

Troubles psychiatriques : comment les repérer

Pour reconnaître les troubles psychiatriques et arriver à un diagnostic différentiel, vous devrez conduire une approche systématique pour écouter l'histoire clinique et mener l'examen de l'état mental.

• INTERROGER LE PATIENT

La section A (chapitres 1 à 3) explique comment interroger les patients ayant des problèmes médicaux généraux et chirurgicaux, mais vous devez apprendre certains points additionnels pour mener un interrogatoire psychiatrique.

Tout d'abord, mettez votre patient à l'aise et encouragez-le à parler ouvertement de ses problèmes. Il est préférable, particulièrement au début de l'interrogatoire, d'utiliser des questions ouvertes, comme: « Comment vous sentez-vous du point de vue psychologique? » plutôt que des questions fermées (comme « Est-ce que vous sentez déprimé? ») qui ne donnent au patient aucune chance d'élaborer une réponse. Pendant les cinq premières minutes, encouragez votre patient à parler sans interruption du (es) problème(s) qui le soucie (nt).

Quand, pour la première fois, vous recueillerez les antécédents psychiatriques ou que vous mènerez un examen mental, vous pourrez vous sentir mal à l'aise en interrogeant le patient sur ses antécédents psycho-sexuels ou ses pensées suicidaires. En pratique, vous vous rendrez compte que certains patients ne sont pas surpris par ces questions. En particulier, ne craignez pas de donner à un patient l'idée de se suicider juste en l'interrogeant sur ses pensées suicidaires: il n'y a aucune preuve que ceci pourrait arriver.

Si votre patient est sourd, mais comprend le langage des signes, vous devez vous faire assister

d'un professionnel. De même si votre patient ne parle pas français, vous aurez besoin d'un interprète professionnel.

Les patients présentant des troubles psychiatriques n'admettent pas immédiatement et facilement leurs problèmes. En effet, ils seront parfois silencieux; il pourra alors être utile d'obtenir des informations à partir d'autres sources comme:

- la famille;
- le médecin traitant du patient;
- d'autres professionnels travaillant près de lui, comme des travailleurs sociaux, des infirmiers psychiatriques, le personnel des centres de jour ou des psychologues;
- le contenu d'un dossier médical ou psychiatrique antérieur.

Enfin, ayez toujours à l'esprit les problèmes de sécurité, car le patient peut parfois devenir soudainement violent, par exemple après avoir entendu des voix (hallucinations auditives). Les points suivants ont une importance particulière:

- Soyez toujours assis plus près de la porte que votre patient;
- Assurez-vous qu'il y a toujours quelqu'un qui sache où vous êtes et avec qui vous vous entretenez;
- Assurez-vous de savoir où sont situés les dispositifs de sécurité, comme les alarmes et les systèmes d'appel, et comment ils fonctionnent;
- Rappelez-vous que vous ne pourrez pas toujours calmer un patient violent en parlant avec lui.

• ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

Les antécédents psychiatriques permettront de recueillir les détails suivants:

Troubles psychiatriques: comment les repérer ?

Motif de la consultation. Comment et pourquoi le patient a été adressé.

Plaintes. Enregistrez-les avec les mots du patient, en incluant la durée d'évolution de chacune d'entre elles.

Histoire de la maladie actuelle. Pour chaque symptôme, donnez la chronologie de son développement, les facteurs déclenchants, et les conséquences sur les autres aspects de la vie du patient, son intégration sociale par exemple.

Histoire familiale. Détails sur les parents et la fratrie.

Histoire psychiatrique familiale. Détails de tous les antécédents familiaux de troubles psychiatriques (suicide inclus) ou neurologiques.

Histoire personnelle. Détails de l'enfance (date et lieu de naissance), des problèmes survenus avant la naissance (pendant la grossesse, en particulier s'ils ont causé un accouchement prématuré) ou pendant les premières étapes du développement; la santé dans l'enfance, y compris les antécédents de « problèmes nerveux » et les premiers chocs émotionnels, comme les deuils.

- Relevez les détails de la scolarité, les relations avec les camarades et les professeurs, les difficultés survenues à l'école comme l'absentéisme, les diplômes obtenus et le niveau d'éducation acquis;
- Le parcours professionnel, en incluant les promotions et les rétrogradations;
- Les antécédents psycho-sexuels (chez une femme, l'âge des premières règles, les troubles menstruels, l'histoire des grossesses et l'âge de la ménopause, si c'est pertinent), les tendances sexuelles, les antécédents d'abus sexuels/physiques et l'histoire sexuelle et maritale ;
- Les détails sur tous les enfants;
- La situation sociale actuelle, avec qui le patient vit; le statut marital, la profession et la situation financière, le mode d'habitation et les commodités, les hobbies et intérêts sociaux.

Antécédents médicaux

Antécédents psychiatriques. La nature et la durée de la maladie, les services hospitaliers ou de consultation où le patient a été suivi, les traitements reçus, la médication actuelle et ses effets secondaires.

Utilisation de substances psychoactives

Alcool:

- consommation alcoolique quotidienne;
- antécédents de symptômes de sevrage;
- score au questionnaire alcoolisme (Point de révision 81 : CAGE) qui peut être évalué en routine;
- antécédents de maladie physique, de blessures (accident sur la voie publique), de problèmes légaux (délits au volant) ou de difficultés professionnelles (retards réguliers au travail conduisant à des sanctions) pouvant résulter d'une consommation excessive d'alcool.

