

Sémiologie psychiatrique

A. RAUZY

Sémiologie psychiatrique

Occupant une place à part au sein des disciplines médicales, la psychiatrie a été longtemps liée à la neurologie (neuropsychiatrie) et n'a trouvé que récemment son autonomie. Elle est à la fois une branche de la médecine et une discipline singulière, du fait que, dans un grand nombre de troubles psychiques, il n'y a pas de lésion anatomique décelable, du moins en l'état actuel de nos connaissances. De même, elle utilise divers types de traitement, depuis les chimiothérapies recourant à une pharmacopée spécifique, jusqu'aux psychothérapies qui nécessitent en principe une formation particulière.

La sémiologie psychiatrique se réfère à une nosographie qui a peu évolué depuis le début du XX^e siècle, et qui repose sur les travaux des écoles française et allemande. On assiste depuis peu de temps à une réorganisation de cette nosographie, avec notamment la classification américaine du DSM III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).

L'examen psychiatrique

L'entretien

L'entretien individuel avec le malade peut utiliser deux techniques.

L'entretien non directif consiste à le laisser parler, au gré de ses libres associations, sans le suggestionner ; on recueille ainsi ce qui affleure à la surface de la vie psychique actuelle.

L'entretien directif, analogue à l'interrogatoire médical classique, amène à poser un certain nombre de questions précises. Il complète utilement l'entretien non directif et, en pratique, les deux méthodes sont le plus souvent combinées tour à tour, en fonction du degré de coopération du patient, de sa capacité à verbaliser ses difficultés, et de son aptitude à découvrir de lui-même des relations de causalité entre le présent et le passé, le dedans et le dehors, la surface et la profondeur, etc., en résumé, de son degré d'« insight ».

Les données de l'entretien sont de trois ordres : visuel, auditif et affectif, mais il est évident que ces données sont recueillies simultanément, au fil de l'entretien.

A - L'observation

Elle fait appel au sens visuel et concerne ce qu'on appelle la « **présentation** » du malade. On porte attention à son aspect général, à sa démarche, à sa tenue, à ses vêtements. On est attentif à ses gestes, à sa mimique, à ses expressions émotionnelles, à ses attitudes au cours de l'entretien, à son « comportement ».

B - L'écoute

C'est la partie essentielle de l'examen psychiatrique ; elle concerne ce qu'on appelle le « **discours** » du malade. Il faut être sensible à la forme du discours : prolixité ou économie de paroles, anomalies du débit, répétitions, itérations, interruptions. Il faut être

sensible à son contenu : cohérence ou incohérence, discours rationnel ou délirant, lapsus révélateurs d'un désir inconscient.

C - La relation médecin-malade

Basée principalement sur la communication non verbale, elle est de nature affective, l'observateur « impartial » ne pouvant se défendre de mêler une part de sa subjectivité à l'objectivité qu'il s'efforce de maintenir. L'entretien ne peut se dérouler sans que s'établisse une relation qui se définit en termes d'empathie ou de « contact ». Cela est vrai de toute relation médecin-malade et, plus généralement, de toute relation interhumaine, mais, en psychiatrie, la prise en compte de cette relation est particulièrement importante.

Il est donc nécessaire de reconnaître et d'analyser ses propres réactions, de faire la part de son propre « contre-transfert » (positif, négatif ou mêlé), afin de donner leur exacte valeur aux phénomènes de « transfert » du patient (la façon qu'il a de projeter sur l'interlocuteur un ensemble de conflits internes non résolus). Le premier entretien, s'il a d'abord une visée diagnostique, a déjà en même temps un effet thérapeutique qui engage la suite de la relation.

Les autres éléments de l'examen psychiatrique

A - Les circonstances de l'examen

Dans un contexte d'**urgence**, on s'attachera d'abord aux symptômes les plus critiques (agitation, angoisse, impulsions, dangerosité) qui tiennent le devant de la scène. Dans un deuxième temps, on s'appliquera à comprendre les motifs de ces symptômes spectaculaires, en écoutant patiemment le malade.

Dans un contexte de **consultation**, on déterminera d'abord de qui vient la demande d'examen psychiatrique. Si c'est du malade lui-même, le pronostic est a priori globalement favorable.

Si la demande vient de la famille, ce qui est habituel quand le « consultant » est un enfant, cela s'avère d'emblée source de difficultés quand c'est un adulte, si par exemple le conjoint demande la consultation à sa place.

Si la demande vient d'une institution ou d'intervenants extérieurs, l'évolution risque également d'être compromise toutes les fois que l'intéressé n'a, lui, aucune demande de soins.

B - Les données de la biographie

Lors de l'anamnèse, on mettra l'accent sur les périodes « sensibles » : la première enfance, la scolarité, l'adolescence, l'apprentissage professionnel, le service militaire, le choix du conjoint, le degré de satisfaction professionnelle, les maladies somatiques, les grossesses et les accouchements. Les réactions manifestées lors d'événements traumatisants ou stressants (accidents, séparations, frustrations) donnent une idée globale de la solidité du moi, ou au contraire de sa fragilité, de son « immaturité ».

On s'enquiert des antécédents familiaux : épisodes pathologiques (dépression par exemple) chez les ascendants, les collatéraux, dans la fratrie ; notion de traitements psychiatriques, de suicides, d'internements, de mortalité précoce.

C - Les examens complémentaires

L'examen psychiatrique est essentiellement clinique, fondé sur l'entretien individuel, sur l'appréciation du contexte dans lequel se déroule l'entretien, sur les commémoratifs, et sur un examen somatique : examen cardiovasculaire, recherche de signes extra-pyramidaux, etc.

On doit pourtant savoir s'aider, dans certains cas, d'examens complémentaires.

1. Les tests psychométriques

A condition qu'ils n'empiètent pas sur le jugement clinique (qui reste le critère le plus sûr), ils procurent d'utiles renseignements à la fois sur les fonctions intellectuelles et sur la personnalité.

Les **tests d'efficience** intellectuelle, qui comportent une batterie d'épreuves, donnent un résultat chiffré. Certains tests explorent des fonctions spécifiques :

orientation dans l'espace, latéralité, rétention mnésique, calcul.

Les **tests projectifs** (Rorschach, Thematic Aperception Test, MMPI) s'efforcent, à partir des réponses et des réactions du sujet à un questionnaire ou à des planches d'images, de mieux cerner la personnalité.

On peut en rapprocher les **questionnaires d'auto-évaluation**, où le sujet doit coter lui-même l'intensité de ses symptômes.

2. Les explorations cérébrales

L'**électroencéphalogramme** est utile dans les syndromes organiques cérébraux, dans les épilepsies. L'exploration biologique et radiologique du SNC est en plein essor : dosage des neurotransmetteurs et de leurs métabolites, études des potentiels évoqués, examens radiographiques cérébraux par scanner et résonance magnétique nucléaire, études du flux cérébral par gamma-scintigraphie, études du métabolisme cérébral et des récepteurs par la tomographie par émissions de positons, études immunologiques, travaux de génie génétique.

3. Les dosages sanguins

Certains sont systématiques, accompagnant l'examen clinique somatique, à la recherche d'une maladie organique associée aux troubles mentaux.

D'autres suivent les effets des traitements (fonctions rénale et hépatique, formule sanguine, lithiémie) ou recherchent la présence d'un toxique.

