mnésiques *(voir* Troubles de la mémoire) : une amnésie antérograde majeure est liée aux lésions bihippocampiques.

Hallucinations et illusions *(voir* Les troubles des perceptions).

- **Hallucinations auditives** : parfois elles peuvent être simples, à type de sifflements, de bourdonnements, de cliquetis, de tintements, etc., et correspondent à une désorganisation paroxystique de l'aire auditive primaire. Les formes complexes sont plus fréquentes, il s'agit alors de chansons, de phrases musicales ou d'hallucinations acoustico-verbales (mots, dialogues...). Elles sont souvent complétées par le phénomène hallucinatoire de l'écho de la pensée ou l'écho de ses propres paroles. Elles correspondent à une désorganisation étendue du cortex de la première circonvolution temporale. Peuvent aussi coexister des illusions auditives complexes à type de déformation des bruits, des mots ou des phrases.

. **Hallucinations visuelles** : d'origine temporale, elles sont souvent complexes, élaborées, colorées, faites de scènes mobiles ou immobiles, plates ou tridimensionnelles, en noir et blanc ou en couleurs, de taille normale ou diminuée (lilliputienne).

Les ecmnésies sont très évocatrices : caractérisées par une réminiscence intense d'une situation passée avec les propos et les gestes correspondant. Dans cette " hallucination du passé ", le passé est pris pour le présent. Cette forme hallucinatoire de nature mnésique fait revivre les personnages, les événements et les spectacles du passé du malade auxquels elle restitue leur contenu affectif et leur charge émotionnelle.

Les illusions visuelles ne sont pas rares avec des macropsies, des micropsies, des métamorphopsies, des accès de diplopie...

- **Hallucinations olfactives et gustatives** : elles ont souvent un caractère désagréable : odeurs nauséabondes, goût de putréfaction, de soufre... Ces hallucinations gustatives peuvent inaugurer une crise épileptique temporale.
- **Possibilité de rapprocher des manifestations vestibulaires paroxystiques** : fréquentes, à l'origine d'impressions angoissantes de chute, d'impressions de lévitation, de vertiges rotatoires vrais, d'un sentiment d'instabilité et de l'impression d'une perte de repères spatiaux.

Épilepsie temporale :

Les crises d'épilepsie que l'on regroupe sous le nom d'épilepsie temporale sont complexes et leurs manifestations cliniques très variées ; parmi elles on décrit les hallucinations, les troubles instinctivo-affectifs, les troubles du comportement moteur et verbal, des troubles gnosiques auditifs et visuels, des troubles phasiques, des troubles de la conscience.

- **Crise uncinée** : elle constitue une modification paroxystique de la conscience, très caractéristique et liée à une lésion de l'uncus de l'hippocampe. Le début est marqué par un sentiment d'étrangeté, associé à des phénomènes hallucinatoires. Le malade vit cet état comme dans un rêve dont il a conscience du caractère pathologique et s'associe à des sentiments de déjà vu, des réminiscences de sa vie antérieure, des sentiments d'étrangeté, de divination.

- États oniroïdes : ils réalisent un état de rêve accompagné d'hallucinations ou d'illusions et de troubles dysmnésiques à type d'impression de déjà vu, de déjà entendu, de déjà vécu... le vécu onirique se manifeste par un sentiment d'étrangeté, d'irréalité et d'isolement. La conscience de ces phénomènes n'est pas abolie et le souvenir n'est pas totalement perdu. Les malades peuvent en faire le récit : il existe une critique à l'égard des phénomènes hallucinatoires (ce qui les différencie souvent d'une psychose délirante).
- Automatismes psychomoteurs et autres manifestations idéatoires : des mâchonnements (souvent associés à une salivation), des gestes simples (se boutonner, se déboutonner, se frotter les mains), des gestes complexes (déambulation, fugue...), des formules du langage courant (parfois arithmomanie). Ces automatismes surviennent tardivement lors d'une crise temporale et précocement lors d'une crise frontale. A la fois conscients et mnésiques ces automatismes sont vécus par les malades comme des phénomènes d'obsessions-impulsions auxquels ils ne peuvent résister. Il peut s'agir dans certains cas d'actes impulsifs de nature délictueuse comme des impulsions kleptomaniaques, un exhibitionnisme, un homicide... Le plus souvent ces automatismes sont inconscients et amnésiques.

Des crises d'angoisse paroxystique peuvent exister. Plus rarement il peut s'agir d'un sentiment fascinant de bien-être, de bonheur ineffable.

Des troubles de la conscience peuvent se manifester sous la forme d'éclipse de la conscience tantôt totale, tantôt partielle avec obnubilation plus ou moins profonde (fausses absences temporales).
Des manifestations idéatoires avec des phénomènes de pensée imposée, envahissement de la conscience par des idées parasites, obsessionnelles mais sans manifestation sensorielle. Dans les manifestations idéatoires et les états oniroïdes on observe un sentiment d'étrangeté, de malaise indéfinissable, parfois d'accès d'angoisse paroxystique traduisant la participation affective.

- Manifestations viscéro-végétatives : elles surviennent à type d'aura et constituent habituellement le symptôme inaugural de crises complexes. Il peut s'agir d'une :

symptomatologie digestive avec hypersalivation : sensations de gêne épigastrique ou abdominale souvent ascendantes, nausées, éructation, borborygmes, coliques ;

symptomatologie respiratoire : polypnée, dyspnée, apnée ;

symptomatologie circulatoire et cardiaque : troubles vaso-moteurs (pâleur, rougeur, cyanose), modification brutale de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque ;

- **symptomalogie génitale ou urinaire** : crises énurétiques, crises génésiques.

- **Troubles gnosiques** : des agnosies critiques sont dues aux décharges épileptiques concernant la partie postérieure du lobe temporal de l'hémisphère dominant (agnosie auditive) ou de l'hémisphère mineur (agnosie visuelle).
- **Troubles phasiques** : sont dus aux décharges épileptiques de la partie postérieure de la première circonvolution temporale de l'hémisphère dominant.
- **Crises toniques, crises cloniques ou tonico-cloniques** : elles sont latéralisées, tardives dans le déroulement d'une crise temporale et liées à l'envahissement par la décharge épileptique de la région rolandique depuis la jonction avec la région occipitale ou pariétale.

Article 3 - Le syndrome occipital

On désigne par syndrome occipital l'ensemble des symptômes qui traduisent une atteinte du lobe occipital.

Le lobe occipital occupe la partie postérieure de l'hémisphère cérébral.

L'information visuelle est traitée au niveau du cortex occipital qui est impliqué dans la fonction visuelle proprement dite, purement sensorielle, et dans les mouvements oculaires répondant aux stimuli visuels.

Hallucinations et illusions visuelles : il s'agit classiquement d'hallucinations élémentaires (lueurs, éclairs lumineux ou colorés, points, boules). Elles peuvent se présenter en figures géométriques simples (spirales, étoiles, stries) et mobiles. Elles intéressent l'hémichamp visuel controlatéral.

Les hallucinations peuvent être complexes (objets, personnages, animaux, scènes cinématographiques, héautoscopie ou hallucinations du double). Elles s'inscrivent dans une thématique délirante terrifiante, mystique ou érotique. La critique est souvent tardive après plusieurs épisodes.

Les illusions visuelles se présentent sous de multiples aspects :

- **Métamorphopsies** : déformation perceptive des objets portant sur les formes, les dimensions, la taille, les contours, l'orientation, le déplacement ou les rapports des objets ou des personnes. Parfois l'objet se dédouble. Ce phénomène peut n'apparaître que dans un champ visuel ou ne concerner que certains objets ou certaines catégories d'objets.
- **Macropsie ou micropsie.**
- **Palinopsie ou persévération visuelle** : persistance des images après disparition du stimulus visuel. L'image persévérante peut être normale ou déformée, se superposer à la scène visuelle actuelle ; se déplacer avec le regard. Souvent associée à une hémianopsie elle apparaît dans le champ déficitaire. La palinopsie est plus fréquente dans les lésions occipitales droites.
- **Polyopie** : perception de plusieurs images d'un seul objet.
- **Téléopsie** : impression de distance des objets sans que leur taille soit modifiée. Parfois vision en " zoom " : brusque changement de plan de l'image visuelle.
- **Métachromatopsie** : modification des couleurs.
- **Vision en mosaïque** : fragmentation de l'image visuelle en multiples segments polygonaux organisés en mosaïque.
- **Allesthésie** : transfert des images visuelles d'un hémichamp visuel à l'autre.
- **Scotome positif ou scotome négatif.**
- **Sensation d'accélération ou de ralentissement** des mouvements des personnes ou des objets de l'environnement. Parfois vision cinématographique due à la perte de la sensation du mouvement entraînant une perception de l'environnement visuel à la façon d'une série d'images tressautantes.

Atteintes du champ visuel :

- **Hémianopsie latérale homonyme :**
  - controlatérale à la lésion cérébrale, c'est-à-dire l'hémichamp nasal pour l'œil du côté de la lésion et l'hémichamp temporal pour l'autre ;

respect de la vision maculaire ;
hémianopsie double en cas de lésion bilatérale :
. perte de la vision périphérique ;
. persistance de la vision maculaire ;
. vision tubulaire entraînée, en canon de fusil.

Hémianopsie altitudinale : elle porte sur la moitié supérieure ou inférieure de l'hémichamp controlatéral à la lésion.

Scotomes hémianopsiques : ce sont des " déficits en îlots " du champ visuel.

Cécité corticale :

- perte totale de la vision (périphérique et maculaire) ;
- consécutive à une atteinte cérébrale bilatérale ;
- cécité bilatérale ;
- réflexes pupillaires respectés ;
- fond d'oeil normal ;
- abolition du réflexe de clignement à la menace ou à la lumière ;
- difficultés à évoquer des souvenirs visuo-spatiaux ;
- mouvements oculaires volontaires conservés.

Agnosies visuelles *(voir* Agnosies) : troubles de la reconnaissance des objets en l'absence de déficit de la fonction visuelle.

- **agnosie des objets** (cécité psychique) : le patient ne peut dénommer les objets qu'on lui montre mais il les reconnaît quand il les prend dans sa main ;
- **agnosie des images et des couleurs ;**
- **achromatopsie** : portant sur la distinction des nuances des couleurs ;
- **prosopagnosie** : agnosie des physionomies, affecte la reconnaissance des visages ;
- **agnosie des symboles graphiques** : porte sur la reconnaissance des lettres et des chiffres. Peut entraîner une alexie (impossibilité de lire) ou une cécité verbale ;
- **agnosie visuo-spatiale :**
  - difficultés à évoquer les souvenirs visuo-spatiaux. Le patient a des difficultés à reconnaître des repères topographiques tels que les endroits bien connus ;
  - négligence des objets d'à côté (touchant le champ visuel gauche chez le droitier).

- **Troubles de la mémoire :**
  - **amnésie de fixation ;**
  - **fabulation.**
- **Troubles oculomoteurs :**
  - **perte des mouvements oculaires de poursuite** : la poursuite de l'objet dans le champ visuel est difficile ;
  - **paralysie globale de la fixation** : dans les lésions bilatérales.
- **Syndrome de Balint,** en cas de lésions bilatérales :
  - **ataxie optique** : il s'agit d'une incoordination visuo-motrice. Maladresse pour attraper un objet sous contrôle de la vue ;
  - **paralysie psychique du regard** : incapacité du patient à diriger son regard vers un nouveau stimulus visuel à la périphérie du champ visuel ;
  - **déficit de l'attention visuelle** : absence de réaction aux stimuli visuels.

Article 4 - Le syndrome pariétal

Le syndrome pariétal désigne l'ensemble des symptômes traduisant l'atteinte du lobe pariétal.

Le lobe pariétal occupe la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère cérébral, entre le lobe frontal en avant, le lobe temporal en bas et le lobe occipital en arrière. Le cortex pariétal est principalement impliqué dans le traitement de l'information sensitive qui lui est transmise par les projections thalamocorticales.

Troubles sensitifs :

Il s'agit principalement d'une astéréognosie qui est un trouble de la sensibilité discriminative à l'origine d'une difficulté à identifier les objets et à analyser leur caractère (forme, taille, consistance) par le seul toucher.

Peuvent s'associer :

- **Topoagnosie** : difficulté à localiser précisément un stimulus avec parfois des erreurs très importantes (allo-esthésie) ou une localisation en miroir (allochiria) ou dans d'autres cas une localisation floue en dehors du corps (exosomesthésie).
- **Baroagnosie** : difficulté à apprécier un poids ou à comparer deux poids.

Difficulté à différencier deux stimuli ponctuels, simultanés, et voisins, appliqués au moyen du compas de Weber dont on mesure l'écartement des deux branches.

. **Troubles du sens de position segmentaire** et du **sens de position de la peau** appelée **dermatokinesthésie.**

• **Troubles de la sensibilité vibratoire** ; de la **graphesthésie** ; de l'**adaptation tactile** (reconnaissance du début et de la fin d'un stimulus tactile).

• Parfois **hémianesthésie pariétale** plus marquée aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, à l'extrémité distale qu'à la racine et parfois très localisée et limitée à la région péribuccale et au bord radial de la main.

• **Phénomène d'extinction sensitive** : lors de l'application simultanée et symétrique sur les deux hémicorps de deux stimuli tactiles légers, le malade ne ressent le stimulus que sur l'hémicorps sain alors que le stimulus appliqué sur le seul hémicorps atteint est normalement ressenti. Parfois l'extinction sensitive est associée à une extinction auditive et ou visuelle.

• **Crises d'épilepsie** : faites de paresthésies portant sur l'hémicorps contralatéral.

• **Syndrome de Déjerine et Mouzon** : hémianesthésie contralatéral des sensibilités élémentaires (kinesthésie, thermo-algésie, tact) portant sur le membre supérieur avec une prédominance distale.

• **Syndrome pseudothalamique** : des douleurs et une hyperesthésie avec sensations tactiles et thermiques désagréables du côté opposé à la lésion.

• **Syndrome de Verger-Déjerine :**
  - **ahylognosie** : déficit de la perception des intensités ;
  - **amorphognosie** : déficit de la perception des formes ;
  - difficultés à reconnaître la matière : poids, dureté... les sensations élémentaires sont conservées.

• **Paresthésies et douleurs permanentes.**

Troubles du schéma corporel :

Le schéma corporel est la perception qu'a un individu des caractéristiques spatiales de son propre corps. C'est une perception consciente, limitée, structurée, construite à partir des informations sensorielles passées et présentes, grâce à l'intégration des stimuli somesthésiques, visuels, auditifs, vestibulaires et situationnels.

- **Hémiasomatognosie** : méconnaissance d'un hémicorps, souvent paroxystique (témoin d'une crise épileptique). Peut être consciente : le malade a l'impression que la perception d'un hémicorps est perdue ou perturbée, mais aussi inconsciente : le malade se comporte comme si un hémicorps n'existait plus.
- **Anosognosie** : non-reconnaissance par le malade de la symptomatologie qu'il présente.
  - **syndrome d'Anton Babinski** : le malade ignore la paralysie de son hémicorps ;
  - **autotopoagnosie** : impossibilité de désigner les différentes parties de son corps ;
  - **agnosie digitale** : incapacité d'identifier ses doigts ;
  - **indistinction droite-gauche** : incapacité de désigner ses membres droits ou gauches ;
  - asymbolie à la douleur : perception de la douleur sans aucune réaction émotionnelle.
- **Hallucinations et illusions corporelles :**
  - *hyposchematia :* membre ressenti comme très léger ;
  - *hyperschematia :* membre ressenti comme très lourd ;
  - perception illusionnelle d'un membre surnuméraire ;
  - syndrome d'Alice au pays des merveilles : modifications soudaines d'une partie du corps sur le plan de la forme, la taille, le volume ;
  - sensation de transformations ou déplacements corporels, voire d'absence d'un membre ou d'un hémicorps.
- **Syndrome de Gerstmann :**
  - **agnosie digitale ;**
  - **indistinction droite-gauche ;**
  - **acalculie** : difficultés de la lecture et de l'écriture des chiffres.

Troubles sensoriels :

- **Troubles vestibulaires :**
  - **syndrome d'automatose de Zingerlé** : crises de mouvements forcés du corps ;
  - **sensations vertigineuses ;**
  - **ataxie** : trouble de la coordination des mouvements volontaires.
- **Troubles oculomoteurs et visuels :**
  - **quadranopsie inférieure controlatérale ;**
  - **hémianopsie latérale homonyme ;**
  - perte de réflexe de clignement à la menace, abolition du nystagmus opto-cinétique controlatéral.

hallucinations gustatives (amertume, acidité).

Troubles du langage :

- **Aphasie de Wernicke** : déficience du langage spontané sans trouble de l'articulation.
- **Aphasie de conduction** : porte sur la programmation des phrases (difficulté de la lecture à haute voix).
- **Aphasie amnésique** : porte sur la sélection des mots.
- **Agraphie** : troubles de l'écriture spontanée ou copiée.
- **Alexie** : difficulté de la lecture, souvent associée à l'agraphie.

Apraxies : troubles de réalisation des formes concrétisées dans l'espace :

- **Apraxie idéo-motrice** : porte sur la réalisation des actes simples.
- **Apraxie idéatoire** : porte sur la réalisation des actes complexes.
- **Apraxie constructive** : difficulté à réunir des unités unidimensionnelles pour former des figures à deux dimensions ; le sujet est incapable de faire un carré, un triangle...

Amyotrophie du membre supérieur controlatéral (prédominance à la main et à la ceinture scapulaire)

Article 5 - Le syndrome du corps calleux

On désigne par syndrome du corps calleux ou syndrome des déconnexions interhémisphériques l'ensemble des symptômes qui traduisent une lésion et l'interruption des connexions unissant les deux hémisphères cérébraux.

Le syndrome de déconnexion interhémisphérique correspond aux troubles du transfert des informations d'un hémisphère à un autre : lorsque des informations sont fournies à un seul hémisphère, l'activité réponse de l'autre est anormale.

Troubles unilatéraux gauches :

- Hémisphère droit : il ne peut plus transmettre à la zone du langage les informations somesthésiques, visuelles ou auditives, qu'il reçoit. Ces informations ne peuvent plus être verbalisées ; cela est à l'origine d'une anomie tactile gauche. L'hémisphère droit ne reçoit plus les commandes du centre praxique idéo-moteur gauche.
- Troubles du transfert entre l'hémisphère dominant et l'hémisphère mineur, à l'origine de :

- **anomie tactile unilatérale gauche** : troubles de la dénomination des objets analysés tactilement par la main gauche (en l'absence d'aide visuelle) : l'information tactile recueillie par l'hémisphère droit ne peut être transformée verbalement et émise par l'hémisphère gauche ;
- **hémianomie visuelle latérale homonyme gauche** (pseudo-hémianopsie latérale homonyme gauche) : troubles de la dénomination des objets vus par l'aide visuelle droite : celle-ci ne peut transmettre ses informations à l'hémisphère gauche qui ne peut donc les décrire. Les images projetées dans l'hémichamp droit (et reçues par l'hémisphère gauche) sont correctement nommées et décrites. Mais lorsque les images sont projetées dans l'hémichamp gauche (et reçues par l'hémisphère droit), le malade dit ne rien voir, ou donne une réponse fausse. De même, il ne peut lire les lettres ou les mots projetés dans l'hémichamp gauche ;
- **pseudo-hémianacousie gauche** : la projection temporale des informations auditives est bilatérale, mais si un message sonore est présenté de façon synchrone aux deux oreilles, la voie croisée est utilisée préférentiellement. Lorsqu'on présente simultanément aux deux oreilles deux messages différents (épreuve d'écoute dichotique) à un malade présentant un trouble de transfert interhémisphérique, il ne peut répéter le message parvenu à l'oreille gauche ;
- **agraphie unilatérale gauche** : agraphie pure, sans aphasie associée, homolatérale à l'hémisphère dominant. Elle porte sur l'écriture dictée, la copie étant habituellement meilleure. Elle s'explique par la déconnexion entre le centre moteur du langage écrit (frontal gauche) et la zone motrice de commande de la main gauche (frontale droite) ;
- **apraxie idéo-motrice gauche** : incapacité d'exécuter les gestes symboliques de la main gauche.

Troubles unilatéraux droits :

• Hémisphère gauche : il ne peut recevoir de commande de l'hémisphère droit, dominant pour les tâches visuo-spatiales. Les implications sont :

- **apraxie constructive droite** : de la main droite, les dessins sont mal réalisés : les distances, des dimensions, les proportions sont inexactes, et le dessin est désorganisé ;

acalculie spatiale droite : le calcul mental est correct mais les opérations écrites sont impossibles du fait d'une mauvaise répartition spatiale des chiffres.

Signes **d'indépendance des hémisphères :**

Le résultat de l'analyse d'une information ayant gagné un hémisphère ne peut être transmis à l'autre. Celui-ci ne peut donc exécuter les tâches exigeant que ce résultat lui soit parvenu.

- **Troubles du transfert interhémisphérique des informations somesthésiques :**
  - le patient ne peut pas imiter avec une main le geste passivement imposé à l'autre. Il ne peut non plus reproduire une position passivement imprimée. Lorsqu'on lui touche la main en un point, il ne peut désigner le point homologue sur l'autre. Lorsqu'on le touche d'un côté, il ne peut en indiquer l'endroit avec la main controlatérale.
- **Pseudo-extinction sensitive :**
  - stimulation tactile isolée reconnue verbalement, quel qu'en soit le côté : malgré l'interruption du transfert calleux, l'hémisphère gauche est informé, soit par la voie sensitive ipsi-latérale, soit par la commissure blanche antérieure ;
  - mais en cas de stimulation bilatérale simultanée, celle qui est perçue par l'hémisphère droit est méconnue verbalement : dans ces conditions, les voies accessoires ne sont plus empruntées et l'hémisphère gauche n'est plus informé, il ne peut donc exprimer les sensations reçues par l'hémisphère droit ;
  - phénomène différent d'une extinction sensitive authentique, car le malade peut montrer le point touché du côté gauche avec la main homolatérale.
- **Phénomène de la main étrangère :**
  - malade ayant les deux mains derrière le dos, si on lui met sa main gauche dans sa main droite, il reconnaît bien qu'il s'agit d'une main (ce n'est donc pas une astéréognosie) mais il ne la reconnaît pas comme sienne. Ce trouble, souvent bilatéral, est l'expression d'une indépendance tactile entre les deux.
- **Troubles de la coordination motrice :**
  - **asynergie bimanuelle** lorsqu'on demande au malade de dessiner, un stylo dans chaque main, simultanément des demi-cercles en miroir ;

- **dyspraxie diagonistique** : les gestes d'une main entrent en conflit avec ceux de l'autre main. Exemple : le malade fait un paquet d'une main tandis que l'autre le défait, ou il ouvre une porte d'une main et de l'autre la ferme.

• **Troubles de la coordination visuo-motrice** *(voir* Syndrome occipital).

Chapitre 5. Le syndrome confusionnel

La confusion est un trouble de la conscience, généralement aigu, transitoire et réversible, d'origine organique (toxique, infectieuse, traumatique), caractérisé par un obscurcissement de la conscience allant de l'obnubilation à la torpeur avec perturbation de l'activité psychique supérieure, une désorientation temporo-spatiale, une perplexité anxieuse accompagnée ou non par des phénomènes hallucinatoires et illusionnels entrant dans le cadre d'un vécu onirique. Les symptômes somatiques et les perturbations biologiques, toujours présents, conditionnent le pronostic.

Le début est souvent rapidement progressif (en quelques heures ou quelques jours). Les troubles de la vigilance sont précédés par des prodromes à recrudescence vespérale (favorisés par l'obscurité). Un des premiers symptômes est l'insomnie ou sommeil perturbé (cauchemars, réveils multiples). Ensuite apparaissent l'anorexie, des céphalées intenses à siège diffus, souvent fronto-orbitaire ou occipital, des troubles du caractère avec irritabilité, anxiété, aggressivité ou retrait avec mutisme et refus d'aliments (on constate une rupture avec la personnalité antérieure), des troubles de l'humeur, souvent sous forme d'une dépression, et des troubles du comportement avec passages à l'acte saugrenus tels que fugue, errance et parfois actes médico-légaux. Le début peut être brutal, le sujet plonge soudain, souvent au réveil, dans un état d'obnubilation ou un accès onirique.

Les symptômes sont fluctuants dans la journée. L'aggravation nycthémérale et dans l'obscurité est caractéristique de la confusion.

La confusion mentale est considérée comme étant caractéristique de toutes les intoxications et infections. L'onirisme pur concerne spécialement le syndrome de sevrage alcoolique *(delirium tremens).*

Article 1 - Présentation

Signes **de retentissement physique** : épuisement, amaigrissement, voire cachexie, déshydratation, pâleur.

Incurie : négligence des soins corporels et de l'habillement avec saleté des vêtements, traces de débris alimentaires ou de vomissements, tenue débraillée, déchirée, parfois dénudement.

Faciès : faciès figé, sans expression ni réaction aux sollicitations extérieures, le visage ne traduit ni l'animation ni la douleur ni même les émotions et les pensées comme dans l'état normal. Regard hagard, vitreux, lointain, avec rareté du clignement des yeux. Le visage donne l'impression d'hébétude et d'égarement. Le patient semble être ailleurs, ne saisissant pas ce qu'on lui dit et ce qui se passe autour de lui. La mimique est parfois inadaptée par rapport aux sentiments et aux émotions exprimés.

Contact : difficile et parfois absent, il est extrêmement difficile de fixer l'attention du malade. Il ne répond pas ou peu aux questions, les réponses sont imprécises, inadéquates et parfois ne correspondent pas aux questions (réponses à côté) ; le patient ne comprenant pas le but de l'interrogatoire demande à ce qu'on répète les questions. Parfois il existe de courts moments de lucidité pendant lesquels le confus interroge son entourage : " Qu'est-ce qu'il y a ? ", " Où suis-je ? ", " Qui êtes-vous ? "

Langage : pauvre, avec modification de la syntaxe, la parole est mal articulée, chuchotée, les réponses sont rares, imprécises, inadéquates, les réponses à côté sont fréquentes, il existe une augmentation du temps de latence des réponses. À un degré maximum le patient entre dans un mutisme absolu.

Comportement : le confus se comporte différemment suivant qu'il est agité ou calme. L'activité motrice est désordonnée. Le confus se livre à des actes impulsifs, les raptus violents sont fréquents, nécessitant une surveillance étroite, il peut soudain frapper une personne de l'entourage, franchir le rebord de la fenêtre ouverte ou prendre la fuite.

Article 2 - Le syndrome psychique

Troubles de la vigilance : allant d'une simple obnubilation, marquée par un engourdissement psychique avec difficultés de la compréhension des situations, à la torpeur. Somnolant à tout

instant, le patient demeure plongé, sans étonnement, avec indifférence dans l'inaction psychique la plus complète. Le fonctionnement intellectuel est ralenti jusqu'à la suspension des opérations psychiques. Dans la forme stuporeuse de la confusion le malade est pris d'un besoin irrésistible de sommeil. Les troubles de la synthèse mentale sont accompagnés d'une hypoprosexie (diminution de l'attention volontaire) avec une grande distraction. Ces troubles sont beaucoup plus intenses dans l'obscurité.

Troubles de la pensée : consistent en un déficit marqué de la synthèse mentale avec une organisation à la fois fragmentée et fusionnée des concepts, un flot et un ralentissement du cheminement des pensées (suivant le domaine) ; le déroulement logique des pensées est altéré. Il existe une prédilection pour les pensées concrètes au détriment de la formation des concepts abstraits. Ces troubles sont plutôt opérationnels que fonctionnels. L'activité psychique de base telle que le jugement ainsi que le vocabulaire et l'activité praxique restent intacts, mais l'activité analytique et synthétique est perturbée. Les facultés d'attention, de concentration, de réflexion, de conceptualisation et d'adaptation aux situations nouvelles sont atteintes. Cliniquement ces troubles s'expriment dans le discours décousu, les propos incohérents, l'activité motrice désordonnée, la distraction, l'aprosexie... parfois il existe des idées subdélirantes de persécution. Ces croyances persécutoires sont souvent transitoires et non systématisées, la conviction n'étant pas totale.

Désorientation temporo-spatiale : incapacité totale ou partielle de se repérer dans le temps et dans l'espace. Elle atteint l'orientation personnelle, identification de soi-même et de l'entourage (ou orientation auto- et allo-psychique), l'orientation dans les dates et dans les lieux. En général la désorientation temporelle précède la désorientation spatiale. Le patient confus devient incertain de sa propre identité, ne sait plus son âge et sa date de naissance et ne reconnaît plus son entourage. Il ne sait pas la date (jour, mois, année), prend le matin pour le soir, ne se souvient pas de ce qu'il a fait antérieurement dans la journée ou les jours précédents. Il ne reconnaît plus son milieu, ne sait plus où il est, se trompe de chambre, se croit ailleurs. Le patient confus ne peut fournir aucun renseignement. Cependant, au milieu de cette confusion, peuvent apparaître des moments lucides où le malade sort de sa confusion.

Perplexité anxieuse : état de désarroi et sentiment d'impuissance provenant de la conservation d'une certaine conscience des troubles et la persistance du jugement, vécue avec une grande angoisse et accompagnée d'efforts pour en sortir. Il s'agit de courts moments de lucidité où le confus sort de sa torpeur et s'inquiète de ce qui lui arrive. La perplexité du confus est comparable à celle du dormeur qui se réveille sans avoir reconstitué le monde qui l'entoure. Chez le confus, le fait de ne pas pouvoir se retrouver dans son milieu induit un sentiment douloureux de perplexité, ce qui témoigne de la persistance d'une vague conscience. Cliniquement cette perplexité se manifeste par les questions : " Où suis-je ? ", " Qu'est-ce qui m'est arrivé ? ", " Qui êtes-vous ? ", " Qui suis-je ? "

Troubles de la mémoire : le malade oublie les faits récents (amnésie antérograde avec absence de fixation et oubli à mesure) et/ou les faits anciens (amnésie rétrograde avec troubles de l'évocation des souvenirs). Le confus mélange les souvenirs exacts, précis, délicats avec les oublis absurdes, extravagants. Il ne se rappelle plus ce qu'on vient de lui dire, ce qu'il vient de faire. Il demande un objet qu'il tient dans la main, veut dîner quand il vient de finir son repas, être couché quand il est au lit. Si on lui signale sa méprise, il accepte mais quelques instants plus tard il y revient. Les souvenirs anciens restent intacts au début.

Au décours de l'épisode confusionnel l'amnésie peut persister, portant sur la période de confusion (amnésie lacunaire). Parfois au contraire, il reste des séquelles sous forme de souvenirs persistants des productions oniriques auxquelles le malade continue de croire : ce sont des idées fixes postoniriques. A ces troubles de la mémoire se rattachent les productions paramnésiques, les fabulations : récits imaginaires précis, circonstanciés, riches en détails ; le malade cache son manque de souvenirs par ses récits, par les phrases n'ayant aucun rapport avec la réalité des faits, les fausses reconnaissances, les phénomènes de déjà vu, jamais vu, déjà vécu, déjà entendu.

Onirisme (ou délire de rêve) : apparition à l'état de veille, du mode de pensée qui caractérise le rêve. Dans l'état onirique, le sujet est comme spectateur devant les objectivations cinématographiques de sa propre activité psychique. L'onirisme va du rêve muet au rêve parlé et au rêve d'action. Il domine le sujet au point de lui faire

vivre et agir son délire dans une ambiance confuse. Il est constitué par des associations fortuites d'idées, par des reviviscences hallucinatoires d'images et de souvenirs, par des scènes de la vie professionnelle et familiale, par des combinaisons d'événements étranges, de visions pénibles, mobiles et changeantes induisant une conviction plus ou moins complète. Les pensées parfois contradictoires ne s'associent pas selon les lois de la logique, elles apparaissent, disparaissent, se transforment, fusionnent... La réaction émotionnelle est vive et intense. C'est un **rêve vécu et agi.** L'intensité du délire évolue par vagues : au degré le plus faible, il est exclusivement nocturne, cesse au réveil et ne reparaît que le soir. A un degré plus marqué, il cesse encore au réveil mais se reproduit dans la journée dès que le sujet ferme les yeux. À un degré maximum le délire continue le jour et ne cesse pas au réveil.

En général l'onirisme cesse brusquement, comme un réveil, suivi d'une amnésie lacunaire portant sur la période délirante. Une fois disparu, il peut laisser dans l'esprit des traces d'idées délirantes et de visions pénibles (idées fixes postoniriques).

