Psychopathologie de l’adulte :

Approches sémiologique et nosographique

10 séances de TD (introduction + 9 études de cas)

Examen : QCM

On va apprendre un vocabulaire sémiologique.

26h de CM

Bibliographie :

- psychopathologie => Nevid J.. Rathus Greene B édition Pearson (7ème)

Logique pédagogique :

* Observation => L2
* Classement => L2/L3
* Identification => L3/M1
* Interprétation théorique => M1
* Prise en charge =>M1/M2

Introduction

Il faut toujours prendre en compte ce que nous avons vécu quand on prend en charge quelqu’un, nous sommes des êtres humain et on a tous notre bagage. Il faut être subjectif.

* Démarche clinique en psychopathologie.

Analyser leurs connexions, il ne faut pas projeter sur le patient nos propre angoissent

* Caractère subjectif
* Caractère relationnel. (Problème du consentement : HDT (hospitalisation d’un tiers), HO (hospitalisation d’office). C’est une rencontre entre un psy et un patient. Un patient doit être consentant, il ne faut pas s’imposer. (ça fait partit du code de déontologie) Dès fois ça ne s’applique pas par exemple pour HDT et HO. Ce sont des mesures pour nous protéger.
* Démarche diagnostique : Généralité

Démarche synthétique et analytique, on va faire un recueil d’information précis des différents signes auquel on va donner une signification.

Un signe : manifestation objective d’un état pathologique. L’ensemble des signes c’est la sémiologie.

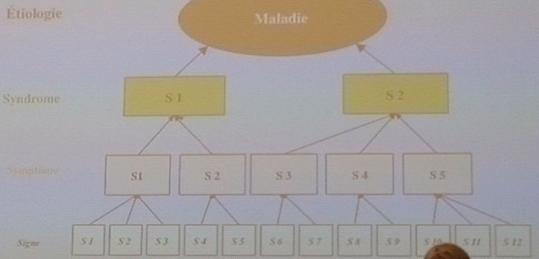
Symptôme : C’est un trouble significatif d’un état morbide. Une manifestation spontanée d’une maladie perçu subjectivement (par le patient lui-même) ou bien observé par l’observateur. Production de l’inconscient résultant d’un conflit entre le désir et sa défense. Le symptôme va donner du sens.

Syndrome : Ensemble de signe et de symptômes dont la fréquence dénote de l’existence d’un processus ou bien d’un trouble pathologique.

* Synthétique
* Analytique

étiologie : Causes de la maladie

Nosographie : description et classification de la maladie



Rappel démarche clinique

Signe : Tous les signes n’ont pas le même poids, la même importance. Certain sont beaucoup plus fort. Pathomonologique (signe spécifique à la maladie)

Classification nosologique

Nouvelles classification : DSM et CIM.

L’homme sait s’adapter, il met en place un mécanisme de défense expression de la manifestation peut être primaire. Il faut savoir si une manifestation est primaire ou secondaire.

Le DSM est athéorique, c’est juste une observation. Et il est aussi multiaxial, il y a 5 axes : trouble clinique, trouble de la personnalité et retard mental , affection médicale général, problème psychosociaux et environnementaux et évaluation globale du fonctionnement du patient. On aborde le symptôme par sa forme bâti sur une logique corrélationnel pour finir sur une logique catégorationnel.

CIM est classé en 4 catégorie : trouble mentaux organique, psychose et état psychotique, trouble névrotique de la personnalité et retard mentale.

Recueil des données cliniques

* L’entretien clinique

Fait partie intégrante de ce recueil. Il faut savoir identifier pour prendre en charge. On débute par l’accueil du patient, il faut s’intéressé à la demande (personne en demande ou pas), , il faut aussi savoir si la personne est venue librement ou non. Permet d’observer les signes révélateurs de sa souffrance. Au début de la séance on fait une question ouverte. On veut donner un cadre favorable. On va lui demander d’essayer d’expliquer la cause. Ensuite on fait une anamnèse (recueil de l’histoire de maladie). On respecte le silence. Résultat a l’école, vie à la maison étant enfant, formation professionnel, antécédent,….