La mise au point de **marqueurs** biologiques spécifiques de certains états (dépressifs notamment) est encore à l'étude.

4. Les études génétiques

Menées sur des groupes familiaux et d'une réalisation encore difficile, elles seraient surtout prometteuses dans la psychose maniaco-dépressive (ou dépression bipolaire).

La structure de la personnalité

Au terme de l'examen, il est possible de se faire une idée synthétique de la personnalité du sujet.

La structure **déliante** peut être systématisée (dans les délires chroniques) ou non systématisée (dans les schizophrénies).

La personnalité **paranoïaque** est rigide, défensive, méfiante, intolérante aux contradictions.

La personnalité **schizoïde** est froide, distante, peu sociable.

Le **psychopathe** est intolérant aux contraintes, instable, imprévisible, impulsif.

L'**obsessionnel** est rigoureux, précis, scrupuleux, auto-contraignant.

L'**hystérique** a besoin de plaire, cherche à capter l'attention, l'amour et la pitié.

L'**anxieux** s'exagère les difficultés et a un besoin constant d'être rassuré.

La structure caractérologique de la personnalité constitue la partie du moi la moins accessible aux changements thérapeutiques, elle témoigne de la mise en place (souvent très ancienne) de mécanismes de défense plus ou moins efficaces, et il apparaît vain, voire contre-indiqué, de prétendre la modifier en profondeur. Il en va autrement d'un certain nombre de symptômes (les troubles de l'humeur par exemple), dont la nature labile, évolutive, donne prise au traitement.

Les différences entre les névroses et les psychoses

Un premier grand partage est fait entre les névroses et les psychoses, suivant quelques critères traditionnels.

Les **troubles de la pensée**, absents dans les névroses, caractérisent au contraire les psychoses, dans lesquelles les perceptions, le jugement, le raisonnement sont altérés ; la pensée délirante fonctionne avec sa logique propre.

La **relation avec la réalité** est maintenue dans la névrose ; elle est rompue dans la psychose, avec création d'une néo-réalité à usage personnel (le monde délirant).

La **conscience du caractère pathologique des troubles** existe dans les névroses, ainsi qu'une critique des phénomènes morbides. Elle n'existe pas dans les psychoses, où l'adhésion, la croyance à la réalité du délire sont totales, excluant la critique.

La **demande de traitement** est formulée dans les névroses. Dans les psychoses, le traitement n'est pas demandé ; il est même souvent refusé ou rejeté.

Le **type de traitement** est préférentiellement psychothérapique dans la névrose, chimiothérapique dans la psychose.

Le **pronostic d'ensemble** est relativement favorable dans les névroses ; il est défavorable dans les psychoses.

Cependant, il faut se défier d'une séparation aussi tranchée entre névroses et psychoses. Certaines névroses sont graves et invalidantes et, inversement, il y a des délires aigus sans lendemain. Devant une psychose, il faut se garder d'une attitude pessimiste qui condamnerait d'emblée le malade à un pronostic de gravité.

Troubles des fonctions qui dépendent du psychisme

L'intelligence

L'intelligence étant la somme des fonctions supérieures et leur forme la plus subtile, elle se laisse malaisément enfermer dans une définition. Se saisissant des données de la perception consciente, elle les soumet à une critique réflexive, les intégrant à des schèmes d'explication préétablis et imaginant à partir d'elles des systèmes originaux de corrélations.

L'idée de mesurer l'intelligence est due à Galton, l'inventeur de la psychologie différentielle, qui voulait, dans la perspective darwinienne, démontrer l'existence de différences des aptitudes intellectuelles d'un individu à l'autre. En France, en 1905, Binet et Simon élaboraient la première échelle de niveau mental, applicable aux enfants d'âge scolaire. L'âge mental était calculé et comparé à l'âge réel. La notion d'âge mental a ensuite fait place à celle de quotient intellectuel (QI), les tests étant étalonnés pour que le QI statistiquement moyen et « normal » de la population soit égal à 100.

Avec les enfants, on utilise le WISC-R, l'échelle de Terman-Merrill et celle de Gesell (étalonnée en France par Brunet et Lezine) pour les enfants d'âge pré-scolaire. Avec les adultes, c'est le test de Wechsler ou WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale), qui propose des épreuves verbales (vocabulaire, compréhension, raisonnement) et des épreuves de performance (assemblages, cubes de Kohs). La notation tient compte de la vitesse des réponses.

Diverses situations pathologiques sont susceptibles de perturber l'intelligence.

La **déficience mentale congénitale** l'amoindrit chez l'enfant à la suite d'une anomalie chromosomique, enzymatique, métabolique innée, ou d'une souffrance cérébrale pré ou périnatale. Le développement psychomoteur est retardé, le langage est perturbé, les tests d'efficacité intellectuelle montrent un QI inférieur à 100. L'arriération est dite légère

(débilité mentale), moyenne ou profonde suivant la gravité du déficit. La scolarité normale n'est pas possible, et il faut envisager des mesures d'éducation et d'assistance spéciales. A l'âge adulte, le handicap demeure source de marginalisation.

La **démence** sénile ou pré-sénile appauvrit une intelligence antérieurement normale. La **confusion mentale** altère considérablement les fonctions intellectuelles, mais seulement de façon transitoire.

Les **dépansions** ralentissent le fonctionnement psychique, pouvant en imposer passagèrement pour un déficit intellectuel. La **manie** procure l'illusion d'une facilitation intellectuelle, mais la fuite des idées rend cette excitation psychique inopérante ; il en va de même avec l'intoxication par les psychostimulants.

Les **psychoses délirantes** perturbent le jugement et le raisonnement ; la logique délirante détourne l'intelligence au profit du système irrationnel (« folie raisonnée »). Les schizophrénies graves donnent l'apparence d'une pseudo-démence, mais l'intelligence est toujours présente, servant à alimenter l'hermétisme de la pensée autistique.

Le langage

Indissociable de la pensée qu'il met en forme, le langage occupe une place centrale dans l'étude des troubles mentaux.

1. L'excès ou le défaut de parole

Par excès, c'est la **logorrhée**, qui s'observe surtout dans les états maniaques, parfois accompagnée d'une graphorrhée.

Par défaut, c'est le **mutisme**, qui peut s'observer dans la mélancolie stuporeuse, le négativisme schizophrénique, l'opposition caractérielle, l'hystérie. Le semi-mutisme est souvent le fait des personnalités inhibées. La **réticence** (rétention, teintée d'hostilité, d'une partie des pensées) est le fait des structures paranoïaques.

2. Les troubles du débit

Le **bégaiement** est tonique (blocages éphémères du débit) ou clonique (répétitions de syllabes). Il appa-

raît souvent dans l'enfance, sans signification pathologique marquée.

La **palilalie** (répétition itérative d'une syllabe ou d'un mot) se voit dans les états démentiels, souvent associée au radotage.

3. Écholalie et soliloque

L'**écholalie** (répétition du dernier mot prononcé par l'interlocuteur) est caractéristique des schizophrénies graves ; on parle aussi de psittacisme. Le **soliloque** (dialogue avec un interlocuteur imaginaire) s'observe dans les psychoses délirantes.