L'onirisme consiste en des **hallucinations** le plus souvent visuelles, des images discontinues en enchaînements scéniques, des images mobiles, changeantes, qui vont et viennent en tous sens. Ces fragments scéniques, bizarrement enchaînés, fusionnent en une unité ayant des thèmes précis. Les objets peuvent paraître plus petits (microscopie) ou plus gros (macroscopie). Il faut signaler des hallucinations gullivériennes caractérisées par la vision de personnages de très grandes tailles, des hallucinations lilliputiennes qui consistent en des scènes jouées par de petits personnages se poursuivant sur les tables, les étagères, le lit... vécues agréablement par le malade. Parfois les hallucinations visuelles ont un aspect négatif, par exemple une page de livre lui paraît blanche ne voyant pas ce qui a été imprimé, ou bien il sent la présence d'un personnage sans qu'il puisse le voir. Les hallucinations visuelles peut être en couleurs ou décolorées, plates ou en relief, parfois dédoublées.

Les illusions visuelles ne sont pas rares. Le malade prend l'oreiller pour un animal, le porte pour une personne, le lustre pour un cercueil.

Coexistent également d'autres hallucinations : les hallucinations tactiles sont très fréquentes sous forme de sensations de grouillement de bêtes sur ou sous la peau, des fourmillements (il n'est pas rare de voir le patient passer son temps à extraire de petits vers sortant de sa peau), sensations de froid ou de chaleur, sensations de courant électrique, sensations de piqûres, brûlures, de mouvements imposés, de chutes. Parfois le malade ressent une pesanteur sur sa peau.

Les hallucinations peuvent porter sur les muqueuses, notamment vaginale, anale, rectale : le malade ressent et décrit par exemple la sensation d'un rapport sexuel. Ces " orgasmes hallucinés " sont plus souvent vécus de façon péjorative, associés à une thématique de viol à distance. Les hallucinations tactiles génitales se manifestent sous forme de sensations de masturbation, de pénétration et toute autre forme d'excitation sexuelle. Ces sensations pathologiques conduisent le malade à adopter des systèmes de défense : tampons dans le vagin et/ou l'anus, lit sur pieds de verre pour s'isoler des courants électriques, etc.

Les hallucinations auditives (élémentaires et acoustico-verbales) sont aussi fréquentes, surtout les hallucinations auditives élémentaires : bruits divers, mélodies musicales, sifflements, chuchotements, bruits de moteur, battements, ronflements...
Les hallucinations olfactives consistent en des sensations d'odeurs souvent désagréables et nauséabondes : putréfaction, ammoniaque, pétrole, ou parfois indéfinissables. Ces hallucinations peuvent s'accompagner de grimaces de dégoût voire de nausées et de vomissements.

On observe aussi des hallucinations gustatives sous forme de goûts généralement mauvais : pourri, amer, acide, parfois inconnus. Le malade peut attribuer ce goût à sa salive.

Ces troubles des perceptions sont souvent désagréables, vécus intensément par le patient avec peur, angoisse et terreur (rarement avec béatitude et euphorie), et entraînent des passages à l'acte impulsifs parfois dangereux mettant la vie du patient et/ou de l'entourage en danger.

Les thèmes fréquemment rencontrés sont : les zoopsies ou vision terrifiante d'animaux répugnants (rats, souris, serpents, insectes, etc.), ou fantastiques, difficiles à décrire (animaux bizarres avec deux têtes, tête de lion, tronc de chien...). Parfois, figures humaines grimaçantes, sanglantes ou visages monstrueux ; thèmes professionnels ou le malade vit une scène de sa propre profession en imitant les gestes avec choix pour les tâches difficiles, le malade fait un geste avec une grande difficulté. Parfois le malade voit des lueurs ou des flammes (thèmes d'incendies). On peut observer également des thèmes mystiques et érotiques (femmes nues) dans les rares cas de délires oniriques à tonalité affective agréable.

L'adhésion au délire est totale, les visions cauchemardesques accentuent l'angoisse, le délire est vécu et agi. Il existe une charge émotionnelle massive, d'où le risque de passage à l'acte (délire des actes). Le malade se débat contre de multiples dangers et ses réactions peuvent être graves, hétéro- et/ou auto-agressives. Il réagit à son délire.

Le refus d'aliments et de boisson (sitiophobie) est fréquent sous l'influence d'idées délirantes ou en raison d'un fléchissement des facultés mentales.

Article 3 - Le syndrome physique

Altération de l'état général : elle peut être liée à une cause toxi-infectieuse mais aussi à l'anorexie et le refus d'aliments en rapport avec l'agitation et les idées délirantes. Cette altération de l'état général consiste en une dénutrition avec amaigrissement important, une fatigue et un épuisement ; une déshydratation avec oligurie et pli cutané ; une constipation ; une fièvre irrégulière (souvent élevée) ; une tachycardie ; des sueurs et une langue saburrale ou rôtie. La tension artérielle est irrégulière avec plusieurs fluctuations dans la journée.

Syndrome neurologique : insomnie et autres troubles du sommeil (cauchemars avec réveils multiples), céphalées intenses pouvant entrer dans le cadre d'un syndrome méningé avec rigidité de la nuque et autres signes d'hypertension intracrânienne (vomissements, signes décelables au fond d'œil) qui s'accompagnent parfois

de crises convulsives, tremblements, modification des réflexes ostéo-tendineux qui sont généralement très vifs, clonus, mydriase pupillaire, amyotrophie et contractures. Parfois un relâchement sphinctérien est à l'origine d'une incontinence urinaire, voire fécale.

Syndrome gastro-intestinal et hépatique : anorexie, état saburral de la langue, constipation, perturbation de la biologie hépatique.

Article 4 - Les formes cliniques de la confusion

Forme stuporeuse : forme confusionnelle pure. Le patient est mutique, akinétique (hébété, désorienté, apathique, indifférent) avec une grande obnubilation de la vigilance pouvant aller jusqu'à un semi-coma et un état catatonique (conservation des attitudes, raideur musculaire, catalepsie, négativisme). Le faciès est figé, l'activité motrice est absente. L'altération de l'état général est maximal. Le refus d'aliments, en particulier, peut mettre en jeu le pronostic vital ; le patient se laisse mourir à côté de la nourriture.

Forme hallucinatoire : le délire onirique avec activité hallucinatoire, particulièrement visuelle, et l'agitation désordonnée sont prédominants (confusion agitée). L'agitation est accentuée par l'obscurité avec déambulation nocturne et actes violents. L'exemple typique de cette forme de confusion est le delirium tremens au cours du syndrome de sevrage éthylique (le malade est en proie à des hallucinations, il converse avec des interlocuteurs invisibles, se réfugie dans un coin de sa chambre, se cache ou parfois se débat (coups de pied dans le vide). Le syndrome physique, surtout la déshydratation et ses conséquences, est aussi important.

Forme onirique pure : la production hallucinatoire et le délire onirique sont au premier plan alors que les troubles de la vigilance et les déficits mnésiques sont minimes. Cette entité clinique entre plutôt dans la catégorie diagnostique des psychoses délirantes aiguës décrites comme des états délirants d'apparition brutale (" coup de tonnerre dans un ciel serein ") ou progressive, associés ou non à un syndrome dissociatif.

Chapitre 6. Le syndrome alcoolique

L'alcoolisme se définit par une :

- consommation " excessive " d'alcool ; le facteur quantitatif est difficile à définir de façon fixe et consensuelle. Par exemple, selon certaines définitions, au-delà d'un centimètre cube d'alcool absolu par kilogramme du poids corporel il y aurait un excès mais cette quantité varie selon les cultures. De même, la tolérance varie selon les sujets. La qualité des boissons alcoolisées importe peu (bière, vin, apéritifs...), mais lorsque la boisson ingérée est fortement alcoolisée ou inhabituelle (eau de Cologne, par exemple), c'est un signe de gravité. La notion de durée trop longue de la consommation a fait l'objet de nombreuses controverses. Ces critères sont souvent démentis par le sujet alcoolique.
- impossibilité pour le sujet de s'abstenir d'alcool ou de modérer sa consommation d'alcool. Cette impossibilité de contrôler la consommation de boissons alcoolisées entraîne un état de dépendance. Le sujet alcoolique est incapable de s'arrêter lorsqu'il commence à boire et boit jusqu'à l'ivresse, ou bien il ne peut s'abstenir de boire à chaque occasion qui se présente. En cas d'abstinence, apparaissent des symptômes de sevrage.

Article 1 - L'ivresse simple

Troubles du comportement et signes neurologiques succédant à une ingestion récente et massive d'alcool, apparaissant en trois phases :
Phase d'**excitation psychomotrice** : elle s'observe le plus souvent lorsque l'alcoolémie est supérieure ou égale à 0,70 - 1,80 g/1, mais en fait ce chiffre est très variable en raison des susceptibilités individuelles. Elle se traduit par des troubles du comportement avec levée des inhibitions (propos et gestes inconsidérés, grossiers, orduriers et libération des tendances instinctuelles), euphorie, loquacité, familiarité excessive, parfois agressivité. Plus rarement l'humeur est dépressive. Elle peut être instable et labile, oscillant entre l'expansivité avec euphorie superficielle et la tristesse. L'activité intellectuelle (attention, jugement, raisonnement, mémoire...) est altérée. On constate une baisse de la vigilance plus ou moins marquée selon le degré d'imprégnation.

phase d'incoordination : correspond à une alcoolémie supérieure à 2 g/1- Elle se caractérise par des désordres moteurs avec signes cérébelleux : incoordination motrice, dysarthrie (trouble de l'articulation verbale, aboutissant à des paraphasies essentiellement phonétiques), démarche ébrieuse, maladresse des gestes, tremblements. Peuvent apparaître des signes ophtalmologiques (perturbation de l'acuité visuelle, diplopie et mydriase), un syndrome vestibulaire avec vertiges rotatoires, nausées et vomissements et un dysfonctionnement végétatif avec tachypnée, tachycardie, troubles vasomoteurs du visage et des extrémités. Les troubles de la pensée se manifestent par une incohérence idéique, puis s'installe progressivement une véritable confusion mentale allant d'une simple obnubilation jusqu'à la torpeur.

Phase comateuse : correspond à une alcoolémie supérieure à 3 g/1. Le sujet présente un " état d'anesthésie ", il devient insensible à toutes les stimulations sensorielles ou motrices. Il s'agit d'un coma profond sans signe de localisation neurologique, avec hypotonie, abolition des réflexes ostéo-tendineux, hypothermie (une chute de la température de 5 à 6 degrés n'est pas rare), respiration stertoreuse, bradycardie et hypotension artérielle. Les pupilles sont en mydriase aréactive. Un collapsus cardio-vasculaire est toujours à craindre. Il existe aussi un danger de fausse route liée à la régurgitation du bol alimentaire. Dans la plupart des cas l'évolution est favorable. Lors de la sortie du coma, une amnésie lacunaire s'installe plus ou moins complète portant sur la durée de l'épisode.

Article 2 - Les ivresses pathologiques

L'ivresse pathologique succède à une ingestion massive et récente de boissons alcoolisées et se traduit par : la longueur de l'épisode (souvent 24 heures ou plus), la tendance à la récidive sous la même forme, la terminaison fréquente par un coma et l'amnésie lacunaire portant sur la durée de l'épisode. Cinq formes cliniques d'ivresses pathologiques :

Ivresse idiosyncrasique : entité distincte (surtout les auteurs anglophones) désignant le tableau clinique d'ivresse excito-motrice provoquée par une consommation modérée d'alcool.

Ivresse excito-motrice : il s'agit d'un état d'agitation élastique sans raison, ou pour un motif futile, accompagné d'une violence physique auto- et/ou hétéro-agressive pouvant être à l'origine d'actes médico-légaux (gestes de destruction, de coups et blessures et même de meurtre). Cette violence est difficilement contrôlable. La crise peut durer plusieurs heures et s'achève habituellement dans un état de torpeur voire un véritable coma.

Ivresse hallucinatoire : les hallucinations dominent le tableau. Elles sont le plus souvent visuelles mais quelquefois auditives ou cénesthésiques associées à des troubles de la vigilance sous forme d'un état confuso-onirique. C'est une " distorsion cauchemardesque de la réalité ". Le sujet vit des scènes souvent pénibles qui peuvent l'amener à des réactions impulsives aux conséquences médico-légales. Ces phénomènes hallucinatoires sont sémiologiquement proches du *delirium tremens,* mais ce dernier est un état confuso-onirique rencontré dans le sevrage brutal chez les alcooliques chroniques.

Ivresse délirante : les interprétations erronées et les fabulations sont ici au premier plan. Ces idées délirantes sont centrées sur des thèmes de jalousie (conviction délirante d'infidélité du conjoint et désignation d'un rival), persécution (le sujet interprète comme menaçants les gestes et propos de ceux qui l'entourent), autodénonciation (accusations délirantes portées par le sujet contre lui-même, il se reproche d'être un mauvais père, un mauvais mari...), et parfois de mégalomanie (le sujet surévalue ses capacités, ses idées de grandeur atteignent des proportions gigantesques). Ces convictions délirantes peuvent induire chez le patient un passage à l'acte agressif (lorsque les thèmes de jalousie ou de persécution prédominent) ou suicidaire (lorsque les thèmes d'autodénonciation et de culpabilité dominent le tableau clinique).

Ivresse convulsive : crise convulsive généralisée déclenchée par une consommation massive de boissons alcoolisées. Le sujet est un épileptique connu ou présente une prédisposition particulière aux crises comitiales.

Article 3 - Le syndrome alcoolique

Il s'agit de l'ensemble des aspects somatiques, psychiatriques et biologiques témoignant de l'abus prolongé d'alcool. Ce syndrome est caractérisé par :

3.1 Syndrome d'imprégnation alcoolique chronique

Présentation :

visage congestif et **couperosé** donnant une teinte " brique cuite " avec des œdèmes de la face et des paupières (faciès vultueux), conjonctives injectées et subictériques, langue fendillée avec un enduit jaunâtre, télangiectasies des pommettes, acné ;

_ **odeur de l'haleine** caractéristique (haleine œnolique, odeur acétonique) ;

- **tremblements** des lèvres, de la langue et des doigts lors de faction ou du maintien des attitudes. Ces tremblements s'accentuent lorsque le sujet fait des efforts pour les contrôler ;
- **sueurs ;**
- parole instable, mal assurée avec trémulations péribuccales.

Symptômes psychiques :

- méconnaissance de l'intoxication : la dénégation ou la minimisation de la gravité du syndrome alcoolique avec impossibilité d'appréhender l'avenir entraîne une " inaccessibilité " du sujet au raisonnement. Cette méconnaissance est parfois considérée comme une mauvaise foi ;
- régression affective caractérisée par un désintérêt pour la famille, le conjoint et les enfants, avec sentiment de rejet et d'abandon. Parfois au contraire, on constate une avidité affective avec recherche infantile d'affection et dépendance à l'égard de l'entourage contrastant avec le désintérêt, l'indifférence, le repli sur soi et même l'agressivité contemporains de l'ivresse. Dans certains cas d'alcoolisme chronique, on peut observer un état d'**apsychognosie** se traduisant par une perte de l'estime de soi et de la capacité de s'apprécier, une altération des relations et des échanges interpersonnels conduisant à une agressivité ou au contraire à une revendication d'être aimé. Le sujet peut maintenir, parfois longtemps, son fonctionnement social d'une façon superficielle et souvent trompeuse (pseudo-adaptation) ;
- syndrome dépressif secondaire à l'alcoolisme : des aspects cliniques divers de la dépression peuvent s'observer, allant d'un syndrome mélancolique à une simple dysphorie avec idéations tristes, pessimisme, ruminations anxieuses et fatigue. Un état dépressif peut survenir à tout moment de l'évolution du syndrome alcoolique. La dépression au cours du

syndrome alcoolique est caractérisée par un sentiment d'indignité, de culpabilité et de dévalorisation avec difficultés de l'attention, désintérêt pour l'entourage, irritabilité, anxiété et parfois agressivité. Elle est accompagnée de troubles du sommeil et troubles sexuels (impuissance chez l'homme, frigidité et anorgasmie chez la femme). Les états dépressifs peuvent survenir au cours du sevrage alcoolique se traduisant par un état asthéno-dépressif avec fatigue, aboulie, désintérêt, irritabilité, anxiété... ;

- modifications du caractère se traduisant par un égocentrisme, une labilité émotionnelle et affective, une jalousie, une irritabilité (souvent matinale, liée à l'abstinence nocturne), parfois une fureur élastique avec violence physique sans raison ou déclenchée pour des motifs futiles d'impulsivité des actes avec imprévisibilité des réactions. Ces troubles du caractère aboutissent à un isolement affectif et social du sujet alcoolique (problèmes familiaux, absentéisme professionnel, licenciement...) ;
- jalousie : préoccupations concernant la fidélité du conjoint allant de simples soupçons au moment de l'ivresse jusqu'à une conviction quasi délirante chez le sujet que son conjoint le trompe. Les risques de passage à l'acte hétéro-agressif sont réels ;
- troubles intellectuels avec baisse progressive de l'efficience intellectuelle et troubles de la mémoire pouvant aller vers un tableau de détérioration mentale manifeste.

• Symptômes somatiques : tremblements, pituites matinales (vomissements matinaux à jeun d'un liquide acide), anorexie, amaigrissement, stomatite, œsophagite, gastrite non spécifique, troubles sexuels (baisse de la libido, impuissance), crampes musculaires nocturnes au niveau des mollets, insomnie avec cauchemars. On recherchera tous les stigmates de complications hépatiques.

3.2 - Syndrome de dépendance alcoolique

La dépendance à l'alcool survient après une plus ou moins longue durée d'intoxication. Deux types de dépendance : la dépendance psychique et la dépendance physique.

• Dépendance psychique : le " symptôme du premier verre " se manifeste par la perte du contrôle des quantités d'alcool ingérées. La consommation d'alcool, entraîne, dès les premiers verres

un état d'euphorie avec levée des inhibitions, diminution de l'anxiété et soulagement du sentiment de culpabilité. Le sujet alcoolique ressent un besoin psychologique de prolonger cet état par augmentation des quantités ingérées d'alcool, souvent jusqu'à l'ivresse. Cette perte de contrôle aboutit à une aggravation du sentiment de culpabilité avec auto-dépréciation, tristesse de l'humeur et remords persistants après l'épisode d'ivresse, ce qui est à l'origine de tentatives de sevrage.

- **Dépendance physique** : elle est caractérisée par la survenue du syndrome de sevrage (petits signes de sevrage et accidents graves comme le delirium tremens). Cet état de dépendance se manifeste sous deux formes :
  - le sujet est incapable de s'arrêter quand il commence à boire, buvant jusqu'à l'ivresse ;
  - le sujet est incapable de s'abstenir de boire, buvant quotidiennement sans aller le plus souvent jusqu'à l'ivresse.

La dépendance physique comporte deux éléments essentiels : la tolérance (ou accoutumance) aux effets de l'alcool et l'intolérance à l'arrêt de l'alcool.

- **tolérance** : le patient devient peu à peu capable de maintenir un fonctionnement social et d'autres types d'activités (loisirs, conduite automobile...) malgré un degré important d'imprégnation. Le sujet doit augmenter ses prises d'alcool afin d'obtenir la même sensation d'ivresse ;
- **intolérance à l'arrêt** : le sujet cherche à éviter les réactions au sevrage par augmentation des quantités ingérées d'alcool.

Quatre phases dans l'évolution du syndrome alcoolique :

- **phase préalcoolique** avec ivresses fréquentes (consommation pour soulager l'angoisse ou la tristesse) et accoutumance progressive aux effets de l'alcool ;
- **phase prodromique** avec ivresses fréquentes et prolongées, compulsion de plus en plus forte à boire et consommation en cachette ;
- **phase cruciale** avec dépendance à l'alcool, le sujet manifeste un désintérêt pour tout ce qui ne concerne pas l'alcool, il perd son contrôle dans le choix même des boissons ;
- **phase chronique** avec les complications somatiques, psychiques et sociales de l'abus de l'alcool.

3.3 - Formes cliniques du syndrome alcoolique *(selon Fouquet)*

- **Alcoolite :**
  - concerne plutôt les hommes après l'âge de 40 ans, rare chez la femme (l'alcoolite féminine s'observe chez les femmes plus âgées) ;
  - type d'alcool : vin et plus fréquemment bière en grande quantité ;
  - consommation en lieux publics, en compagnie, avec les collègues de travail, les amis... ;
  - ivresses exceptionnelles ;
  - goût pour les boissons alcoolisées ;
  - consommation quotidienne et continue ;
  - aucun sentiment de culpabilité ;
  - notion d'alcoolisme dans la famille (alcoolisme du père) ;
  - biographie : sexualité longtemps normale, tendance à la jalousie, femme du sujet souvent plus âgée, nombreux enfants ;
  - début : fin de l'adolescence ;
  - arrêt spontané possible au début ;
  - intolérance lente (hépato-digestive), brusque (delirium tremens) ou progressive (vers l'alcoolose) ;
- **Alcoolose :**
  - plus fréquente chez les femmes entre 20 et 45 ans ;
  - type d'alcool : boissons à fort degré d'alcool (apéritifs, liqueurs fortes...), quantités moyennes ;
  - consommation souvent seule et dissimulée ;
  - fréquence d'ivresses pathologiques ;
  - peu d'attrait pour l'alcool, parfois même dégoût ;
  - consommation discontinue, arrêts et reprises de plusieurs mois, intervalles libres de plus en plus rares et de plus en plus brefs ;
  - grande culpabilité avec lutte contre l'alcool ;
  - notion de troubles psychiatriques chez des parents ;
  - biographie : troubles graves et précoces du comportement, troubles de la sexualité, complications psychiatriques possibles, conflits conjugaux.

. **Somalcoolose ou dipsomanie :**
- plus fréquente chez les femmes entre 30 et 60 ans ;
- type d'alcool : pas de choix, parfois eau de Cologne, alcool à brûler, quantités faibles ;
- consommation strictement solitaire et rigoureusement clandestine ;
- fréquence d'ivresse anormale et immédiate, l'accès compulsif d'alcoolisation se termine très souvent par un coma ;
- dégoût de l'alcool, répulsion en dehors des crises ;
- consommation exclusivement intermittente, crises brèves de quelques heures à quelques jours ;
- culpabilité très forte ;
- forme de passage possible vers l'alcoolose.

On peut également observer une autre forme où l'alcoolisme est secondaire à une pathologie psychique (alcoolisme symptomatique). Il s'agit de l'alcoolisme associé aux troubles de la personnalité, à un état dépressif, un état anxieux, un état phobique ou parfois un syndrome dissociatif.

Article 4 - Les complications de l'alcoolisme

Complications dues au sevrage :

• **Syndrome de sevrage** : il se produit chez des sujets dépendants après une chute brusque de l'alcoolémie consécutive à un arrêt de l'alcool. Il se caractérise par un tremblement des mains, de la langue, de la région péribuccale et des paupières, des troubles neurovégétatifs (tachycardie, sudation, une légère hypertension...), des signes fonctionnels somatiques (céphalées, nausées, vomissements, fatigabilité), un syndrome hyperesthésique caractérisé par une hyperémotivité avec insomnie, rêves angoissants,visage pléthorique, mydriase, dépression, anxiété, irritabilité avec troubles digestifs (nausées, vomissements et diarrhées). On observe dans les cas sévères des crises convulsives à type de convulsions généralisées tonico-cloniques. Ce syndrome disparaît en 4 à 6 jours. Parfois il se complique par un *delirium tremens.*

symptômes	délai d'apparition (après l'arrêt de la consommation éthylique)
tremblements	de 6 à 8 heures
troubles de la perception	de 8 à 12 heures
convulsion	de 12 à 24 heures
delirium tremens	de 72 heures à une semaine

- *Delirium tremens* **ou délire alcoolique aigu** : il associe un état confuso-onirique caractérisé par un délire onirique avec forte activité hallucinatoire particulièrement visuelle, une altération de l'état général avec fièvre (hyperthermie d'origine centrale pouvant dépasser 40 °C en l'absence de toute infection), déshydratation, soif intense, plis cutanés, sécheresse des muqueuses, perte de poids, labilité tensionnelle, tachycardie, oligurie, sueurs très abondantes et des signes neurologiques (tremblement intense généralisé très net aux extrémités, aux lèvres et à la langue, dysarthrie, troubles de l'équilibre avec chutes fréquentes et démarche vacillante, incoordination motrice et, à un degré maximum, troubles de la déglutition et hypertonie oppositionnelle). Les tremblements fins des extrémités et des sueurs nocturnes sont parmi les premiers signes à apparaître. Les crises convulsives précèdent souvent le delirium tremens. Le pronostic vital est sombre en l'absence d'une prise en charge immédiate en réanimation.
- **Délire alcoolique subaigu** : il est beaucoup plus fréquent et généralement moins grave que le *delirium tremens.* Il se traduit par un état confuso-onirique, intermittent au début, nocturne puis tendant à devenir permanent avec hallucinations. Les troubles neurovégétatifs et somatiques sont peu marqués.

Complications dues à l'intoxication alcoolique :

- **Hallucinose des buveurs ou hallucinose alcoolique** : c'est un état délirant subaigu à recrudescence vespérale, sans altération de la conscience, caractérisé par l'importance des hallucinations acoustico-verbales (voix hostiles, insultes, menaces) alors que les hallucinations visuelles sont rares. Les thèmes de persécution et de jalousie sont fréquents. Le risque de passage à l'acte est réel.

. **Délires chroniques** : délires interprétatifs relativement systématisés, souvent à thèmes de jalousie. Au fil du temps s'ajoutent les thèmes hypochondriaques. Les idées fixes postoniriques apparaissent après un delirium tremens ou après un délire subaigu. Il s'agit de la persistance des idées délirantes après la résolution de l'accès. Elles disparaissent le plus souvent en 2 à 3 mois sauf en cas de réactivation par un autre accès de delirium tremens.

- **État dépressif** : il peut apparaître soit au décours de l'intoxication, soit lors d'un sevrage.
- **Démence alcoolique** : l'alcoolisme peut entraîner une atrophie corticale avec troubles affectifs et détérioration des fonctions intellectuelles (attention, mémoire, jugement) évoluant parfois vers la démence. Les encephalopathies alcooliques (encéphalopathie porto-cave et encéphalopathie de Marchiafava-Bignami) peuvent aussi engendrer un syndrome démentiel.
- **Encéphalopathie porto-cave** : associe un état confusionnel, des troubles de l'humeur à type d'irritabilité, d'apathie ou de jovialité, une hypertonie extrapyramidale, un flapping trémor (tremblements amples à 2 cycles/s par flexion et extension alternatives des doigts tendus autour de l'articulation métacarpo-phalangienne) et l'existence de signes d'insuffisance hépatique (ictère, angiomes stellaires, érythrose palmaire, hippocratisme digital...).
- **Encéphalopathie de Gayet-Wernicke** : encéphalopathie carentielle par avitaminose B1. Elle débute progressivement dans les alcoolismes graves, cirrhotiques et dénutris. Elle se caractérise par un état confuso-onirique allant jusqu'à la torpeur, un syndrome cérébelleux (troubles de l'équilibre, difficultés à la marche, dysarthrie, tremblements...), un syndrome extra-pyramidal avec hypertonie oppositionnelle, des signes oculaires (paralysie oculomotrice du III et VI avec impossibilité de verticalité, latéralité et convergence, ptosis isolé bilatéral, nystagnus horizontal ou multidirectionnel) et des troubles végétatifs (hypotension, tachycardie et troubles de la thermorégulation).
- **Syndrome de Korsakoff** : il se caractérise par une amnésie de fixation associée à des difficultés mnésiques d'évocation avec troubles de l'orientation, fabulations et fausses reconnaissances, une polynévrite des membres inférieurs et l'absence de conscience des troubles mnésiques.

- **Syndrome de Marchiafava-Bignami** : il survient souvent après une intoxication aiguë massive sur un terrain éthylique chronique ; se traduit par un coma avec hypertonie et crises convulsives répétées voire un état de mal épileptique. L'évolution est soit mortelle soit vers un syndrome démentiel avec apraxie idéomotrice, anomie de la main gauche, akinésie, réflexes archaïques *(grasping)* et syndrome de déconnexion calleuse.
- **Complications somatiques :**
  - hépato-digestives :
    - liées à l'insuffisance hépatique : altération de l'état général, ictère, hépatomégalie, encéphalopathie hépatique (avec asterixis ou *flapping tremor,* état confusionnel, voire coma), signes cutanés (angiomes stellaires, érythrose palmaire, ongles blancs, hippocratisme digital), signes endocriniens (hypogonadisme avec atrophie testiculaire, gynécomastie...), anémie ;
    - liées à l'hypertension portale : circulation veineuse collatérale abdominale, hémorragies massives dues aux varices œsophagiennes, ascite, splénomégalie ;
    - autres : gastrite, ulcère gastroduodénal, pancréatite.
  - neurologiques : polynévrite sensitivomotrice (souvent des membres inférieurs), distale, bilatérale et symétrique, prédominant sur la loge antéro-externe de la jambe avec amyotrophic, abolition des réflexes ostéo-tendineux et crampes musculaires, névrite optique rétrobulbaire, crises convulsives (peuvent être liées à une hypoglycémie), hématomes intracérébraux témoignant d'une hémorragie méningée et syndrome démentiel.

Chapitre 7. Le syndrome de Korsakoff

Encéphalopathie carentielle due à une carence en vitamine B1 (Thiamine) souvent déclenchée par un alcoolisme chronique (autres causes possibles : grossesse, lésions cérébrales, intoxication, infection...).

La symptomatologie comporte : une polynévrite (atteinte des nerfs périphériques souvent des membres inférieurs) à laquelle s'associent des troubles mnésiques (amnésie antérograde), des fabulations compensatrices et des fausses reconnaissances, parfois une confusion mentale avec désorientation temporo-spatiale.

Article 1 - Phase de début

Début soit brutal : après une intoxication alcoolique aiguë, une infection ou au décours d'un *delirium tremens.* La polynévrite s'installe rapidement.

Début soit progressif (le plus souvent) : dans l'alcolisme chronique, le début du syndrome de Korsakoff est souvent précédé par un état confusionnel. La symptomatologie consiste en une persistance des symptômes confusionnels avec désorientation particulièrement temporelle, une hypoprosexie et distractibilité, des céphalées, une insomnie. Le réveil de la confusion ne se fait pas complètement, apparition d'idées fixes postoniriques ; au décours d'un accès confusionnel, le patient reste convaincu de la réalité de certaines idées délirantes vécues pendant la période confusionnelle. Le tableau clinique est constitué aussi de troubles de l'humeur, d'une excitation, d'une irritabilité, d'une euphorie puérile ou dépression, de troubles de la marche (fatigabilité à la marche), de douleurs et paresthésies dans les membres inférieurs, de crampes nocturnes.

Article 2 - Période d'état

Les symptômes de confusion sont peu marqués : attention diminuée ou hypoprosexie, distraction, agitation désordonnée, actes saugrenus, troubles de l'humeur... Les troubles de la vigilance ne sont pas au premier plan.

Troubles mnésiques :

- **Amnésie antérograde** (de fixation) :

Il s'agit d'un oubli à mesure. A partir de la survenue des troubles, plus aucun souvenir ne s'est formé, la mémoire immédiate (explorée par la répétition d'une série de chiffres, de noms...) est intacte ; le patient oublie ce qu'il vient de dire, de voir, d'entendre, de penser. Les souvenirs anciens sont peu touchés au début, mais ils sont mal utilisés, mélangés, avec des productions imaginaires et les faits récents, d'où les impressions de déjà vu et les fausses reconnaissances. L'amnésie s'étend vers les faits moins récents (débord rétrograde de l'amnésie).

- **Fabulation** : récit imaginaire compensateur d'un déficit mnésique, le malade remplace les souvenirs absents par des récits fantaisistes, cohérents et plausibles avec des détails très circonstanciés.

dont la formulation prend un aspect automatique. Les thèmes sont banals, concernant la vie quotidienne ; le patient raconte un récit sur les gens qu'il a rencontrés, les événements de sa vie, ses conversations, les livres qu'il a lus, les films qu'il a vus. Le contenu de ces récits varie d'un jour à l'autre, il est mobile, variable. Souvent induit par l'interrogatoire (suggestibilité des alcooliques), provoqué par des questions que l'interlocuteur pose, le récit peut changer spontanément ou sous l'influence de la suggestion.

- **Fausses reconnaissances et sentiment de déjà vu, déjà vécu :** faux souvenirs, identification erronée de personnes ou de lieux donnant un sentiment de familiarité aux perceptions nouvelles, le malade croit reconnaître un objet ou une personne qu'il n'a jamais vus. Les fausses reconnaissances portent essentiellement sur les objets et les personnes ayant une valeur affective pour le malade.
- **Anosognosie** : méconnaissance du déficit mnésique.