POINT DE RÉVISION 8.1 Le questionnaire de surconsommation alcoolique « CAGE »

Deux réponses positives ou plus aux quatre questions suivantes orientent vers des conduites d'abus d'alcool :

N'avez-vous jamais pensé que vous devriez arrêter de boire?

Est-ce qu'on ne vous a jamais ennuyé en raison de votre consommation d'alcool?

Ne vous êtes-vous jamais senti coupable de votre consommation d'alcool ?

N'avez vous jamais pris un verre avant toute chose, le matin au réveil, pour calmer vos nerfs ou pour vous débarrasser d'une sensation de manque?

Autres:

- type et quantité de tabac fumé, ou de produits contenant de la nicotine, et toute histoire de tabagisme antérieur;
- utilisation actuelle ou passée de drogues illicites, quantités absorbées, voies d'administration et conséquences.

Histoire médico-légale. Antecedents de délinquance et de délits criminels, historique des sanctions et condamnations infligées.

Comprendre les différents appareils

Personnalité prémorbide. Personnalité du patient avant le début de la maladie psychiatrique:

- l'attitude envers les autres, dans ses relations sociales, familiales et sexuelles;
- l'attitude envers soi et le caractère;
- les croyances religieuses et les critères moraux;
- l'humeur habituelle;
- les activités de loisirs et les centres d'intérêts;
- la vie fantasmatique;
- la réaction habituelle face au stress.

• EXAMEN DU STATUT MENTAL

Ce paragraphe couvre la symptomatologie psychiatrique (les signes de la maladie) telle qu'elle apparaît au moment de l'interrogatoire. De plus, on peut obtenir des informations par d'autres sources, comme les observations des infirmières chez les patients hospitalisés; ces sources doivent également être utilisées, car le malade ne reconnaît pas toujours ses symptômes psychopathologiques. Par exemple, un patient dont l'équipe d'infirmières a observé qu'il présentait des hallucinations auditives peut nier, pendant un entretien structuré, ses troubles de perception. Les critères suivants peuvent être recherchés lors d'un examen de l'état mental :

Apparence et comportements

- Présentation générale ;
- Posture et mouvements;
- Niveau de contact visuel;
- Niveau d'activité;
- Comportement social ;
- Comportement relationnel.

(D'après Puri BK, Laking DJ, Treasaden IH (1996): *Textbook of psychiatry*. Edinburgh: Churchill Livingstone.)

POINT DE RÉVISION 8.2 Troubles de l'expression orale

Discours et pensées circonstanciés

Les pensées apparaissent lentes avec incorporation de détails inutiles et non significatifs. Le but de la pensée est cependant atteint.

Écholalie

Il s'agit d'une imitation automatique, par le patient, du discours d'une autre personne. Ceci survient même si le patient ne comprend pas le sens des paroles.

Fuite des idées

Le discours devient un flux de pensées accélérées avec des changements brutaux de thèmes et sans aucune idée centrale. Les relations entre les pensées peuvent être basées sur :

- des relations aléatoires;
- des associations hasardeuses ;
- des stimuli distrayants;
- des associations verbales, par exemple allitérations et assonances.

Néologisme

C'est un mot nouveau construit par le patient, ou un mot de tous les jours utilisé de manière particulière par le patient.

Réponses à côté

Les réponses aux questions, bien que clairement incorrectes, démontrent que les questions sont comprises. Par exemple, quand on demande « De quelle couleur est l'herbe? », le patient peut répondre « Bleue ».

Persévération

Dans les persévérations (d'expressions et de mouvements) les opérations mentales continuent au-delà de ce qui est nécessaire. Les types caractéristiques de persévération du langage sont :

- la palilalie : le patient répète un mot avec une fréquence croissante;
- la logoclonie : le patient répète la dernière syllabe du dernier mot.

Barrages

Il s'agit d'une interruption soudaine d'une association d'idées, avant qu'elle soit complète, laissant un « blanc ». Après une période de silence, le patient ne pourra plus se rappeler ce qu'il vient de dire ou voulait dire.

Relâchement d'association (trouble formel de la pensée)

Il survient particulièrement dans la schizophrénie.

Troubles psychiatriques: comment les repérer ?

Discours

- Débit;
- Quantité;
- Articulation;
- Forme: la manière dont le patient s'exprime. Des exemples de troubles formels du discours sont donnés dans le Point de révision 8.2;
- Éventuels néologismes (Point de révision 8.2);
- Si le discours est perturbé, rapportez par écrit un exemple illustratif.

Humeur

- Évaluation objective (basée sur les antécédents, l'apparence, le comportement et la tenue) ;
- Évaluation subjective. Demandez à votre patient « Comment vous sentez-vous? », et « Dans quel état d'esprit vous trouvez-vous? »;
- Anxiété;
- Humeur et émotion (Point de révision 8.3).

Contenu de la pensée

- Préoccupations (idées morbides et inquiétude);

POINT DE RÉVISION 8.3 Troubles de l'affectivité

L'affectivité est l'ensemble des comportements observables qui sont l'expression d'un état perceptif, vécu, subjectif (émotion) et variable dans le temps, en réponse à des états émotionnels changeants.