* Tombe souvent à l’examen
* Symptôme arrivé brutalement ? Progressif ?
* Ancienneté ? c’est souvent difficile à renseigner
* Signification que le patient me rapporte
* Les causes que le patient invoque (viens voir car insomniaque et dit que c’est le café)

1. Troubles de la présentation et du contact

Trouble de la présentation :

Comment se comporte la personne :

* sa démarche
* sa présentation
* attitude vis-à-vis de vous même
* Sa manière de s’exprimer. (Sa façon de parler peut montrer son niveau d’étude), On observe la clarté de son discours.

Le physique

Si on a affaire à une personne de petite taille il faut le prendre en compte et le noter. Si la personne (physiquement) a une grosse tête c’est probablement une hydrocéphalie.

On doit faire attention aux cicatrices qui peuvent être un indicateur de comportement (indice de suicide, de récente hospitalisation, de scarification).

Il peut y avoir des tremblements, la personne peut être en sueur ou rougir en votre présence.

La physionomie

Physionomie : Ensemble des expression du visage qui accompagne certains états affectif, à travers la physionomie la personne présente son vécut.

Les mimiques viennent pour appuyer les paroles sorties. Ils faut quand même les observer à travers un contexte racial et culturel.

En cas d’excès on parle d’hypermimie.

* Une augmentation de la durée de ces expressions peut aller vers une fixités anormale de l’expression.
* Cette hypermimie peut être le reflet d’un état d’exaltation.

Hypomimie : diminution de l’expression des mimiques.

* L’expression faciale est faible, les mouvements sont plus lents
* Le regard va être fixe (retenue par un objet particulier ou dans le vague).
* Ça peut aussi dire que l’expression est monocentrer (montre une seule expression).

Amimie : suppression de toutes expressions de la physionomie

* Aucune mimique
* Aucune expression

Paramimie discordante : la physionomie va contredire l’expression verbale, du vécut.

* On les rencontre essentiellement dans le syndrome dissociatif

L’apparence

* Peut aller de l’hyperconformisme à l’extravagance
* Lorsque la tenue vestimentaire est inadapté le plus souvent par rapport à l’âge, ou par rapport au contexte social (garagiste en costume 3 pièces les mains dans le cambouis), par rapport à la température.
* On note aussi si la tenue vestimentaire traduit d’un certain maniérisme. (très connue chez les schizophrènes).
* Excentricité peut être montrer à travers un port de bague abondant, des objets religieux,…
* On note aussi les négligences : ce sont des incuries général

Trouble du contact :

Syntonie

Syntonie : Participation spontanée à l’ambiance avec fusion affective. Un contact syntone est un contact en accord avec l’ambiance.

* Fusion affective : Ni trop proche ni pas assez

Hypersyntonie : familiarité excessive, le patient se permet de poser des questions inadéquate.

* Réaction excessive à l’ambiance

L’indifférence : Perte de la tendance à s’intéresser à l’entourage et à soi-même.

* Ne répond à aucune sollicitation verbale.
* Impression de froideur.
* Contact difficile à établir.
* L’indifférence peut être schizophrénique.
* Cela peut être une indifférence méprisante.

Il faut le distinguer de la réticente qui est une attitude de méfiance extrême qui se traduit par un refus systématique et volontaire de s’exprimer.

* La réticence peut être passive mais le plus souvent active ( des sujets qui peuvent s’exprimer mais refuse de répondre)
* A un degrés maximum on va vers le négativisme voir l’oppositionnisme.
* Oppositionnisme : mécanisme volontaire (caractère systématique volontaire).

Le contact donne des éléments physiologique.

Une personne qui a un contact dissocié passe d’un extrême à l’autre.