4. Le langage des schizophrènes

Il est perturbé dans les cas de dissociation sévère : **barrages** (suspension de la parole pendant quelques secondes), **fading** (variations de l'intensité de la voix), troubles de la prosodie et de la mélodie de la voix, **inappropriations sémantiques** (mots détournés de leur sens), néologismes, stéréotypies verbales. Dans les formes les plus dissociées, l'incohérence du langage est complète, réalisant la **verbi-gération**, encore appelée **schizophasie** ou « salade de mots » (dévidage interminable de mots sans lien associatif). La **glossolalie** est la création d'un néolangage incompréhensible.

5. Délire et fabulation

Dans le **délire** proprement dit, la forme du discours n'est pas altérée. C'est le contenu du discours qui est anormal, de par le caractère irrationnel de l'enchaînement des effets et des causes (logique délirante, aberrante pour l'observateur).

La **fabulation** n'est pas un délire, mais un récit rempli d'affirmations imaginaires et mensongères. Elle caractérise la mythomanie, et se voit chez les enfants, dans les débilites et les déséquilibres psychiques.

6. Chez l'enfant

Le **retard du langage** peut être un retard simple, le langage finissant par apparaître vers 4-5 ans. Plus rarement, c'est une véritable **dysphasie** ou audimutité, perturbation grave et durable du langage oral chez un enfant à l'intelligence et à l'audition normales. Il faut la distinguer du mutisme, qui est volontaire ou semi-volontaire, et variable avec l'environnement. Les troubles de la prononciation, assez fréquents, demandent une rééducation orthophonique.

La **dyslexie-dysorthographe** est une difficulté d'apprentissage de la langue écrite, avec inversion de lettres et de syllabes.

La mémoire

On sait que la méthode psychanalytique s'efforce de faciliter, sinon la levée de l'amnésie infantile (physiologique dans les premières années), du moins la remémoration des événements traumatiques passés, provisoirement refoulés et oubliés. Mais à côté de cette amnésie « névrotique » banale, il existe des cas d'amnésie pathologique nette.

Les **amnésies** de fixation ou antérogrades (incapacité de fixer les événements récents) sont opposées aux amnésies d'évocation ou rétrogrades (incapacité de se remémorer les événements anciens), mais elles sont le plus souvent mixtes, antéro-rétrogrades. Elles témoignent, si elles sont durables, d'une étiologie organique : état démentiel, syndrome de Korsakoff. Des altérations transitoires de la mémoire se voient dans les troubles confusionnels, les psychoses aiguës, les dépressions sévères. Plus rarement, l'amnésie est élective ou lacunaire (oubli d'un événement ou d'une période entière de la vie), apparaissant après un stress émotionnel, en particulier chez des personnalités hystériques.

L'**hypermnésie** (déroulement accéléré de souvenirs) peut se voir dans l'excitation maniaque ou l'intoxication par des psychostimulants.

Les perceptions

Le trouble majeur de la perception est l'hallucination, classique « perception sans objet ». Pour s'en faire une idée, il faut se fier au témoignage du patient, puisqu'il vit une expérience non objectivable.

A - Les hallucinations psycho-sensorielles

Caractéristiques des psychoses, elles peuvent affecter les cinq sens : hallucinations auditives surtout (« les

voix »), visuelles, olfactives, gustatives, tactiles (ou cénesthésiques). Elles sont élémentaires (simples images ou sons) ou élaborées (dialogue de voix, imagerie scénique complexe).

La difficulté vient de ce que le malade halluciné, loin de reconnaître le caractère purement subjectif de ces perceptions, est convaincu de leur caractère objectif et les attribue à des agents extérieurs. Il croit à la réalité de ces phénomènes, il ne les critique pas. Cette conviction permet de différencier l'hallucination de l'hallucinose (perception surnuméraire dont le sujet reconnaît le caractère anormal, et liée à une pathologie organique) et de l'illusion (objet réel perçu de façon déformée). Cependant, l'onirisme des épisodes confusionnels est difficile à distinguer de l'hallucination.

B - Les hallucinations psychiques

Dans le syndrome d'influence, le malade a l'impression que sa pensée est influencée de l'extérieur, « à distance », qu'elle est devinée de l'extérieur, téléguidée, dédoublée, répétée en écho, commentée, volée, captée, imposée, etc. Il est surveillé, espionné, objet de télépathie, d'expériences de communication, d'écoutes avec des appareils, etc.

Dans l'automatisme mental de Clérambault, la pensée s'autonomise aux dépens de la volonté du sujet, qui est le jouet de phénomènes entièrement imposés (sensations, idées, paroles et mouvements).

Ces symptômes hallucinatoires existent dans les schizophrénies et les psychoses hallucinatoires chroniques.

L'image de soi et le monde extérieur

L'image du corps (parfois appelée « schéma corporel ») fait intervenir le narcissisme, la libido selon Freud étant susceptible de se tourner tantôt vers le moi, tantôt vers les objets extérieurs. On peut se représenter les psychoses comme des états dans lesquels l'investissement psychique, au lieu de se porter sur le monde extérieur, se retourne par prédilection dans le moi. Dans les délires systémati-

sés, le monde extérieur est comme infiltré par des parties du moi projetées au dehors. Dans les schizophrénies graves, il n'y a plus de place pour la réalité extérieure, toute l'énergie psychique étant repliée dans l'activité autistique.

Les **dépersonnalisations** sont des états généralement transitoires, où le sujet a l'impression de ne plus être soi-même, de subir des modifications de son corps, avec un sentiment d'étrangeté et de déréalisation du monde. A la frontière entre les névroses et les psychoses, on les observe aussi bien dans les névroses hystériques que lors d'expériences de privation sensorielle ou d'intoxications par les hallucinogènes, ou dans les psychoses délirantes aiguës et les schizophrénies, dans lesquelles elles déterminent des sensations extrêmement angoissantes de morcellement corporel.

Les troubles psychomoteurs

L'**agitation psychomotrice** est caractérisée par une hyperactivité désordonnée : hyperkinésie, impossibilité de rester en place, gesticulation, vociférations. L'agressivité, souvent présente, peut se borner à des menaces, ou entraîner des actes dangereux pour autrui ; il est important de savoir évaluer le degré de risque que fait courir ce comportement, qui réalise en tous les cas un tableau d'urgence. La cause peut en être une psychose aiguë (délire aigu, manie), un syndrome confuso-onirique (alcoolisme, hallucinogènes).

Le **ralentissement psychomoteur** compose le tableau inverse : immobilité figée, pauvreté de la mimique, mutisme, au maximum état stuporeux. Il doit surtout évoquer une dépression majeure (ou mélancolique).

Les **impulsions** sont des actes brusques, imprévisibles ; elles sont généralement chargées d'agressivité, et peuvent aller jusqu'à l'homicide. On les voit chez des psychotiques (par exemple en réponse à un commandement délirant, hallucinatoire), et à un moindre degré chez certains psychopathes (on parle alors de « passage à l'acte »).

Les **stéréotypies** sont des mouvements répétés indéfiniment, comme le balancement d'un pied sur l'autre, ou d'arrière en avant en position assise,

ou des gestes des mains. Elles témoignent d'une régression importante, qui marque les arriérations profondes (encéphalopathies) et les schizophrénies graves ; elles sont assez souvent accompagnées d'automutilations, de croumanie (tête cognée contre les murs).