Polynévrite sensitivo-motrice atrophique : il s'agit d'une atteinte symétrique des nerfs périphériques, le plus souvent des membres inférieurs. Les nerfs des membres supérieurs ou crâniens sont rarement atteints. La polynévrite korsakovienne est caractérisée par :

- **Déficit moteur** : parésie (perte incomplète de la motricité), voire paralysie complète (quelquefois des quatre membres), souvent limité aux membres inférieurs. Il est distal, bilatéral et symétrique, prédominant sur la loge antéro-externe de la jambe. Cette parésie induit un accrochage du pied lors de la montée des escaliers ; la marche devient difficile, en steppage.
- **Atrophie musculaire** : portant le plus souvent sur les extenseurs (face antérieure du mollet).
- **Diminution puis abolition des réflexes ostéo-tendineux rotuliens et achilléens** : cela entraîne une flaccidité des membres inférieurs.
- **Perte de sens de la position des orteils.**
- **Crampes et douleurs nocturnes** : douleurs à la pression des masses musculaires et crampes spontanées, souvent nocturnes, dans les mollets.
- **Hyperesthésie cutanée** : hypersensibilité aux stimuli externes ; par exemple, le malade ressent une douleur au contact des draps ;

hypoesthésie, voire anesthésie en chaussette, surtout apparente aux extrémités des membres (paradoxale à l'hyperesthésie) ; douleur à la pression des nerfs ou des muscles.

. **Troubles trophiques** : peau sèche, chute des poils, ongles striés, cassants.

Troubles thymiques : le plus souvent, une euphorie puérile avec l'absence d'inquiétude par rapport à l'état de santé. Modifications du caractère : irritabilité, instabilité, insouciance.

Désorientation : n'est pas constante, souvent discrète, surtout temporelle ; l'orientation spatiale est moins altérée, le patient se croit à une époque ancienne, ne sait plus la date. La désorientation spatiale porte souvent sur l'espace géométrique abstrait, le malade est incapable de dessiner un triangle, une maison.

Symptômes organiques liés à l'alcoolisme : amaigrissement, dénutrition, asthénie. Symptômes liés à la cirrhose (insuffisance hépatique et hypertension portale) *(voir* Complication de l'alcoolisme).

Chapitre 8. Le syndrome démentiel

Il s'agit d'un affaiblissement mental global, progressif et acquis, c'est-à-dire se développant chez des sujets dont les fonctions intellectuelles étaient auparavant normales, ce qui l'oppose aux déficiences primitives (arriération, débilité). C'est une diminution de l'efficience des fonctions cognitives notamment les fonctions mnésiques en l'absence de troubles de la vigilance. La perturbation cognitive entraîne des troubles de la mémoire, de l'orientation, de l'apprentissage, de l'adaptation sociale, du langage, du jugement, de l'attention et de la personnalité. Le caractère persistant des troubles le distingue d'un état confusionnel où les perturbations sont fluctuantes au cours d'une même journée. En revanche le caractère lentement progressif des troubles le distingue du retard mental, trouble congénital dont les perturbations sont par définition présentes dès l'enfance. Plus souvent lié à une affection organique spontanément irréversible, le syndrome démentiel se caractérise par un appauvrissement ou une oblitération des facultés mentales supérieures (intellectuelles, émotionnelles, morales et affectives) avec défaut de spontanéité et baisse de niveau du travail intellectuel, une perte des souvenirs, une

désorientation temporo-spatiale, des erreurs du jugement et une inertie ou une excitation psychique. L'irréversibilité du processus démentiel n'est pas obligatoire, elle dépend de l'affection causale. Dans 15% des cas environ le processus est réversible avec un traitement étiologique.

Il faut distinguer deux étapes :

Affaiblissement simple, d'une durée variable, compatible avec l'exercice de la vie sociale.

Démence confirmée, avec altération globale des fonctions psychiques, incompatible avec la vie sociale.

Son évolution progressive l'oppose au syndrome confusionnel qui est généralement aigu, transitoire et spontanément réversible.

Article 1 - Les circonstances de découverte

Le début est souvent progressif et peut rester longtemps méconnu. Le patient, plus ou moins conscient de ses troubles, cache sa détérioration intellectuelle derrière des comportements automatiques. Une accélération de la détérioration des facultés mentales se rencontre essentiellement dans deux situations : changement du milieu habituel (par exemple entrée en maison de retraite, déménagement...) avec difficultés d'adaptation à cette nouvelle situation ; association à un syndrome confusionnel (par exemple d'origine iatrogène. Une déshydratation (fièvre, diarrhée) peut également aggraver la détérioration mentale.

Troubles de la mémoire : les souvenirs récents s'effacent (amnésie de fixation), le patient oublie qu'il a raconté la même chose, fait des fautes d'orthographe, manque de suite dans ses idées et ses affaires, fait des oublis portant surtout sur les noms propres, les numéros de téléphone, les conversations et ce qui s'est passé dans la même journée (activité, repas, prise de traitement...). Il accomplit plusieurs fois le même travail. Difficultés avec les acquisitions nouvelles, les faits anciens restant mieux conservés. Cette amnésie est sélective. Au début elle concerne les événements qui ont peu de valeur affective pour le patient. Les troubles de la mémoire entraînent à leur tour des troubles de l'orientation temporo-spatiale car les fonctions mnésiques sont essentielles pour une bonne

orientation dans le temps et dans l'espace. Elles sont également indispensables pour la reconnaissance des personnes. Au début]e patient ne parvient pas à regagner sa chambre après avoir pris une douche. Il se trompe souvent de chambre, de porte.

Modifications du caractère : défaut d'intérêt pour l'entourage et/ou les activités habituelles, apragmatisme, difficultés d'adaptation à une situation nouvelle, irritabilité, accès de colère, bavardage, affaiblissement ou perte du jugement, prodigalité ou avarice, isolement social, instabilité émotionnelle, impulsivité avec crises élastiques, méticulosité excessive, tendance à s'empêtrer dans les détails (pensée circonstanciée), plaisanteries inhabituelles et souvent grossières, apathie avec diminution de l'expression faciale.

Tout changement de personnalité après l'âge de 40 ans doit attirer l'attention du clinicien vers la possibilité d'un processus démentiel, mais c'est souvent une observation de l'entourage du patient qui oriente en premier. Le patient lui-même cache, banalise ou rationalise les troubles. Il ne faut pas oublier que ce ne sont pas forcément les « trous de mémoire » qui amènent la famille à consulter un spécialiste. Les troubles du comportement sont parfois bien plus gênants et inquiétants pour les familles. Le patient dénie très souvent les troubles. Il présente ses excuses pour n'avoir pas pu réaliser une tâche simple mais ne reconnaît pas la nature pathologique de ses difficultés.

Troubles du comportement : ils sont souvent choquants et incompréhensibles pour l'entourage : désinhibition sexuelle en désaccord avec la personnalité habituelle du sujet, fugues et errances, attitudes d'opposition ou suggestibilité (réceptivité aux influences extérieures sans critique de leur valeur ou de leurs conséquences).

Troubles du langage : manque du mot, souvent compensé par des périphrases. Le langage conversationnel est longtemps conservé. Par ailleurs le langage peut être imprécis ou stéréotypé. Le patient entre souvent dans les détails inutiles, le langage devient circonstancié. Il a parfois des difficultés à nommer les objets (parfois même les objets familiers) ou il met du temps à trouver le nom de l'objet (augmentation du temps de latence). Il existe parfois des difficultés à prononcer les mots polysyllabiques.

Syndrome dépressif : début insidieux avec apathie, désespoir et tristesse, ralentissement psychomoteur, anorexie, insomnie, plaintes hypocondriaques, avec aggravation matinale des symptômes, parfois présence de thèmes mélancoliques (incurabilité, ruine, indignité, etc.). Parfois le patient peut éprouver un sentiment d'extrême satisfaction et concevoir des projets fantastiques.

Syndrome délirant : idées délirantes, absurdes, mobiles et incohérentes de persécution, de préjudice (financiers), ou parfois idées de grandeur.

Syndrome confusionnel : début brusque d'un état démentiel avec troubles de la vigilance, désorientation temporo-spatiale, onirisme (délire de rêve, vécu et agi, basé sur les hallucinations particulièrement visuelles, terrifiantes et changeantes à l'origine d'une excitation psychomotrice) présentant des fluctuations nycthémérales (intensité plus marquée le soir ou dans l'obscurité). Forme fréquente à la suite d'interventions chirurgicales, de prises médicamenteuses (dépresseurs du système nerveux central) et de déshydratation (maladie fébrile, diarrhées, absorption journalière d'une trop petite quantité d'eau).

Article 2 - La symptomatologie

Présentation : incurie, tenue négligée, gâtisme (incontinence urinaire et/ou fécale), visage égaré, amimique ou traduisant des sentiments contradictoires, rires immotivés, donne des réponses inexactes, mal adaptées, saugrenues. Les actes sont accomplis sans but.

Troubles de l'attention : diminution de l'attention spontanée et inefficacité de l'attention volontaire, distractibilité ; le patient se laisse distraire par l'ambiance environnante ; difficultés de concentration et de compréhension, il n'écoute pas ce que lui dit l'interlocuteur, il faut répéter plusieurs fois pour lui faire comprendre les consignes ; augmentation du temps de latence des réponses (le patient ne répond pas immédiatement). Ces troubles sont souvent précoces.

Troubles de la mémoire : obéissent à la loi de Ribot : les souvenirs les plus anciens résistent et persistent. Les troubles prédominent sur les événements récents (amnésie antérograde). Au début l'idée

est évoquée avec précision mais le mot pour l'exprimer ne vient pas immédiatement. Les noms propres, surtout récemment acquis, sont les premiers atteints. Les souvenirs sont imprécis, vagues et inexacts. Le patient ne se rappelle plus la place des objets rangés ; étant sorti pour faire les courses, il rentre sans rien avoir acheté. Les périphrases sont fréquentes : il emploie des mots vagues comme " machin ", " choses " au lieu de nommer les objets. Dans les cas évolués, on peut aussi constater un déficit portant sur les souvenirs anciens, des fabulations (récits imaginaires, pauvres et plein de redites, fait de souvenirs anciens, des événements d'autrefois et des lectures qui remplacent la mémoire défaillante) ; radotage : le patient raconte toujours les mêmes récits, les mêmes anecdotes et les mêmes plaisanteries. Troubles de la mémoire topographique : il ne peut se situer dans un endroit.

Désorientation temporo-spatiale : ne sait où il est ni d'où il vient. Les troubles portent d'abord sur les grands espaces (hôpital, ville) et ensuite sur les petits espaces. Le sujet finit par se perdre dans sa propre maison. Il ne reconnaît plus le personnel médical ou prend une personne pour une autre (fausse reconnaissance). Le patient est incapable d'ordonner les événements dans le temps (perte de la notion de succession des événements). Il se trompe sur la date, se croit à une époque ancienne, oublie sa date de naissance, ne sait plus manier un calendrier. Une désorientation peut durer quelques jours ou seulement quelques minutes ; par exemple un malade conversant avec une personne familière s'interrompt brusquement et lui demande : " Qui êtes-vous ? ", " Où suis-je ? "

Troubles du jugement : le jugement est l'ensemble des valeurs assignées par le sujet à une situation, ou à une opinion ou à ses propres opinions. Dans les états démentiels on constate une altération de la capacité d'affirmer des rapports et d'évaluer des résultats ou des faits selon une hiérarchie de valeurs. Le jugement peut être perturbé dans ses différents aspects : son ouverture (étroitesse des points de vue), sa souplesse (le jugement devient rigide, inadaptable), sa stabilité, sa référence à une échelle de valeurs adaptée à la situation.

Le malade apprécie mal les circonstances, les situations et les événements.

Les troubles du jugement se manifestent par une incompréhension des situations, une incapacité de trouver une solution face à une situation nouvelle, une absence d'autocritique, le malade n'est pas conscient du caractère morbide de ses troubles. Le patient agit sans juger préalablement et sans prendre conscience de l'adaptation de ses actes. Il ne reconnaît plus l'absurdité de son comportement. Il existe une incapacité d'abstraction traduite par l'impossibilité d'interpréter correctement des proverbes ; l'absence d'inhibition morale entraîne un fléchissement éthique, (impolitesse, agressivité, impulsions sexuelles et risque de passage à l'acte médico-légal). Le patient incapable d'acquérir des nouvelles techniques vit sur des comportements automatiques antérieurement acquis. Lorsque le patient est conscient (partiellement, au début de la maladie) de ses déficits intellectuels il réagit au stress de façon inappropriée : il essaie de changer le sujet de conversation, raconte des plaisanteries (hors contexte), devient agressif, fabule, etc.

Modification de la personnalité : il s'agit soit d'une exacerbation des traits de la personnalité prémorbide soit d'une véritable modification de la personnalité avec fréquence de l'irritabilité, l'instabilité émotionnelle, l'intolérance à la frustration, des réactions de colère et d'égocentrisme (tendance à tout rapporter à soi). Le sujet devient avare, soupçonneux, et exprime parfois une obscénité verbale, un entêtement invincible (une décision une fois prise est maintenue obstinément). Peut également s'observer une tendance au repli sur soi, le sujet cherche à éviter épreuves et changements. Parfois on rencontre des traits de personnalité hystérique avec tendance à la somatisation et une suggestibilité importante. Des traits de personnalité obsessionnelle sont aussi fréquents (méticulosité, rigidité morale, entêtement). On peut ainsi rencontrer des traits de personnalité paranoïaques avec méfiance et tendance aux interprétations. Dans ce dernier cas les patients sont particulièrement hostiles à l'égard de leur famille ou des soignants (infirmiers, aides soignants, agent des services)

Troubles du comportement : le patient se néglige. Cette négligence se traduit par une incurie avec mauvais état d'hygiène, tenue sale et débraillée, devient grossier et violent. Agitation nocturne (à l'obscurité) quasi constante. Les comportements délictueux sont fréquents (vols, incendies, attentats à la pudeur, délits sexuels).

Le comportement sexuel peut se manifester de façon inhabituelle, en désaccord avec la personnalité antérieure du sujet ; il fait des propositions aux personnes familières. Parfois il cherche les enfants, essaie de faire sur eux des attouchements (en général sans violence). L'exhibitionnisme est fréquent.

Les actes sont stéréotypés (attitudes et gestes sans signification actuelle, répétés inlassablement, reproduits avec fixité : stéréotypies de grattage, du balancement, de rotation...). On peut ainsi rencontrer une :

- **Altération des conduites instinctuelles** : insomnie avec inversion du rythme nycthéméral, anorexie, refus d'aliments ou boulimie, troubles sphinctériens (incontinence urinaire et/ou fécale).
- **Altération des conduites sociales** : insertion professionnelle réduite, désinhibition éthique avec passages à l'acte divers, parfois graves (hétéro-agressivité, vol, incendie, attentat à la pudeur, délits sexuels). On peut également constater la fréquence d'une grossièreté inhabituelle, une coquetterie déplacée, une désinhibition sexuelle (sans retenue, ni pudeur). Les délits sexuels (souvent des attouchements mais parfois viol ou inceste) sont tardifs sauf en cas d'antécédents prémorbides de passages à l'acte.

Troubles de la pensée : un appauvrissement de la pensée avec lenteur de l'idéation (bradypsychie), une pensée diffluente caractérisée par des associations verbales par assonances, le patient ne termine pas sa phrase, perd le fil de son discours puis revient aux mêmes choses ; cette adhésivité de la pensée, c'est-à-dire la difficulté à passer d'une idée à l'autre aboutit à une persévération verbale caractérisée par la répétition d'un mot ou d'un groupe de mots. Il existe une difficulté à manier la pensée abstraite : en l'absence d'une pensée abstraite, le patient prend les mots dans leur signification concrète. Des idées délirantes peuvent être associées.

Troubles du langage : le langage spontané est pauvre, monotone, souvent mal articulé, difficilement compréhensible avec manque de mots et parfois un authentique mutisme (absence de parole, en rapport avec une cause psychique et sans lésion de l'appareil vocal et du système nerveux). Les réponses sont brèves, souvent inexactes. Les modalités d'expression langagière pathologique sont principalement :

- **Persévération** : répétition d'un mot, déjà évoqué, à la place des mots adéquats que le patient ne peut trouver. Parfois il est seulement incapable de passer d'une idée à une autre. Perdu dans les détails, il n'arrive pas à choisir les événements importants pour raconter un récit.
  - **Radotage** : le sujet raconte toujours les mêmes anecdotes dont l'entourage finit par connaître par cœur les termes et les intonations.
- **Écholalie** : répétition involontaire, automatique, immédiate et dénuée de sens des derniers mots ou phrases entendues par le patient.
- **Palilalie** : répétition irrésistible d'un mot, d'une phrase ou d'une syllabe. Plusieurs fois de suite avec souvent accélération du débit verbal et troubles de l'articulation, chuchotement voire aphonie. L'ensemble de ces troubles rend le langage incohérent. Le langage est aussi perturbé dans sa compréhension. Seuls les ordres simples peuvent être exécutés.
- **Incompréhension orale** : elle est absolue dans les cas évolués.

Syndrome délirant : le mécanisme du délire peut être hallucinatoire (particulièrement hallucinations visuelles ou auditives non verbales).

- **Dans le cadre d'un syndrome mélancolique** : idées d'incurabilité, d'indignité, de ruine et de dénuement.
- **Délire de persécution** : le sujet est méfiant, il voit des attaques dans les événements les plus insignifiants. Quelquefois, il croit entendre pendant la nuit les pas ou les chuchotements de voleurs ou d'assassins, il en retrouve même les traces le lendemain. Il est persuadé que la nourriture a dû être empoisonnée. Il écrit au procureur de la République, porte plainte et demande des analyses pour rechercher des toxiques dans les aliments, déménage pour fuir ses voisins, multiplie les verrous, etc.
- **Délire de préjudice** : le patient blâme la conduite de sa famille, de ses voisins, du personnel médical et des actes du gouvernement, parle avec volubilité sur un ton élevé, écrit aux journaux, aux autorités pour se plaindre (graphorrhée : lettres interminables adressées à toutes les connaissances).

. Délire de jalousie chez des sujets qui, jusqu'à un âge avancé n'avaient pas manifesté de jalousie. Le patient surveille son conjoint et trouve parfois des indices de sa faute. C'est un délire à mécanisme essentiellement interprétatif.
. Fréquence du délire onirique, notamment lorsque le syndrome confusionnel se surajoute.

Symptômes thymiques :

• Dépression de l'humeur, résistante au traitement, avec perte de l'estime de soi et autodépréciation, justifiée par la persistance partielle de la conscience des troubles, désintérêt aussi bien vis-à-vis de l'entourage que de lui-même, parfois avec syndrome de Cotard : forme clinique de la mélancolie délirante caractérisée par des idées de négation : négation des organes " je n'ai plus de cerveau, je n'ai plus de cœur ", idées de damnation, idées d'immortalité ou d'éternité, idées d'énormité.
• Plus rarement, euphorie avec exaltation de l'humeur, excitation psychomotrice et optimisme béat.
• Plus souvent le trouble thymique consiste en une labilité thymique.

Troubles de l'émotivité :

• **Etat** anxieux avec amplification péjorative de l'existence et désarroi.
• **État** d'émoussement affectif : le patient semble peu sensible, dépourvu de tact.
• Superficialité affective : les émotions ne paraissent pas l'affecter.
• Insuffisance du contrôle émotionnel avec intolérance à la frustration, irritabilité, parfois réactions affectives brusques et violentes.
• Rires ou pleurs pathologiques : sans aucune raison apparente.

Troubles neurologiques :

• Signes neurologiques focalisés : ils sont liés à l'affection causale.
• Apraxies : trouble de l'activité caractérisé par l'incapacité d'effectuer sur commande des mouvements orientés vers un but. Principales apraxies :
  - Apraxie idéatoire (précoce) : les gestes simples sont exécutés alors que la succession des actes nécessaires à un mouvement complexe est impossible.

- **Apraxie idéo-motrice** (tardive) : un geste simple (tirer la langue) est irréalisable alors que des gestes automatiques (se gratter) ou émotionnels sont conservés.
- **Apraxie** constructive : impossibilité de réaliser des figures géométriques (triangles, carrés, maisons) sur ordre ou d'après copie.
- **Apraxie d'habillage** : le patient est incapable de s'habiller, de fermer ou défaire des boutons.

• **Agnosies** : impossibilité de reconnaître certains objets et certaines formes ; parmi les nombreuses formes d'agnosies : l'agnosie visuelle (lors de la présentation d'objets ou d'images) et la prosopagnosie qui est un trouble de la reconnaissance des visages, une incapacité de reconnaître ses proches, parfois le sujet lui-même ne se reconnaît plus dans une glace.
• Hypertonie.
• Indistinction **droite-gauche.**
• Troubles **du sommeil** : insomnie avec parfois inversion du rythme nycthéméral.
• Dysarthrie, dysphagie.

Le syndrome **aphaso-agnoso**-apraxique rencontré dans certaines formes cliniques de démence (maladie d'Alzheimer) se caractérise par : des troubles du langage sous forme d'aphasie de Wernicke (troubles de la compréhension du langage avec manque du mot, raréfaction du vocabulaire, troubles de la syntaxe, paraphasies sémantiques, paraphasies phonémiques et persévérations), une apraxie idéo-motrice et une apraxie d'habillage, une apraxie idéatoire tardive et une agnosie d'abord visuelle ; ensuite peuvent s'observer une autotopoagnosie digitale puis corporelle.

Signes physiques **généraux :**

• Liés à l'étiologie : signes liés à l'affection causale.
• Détérioration globale de l'état de santé : amaigrissement, voire cachexie, déshydratation.

Troubles de la mémoire	**Amnésie antérograde** **Oublis à mesure** **Amnésie de fixation**
Déficits cognitifs (syndrome des 3A)	**Aphasie** **Apraxie** **Agnosie**

- SYMPTÔMES CARDINAUX DE LA MALADIE D'ALZHEIMER -

Article 3 - Les formes cliniques

On distingue la démence corticale (type Alzheimer) et la démence sous-corticale (type Huntington).

	DÉMENCE CORTICALE	DÉMENCE SOUS-CORTICALE
LANGAGE	**Aphasie**	**Absence d'aphasie** **Dysarthrie** **Anomie**
MOUVEMENT	**Normale (sauf myoclonie dans l'Alzheimer)**	**Chorée, dystonie, tremblements, tics**
POSTURE	**normal**	**Courbée ou hyperlordose**
MODIFICATION DE LA PERSONNALITÉ	**Indifférence**	**Apathie** **Inertie** **Passivité**
HUMEUR	**Normothymie (dans la maladie avérée, après la phase de début)**	**Fréquence de la dépression**

- SYMPTÔMES DIFFÉRENTIELLE DES DÉMENCES CORTICALE ET SOUS-CORTICALE -

Les tableaux cliniques sont différents :

Dans la démence sous-corticale les troubles du langage sont rares, l'aphasie est inhabituelle, tout au plus peut-on trouver une anomie dans les cas sévères, mais les troubles de l'articulation sont fréquents, le patient est souvent dysarthrique. Les troubles du mouvement prédominent (chorées, dystonies, tics ou tremblements). Des troubles de la coordination motrice peuvent être

observés. La présentation révèle une posture anormale, le patient est courbé ou au contraire il présente une hyperlordose. Sur le plan psychique le patient présente une certaine passivité avec fréquence d'une symptomatologie dépressive.

Dans la démence corticale l'aphasie est un symptôme constant. Les troubles du mouvement sont rares à l'exception de la myoclonie chez certains patients atteints d'Alzheimer. La patient est indifférent. La posture normale est longtemps conservée.

Démence simple : conservation des comportements automatiques, le patient se lève, se couche, fait sa toilette, prend les repas de façon automatique (automates obéissants). Quand on les interroge on constate des troubles importants de la mémoire et du jugement. Il existe une désorientation partielle, surtout dans le temps (donne la date à peu près exacte, se trompe de jour). Le patient est négligé dans ses tenues, oublieux, insouciant et indifférent aux personnes qui lui étaient chères.

Démence agitée : excitation psychomotrice plus ou moins intense. Le malade chante, vocifère, déchire ses vêtements et ses draps, gesticule d'une manière désordonnée, parfois évolue vers un véritable état maniaque, avec insomnie rebelle, il est sans cesse en mouvement. Une agressivité avec risque de passage à l'acte hétéro-agressif peut compléter le tableau clinique.

Démence apathique : le patient reste inerte, immobile, ne parle pas, ne s'habille que par contrainte, n'exécute aucun acte spontané.

Démence délirante avec fréquence des délires de persécution, de préjudice et de jalousie ; le délire de grandeur est plus rare.

Démence incohérente : d'abord enchaînement défectueux des idées puis à un degré plus avancé la phrase n'est plus complète, les paroles se succèdent sans suite et indiquent un vide de la pensée (démence paraphasique). Les réponses, même aux questions banales, sont des réponses toutes faites utilisées dans le langage de la vie journalière (langage réflexe). Les néologismes sont fréquents, ainsi que les déformations grammaticales.

Cas particuliers :

- Démence vasculaire : Plus fréquente chez l'homme, présence de multiples facteurs de risque cardiovasculaires (tabagisme, hypercholestérolémie, diabète, hypertension artérielle, etc.),

lésions parenchymateuses au scanner (lacunes), parfois un souffle carotidien et anomalies du fond d'ceil. La maladie de Binswanger est une forme particulière de démence vasculaire avec des lésions de la substance blanche liées à de multiples infarctus au niveau sous-cortical, le cortex est épargné.

. Maladie de Pick : Caractérisée par une atrophie corticale au niveau fronto-temporal. Le tableau clinique est très proche de celui de l'Alzheimer mais au début de la maladie les troubles du comportement à type de désinhibition (hypersexualité semblable à celle observée dans le syndrome de Klüver-Bucy) sont plus fréquents que le déficit cognitif.

• Maladie du corps de Lewy : Les symptômes de démence sont associés à un syndrome parkinsonien, à des hallucinations et à des symptômes extra-pyramidaux. Il existe une hypersensibilité aux neuroleptiques (notamment les butyrophénones comme l'halopéridol). Cela se manifeste dès les faibles doses par une rigidité musculaire avec roue dentée.

• Maladie de Huntington : Cette démence sous-corticale est caractérisée au début par des troubles du mouvement (ralentissement psychomoteur, difficultés à réaliser les tâches complexes, mouvements choréo-athétosiques). Le tableau se complète progressivement par d'autres symptômes de démence. Les symptômes dépressifs et psychotiques sont particulièrement fréquents.

• Démentia pugilistica (démence des boxeurs) : Se rencontre chez les boxeurs qui subissent au fil des années de multiples traumatismes crâniens d'intensité variée. Une labilité émotionnelle marquée par des passages à l'acte hétéro-agressifs impulsifs et une dysarthrie sont associées aux symptômes démentiels.

Article 4 - La pseudo-démence

Il s'agit d'un affaiblissement intellectuel pouvant être confondu avec le véritable état démentiel.

Confusion mentale : la symptomatologie s'installe rapidement. Des troubles de la vigilance apparaissent en association avec des moments de lucidité pendant lesquels le patient essaie de comprendre ce qui se passe autour de lui. Le confus est hébété,

partiellement conscient de ses troubles, à l'opposé du dément qui est indifférent. L'évolution de la démence est lentement insidieuse sans fluctuation. Il n'existe pas de moments de lucidité.

Dépression, en particulier mélancolie stuporeuse :

- Troubles de l'humeur qui existaient bien avant la détérioration intellectuelle. On constate une dépression franche de l'humeur, souvent associée à un délire de persécution. L'inhibition psychomotrice est importante. Le patient se plaint de difficultés à se concentrer, les plaintes somatiques sont fréquentes.
- Présentation différente : oméga mélancolique, fréquence des réponses typiques " Je ne sais pas ", " A quoi bon vous parler ", " Je ne guérirai pas ".
- Présence d'autres symptômes dépressifs, surtout les symptômes physiques (insomnie de la deuxième partie de la nuit, anorexie).
- Absence de troubles graves de mémoire (et, s'ils existent, ils portent sur les souvenirs des faits récents et anciens).
- Absence de troubles neurologiques.
- Le début du syndrome pseudo-démentiel dépressif est rapide, un facteur déclenchant peut être retrouvé.

Syndromes neuropsychologiques focaux liés à une lésion cérébrale : il existe souvent d'autres signes neurologiques associés en fonction du siège de la lésion.

Chapitre 9. Les troubles psychiques des affections somatiques

De très nombreuses maladies organiques peuvent être à l'origine de troubles psychiques plus ou moins spécifiques, d'apparition brutale ou évoluant progressivement et dont l'expression peut être discrète, insidieuse ou au contraire bruyante et manifeste.

Maladies neurologiques

- Épilepsie : maladie chronique dont la symptomatologie plus souvent neurologique survient au cours de crises brutales, brèves, spontanées, itératives en rapport avec une décharge neuronale brusque et excessive dans un territoire cérébral localisé dont la

propagation peut concerner d'autres territoires. Cette activité électrique cérébrale excessive se traduit par un tracé caractéristique à l'électroencéphalogramme (EEG).

. Traumatisme crânien : la perte de connaissance immédiate peut être absente malgré l'importance du traumatisme (parfois attestée par une fracture du crâne). Le syndrome subjectif des traumatismes crâniens peut survenir après les traumatismes les plus bénins.

• Parkinson : maladie dégénérative (dégénérescence des neurones qui assurent normalement l'apport de dopamine). La triade clinique caractéristique associe : un tremblement (de repos), une akinésie (rareté et lenteur des mouvements automatiques), une hypertonie (patient penché en avant, bras collés le long du corps, marche instable avec piétinement).

Maladies endocriniennes et métaboliques

Diabète sucré : maladie liée à l'augmentation durable du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie), soit secondaire à une carence de la sécrétion d'insuline par le pancréas (diabète insulinodépendant ou de type 1), soit secondaire à une résistance ou une insensibilité à l'insuline (diabète non insulinodépendant ou diabète gras ou de type 2).

• Hypothyroïdie : diminution de la sécrétion des hormones thyroïdiennes. Synonyme : myxœdème.

• Hyperthyroïdie : augmentation durable du taux des hormones thyroïdiennes à l'origine des manifestations cliniques rassemblées sous le terme de " thyrotoxicose ".

• Hyper- et hypoparathyroïdie : hyper- ou hyposécrétion d'hormones parathyroïdiennes (parathormone) par les glandes parathyroïdes, à l'origine d'anomalies biologiques, en particulier concernant la calcémie et la phosphorémie.

• Maladie d'Addison : insuffisance surrénale chronique à l'origine d'un déficit de la synthèse d'aldostérone et de cortisol.

• Maladie de Cushing : maladie liée à une augmentation anormale de la sécrétion du cortisol par les glandes surrénales.

• Insuffisance hépatique.

• Insuffisance rénale.

• Maladie de Wilson : maladie génétique (autosomique récessive) caractérisée par une surcharge en cuivre de l'organisme.

- Porphyrie : maladie (plus souvent héréditaire) due à un déficit de l'activité enzymatique intervenant dans la synthèse de l'hème, à l'origine d'une accumulation des précurseurs dans les tissus concernés (urine, globules rouges, peau).

Maladies hématologiques

- Anémie mégaloblastique : anémie macrocytaire (augmentation de la taille des globules rouges) avec apparition de mégaloblastes (cellules qui engendrent les globules rouges), liée à une carence en vitamine B12 ou en acide folique.
- Leucémie aiguë : affection maligne concernant les cellules de la moelle osseuse, du système lymphatique et du sang.
- Polyglobulie : maladie due à un excès de globules rouges dans le sang à l'origine d'un ralentissement circulatoire, d'une perte de la fluidité sanguine.

Maladies gastro-intestinales : maladie du côlon irritable ; colite ulcérative.

Maladies vasculaires

Maladies dermatologiques

Maladies du système : maladies inflammatoires diffuses touchant plusieurs organes (lupus érythémateux disséminé ; périartérite noueuse ; sarcoïdose ; sclérodermie, etc.).

Maladies malignes (Synonymes : affections néoplasiques, cancéreuses).