Contact érotisé : attitude de séduction

Contact manipulateur : essaye de tirer profit du contact avec vous (vous pouvez pas m’aider….).

FAIRE TOUJOURS ATTENTION AU CONTEXTE SOCIO-CULTUREL.

Se méfier des attitudes de pudeur, ne pas prendre ça pour de la réticence

Troubles psychomoteur :

Trouble psychomoteur par excès

Agitation est un symptôme complexe qui peut se définir par une production exagérer et souvent non coordonné d’actes moteurs.

* L’agitation survient souvent par crise en lien avec l’état psychologique du sujet. L’implication psycho est corrélé avec ces corréla moteur.
* L’agitation est caractérisé par son aspect contrôlable ou non. Quand c’est contrôlable cela s’inscrit en réaction extrême.
* Intolérance à la frustration.
* agitation incontrôlable à travers une expression affective forte.

Il y a différent type d’agitation :

* Agitation motrice est inconversible se caractérise par une manifestation motrice
* de nerf).Turbulence.
* Agitation verbale.

Logorrhéique : personne qui parle très vite

Polymorphisme sémiologique : en tant que signe l’agitation va se retrouver dans différente maladie mais pas de la même façon.

Savoir repérer des signes.

On trouve l’agitation dans :

* Syndrome maniaque : agiter du bocal. Agitation euphorique, état de surexcitation. Patient qui ne tient pas en place qui va qui vient de façon incessante. Méconnaissance des limites sociales. Insomnie constante et c’est un des premiers signes.( peuvent res
* Ce sont des hypomanes. Il y a une fuite de la pensée (passe d’un truc à l’autre comme des papillons). Tachypsychie.
* Syndrome confusionnel : onirisme et anxiété. Obnubilation de la conscience (à des difficultés pour faire une synthèse mentale). Patients qui vont avoir des hallucination de perception (le plus fréquemment visuel : voit des bêtes qui arrivent sur elle -> délire confuso-onirique). On retrouve l’agitation dans les syndromes délirant, agitation liée à l’émergence de l’angoisse psychotique (dans le thème de la persécution). Décalage entre réalité t la réalité du patient fait que cela va provoquer des conflits qui vont générer une agitation.
* Syndrome démentiel : personnes âgées, agitation temporo-spatiale déambulation jusqu’à 50 Km par jours

Impulsion

Impulsion : Besoin impérieux d’accomplir soudainement un geste ou un acte à caractère brutal, dangereux ou bien incongru. Dont l’exécution au contrôle volontaire su sujet.

Caractéristique générale :

* Dites endogène. Dérivé des motifs exclusivement interne
* Incoercible et impérieuses
* Elles sont répété sous la même formes
* Elles sons aberrantes et involontaire.
* Sont consciente ou inconsciente.
* Soit le sujet n’a pas conscience de son acte (aucun souvenir)
* Soit on a une conscience obscur mais de toute façon on ne pas inhiber son acte ou sa parole
* Soit on a conscience de l’acte mais on n’a pas conscience du caractère morbide de l’acte.
* Soit on a conscience de l’acte et de la morbidité mais on ne peut pas l’inhiber

Impulsion spontané : se caractérise par son côté brusque. Impulsion réflexe, impulsion en court-circuit (aucune réflexion derrière l’acte -> réaction reflexe). Totalement disproportionné par rapport à son excitation causale. (un regard vu comme une agression).

Impulsion par faiblesse de l’inhibition : faiblesse de l’inhibition, les mécanismes de contention des pulsions émanent du moi (parfois on a envie de baffer quelqu’un et on en le fait pas, là si). Si non passage à l’acte il y a une angoisse.

* Mauvais contrôle pulsionnel qui va caractériser le polymorphisme sémiologique.

Plus il y a de résistance plus il y a de tensions, le passage à l’acte donne un sentiment de soulagement et de détente. Episodes d’agitations psychomotique.