La **discordance idéomotrice**, caractéristique de la schizophrénie dissociée, est faite d'une dysharmonie entre le contenu de la pensée et l'expression gestuelle produite au même moment : rires et sourires paradoxaux, parasitisme mimique, maniérisme.

Les **dyskinésies** sont des mouvements involontaires affectant certains groupes musculaires, de rythme régulier, qui font partie du syndrome extrapyramidal induit par les neuroleptiques.

Les **tics** sont des mouvements involontaires brusques, brefs et répétés d'un groupe musculaire, apparaissant dans l'enfance ; dépourvus de signification pathologique marquée, ils affectent des sujets assez obsessionnels ou anxieux.

Les conduites sociales

La sociabilité a ses difficultés qui sont plus souvent en rapport avec des types de caractères qu'avec une pathologie mentale véritable. Pourtant, par opposition au sujet « syntone » (s'adaptant sans difficulté à l'ambiance), on parle d'« hypersyntones » (structures dites hypomaniaques, présentant une subexcitation chronique) et d'« asyntones » (avec un éventail allant de la timidité banale à la schizoïdie).

Plus graves sont les conduites antisociales, qui mettent en jeu l'intégrité d'autrui. Ce sont les actes violents (agressions, coups et blessures, voire homicide), les violations du bien d'autrui (vol, délinquance, kleptomanie, pyromanie), les conduites sexuelles perverses (viol, sadisme, pédophilie).

Tous ces actes antisociaux font encourir à leurs auteurs (surtout les récidivistes) des poursuites pénales, à l'occasion desquelles une expertise psychiatrique (qui exige des connaissances en criminalistique) peut être demandée. Outre le fait qu'ils s'inscrivent assez souvent dans ce qu'on peut appeler une « pathologie sociale » (faible niveau socio-culturel,

scolarité déficiente, carence affective dans l'enfance, absence de qualification professionnelle, etc.), ils reconnaissent des étiologies mentales variées.

Il peut s'agir de psychoses (actes immotivés des schizophrènes, vengeances de paranoïaques), de démences (surtout à la période de début), de troubles névrotiques et/ou pervers dont l'analyse sémiologique devra être minutieuse.

Souvent, les conduites antisociales sont le fait de personnalités dites psychopathiques, déséquilibrées ou justement « antisociales ». Les psychopathes souffrent d'une instabilité et d'une impulsivité, d'une difficulté à maintenir des relations interpersonnelles durables. Leur intolérance aux frustrations et aux disciplines les conduit à transgresser les lois et à se mettre en marge de la société. Ils sont exposés aux fugues, à la mythomanie, aux passages à l'acte, à la délinquance, à la toxicomanie, à l'alcoolisme. Ils ne sont pas demandeurs de soins psychiatriques et ne rencontrent la psychiatrie que « par la bande », le plus souvent à leur corps défendant.

La sexualité

Selon la psychanalyse, la sexualité joue un rôle qui déborde largement le seul domaine de la vie génitale. La psychanalyse estime en effet que bon nombre de troubles névrotiques sont explicables soit par l'action à long terme de traumatismes infantiles de nature sexuelle (avec formation de refoulements, de mécanismes de défense), soit par une frustration sexuelle actuelle. La libido sexuelle est une force qui domine l'ensemble du psychisme, et oriente les investissements tantôt vers le moi propre (narcissisme), tantôt vers l'extérieur (sublimation).

Les **perversions sexuelles** sont caractérisées tantôt par l'anomalie du choix du partenaire (inversion sexuelle, pédophilie, gérontophilie, zoophilie), tantôt par l'anomalie du moyen de satisfaction (sadisme, masochisme, fétichisme, exhibitionnisme). Ces troubles des conduites sexuelles peuvent avoir des conséquences médico-légales, et s'accompagnent rarement d'une demande spontanée de soins médico-psychologiques, le « pervers » trouvant trop de satisfaction dans la permanence de son type particulier d'activité sexuelle. Citons aussi le transsexualisme, qui est un trouble de l'identité sexuelle.

D'autre part, l'étude des **dysfonctionnements sexuels** a pris un essor récent avec le développement de la sexologie. Ce sont diverses formes d'inhibition sexuelle qui conduisent un partenaire ou les deux partenaires d'un couple à solliciter un traitement : chez l'homme, l'impuissance (totale, partielle ou élective), l'éjaculation précoce, tardive ou absente ; chez la femme, la frigidité, le vaginisme, la dyspareunie, l'anorgasmie. La part une fois faite d'une étiologie organique, on découvrira souvent, à la faveur d'une thérapie individuelle ou de couple, que des éléments conflictuels existent au-delà de la seule inhibition sexuelle.

Les troubles de l'alimentation

L'**anorexie mentale** des jeunes filles est une entité particulière qui associe à l'anorexie psychogène un amaigrissement souvent spectaculaire (perte de poids d'au moins 25 % du poids initial), une aménorrhée, une hyperactivité, une mauvaise relation avec la mère. D'autres situations d'anorexie se voient chez des schizophrènes régressés, et surtout dans les états dépressifs (dans les mélancolies, le refus de s'alimenter peut être total, mettant en jeu le pronostic vital).

La **boulimie** s'inscrit dans des contextes névrotiques, hystéro-anxieux ou anxio-dépressifs. Dans les obésités, le facteur psychogène joue un rôle indéniable, parmi d'autres éléments. La **potomanie** est l'ingestion de grandes quantités de liquide, en l'absence de tout syndrome polyuro-polydipsique organique ; on en différencie la dipsomanie, variété d'alcoolisme impulsif avec ingestions périodiques d'alcool en grande quantité.

Dans les aberrations alimentaires (pica), il y a ingestion de substances non nutritives : terre, matières fécales (coprophagie), objets divers. Elles se rencontrent dans les arriérations mentales profondes, les schizophrénies très régressées, les états démentiels, mais aussi chez les sujets incarcérés.

Chez le nourrisson, il existe des anorexies psychogènes (conflit avec la mère). Dans le mérycisme, les aliments sont régurgités, remastiqués et ruminés.

Les troubles sphinctériens

1. Chez l'enfant

L'**énurésie** est une miction involontaire, le plus souvent nocturne, pendant le sommeil, après l'âge physiologique de la propreté, et ceci de façon répétée, plus souvent chez les garçons. C'est un symptôme fréquent chez l'enfant (répondant à des mécanismes psychologiques assez simples) et qui, quelquefois, persiste plus tard.

L'**encoprésie**, plus rare, est faite de défécations semi-volontaires, après l'âge habituel du contrôle sphinctérien, et souvent diurnes. Elle marque une opposition complexe de l'enfant, et son traitement est difficile.

2. Dans les démences (séniles ou pré-séniles)

L'incontinence sphinctérienne survient à un stade avancé de détérioration mentale et de régression affective ; on l'appelle « gâtisme ».

Les troubles du sommeil

Le sommeil est un excellent élément d'appréciation de l'état psychique global.

L'**insomnie** est une cause fréquente de consultation. Elle a souvent pour cause une anxiété, entretenue ou exacerbée par des problèmes actuels, et le recours aux hypnotiques, pour banal qu'il soit, fait courir un risque de dépendance. D'autres insomnies (parfois totales) accompagnent les états d'excitation (accès maniaque ou abus de psychostimulants). Insistons sur l'insomnie des états dépressifs, surtout dans les formes les plus sévères : cette insomnie du petit matin ramène en bloc l'angoisse et la douleur morale, et peut pousser le mélancolique à un raptus suicidaire.