Affect émoussé

L'expressivité émotionnelle est grandement réduite.

Athymhormie - Apathie

C'est une absence totale ou quasi totale d'expressivité émotionnelle.

Affect inapproprié

C'est un affect inapproprié à la pensée ou à la parole qui l'accompagne.

Labilité affective

La perception externe et labile n'est pas en relation avec les stimuli externes ou le contexte.

- Obsessions: pensées répétitives qui s'imposent au sujet, mais que le patient reconnaît comme étant irrationnelles et auquel il ne peut pas résister efficacement (Point de révision 8.4) On demandera aux patients: « Est-ce que vous conservez certaines pensées qui n'ont pas de sens bien que vous ayez essayé de les chasser de votre esprit? »;

POINT DE RÉVISION 8.4 Obsession

Les thèmes obsessionnels comprennent:

La peur de faire du mal à autrui.

La saleté et la contamination.

L'agressivité.

Des thèmes à contenu sexuel.

Des thèmes à contenu religieux.

POINT DE RÉVISION 8.5 Phobies

Acrophobie : peur de l'altitude.

Agoraphobie : littéralement, peur de la place publique. Il s'agit d'un syndrome s'accompagnant d'une grande anxiété, ou de conduite d'évitement, de lieux ou de situations desquelles il serait difficile ou embarrassant de s'échapper, ou dans lesquelles une aide peut s'avérer impossible dans le cas d'une attaque panique ou de symptômes voisins. La peur peut être occasionnée par :

- les foules ;
- les espaces ouverts et fermés ;
- les grands magasins ;
- certaines situations sociales ;
- les transports en commun.

Algophobie : peur de la douleur.

Claustrophobie : peur des espaces fermés.

Phobies de stimuli internes : comprend des phobies obsessionnelles ou des phobies de certaines maladies, ce qui recoupe l'hypocondrie.

Phobie sociale : peur des relations interpersonnelles en public, comme:

- parler en public ;
- manger en public ;
- rencontrer des gens.

Phobie spécifique (simple) : peur de situations ou d'objets (par exemple, des serpents) particuliers.

Xénophobie : peur des étrangers.

Zoophobie : peur des animaux.

Comprendre les différents appareils

- Phobies, telles que celles décrites dans le Point de révision 8.5. Une phobie est une peur irrationnelle et persistante d'une activité, d'un objet ou d'une situation, qui conduit à l'évitement. La peur est hors de proportion avec le danger réel et irraisonnée, étant au-delà du contrôle volontaire;
- Idées suicidaires. Commencez à les évaluer par une question comme « Vous est-il arrivé de penser que la vie n'était pas digne d'être vécue? »;
- Idées d'homicide. Vous demanderez à votre patient: « Vous est-il arrivé d'éprouver le souhait de faire du mal à quelqu'un? ».
- Idées délirantes, comme celles présentées dans le Point de révision 8.6. Un délire est une fausse conviction personnelle basée sur l'inférence d'une réalité extérieure, fermement soutenue en dépit des opinions des autres, et ce malgré des preuves irréfutables et évidentes du contraire. Cette conviction n'est pas celle habituellement acceptée par les autres membres de sa culture ou sous-culture (par exemple, ce n'est pas un point de croyance religieuse) ;
- Idées surévaluées. Une telle idée est une vive préoccupation déraisonnable, soutenue avec une intensité délirante. L'idée ou la conviction soutenue est manifestement fausse, tranche fortement avec celles du groupe culturel du patient, et il y a un investissement émotionnel très intense;
- Perception délirante. Une signification nouvelle et délirante est attribuée à une perception réelle et habituelle, sans aucune raison logique.

Croyances et interprétations anormales des événements

- Notez leur contenu, leur début et leur degré d'intensité;

POINT DE RÉVISION 8.6

Idées délirantes

<i>Thème du délire</i>	<i>Conviction délirante</i>
De persécution	Le patient est persécuté.
De pauvreté	Le patient est pauvre, ruiné.
De référence	Le comportement des autres, les objets et les événements (comme des reportages radio, télévisés ou des articles de journaux) ont une signification particulière pour le patient. Lorsque de telles idées sont tenues avec moins de conviction délirante, elles sont appelées idées de référence.
D'auto-accusation	Le patient est coupable.
Erotomanie	Une autre personne est intensément amoureuse du patient (survient surtout chez les femmes envers un homme de rang social souvent plus élevé).
D'infidélité (jalousie pathologique ou délirante)	Le conjoint ou l'amant du patient est infidèle.
De grandeur	Le patient croit exagérément en sa propre puissance et son importance.
De dédoublement	Une personne connue du patient a été remplacée par un double.
Syndrome de Fregoli	Une personne proche du patient a pris différentes apparences et est reconnue en d'autres personnes.
Nihilisme	Les autres, le patient lui-même ou le monde n'existent pas, ou sont en passe de cesser d'exister.
Somatique	Croyance délirante se rapportant au fonctionnement du corps du patient.
Bizarre	Croyance totalement improbable ou bizarre.
Systématisé	Série d'idées délirantes réunies par un thème commun, ou idée délirante avec de multiples élaborations.