Raptus est une réponse à l’instant et dans l’instant.(on ne réfléchit pas ).

Passage à l’acte : manifestation spectaculaire, toujours violente et antisociale.

Auto agressif : peut se traduire par un suicide.

Auto mutilation : angoisse de morcèlement.

Différente forme clinique de l’impulsion :

* Fugue (envie de partir), peut être inconsciente et amnésique. (amnésie sur période de fugue). Fugue organisé (fugue consciente de l’adulte et peut durer des années)
* Dromomanie.
* Kleptomanie : vol pathologique. Impulsion obsédante entretenue par les objets exposés (avant passage à l’acte il y a de la tension). Caractère non utilitaire, côté absurde, objets sans valeurs.
* Pyromanie : mettre le feu sans motif apparent (pousser par une force irrésistible de mettre le feu). Chez les pompiers on retrouve plus facilement des pyromanes car ces derniers sont fascinés par tous ce qui tourne autour du feu.
* Dans les comportements agressif on distingue l’agressivité, c’est la tendance aux actes, aux paroles, comportements marqués par l’hostilité envers toutes personnes ou objets faisant obstacle à une satisfaction immédiate. Agressivité contre soi ou contre les autres. Tendance à nuire, dégrader, détruire, humilier, contraindre.

L’agressivité est normale, une personne qui ne fuit pas ses responsabilités et protège sa vie, elle est même nécessaire. Elle peut être verbale (menace, insulte, hostilité), en acte (saccager, détruire, passage à l’acte sexuel), en geste.

* La colère peu devenir pathologique quand elle devient une exaltation agressive de l’humeur avec perte relative du contrôle émotionnel. Fonction adaptative mais quand elle se manifeste de façon inadapté ça devient clinique. Conduite masochiste, auto agressive. Hétéro agressif plus ou moins attentionnel.

L’état dangereux et la dangerosité. Difficile de définir l’état dangereux, car sinon ça voudrai dire qu’on serait capable de prédire des faits ce qui est impossible. L’appréciation clinique de l’état dangereux est difficile.

Trouble psychomoteur par défaut

La stupeur : Etat de suspension de toute l’activité motrice.

Syndrome catatonique : Syndrome psychomoteur qui est caractériser par une passivité psychomotrice.

* Associé à la Catalepsie qui est une perte de l’initiative motrice avec rigidité musculaire particulière.

Parakinésies : mouvement anormaux qui vont parasiter ou caricaturer voir remplacer des mouvements normaux, la plupart du temps ce sont des mouvements automatiques **itératif** (qui est fait ou répétées plusieurs fois) invariablement reproduit. Stéréothipie de grattage ou de balancement, de frottements de la tête contre le mur. (peuvent aller jusqu’à se faire des blessures grave)

Dyskinésie (sous l’effet de traitements neuroleptique)

Plusieurs Parakinésies :

* Stéréotypie gestuel : répétition inadapté du geste qui n’ont pas de significations actuel, qui sont quasi automatique. => symptomatique, caractéristique de la désintégration psychomotrice.
* Echomimie (reproduire la mimique de l’autre).
* Echopraxie (reproduire le même geste que l’interlocuteur).
* Tiques : mouvements brusques, involontaires et répétés. Elle est inadapté car ne sert à rien, est très automatique. Peut concerner un geste ou une expression verbale. (clignement des yeux, reniflement, bruit de gorge, …) Certain peuvent avoir un caractère compulsionnel (onychophagie : se ronger les ongles ; trichetinnomanie : s’arracher les cheveux).

Les tiques vont s’amplifier avec les émotions. Ils sont de très grande fréquent chez les enfants, peuvent s’observer plus tard chez l’adulte.

* Maniérisme : caractéristique de la psychose et se traduit par un ensemble de manifestation motrice au niveau de la mimique des gestes, des attitudes.