Maladies neurologiques

ÉPILEPSIE

Auras ou manifestations psychiques pré-paroxystiques : Il s'agit des symptômes de courte durée précédant la perte de conscience dans les crises partielles avec généralisation consécutive. Elles sont presque toujours identiques chez le même sujet :

- **auras végétatives : malaises soudains avec brouillard visuel et impression de perte de connaissance imminente, douleurs épigastriques, hypersalivation, troubles vasomoteurs (bouffées de chaleur ou de froid), palpitations, accès vertigineux, nausées ;**
- **auras sensorielles : hallucinations cénesthésiques (sensation de chaud ou de froid au niveau d'un membre), visuelles (visions scéniques, animaux, feu), auditives (bruits, voix humaines), olfactives (odeurs bizarres ou désagréables) et gustatives ;**
- **auras psychiques : état d'excitation accompagné d'une obnubilation intellectuelle, le patient va et vient, accomplit des actes incohérents, vision panoramique de l'existence (remémoration rapide et incoercible des souvenirs), état dépressif avec angoisse, peur de mourir, sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation, idées mélancoliques ou hypocondriaques, fréquence de tentatives de suicide, impulsions (au suicide, aux actes médico-légaux " exhiber ses organes génitaux "...).**

Manifestations psychiques de la crise épileptique (essentiellement crises partielles simples et complexes du lobe temporal) :

Maladies neurologiques

EPILEPSIE (suite)	**crises aphasiques/phonatoires : blocage complet du langage (crise aphasique) ou difficultés dans l'articulation des mots (langage décapité, déformation des mots), parfois émissions phonatoires : cris, gémissements, rires mimés et non vécus, répétition de sons, de mots ou de phrases ;** **crises hallucinatoires ou illusionnelles :** **+ Crises sensitives : hallucinations cénesthésiques à type de paresthésie (fourmillements, picotements), sensation de courant électrique, de chaleur ou de froid, peuvent être unilatérales (atteignant un membre ou un hémicorps) ou bilatérales (atteignant le tronc, la langue ou les membres inférieurs), entraînent parfois une sensation inhabituelle dans les organes génitaux (hallucinations génitales) avec picotements, sensation de chaleur et de plénitude avec parfois une sensation voluptueuse, voire orgasmique accompagnée ou non d'érection ou de sécrétions vaginales.** **+ Crises auditives : bourdonnement, sifflement, bruits, musique, sons significatifs, phrases ou paroles, parfois accompagnées d'illusions auditives : modification d'intensité et/ou de tonalité des sons, modification de l'appréciation de distance, entendre en écho...** **+ Crises visuelles : uni ou bilatérales, souvent mobiles, sous forme de points, traits, boules lumineux, parfois des scènes et des images souvent colorées superposées au monde extérieur : des scotomes ou hémianopsie, vision de monstre, modification de la dimension des objets, de leur forme et de leur distance, parfois le sujet voit sa propre image (héautoscopie).** **+ Crises olfactives : ce sont des hallucinations caractéristiques de la crise uncinée (de l'uncus ; lobe temporal), une odeur le plus souvent très désagréable, impossible à définir, rarement neutre ou agréable, parfois le patient peut la décrire avec précision (pourri, pétrole, excrément, brûlé...).**

EPILEPSIE (suite)	**+ Crises gustatives : le plus souvent sensation d'un goût amer, acide, rarement salé ou sucré. Parfois le patient décrit la sensation précise d'un aliment.** **+ Crises kinesthésiques : perception d'un membre ou parfois d'un doigt fantôme surnuméraire, modification de taille, de volume, de poids, sensation de déplacement, de lévitation ou de chute, parfois sensation d'absence d'un membre (hallucination kinesthésique négative). Ces hallucinations concernent le plus souvent les membres supérieurs :** **phénomènes de pensée forcée : certaines représentations mentales (idées, images...) ne sont pas reconnues comme personnelles mais venant de l'extérieur ;** **état crépusculaire : il s'agit d'un état proche du rêve (rêve éveillé) avec rétrécissement du champ de la conscience allant de la légère obnubilation jusqu'à la léthargie, sentiment d'étrangeté, d'irréalité (la réalité ambiante est vécue comme étrange sans modification de la perception ce qui provoque une angoisse importante, parfois le patient a le sentiment d'être transporté dans un autre monde), sentiment de déjà vu, déjà vécu, déjà entendu, déjà éprouvé, parfois accompagnés d'hallucinations psychosensorielles. Cet état est souvent vécu avec angoisse mais rarement le patient exprime un sentiment de plaisir, il peut accomplir des actes complexes durant cet état (sortir de chez lui, prendre le train...) ce qui peut entraîner des troubles du comportement (fugues, vols, attentats à la pudeur...) ;** **automatismes : ce sont des mouvements élémentaires, itératifs, peu coordonnés pendant la crise épileptique.** **+ Automatismes oro-buccaux : mâchonnement, mastication, mouvements des lèvres (léchage), bruits de bouche, impulsions à mordre, marmottements, chantonnements.** **+ Automatismes mimiques : expression faciale d'une sensation affective telle que la peur, la joie, la colère, etc., sans qu'il existe un vécu approprié.**

Maladies neurologiques

EPILEPSIE (suite)	**. Automatismes gestuels : actes de grattage, de frottement, le patient frotte les différentes parties de son corps, ses habits...** **• Automatismes ambulatoires : le patient déambule heurte les obstacles ou les contourne :** **• crises affectives.** **• Humeur excitée souvent coléreuse et hostile avec angoisse, sentiment de terreur, agitation psychomotrice et violence (fureur épileptique : le patient a la face congestionnée, brise tout ce qu'il peut atteindre, se jette sur les personnes qui l'entourent) avec risque de passage à l'acte, loquacité et fuite des idées, parfois émergence d'idées délirantes, de grandeur, persécution, hypocondriaque...** **• Rarement euphorie avec rires paroxystiques.** **Manifestations psychiques postcritiques :** **• état crépusculaire postcritique : obnubilation intellectuelle avec ralentissement psychomoteur, de courte durée (le patient récupère ses facultés intellectuelles), amnésie totale portant sur la période de crise, en général le souvenir des phénomènes qui constituent l'aura est conservé, cette amnésie peut se prolonger après la crise (amnésie antérograde), parfois l'amnésie est retardée : immédiatement après la crise le patient se souvient de ce qui se passe autour de lui et en perd le souvenir par la suite ;** **• thymie dépressive avec risque suicidaire ;** **• épisode délirant aigu à mécanisme hallucinatoire, le patient peut présenter sous l'influence des ses hallucinations terrifiantes un état de violence avec passage à l'acte impulsif (fugues, vols, incendies, exhibitions génitales, suicides, homicides) ;** **• automatisme ambulatoire postcritique : le patient en fugue exécute une série d'actes plus ou moins coordonnés, il peut ainsi entreprendre un long voyage et, revenu à lui-même, il se trouve loin de chez lui, perdu, ne se souvenant pas de ce qu'il a accompli pendant la fugue.** **Manifestations psychiques intercritiques (troubles psychiques permanents) :**

EPILEPSIE (suite)	**troubles de la personnalité :** **• Viscosité mentale : il s'agit d'une lenteur portant sur l'ensemble de l'activité psychique caractérisée par ralentissement psychomoteur avec bradypsychie, discours ralenti, bien détaillé, tangentiel, persévération, appauvrissement affectif et émotionnel avec parfois égocentrisme.** **• Troubles du comportement sexuel : le plus souvent hyposexualité avec diminution de la libido, parfois hypersexualité ou déviations sexuelles (fétichisme, travestisme).** **• Religiosité : le patient s'intéresse énormément aux sujets religieux, philosophiques et éthiques.** **. Régression psychique avec baisse du sens critique, égocentrisme, naïveté infantile avec parfois état de stupidité, préoccupations bizarres, émergence d'idées délirantes hypocondriaques à thèmes sexuels (organes génitaux, seins petits, mal développés), humeur hypomaniaque.** **. Traits de la personnalité obsessionnelle avec tendance à la répétition, contenu pauvre des obsessions, absence d'anxiété :** **troubles de l'humeur : dépression avec risque important de suicide, parfois hypomanie ou rarement syndrome maniaque franc, irritabilité, instabilité émotionnelle ;** **troubles délirants :** **. Phénomène de normalisation forcée : disparition** des **anomalies paroxystiques tant que durent les troubles psychotiques.** **• Délire paranoïde à thèmes de référence, de persécution, de grandeur, idées mystiques ou messianiques, délire hypocondriaque, idées de culpabilité, d'indignité, mécanismes hallucinatoires, interprétatifs, parfois un délire résiduel (délire paranoïde chronique chez un patient avec antécédents de plusieurs épisodes délirants aigus) ou un délire alternatif survenant en alternance avec les crises épileptiques. Les troubles délirants sont accompagnés de troubles du cours de la pensée avec difficultés de synthèse mentale, émoussement affectif, apragmatisme, troubles de l'humeur.**

TRAUMATISME CRÂNIEN	**Syndrome subjectif du traumatisé crânien: syndrome postcommotionnel (perturbation fonctionnelle sans lésion anatomique) survenant après un traumatisme crânien :** • **céphalées : lancinantes, parfois retardées, tantôt localisées au " cuir chevelu " correspondant à une plaie, tantôt diffuses influencées par les mouvements, efforts physiques, inclinaison de la tête, contact du peigne (certains patients se plaignent d'une douleur aux cheveux), stimulation sensorielle (bruits, lumière). Parfois la douleur est profonde, le patient a l'impression d'avoir quelque chose dans la tête : une poche de sang, une fracture négligée... La douleur peut se manifester sous forme de crises migraineuses ou douleurs cervicales ;** • **sensations vertigineuses : sentiment de vide, de flou cérébral, le patient perd le contrôle de la position de sa tête, sentiment de marcher sur du coton, souvent lors d'un mouvement brusque. Craignant de tomber, le patient évite la position debout. Ces sensations s'accompagnent souvent de troubles végétatifs : transpirations, bouffées de chaleur ou de froid, tachycardie... ;** • **troubles du sommeil : constants, endormissement difficile avec multiples réveils nocturnes, aggravés par les céphalées, parfois perturbations du rythme nycthéméral avec somnolence diurne ;** • **troubles de l'attention : difficultés de concentration avec incapacité d'assumer plusieurs objectifs à la fois ;** • **troubles de la mémoire : amnésie antéro-rétrograde avec amnésie lacunaire portant sur la période du traumatisme, parfois amnésie systématisée portant sur l'identité du sujet ;** • **troubles sexuels : impuissance, frigidité ;** • **plaintes somatiques : algies diverses (céphalées, rachialgies) paresthésies, anesthésies, plaintes hypocondriaques, cécité, paralysie, astasie-abasie... ;** • **troubles du caractère :** • **irritabilité à toute sorte de stimuli sensoriels (bruits, lumière) ne supporte pas l'entourage, éclate en colère à la moindre contrariété ;**

Maladies neurologiques

TRAUMATISME CRÂNIEN (suite)	• **apathie, perte de l'intérêt, ne s'intéresse plus à ce qui le passionnait auparavant, émoussement des affects ;** • **traits paranoïaques avec agressivité envers l'équipe soignante (incompétence, inefficacité des soins) et revendication de type sinistrose conduisant le patient vers des demandes d'expertises, des plaintes contre les soignants ;** • **syndrome dépressif avec tristesse, dégoût de la vie, crainte de ne plus pouvoir reprendre son activité, indifférence affective, fatigabilité physique et/ou intellectuelle surtout matinale, anxiété, risque suicidaire important, parfois dépression pseudo-démentielle (pseudo-démence).** **Les troubles de la mémoire, de l'attention et du sommeil s'intègrent dans le syndrome dépressif ;** • **syndrome de répétition : le patient revit la scène traumatisante au cours des rêves et des cauchemars réitérés, avec parfois phénomène d'autoscopie, le patient se voit au milieu d'un accident dont il est victime, ruminations anxieuses.** **Syndrome de Korsakoff post-traumatique : se rencontre chez certains patients après une phase de confusion liée à une contusion cérébrale, se caractérise par une amnésie antérograde, fabulations et fausses reconnaissances.** **Épilepsie post-traumatique : souvent sous forme de crises partielles, avec les troubles de la personnalité associés à l'épilepsie (viscosité mentale).** **Syndrome démentiel : aux suites des traumatismes graves avec coma prolongé, caractérisé par une détérioration de l'ensemble des fonctions intellectuelles, troubles mnésiques, aphasie, rigidité musculaire, troubles du comportement (puérilisme, agressivité avec risque de passage à l'acte auto- et/ou hétéro-agressif)-** **Symptômes délirants : hallucinations psychosensorielles, thèmes de revendication, de sinistrose (incompétence des médecins, erreur diagnostique, inefficacité du traitement).**

	MALADIE DE PARKINSON	**Modifications de la personnalité : familiarité excessive, viscosité mentale avec lenteur de l'idéation et ralentissement moteur, désinhibition instinctuelle avec risque de passage à l'acte médico-légal (attentat à la pudeur), comportement automatique : rires et pleurs paroxystiques, mimiques forcées, échomimie, écholalie, échopraxie, coprolalie et passage à l'acte impulsif : hétéro-agressivité, automutilation, actes suicidaires.** **Bradypsychie : hypoprosexie (diminution de l'attention), troubles de la mémoire, fatigabilité intellectuelle.** **Troubles de l'humeur : états dépressifs, indifférence affective, irritabilité, instabilité thymique.**

Troubles endocriniens et métaboliques	**DIABÈTE**	**Asthénie chronique sans troubles Thymiques.**
		Troubles de l'humeur :
		• **dysphorie avec sentiment de frustration, indifférence au traitement, découragement, fatigabilité ;**
		• **syndrome dépressif franc avec tristesse, dégoût de la vie, désintérêt total pour l'avenir, désir de mort, tentatives de suicide, refus de soins ;**
		• **syndrome mélancolique avec autodépréciation et culpabilité.**
		Troubles de la personnalité :
		• **déni de la maladie : transitoire ou constant avec des conséquences dramatiques sur le corps. Lorsqu'il est définitif il renvoie à un trouble psychotique ou des troubles graves des facultés intellectuelles ;**
		• **attitudes face au traitement (régime alimentaire, traitements médicamenteux).**
		  • **Indifférence au traitement, sentiment d'inutilité de poursuivre un régime alimentaire strict ou un traitement rigoureux dans le contexte d'une existence gravement altérée.**
		  • **Ambivalence : attitude de confiance alternant avec attitude d'opposition liée aux inconvénients du traitement.**
		  • **Opposition aux soins avec agressivité à l'égard du médecin, le diabète est vécu comme une punition injustifiée et le médecin comme le responsable de la maladie, le patient ne poursuit pas son régime, conséquences somatiques graves.**

Troubles endocriniens et métaboliques	**DIABÈTE (suite)**	**. Attitude régressive : le patient n'assume pas son traitement, ne suit pas son régime, a toujours besoin d'un tiers pour l'aider, parle fréquemment de ses malaises, est toujours inquiet, en demande permanente d'aide.** **• Attitude perfectionniste : bonnes relations avec le médecin, ritualisation des activités journalières (le travail, les visites médicales, les repas, l'insulinothérapie...).** **Retentissement sur la vie génitale : frigidité, impuissance.** **Symptômes psychiques liés à l'acido-cétose : fatigue, céphalées, nausées, vomissements, troubles de la conscience allant jusqu'au coma.** **Symtômes psychiques liés à l'hypoglycémie : impatience, agitation, signes végétatifs (sueurs abondantes, tachycardie, pâleur), sensation de faim, syndrome confusionnel avec désorientation temporo-spatiale et hallucinations, crises convulsives, troubles de la vigilance allant jusqu'à la stupeur et au coma.**
	HYPO THYROÏDIE	**Syndrome dépressif marqué par fatigabilité, apathie : ralentissement psychomoteur, anorexie (malgré la prise du poids), hypersomnie, voire léthargie et stupeur (état stuporeux avec hypothermie ou coma myxœdémateux). Le patient se présente avec un faciès figé sans expression, voix rauque, des œdèmes périorbitaux et parfois une protrusion de la langue liée à une hypertrophie de la langue.** **Troubles de la mémoire et bradypsychie.** **Parfois psychose myxoedémateuse : agitation psychomotrice, irritabilité, instabilité émotionnelle, symptômes d'allure démentielle, confusion mentale avec parfois hallucinations psychosensorielles et idées délirantes.**

Troubles endocriniens et métaboliques	HYPER-THYROÏDIE	Présentation : amaigrissement (malgré l'hyperphagie), sueurs abondantes, tremblements avec parfois goitre ou exophtalmie (protrusion en avant du globe oculaire, absence de clignement des yeux). Fatigue, insomnie, troubles végétatifs (palpitations). Anxiété, hyperémotivité, labilité émotionnelle. Troubles de l'humeur : le plus souvent syndrome dépressif accompagné d'une anxiété importante. Troubles psychiques liés à la crise basedowienne : agitation psychomotrice, crise confuso-onirique avec délire hallucinatoire.
	HYPOPARA-THYROÏDIE	Troubles de l'humeur (le plus souvent syndrome dépressif) avec anxiété, somnolence. Troubles de la vigilance avec agitation psychomotrice, confusion mentale, onirisme et hallucinations psychosensorielles. Crises convulsives (dues à l'hypocalcémie).
	HYPER-PARA-THYROÏDIE	Troubles de l'humeur (syndrome dépressif) avec fatigabilité, anxiété, irritabilité. Agitation psychomotrice ; syndrome confusionnel avec stupeur et activité onirique ; Idées délirantes (très souvent de persécution).
	MALADIE D'ADDISON	Modification de l'humeur avec très souvent dépression, apathie, fatigabilité, amaigrissement, irritabilité (parfois syndrome maniaque). Troubles de la vigilance avec confusion mentale et syndrome délirant (paranoïde), coma stuporeux.
	MALADIE DE CUSHING	Présentation : faciès lunaire érythrosique, répartition anormale de la graisse envahissant le visage, le cou et le tronc sans atteindre les membres supérieurs et inférieurs, hirsutisme. Parfois syndrome maniaque avec exaltation thmique et sentiment d'élation. Troubles de l'humeur : dépression agitée avec risque suicidaire important, insomnie. Hypoprosexie et troubles de la mémoire. Possible syndrome délirant avec hallucinations.

INSUFFISANCE HÉPATIQUE	**Apathie, somnolence, troubles de l'attention, troubles de la mémoire, modification du caractère, troubles de la conscience.** **L'encéphalopathie hépatique comprend quatre stades :** • **stade I : inversion du rythme nycthéméral (insomnie nocturne, somnolence diurne), modification du caractère (irritabilité, intolérance aux frustrations), astérixis** *(flapping tremor)* ; • **stade II : somnolence marquée, troubles du comportement (actes saugrenus, incohérents) ;** • **stade III : troubles de l'articulation, confusion mentale avec accès confuso-oniriques, stupeur ;** • **stade IV : coma avec signes extrapyramidaux.**
INSUFFISANCE RÉNALE	**Symptômes anxio-dépressifs avec irritabilité, insomnie, instabilité émotionnelle.** **Troubles de la conscience allant d'une simple obnubilation jusqu'au coma (souvent coma vigile), confusion mentale avec agitation psychomotrice.** **Crises convulsives.** **Symptômes psychiques chez le dialyse :** • **anxiété souvent transitoire centrée sur les préoccupations somatiques, l'avenir et la mort, conduites phobiques, ritualisations obsessionnelles ;** • **syndrome dépressif avec risque suicidaire important, fréquence d'équivalents de suicide ;** • **troubles de l'attention, du jugement et du raisonnement ;** • **insomnie rebelle ;** • **troubles sexuels : impuissance, frigidité ;** • **troubles du caractère avec irritabilité, labilité thymique ;** • **distorsions de l'image du corps : angoisse de morcellement, sentiments de dépersonnalisation, troubles de l'identité sexuelle ;** • **épisodes confuso-oniriques avec hallucinations, parfois un syndrome maniaque ;** • **symptômes de régression : perte de l'autonomie alimentaire et/ou sphinctérienne (état grabataire), échomimie.**

Troubles (;ndocriniens et metaboliques	MALADIE DE WILSON	Troubles du caractère avec irritabilité, instabilité de l'humeur. Émoussement des affects. Épisodes délirants. Troubles intellectuels (troubles de l'attention, du jugement, de la synthèse mentale).
	PORPHYRIES	Troubles du métabolisme lié à la régulation d'une enzyme hépatique (acide d-aminolévulinique synthétase), souvent chez la femme avec crises abdominales (colique abdominale) et neuropathies périphériques. Symptômes psychiques : insomnie, syndrome dépressif, anxiété, céphalées.
	ANÉMIE MÉGALO-BLASTIQUE	Troubles de la vigilance : allant d'une simple obnubilation jusqu'à un syndrome confusionnel franc. Syndrome dépressif. Troubles de la mémoire. Épisodes délirants : à thématique persécutive avec parfois une activité hallucinatoire psychosensorielle.
	LEUCÉMIE AIGUË	Symptômes liés aux méningites leucémiques avec modification du caractère et signes neurologiques de méningite. Symptômes liés aux infiltrats cérébraux : crises convulsives, léthargie, mouvements anormaux. Syndrome confusionnel, syndrome maniaque.
	POLY-GLOBULIE	Troubles intellectuels : troubles de l'attention et de la mémoire, fatigabilité, diminution des capacités de concentration. Troubles de l'humeur à type de syndrome dépressif avec parfois mutisme, labilité thymique. Céphalées, vertiges. Confusion mentale.
	MALADIE DU CÔLON IRRITABLE	Préoccupations intestinales avec régimes alimentaires, automédications (consommation chronique des laxatifs). Multiples plaintes somatiques (céphalées, fatigue, plaintes hypocondriaques). Modification du caractère avec irritabilité. Insomnie.
	COLITE ULCERATIVE	Modification de la personnalité : traits obsessionnels.

Maladies vasculaires	HYPOTENSION	Troubles de la conscience : de l'obnubilation à la confusion mentale. Anxiété, agitation psychomotrice.
	HYPERTENSION	Modifications de la personnalité avec irritabilité, labilité thymique. États dépressifs avec asthénie, fatigabilité, troubles de l'attention, troubles de la mémoire. Confusion mentale accompagnée de l'onirisme avec hallucinations, agitation psychomotrice et délire.
Maladies dermatologiques	PSORIASIS	Traits de personnalité obsessionnelle (inconstants) avec surpropreté, méticulosité. Notion d'un antécédent de traumatisme psychique (choc émotif). Troubles de l'humeur (dermatose blanchissante).
	ACNÉ	Effet aggravant du stress et de la tension intérieure, de l'anxiété et de l'asthénie.
	EXCORIATIONS NÉVROTIQUES	Surtout au niveau du visage et du cou lié aux syndromes anxieux (syndrome phobique ou obsessionnel avec nettoyages abusifs, manipulation de la peau, grattage...). Parfois accompagnées de trichotillomanie (s'arracher les cheveux et les poils) et/ou onychophagie (se ronger les ongles).
Maladies du système	LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DISSÉMINÉ (LED)	Syndrome anxiodépressif marqué par ralentissement psychomoteur et autodépréciation, apathie. Confusion mentale avec baisse de la vigilance, désorientation temporo-spatiale, perplexité anxieuse, hébétude... ; Délire paranoïde à mécanismes hallucinatoires ou interprétatifs, parfois syndrome catatonique avec négativisme et mutisme.
	SCLERODERMIE	Syndrome dépressif. Agitation psychomotrice avec parfois désorientation temporo-spatiale transitoire. Hallucinations psychosensorielles, délire de persécution.
	PÉRIARTÉRITE NOUEUSE	Troubles de l'humeur : dépression, labilité thymique. Somnolence. Syndrome confusionnel.

Maladies malignes

MALADIES MALIGNES	**Syndrome dépressif marqué par les signes somatiques : fatigabilité, anorexie, amaigrissement, nausées, vomissements, algies diverses, troubles sexuels (impuissance frigidité) et plaintes hypocondriaques.** **Symptômes liés aux métastases :** • **troubles de l'humeur (le plus souvent syndrome anxio-dépressif mais rarement euphorie) ;** • **exagération de traits de personnalité ;** • **troubles de la mémoire ;** • **apathie, émoussement affectif ;** • **affaiblissement intellectuel d'allure démentielle avec désinhibition instinctuelle ;** • **troubles de la vigilance d'une simple obnubilation jusqu'à stupeur et coma.** **Troubles liés aux syndromes paranéoplasiques :** • **troubles de l'humeur ;** • **troubles mnésiques ;** • **agitation psychomotrice ;** • **syndrome confusionnel (lié aux perturbations métaboliques).**

Chapitre 10. Les complications somatopsychiques des toxicomanies

TABLEAU I

EFFETS À COURT TERME ET À LONG TERME DES TOXICOMANIES

Produits sédatifs (psycholeptiques)		
Produits	**Effets cliniques à court terme**	**Complications chroniques**
Opiacés : • Opium et ses dérivés : morphine, codéine, héroïne • Morphino-mimétiques de synthèse : Dolosal (pethidine), Palfium Fortal • Produits antitussifs : Néo-codion	• Flash : sensation intense et brève de plaisir (orgasmique) avec réchauffement cutané et analgésie • Altération de l'attention et de la mémoire, somnolence, sedation, myosis, prurit, bradycardie, hypotension, nausées, vomissements, lourdeur des jambes, sécheresse de la bouche possible, anxiété et vécu angoissant, overdose*	• Infectieuses : abcès aux points d'injection, septicémie, embolie pulmonaire septique, thrombophlébite septique, endocardite (tricuspide), hépatite virale (B et C), tétanos, SIDA • Pulmonaires : œdèmes pulmonaires liés à l'overdose, granulomes à corps étranger liés à l'inhalation • Cérébrales : œdème cérébral, syndrome de Korsakoff • Rénales : glomérulonéphrites, néphropathies tubulo-interstielles • Digestives : constipation opiniâtre • Cutanées : prurit, lymphangite, abcès • Gynécologiques : dysménorrhée, aménorrhée, baisse de la libido, frigidité • Hématologiques : adénopathies, splénomégalie, troubles de l'immunité • Altération de l'état général, amaigrissement, cachexie, altérations dentaires • Obstétricales : prématurité, mortalité périnatale élevée, syndrome de manque de nouveau-né • Psychiatriques : accès dépressifs, conduites suicidaires, syndrome amotivationnel**, désocialisation (absentéisme professionnel, vols, prostitution, menaces, chantages), troubles de la mémoire, somnolence

Tableau I (suite)

Effets à court terme et à long terme des toxicomanies

Produits sédatifs (psycholeptiques)		
Produits	**Effets cliniques à court terme**	**Complications chroniques**
Barbituriques	• Ivresse barbiturique : ébriété proche de l'ivresse alcoolique, désinhibition euphorique, incoordination motrice, labilité émotionnelle, irritabilité, logorrhée, dysarthrie, ataxie • Flash : dans le cas de l'administration intra-veineuse • État confuso-onirique, voire coma dans les intoxications massives, risque important de dépression respiratoire mortelle avec hypothermie	• Troubles cérébelleux (ataxie, dysarthrie, incoordination motrice) • Troubles de la mémoire • Dégradation intellectuelle • Syndrome pseudo-démentiel avec troubles cognitifs • Syndrome de Korsakoff
Benzodiazépines	Anxiolyse, sédation, somnolence, détente psychomotrice	Troubles de la mémoire, baisse des capacités intellectuelles, incoordination motrice, troubles de l'équilibre, agitation, insomnie

**** Dépression respiratoire, myosis serré, bradycardie, hypotension, œdème pulmonaire, coma calme (hyporéflexie, hypothermie), mort subite par arrêt respiratoire. Il faut rechercher les traces d'injections, les lésions de grattage et de brûlures (chute de cigarette lors de la perte de conscience).***

***** Syndrome amotivationnel : associe un émoussement des intérêts intellectuels, affectifs, relationnels, une inertie physique et psychique, un ralentissement et appauvrissement intellectuels, des troubles mnésiques, une asthénie et réduction de l'activité, des troubles de l'humeur avec apathie et dysphoric. Le désintérêt peut même se manifester à l'égard de la drogue.***

Produits stupéfiants (psycholeptiques)		
Produits	**Effets cliniques à court terme**	**Complications chroniques**
Amphétamines et dérivés (Ecstasy, Ritaline et anorexigènes)	Hypervigilance, euphorie ou dysphoric, sentiment d'élation, d'idées de grandeur, troubles du jugement, augmentation de la libido, accélération des processus idéiques, logorrhée, hyperactivité motrice et sexuelle, anorexie, absence de fatigue, mydnase, tachycardie, hypertension, sueurs, nausées, vomissements, céphalées, bruxisme, tremblements, ataxie, insomnie, flash (forme IV), délire paranoïde avec hallucinations auditives et cénesthésiques (fourmillements) et idées de références, état confusio-onirïque, overdose (hyperthermic, convulsions, choc cardiovasculaire avec troubles du rythme cardiaque).	Insomnie, agressivité, psychose amphétaminique (persistance du délire paranoïde), excitation psychomotrice, amaigrissement, convulsions, syndrome amotivationnel.
Cocaïne (crack, speed bail : associée à l'héroïne)	Effets proches de ceux de l'intoxication aiguë aux amphétamines, euphorie, sensation de bien-être, hyperactivité psychique, hyperesthésie sensorielle, excitation psychomotrice, effets aphrodisiaques, pâleur du visage, mydriase, absence de fatigue, aisance intellectuelle, troubles du jugement, idées de grandeur, insomnie totale, irritabilité avec parfois fureur cocaïnique (agitation extrême, agressivité), hallucinations particulièrement visuelles, tension, nausées, vomissements, tremblements, détresse respiratoire ou arrêt cardiaque lors d'intoxication massive.	Délires à thèmes persécutifs, idées de référence, de jalousie, hallucinations auditives, visuelles et cénesthésiques, irritabilité, syndrome dépressif à risque suicidaire. Erosion des muqueuses nasales à cause des inhalations répétées pouvant aboutir à une perforation des cloisons nasales avec écoulement nasal permanent.

TABLEAU I (SUITE)

EFFETS À COURT TERME ET À LONG TERME DES TOXICOMANIES

Produits stimulants (psychodysleptiques)		
Produits	**Effets cliniques à court terme**	**Complications chroniques**
Produits	**Produits stimulants (psychody»U-priqrjc<j**	**CoxQplxcjiuVtfu cbnmiifats**
Cannabis • **Résine : haschich, chira** » **Feuilles et fleurs séchées : marijuana, kif, ganga, grïfa** • **Huiles** • **Joint : mélangé avec du tabac**	**Effets rlmufon 2 court terme** **Stimulation sensorielle, état de détente et d'euphorie, sensation d'ébriété, intensification subjective des perceptions (couleurs, musique), facilitation idéative et imaginative, sensation du ralentissement de l'écoulement temporel, hallucinations, illusions, dépersonnalisation, déréalisation, tachycardie, mydriase, injection conjunctivale, sécheresse de la bouche, boulimie, soif, toux, somnolence suivant la phase euphorique, anxiété, incohérence, syndrome dépressif, syndrome confusionnel**	**Accès ou attaque de panique avec dysmorphophobie et peur de mourir, vertiges, céphalées, nausées, vomissements, agressivité, syndrome dépressif, Hash-back (réapparition des symptômes en l'absence de l'intoxication), infection conjonctivale**
LSD 25	• **Voyage (trip) : expérience hallucinogène apparaissant environ quinze à trente minutes après une prise orale, hallucinations surtout visuelles, synesthésies (entendre des couleurs, voir des sons), hypersensorialité (intensification subjective des perceptions), illusions perceptives, phénomène de dépersonnalisation avec parfois expérience de séparation de son propre corps, hyperesthésie génitale, déformation de la perception du temps, accélération non productive du cours de la pensée, religiosité avec pensées abstraites et philosophiques avec accélération du débit verbal, désorientation tempo ro-spatiale, sentiment de déréalisation, troubles neurovégétatifs (tachycardie, hypertension, tremblements, sueurs, hypersialorrhée, mydriase, vision trouble, rougeur du visage, céphalées, nausées, vertiges), troubles thymiques (euphorie, angoisse), troubles moteurs (incoordination motrice, dysarthrie, agressivité (auto- ou hétéro-))** • **Mauvais voyage (had trip) : angoisse, panique, actes auto- ou hétéro-agressifs (raptus suicidaire), hallucinations terrifiantes, état confusionnel**	**Troubles dysthymiques persistants ; plus souvent une dépression atypique, réaction psychotique aiguë pouvant se prolonger, possible rémanence spontanée sans nouvelle prise d'hallucinogène (flash-back) avec hallucinations géométriques, percep-tion de faux mouvements dans le champ visuel périphérique, macropsie, micropsie, perception de couleurs vives**
Solvants (éther, trichloréthylène, colles avec acétone ou toluène)	**Euphorie, vision trouble, ataxie, dysarthrie, vertiges, somnolence voire stupeur et coma, ralentissement psychomoteur, tremblements, incoordination motrice**	**Infection conjonctivale, infections de l'appareil respiratoire, mort subite (détresse respiratoire)**

TABLEAU II - SYNDROMES DE SEVRAGE

Aux opiacés	• Survient environ douze heures après la dernière prise • Maximum vers les 2e et 3e jours • Bâillements, sueurs, larmoiement, rhinorrhée, mydriase, tremblements, irritabilité • Puis s'ajoutent dans les heures qui suivent : agitation, insomnie, douleurs musculaires et articulaires intenses, crampes abdominales, diarrhée, nausées, vomissements, fièvre, déshydratation, tachycardie, hypertension artérielle • Régression en une semaine
Aux barbituriques	• Apparaît entre douze heures et trois jours après l'arrêt de l'intoxication • Tableau clinique proche du syndrome de sevrage alcoolique : irritabilité, anxiété, tachycardie, sueurs, nausées, vomissements, hypertension artérielle, état confuso-onirique, crises comitiales, voire état de mal épileptique, insomnie, tremblements
Aux benzodiazepines	< Apparaît quelques jours après l'arrêt • Anxiété, insomnie, vertiges, tremblements, difficultés de concentration, état dysphorique, nausées, vomissements, crampes abdominales, vision troublée, syndrome confuso-onirique, crises convulsives
Aux amphétamines	• Apparaît dans les trois jours qui suivent l'arrêt • Syndrome dépressif avec insomnie, cauchemars, tremblements, crises boulimiques, idées suicidaires
Au cannabis	Syndrome amotivationnel, risque d'escalade vers les drogues majeures. Parfois dysphorie, fatigue, anxiété, irritabilité, syndrome dépressif franc avec risque suicidaire

Livre VII

Les troubles de la personnalité

Chapitre 1. La personnalité normale

Les traits de personnalité

La personnalité est l'organisation dynamique des registres intellectuel, affectif, volitionnel, physiologique et morphologique de l'individu. Cette organisation, résultant de facteurs innés et acquis, concerne l'individu en tant qu'il s'éprouve comme une unité et une totalité responsable, se formant à partir d'un tempérament, de ses expériences et s'exprimant dans un caractère et des comportements.