D'après Puri BK, Laking PJ, Treasaden IH (1996): *Textbook of psychiatry*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Expériences anormales

- Distorsions sensorielles. Modifications d'intensité, de qualité (par exemple distorsions visuelles) ou de forme spatiale.
- Illusions. Une illusion est une perception fautive d'un stimulus externe réel.
- Hallucinations, cf. Point de révision 8.7. Une hallucination est une perception sensorielle fautive en l'absence de stimulus externe réel. Elle est perçue comme étant bien localisée dans l'espace, ayant les mêmes qualités de réalité que les perceptions normales, et elle n'est pas soumise à des manipulations conscientes.
- Les pseudo-hallucinations sont une forme d'imagerie survenant dans le champ intérieur subjectif de la conscience, qui n'a pas la substantialité des perceptions normales et n'est pas soumise à des manipulations conscientes;
- Troubles de la conscience de soi (troubles de l'ego): ils incluent la dépersonnalisation, dans laquelle le patient ressent qu'il est changé ou irréel d'une certaine façon, et la déréalisation, dans laquelle l'environnement externe ne semble pas réel. Dépersonnalisation et déréalisation peuvent toucher les personnes normales, en période de grande fatigue par exemple.

Fonctions supérieures cognitives

- Si l'on suspecte une désorientation, on évaluera l'orientation dans le temps et dans l'espace en demandant au patient l'heure, la date, l'endroit où il vit, et en l'interrogeant sur son nom et son identité;
- On évaluera l'attention et la concentration en soumettant le patient au test des séries de sept: demandez-lui de soustraire 7 de 100, et de poursuivre la soustraction du chiffre 7 du nombre restant, le plus rapidement possible. On notera le temps mis pour atteindre un chiffre inférieur à 7. Si le test est trop difficile, utilisez le chiffre 3 ou demandez au patient de réciter à rebours les noms des jours de la semaine ou des mois de l'année;
- La concentration étant une attention soutenue, commencez par le test des séries de sept; s'il est réalisé de manière adéquate, il n'est pas nécessaire de vérifier l'attention séparément. Les

POINT DE RÉVISION 8.7

Hallucinations

Différentes modalités sensorielles

Hallucinations auditives : elles peuvent survenir pendant une dépression (hallucinations désobligeantes, à la seconde personne du singulier) et dans la schizophrénie (hallucinations à la troisième personne et commentaires détaillés).

Hallucinations tactiles : elles prennent habituellement le masque de sensations sur ou juste sous la peau, par exemple sensation d'insectes rampant sous la peau (formication).

Hallucinations visuelles : elles orientent souvent vers un syndrome cérébral organique.

Autres types particuliers d'hallucinations

Hallucinose : hallucinations (habituellement auditives) survenant en pleine conscience, habituellement au cours d'une intoxication alcoolique chronique.

Réflexe : une stimulation dans une modalité sensorielle donnée provoque une hallucination dans une autre modalité sensorielle. Par exemple, un schizophrène pourra ressentir une douleur vive dans la jambe chaque fois qu'un autre patient l'appelle par son nom, et il croira que la voix du patient est la cause de sa douleur.

Fonctionnelle : le stimulus provoquant l'hallucination est ressenti simultanément à l'hallucination elle-même. Par exemple, un schizophrène pourra entendre des voix faisant des commentaires à son propos chaque fois qu'elle tire la chasse d'eau des toilettes.

Autoscopie (aussi appelée image du miroir fantôme) : le patient se voit lui-même et sait qu'il s'agit de lui.

Extracampine : l'hallucination survient en dehors du champ sensoriel du patient: un schizophrène croit voir Adolf Hitler debout derrière lui, au coin de son champ visuel, mais dès qu'il se retourne, celui-ci disparaît.

Phénomènes rampants : des objets en mouvement sont vus comme une série d'images particulièrement discontinues. Ils surviennent habituellement après la prise d'hallucinogènes.

Hypnopompique : les hallucinations (habituellement visuelles ou auditives) apparaissent lors du réveil ; elles peuvent survenir chez les personnes normales.

Hypnagogique : les hallucinations (habituellement visuelles ou auditives) apparaissent lors de l'endormissement; elles peuvent survenir chez les personnes normales.

Comprendre les différents appareils

troubles de l'attention se manifestent lorsque l'attention du patient est trop fréquemment attirée vers des stimuli extérieurs sans importance ou distrayants;

- Mémoire (cf. chapitre 7) :
 - Le rappel immédiat peut-être évalué en demandant aux patients de répéter immédiatement une séquence de chiffres énoncés (habituellement, il se situe entre 5 et 9 chiffres avec une moyenne de 7) ;
 - L'apprentissage peut être évalué en donnant au patient un nom et une adresse et en lui demandant de les répéter. Notez les erreurs;
 - La mémoire à court terme peut être évaluée en demandant aux patients de répéter, cinq minutes plus tard, le nom et l'adresse donnés lors de l'évaluation de l'apprentissage. Notez les erreurs ;
 - La mémoire des faits récents peut-être évaluée en demandant aux patients de citer les nouvelles importantes des deux jours précédents ;
 - La mémoire à long terme peut être évaluée plus formellement, en demandant au patient de donner sa date et son lieu de naissance;
 - Les troubles de la mémoire sont présentés dans le Point de révision 8.8.
- Les connaissances générales peuvent être évaluées en demandant au patient de nommer des personnalités connues, les couleurs du drapeau national et cinq capitales d'un continent donné;
- On jugera cliniquement si l'intelligence du patient se situe dans une moyenne habituelle sur la qualité des réponses qu'il fera aux questions de culture générale, sur les réponses aux questions lors de la prise d'antécédents et de l'examen mental, et sur le niveau d'éducation atteint (à partir de l'anamnèse). La démence est un déficit global et organique des fonctions intellectuelles sans troubles de la conscience, alors que la pseudo-démence ressemble cliniquement à la démence mais n'a pas d'origine organique;
- On retrouvera dans les chapitres 7 et 13 de ce livre des évaluations supplémentaires de l'état cognitif, qu'il faudra mettre en œuvre si l'on suspecte un trouble mental organique comme la démence.