Donne l’impression d’un comportement artificiel, théâtral voir baroque. Vont parler avec un style très empathique, prenne des attitudes très affecté pour des banalités.

1. Troubles des conduites instinctuelle
2. Trouble sphinctérien.

Vont passer de façon aigue la question du besoin et du plaisir. Un sujet du besoin

Un besoin urinaire et aussi fécale

Enurésie : absence de contrôle dans l’élimination urinaire.

encoprésie : absence de contrôle dans l’élimination des selles

Le contrôles des selles est généralement à l’âge de 3 ans.

On peut rencontrer des rites très complexe chez les personnes très obsessionnel (s’obliger à aller au toilette à une heure très précise, vérifier l’odeur, la couleur,…)

1. Trouble du sommeil

Par excès

Trouble très subjectif. On peut penser ne pas avoir dormi mais ce n’est pas le cas.

Trouble du sommeil :Interruption temporaire de la conscience éveillé qui est périodique et réversible. Ce n’est pas un stade passive mais une phase active où l’on va rêver.

Malgré les variations du sommeil selon les personnes, on va rencontrer des troubles :

* hypersomnie : Troubles par excès. Le sommeil matinale va se prolonger (grasse mat). Ça peut être pour éviter un affrontement (dépressif qui ne veut pas se réveiller sinon ses angoisses reviennent) hypersomnie au-delà de 12h qui s’accompagne d’une somnolence qui dure depuis au moins 8 jours.
* Primaire ou idiopathique : sommeil anormalement prolongé avec du mal à se réveiller. Ivresse du sommeil : désorientation spatiale, lenteur au niveau de l’idéation qui se conclut par une amnésie. Somnolence diurne (envie de dormir le journée, somnolence involontaire, sieste longue). Le patient ne peut pas résister au sommeil et dans le journée le sujet va présenter une baisse de déficience intellectuel une diminution de l’attention, diminution de la vitesses de l’idéation
* Hypersomnie lié au pathologie psychiatrique : Insomnie refuge accompagner de troubles alimentaires, sexuel. On peut le trouver dans certain troubles de la personnalité.
* Hypersomnie organique : liaison cérébrale, insuffisance épathique grave, …
* Narcolepsie : accès soudain et irrésistible de sommeil diurne qui s’accompagne souvent de catalepsie (diminution brutal du tonus musculaire sans perte de conscience).

Se caractérise par une somnolence diurne par vague (entre 2 et 6 épisodes par jours). Dure en général 15 min. somnolence très invalidante, baisse de l’intelligence. Cet aspect du sommeil irrésistible est accompagné de catalepsie.

Les muscles respiratoires, et muscles sphincters garde leur tonus.

Paralysie du sommeil : paralysie temporaire, d’une courte durée au réveil. Complétement conscient de cette état

Par défaut

Insomnie :

Insomnie très fréquente en pathologie mentale dès que quelque chose ne va pas.

Signal symptôme chez => dépressive, psychose, sujet délirant,…

Personnes qui peuvent avoir une angoisse du couché, lutte contre l’abandon de soi-même à soi-même. Le sommeil peut réactiver l’angoisse de mort. Origine psychiatrique très fréquente à l’insomnie ou pathologique. Sommeil très léger, non réparateur, sommeil fragmenté et cour.

* Chez le dépressif, les difficultés seront prenante dès l’endormissement et il y a un réveil matinal très précoce. Cela peut s’accompagner d’une angoisse majeur. Le lendemain il peut y avoir des troubles de la vigilance => hypoprosexie.
* Insomnie chez le maniaque : ils peuvent passer plusieurs nuit sans dormir sans conséquences et au final ils s’écroule de sommeil.
* Insomnie d’origine organique : lié à une infection neurologique, des liaisons cérébrales.
* Cela peut être non neurologique, par exemple quand on a mal, on ne dort pas

Parasomnie

*Parasomnie : caractérisé par un évènement normal pendant un endormissement ou pendant ou au réveil.*

**Somniloquie**

Parle en dormant, peut répondre à des questions.