Le tempérament est défini comme l'ensemble des dispositions physiologiques, notamment neurovégétatives, émotionnelles et réactives, en rapport avec des traits constitutionnels et biotypologiques. D'une certaine façon le tempérament connote les facteurs biologiques de la personnalité.

La sémiologie de la personnalité est constituée par un ensemble de tendances intellectuelles, affectives et comportementales qui représentent les modalités les plus habituelles de réaction aux différentes situations que le sujet peut rencontrer. Un certain nombre d'éléments sémiologiques permettent de cerner des tendances ou des traits de personnalité sans pour autant qu'il y ait personnalité pathologique. La somme de ces traits de personnalité constitue un profil de personnalité. Un même individu peut posséder plusieurs traits de personnalités différentes pouvant même se modifier en fonction des moments de crise ou des situations particulières de la vie.

Le caractère de permanence de ses traits de personnalité entre dans le cadre d'une économie générale mettant en jeu des tensions et des abaissements de tension selon des mécanismes d'échanges énergétiques. Poussées pulsionnelles ou motivations, ces tendances donnent à la personnalité sa dynamique. Les éléments constitutifs sont soumis à des stimulations d'origine externe ou d'origine interne. Si la personnalité correspond plus à l'organisation affective du sujet qu'à son propre fonctionnement intellectuel, elle est en fait composée des éléments d'origines et de natures diverses : psychophysiologiques, instinctuelles, affectives, cognitives. Tous ces éléments du psychisme sont en partie consciente et en partie inconsciente. La personnalité peut se manifester au sujet par la représentation qu'il se fait de lui-même, par les affects qu'il

éprouve et par sa vie imaginaire. Elle se présente aux autres par les manifestations somatiques, les comportements, les productions et tout ce que le sujet livre de sa subjectivité.

L'organisation de la personnalité répond à une structure au sens strict indiquant que chacun de ses éléments constitutifs ne prend sa valeur que par rapport aux autres.

Les traits de personnalité correspondent à des modalités habituelles de réactions aux situtations que le sujet peut contrôler et adapter aux circonstances et qui ne perturbent pas l'adaptation sociale. Chaque individu " normal " possède donc des traits de personnalité hystérique, obsessionnelle, phobique, paranoïaque... La normalité tient dans le fait que ses traits sont peu intenses, nombreux et modulables en fonction des événements et périodes de vie. Au contraire, la personnalité pathologique ou encore appelée " trouble de la personnalité " est constituée de traits de même nature mais rigides, inadaptés. Un certain nombre d'entités pathologiques en psychiatrie correspondent à l'aggravation d'un trouble de la personnalité préexistant.

La personnalité pathologique correspond à un mode de réaction et de comportement permanent caractérisé par des traits de caractère peu nombreux, rigides (psychorigidité) et très marqués qui sont à l'origine d'une souffrance psychique ou d'une inadaptation sociale significative. Les troubles de la personnalité sont donc caractérisés par une déviation quantitative par rapport à la personnalité dite normale : présence de nombreux traits de personnalités pathologiques. Il existe un manque de souplesse dans les processus d'adaptation, la personnalité est comme figée dans un mode prédominant de fonctionnement. La souffrance peut être exprimée ou non. La personnalité pathologique constitue le plus souvent un état stable mais peut aussi se manisfester par des changements d'intensité, des périodes de recrudescence ou au contraire d'atténuation, de stabilisation, le plus souvent en réaction aux événements de la vie.

Différents critères de classification des personnalités pathologiques peuvent être proposés en fonction du choix de la référence à un cadre syndromique (personnalité obsessionnelle, personnalité hystérique, personnalité schizoïde), à un abord descriptif plutôt comportemental (personnalité antisociale ou psychopathique, personnalité passive-agressive).

Personnalité	dite « normale »	dite « pathologique »
Caractéristiques des traits de personnalité	divers et variés souplesse adaptables peu intenses non spécifiques	peu nombreux rigidité (psychorigidité) non adaptables intenses spécifiques d'un même cadre : hystérique, obsessionnel, paranoïaque, etc.

- PERSONNALITÉ NORMALE - PATHOLOGIQUE -

Chapitre 2. Les personnalités pathologiques

Article 1 - La personnalité hystérique

Égocentrisme : tendance à tout rapporter à soi, indulgence pour soi-même sans considération pour les autres.

Théâtralisme ou histrionisme : dramatisation des situations, tendance à la mise en scène et aux démonstrations excessives, expression exagérée des sentiments qui semble démesurée par rapport à la situation réelle. Cette hyperexpressivité émotionnelle résulte d'une nécessité d'attirer constamment l'attention. La relation du sujet avec son entourage est marquée par le souci de plaire physiquement et le désir de séduire. Il est prêt à assumer n'importe quel rôle pour attirer l'attention d'autrui (par exemple, présenter une scène théâtrale, inventer une histoire, érotiser les rapports sociaux...). Impression de perpétuelle représentation par un jeu théâtral. Il existe une extraversion spectaculaire, avec exagération de l'expression mimique et gestuelle, crises de larmes, de rire ou de colère, parfois accompagnée d'une dyspnée ou d'un état syncopal pour des motifs futiles. Emploi d'un vocabulaire emphatique chargé de superlatifs mais pauvre en détails. Aspect manipulateur donnant l'impression d'inauthenticité des sentiments exprimés. Parfois recours aux conduites suicidaires manipulatrices (menaces, gestes ou tentatives réelles).

Suggestibilité : réceptivité aux influences extérieures sans critique de leur valeur ou de leurs conséquences. Le sujet est facilement influencé par autrui ou par les circonstances, considérant comme

véritables certains éléments de réalité discutables. Il peut s'agir d'une influence étrangère, par exemple entretien avec le médecin, lecture médicale, etc. (hétérosuggestion), ou d'une influence plus personnelle, d'une fantaisie individuelle (autosuggestion). Facilité à se laisser effrayer ou calmer rapidement et tendance à la position de dépendance. Les symptômes (plasticité des symptômes) peuvent varier en fonction de l'interlocuteur.

Labilité émotionnelle : la réactivé émotionnelle est excessive et parfois incontrôlable mais se calme rapidement. Les sentiments exprimés sont intenses mais aussi superficiels et labiles. Tantôt c'est la joie, l'enthousiasme ou la douceur, tantôt ce n'est qu'anxiété, tristesse, agressivité ou colère. L'expression émotionnelle est rapidement changeante ; il peut passer sans raison apparente d'un comportement adapté, voire agréable et séducteur, à une crise de colère avec agressivité, chantage au suicide, bouderie... sans relation avec l'intensité de la situation vécue.

Conduites de séduction : soit sur un mode erotique, avec exagération des traits féminins (hyperféminité outrancière), l'habillement et le maquillage sont souvent surchargés, la voix est caressante. Ces conduites de séduction sont marquées par le souci de plaire physiquement (le sujet dépense beaucoup de temps et d'argent pour son habillement et son maquillage) mais elles aboutissent rarement à un engagement réel et durable. C'est une séduction sexuelle inappropriée et non adaptée au contexte social. Cela entraîne une érotisation des rapports sociaux.

Soit sur un mode plus infantile (non érotisé), avec comportement manipulateur et parfois attitudes provocantes. Le sujet cherche perpétuellement la réassurance, le réconfort et la réaction favorable de l'entourage.

Mythomanie et falsification de l'existence *(voir* Troubles de l'imagination) : tendance à altérer la réalité, à simuler et à élaborer des fables en l'absence d'intention précise, avec disposition à la rêverie et complaisance dans l'imaginaire (goût des voyages et des aventures, prédilection pour la littérature et les arts d'imagination...). La mythomanie se caractérise par le refus de la réalité avec refuge dans l'imaginaire. Le passé est remanié afin de le rendre plus séduisant aux yeux des autres. C'est une exagération de l'activité

imaginative aboutissant à la création de constructions imaginaires, anormalement exubérantes, nombreuses, amples et consistantes, revêtant plus ou moins l'apparence de la réalité et entraînant la conviction du sujet. Parfois c'est un mélange de réalité et de mensonge, d'invention et de suggestibilité avec mystifications, abus de confiance, escroquerie, calomnies... Parmi les principales formes de mythomanie, peuvent se distinguer :

- **Mythomanie vaniteuse** : récits fabuleux où le sujet tient un rôle glorieux.
- **Mythomanie maligne** avec fréquence des conduites antisociales.
- **Mythomanie perverse** avec dénonciations, lettres anonymes scandaleuses, accusations...

Troubles de l'affectivité : la vie affective est appauvrie ; la pauvreté et l'immaturité affective se caractérisent par une superficialité des rapports interpersonnels, donnant l'impression d'un manque d'authenticité, même lorsque le contact est chaleureux. Dépendant et faible, il recherche constamment une réassurance et une protection. Parfois la quête affective permanente conduit l'hystérique à faire des choix inaccessibles par rapport à sa situation familiale, sociale, professionnelle (artiste, médecin, avocat...). Au fil du temps, cette image idéalisée de l'objet d'amour s'estompe et l'adoration fait place à la déception.

Troubles de la sexualité : séduction érotisée permanente sans aboutissement à un engagement durable ; inhibition sexuelle avec crainte ou dégoût de la sexualité, évitement de toute relation sexuelle. Possible frigidité, avec absence de désir sexuel.

Intolérance aux frustrations : très sensible à la frustration, le sujet peut réagir par la dépression ou l'anxiété. Les frustrations sont mal acceptées et font l'objet d'un chantage affectif. La menace ou le passage à l'acte suicidaire sont fréquemment rencontrés. Tendance générale à l'insatisfaction.

Troubles de la mémoire : avec amnésies lacunaires sélectives *(voir* Troubles de la mémoire).

Personnalité hystérique masculine :

- **Désir de plaire,** aussi au premier plan ; **quête permanente de virilité.**

- **Donjuanisme** : les relations avec les femmes sont multiples et insatisfaisantes ; fréquence de la vantardise et des fanfaronnades, il fait étalage de ses succès réels ou imaginaires.
- **Troubles sexuels** à type d'impuissance ou d'éjaculation précoce. Parfois **éviction des rapports hétérosexuels** avec préférence des amitiés masculines ou crainte d'homosexualité.
- **Associations** fréquentes de **traits de la personnalité psychopathique,** avec alcoolisme, toxicomanie et d'autres conduites antisociales.

Article 2 - La personnalité paranoïaque

Surestimation de soi ou hypertrophie du moi : se traduit par un égocentrisme (centration sur soi-même sans considération pour les autres), un orgueil, une suffisance et une vanité, une sous-estimation des autres. Le sujet présente des attitudes hautaines, méprisantes, hostiles, associées au sentiment d'être incompris ou insuffisamment reconnu. Cette hypertrophie du Moi ou tendance à la surestimation de soi fait obstacle à l'intérêt pour les autres. Le sujet est toujours sûr de lui, se sent supérieur aux autres et se vante de qualités supérieures. Cette surestimation peut se présenter sous des formes déguisées : l'orgueil peut être masqué par une fausse modestie, voire une obséquiosité. Certaines timidités ne sont que l'expression d'un très grand orgueil.

Psychorigidité : marquée par l'absence d'autocritique. Le sujet est autoritaire et imprégné de principes inaltérables. Il développe tous les raisonnements nécessaires pour convaincre les autres. On peut également constater une froideur affective, une absence de familiarité du contact, un fanatisme, une obstination, un entêtement, une rigidité d'esprit et des raisonnements, manichéisme, monolithisme des pensées.

La rigidité morale avec des principes moraux inaltérables (le sujet est souvent respectueux de la morale traditionnelle) et l'absence d'autocritique entraînent un comportement tyrannique (autoritarisme tyrannique) vis-à-vis de l'entourage (famille ou collaborateurs).

Méfiance : disposition à douter des autres, de leurs affirmations et intentions. L'aspect soupçonneux du paranoïaque se caractérise par des doutes injustifiés sur la fidélité des amis, du conjoint et des collaborateurs. Le sujet est toujours en garde, se sent trompé,

soupçonne les autres de conspirer contre lui, épie les gestes et les paroles de son entourage. Il a du mal à se confier à autrui, redoute les amitiés proches, même les compliments sont souvent mal interprétés. L'interlocuteur est mis à distance par une politesse exagérée ou par l'ironie. L'arrogance, le sentiment d'infaillibilité, le mépris des autres et la psychorigidité sont susceptibles d'irriter réellement l'entourage. Cette méfiance aboutit à un repli sur soi dans une attitude fermée, voire hostile du paranoïaque vivant dans un monde perçu comme menaçant et persécuteur. Il réagit souvent à ce sentiment de persécution par le combat, la revendication et l'agressivité directe.

Fausseté du jugement : la pensée fonctionne sur un mode paralogique rigide avec systématisations et interprétations abondantes. Le jugement peut paraître exact mais aboutit à des conclusions erronées (par une extension abusive des conclusions, la mise sur le même plan d'éléments différents, l'oubli d'un certain nombre de données dans le cours du raisonnement...), bien qu'il n'existe pas de déficience intellectuelle. Cette fausseté du jugement est caractérisée cliniquement par l'absence d'autocritique, l'assurance irrationnelle, une pensée paralogique et des interprétations erronées.

Inadaptation sociale : difficile à vivre, sans communication affective respectueuse, réactions passionnelles inadaptées, le sujet exprime souvent une volonté de s'imposer, une volonté de réussite sociale, mais les troubles relationnels le conduisent souvent à l'échec, ce qui est source de rancœur, de retrait social, de revendications ou d'agressivité. On peut également observer des conduites antisociales (passage à l'acte hétéro-agressif). La vie sexuelle est souvent limitée, voire inhibée.

Décompensations non rares :

- **Développement d'un authentique délire paranoïaque** (début très insidieux, ou se révélant brutalement). Il existe une continuité entre la personnalité paranoïaque et le délire paranoïaque.
- **Plaintes hypocondriaques multiples** avec revendications, voire menaces et procès contre le médecin *(voir* Syndrome délirant).
- **Effondrement dépressif** : il est rare mais majeur, avec risque suicidaire important dans le cadre de la personnalité sensitive (voir ci-dessous).

- **Réactions passionnelles** à des événements réels ou imaginaires : jalousie, procès, rivalités, question d'argent... avec risque de passage à l'acte médico-légal (homicide).

Deux types de personnalités paranoïaques :

- **Personnalité paranoïaque dite de combat** : elle est marquée par la sthénicité et l'agressivité (aspect querelleur).
- **Personnalité paranoïaque dite de souhait** : elle est caractérisée par l'idéalisme passionné ; revendication centrée sur un idéal politique, social, mystique, etc. ; conviction d'une mission à accomplir. Le caractère pathologique de l'entreprise est dénoncé par la faiblesse ou l'absurdité des élaborations ainsi que par le dédain ou la violence qu'il témoigne aux opposants.

Article 3 - La personnalité sensitive de Kretschmer

Associe des traits de la personnalité paranoïaque, des traits dépressifs et des traits dits " psychasthéniques ".

Souffrance psychique intense mais silencieuse. Le sujet renferme en lui-même la tension de ses sentiments.

Hyperesthésie dans les rapports avec les autres, sensibilité extrême aux réactions d'autrui avec grande vulnérabilité, incapacité à supporter les difficultés de la vie et les chocs affectifs.

Insatisfaction de soi-même, vécu douloureux des échecs avec surestimation de sa nocivité et sentiment de culpabilité : tout événement malheureux est considéré par le sujet comme résultant de sa propre faute, il se sent responsable de ses échecs. Il existe une faible confiance en soi avec l'incapacité à s'affirmer.

Hyperémotivité sans décharge émotionnelle, avec introspection et timidité.

Possible constance d'ambition et de ténacité, avec parfois des capacités raffinées d'autocritique.

Humeur dépressive avec tristesse, asthénie, fatigue, pessimisme, plaintes hypocondriaques (parfois avec revendication non sthénique) et risque suicidaire majeur.

Indécision, difficultés à prendre des initiatives.

Traits de personnalité paranoïaque (orgueil, sthénicité, froideur affective, idéalisme, mépris des autres, parfois agressivité).

Ces particularités sont à l'origine de l'échec de la vie sentimentale et professionnelle conduisant le sujet vers un repli sur soi ou une décompensation dépressive.

Modes de décompensation : éclosion d'un délire de relation en réponse à des conflits sociaux et/ou privés, état dépressif majeur, tentatives de suicide, hypocondrie sévère.

Article 4 - La personnalité obsessionnelle

Cette personnalité pathologique comprend deux groupes distincts : personnalité psychasthénique (Janet) et caractère anal (Freud). Ces deux aspects s'observent rarement à titre isolé. La majorité des sujets possèdent, à des degrés divers, des éléments des deux groupes décrits ci-dessous :

Traits psychasthéniques : " La psychasthénie est une forme de dépression mentale caractérisée par l'abaissement de la tension psychologique, par la diminution des fonctions qui permettent d'agir sur la réalité et de percevoir le réel, par la substitution d'opérations intérieures et exagérées, sous la forme de doutes, d'agitations, d'angoisses et par les idées obsédantes qui expriment les troubles précédents " (Janet). La psychasthénie est caractérisée par :

- **Tendance aux scrupules et aux vérifications** : toute action entraîne des doutes pénibles, tout acte doit être vérifié. Le sujet soupèse indéfiniment le pour et le contre de chaque chose avec doute permanent, interrogations sans fin. Il cherche partout et en vain le critérium moral.
- **Indécision** ou **absence de décision rapide** avec procrastination (tendance à tout remettre au lendemain), peur des responsabilités et misonéisme (crainte de toute nouveauté).
- **Inhibition affective, sociale et sexuelle** : toute activité concernant la perception du réel nécessite un effort psychologique important, l'activité est réduite et inefficace (quasi-apragmatisme), ne favorisant pas l'adaptation sociale. Une introspection anxieuse permanente empêche le sujet d'agir.
- **Méticulosité, lenteur, manque de spontanéité** en raison de ruminations et hésitations permanentes.
- **Dépression chronique** avec asthénie physique et psychique prédominant le matin, inquiétude, sentiment pénible d'ennui, mécontentement de soi.

• **Contention des émotions** : exprime ses émotions de façon contrôlée.

Caractère anal manifesté par :

• Souci exagéré de l'ordre avec méticulosité, soin, horreur de la saleté et de tout ce qui n'est pas parfait. Le sujet cherche une perfection inaccessible **(perfectionnisme).** La préoccupation exagérée pour les détails fait perdre de vue l'objectif principal de l'activité.

• Économie : parcimonie et avarice, refus de partager. Incapacité à jeter des objets usés et sans valeur, accumulation et goût prononcé pour les collections **(collectionnisme).**

• Entêtement obstiné : entêté, persévérant, tenace et autoritaire. On peut également observer un moralisme rigide et un sens du devoir. Parfois lutte contre l'autorité, les règlements et la loi, cela en dehors de toute appartenance religieuse ou culturelle du sujet. Présente une dévotion pour le travail au détriment des loisirs et relations amicales ou sociales sans impératifs économiques.

• Angoisse de séparation : le changement du milieu, l'avenir et même l'anticipation de cet avenir peuvent accentuer l'angoisse. Difficulté, voire impossibilité de toute séparation, de toute perte ; tendance aux regrets permanents.

• Prolixité paradoxale, prodigalité, propreté exagérée, politesse excessive (obséquiosité), soumission résignée à toute autorité avec obéissance, témérité, impossibilité de s'attacher, douceur, bonté et souci de justice, discours recherché (avec recherche du mot exact), intellectualisation avec tendance à la pensée magique ou religieuse, aux superstitions et aux considérations philosophiques abstraites.

Article 5 - La personnalité antisociale ou psychopathique (la psychopathie)

Existence de traits biographiques caractéristiques :

• Enfance et adolescence perturbées, avec école buissonnière, instabilité scolaire, plusieurs changements d'établissements, échecs scolaires répétés, renvoi de l'école pour inconduite, vandalisme, fugues du domicile parental, mensonges fréquents, opposition aux parents, cruauté physique envers des animaux ou des personnes (incitation à la bagarre, coups et blessures, voire

homicide), utilisation d'armes susceptibles de blesser les gens (un couteau, une bouteille cassée, une brique et parfois une arme à feu), délinquance (délits, vols de sacs à main...), problèmes avec la justice (plusieurs arrestations, tribunal pour enfants pour cause d'inconduite), rapports sexuels précoces et fréquents au cours de relations épisodiques, avec agressivité, ivresses répétées, abus et trafic de drogue.

Méconnaissance et non-respect des normes et des contraintes sociales, avec violation des droits des autres, incapacité au respect des normes sociales, transgression de la loi, fréquence des conduites antisociales (vols répétés, ivresse et abus de drogues répétés, vandalisme, bagarres, prostitution...) avec arrestations et condamnations multiples. A un degré moins important on constate des conduites à risque : conduite automobile en état d'ivresse ou excès de vitesse, conduites sexuelles à hauts risques (partenaires multiples, rapports sexuels non protégés), sports dangereux, etc.

Impossibilité de vie en communauté (service militaire, par exemple), refus de toute discipline.

Instabilité professionnelle avec incapacité d'exercer une profession régulière : changements fréquents d'emploi, chômage prolongé, absentéisme, abandon de plusieurs emplois sans avoir un nouvel emploi en vue.

Incapacité à respecter des engagements financiers, avec accumulation de dettes.

Incapacité à suivre un projet de vie, instabilité pour planifier ou prévoir l'avenir, absence d'adresse fixe avec fréquence de vagabondage et clochardisation.

Tentatives de suicides fréquentes répondant à des motivations complexes (appel, provocation, impulsivité, agitation élastique, etc.) sans réel désir de mort (absence de contexte dépressif).

Promiscuité, incapacité à s'attacher de façon durable à un partenaire sexuel.

Vagabondage et clochardisation.

Toxicomanie, automédications, prostitution.

Complications somatiques fréquentes d'une toxicomanie, d'un alcoolisme, d'une infection à HIV, des conséquences des passages à l'acte agressifs (fractures, tentatives de suicide, etc.).

Contact : charme superficiel, tendance à la séduction avec manipulation, attitude de résignation, impression de sympathie immédiate, tendance à la mythomanie.

Impulsivité majeure avec agressivité : le sujet ne peut retarder l'accomplissement d'un désir ou anticiper les conséquences de ses actes. Il devient agressif au moindre obstacle ou frustration (angoisse " agie "), d'où la fréquence de manifestations caractérielles (colère, opposition, agitation élastique, etc.) et de passages à l'acte hétéro- et/ou auto-agressif, bagarres et agressions répétées et non justifiées par la légitime défense (le plaisir de faire le mal).

Manque d'empathie avec indifférence affective et froideur des affects : mépris des sentiments des autres, égocentrisme et opinion orgueilleuse de soi, insouciance d'autrui, négligence d'un enfant à charge, immaturité affective, le sujet établit facilement des relations qui se limitent aux satisfactions immédiates, il est incapable de maintenir des relations durables.

Absence de remords, de culpabilité et de honte.

Dysphorie : sentiment de vide, d'ennui, de rejet et d'insatisfaction oscillant avec un optimisme et une exaltation de l'humeur viabilité thymique). Ces fluctuations de l'état thymique sont souvent accompagnées d'angoisse massive, d'agitation psychomotrice avec risque de passage à l'acte hétéro- et/ou auto-agressif.

Appétences toxicophiliques.

Article 6 - La personnalité borderline

Impulsivité et imprévisibilité dans plusieurs domaines : dépenses inconsidérées, conduites sexuelles impulsives et parfois déviantes, chaotiques, ruptures sentimentales, usage de drogue ou d'alcool, vols, actes mettant le sujet en danger (tentatives de suicide, automutilations, toxicomanie), accès de violence, bagarres, accidents répétés, délinquance.

Relations interpersonnelles instables et intenses, avec changements brutaux d'attitude, passage rapide de l'idéalisation à la dévalorisation de l'autre, fréquence des manipulations (utilisation de l'autre à des fins personnelles), relations d'étayage, de soutien, avec un trouble de la distance (tout ou rien).

Dépendance affective : besoin d'affectivité, de réassurance et de soutien par peur intense d'être abandonné. La solitude lui est pénible, il tente de l'éviter, sinon il retrouve le sentiment de vide et d'ennui.

Instabilité affective avec passage brutal à une humeur dépressive, accès de colère mal contrôlé ou, plus rarement, une exaltation de l'humeur à type d'hypomanie.

Fond permanent d'anxiété avec mauvaise humeur, irritabilité, sthénicité hostile (tension intérieure).

Absence de remords et de sentiment de culpabilité ou de honte.

Troubles de l'identité (sexuelle, sociale, morale), manifestés par une incertitude concernant l'image de soi, l'identité sexuelle, les amitiés, les valeurs...

Épisodes psychotiques souvent induits par la prise de drogues ou déclenchés par un abandon réel ou imaginaire. Ils se caractérisent par un sentiment de persécution, une dépersonnalisation avec troubles du schéma corporel, un syndrome dissociatif et parfois des hallucinations.

Article 7 - La personnalité narcissique

Surestimation de soi, confiance en soi sans limites. Le sujet pense être unique, surestime ses capacités, il a le sentiment que tout lui est dû. Alternance entre surestimation de soi et autodévalorisation.

Besoin excessif d'être admiré, besoin constant quasi exhibitionniste d'attention et de se mettre en avant, le sujet demande à être reconnu (souvent par des gens de haut niveau) comme exceptionnel. Il existe un amour du commandement et de la domination.

Ambitions démesurées avec fantaisies de beauté, de pouvoir et d'amour idéal, de façon illimitée, le sujet voulant réussir à tout prix (abus d'autrui). Souvent alternance entre l'idéalisation excessive et la dévalorisation de l'autre.

Contact hautain avec intolérance à la critique.

Manque d'empathie avec mépris des sentiments des autres.

Troubles sexuels à type d'abstinence, d'échecs dans les relations hétérosexuelles, avec tendance à l'homosexualité.

Article 8 - La personnalité schizoïde

Attitude de repli avec désintérêt relatif pour le monde extérieur et préférence des activités solitaires, goût de l'isolement et détachement du milieu ambiant avec carence de contact avec le monde extérieur. Solitaire, rêveur, timide (avec une certaine froideur) et préoccupé par l'imaginaire. La vie intérieure est préférée à l'exigence sociale.

Pauvreté des relations interpersonnelles avec introversion, émoussement affectif, contact distant, il est solitaire et réservé, indifférent aussi bien aux éloges qu'à la critique. Il y a une absence de chaleur et de sentiments pour les autres (froideur affective), le sujet n'a pas d'ami proche. Cette désertion des contacts sociaux est accentuée par les déceptions et les frustrations.

Indifférence de surface (hermétisme de façade) masquant une hypersensibilité teintée d'ambivalence.

Incapacité à éprouver du plaisir, absence du désir sexuel.

Absence d'excentricité de parole, celle-ci est vague et imprécise, avec rationalisation à la limite de la morbidité et de l'abstractionnisme.

Vie imaginaire intense mais bizarre avec tendance à l'ésotérisme, à l'idéalisme doctrinaire, avec refuge dans un monde d'abstractions, préoccupations philosophiques et théologiques abstraites et confuses.

Article 9 - La personnalité schizotypique

Retrait social avec isolation, adaptation sociale difficile et détachement du milieu ambiant, les contacts sociaux sont limités aux obligations quotidiennes, le sujet est souvent incurique.

Tendance à la rêverie et à l'abstraction avec superstition (télépathie, voyance, sixième sens...) ; le sujet croit posséder des pouvoirs spéciaux, (pensée magique), croyances bizarres.

Idées de référence sans conviction délirante.

Parfois idées de persécution.

Sentiment de présence d'une force ou d'une personne absente, idées de dépersonnalisation.

Émoussement affectif ou affects inappropriés avec difficultés à une relation interpersonnelle, hypersensibilité à la critique.

Troubles du langage : pauvreté du langage avec manque du mot mais aussi néologismes, agrammatisme (syntaxe inhabituelle) ; le langage est vague, digressif, métaphorique mais sans incohérence.

Parfois troubles de la perception, surtout sous forme d'illusion.

Troubles du comportement à type de bizarreries avec soliloquie et maniérisme gestuel.

Parfois dépersonnalisation ou déréalisation.

Article 10 - La personnalité évitante ou anxiophobique

Attente anxieuse permanente s'accompagnant d'un état constant de tension et entraînant une asthénie importante avec parfois symptômes phobiques, surtout phobies sociales (peur de parler en public et/ou d'être jugé si l'on s'exprime).

Hyperexcitabilité avec hyperémotivité, labilité émotionnelle, irritabilité, sensibilité aux frustrations même minimes, souvent accompagnée d'une hypertonie musculaire, une exagération des réflexes ostéotendineux, une tachycardie et une dyspnée au moindre effort.

Vision pessimiste du monde : personnes tristes, se complaisant volontiers dans un imaginaire morbide, attendant sans cesse des malheurs redoutés, à l'origine un sentiment d'incapacité, d'infériorité et d'insécurité qui explique la tendance dépressive fréquente.

Inhibition, isolement, timidité, blocages, refus des responsabilités, paresse : cherche continuellement à s'effacer, à éviter les situations angoissantes. Cela peut l'amener à réduire considérablement ses activités (adynamisme), ses relations et représenter une gêne permanente dans sa vie sociale et professionnelle (conduites d'évitement : fuite manifeste devant une situation angoissante, réactions d'échec avec repli et pessimisme, évitement des relations sociales). Parfois, au contraire, on constate une hyperactivité avec comportement de défi et suroccupation. Le sujet s'oblige à affronter ce qu'il a envie de fuir. Conduites de surcompensation : défis " sports à haut risque ", fuite en avant, affrontements des situations redoutées, conduites de réassurance *a minima* avec aménagement de conditions rendant l'angoisse supportable.

Faible estime de soi.

Article 11 - La personnalité dépendante

Peur excessive de la séparation et de l'abandon, avec recherche permanente du soutien des autres et besoin d'être constamment réassuré.

Faible estime de soi, avec sentiment de manque d'énergie et d'impuissance quand le sujet se trouve seul par crainte d'être incapable de se débrouiller.

Difficultés à prendre des décisions, le sujet permet aux autres (souvent une personne précise) de prendre des décisions à sa place.

Soumission excessive à la personne dont le sujet dépend pour ses propres besoins, il supporte toutes sortes de maltraitances (verbale, physique, sexuelle) pour maintenir ce lien.

Chapitre 3. Les syndromes spécifiques d'une culture donnée (désordres ethniques)

(Texte rédigé par le Dr **Géo** Lehene, ethnopsychiatre.)

L'importance de cette approche s'explique par le fait que les professionnels de la santé mentale sont confrontés, de plus en plus souvent, au fait de soigner des sujets appartenant à d'autres cultures, et pourraient rencontrer ainsi des difficultés en appliquant des critères diagnostiques univoques dans un contexte interculturel, à l'intérieur duquel les symptômes s'inscrivent dans des métapsychologies culturelles fondées sur de véritables théories étio-pathogéniques.