L'**hypersomnie** est rare ; elle se voit dans la narcolepsie ou syndrome de Gélinau.

Le **rêve** est le gardien du sommeil selon Freud qui, on le sait, a utilisé l'interprétation des rêves comme méthode d'investigation et de compréhension. Les rêves d'angoisse apparaissent dans la phase du sommeil paradoxal, les terreurs nocturnes aux stades 3 et 4.

Le sommeil peut s'accompagner de phénomènes psychomoteurs sans signification pathologique précise : somniloquie, bruxisme (grincement des dents), somnambulisme. Ces phénomènes sont assez fréquents chez l'enfant.

Troubles névrotiques

Plus que de véritables maladies mentales, ces troubles sont des « maladies de la personnalité » ou, plus simplement, leur persistance occasionne une gêne dans l'existence quotidienne. Bonne indication traditionnelle des psychothérapies d'inspiration psychanalytique, ils résistent en fait souvent aux traitements, et sont quelquefois d'une décourageante chronicité.

Les états d'anxiété et d'angoisse

Du cadre de la neurasthénie, Freud avait extrait la névrose d'angoisse qu'il considérait comme une névrose « actuelle », liée à des frustrations sexuelles récentes. On distingue maintenant deux types de troubles anxieux.

1. L'anxiété généralisée

Elle associe une tension motrice (contractures musculaires, tremblements) et des troubles neurovégétatifs variés (sudation, sécheresse de la bouche, palpitations, pollakiurie, diarrhée, troubles vasomoteurs). Le vécu anxieux (anticipation pessimiste des événements, crainte de dangers) entretient une rumination idéique qui provoque une insomnie d'endormissement.

2. Les crises d'angoisse (ou attaques de panique)

Elles surviennent brusquement, sans circonstance déclenchante, associant une peur intense (peur de mourir, de devenir fou, ou de commettre un acte incontrôlé) et des symptômes physiques qui peuvent simuler une urgence médicale (douleur thoracique, dyspnée, ou tachycardie).

Le sujet a ensuite une anxiété anticipatoire, liée à l'appréhension d'un nouvel accès aussi pénible. Dans un troisième temps, on voit souvent se constituer progressivement une agoraphobie.

Les troubles phobiques

La phobie est une crainte angoissante déclenchée par la confrontation avec un objet ou une situation « phobogène » ; le sujet juge cette crainte irrationnelle, mais il n'en est pas le maître.

1. L'inventaire des phobies

Phobies d'objets : animaux, orage, sang, interventions chirurgicales, aliments sélectifs.

Phobies de situation : agoraphobie (crainte de la foule, de la rue), claustrophobie (crainte d'être enfermé ou d'étouffer dans un espace clos, dans un magasin, dans un ascenseur, dans les transports en commun), phobie sociale (crainte d'agir en public, trac).

2. Le comportement phobique

L'évitement du ou des agents phobogènes est la réponse la plus typique (plus rarement le sujet affronte quand même la situation angoissante, ou constitue des contre-phobies téméraires). Une névrose phobique peut s'installer, créant un véritable handicap, le sujet ne pouvant plus sortir de chez lui qu'accompagné d'un tiers qui le sécurise, ou renonçant même à sortir. On peut dans certains cas essayer de recourir à des techniques de thérapie comportementale.

3. Phobies classables ailleurs

La phobie d'impulsion est la crainte de blesser quelqu'un avec un objet pointu ou tranchant, ou de se jeter dans le vide ; elle s'intègre plutôt dans la structure obsessionnelle ou, parfois, hystérique.

La nosophobie est la crainte de contracter une maladie, par contamination ou souillure ; elle est à la limite entre l'obsession et le délire.

La dysmorphophobie, ou crainte d'avoir une difformité du visage ou du corps, se voit chez l'adolescent et doit faire discuter une schizophrénie incipiens.

4. Chez l'enfant

Les phobies d'animaux, la phobie de l'obscurité sont physiologiques. Seules leur intensité anormale ou leur prolongation excessive seraient l'indice d'une perturbation sérieuse. La « phobie scolaire » qui empêche l'enfant d'aller à l'école est généralement l'expression de l'anxiété d'être séparé de sa mère.

Les troubles obsessionnels compulsifs

Les obsessions sont des idées, des mots ou des actes qui s'imposent de force au sujet de façon incoercible. A la différence de la psychose, le malade a conscience du caractère pathologique de ses symptômes, dont il perçoit l'absurdité et qu'il critique ; il s'épuise en une lutte incessante pour s'en débarrasser, mais toujours en vain. Au maximum est constituée une névrose obsessionnelle (ou névrose de contrainte), où les phénomènes morbides sont si nombreux qu'ils handicapent gravement l'existence.

1. Les symptômes obsessionnels

Les **idées obsédantes** sont des représentations qui font intrusion dans la conscience, contre la volonté du sujet, et se répètent fréquemment, identiques à elles-mêmes. Ce sont des idées (doutes, scrupules, interdictions), des images (souvent sexuelles et choquantes), des mots ou des phrases (onomatopée), des chiffres (arithmomanie).

Les **rituels** (ou « rites de conjuration ») sont des actes compulsifs, c'est-à-dire ayant un caractère contraignant et irrépressible, qui sont destinés à annuler l'angoisse et la culpabilité liées aux représentations obsédantes. On observe des rites de purification (lavage des mains, toilettes interminables, manœuvres pour éviter de toucher des objets qui seraient souillés), des procédures de vérification toujours perfectionnées, un cérémonial du lever et du coucher, de l'habillement, de l'alimentation. Ces actes sont répétés dans le même ordre, et refaits plusieurs fois. Ils peuvent finir par occuper toute la vie de l'obsédé.

2. La personnalité obsessionnelle

Les traits du caractère obsessionnel sont ceux de la psychasthénie de Janet : aboulie, doute perpétuel, indécision, procrastination (tendance à remettre les tâches au lendemain). Ils sont aussi ceux du stade sadique anal de Freud : exigences d'ordre et de rangement, souci du détail et de la symétrie, formalisme, méticulosité, scrupulosité, conservatisme, collectionnisme, parcimonie et tendance à thésauriser.

3. Les formes limites

L'existence de rituels nombreux (surtout lorsqu'ils sont atypiques) doit amener à discuter le diagnostic de psychose ; on voit en effet s'installer des ritualisations chez un bon nombre de schizophrènes.

4. Chez l'enfant

Chez le jeune enfant s'organisent des rituels (de rangement et d'endormissement) sans signification pathologique. C'est la persistance de ces rituels à la pré-adolescence qui pourrait faire redouter l'installation d'un trouble ultérieur de la personnalité.

Les troubles hystériques

Les crises paroxystiques de la période de Charcot, qui simulaient l'épilepsie, ont presque entièrement disparu ; on en voit encore des formes larvées sous l'aspect des « crises de nerfs », des pertes de connaissance brèves, des syncopes et des chutes. C'est l'hystérie, accessible à l'hypnose et à la suggestion, qui a été à l'origine de la théorie psychanalytique.