POINT DE RÉVISION 8.8

Troubles de la mémoire

L'*amnésie* est une incapacité à se rappeler des expériences passées.

L'*hypermnésie* est une faculté de rétention et de rappel exagérée.

La *paramnésie* est un rappel erroné conduisant à une falsification de la mémoire, par exemple :

- *confabulation* : les trous de mémoire sont inconsciemment compensés par des faux événements, comme dans le syndrome amnésique (de Korsakoff).
- *déjà vu* : le sujet a l'impression que la situation actuelle a déjà été vue ou vécue auparavant.
- *déjà entendu* : illusion d'une reconnaissance auditive.
- *déjà pensé* : illusion de reconnaître une nouvelle pensée.
- *jamais vu* : illusion de ne pas reconnaître une situation familière.
- *falsification rétrospective* : de faux détails sont ajoutés au rappel de faits réels par ailleurs.

(D'après Puri BK, Laking PJ, Treasaden IH (1996): *Textbook of psychiatry*. Edinburgn: Churchill Livingstone)

Autocritique*

Si le patient a des troubles psychiatriques, son degré d'introspection, d'« insight », peut-être évalué en lui demandant s'il se considère comme malade, s'il accepte le fait d'avoir une maladie psychiatrique et qu'un traitement est nécessaire.

SYNDROMES PSYCHIATRIQUES FRÉQUENTS

• SCHIZOPHRÉNIE

Le tableau de la schizophrénie comprend un ou plusieurs des signes cliniques caractéristiques suivants:

- modifications de la pensée;
- modifications de la perception;
- affectivité émoussée ou inappropriée;
- fonctionnement social réduit.

* *Insight*, le terme anglais est aussi utilisé [NdT].

Troubles psychiatriques: comment les repérer ?

Les fonctions cognitives sont habituellement intactes au début de la maladie.

Symptômes de premier rang de Schneider

En l'absence de pathologie cérébrale organique, la présence de symptômes de premier rang de Schneider non pathognomoniques oriente vers une schizophrénie.

Hallucinations auditives

Elles peuvent être de plusieurs types :

- les voix entendues peuvent répéter tout haut les pensées du patient au moment où celui-ci les émet, juste après qu'elles aient été émises, ou par anticipation, juste avant qu'elles ne le soient;
- les voix peuvent discuter avec le patient en parlant de lui à la troisième personne;
- les voix peuvent faire un commentaire sur le patient.

Intrusion dans les pensées

Le patient croit que ses pensées sont sous le contrôle d'un système externe, ou que d'autres participent à ses pensées. Les types suivants d'intrusions dans les pensées sont des symptômes de premier rang:

- le patient peut croire que des pensées extérieures (étrangères) ont été insérées en lui ou par un intermédiaire extérieur (intrusion dans la pensée) ;
- le patient peut croire que ses pensées ont été retirées de son esprit par un agent extérieur (vol de pensées) ;
- le patient peut croire que ses pensées sont lues par d'autres comme si elles leur étaient transmises (devinement de la pensée).

Émotions, impulsions et actions forcées

Le patient a le sentiment que son libre arbitre ne lui appartient plus et qu'un agent extérieur contrôle ses :

- émotions (émotions et pensées imposées) ;
- impulsions (impulsions forcées);
- actions (actes imposés).

Passivité

Le patient a l'impression d'être le réceptacle passif de sensations somatiques ou corporelles issues d'un agent extérieur.

Perception délirante

Une perception réelle est suivie d'une interprétation erronée et délirante de cette perception.

Autres symptômes

Voici des symptômes souvent décrits comme ayant une importance particulière dans le diagnostic de la schizophrénie, mais qui ne sont pas pathognomoniques:

Autres idées délirantes comme une identité religieuse ou politique, des capacités et des pouvoirs surhumains.

Hallucinations persistantes de toutes modalités, lorsqu'elles sont accompagnées soit d'idées délirantes éphémères ou à demi-formées, sans contenu affectif clair, soit d'idées surinvesties persistantes, ou lorsqu'elles surviennent tous les jours, pendant des semaines. *Une idée surinvestie* est une préoccupation irraisonnée soutenue sans conviction totale délirante; l'idée ou la croyance est manifestement fausse et n'est pas partagée par d'autres personnes de la même culture. Elle est fortement empreinte d'émotion et associée à une adhésion exagérée,

Troubles au cours de la pensée diffluite et relâchement des associations peuvent mener à un **discours incohérent ou hors de propos**. Ils peuvent également être responsables des **néologismes**, où le patient construit de nouveaux mots ou emploie des mots de tous les jours de façon inhabituelle.