La taxinomie psychiatrique distingue les classifications syndromiques et les classifications typologiques.

Les classifications *syndromiques* reposent sur des associations de signes permettant d'assurer des regroupements syndromiques. Mais, bien qu'elles contribuent à l'élaboration d'une sémiologie à haute valeur opérationnelle et à ambition universelle, elles ont des effets réducteurs quant à la prise en compte de la spécificité culturelle des troubles psychiques. Les classifications *typologiques* décrivent des troubles à partir de processus psychologiques supposés étiologiques

et/ou pathogéniques. Ces classifications sont " orientées " vers l'existence d'un trouble manifeste et non pas vers l'existence des signes, le trouble restituant au symptôme son sens et sa fonction.
On ne peut que remarquer à quel point les difficultés liées à la classification des troubles touchent aux fondements mêmes de la pratique psychiatrique actuelle, puisqu'il s'agit de définir un cadre cohérent et des critères sans ambiguïté, nécessaires à l'établissement d'un diagnostic.

Dans la biomédecine occidentale, la plupart des praticiens trouvent le plus souvent des repères au niveau de la symptomatologie, des effets perceptibles des troubles, et rarement agissent au niveau étiologique, c'est-à-dire au niveau des causes qui engendrent les troubles, et cela soit parce que la cause même n'est pas connue, ou n'est proposée qu'à titre d'hypothèse, soit parce que la biomédecine actuelle n'a pas trouvé les moyens d'agir sur cette cause.
Dans les sociétés non occidentales, on observe l'existence d'une disjonction entre l'ordre des causes et l'ordre des effets ; l'action thérapeutique s'adresse à deux niveaux :

- niveau symptomatique, pour permettre d'enrayer les signes visibles ;
- niveau étiologique, pour permettre d'agir sur leur origine.

Les syndromes spécifiques d'une culture donnée *(Culture Bound Syndroms)* pourraient être considérés comme des entités organisées par cette même culture.

Or, bien qu'un sujet utilise cette voie sémantique pour exprimer un trouble sous une forme manifeste, perceptible, **en dehors de son cadre culturel la démarche diagnostique risque de modifier l'expression symptomatique** (le sujet tend à minimiser ou, au contraire, à dramatiser l'expression symptomatique, ou à ne pas l'exprimer). Dans ce cas, le symptôme est faussement perçu, car il est **décontextualisé** (il n'est pas entendu dans sa signification sociale).
On peut toujours tenter de considérer la terminologie " locale " des désordres ethniques, comme une condition *sine qua non* du départ, mais c'est sa traduction qui fait obstacle et non pas son interprétation ! Tout ce qui est de l'ordre de l'explicite (l'ethnotaxinomie) reste confronté avec tout ce qu'il y a d'implicite, codé par le processus d'**enculturation.**

L'enculturation est une véritable incarnation de la culture dans le sujet, qui passe par les techniques du corps, à travers la langue, l'éducation, les disciplines du groupe qui transmettent à chacun des sujets du groupe les modèles de conduite et d'inconduite, les normes et les systèmes de valeurs caractérisant une culture donnée.
On comprend alors pourquoi le modèle culture externe / culture vécue est plus que jamais d'actualité ; le cadre culturel interne d'un sujet, véritable matrice de sens, pour pouvoir rester fonctionnel, doit s'appuyer sur un cadre culturel externe, un groupe social et culturel vivant, car c'est bien là le lieu où situer ce que nous avons reçu !
En ce qui concerne les syndromes spécifiques d'une culture donnée, ce sont rarement les symptômes qui jouent un rôle discriminant, mais bien souvent un ensemble d'hypothèses étiopathogéniques dont la logique reste soumise à des principes différents de ceux des taxinomies actuelles.

Certes, la sémiologie des troubles psychiques, fondée sur l'observation, implique les normes de la culture où elle est née. Si l'on admet l'idée que la culture, dans sa diversité, constitue une clef dans la compréhension clinique des désordres ethniques, on se confronte alors à un véritable obstacle épistémologique ; nous devons accepter l'idée de l'enracinement de la psychopathologie dans la culture. Ainsi, les syndromes spécifiques d'une culture donnée constituent des véritables institutions sociales, et ce " n'est pas donner une explication satisfaisante que de considérer des institutions culturelles comme pathologiques au départ mais c'est restituer la plus grande partie d'une telle pathologie en des termes sociaux ".
La grande attention que les psychiatres japonais accordent à l'étude des phobies sociales soulève une question qui peut se poser pour chaque syndrome spécifique d'une culture donnée : quel est le type de relation qui s'établit entre les manifestations symptomatiques et le cadre culturel dans lequel elles apparaissent ? Une tentative de réponse passe par l'étude sémantique décrivant les connexions auxquelles un même mot renvoie dans le domaine étiologique, comme dans celui des manifestations symptomatiques. Il ne serait plus suffisant d'étudier le refoulement dans la mise en forme des symptômes, mais de décrire et de comprendre le caractère inconscient des différentes théories étiologiques traditionnelles.

Citons certaines de ces théories étiologiques :
- la possession par un génie, un démon, un ancêtre ;
- les philtres d'amour et de haine ;
- les envoûtements et maraboutages ;
- la frayeur et la perte d'âme ;
- les transgressions de tabous ;
- l'attaque par un sorcier cannibale.

Possession par un génie, un démon, un ancêtre

Le syndrome d'appel consiste en une rétraction des fonctions de communication avec l'environnement :
- mutisme ;
- isolement ;
- anorexie ;
- aboulie ;
- apathie ;
- apragmatisme.

D'autres signes pathognomoniques sont souvent associés :
- blocage des fonctions d'excrétion (anurie, constipation) ;
- lésions de la peau (démangeaisons, boutons) ;
- impression de détachement des membres.

On peut constater que les relations entre cette série de symptômes et la théorie étiologique qui prétend qu'un être surnaturel a pris possession du malade ne sont pas explicites.

Philtres d'amour et de haine

Le syndrome d'appel comporte :
- un état d'apathie ;
- sentiment de tristesse, idées dépressives ;
- impuissance sexuelle.

L'étiologie par les philtres d'amour et/ou de haine est éminemment relationnelle et permet d'évoquer et de décrire les caractéristiques du **désir de mort** de l'autre.

Envoûtements et maraboutages (en arabe, *Marbout,* d'où dérive le terme *marabout,* signifie " ligoté ").

Le syndrome d'appel est voisin de celui provoqué par les philtres, mais comporte également des limitations fonctionnelles d'organes ou d'appareils surinvestis : crampes de l'écrivain, vertige du maçon, lombalgie du manutentionnaire...

Frayeur et perte d'Âme

La symptomatologie de la série obsessionnelle, assez rare, est fortement corporéisée. Les tics, les stéréotypies, les compulsions et les idées obsessionnelles sont souvent attribués à la conséquence d'une **frayeur** surnaturelle (ancêtres en colère, âme errante, démons mythiques). Aux symptômes évoqués plus haut, s'ajoutent parfois l'écholalie, l'échopraxie.

Transgression de tabous

Le syndrome d'appel présente une proximité sémiologique avec le syndrome confusionnel :

- onirisme ;
- désorientation temporo-spatiale ;
- déréalisation ;
- dépersonnalisation ;
- hallucinations ;
- amnésie antéro-/rétrograde.

Attaque par un sorcier cannibale

Le syndrome d'appel présente une allure psychotique :

- actes imprévisibles et incohérents ;
- fugues ;
- hallucinations cénesthésiques et auditives ;
- dépersonnalisation ;
- automatisme mental ;
- syndrome d'influence.

Quant aux syndromes spécifiques d'une culture donnée, ils correspondent également à des catégories diagnostiques traditionnelles, et l'on ne retrouve que rarement des équivalences entre un tel syndrome et les critères diagnostiques utilisés en psychiatrie.

Afrique

Des syndromes spécifiques ont été décrits chez les populations yoruba, présentes au Bénin, Nigeria, et, par émigration, au Togo.

Abisinwin : proximité sémiologique avec les manifestations cliniques des psychoses puerpérales.

Afota : troubles visuels de type cécité (proximité sémiologique avec les manifestations sensorielles du syndrome de conversion).

Aire-orunsun : troubles du sommeil (insomnie) associant des crises d'agitation.

Aiyiperi (warapa, giri) : manifestations cliniques de type astasie-abasie, contractures des membres, tremblements, mouvements choréiques, manifestations motrices du syndrome de conversion, suivies d'amnésie élective en fin d'épisode.

Aluro (egba, ategun) : manifestations cliniques de type paralysie du syndrome de conversion (monoplégie, hémiplégie, quadriplégie).

Asinwin : troubles d'allure psychotique caractérisés par la présence d'un syndrome délirant à thèmes de persécution et/ou d'influence, avec risque de passage à l'acte auto-agressif (suicide) ou hétéro-agressif (homicide).

Dmdinrin : manifestations cliniques d'allure schizophrénique à thèmes de persécution, d'influence, de possession, associant repli sur soi.

Gbohungbohun : proximité sémiologique avec la dysphonie du syndrome de conversion.

Inarun : manifestations d'allure hystérique, associant des paralysies au niveau des membres, des atteintes sensitives (anesthésie cutanée).

Ori ode : cénestopathies qui peuvent prendre un caractère hallucinatoire, troubles de la vision (éblouissement), troubles du sommeil (insomnie) et vertiges.

Chez les populations kongo, dans le sud-ouest de la République populaire du Congo et le nord-ouest de la République démocratique du Congo, a été décrit le **Banga (bangu, misala).** Ce syndrome associe des troubles du langage (logorrhée, bégaiement), crises convulsives, crises de pleurs ou rires immotivés, état d'excitation, errances.

Chez les femmes zulu en Afrique du Sud, le syndrome **Ufufunyane (ufufunyana, ufufuyane, ukuphosela, kiesu, saka)** associe des troubles de l'activité onirique (cauchemars) sur un fond d'anxiété, suivis des manifestations hystériques du syndrome de conversion (contractures et paralysies des membres, cécités, évanouissements, mouvements choréiques, cathiémophrénose - " gros ventre hystérique ", bégaiement).

On pourra citer encore deux syndromes présents en Egypte, Ethiopie et Soudan :

Rabt : anxiété provoquée par la crainte de développer l'impuissance sexuelle suite à une attaque sorcière.

Zâr : le sujet pense être possédé par des esprits, des êtres invisibles, et il danse, crie, pleure, chante et/ou refuse de manger (sitiophobie).

Asie (Malaisie, Indonésie)

Les syndromes suivants ont été décrits chez les populations originaires de Malaisie et Indonésie.

Amok (cafard, cathard, soudanite, colera, gila mengamok, ngamok, gila besi) : manifestations d'un syndrome dissociatif associant un état d'agitation délirante, à thématique de persécution, combiné à un syndrome d'automatisme mental. Le sujet peut présenter un ictus amnésique au moment de la crise.

Bebainan : proximité sémiologique avec l'attaque de panique, associant des passages à l'acte agressifs et des fugues semi-conscientes.

Buduh kedewandewan : le sujet a le sentiment d'être possédé, d'être le messager d'une divinité ; il prie et médite sans pouvoir s'arrêter.

Gila babi : crises névropathiques (crises d'épilepsie " psychique ").

Gila bejako : proximité sémiologique avec les manifestations du syndrome dissociatif, associant mutisme et hermétisme.

Gila buatan orang (gila kena hantu) : états d'agitation délirante associant des hallucinations auditives à thème de persécution.

Gila ilmu (gila mangaji, gila isin, gila untak, gila urak) : syndrome attribué à un excès de concentration, s'exprimant par des troubles des conduites instinctuelles (insomnie, sitiophobie).

Gila kejubong : manifestations d'exhibitionnisme et rires immotivés.

Gila merian : proximité sémiologique avec le syndrome du " post-partum blues ", ou le " syndrome du 3e jour " après l'accouchement, associant insomnie et dysmnésie.

Otak miring : manifestations du syndrome démentiel.

Asie (Corée)

En Corée, deux syndromes sont souvent évoqués :

Hwa-byung (wool-hwa-byung) : manifestations proches de l'attaque de panique.

Shin-byung : plaintes psychosomatiques associant : état de fatigue, insomnie, anorexie, anxiété et hallucinations visuelles, attribuées à la possession par les esprits des ancêtres.

Asie (Japon)

Taijin kyofusho (shinkeishitsu) : manifestations phobiques (anthropophobie), qui concernent certains sujets craignant que leur corps, une partie de leur corps ou le fonctionnement de leur corps ne déplaise à l'entourage. On distingue ainsi :

- l'**éreutophobie** (la peur de rougir en présence d'autres personnes) ;
- la **dysmorphophobie** (la crainte d'être laid(e)) ;
- l'**autodysosmophobie** (la crainte de dégager une mauvaise odeur) ;
- la **phobie du regard** (phobie qui débute à la puberté pour disparaître vers la trentaine, et qui consiste à avoir peur de regarder les autres, parce que le regard pourrait être jugé comme indiscret, provoquant).

Wagamama : troubles de l'affectivité caractérisés par des mouvements contradictoires (appels à l'aide suivis de refus), négativisme, paramimies, ponctués par des accès de colère.

Sud-Est asiatique

Dans le Sud-Est asiatique, des manifestations syndromiques spécifiques touchent les populations d'origine chinoise et/ou d'origine hindoue.

Dhat (jiryan, sukra prameha, shen-k'uei) : état anxieux majeur organisé sur un mode hypocondriaque, associant des troubles sexuels (éjaculation précoce, impuissance sexuelle) ; le sujet accuse une sensation de fatigue, d'épuisement, suite à la perte de sperme lors des rapports sexuels ou de la masturbation.

Hsieh-ping (windigo) : manifestations du syndrome dépressif et du syndrome anxieux, associant glossolalie et hallucinations visuelles et auditives.

Koro (shook yong, shuk yang, su yang, suo yang, suk yeong, rok-joo) : crise d'angoisse aiguë liée à la crainte du sujet que le pénis ne se retire pas dans l'abdomen, provoquant ainsi la mort.

Latah (imu, ikota, ihota, ilota, olan, mali-mali, misala, bah-tsi, bah-tschi, baah ji, amurakh, pibloktok, silok) : proximité sémiologique avec le syndrome catatonique, qui associe des phénomènes témoignant d'une hypersuggestibilité suivant une réaction de sursaut et de stupéfaction provoquée par une frayeur soudaine, une échomimie, une échopraxie, une écholalie.

Pa-feng : anémophobie ou phobie du vent (associé à **pa-leng).**

Pa-leng : phobie du froid, se manifestant chez le sujet par un habillement excessif.

Phii pob : sentiment d'être possédé(e) par un esprit ; le sujet présente un engourdissement des membres avec chutes suivies des manifestations de type convulsif, cris, pleurs, verbigération.

Au Bengale, en Inde, chez les femmes veuves est décrit le **Suchi-bai,** qui présente une proximité sémiologique avec le syndrome obsessions-compulsions (rituels de lavage, vérifications...).

Dans le **Pissu,** au Sri Lanka, le sujet présente des manifestations d'un syndrome dissociatif attribuées à la possession par un esprit, associant des hallucinations visuelles, auditives, cénesthésiques et douleurs épigastriques (" brûlures d'estomac ").

Amérique latine

Termc indigenc (cspagnol ou quechua)	**Sens**	**lnterprétation**	**Symptomatologie**
Susto	Peur magique	Perte de l'âme	Dépression, crise, convulsions
Aire	**Air. vapeur**	**Empoisonnement par émanation d'une tombe**	**Eczéma, épilépsie, hystérie**
	Eau	Effet du froid	Pneumopathie cardiopathie
Chucaque	**Honte**	**Effet de l'émotion**	**Nausées, douleurs abdominales**
Colerina	Colère	Effet de l'émotion	Dégoût, nausées, fièvre
Kaika		**Transgression d'un interdit**	**Malaise général**
Dano		Conséquence de la magie	Toute maladie possible
Ticradura		**Le coeur est déplacé par un choc**	**Fatigue, malaise**
Lastimadura		Un os est déplacé	Fatigue, douleur, malaise
Mal de-Ojo	**Mauvais oeil**	**Envoûtement**	**Amaigrissement. nausées, insomnies**
Irijua		Effet de la jalousie ou du sevrage	Maladie de l'enfant
Yagua		**Traumatisme de la femme enceinte**	**Maladie du nou-veau né**

- « NOSOGRAPHIE » DES INDIENS QUECHUAS -

Kaika : symptomatologie dysthymique, proximité sémiologique avec la dépression masquée, associant anorexie, amaigrissement et insomnie ; décrit au Pérou.

Pataletas : accès de colère suivis de cris et hurlements, chutes, conduites agressives ; décrit au Chili.

Pension (melancholia) : manifestations du syndrome dépressif et du syndrome anxieux ; décrit au Chili.

Susto (espanto, saladera, lanti, mogo laya, haak-tsan, womtia, narahati) : manifestations d'anxiété, irritabilité, troubles des conduites instinctuelles (anorexie, insomnie, troubles sexuels), troubles digestifs (diarrhées, nausées et vomissements), sueurs, frissons, tremblements, attribuées à la perte de l'âme suite à une frayeur ; décrit chez les populations d'origine andine et d'Amérique centrale.

Tabacazo : raptus anxieux dans le cadre d'un syndrome confusionnel ; décrit au Chili.

Livre VIII

L'iatrogénie liée aux thérapeutiques psychotropes

Important

La symptomatologie iatrogène est importante à connaître tant sur le plan thérapeutique pour adopter les attitudes visant à prévenir, diminuer, voire supprimer les symptômes indésirables, que sur le plan purement diagnostique. En effet les deux champs sémiologiques, symptomatologie iatrogène et symptomatologie psychiatrique, s'intriquent. Par exemple, un certain nombre de symptômes psychiatriques gênants disparaissent sous l'effet d'un traitement tandis que parallèlement d'autres symptômes apparaissent ou s'intensifient.

De plus, il est important de distinguer les symptômes indésirables liés aux propriétés pharmaco-cliniques du médicament et ceux liés à la maladie elle-même. Dans les deux cas, l'examen doit distinguer la symptomatologie psychique et les effets somatiques (neurologiques, endocriniens, etc.).

La thérapeutique biologique est l'un des piliers essentiels du soin psychiatrique aux côtés de l'axe psychothérapique et du cadre social (soutien dans tous les domaines de la vie quotidienne).
Si la connaissance de ses effets délétères est indispensable pour toute pratique psychiatrique, elle ne doit pas occulter l'existence d'effets délétères propres aux autres types de prises en charges psychiatriques. Chaque technique psychothérapique connaît ses propres limites, ses contre-indications et ses possibles effets nocifs. De la même façon la simple hospitalisation au long cours de certains patients présentant une symptomatologie marquée (délire, dissociation, troubles du comportement, etc.) peut être par elle-même à l'origine de signes déficitaires d'installation progressive (régression psychique, repli sur soi, etc.) rassemblés sous le terme d'" hospitalisme ".

Chapitre 1. Les effets indésirables des neuroleptiques classiques

Article 1 - Définitions cliniques des neuroleptiques et des antipsychotiques atypiques

Les antipsychotiques représentent une catégorie de psychotropes ayant des propriétés pharmacologiques diverses.

L'effet sédatif est fréquent, mais il n'est pas nécessaire pour parler d'antipsychotique. La plupart des tranquillisants sont sans effet antipsychotique.

Les antipsychotiques sont des médicaments actifs sur la symptomatologie délirante (syndrome délirant), dissociative (syndrome dissociatif). Certains d'entre eux répondent aux critères de définition des neuroleptiques (ci-dessous), d'autres répondent aux critères de définition des antipsychotiques atypiques.

1.1 - Définitions des neuroleptiques

Cinq critères psychophysiologiques de l'action des neuroleptiques (Delay et Deniker) :

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice :
  - diminution de l'initiative motrice spontanée et provoquée ;
  - rareté et lenteur des mouvements ;
  - hypo ou amimie ;
  - indifférence psychique ; neutralité émotionnelle ;
  - tendance à la catalepsie ;
  - inhibition des réflexes conditionnés.
- Efficacité sur l'excitation et l'agitation :
  - sédation de l'excitation maniaque ;
  - sédation de l'agitation psychotique ;
  - efficacité sur l'agressivité et l'impulsivité.
- Réduction progressive des troubles psychotiques aigus et chroniques :
  - action antidélirante ;
  - action antihallucinatoire ;
  - action anticonfusionnelle ;
  - action désinhibitrice ou stimulante dans la schizophrénie.
- Apparition de syndromes extra-pyramidaux et végétatifs :

- syndrome akinétique ou hyperkinétique ;
- hypertonie ; rigidité extra-pyramidale ;
- tremblements, dyskinésies ;
- action anti-émétique ;
- hypotension artérielle ; constipation ; sécheresse des muqueuses (hyposialorrhée) ; modification de la régulation thermique.

• Effets dominants sur les structures cérébrales sous-corticales :
- participation à l'efficacité de l'action antipsychotique et à l'apparition d'effets indésirables.

Les effets psychiques des neuroleptiques peuvent être distingués en fonction du délai d'apparition et de leur durée :

• Effets précoces :
- action sédative ;
- action antimaniaque, anti-agressive ;
- action antipsychotique dans les épisodes aigus ;
- action désinhibitrice (aux faibles doses).

• Effets prolongés :
- diminution de l'intensité et de la fréquence des recrudescences délirantes, et érosion de la symptomatologie psychotique ;
- diminution de l'activité délirante avec enkystement du délire ;
- diminution de la réaction affective au délire : réduction de la tension passionnelle ; de la conviction délirante (revendication...) ;
- apparition d'une indifférence psychique ou maintien de l'activité désinhibitrice.

1.2 - Définition des antipsychotiques atypiques

Nouvelle catégorie de psychotropes ayant un effet antipsychotique puissant et distinct des neuroleptiques en raison de leur bonne tolérance (peu d'effets indésirables) et de leur efficacité égale ou supérieure à celle des antipsychotiques classiques.

Les antipsychotiques conventionnels ou les neuroleptiques ont tendance à produire des effets secondaires neurologiques. Autrement dit les effets extrapyramidaux sont inévitablement associés aux effets thérapeutiques des neuroleptiques. Par ailleurs les antipsychotiques atypiques se distinguent des neuroleptiques par la faible induction d'effets secondaires neurologiques. Certains auteurs ont proposé plusieurs critères d'atypicité :

une faible incidence d'effets extrapyramidaux (critère essentiel) ;
une augmentation de la prolactine à un degré moindre par rapport aux neuroleptiques (ce qui ne veut pas dire moins d'effets secondaires endocriniens) ;
une efficacité supérieure sur la symptomatologie dite négative de la schizophrénie (apragmatisme, clinophilie, aboulie).

Article 2 - Les effets liés aux propriétés pharmaco-cliniques

En raison de leur action pharmacologique au niveau de divers récepteurs (dopaminergiques, cholinergiques, adrénergiques...), les neuroleptiques induisent divers et multiples effets indésirables qui doivent être reconnus, distingués de la symptomatologie propre à la pathologie et traités, corrigés, voire prévenus.

2.1 - Les effets psychiques

- Sédation avec somnolence diurne : moins fréquente avec les antipsychotiques incisifs et polyvalents, elle se rencontre souvent au début du traitement.
- Effets cognitifs : à court terme les antipsychotiques entraînent une certaine amélioration des fonctions cognitives et attentionnelles. A long terme on constate parfois des troubles de la coordination motrice et des troubles mnésiques. La survenue d'un état confusionnel est rare. II se produit principalement en début de traitement notamment chez des sujets âgés ou ayant des antécédents neurologiques. Cet état confusionnel est apyrétique (à la différence du syndrome malin où la fièvre est un critère primordial) et accompagné d'une activité onirique. La confusion peut être liée aux effets anticholinergiques centraux. En ce cas elle est caractérisée par une désorientation temporo-spatiale, une activité hallucinatoire (souvent visuelle), une agitation psychomotrice, une mydriase et parfois des crises convulsives. La fièvre fait partie du tableau clinique.

2.2 - Les effets neurologiques

Effets extra-pyramidaux précoces

Dyskinésies aiguës :

- Contractions toniques, involontaires et incoercibles, localisées à certains groupes musculaires.

apparaissent en début de traitement, plus fréquentes avec les neuroleptiques à faible puissance (en terme d'équivalent chlorpromazine) ;
plus fréquentes chez l'homme et chez le sujet jeune, typiquement chez un homme de moins de 40ans ;
parfois apparition après plusieurs semaines ou mois de traitement, lors d'une réduction posologique ou au décours d'un traitement neuroleptique retard ;
peuvent se produire après une seule prise de neuroleptique même à faible dose (elles se rencontrent parfois chez les enfants qui ont reçu une petite dose de neuroleptique pour une indication non psychiatrique telle que la nausée) ;
crises dystoniques : contractures musculaires soudaines et prolongées concernant n'importe quelle partie du corps mais le plus souvent :

- globes oculaires :
  - crises oculogyres avec plafonnement du regard (latéralement vers le haut) et hyperextension de la tête ;
  - révulsion des yeux ;
  - blépharospasme (occlusion forcée des paupières).
- zone bucco-linguale :
  - trismus : contracture permanente des muscles masticateurs aboutissant à une ouverture irréductible de la bouche avec protrusion de la langue ;
  - difficultés de déglutition avec hypersalivation ;
  - dystonie glossopharyngée entraînant une dysarthrie.
- musculature axiale :
  - torticolis spasmodique ou rétrocolis ;
  - rotation du tronc, scoliose, hyperlordose ;
  - hyperextention des membres ;
  - opisthotonos : hyperextension du tronc et de la nuque ;
  - cas particulier de dystonie laryngée : elle provoque des troubles respiratoires et peut mettre la vie du patient en danger.

parfois simples mouvements anormaux de succion ou de mastication, ou simples contractures musculaires, plus gênantes que douloureuses ;

- plus souvent avec neuroleptiques désinhibiteurs ou polyvalents ;
- ces dyskinésies aiguës sont accompagnées d'une angoisse massive, elles sont douloureuses (d'où la nécessité d'un traitement correcteur bien qu'elles soient susceptibles de disparaître spontanément).

Syndrome parkinsonien iatrogène :

Il survient chez 15% des patients sous neuroleptique entre 5 et 90 jours après l'introduction du traitement, il touche typiquement les femmes de plus de 40 ans.

- **Bradykinésie :**
  - difficultés dans l'initiation du mouvement ;
  - lenteur du geste, de la marche ;
  - mimique peu expressive, faciès figé (mask-like) ;
  - perte des mouvements automatiques comme le balancement des bras au cours de la marche, posture parkinsonienne (tronc penché en avant, marche à petits pas).
- **Hypertonie plastique de repos** : c'est une rigidité musculaire, elle cède par à-coups (signe de la roue dentée).
- **Tremblement** : associe un tremblement d'action (tremblement intentionnel) de fréquence élevée (8 à 12 cycles/s), et un tremblement de repos (4 à 8 cycles/s), on constate parfois des tremblements périoraux.
- Parfois **apathie** (appelée aussi ataraxie, elle correspond à une indifférence à l'environnement) avec émoussement affectif ; trouble postural : flexion de la tête et du tronc (attitude courbée) ; démarche instable ; hypersalivation.

Syndrome hyperkinétique :

- **Akathisie :**

Il s'agit d'une impatience motrice, la sensation subjective d'une gêne musculaire. Elle se caractérise par un besoin permanent de bouger. Le patient est souvent agité, il piétine, se lève et se rassoit sans cesse, il est d'une humeur morose. L'akathisie est souvent confondue avec l'agitation psychotique mais elle s'aggrave après l'augmentation de la dose des neuroleptiques.

- le plus fréquent des effets secondaires extra-pyramidaux ;
- difficulté de rester dans une même position (assise, allongée ou debout) ;
- impatience motrice ;
- sentiment d'inconfort, vécu désagréable.

- **Tasikinésie :**
  - déambulation forcée : impossibilité de rester en place. Il s'agit de la forme extrême de l'akathisie.

Syndrome akinéto-hypertonique avec rigidité musculaire, maintien des attitudes, tremblement lent de repos et d'attitude, hypersialorrhée (salivation excessive).

Effets extra-pyramidaux tardifs : dyskinésies tardives :
Les dyskinésies tardives sont caractérisés par des mouvements anormaux, involontaires, irréguliers, choréoathétosiques liés à une consommation chronique (de plus de 2 ans) de neuroleptiques. Les antipsychotiques atypiques sont théoriquement moins susceptibles de provoquer une dyskinésie tardive.

- **Aspects cliniques :**
  - anosognosie, le sujet est souvent indifférent à ses troubles ;
  - mouvements involontaires, rythmés, répétitifs, sans but concernant : la région bucco-linguo-masticatrice (la région la plus concernée) : mouvements de mâchonnement, de mastication, protusion de la langue, soufflements, grimaces, syndrome du lapin *(rabbit syndrome)* : apparaissant quelques mois après l'administration du traitement se traduit par un tremblement fin et rapide des lèvres et de la région périorale ; les membres et le tronc : mouvements choréo-athétosiques, balancement du tronc, danse du ventre, dandinements, piétinements, rotation du tronc, torticolis, rétrocolis ;
  - parfois dyskinésies digestives pouvant affecter le réflexe pharyngé ou causer une dysphagie.
  - parfois atteinte de la musculature respiratoire pouvant causer une irrégularité respiratoire, une tachypnée.
- **Modes d'apparition :**
  - soit insidieusement au cours du traitement, les femmes âgées sont plus à risque ;
  - soit lors de la diminution ou de l'arrêt du neuroleptique ;
  - plus souvent imputables à l'utilisation de neuroleptiques polyvalents ;
  - diminuent au cours du repos et du sommeil, de la parole et du geste volontaire, l'intensité des symptômes peut varier au cours d'une même journée.

- Mouvements involontaires de la région bucco-linguo-masticatrice, du tronc ou des extrémités sous forme de :
  - mouvements rythmiques, stéréotypés ;
  - mouvements lents, continus (athétoïdes) ;
  - mouvements rapides non répétitifs (choréiformes).
- Apparition des symptômes sous traitement neuroleptique continu (au moins trois mois ou un mois si l'âge est supérieur à 60 ans) ou dans les quatre semaines suivant l'arrêt du traitement.
- Présence des symptômes pendant plus de trois semaines.
- Absence d'autres causes médicales (chorée de Huntington, maladie de Wilson, chorée de Sydenham, hyperthyroïdie, maladie de Creutzfeld-Jakob, hypoparathyroïdie, etc.).
- Absence de troubles neurologiques aigus induits par les neuroleptiques.

- Critères diagnostiques pour les dyskinésies tardives -

Abaissement du seuil épileptogène :

Ondes lentes sur le tracé électroencéphalographique (EEG) avec tendance à l'hypersynchronisme. Rares crises comitiales (morphéiques).

Catatonie léthale : syndrome rare ; survient après une longue durée d'administration de neuroleptiques ; se traduit par une agitation psychomotrice croissante (avec excitation, auto- et/ou hétéro-agressivité, automutilations), une recrudescence délirante avec activité hallucinatoire persistante et une rigidité musculaire accompagnée de négativisme (refus d'aliments, mutisme) avec parfois état de stupeur, signes physiques (fièvre, tachycardie, transpiration profuse, acrocyanose, crises convulsives, cachéxie, coma). Peut évoluer vers la mort.

La catatonie léthale est un syndrome réunissant la catatonie (sous toutes ses formes cliniques), l'hyperthermie et l'instabilité neurovégétative qui en découle. Il s'agit d'un état d'urgence qui non traité peut être mortel. La catatonie léthale n'est pas toujours liée au traitement neuroleptique. Elle se rencontre également chez les patients psychotiques qui n'ont jamais reçu de neuroleptique et dans certaines pathologies organiques notamment l'intoxication au plomb.

On distingue trois phases évolutives de la catatonie léthale :

1. Phase prodomale : elle peut durer entre deux semaines et deux mois (début progressif).

Cette phase comporte :

- des troubles du comportement : négativisme avec fermeture forcée des paupières et mutisme, impulsivité avec crises de violence spontanées (hétéro agressivité) et tentatives de suicide dont les procédés sont souvent bizarres.
- des symptômes psychotiques : activité hallucinatoire et délirante, trouble du cours de la pensée, tachypsychie avec logorrhée (lorsque le patient n'est pas en phase mutique), parfois état oniroïde avec troubles de la vigilance.

2. Phase prodomale : Phase d'hyperthermie :

- instabilité neurovégétative avec fièvre élevée (la température monte rapidement et peut dépasser 40°), tachycardie ou bradycardie, labilité tensionnelle, transpiration profuse.
- agitation psychomotrice avec hétéro agressivité, impossibilité de rester en place, automutilation ou tentatives itératives de suicide.