1. Les troubles de conversion

Ce sont des symptômes somatiques extrêmement variés : paralysies ou parésies de topographies diverses, contractures et spasmes, tétanie (ou spasmophilie), anesthésies, hyperesthésies, algies variées, astasie-abasie, aphonie, rétrécissement du champ visuel, hoquet, toux, nausées, vomissements...

Ce qui fait la particularité de ces symptômes, c'est qu'ils s'installent brusquement, souvent à la suite

d'un événement traumatisant ou conflictuel. Ils n'ont pas les caractères habituels de l'organicité (par exemple, la topographie du trouble moteur ou sensitif n'est pas une topographie lésionnelle « orthodoxe »). Typiquement, ils surviennent sans angoisse, et ils sont (mais très provisoirement) modifiables par la suggestion ou l'invigoration.

2. Les troubles de « dissociation »

Ce terme a l'inconvénient de prêter à confusion avec la dissociation psychique de la schizophrénie ; mieux vaudrait parler de troubles épisodiques de la conscience. Ce sont des troubles à début et à fin brusques, et au caractère outrancier et spectaculaire, qui donnent à voir un « dédoublement de la personnalité » marqué d'inauthenticité : amnésie sélective ou lacunaire, somnambulisme, fugue, dépersonnalisation et/ou dérealisation, état second ou crépusculaire, personnalité multiple, syndrome des réponses à côté.

3. La personnalité hystérique

Elle va fréquemment (mais non toujours) de pair avec un ou plusieurs des troubles précédents. On parle d'hystérie (mais on évite aussi l'abus de ce terme, en raison de sa connotation péjorative) devant les traits suivants : suggestibilité (ou psychoplasticité), théâtralisme (ou histrionisme), comportement de séduction, dramatisation des émotions.

4. Le pronostic d'ensemble

Tantôt les troubles surviennent après un événement stressant, chez un sujet sans personnalité hystérique antérieure. C'est le cas de l'hystérie masculine, post-traumatique. Ou bien les troubles régressent spontanément, ou bien se produit une certaine chronicisation, notamment dans la « névrose de rente » (revendication d'une indemnisation après un traumatisme).

Tantôt la personnalité hystérique est typique, et l'on a affaire à une véritable névrose, sur fond d'infantilisme, d'immaturation, d'avidité affective insatiable, de demandes excessives qui provoquent le rejet. Les troubles se multiplient, retentissant gravement sur la vie sociale, professionnelle et sentimentale.

5. Chez l'enfant

L'enfant présente assez facilement des troubles de conversion (douleurs digestives, vomissements, etc.), généralement de brève durée et destinés à attirer l'attention des parents (accaparés par exemple par un autre membre de la fratrie).

Les troubles somatoformes

En dehors des somatisations hystériques (troubles de conversion), on peut voir des douleurs psychogènes, ou un cortège de symptômes « fonctionnels » analogues à ceux de l'anxiété généralisée, derrière lesquels on retrouve une dépression masquée, c'est-à-dire à expression non pas psychique, mais somatique.

L'**hypocondrie** est une plainte au sujet d'une douleur (abdominale ou rachidienne, notamment) ou d'une maladie organique alléguée, alors que tous les examens sont normaux ; la plainte est lancinante, revendicative, et se chronicise ; l'hypocondrie est un trouble limite entre la névrose et la psychose.

Les **maladies psychosomatiques** (asthme, migraine, psoriasis, rectocolite hémorragique, etc.) sont en relation avec des facteurs d'environnement chargés de signification pour le sujet, qui ne peut mentaliser le conflit et le « résoudre » dans ses symptômes somatiques.

Troubles de l'humeur

Les troubles thymiques sont connus depuis Arétée de Cappadoce qui avait observé des alternances d'humeur chez un même sujet, d'où le nom de cyclothymie.

Les épisodes dépressifs

On distingue traditionnellement les dépressions réactionnelles (ou névrotico-réactionnelles, survenant après un événement déclenchant, et « décompensant » une structure névrotique jusqu'alors peu apparente) et les dépressions endogènes ou mélancoliques, maintenant appelées majeures.

1. La dépression d'intensité moyenne

Elle associe les éléments suivants :

- un **trouble de l'humeur** : c'est une tristesse douloureuse, permanente, immuable, qui s'accompagne de sentiments d'auto-dépréciation, d'auto-dévalorisation, de rabaissement de soi, de culpabilité, d'échec, d'inutilité, de désespoir ;
- un **désinvestissement** du monde extérieur : perte d'intérêt pour les activités sociales et professionnelles, ainsi que pour les proches, apragmatisme ;
- un **ralentissement psychomoteur** (inhibition) : raréfaction des gestes et de la mimique, voix monocorde, ralentissement idéique, baisse de toutes les performances intellectuelles ;
- des **troubles somatiques** : insomnie (avec réveil matutinal dans l'angoisse), anorexie, constipation, amaigrissement.

2. La dépression majeure (ou mélancolie)

Il y a une douleur morale intense. L'apragmatisme est total, et l'inhibition psychomotrice peut confiner à la stupeur. Il existe des idées quasi délirantes de culpabilité extrême, d'auto-accusation, d'indignité, d'incurabilité, qui peuvent pousser le mélancolique au suicide, particulièrement dans la période qui suit le réveil, au petit matin.

Les formes cliniques sont la forme stuporeuse (immobilité, mutisme, refus de s'alimenter), la forme anxieuse (agitation trompeuse, risque de raptus suicidaire), la forme délirante (auto-accusation de crimes imaginaires, hallucinations, délire de négation des organes).

Les épisodes maniaques

Leur symptomatologie s'oppose point par point à celle des épisodes dépressifs.

1. L'humeur expansive

La gaieté est « folle », communicative, ludique, avec chants et rires, voix de stentor, vêtements extravagants aux couleurs bigarrées (ou dénudation), idées de grandeur et de toute-puissance, suppression des censures morales, propositions érotiques.

2. L'excitation psychique

Il y a une fuite des idées (tachypsychie), avec logorrhée et graphorrhée, jeux de mots, calembours, coqs-à-l'âne.

3. L'excitation motrice

Le maniaque marche à grands pas, interpellant tout le monde ; il se montre moqueur et ironique, agressif si on le contrarie. Hyperactif, il débordé de projets, tire des chèques sans provision, dilapide sa fortune, distribue des cadeaux, fait des voyages dans des pays lointains. L'insomnie est parfois totale, sans fatigue apparente.

4. Formes cliniques

Ce sont : l'hypomanie (manie modérée et chronique), la manie délirante (mégalomanie, revendication de titres et de faits glorieux), la manie furieuse (avec agressivité dangereuse), la manie atypique (avec schizophrénie sous-jacente), la manie confuse (avec déshydratation et troubles métaboliques).

L'évolution générale

Tantôt on observe des alternances de dépression majeure et d'excitation maniaque, chaque épisode durant plusieurs semaines et étant séparé du suivant par un intervalle libre de durée variable. C'est la psychose maniaco-dépressive ou dépression bipolaire. Tantôt on n'observe que des épisodes dépressifs majeurs : c'est la dépression unipolaire. Dans les deux cas, les épisodes surviennent sans événement déclenchant plausible, et il existe une prédisposition familiale indéniable, voire un facteur génétique encore mal connu.