Comportement catatonique. Les symptômes comprennent la **stupeur catatonique** dans laquelle le patient ne répond plus, est akinétique, mutique et pleinement conscient, et une **agitation**; le patient peut passer d'un état à l'autre. Les autres symptômes sont l'adoption par le patient, pendant une longue période, d'une posture bizarre, une **flexibilité cireuse** (connue également sous le nom de **cerea flexibilitas**), dans laquelle on peut modifier la position longue-

Comprendre les différents appareils

ment maintenue des membres du patient, et un **négalivisme**, dans lequel le patient résiste à toutes les instructions et à toutes les incitations à la mobilisation.

Des **symptômes négatifs** surviennent typiquement dans la schizophrénie chronique. Ils comprennent une apathie profonde, une pauvreté du discours, une avolition, des affects abrasés, émoussés ou inappropriés. Ils conduisent le plus souvent à un retrait et à un appauvrissement des capacités sociales. Lorsque l'on identifie des symptômes négatifs, il faut éliminer d'autres causes possibles d'une telle symptomatologie, comme la dépression ou un traitement par neuroleptiques.

Un **changement significatif et profond** de certains aspects de la personnalité se manifeste par une perte d'intérêt, un apragmatisme, une indifférence, une attitude renfermée sur soi et un retrait social.

• ÉPISODE DÉPRESSIF

C'est une dépression de l'humeur, une perte d'intérêt et du plaisir (anhédonie), une énergie réduite (conduisant à une asthénie et à une activité réduite), une attention et une concentration amoindries, des idées de culpabilité et d'inutilité et un appauvrissement de l'estime de soi. Les symptômes peuvent entraîner un sentiment de perte d'espoir et la conviction que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, ce qui mène à des idées suicidaires.

Symptômes biologiques

Les modifications somatiques ou physiologiques suivantes surviennent fréquemment:

- diminution de l'appétit avec perte de poids;
- constipation;
- insomnie avec réveil matinal au moins deux heures avant l'heure habituelle (réveil matinal précoce);
- variation diurne de l'humeur. L'humeur du réveil est souvent très déprimée, s'améliorant au cours de la journée pour être meilleure le soir. Ce cycle diurne peut se répéter tous les jours;

- diminution marquée de la libido;
- aménorrhée.

Examen de l'état mental

Voici les signes remarquables au cours de l'examen de l'état mental :

L'apparence

Typiquement, un visage dépressif comprend un regard triste, une chute des commissures labiales et un front plissé, avec la présence d'un pli vertical entre les sourcils. En général, il y a peu de contacts visuels avec l'interlocuteur. Il peut exister des signes directs de perte de poids, avec un patient d'apparence émaciée, voire déshydraté. Des signes indirects d'une perte de poids récente peuvent se manifester par des vêtements trop amples. Il peut y avoir des signes de négligence personnelle, comme une apparence négligée, une mauvaise hygiène corporelle et des habits sales.

Comportement

Typiquement, un ralentissement psychomoteur apparaît.

Discours

Le patient s'exprime lentement et il a un temps de latence avant de répondre aux questions.

Humeur

L'humeur est typiquement triste et s'accompagne d'un sentiment marqué de désespoir. Peuvent s'y associer une anxiété, une irritabilité et une agitation. Le patient peut se plaindre d'un manque d'énergie et d'entrain, ainsi que d'une impossibilité à ressentir du plaisir (anhédonie). Ceci s'accompagne d'une perte d'intérêt pour ses activités normales et pour ses hobbies.

Pensées

Le patient a des idées pessimistes concernant son passé, son présent et son futur, ainsi que des idées délirantes de pauvreté et de maladie. Recherchez d'éventuelles idées suicidaires. Des velléités d'homicide peuvent également être présentes.

Troubles psychiatriques: comment les repérer ?

Perceptions

Dans les cas sévères, le patient peut avoir des hallucinations auditives congruentes à l'humeur, perçues à la seconde personne et au contenu désobligeant.

Fonctions cognitives

Un problème de concentration peut faussement faire croire au patient qu'il a aussi des troubles de la mémoire. Chez le patient sénescence, la présentation peut ressembler à celle d'une démence (cf. chapitre 13).

• DEGRÉ D'INTENTIONNALITÉ SUICIDAIRE DANS LE PARASUICIDE

Après un acte de parasuicide (auto-agressivité volontaire), c'est-à-dire un acte autonome réalisé délibérément qui ressemble à un acte suicidaire mais qui ne mène pas au décès, il est important d'évaluer l'importance de l'intentionnalité suicidaire au moment de l'acte. Un certain nombre de questions doivent être posées pour évaluer précisément cette disposition d'esprit:

- Quelles sont l'explication, la(es) raison(s) probables) et le(s) but(s) d'une telle tentative?
- Est-ce que le patient souhaite toujours mourir?
- À quels problèmes est confronté le patient?
- Souffre-t-il d'une maladie psychiatrique, et si c'est le cas, en quoi est-elle liée à la tentative?
- Le patient a-t-il les ressources pour s'en sortir et quels sont ses soutiens?
- Quel type d'aide pourrait être approprié? Le patient souhaite-t-il cette aide?