3. La catatonie léthale proprement dite :

- instabilité neurovégétative avec fièvre souvent supérieure à 40°c, tachycardie avec pouls faible liée à l'hypotension, transpiration profuse.
- rigidité musculaire avec flexibilité cireuse, maniérisme et mouvements stéréotypés, fréquence des écho phénomènes (écholalie, pallilalie, échopraxie). Le patient refuse de manger (ou de boire).
- agitation psychomotrice avec risque de passage à l'acte auto et/ou hétéro-agressif.
- si non traitée au terme d'une semaine la catatonie évolue vers un état stuporeux (stupeur de fatigue avec persistance de l'hyperthermie et des symptômes oniroïdes. A ce stade le patient est souvent cachectique. Le coma succède à la stupeur ; le collapsus cardio-vasculaire (avec rhabdomyolyse) est inévitable.

23 - Les effets métaboliques et neuro-endocriniens

Troubles du cycle menstruel :

- **Dysménorrhée ou aménorrhée.**
  - galactorrhée (syndrome aménorrhée-galactorrhée) ;
  - troubles secondaires à l'hyperprolactinémie provoquée par l'action antidopaminergique des neuroleptiques ;

Gynécomastie : hypertrophie des glandes mammaires chez l'homme, avec éventuelle galactorrhée.

Troubles sexuels :

• Diminution de la libido.
• Impuissance, frigidité.
• Anorgasmie.
• Ejaculation tardive ou précoce.
• Rarement priapisme (érection permanente et douloureuse).

Prise de poids : surtout en début de traitement, parfois importante (supérieure à 10 kg) ; réversible à l'arrêt du traitement.

Troubles de la tolérance glucidique avec hyperglycémie.

2.4 - Les effets neurovégétatifs

Effets anticholinergiques :

• **Effets centraux :**
  - hyperthermie ;
  - confusion mentale, parfois état sub-confusionnel ;
  - possibles convulsions.
• **Effets périphériques :**
  - sécheresse de la bouche (favorise les caries dentaires) ;
  - constipation ;
  - dysurie ou au maximum rétention urinaire (lorsque hypertrophie ou adénome prostatique) ;
  - troubles de la vision : mydriase, troubles de l'accommodation, augmentation de la pression intra-oculaire (glaucome).

Effets alpha-adrénolytiques :

• **Hypotension orthostatique** avec tachycardie réflexe.

2.5 - La toxicité hématologique

• **bénigne :**
• Leucopénie légère et transitoire, avec lymphocytose relative.
• Concerne un tiers des patients traités par phénothiazines.

grave :

• Agranulocytose.
• Apparaît en général entre le 10e et le 90e jour de traitement.

2.6 - Les complications digestives

Hépato-toxicité :

- Hépatite principalement cholostatique, avec la chlorpromazine souvent infraclinique.
- Mécanismes immuno-allergiques et cytotoxiques.
- Ictère rare.

Nausées et vomissements :

- Effet paradoxal en raison de leurs propriétés anti-émétiques classiques.

Complications secondaires aux effets anticholinergiques :

- **Caries dentaires** (par sécheresse de la bouche).
- **Parotidites** (par sécheresse de la bouche).
- Occlusions intestinales, fécalome (par atonie intestinale).

2.7 - Les effets cutanés et oculaires

Réactions allergiques : œdème palpébral, eczéma de contact, voire choc anaphylactique.

Photosensibilité : coloration mauve en aile de papillon au niveau de la face.

- Coloration pourpre, ardoisée du visage.
- Principalement avec les phénothiazines.
- Dépôts pigmentaires cristalliniens, cornéens, voire rétiniens.
- Réactions allergiques.

2.8 - La toxicité cardiaque

Modifications bénignes du tracé d'électrocardiogramme.

Aplatissement de l'onde T, augmentation de l'intervalle QT et PR.

Mort subite : exceptionnelle.

2.9 - Le syndrome malin (voir Art. 3)

Article 3 - Le syndrome malin

Complication grave d'un traitement neuroleptique, c'est une réaction idiosyncrasique (non dose-dépendante, possible après une prise unique) aux neuroleptiques..

- Incidence : environ 1 % des patients sous neuroleptiques.
- Mortalité élevée, de 15 à 20 %.

• Risque plus élevé avec neuroleptiques incisifs et neuroleptiques retards.

3.1 - Le diagnostic positif

Phase d'installation :

• Rapidement progressive.
• Apparition ou augmentation des signes extra-pyramidaux.
• Troubles neurovégétatifs : fièvre, sueurs, pâleur, tachycardie.

Phase d'état :

• **Installation en deux jours.**
• **Signes généraux :**
  - hyperthermie majeure (supérieure à 39°C) inexpliquée (en l'absence de toute autre cause pouvant expliquer cette température élevée), d'augmentation rapide ;
  - déshydratation avec pli cutané, entraînant une hypotension et une tachycardie réflexe ;
  - pâleur intense ;
  - sueurs profuses.
• **Signes neurovégétatifs :**
  - tachycardie ;
  - tachypnée ;
  - hypersialorrhée ;
  - transpiration ;
  - labilité tensionnelle ;
  - incontinence urinaire et/ou fécale ;
  - parfois collapsus cardio-vasculaire.

	SYNDROME MALIN	CATATONIE LÉTHALE
Début	Rapidement progressif sur quelques heures ou quelques jours	Progressif sur quelques semaines avec phase prodromale
Antécédents	Utilisation chronique de neuroleptiques ou arrêt récent et brutal des neuroleptiques	Troubles psychiatriques traités ou non avec les neuroleptiques
Sexe	**H>F**	**F>H**
Hyperthermic	+ + +	+ +
Rigidité musculaire	+ + +	+
Agitation	+ + +	+ + +
Troubles de la vigilance	+ + +	+ + +
Labilité tensionnelle	+ + + (hyper)	+ + + (hypo)
Sudation	+	+
Sialorrhée	+	-
Incontinence	+	-
Augmentation des CPK	+ + +	+
Acidose métabolique	+	-
Leucocytose	+ +	-
Augmentation des transaminases	+	-
Mortalité	10-30%	60%

- **Signes neuromusculaires :**
  - rigidité extrapyramidale très importante ;
  - contractures avec raideur de la nuque ;
  - dyskinésies, surtout crises oculogyres ;
  - crampes ;
  - akinésie : diminution de la motricité ;
  - possibles convulsions ;
  - opisthotonos : hyperextension du tronc et de la nuque.

- **Troubles de la conscience avec éléments confusionnels** : obnubilation, désorientation temporo-spatiale et **hébétude.** Les troubles de la vigilance sont accompagnés de fièvre et de troubles cardio-respiratoires et neuromusculaires.
- **Signes biologiques :**
  - augmentation des CPK (créatinine-phosphokinase) ;
  - myoglobinurie ;
  - hyperleucocytose supérieure à 15 000 globules blancs/1 avec polynucléose ;
  - troubles hydroélectrolytiques ;
  - augmentation de lactate déshydrogénase (LDH) et des transaminases hépatiques (SGOT, SGPT).

3.2 - Diagnostic hautement probable si :

Trois symptômes majeurs	Six symptômes mineurs
Fièvre	Tachycardie
Rigidité	Anomalies tensionnelles
Augmentation sanguine des CPK (créatinine Phosphokinase)	Tachypnée
	Altération de la conscience
	Sueurs profuses
	Hyperleucocytose

Diagnostic hautement probable si présence de :
- trois symptômes majeurs ;
- ou deux symptômes majeurs et quatre mineurs.

3.3 - Les complications

Respiratoires : fausses routes avec pneumopathies et risque d'abcès pulmonaire.

Cardio-vasculaires : troubles du rythme pouvant entraîner une embolie pulmonaire, arrêt cardiaque.

Rénales : rhabdomyolyse et insuffisance rénale aiguë.

Article 4 - Le syndrome de sevrage aux neuroleptiques

Un syndrome de sevrage apparaît lors de l'interruption d'un traitement neuroleptique classique ou lors du passage d'un neuroleptique classique à un antipsychotique atypique.

Ces symptômes sont :

Précoces : ils apparaissent quelques jours après l'arrêt du traitement neuroleptique et sont majeurs pendant la première semaine suivant l'arrêt.

Fugaces : ils disparaissent avant la fin de la seconde semaine.

Modérés : le plus souvent ils ne sont pas évoqués spontanément par le patient.

4.1 - Les symptômes psychiatriques

Réémergence ou aggravation de la pathologie, se manifestant par des symptômes délirants, dissociatifs, et une angoisse. L'insomnie est un symptôme fréquent et parfois le signe d'une décompensation psychotique imminente.

4.2 - Les symptômes neurologiques

Rebond ou révélation d'une dyskinésie survenant en moyenne entre une et quatre semaines après l'arrêt du traitement et disparaissant après plusieurs semaines ; rebond d'une dystonie ; rebond d'une akathisie ; rebond d'un syndrome parkinsonien avec rigidité, tremblements et akinésie ; vertiges.

4.3 - Les symptômes cholinergiques

Le rebond cholinergique entraîne un syndrome pseudo-grippal avec rhinorrhée, insomnie, anxiété, agitation, sudation, syndrome confusionnel.

Un sevrage cholinergique se traduit par des troubles gastro-intestinaux à type de nausées, de vomissements, d'anorexie, de diarrhées, de myalgies et de paresthésies.

4.4 - Les facteurs de risques

Âge élevé ; sexe féminin ; suppression brutale du neuroleptique.

	Rebond des effets anticholinergiques	Akathisie de sevrage	Syndrome parkinsonien de sevrage	Dyskinésies de sevrage
Symptômes	Malaises, nausées, vomissements, diarrhée, agitation	Peut être indifférenciable de symptômes psychotiques ou de l'anxiété	Tremblements, raideur akinésie	Mouvements choréiformes indifférenciables des dyskinésies tardives
Durée	Les premiers jours	Les premiers jours	La première semaine	Une à quatre semaines
Moment d'apparition	• Survient plus souvent à l'arrêt brusque des anticholinergiques • Survient à l'arrêt des neuroleptiques classiques • Peut nécessiter dans ce cas l'adjonction ou la poursuite d'un anticholinergique et/ou d'un agoniste dopaminergique	• Suite au sevrage d'un neuroleptique ou d'un anticholinergique, toute modification du comportement doit faire envisager une akathisie • L'adjonction d'un bêta bloquant ou d'une benzodiazépine peut être utile	• Survient couramment à l'arrêt simultané d'un anticholinergique et d'un neuroleptique classique • Peut également survenir à l'arrêt d'un neuroleptique à faibles doses	• La dyskinésie de sevrage est cliniquement indifférenciable des dyskinésies tardives • La dyskinésie de sevrage est transitoire dans la plupart des cas et disparaît après plusieurs mois • Si la dyskinésie de sevrage est présente depuis plus de trois mois, un diagnostic de dyskinésie tardive doit être posé

- SYMPTÔMES DE SEVRAGE DES NEUROLEPTIQUES -

Chapitre 2. Les effets indésirables des antidépresseurs

Article 1 - Définitions et indications

1.1 - L'effet antidépresseur

Les antidépresseurs ou thymo-analeptiques exercent une action favorable sur la thymie dépressive. D'autres catégories de médicaments psychotropes améliorent certains symptômes présents dans la maladie dépressive (anxiété, insomnie, asthénie, ralentissement), mais sont sans effet sur la thymie. Le qualificatif d'" antidépresseur " doit être réservé aux seuls produits ayant cette propriété thymo-analeptique. Les indications concernent les états dépressifs de toute nature : mélancolie ; dépressions réactionnelles ; dépressions sur terrain névrotique ; dépressions masquées ; dépressions iatrogènes ; dépressions au cours d'affections organiques ; dépressions post-psychotiques.

1.2 - Autres indications psychiatriques

Troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C.).

Prévention des attaques de panique ; troubles phobiques ; agoraphobie avec ou sans attaques de panique.

Anxiété névrotique et névrose d'angoisse.

Psychasthénie ; asthénie névrotique.

Éjaculation précoce.

Insomnies isolées.

Pédiatrie : énurésie et terreurs nocturnes.

1.3 - Indications non psychiatriques

Névralgies faciales ou post-zostériennes (zona), douleurs rebelles, migraines, céphalées.

Syndrome de Gélineau.

Akinésie de la maladie de Parkinson.

1.4 - Classifications des antidépresseurs

Classification chimique :

- antidépresseurs tricycliques : imipraminiques et apparentés.

- antidépresseurs I.M.A.O. : Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase. Première génération, deuxième génération sont très peu utilisés.
- antidépresseurs non tricycliques et non I.M.A.O. :
  - Inhibiteurs spécifiques de la recapture de sérotonine (I.R.S.S.) : fluoxetine, paroxetine...
  - Inhibiteurs de la recapture de sérotonine et de noradrenaline (I.R.S.N.A.).
  . Noradrénergiques.
  - Autres : stimulation de la recapture de sérotonine, tétracycliques, etc.

Classification clinique :

Outre l'effet thymo-analeptique des antidépresseurs, il existe une action sur les symptômes d'accompagnement de la dépression, comme l'anxiété, ou l'inhibition. À partir de ces actions parallèles une classification pratique est proposée :

- les antidépresseurs psychostimulants ou désinhibiteurs.
- les antidépresseurs sédatifs ou anxiolytiques.
- les antidépresseurs intermédiaires. Ils sont utilisés aussi bien dans les contextes dépressifs avec inhibition qu'avec anxiété.

Article 2 - Les effets liés aux propriétés pharmacocinétiques

Cet article se réfère principalement aux propriétés pharmacologiques des antidépresseurs imipraminiques (tricycliques).

2.1 - Les effets périphériques

Anticholinergiques :

- Sécheresse de la bouche, constipation, troubles de l'accommodation, mydriase, élévation de la pression intra-oculaire, tachycardie, ralentissement de la conduction cardiaque, sueurs, troubles de la miction et éventuellement rétention urinaire.

Adrénolytiques :

- Hypotension orthostatique avec tachycardie compensatrice.
- Impuissance.

2.2 - Les effets centraux

Fréquents :

• Tension nerveuse, insomnie ou somnolence selon les cas, plus marquée en début de traitement (sédation liée à l'effet antihistaminique).

Rares :

• Tremblements, crises convulsives sur terrain prédisposé, états confusionnels transitoires, délire.

• Syndrome sérotoninergique (art. 4).

2.3 - Autres effets

- Prise de poids ; troubles de la régulation glucidique.
- Troubles de la conduction ou du rythme cardiaque (tachycardie, aplatissement de l'onde T, élargissement de l'intervalle QT, sous-décalage de l'onde T, contractions ventriculaires précoces) et hypotension orthostatique.
- Troubles endocriniens : hypertrophie mammaire, galactorrhée.
- Bouffées de chaleur.
- Tremblement fin des extrémités et de la langue.
- Retard à l'éjaculation, impuissance, frigidité.
- Réactions cutanées allergiques.
- Dysarthrie.
- Rashs cutanés allergiques.
- Glossite, stomatite.
- Hépatites cytolytiques ou cholestatiques exceptionnelles.
- Troubles hématologiques : hyperéosinophilie, leucopénie, agranulocytose, thrombopénie.
- Syncope (due à l'hypotension artérielle ou aux troubles du rythme cardiaque).

Article 3 - Les effets liés à la maladie dépressive

3.1 - La levée d'inhibition

Ne pas méconnaître le risque majoré de passage à l'acte suicidaire en début de traitement (entre le 5e et le 15e jour) par levée d'inhibition.

Décalage chronologique entre la levée de l'inhibition psychomotrice et l'action antidépressive expliquant ce risque ; le ralentissement psychomoteur est amélioré alors que l'angoisse et l'humeur dépressive persistent.

3.2 - Vinversion trop rapide de l'humeur : virage maniaque

Passage de l'humeur dépressive à l'excitation euphorique de l'humeur, voire à un état maniaque imposant l'arrêt du traitement antidépresseur et la prescription d'un traitement sédatif (neuroleptique) transitoire.

3.4 - Les réactivations délirantes

Elles apparaissent chez les patients psychotiques et sont associées à des recrudescences de l'angoisse. Nécessité d'une surveillance clinique accrue, d'une association éventuelle avec un traitement neuroleptique et d'une baisse de la posologie de l'antidépresseur, dans un premier temps, voire du changement d'antidépresseur (éviter les antidépresseurs psychotoniques).

Article 4 - Le syndrome sérotoninergique

Les antidépresseurs sérotoninergiques purs ou mixtes agissent à différents niveaux de la neurotransmission. Ils peuvent augmenter la transmission sérotoninergique par un effet présynaptique d'inhibition de la recapture de la sérotonine ou par inhibition de la monoamine-oxydase. Ils agissent aussi au niveau post-synaptique. En effet, un traitement prolongé par des inhibiteurs de la recapture de sérotonine (IRS) ou des tricycliques peut augmenter, entre autres, la neurotransmission sérotoninergique au niveau des récepteurs postsynaptiques (comme les récepteurs $5\text{-}HT_{1A}$).
Les antidépresseurs modifient aussi les taux de sérotonine extracellulaire et intracellulaire (plaquettaires et neuronaux). Toutes ces actions pharmacologiques sont à l'origine d'effets psychiques et somatiques en rapport avec une augmentation du contenu en sérotonine dans les différentes zones cérébrales.

4.1 - Ces manifestations d'hypersérotoninergie peuvent être d'ordre :

Psychique :

- Agitation psychomotrice.

- Hypomanie.
- Confusion.

Moteur :

- Myoclonies : ces contractions répétées involontaires et irrégulières d'un muscle ou d'un groupe musculaire sont les symptômes les plus spécifiques de l'hypersérotoninergie. Il peut s'agir de mouvements myocloniques de la mâchoire, des membres supérieurs (faisant lâcher les objets).
- Tremblements (des extrémités, de la langue...).
- Hyperréflexie.
- Rigidité.
- Incoordination motrice.

Végétatif :

- Sueurs abondantes.
- Fièvre.
- Tachycardie.
- Hypo- ou hypertension.

Digestif :

- Diarrhées.

4.2 - *Évolution*

Le début peut être brutal ou progressif : avec apparition simultanée ou séquentielle d'un ensemble de symptômes.

Le plus souvent limité dans le temps, le syndrome sérotoninergique disparaît dans les quelques heures suivant l'arrêt du traitement.

Les évolutions sévères ou fatales (coma et mort) sont exceptionnelles ; elles ne s'observent que lorsqu'une activité myoclonique s'étend aux muscles thoraciques et abdominaux et est à l'origine d'une anoxie.

Article 5 - Surdosage des imipraminiques

Troubles de la vigilance : obnubilation, hébétude, stupeur, puis coma et mort, en particulier en raison du risque cardiaque.

Troubles cardio-vasculaires :

- **Troubles du rythme** : tachycardie sinusale associée à des troubles de la repolarisation se traduisant sur l'ECG par une onde T ample ou aplatie, un sous-décalage du segment ST et un allongement du segment QT. Fréquence des extrasystoles, des blocs auriculo-ventriculaires ou un flutter ventriculaire.

• Altérations de la pression artérielle : hypotension, voire état de choc.

Mydriase bilatérale, avec faible réactivité à la lumière.

Hyperthermic

Hypertonie généralisée, avec réflexes ostéotendineux vifs et un Babinski bilatéral.

Tremblements ou mouvements anormaux.

Chapitre 3. Les effets indésirables des anxiolytiques

Les chefs de file des médicaments anxiolytiques (tranquillisants) sont représentés par le groupe des benzodiazepines. Il s'agit d'un groupe homogène sur les plans clinique, pharmacologique et biochimique ; on leur reconnaît cinq propriétés : anxiolytique, sédative, hypnogène, anticonvulsivante et myorelaxante.

Article 1 - Les effets secondaires liés aux propriétés pharmacocliniques

Sédation et somnolence diurne, surtout dans les premiers jours du traitement, peuvent être à l'origine d'accidents par défaut de vigilance (accidents sur la voie publique, accidents ménagers, etc.). Cette somnolence, accompagnée d'une diminution des performances psychomotrices, augmente le risque de chute (fracture de fémur) chez la personne âgée. Les effets sédatifs sont aggravés avec la consommation d'alcool et d'autres sédatifs du système nerveux central, en particulier les antidépresseurs et les neuroleptiques. Cet effet disparaît assez rapidement car une tolérance aux benzodiazepines se développe en quelques jours.

Diminution de la vigilance et des performances attentionnelles, cognitives et motrices : fatigue, ralentissement psychomoteur important (bradypsychie, lenteur d'idéation et des mouvements), impression de faiblesse, apathie, troubles de la coordination des mouvements.

Sensations ébrieuses : euphorie, vertiges, troubles de l'équilibre et difficultés à la marche.

Troubles de la mémoire : amnésie antérograde (concernant les événements après la prise du médicament) ou amnésie lacunaire : le médicament en cause est souvent un benzodiazépine à durée d'action courte. Ce déficit mnésique portant sur l'acquisition et le rappel mnésique est plus marqué chez les personnes âgées.

Excitation paradoxale : augmentation de l'anxiété avec irritabilité, agressivité, hostilité à l'environnement, passages à l'acte auto- ou hétéro-agressif ; souvent accompagnée d'un sentiment d'euphorie ; manifestations ébrieuses ; s'observe particulièrement chez les enfants et les personnes âgées. Ce type de comportement paradoxal est fortement potentialisé par la consommation simultanée d'alcool. Parfois le sujet ne garde aucun souvenir de son comportement violent.

Dépression de la fonction ventilatoire : le risque de dépression respiratoire (bradypnée) est d'autant plus élevé que :

- La posologie est importante.
- L'administration est intraveineuse et rapide (contre-indication).
- Il existe d'autres dépresseurs respiratoires présents simultanément.
- Le traitement est prolongé.

La dépression respiratoire, commencée par une phase de polypnée, est souvent passagère mais peut entraîner un arrêt respiratoire chez les insuffisants respiratoires et surtout chez les myasthéniques (à cause de l'action myorelaxante des benzodiazépines), d'où la contre-indication absolue des benzodiazépines chez ces patients.

Tremblements digitaux.

Signes cutanés : réaction allergique, photosensibilisation, urticaire, œdèmes, rash. Cette réaction allergique peut se voir sous forme d'une conjonctivite, exanthèmes, transpiration abondante.

Symptômes gastro-intestinaux : nausées, vomissements, douleurs épigastriques, constipation. Parfois on constate des troubles des conduites alimentaires (anorexie ou boulimie), dysphagie (rare).

Signes oculaires: vision floue, troubles de l'accommodation, augmentation de la pression oculaire et même parfois une conjonctivite, surtout chez le sujet âgé.

Céphalées.

Amertume et sécheresse de la bouche.

Troubles sexuels : troubles de l'érection chez l'homme et troubles du cycle ovarien chez la femme, gynécomastie.

Troubles hématologiques : purpura due à une thrombocytopenie,

Troubles néphrologiques : incontinence urinaire, néphrite interstitielle.

Hépatotoxicité.

Insuffisance circulatoire : avec hypotension orthostatique, troubles du rythme cardiaque.

Risque de dépendance : plus important chez le sujet déjà dépendant à d'autres drogues (opiacé, alcool...) car il existe une " dépendance croisée " entre alcool, benzodiazepines et barbituriques.

Risque tératogène : n'a pas été prouvé chez l'homme. Certaines malformations, notamment des fentes palatines, ont été attribuées à l'absorption par la mère de benzodiazepine au cours du premier trimestre de la grossesse.

Syndrome de l'enfant mou *(floppy infant syndrome)* : l'administration de fortes doses de benzodiazepines dans le troisième trimestre de la grossesse et dans les derniers jours juste avant l'accouchement entraîne des symptômes physiques de surdosage chez le nouveau-né (troubles de la vigilance, voire coma, difficultés à la succion) :

- Dépression de la fonction ventilatoire, voire apnée avec cyanose.
- Hypothermie.
- Hypotonie.
- Tremblements.

Article 2 - Les effets liés à l'arrêt du traitement

- Phénomène de rebond : réapparition des symptômes (anxiété, insomnie) ayant motivé la prescription avec une intensité plus forte que les symptômes initiaux, après l'arrêt des benzodiazépines (surtout les benzodiazépines à demi-vie courte). L'anxiété se manifeste souvent par une nervosité accrue. L'insomnie du phénomène de rebond se traduit par une augmentation de la latence à l'endormissement, un raccourcissement de la durée globale du sommeil, des cauchemars et parfois un véritable état onirique.

- Syndrome de sevrage aux benzodiazépines : peut survenir lors de l'arrêt brutal du traitement, surtout les benzodiazépines à demi-vie courte. L'apparition des symptômes est souvent retardée au 5e jour après l'arrêt du traitement, pouvant se prolonger durant plusieurs semaines. Proximité sémiologique avec le *delirium tremens.*
- Nausées, vomissements.
- Myalgies, crampes abdominales, tension et douleurs musculaires.
- Syndrome pseudo-grippal avec rhinorrhée et céphalées.
- Dysarthrie, ataxie, tremblements.
- Tachycardie, hypotension.
- Fièvre, sueurs.
- Hypersensibilité aux stimuli (intolérance aux bruits, hyperesthésie, hyperacousie, hyperosmie).
- Crises convulsives tonico-cloniques du fait de l'abaissement possible du seuil épileptogène.
- Syndrome confusionnel avec troubles perceptifs (illusions, sentiment de déréalisation et dépersonnalisation, voire idées délirantes (souvent de persécution), hypersensibilité aux stimuli, goût métallique, troubles visuels.

Il faut distinguer une réapparition progressive de l'anxiété ne se complétant que quatre à six semaines après l'arrêt du traitement et ne comprenant pas les troubles des perceptions et des modifications sensorielles souvent rencontrées lors d'un syndrome de sevrage.

Article 3 - Les effets liés au surdosage (tentative de suicide médicamenteux aux benzodiazépines)

- Dysarthrie, ataxie, sensations vertigineuses (les premiers symptômes à apparaître).
- Somnolence et troubles de la vigilance (confusion mentale, voire coma vigile avec hypotonie, hypothermie, aréflexie).
- Dépression ventilatoire.
- Mydriase réactive.
- Crises convulsives.
- Risque d'insuffisance circulatoire aiguë avec chute de la tension artérielle et troubles du rythme ventriculaire.

Chapitre 4. Les effets indésirables de la lithiothérapie

Article 1 - Les effets délétères (indésirables)

Troubles digestifs : fréquents en début de traitement, nausées, vomissements, diarrhées ou selles molles, douleurs épigastriques, crampes abdominales, sécheresse buccale avec soif excessive (symptôme précoce), anorexie.

Troubles neurologiques : un tremblement fin, distal, d'attitude et d'action des mains, aggravé par la fatigue et le stress ; dysarthrie ; faiblesse musculaire avec hypotonie, fasciculations musculaires, myoclonies ; somnolence ; parfois un syndrome extra-pyramidal dans les cas de durée de traitement depuis au moins deux ans ; parkinsonisme ; vertiges ; nystagmus.

Troubles endocriniens : goitre euthyroïdien, hypothyroïdie biologique infraclinique ou clinique (goitre hypothyroïdien), plus rarement hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie.

Troubles rénaux : syndrome polyuro-polydipsique, souvent bénin, se traduisant par des urinations multiples et abondantes, le patient doit boire pour éviter la déshydratation. Ce syndrome peut entraîner une prise de poids (consommation de boissons hypercaloriques), une déshydratation et une hyponatrémie. Le lithium peut aussi induire une néphrite interstitielle. Syndrome néphrotique.

Troubles cardio-vasculaires : troubles du rythme, bradycardie, hypotension artérielle et rarement une myocardite. Syncope, aplatissement de l'onde T.

Troubles hématologiques : hyperleucocytose à prédominance neutrophile, lymphopénie.

Troubles dermatologiques : acné, réactivation d'un psoriasis, rashs cutanés, prurits, chute de cheveux avec alopécie, acné pré tibial.

Troubles psychiques : difficultés de concentration, troubles de la mémoire, baisse de la performance intellectuelle, baisse de la libido.

Article 2 - Les signes de surdosages

Signes précoces : troubles de la concentration, asthénie, somnolence, faiblesse musculaire, tremblements, troubles digestifs (nausées, soif, diarrhée), syndrome cérébelleux avec dysarthrie, vertiges, troubles de l'équilibre et maladresse du mouvement.

Intoxication confirmée :

- **Signes cardio-vasculaires** : troubles du rythme, hypotension, collapsus circulatoire.
- **Signes neurologiques** : confusion mentale avec hallucinations et délire onirique, syndrome cérébelleux (dysarthrie, tremblement, vertiges, incoordination motrice, ataxie), mouvements choréo-athétosiques, hyper-réflexie, hypotonie, myolgie, convulsions, insuffisance rénale nécessitant parfois une dialyse, incontinence urinaire et fécale, coma vigile.

Chapitre 5. Les effets indésirables de l'électroconvulsothérapie (ECT)

L'ECT, parfois appelée sismothérapie, réalise une crise convulsive généralisée à l'aide du passage transcrânien d'un courant électrique d'une intensité maximale de 250 milliampères. L'application souvent bitemporale des électrodes permet d'obtenir une crise généralisée nécessaire à l'effet thérapeutique. De nos jours cette technique n'est plus considérée comme dangereuse. Elle ne provoque aucune lésion cérébrale objectivable. L'ECT se fait sous anesthésie générale avec courte curarisation, toujours en présence d'un médecin réanimateur. Les effets délétères de cette technique peuvent être liés à l'anesthésie et la curarisation, à la convulsion elle-même et à la maladie ayant justifié l'électroconvulsivothérapie.

Article 1 - Les effets liés à l'anesthésie

Accident mortel : rare (1 pour 10 000), comparable au risque vital lié à l'anesthésie générale pour toute autre raison et inférieur au risque vital de la consommation des antidépresseurs chez la personne âgée. La mortalité peut être liée aux risques cardiaques (infarctus du myocarde, insuffisance coronarienne, embolie, arythmie ou arrêt cardiaque) ou aux risques neurologiques (hypertension intracrânienne entraînant des hémorragies cérébro-méningées).

Complications cardiaques :

- **Troubles du rythme** variés, voire fibrillation ventriculaire conduisant à l'arrêt cardiaque.
- **Insuffisance coronarienne** pouvant entraîner un infarctus du myocarde.
- **Poussée hypertensive.**
- **Insuffisance cardiaque aiguë** avec chute de tension et état de choc.

Complications respiratoires :

- Apnée prolongée nécessitant une respiration assistée et une oxygénothérapie.
- Bronchospasmes, arrêts respiratoires.
- Régurgitation alimentaire avec risque d'infection et d'abcès pulmonaire.
- Spasmes du larynx.

Agitation : soit transitoire, au réveil, en rapport avec la curarisation prolongée, le sujet se réveille et ressent une gêne respiratoire, ce qui engendre une angoisse massive ; soit persistante, liée à un syndrome confusionnel ou à une autre complication psychiatrique (activité hallucinatoire, délire, modification de l'humeur).

État de mal épileptique exceptionnel.

Réactions vagatoniques : éternuements, toux, hoquet.

Réactions allergiques : rash cutané, surtout au niveau du thorax, pouvant aller jusqu'à un état de choc anaphylactique avec chute tensionnelle, tachycardie, cyanose, bronchospasmes et collapsus circulatoire.

Brûlure aux points d'application des électrodes.

Article 2 - Les effets liés aux chocs

Risques ostéo-musculaires :

- Douleurs musculaires généralisées ou plus souvent localisées à la face (masséters) et/ou au cou.
- Fractures du col de l'humérus et de la colonne vertébrale. Les luxations et fractures sont exceptionnelles aujourd'hui grâce à la pratique de la curarisation. Sont très rares aussi les fractures dentaires et des prothèses avec morsure de la langue et des lèvres.

Syndrome confusionnel : peut être transitoire au réveil (obnubilation postcritique). Il peut être aussi durable, notamment avec la pratique des chocs multiples et bilatéraux, persistant pendant

quelques jours, souvent suivi d'une amnésie lacunaire portant sur l'épisode confusionnel. L'apparition d'un syndrome confusionnel peut révéler un processus organique cérébral jusque-là méconnu, ce qui doit faire éliminer l'organicité des troubles psychiatriques en présence d'un syndrome confusionnel.

Hallucinations, symptômes délirants, troubles de l'humeur d'apparition récente doivent faire rechercher une pathologie organique.

Troubles de la mémoire :

- **Amnésie lacunaire brève** : elle est liée ou non au syndrome confusionnel postcritique ; elle disparaît rapidement.
- **Amnésie antérograde** : disparaît sans séquelle.
- **Amnésie rétrograde** : peut être durable, les souvenirs les plus récents sont touchés.