A l'inverse, les dépressions névrotico-réactionnelles reconnaissent un facteur déclenchant : deuil, rupture, transplantation, et elles réagissent bien aux traitements. Cependant, certaines d'entre elles résistent aux traitements et ont tendance à se chroniciser.

Psychoses délirantes

Les caractéristiques des délires

1. Leurs mécanismes

Ils sont au nombre de quatre.

L'**hallucination** est une perception sans objet, et ressentie par le malade comme provenant du monde extérieur ; elle est tantôt psychosensorielle, tantôt psychique, ou les deux à la fois.

L'**interprétation** est un jugement faux à partir d'une perception exacte. Les événements, les faits et gestes d'autrui sont interprétés par le malade comme étant chargés de signification, et destinés à lui personnellement, avec un sens généralement persécutif. Le délire s'étend en réseau, alimenté constamment par l'incorporation de nouveaux éléments significatifs.

L'**intuition** est la révélation brusque d'une vérité tout d'un coup lumineuse, qui irradie le sujet et l'emplit d'une certitude irréfutable.

L'**imagination** est la production d'une riche fantasmagorie, sur des thèmes magiques ou mythiques.

2. Leurs thèmes

La **mégalomanie** : l'orgueil démesuré s'accompagne d'idées de grandeur, de mission salvatrice, de réforme du monde (les « idéalistes passionnés »), d'identification à des personnages célèbres, de filiation royale ou divine. Ces délires ont un pouvoir de persuasion, et peuvent se propager à une autre personne (délire à deux) ou à un groupe (délire collectif).

La **persécution** : l'idée d'être victime d'un complot, d'une machination, d'un empoisonnement est attribuée à une « bande organisée », ou à un seul persécuteur (éventualité dans laquelle un acte agressif est toujours à redouter).

Les **thèmes passionnels** : les délires en secteur sont organisés autour d'une idée prévalente : jalousie, érotomanie (idée qu'un autre vous aime), revendica-

tion (idée d'être victime d'un préjudice, et querulence processive pour obtenir justice). La conviction délirante est inébranlable, bien que fondée sur une prémisse irrationnelle.

3. Leur évolution

Les **délires aigus** sont des bouffées délirantes polymorphes de courte durée, mais pouvant récidiver ou évoluer vers la schizophrénie.

Les **délires chroniques**, au sens strict, sont les délires systématisés (surtout paranoïaques). Au sens large, on y englobe aussi les délires non systématisés (schizophréniques) qui passent à la chronicité.

Les délires aigus

Ils surviennent chez un sujet jeune, avant 30 ans, habituellement sans antécédent psychiatrique. Le début est souvent brutal, mais assez souvent dans le contexte d'un changement de lieu géographique, ou d'une prise de toxique. Le délire est riche dans ses thèmes (persécutif, mégalomane, mystique) et ses mécanismes (intuitions, interprétations, hallucinations polysensorielles). L'humeur est altérée, surtout dans le sens de l'exaltation (avec agitation motrice), mais aussi dans le sens de l'abattement, avec alternances rapides d'un extrême à l'autre.

L'épisode guérit en quelques semaines. A moyen et long terme, il y a trois possibilités : soit l'absence de rechute, soit une ou plusieurs rechutes sur le même mode, soit l'installation progressive de troubles schizophréniques qui ne régressent pas spontanément.

Les troubles schizophréniques

Ils s'installent chez des sujets jeunes, parfois dès la période post-pubertaire. Le début est souvent insidieux (désintérêt pour les activités scolaires, refus des contacts, phénomènes de dépersonnalisation), et l'on a assez souvent la notion d'une personnalité « schizoïde » antérieure (inaffectivité apparente, froideur hostile). Ailleurs, le début est aigu (bouffée

délirante, tentative de suicide, acte absurde et/ou dangereux).

Dans la forme complète, on observe un **délire paranoïde** (transformations du corps, morcellement, hallucinations multiples, syndrome d'influence, automatisme mental), un **syndrome dissociatif** (troubles du cours de la pensée aboutissant à l'incohérence, anomalies du discours, barrages, mutisme, salade de mots), une **discordance idéomotrice** (bizarreries du comportement, stéréotypies motrices, parasitisme mimique). Le plus caractéristique est l'**autisme**, coupure d'avec le monde extérieur et retrait dans un monde intérieur, avec négativisme et ambivalence affective extrême. Il y a trois formes cliniques classiques : la forme paranoïde (délire non systématisé), la forme hébéphrénique (appauvrissement de la pensée d'allure pseudo-démentielle), la forme catatonique (conservation des attitudes imposées au corps).

L'évolution se fait dans deux directions. Les formes dites productives, avec délire actif, connaissent certaines rémissions et permettent un très relatif maintien de la vie sociale. Les formes dites déficitaires, avec apragmatisme majeur et autisme prononcé, ne permettent guère d'autonomie et nécessitent une prise en charge institutionnelle.

Chez l'enfant, il existe un syndrome schizophrénique, heureusement rare, mais gravissime : l'**autisme infantile précoce**. Il se caractérise par un refus du contact, la préférence pour des objets inanimés, des stéréotypies gestuelles avec auto-mutilation, et une absence de langage (ou un retard avec de graves anomalies).

Le groupe des délires chroniques

Ce sont des délires non schizophréniques, qui débutent vers la quarantaine puis persistent indéfiniment, mais sans entraîner de coupure complète avec la vie sociale.

1. Les délires à structure paranoïaque

Ordonnés, systématisés autour d'une idée prévalente, ils sont peu accessibles aux traitements. Ils apparaissent souvent (mais non constamment) soit sur le fond d'une personnalité paranoïaque anté-

rieure (psychorigidité, méfiance, hypersthénie, autoritarisme, fausseté du jugement), soit sur la base d'une paranoïa sensitive (susceptibilité, impression d'être le point de mire, idées de référence, délire de relation). Le mécanisme est essentiellement interprétatif, la tonalité générale est persécutive, les thèmes particuliers sont variés (revendication, psychose passionnelle, philanthropie délirante, etc.).

2. La psychose hallucinatoire chronique

Plus fréquente chez les femmes, elle associe des hallucinations sensorielles (auditives, olfactives, cénesthésiques) à caractère désagréable et intrusif, et un automatisme mental.

3. La paraphrénie

Le mécanisme est imaginatif, le thème fantastique ou magique (généalogie délirante, aventures prodigieuses, délire cosmique).

Conduites d'addiction

L'addiction amène un sujet à faire usage d'une substance toxique de façon excessive et habituelle. Une dépendance s'installe, plus ou moins rapidement selon la nature du toxique.

L'alcoolisme

Il est commode de distinguer les « buveurs excessifs » (davantage susceptibles de faire des complications hépato-digestives) et les « alcooliques », qui sont des buveurs devenus dépendants (susceptibles d'avoir des accidents psychiatriques de sevrage).

A - L'alcoolisme aigu

L'ivresse simple se déroule en trois stades : excitation euphorique et loquace avec levée des inhibitions ; incoordination motrice avec dysarthrie et confusion idéique ; sommeil quasi comateux.

Les ivresses pathologiques peuvent être : excito-motrice (fureur dangereuse), hallucinatoire, délirante, convulsive.