POINT PRATIQUE

Une intentionnalité suicidaire importante se manifeste par les signes suivants :

L'acte a été planifié auparavant.

Des précautions ont été prises pour le dissimuler. Le patient n'a recherché aucune aide après coup. Une méthode dangereuse a été utilisée comme l'usage d'une arme à feu, la noyade, la pendaison ou l'électrocution.

Il y a eu un acte final comme faire un testament ou laisser une lettre

Il y a eu une importante préméditation.

Le patient admet une intention suicidaire.

• MANIE

L'humeur est exagérément amplifiée, ce qui peut conduire soit à une euphorie, soit à une irritabilité et à de la colère. On constate également une énergie accrue, une hyperactivité, un discours très rapide, un sommeil réduit, une perte des inhibitions sociales et sexuelles, une attention et une concentration amoindries. Pendant l'épisode maniaque, le patient peut devenir très dépensier (prodigalité), entreprendre des projets irréalistes, avoir une conduite sexuelle débridée et, s'il est irritable et en colère, être inutilement agressif. Dans la manie sévère, il peut développer une activité physique et une agitation très intenses et durables, qui peuvent conduire à un comportement agressif et violent. Des négligences alimentaires (nourriture et boisson) et d'hygiène personnelle peuvent conduire à des états graves de déshydratation et d'autonégligence.

Examen de l'état mental

Voici les signes à repérer lors de l'examen :

Apparence

Le patient peut porter des vêtements extravagants et bigarrés. Dans des cas sévères, il peut y avoir des signes de négligence, et le patient apparaît débraillé et déshydraté.

Comportement

L'hyperactivité est caractéristique : il peut être difficile de convaincre le patient de s'asseoir tranquillement pour l'interroger.

Discours

Une logorrhée est caractéristique: le flux et l'abondance de la parole sont grands, et il peut être difficile d'interrompre le patient.

Humeur

Le patient peut être euphorique, ou bien irritable et colérique.

Pensées

Le patient peut surestimer ses qualités, son importance, et avoir des opinions surévaluant

Comprendre les différents appareils

ses actes. La fuite des idées est fréquente dans les cas sévères avec une tachypsychie (idées qui changent brutalement de thèmes, passant du coq à l'âne sans direction générale). Dans la manie sévère, les idées grandioses peuvent tourner au délire, l'irritabilité et la suspicion au délire de persécution.

Perceptions

La perception des couleurs peut devenir particulièrement vive, l'attention est exagérément prêté aux petits détails de surface et de texture avec une sensibilité exacerbée aux sons (hyperacousie). Dans les cas graves, des hallucinations peuvent apparaître; elles sont auditives (et confirment par exemple les délires mégalomaniacques du patient: « Vous êtes la personne la plus importante du monde ») ou visuelles (le patient peut, par exemple, se voir assis sur un trône, ou dans un décor religieux).

Fonctions supérieures

L'attention et la concentration sont réduites.

Jugement et auto-critique

L'autocritique est absente dans un épisode maniaque. Après l'accès aigu, la restauration du discernement et, en particulier, la prise de conscience du comportement lors de la phase aiguë, peuvent plonger le patient dans un état dépressif.

• TROUBLES NÉVROTIQUES LIÉS AU STRESS ET TROUBLES SOMATOFORMES

Agoraphobie

Elle regroupe un certain nombre de phobies génératrices d'angoisse (Point de révision 8.5) incluant la peur de:

- quitter son domicile;
- se mêler à la foule;
- se trouver sur une place publique;
- voyager seul dans les transports en commun.

En conséquence, le patient peut rester cloîtré à domicile.

Phobie sociale

Les phobies sont centrées autour de la peur d'être observé par d'autres, dans des groupes relativement restreints. En conséquence, le patient évitera les situations sociales comme manger en public, parler en public ou rencontrer quelqu'un du sexe opposé.

Phobie spécifique (isolée)

Les phobies sont restreintes à des situations très particulières comme:

- la proximité d'animaux;
- l'altitude.;
- le tonnerre;
- l'obscurité;
- le voyage en avion ;
- les espaces clos;
- certaines nourritures;
- les soins dentaires.

De plus, il peut exister une peur d'être exposé à des maladies particulières comme:

- le sida;
- les troubles liés aux radiations (surtout les rayons X).

Troubles paniques

Ce sont des attaques d'anxiété importantes (panique) qui ne sont pas propres à certaines situations et qui sont donc imprévisibles. Les symptômes sont les suivants :

- une tachycardie soudaine;
- une douleur thoracique;
- une boule dans la gorge;
- un accès de vertiges;
- des sudations;
- des tremblements;
- une dépersonnalisation;
- une déréalisation.

Il peut en résulter une peur secondaire de mourir ou de devenir fou. Les accès ne durent en général que quelques minutes.

Troubles psychiatriques: comment les repérer ?

Troubles d'anxiété généralisée

Une angoisse généralisée et persistante peut survenir et être présente à tout moment, sans forcément être favorisée par une situation particulière. Voici les symptômes typiques :

- une sensation permanente de nervosité;
- un tremblement;
- une tension musculaire;
- des sudations;
- une sensation de tête vide;
- des palpitations;
- des vertiges ;
- une bouche sèche;
- une pesanteur abdominale;
- une fréquente et pressante envie d'uriner;
- des troubles du sommeil.