Article 3 - Les effets liés à la maladie

Virage maniaque chez le mélancolique avec agitation psychomotrice (levée de l'inhibition).

Exacerbation des symptômes de la maladie : réactivation délirante et hallucinatoire accompagnée de labilité émotionnelle, difficultés de concentration et baisse de la performance intellectuelle.

Aggravation de la symptomatologie d'une maladie neurologique existante : hémorragies cérébrales favorisées par l'existence de malformations vasculaires ou d'une tumeur cérébrale.

Article 4 - La période de réveil

Au décours de la séance d'ECT, la surveillance doit permettre de prévenir les risques suivants :

- **Risques cardiaques** : fréquence des arythmies et d'une bradycardie avec hypotension pendant les quelques minutes qui suivent la séance.
- **Agitation** : due à l'apparition d'un état confusionnel ou un virage maniaque.
- **Amnésie transitoire** avec obnubilation postcritique.
- **Troubles subjectifs** : céphalées, myalgies généralisées ou localisées, à la face surtout, au niveau des masséters, nausées souvent liées au produit anesthésique utilisé, anxiété (peur de mourir, peur de perte de la mémoire...).

INDEX

A

abasie, **286,314**
aboulie, **27,126,144,189, 279**
acalculie, 211
acalculie spatiale droite, **294,327**
achromatopsie, 321
achylognosie, **310**
acné, 377
acouphènes, **86**
acrophobie, **168**
acte manqué, **211**
adaptibilité, **216**
Addison (maladie d'), 374
adhésion, **78**
affabulation, **44**
affectivité (troubles de 1'), **123**
agitation, **192-196**
agnosie (s), 84,307-310,358
agnosie digitale, **33**
agnosies visuelles, 321
agoraphobie, **156,165**
agrammatisme, **11, 181, 294**
agraphie, **294,325, 326**
agressivité, **209, 398**
ahylognosie, **309**
ahylognosie, **323**
akataphasie, **278**
akathisie, **420**
akathisie (de sevrage), 430
akinéto-hypertonique (syndrome), **421**
alcoolique (syndrome), **336-346,**
alcoolisme, **336**
alcoolite, **342**
alcoolose, **342**
alexie, **294,295,325**
alexie musicale, **308**
algo-hallucinoses, **309**
algolagnie, **248**
allesthésie, 320
Alzheimer (maladie d'), **358**
ambivalence, **276,280**
aménorrhée, **423**
amimie, **177**
amnésie, 46, 443
amnésie anterograde, 311, 331, 347
amnésie de fixation, 322, 347
amnésie dissiociative, 275
amnésie lacunaire, 311, 331
amnésie musicale, **308**
amnésie psychogène, **285**
amnésie rétrograde, 331
amnésies, **39**
amnésies lacunaires sélectives, 391
amnésies psychogènes, 190
amorphognosie, **309,310,323**
amusie, **308**
amusie perceptive, **308**
anarthrie, **13, 292**
anémie mégalo-blastique, 376
anémotivité, **123**
anesthésie affective, 145
anesthésies, **286**
angoisse aiguë, **155**
anhédonie, **126, 241,242**
anhormie, **279**
anidéation, **19**
anidéisme sensitif, **104**
anomie, **293, 310**
anomie tactile, 326
anorexie mentale, **232-236**
anosodiaphorie, **108,309,**
anosognosie, **32, 107, 324,421**

antérocolis, **301**
anterograde (amnésie), **39**
antéro-rétrograde (amnésie), **40**
anticholinergiques (effets), **424**
Anton-Babinski (syndrome d'), **107, 309,324**
anxiété, **124, 152, 188**
anxiété anticipatoire, **167**
anxiété généralisée, **124,154**
anxieux (syndrome), **152-158**
apathie, 420
aphasie (s), **6,12,184,186,291-296**
aphasie amnésique de Pitres, **316**
aphasie de Broca, **292**
aphasie de Wernicke, **292, 316,325**
aphasie motrice, 312
aphaso-agnoso-apraxique (syndrome), **358**
aphémie, **6**
aphonie, **3,6,287**
aphtongie, **13**
apnées du sommeil (syndrome des), **262**
apragmatisme, **28**
apraxie, **28,297-298,308,325,357**
apraxie constructive, **33**
apraxie idéo-motrice, 326
aprosexie, **32,105**
apsychie, 189
apsychognosie, 339
archéidolies, **85**
arithmomanie, **160**
asémie, **177**
asomatognosie, **107,309**
aspontanéité motrice, **314**
assonance, **18**
astasie, **286,314,**
astéréognosie, **310**
astéréognosie pure, **309**
asthénie, **126**
asymbolie à la douleur, **108**
asymbolie tactile, **309, 310**
ataraxie akinétique, 281
ataxie intrapsychique, **277**
ataxie optique, 3, 6, 287
athétosiques, **322**
athymhormie, **132,279**
athymie, **132,279**
attaque de panique, **155**
attention, **32**
attitudes d'écoute, **181**
auto-accusation (idée d'), **64**
auto-agressives (conduites), 212
autodysosmophobie, **171**
automatisme mental, 30, 104-107
automatismes ambulatoires, **207**
automatismes psychomoteurs, 318
automatose de Zingerlé (syndrome d'), 324
automutilation, 28, 30, 190, 197, 212
autoscopie, **92**
autotopoagnosie, **32,108, 310,324**
avance de phase du sommeil (syndrome d'), **265,**
aversion sexuelle, **241**

B

Balint (syndrome de), **322**
baroagnosie, **322**
barrage, 181, 183
barrages, **4, 20, 276**
bégaiement, **13**
bégaiements, 287
belle indifférence, **284**
bénéfices primaires, **284**
bénéfices secondaires, **284**
bestialité, **246**
bilanisme, **160**
bizarreries, **275, 281**
blépharospasme, **300,419,**
blésité, **13**
boulimie, **230**
boulimique (syndrome), **236-240**
bradykinésie, **19,190,420**
bradyphémie, **4,19**
bradypsychie, **19,126,144,189**
bredouillement, **13**
bruxisme, **267**

C

camptocormie, **286**
Capgras (syndrome de), **43,68,84**
caractère anal, **396**
catalepsie, **28, 30,190,197**
cataplexie, **190,260**
catatonie, **30**
catatonie léthale, **422**
catatonique (syndrome), 148, 196-202
cathiémophrénose, **288**
cauchemars, **267**
cécité corticale, 321
cénesthésie, **87**
cénesthésie pénible, **127**
cénesthopathiques (troubles), **114**
cénestopathie, **87**
cénestopathies, **108**
cboréophrasie, **183**
chrono-agnosie, **119**
circum-inspection, **198**
élastique, **212**
claustration, **271,282**
claustrophobie, **167**
clinophilie, **282**
clou hystérique, **287**
clystérophilie, **249**
colère, **125,187,211**
colite ulcerative, 376
collectionnisme, **396**
coma, **36**
commentaire des actes, **106**
complaisance somatique, **284**
comportement (troubles du), **173**
compulsion, **204**
conduites (troubles des), **173**
conduites alimentaires (troubles des), **228**
conduites sexuelles (trouble des), **240**
conduites suicidaires, 29, 221-228
confabulation, **44**
confusion, **35**
confusion mentale (syndrome de), 7
confusionnel (syndrome), 25, 194
confusionnel (syndrome), **328-335,352**
confuso-onirique (syndrome), 194
contact, **179-182,**
contraphobique (objet), **165**
contre-transfert, **211**
contrôle sphinctérien (troubles du), **251**
conversion, 29, 53
conversion (syndrome de), 7, 118, 283-288
conviction délirante, **78**
coprolalie, **9,302,**
coprophagie, **231**
coprophilie, **249**
coq-à-1 'âne, **18**
corps calleux (syndrome du), **325**
Cotard (syndrome de), **66,146,150**
crampe de l'écrivain, **166,300**
criminologie, **217**
crise de nerfs, **196,285**
crise uncinée, **317**
crises convulsives, **285**
crises dystoniques, **419**
crises oculogyres, **419**
crises tétaniformes, **285**
Cushing (maladie de), 374

D

dangerosité, **214**
débit verbal (modification du), **4-7**
déconnexion interhémisphérique (syndrome de), 325
décorporéisation, **112**
dédoublement (sentiment de), **112**
déjà vu, 42, 111, 119, 348
Déjerine et Mouzon (syndrome de), **323**
délirant (syndrome), 7, 26, 29, 56-80, 194
délirant (syndrome), 352, 356
délire (s) métabolique (s), **45,71**
délire alcoolique aigu, **344**
délire de jalousie, 357
délire de mémoire, **44**
délire de reconnaissance, **45**
délire de rêve, **36**
délire d'imagination, **44**

délire mélancolique, **148**
délire onirique, **46, 357**
délire palingnostique, **45**
délire partagé, **75**
delirium tremens, 328, 338, 344,
démence alcoolique, **345**
Démentia pugislitica, **361**
démentiel (syndrome), 26, 195, 206, 349
démentiel (syndrome), **349-352,**
démonomanie, **63**
démonopathie, **63**
dépendance alcoolique (syndrome de), **340**
dépendance environnementale (syndrome de), **313**
dépendances, 29
dépersonnalisation, **109,110-112,156, 275**
dépersonnalisation (syndrome de), **118, 195**
dépressif (syndrome), 352
dépressif (syndrome), **125**
dépression masquée, **127,151**
déréalisation, **87,109,111,156, 285**
dermatokinesthésie, **323**
dermatophobie, **95**
dermatozoose délirante, **95**
dermographisme, **288**
désanimation, 109, 110, 156
désincarnation, 109, 112, 156
désordres ethniques, **402**
désorientation allopsychique, **34**
désorientation autopsychique, **34**
désorientation spatiale, **33**
désorientation temporelle, **33**
désorientation temporo-spatiale, **34, 330,353**
désorientation visuelle de Holmes, **33**
destruction temporelle éthique, **33**
désynchronisation (syndrome de), **264**
dévidage muet des souvenirs, **104**
diabète, 372
diffluence, **17,181**
digression de la pensée, **22**
diplopsie, **93**
dipsomanie, **231**
discordance, **30,275,280**
dispomanie, **343**
dissociatif (syndrome), 28, 29, 180, 195, 206,275-283
dissociation, **275**
dissociation (syndrome de), 110
distorsion temporelle, **119**
donjuanisme , **249,392**
douleur morale, **127,144**
dreamy state, **42**
dromomanie, **205**
dysarthrie, **13**
dyscalculie, **14**
dysgraphie, **14**
dyskinésies, 427, 430
dyskinésies aiguës, **418**
dyskinésies tardives, **421**
dyslalie, **13,186**
dyslexie, **14**
dyslogies, **185**
dysmégalopsie, **93**
dysmorphoesthésie, **172**
dysmorphophobie, **109,117,171**
dysorexie, **232**
dysorthographie, **14**
dyspareunie, **242**
dysphorie, **398**
dysplatyopsie, 93
dysprosodie, **293**
dyssomnies, **252**
dystonies, **300**

E

ecbiose, **42**
écho de la lecture, **106**
écho de la pensée, **105**
échokinésie, 304
écholalie, **8,186, 304,356**
échomimies, **178**
échophilie, 302
échophrasie, **8**
échopraxie, 304

échopraxies, **178**
échosyllabiques (assonances), **9**
ecmnésie, **18, 41, 104**
ecmnésies, **317**
Effets extra-pyramidaux précoces, **418,**
égocentrisme, **389**
eidolie hallucinosique, **85**
Ekbom (syndrome d'), **95**
élation, **130**
élective (amnésie), **40**
ellipse syntaxique, **11**
élocutions impulsives, **100**
Elpenor (syndrome d'), **267**
émancipation des abstraits, **105**
embolalie, **8,184**
émotions, **123**
encéphalopathie de Gayet-Wernicke, **345**
encéphalopathie porto-cave, **345**
encoprésie, **251**
enculturation, **403**
enfant mou (syndrome de **P), 438**
énonciation des actes, **106**
énurésie, **251**
épilepsie, **207,362,365**
épilepsie temporale, **317**
équivalents suicidaires, **224**
éreutophobie, **166**
érotisation des fonctions digestives, **248**
érotomanie, **70**
état crépusculaire, **37**
état mixte, **141,152**
état oniroïde, **37**
état second, **38**
états crépusculaires, **285**
états dangereux, **214**
états oniroïdes, **318**
états seconds, **285**
euphorie, **129,187,**
euphorie expansive, **135**
évocation (amnésie de), **40**
excoriations névrotiques, **377**
exhibitionnisme, **247**
expansion de la conscience, **18**

F

fabulation, **42,44,46,322,347**
fading mental, **5,20,181,183,277**
fausses reconnaissances, **34,42,105,348**
fausseté du jugement, **26, 393**
faux barrages, **5**
fétichisme, **246**
filiation revendiquée, **70**
fixation (amnésie de), **39**
Frégoli (syndrome de), **69**
frontal (syndrome), **311**
frotteurisme, **249**
fugue dissociative, 275
fugues, **205,282,286**
fugues catatoniques, **200**
fuite des idées, **137**
fureur, **125,195**
fureur maniaque, **138**

G

galactorrhée, **423**
Ganser (syndrome de), **12,22,51**
gâtisme, **251**
Gélineau (syndrome de), **259-261**
gérontophilie, **246**
Gerstmann (syndrome de), **108,294, 310,324**
Gilles de la Tourette (syndrome de), 295
glossolalie, **10,101**
gloutonnerie, **230,**
grand automatisme mental, **106**
grande attaque de Charcot, **286**
graphorrhée, 18, 137
grasp reflex, **314**

H

hallucinations, **74,316, 319, 331**
hallucinations acoustico-verbales, **90**
hallucinations campines, **92**
hallucinations cénesthésiques, **96**
hallucinations du passé, **104**
hallucinations extracampines, **92**
hallucinations gullivériennes, **94**

hallucinations haptiques, **95**
hallucinations hémianopsiques, **92**
hallucinations hypnagogiques, **86, 261,**
hallucinations hypnopompiques, **86, 261**
hallucinations kinesthésiques, **96**
hallucinations lilliputiennes, **93**
hallucinations musicales, **89**
hallucinations olfactives et gustatives, **94**
hallucinations polyopsiques, **93**
hallucinations psychiques, **86,102-103**
hallucinations psychomotrices, **97**
hallucinations psychosensorielles, **86, 87-102**
hallucinations psycho-verbales, **98**
hallucinations tachyopsiques, **94**
hallucinations tactiles, **95**
hallucinations visuelles, **91**
hallucinose, **85**
hallucinose des buveurs, **344**
héautoscopie, **92**
hébétude, **35**
hémianesthésie pariétale, 323
hémianopsie latérale homonyme droite, 296,316, 320
hémiasomatognosie, **32,107, 324**
hémi-asomatognosie, **309**
hémihallucinations, **93**
hermaphrodisme, **247**
hermétisme, **275**
hésitation de la parole, **13**
hétéro-agressives (conduites), 213
histrionisme, **389**
hospitalisme, **415**
humeur dépressive, **125**
humeur expansive, **129**
hyperémotivité, **123**
hyperesthésie perceptive, **83**
hyperesthésies, **287**
hyperkinétique (syndrome), **420**
hypermimie, **176**
hypermnésie, 18, 42, 136
hyper-parathyroïdie, 374
hyperphagie, **230,**
hyperprosexie, **32**
hyperschematia, 324,
hypersémie, **177**
hypersomnies, **258-264**
hypersyntonie, **83,179**
hypertension, 377
hyperthymic, **131,135**
hyperthyroïdie, 374
hypertonic plastique, **197, 420**
hypertrophie du moi, **392**
hypervigilance, **35**
hypocondriaque (syndrome), **113-**
hypocondrie, 109, 113
hypomanie, 17, 130, 139,
hypomimie, 35, 177
hypopathyroïdie, 374
hypoprosexie, **32**
hyposchematia, 324
hyposémie, **177**
hypotension, 377
hypothyroïdie, 373
hypovigilance, **35**

I

iatrogenie, **413-443**
idéaliste passionné, **70**
idées de culpabilité, **149**
idées de damnation, 150
idées de ruine, **149**
idées délirantes, **21**
idées d'énormité, **67,150**
idées d'incurabilité, **149**
idées d'indignité, **149**
idées erotiques, **65**
idées fixes, **21**
idées hypocondriaques, **70,150**
idées mélancoliques, **146, 229**
idées non fondées, 21
idées parasites, **21**
idées prévalantes, **21**
idées suicidaires, **222**
illusion, **84**
illusion de Frégoli, **43**
illusion des sosies, **43**
illusions, 316

illusions corporelles, **108**
illusions visuelles, 319
imagination, **21**
imagination délirante, **74**
immédiateté, **119**
impuissance sexuelle, **241**
impulsion incendiaire, **207**
impulsion verbale, **100**
impulsion xénopathique, **30**
impulsions, 30, 203-221,
impulsions verbales, **9,105,277**
impulsivité, **204,398**
impulsivité verbale, 200
inceste, **246**
incohérence, 185
incurie, **329**
indifférence, **179, 313**
indifférence affective, 35
indistinction droite-gauche, **33**
inertie, **279**
influence (syndrome d'), 30, 62, 96
inhibition (conduites d'), **189-192**
inhibition intellectuelle, **20**
insomnie des travailleurs nocturnes, **265**
insomnies, **252-258**
insuffisance hépatique, 375
insuffisance rénale, 375
intermétamorphose (syndrome de), **69**
interprétation délirante, 27, 72
intuition délirante, **74**
inventeur méconnu, **70**
ivresse idiosyncrasique, **337**
ivresse simple, **336**
ivresses pathologiques, **337**

J

jactatio capitis nocturna, **268**
jalousie (thèmes de), **71**
jambes sans repos (syndrome des), 230
jargon néo-logistique, **268**
jargonophasie, **293**
jet-lag syndrome, **264**
Jet-Set Münchausen, 51
jeux de mots, **18**

K

kinétopsie, **93**
Kleine-Levin (syndrome de), **264**
kleptomanie, **208,240**
Klüver-Bucy (syndrome de), **230**
klysmaphilie, **249**
Korsakoff (syndrome de), 39, 345, 346, 371
Korsakoff (syndrome de), **346-349,**

L

labilité émotionnelle, **390,**
labilité thymique, **135**
lacunaire (amnésie), **41**
lalomanie, **183**
langage écrit, **16,**
langage télégraphique, **294**
Lasthénie de Ferjol (syndrome de), **48**
lenteur d'idéation, **19**
Lesch-Nyhan (syndrome de), 295
léthargie, **269**
leucémie aiguë, 376
levée d'inhibition, **433**
logoclonie, 186
logolatrie, **278**
logopsies, **94**
logorrhée, **4,18,137,182**
ludisme, **138**
lupus érythémateux disséminé (L.E.D.), 377
lycanthropie, **45,71,116**

M

macropsie, **93**
macroscopie, 320
main étrangère (phénomène de la), **327**
maladie de Huntington, **361**
maladie de Pick, **361**
maladie du côlon irritable, 376
maladie du corps de Lewy, **361**
maladies malignes, 378
malin (syndrome), **425**
maniaque (syndrome), 29, 132-141, 193, 206.

manie, **131,132**
maniérisme, **12,178,199, 281**
manque du mot, **293**
Marchiafava-Bignami (syndrome de), **346**
masochisme, **248**
masque marmoréen, **143**
masques psychiques, **127**
masques somatiques, **127**
Maxwell (amnésie de), **41**
mécanismes délirants, **72**
médico-légaux (actes), **138**
mégalomanie, **61**
mélancolie d'involution, **152**
mélancolie souriante, **143**
mélancolique (syndrome), **7, 142-152, 227**
mélancolique (syndrome), **356**
membre fantôme, **32,85,108, 309**
mémoire topographique (troubles de la), **33**
mensonges répétés, **53**
mentisme, **54, 159,267,**
mentisme xénopathique, **104**
mérycisme, **231**
métachromatopsie, **320**
métamorphopsies, **33, 320**
micromanie (de Seglas), **116**
micropsie, **93,320**
mirages, **84**
mixoscopes, **247**
monoidéisme, **19,21,144**
monophobie, **163**
moria, **130,313**
mouvements périodiques des jambes, **268**
Münchausen (syndrome de), **50**
mussitation, **6**
mutacisme, **5**
mutisme, **5,35, 183,277,282,287**
mutisme électif, **5**
mutisme négativisme, **5,**
mutisme partiel, **5**
mutisme total, **5**
mutité, **6**
myoclonie nocturne, **268**
myoclonies, **435**
mystification, **54**
mythomanie, **47, 51,74,390,**

N

narcolepsie, **259**
nécrophilie, **246**
négation des souvenirs, **43**
négation d'organe, **66,116,150**
négation du temps, **34**
négativisme, **30, 197,280, 282**
néologisme, **9,185**
néologismes, **278**
néologismes actifs, **10**
néologismes amorphes, **101**
néologismes passifs, **9**
névrose traumatique, **157**
nosophobie, **117,170**
nymphomanie, **243**

obnubilation, **35**
obséquiosité, **182, 396**
obsession, **124**
obsessions, **21,28, 158-162**
obsessions **idéatives, 159**
obsessions impulsives, **161,170**
obsessions phobiques, **160**
obtusion, 35
occipital (syndrome), **319**
oméga mélancolique, **143**
ondinisme, **249**
onirisme, **36,45, 46, 331**
Onomatomanie, 160
Onychophagie, 31
opisthotonos, 419,427
oppositionnisme, **197**
opsiphonie, 89
ordalie, **226**
organisations délirantes, **76**

P

palilalie, **8,186,304,356**
palimphrasie, **184**
palingnostique, **71**
palinopsie, 320
palinopsiques (images), **86**
palinphrasie, **8**
palisyllabie, 186
panphobic, **163**
paraéidolies, **84,**
paragrammatisme, **11,185**
paragraphes, **294**
parakinésies, **178**
paralogie, **185**
paralogisme, **9**
paralysie du sommeil, **260**
paralysie psychique du regard, **322**
paralysies, 285
paramimie, **30,177,281**
paramnésies, **42**
paranoïaque (délire), **75**
paranoïaques (délires), **76**
paranoïde (délire), **75**
paranoides (délires), ***76***
paraphasies phonémiques, **293**
paraphilies, **243-251**
paraphrénie, **74**
parasémie, **177**
parasitage, **8**
parasitisme de la pensée, **105**
parasomnie, **265-268**
parathymies, **280**
paratonie, **198**
pariétal (syndrome), **322**
Parkinson (maladie de), **363,372**
parkinsonien (syndrome), 295
parkinsonien de sevrage (syndrome), 430
parkinsonien iatrogène (syndrome), **420**
parler javanais, **9**
paroles imposées, **100**
passage à l'acte, **211,218**
passivité psychomotrice, **198**
pathomimies, **47**
pathoticismus (crises de), 200
pauci-idéisme, **19**
pédophilie, **243-246**
pélopsie, **93**
pensée, **17**
pensée (troubles de la), **17,330**
pensée autistique, **22**
pensée circonstanciée, **277**
pensée déréelle, **22**
pensée déréistique, **22**
pensée dissociée, 276
pensée magique, **22,279**
pensée morbide, **23**
pensée paralogique, **23, 278**
pensée syncrétique, **22**
pensée xénopathique, **23, 103**
perception, **83**
perfectionnisme, **396**
périartérite noueuse, 377
perplexité anxieuse, **331,**
persécution, **59**
persévération, **9,356**
persévération mentale, **20**
persévération visuelle, **320**
personnalité antisociale, **396**
personnalité borderline, **398**
personnalité dépendante, **402**
personnalité évitante, **401**
personnalité hystérique, **389**
personnalité hystérique masculine, **391**
personnalité narcissique, **399**
personnalité normale, **387**
personnalité obsessionnelle, **395**
personnalité paranoïaque, **392**
personnalité pathologique, **388**
personnalité schizoïde, **400**
personnalité schyzotypique, **400**
personnalité sensitive de Kretschmer, **394**

pertes de connaissance, **285**
perversions sexuelles, **243-250**
petit automatisme mental, **104**
peur, **124**
phagomanie, **231,**
phantéidolies, **85**

phantopsies, **94**
phénomène d'extinction sensitive, **323**
phénomènes élémentaires, **103**
phobie, **124**
phobie sociale, **156**
phobies, **22,163-172**
phobies de l'enfant, **168**
phobies d'impulsion, **161,170**
phobies scolaires, **169**
phobies sociales, **166**
phosphènes, **86**
photopsies, **86**
pica, **231**
Picwick (syndrome de), **264**
plagiopsie, **93**
points ovariens, **287**
poly-globulie, 376
polynévrite sensitivo-motrice, **348**
polyopie, 320
polyopsie, **93,**
polysémie, **278**
porphyrie, 376
postimages, **86**
potomanie, **231**
préjudice corporel, **115**
presbyophrénie, **46**
prosopagnosie, 296, 307, 321
protéidolies, **85**
protopulsions, **281**
pseudo-coma, **285**
pseudo-démence, **361**
pseudo-extinction sensitive, **327**
pseudo-hallucinations visuelles, **102**
pseudo-hermaphrodisme, **247**
pseudothalamique (syndrome), **323**
psittacisme, **8**
psoriasis, 377
psychasténie, 395
Psychopathie, **396**
psychorigidité, **392**
puérilisme, **12**
pyromanie, **207**

Q

quérulents processifs, 69

n R

rabbit syndrome, **421**
radotage, **356**
raptus, **30,204**
raptus anxieux, 157
raptus suicidaire, 223
rationalisme morbide, **26,279**
réaction au délire, **77**
réaction de sursaut, **306**
refus alimentaires, **229**
reniflage, **249**
répétition (syndrome de), **158,190**
repli sur soi, 199, 276
réponses à côté, **12,52**
représentation (troubles de la), **21**
réseau (délire en réseau), **76**
retard de phase de sommeil (syndrome de), **265**
réticence, **179**
rétrocolis, **301**
rétrograde (amnésie), **40**
revendication (thèmes de), **69**
rires et pleurs forcés, **101**
rires et sourires immotivés, 199
risque suicidaire, **145**
rites alimentaires, 235
rituels compulsifs, 162
ronflement, **268**
ronflements, **262**
ryhme circadien du sommeil (troubles du), **264**

S

sadisme, **248**
salade de mots, **11,101**
satyriasis, **243**
schéma corporel (troubles du), **323**
schizophasie, **10,101,278**
sclérodermie, 377
scotome, 320

scrupules (tendance aux), **395**
secteur (délire en), **76**
sentiments de déjà vu, **34**
sérotoninergique (syndrome), **434**
seuil épileptogène (abaissement du), **422**
sevrage (syndrome de), **343**
sevrage (syndrome de), **383**
sevrage aux neuroleptiques (syndrome de), **428,**
signe de la main catatonique, **198**
signe de l'oreiller psychique, **197**
signe de Maillard, **198**
signe du miroir, **110**
signifiants , **3,**
signifiés, **3,**
simulation, **6**
sinistrose délirante, **70**
sitiomanie, **230**
sitiophobie, **334**
soliloquie, 46, 100
somalcoolose, **343**
somatognosie, **107**
sommeil (troubles du), **252**
sommeil cataleptique, **285**
somnambulisme, 46, 266
somniloquie, **266**
somnolence diurne, **262,436**
sosies subjectifs (syndrome des), **69**
spasmophilie, **285**
stéréognosies, **310**
stéréopsie, **308**
stéréotypies, 281
stéréotypies akinétiques, **178**
stéréotypies gestuelles, **177**
stéréotypies motrices, **305**
stéréotypies verbales, **7,184,186**
stigmates, **288**
stress, **209**
stress post-traumatique, **157**
stupeur, **35,148,190**
stupeur catatonique, 199
suggestibilité, **31,54,285,389**
suggestibilité psychomotrice, **198**
suicide, **221-228**
suicide altruiste, **226**
suicides escapistes, **225**
suicides ludiques, **226**
suicides oblatifs, **226**
surdité corticale, **308**
surdité psychique, **308**
surdité verbale, **295,308**
sursaut du sommeil, **268**
sursaut exagéré, **306**
syndromes spécifiques d'une culture donnée, **402**
synesthésies, **87**
synesthésies acoustico-optiques, **89**
syntonie, **179**
système logique, **24,278**

T

tachyphémie, **4,**
tachypsychie, **17,131,136**
tasikinésie, 421,
téléopsie, **93,320**
témébilité, **216**
tempérament, **387**
temporal (syndrome), **315**
temps de latence, **157**
tentative de suicide, **221**
terreurs nocturnes, **266**
théâtralisme, **389,**
théâtralisme baroque, 281
thématique délirante, **58**
théomanes, **64**
thermopathomimie, **48**
thymie, **123**
tic de Salaam, **177**
tics, **31,177,301**
timidité, **125**
topoagnosie, **322**
topographiques (syndromes), **310-328,**
topokinésie, **33**
torticolis, **301,419,**
toxicomanies (complications somatopsychiques des), **379**
toxicophilie, **239**
trac, **167**
transformation (thèmes de), **71**

transsexualisme, **247**
transvestisme, **246**
traumatisme crânien, **363,370**
travestissement, **246**
tremblement, 420
tremblements, **299,**
trichotillomanie, **31**
triple automatisme, **106**
tristesse, **125,187**
trouble dissociatif de l'identité, 275
troubles de la mémoire, **39-43**
troubles de la pensée, **17-24**
troubles de la personnalité, **385-412,**
troubles de la syntaxe, **11-12,185,**
troubles de la vigilance , **31-38,329**
troubles de la volonté, **27-31**
troubles de l'articulation, **13-14,**
troubles de l'éjaculation, **241**
troubles de l'éprouvé temporel, **118-119,**
troubles de l'humeur, **123-152**
troubles de l'imagination, **43-55**
troubles de l'orgasme, **242**
troubles de l'orientation temporo-spatiale, **32**
troubles des conduites alimentaires, **228-240,**
troubles des conduites sexuelles, **240-251,**
troubles des perceptions, **82-119,**
troubles du comportement, **173-272,**
troubles du désir, **241**
troubles du jugement, **24-27**
troubles du langage, **3**
troubles du langage, **3-16,182-186,**
troubles du mouvement, **299-306**
troubles du raisonnement, **24-27**
troubles du schéma corporel, **107-108,**
troubles du sommeil, **252-269,**
troubles instrumentaux, **291-299**
troubles moteurs liés au sommeil, **268**
troubles sémantiques, **9-11,**

U

urolagnes, **249**

V

vaginisme, **242**
verbigération, **4,10**
verbigérations, 200, 277
Verger-Déjerine (syndrome de), **323**
vérifications (tendance aux), **395**
victimologie, **219**
virage maniaque, **133, 434,**
virage mélancolique, **142**
viscosité mentale, 17, 20
voracité, **230**
voyages pathologiques, **270**
voyeurisme, **247**

W

Wilson (maladie de), 376

Z

zoanthropie, **45, 71,116**
zones hystérogènes, **287**
zoopathie, **116**
zoopathies cutanéo-muqueuses, **95**
zoophilie, **246**
zoopsies, **37,92**

Imprimé en France
Par Vendôme Impressions
Groupe Landais
73, avenue Ronsard, 41100 Vendôme
Juin 2005 — № 52 363

Guides professionnels de santé mentale

Serge Tribolet
Mazda Shahidi

Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques

Cet ouvrage constitue un **outil de travail** indispensable. Il est conçu pour permettre le repérage et la reconnaissance des symptômes les plus divers en les situant au sein de chacune des étapes de l'examen clinique. La sémiologie des troubles psychiques étant probablement la plus précise et la plus complète de toutes les sémiologies médicales, mais aussi la plus souvent méconnue, Serge Tribolet et Mazda Shahidi ont choisi la possibilité de multiples entrées en fonction du type de symptôme, du contexte syndromique, des intrications somatopsychiatriques, de l'existence d'une iatrogénie, de l'influence de la culture... Réalisant une véritable **référence sémiologique** en psychiatrie, ce nouveau *Précis* se situe en amont de l'étape diagnostique. Le temps sémiologique précède le temps diagnostique; il permet ainsi d'assurer à la fois une écoute attentive du patient, une acuité du regard clinique et une plus grande sûreté du diagnostic. Un Index final permet une utilisation pratique et efficace nécessaire à chaque praticien et utile à tous ceux qui, un jour ou l'autre, ont à faire face, qu'ils y soient préparés ou non, aux troubles psychiques.

Serge Tribolet, *psychiatre des hôpitaux à Paris, auteur de nombreux ouvrages spécialisés, enseigne la clinique psychiatrique et développe un travail de recherche sur la psychose.*

Mazda Shahidi, *psychiatre, exerce en milieu hospitalier dans la Région parisienne.*

36€

782853 852623

ISBN 2-85385-262-8