B - L'alcoolisme chronique

L'alcoolique devenu dépendant souffre de troubles psychiques permanents : caractériels (irritabilité, colère, jalousie), affectifs (baisse de l'estime de soi), intellectuels (diminution des performances intellectuelles). Il existe en outre un risque de complications graves :

1. Les accidents de sevrage

La forme majeure en est le **delirium tremens**. Deux à trois jours après l'interruption fortuite de la prise d'alcool, s'installe un tableau impressionnant : délire confuso-onirique (hallucinations visuelles terrifiantes, désorientation) avec tremblement généralisé, sueurs profuses, fièvre et déshydratation. L'évolution

en était mortelle jadis, quand on ne connaissait pas la nécessité d'une réhydratation massive.

La forme mineure est le « pré-delirium » avec anxiété, insomnie, cauchemars, zoopsie, sueurs et tremblement ; elle doit également être traitée énergiquement.

2. Les encéphalopathies

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, par avitaminose B₁, survient chez un alcoolique dénutri, associant une confusion, des paralysies oculaires, des troubles extrapyramidaux.

Le syndrome de Korsakoff donne une amnésie antérograde (oubli à mesure), généralement irréversible.

3. La démence

Liée à une atrophie cérébrale, elle peut constituer le tableau terminal d'un alcoolisme chronique.

4. Les délires

Subaigus ou chroniques, ce sont d'une part des hallucinations verbales menaçantes, d'autre part des délires de jalousie.

Les toxicomanies

A des degrés divers suivant leur nature, les drogues instaurent des états de dépendance psychique (nécessité de recourir à la drogue pour se procurer un plaisir ou éviter un déplaisir), de dépendance physique (syndrome de manque en cas d'interruption de la drogue) et de tolérance (obligation d'augmenter les doses).

Les toxicomanies affectent surtout des adultes jeunes, et sont d'un traitement particulièrement difficile. Certains types de personnalité y prédisposent plus spécialement (personnalités psychopathique, antisociale, limite ou border-line, dépendante), mais, dans de nombreux cas, la personnalité apparaît quasi normale. Il y a un comportement de recherche du risque, en réponse à des conflits familiaux.

1. Les opiacés

Ils provoquent une dépendance et une tolérance rapides et importantes. Le plus consommé est

l'héroïne par voie intraveineuse, qui produit le « flash ».

Le syndrome d'abstinence est fait d'une agitation anxieuse avec sueurs, tremblements, nausées, puis douleurs abdominales et lombaires, diarrhée et vomissements. En cas d'overdose, c'est un état stuporeux avec myosis serré et risque d'arrêt respiratoire. Le pronostic vital peut être mis en jeu par la dénutrition et les multiples infections (hépatite, SIDA, etc.).

2. Le cannabis

A forte dose et à long terme, il peut déterminer un état d'apragmatisme.

3. Les hallucinogènes

Le LSD donne une expérience de dépersonnalisation parfois angoissante, qui, dans certains cas, se transforme en délire aigu hallucinatoire.

4. Les solvants organiques

La toxicité de ces produits (colles, détachants, décapants, etc.) pour le système nerveux central est d'autant plus dangereuse qu'ils sont inhalés par des enfants, des pré-adolescents.

5. La cocaïne

Euphorisante et psychostimulante, elle peut provoquer des idées délirantes, des hallucinations cénes-thésiques.

6. Les amphétamines

La voie intraveineuse procure un « flash » intense, avec hypervigilance euphorique. Puis c'est « l'effet parano » : idées persécutives, hallucinations, agressivité.

7. Les anxiolytiques

Médicaments de consommation courante, ils induisent souvent une dépendance psychique, laquelle peut se doubler d'une dépendance physique : leur arrêt brusque provoque une insomnie anxieuse, et plus rarement une crise comitiale.

Syndromes cérébraux organiques

Les syndromes confusionnels

Ce sont des dérèglements globaux, mais transitoires, des fonctions psychiques, résultant d'un trouble du métabolisme cérébral.

1. Manifestations cliniques

Le **syndrome confusionnel** proprement dit associe une obnubilation de la conscience (avec déficit de l'attention), une désorientation temporo-spatiale, une amnésie de fixation, une incohérence du discours, une inversion du cycle veille/sommeil, une activité psychomotrice tantôt augmentée (agitation), tantôt diminuée (stupeur), avec des fluctuations au cours du nycthémère.

Le **délire onirique** : il y a production d'un onirisme, à la limite entre les illusions perceptives et les hallucinations visuelles, avec une exacerbation par l'obscurité.

Les **troubles de l'état général** varient en fonction de la cause.

2. Diagnostic étiologique

La confusion mentale est fréquemment liée à une cause organique : toxique (delirium tremens alcoolique, intoxication par les hallucinogènes, les amphétamines ou la cocaïne), infectieuse (maladies infectieuses à tropisme encéphalique), métabolique (perturbations hydro-électrolytiques), neurologique (pathologie intracrânienne), endocrinienne.

Mais, à côté de ces confusions symptomatiques, la recherche d'une cause est parfois négative : ce sont les confusions idiopathiques.

3. Diagnostic différentiel

Là où dominant l'agitation et le délire, il faut discuter un accès maniaque ou un délire aigu. Là où domine la prostration, on discutera une mélancolie et, si l'état se prolonge, une démence. En faveur d'une confusion, on retiendra l'absence d'antécédents psychiatriques, la découverte d'une cause, et surtout le caractère transitoire (quelques jours, au plus quelques semaines) de ce syndrome.

Les états démentiels

Les démences sont des altérations intellectuelles globales tardives, s'aggravant progressivement, spontanément irréversibles, liées à des lésions hémisphériques diffuses.

1. Manifestations cliniques

- **Troubles du jugement** : pauvreté du raisonnement, perte de la critique et de l'autocritique.
- **Troubles de la mémoire** : amnésie de fixation, puis amnésie globale, avec désorientation temporo-spatiale.
- **Troubles du langage** : radotage, dysarthrie, palilalie, réduction du stock verbal (parfois totale).
- **Troubles affectifs** : désintérêt vis-à-vis du monde extérieur, fugues, actes absurdes, enfin incontinence sphinctérienne.

2. Diagnostic positif et différentiel

On discutera une confusion mentale (qui est transitoire et réversible), une aphasie (classique erreur de diagnostic), une cause cérébrale curable (hématome sous-dural), et surtout un état dépressif du sujet âgé.

Devant une démence débutante, on peut s'aider de tests psychologiques explorant la détérioration intellectuelle (rétention visuelle, figure de Rey). Quant au scanner, il permet de visualiser la dilatation des ventricules cérébraux et des sillons, qui témoigne de l'atrophie cérébrale.

3. Causes des démences

Les **démences séniles** : survenant après 70 ans, elles sont de nature dégénérative (les idées délirantes de préjudice y sont fréquentes), vasculaire (dite « artériopathique », due à l'athérosclérose cérébrale) ou mixte.

Les **démences pré-séniles** : survenant à partir de 50 ans, elles s'aggravent rapidement. On distingue la maladie d'Alzheimer (atrophie pariéto-occipitale avec syndrome aphaso-apraxo-agnosique) et la maladie de Pick (atrophie frontale).

Les **démences d'étiologies diverses** : ce sont la paralysie générale syphilitique, la démence alcoolique, la maladie de Wilson, et surtout les démences post-traumatiques (après un traumatisme crânien).