Troubles obsessionnels compulsifs

Ce sont des idées récurrentes et obsessionnelles et/ou des actes compulsifs que le patient reconnaît comme les siens et auxquels il ne peut pas résister (bien que dans des cas très durables, il existe une résistance certaine). Les idées obsessionnelles ont habituellement un effet anxiogène (Point de révision 8.4); elles peuvent être, par exemple, des idées:

- violentes;
- obscènes;
- blasphématoires;
- insensées.

Le patient peut également être déprimé.

Stress post-traumatique

Il constitue la réponse retardée et/ou prolongée d'un événement stressant ou d'une situation de nature exceptionnellement menaçante ou catastrophique, comme un viol ou une torture. Le patient revit le traumatisme de façon répétée lors de flash-backs, ou fait des rêves dans un tableau persistant où coexistent une torpeur, des émotions émoussées, une anhédonie, une mise à distance des autres et l'évitement de tout ce qui peut rappeler le traumatisme.

• TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Anorexie mentale

Le caractère principal est la perte de poids délibérée, provoquée et/ou entretenue par le patient. La perte de poids est auto-provoquée par diverses stratégies:

- en évitant les nourritures « grasses »;
- en provoquant des vomissements;
- par la prise de purgatifs;
- par un exercice excessif;
- par un abus de diurétiques;
- par un abus d'anorexigènes.

Les signes et symptômes sont les suivants :

- apparence maigre et émaciée (avec une masse corporelle 15 % en dessous de la masse attendue, ou un indice de masse corporelle inférieur à 17,5 kg/m²);
- distorsion de l'image corporelle avec peur de l'obésité ;
- aménorrhée chez la femme (malgré la prise de contraception orale, des saignements vaginaux occasionnels peuvent survenir) ;
- diminution de la libido et des fonctions érectiles chez l'homme;
- signes de déshydratation ;
- gonflement des glandes salivaires;
- caries dentaires;
- défaut de développement de la poitrine chez les jeunes filles lors de la croissance prépubertaire;
- défaut de développement génital chez les hommes lors de la croissance prépubertaire;
- lanugo (souvent sur le visage et le dos);
- pilosité axillaire et pubienne présente (alors qu'elle est absente ou rare dans l'hypopituitarisme);
- mauvaise circulation périphérique.

Les symptômes psychiatriques les plus habituellement associés à l'anorexie mentale sont:

- des comportements obsessionnels-compulsifs, comme un lavage des mains et un contrôle du poids;
- l'anxiété, particulièrement en rapport avec la nourriture et l'alimentation ;

Comprendre les différents appareils

- des troubles de l'humeur: épisode dépressif et humeur labile.

Boulimie

Les signes caractéristiques comprennent des crises de boulimie et une préoccupation excessive pour le contrôle du poids, avec une peur morbide de l'obésité conduisant à l'adoption de mesures extrêmes afin d'atténuer les effets « grossissants » de la nourriture ingérée, par exemple en se faisant vomir et en abusant de laxatifs, d'anorexigènes, d'extraits thyroïdiens ou de diurétiques. Voici les symptômes et les signes:

- masse corporelle dans les limites de la normale (cf. anorexie mentale);
- cycle menstruel normal chez les femmes (cf. anorexie mentale);
- gonflement des glandes salivaires;
- œdème facial ou périphérique intermittent;
- caries dentaires;
- symptômes et signes de troubles électrolytiques (par exemple: faiblesse musculaire, arythmie cardiaque, insuffisance rénale, crises épileptiques, infections urinaires et crises de tétanie).

• INTOXICATION ALCOOLIQUE

C'est l'un des problèmes psychiatriques les plus fréquents, et donc le plus susceptible d'être rencontré par les étudiants ou les jeunes médecins.

L'utilisation du questionnaire « CAGE » pour évaluer l'importance de la consommation du patient a été présentée page 142. D'autres signes de la dépendance alcoolique sont présentés dans le Point pratique ci-dessous.

POINT PRATIQUE

Certains aspects de la dépendance alcoolique :

Compulsion à boire (désir insatiable).

Tolérance croissante (de plus en plus d'alcool est nécessaire pour obtenir les mêmes les mêmes effets).

Symptômes de sevrage (tremblements matinaux et delirium tremens).

Dans le comportement familial, la dépendance physique et psychologique à l'alcool provoque toute une série de conséquences sociales, légales, affectives et familiales. Se surajoutent ainsi de nombreuses complications physiques, qui sont présentées ailleurs dans le livre.

A l'hôpital, il y a deux situations dans lesquelles l'alcool peut poser de sérieuses difficultés. La première est celle du patient intoxiqué, confus, largement perturbé et difficilement contrôlable, qui se présente aux urgences avec des complications graves comme un traumatisme crânien. La seconde est celle d'un patient se révélant alcoolique alors qu'il consulte pour une autre maladie, comme une pneumonie, et qui présente des symptômes de sevrage comme des tremblements et des sudations. Cette situation évolue en deux à quatre jours vers un delirium tremens avec confusion, désorientation et crises épileptiques.