**Somnambulisme**

Marche en dormant, peut faire des activités complexe, peut répondre à des ordres simple. Il ne faut pas réveiller un somnambule quand il est dans une situation dangereuse.

**Terreur nocturne**

Majoritairement chez les enfants. Le traitement est simple, il suffit de réveiller l’enfant et de le rassurer. Tant qu’il n’est pas réveillé il sera impossible de le calmer.

NE PAS CONFONDRE AVEC UN CAUCHEMAR ! (sentiments de peurs, d’humiliations, qui peuvent réveiller le sujet). => Cauchemar dans période de stress.

Trouble de l’activité onirique ce sont des troubles qui sont décrit chez les névrotiques en termes de cauchemars. En fait c’est un trouble de l’activité onirique.

Délirium très mince (par exemple chez les alcooliques)

1. Trouble des conduites sexuelles

Déficience et moyen utilisées pour l’obtention du désir

Déficience ou insuffisance sexuelle

Trouble sexuel fréquent quand problème psychologique

Il est dur de parler de ce genre de problème, ce sujet est souvent aborder difficilement.

Excès sexuel :

Excès sexuel : Nombre important de rapports sexuel au détriment de la qualité du plaisir éprouvé

Satyriasis : excès sexuel chez l’homme

Nymphomanie : excès sexuel chez la femme

Déficience ou insuffisance sexuel

Trouble du désir, perte du désir de l’objet aimé (humain)

Aversion sexuel et évitement de tout contact génital

Aversion peut se manifester par une angoisse ou peut se manifester par une peur.

* Trouble du désir chez l’homme : l’impuissance (terme générique qui recouvre les troubles du désir sexuel)

Répercutions psychologique importante qui met en péril le couple et les relations social

Trouble de l’érection : insuffisance d’intensité et ou de durée qui rend impossible la pénétration.

* Impuissance primaire : échec au cours du ou des premières relation sexuel
* Impuissance secondaire : impuissance occasionnel ou long (peut être prolongé) déterminé par un trouble psychologique, un désintérêt pour un partenaire, le surmenage, la fatigue, alcoolisme. => problématique névrotique la plupart du temps.

Trouble de l’éjaculation

* Ejaculation précoce
* Ejaculation retardé
* Chez la femme

Frigidité : Dyspareunie,…

* Peut-être habituel donc parfois accepté, mais peut être aussi très mal accepté
* Peut-être occasionnel, peut dépendre du partenaire, du fait d’une grossesse.

Trouble de l’orgasme

* Dyspareunie (douloureux pour la femme) => pendant pénétration ou pendant tout le rapport sexuel
* Vaginisme : rétrécissement de l’ouverture vaginale due à une contraction involontaire et répété et persistante des muscles du périnée. Contraction se produit dès la tentative de pénétration. Peut se produire avant l’éventuel pénétration.

Paraphilies

Déviation : masturbation pathologique si préférée à toute autre conduite sexuelle même si il y a un partenaire (le fait d’une forte inhibition)

Rassemble des comportements visant à l’obtention du plaisir et de l’orgasme par des moyens autres que les pénétrations « classique ».

Humiliation de soi, de son partenaire, implication de personnes non consentante, l’utilisation d’objets. Avec absence d’anxiété ou de honte. Pratique déviante souvent masqué et compatible avec une bonne insertion socio-professionnel

* Perversion d’objet : anomalie au niveau du choix objectale
* Perversion de but.
* Lorsque le partenaire est humain :
* Pédophilie

Pédophilie : Activité sexuel avec un enfant pré pubère

Retrouvé chez des personnes très arriéré.

On distingue le pédophile séducteur : pédophilie qui apparait dès l’adolescence, la pratique se traduit d’attouchement sur des enfants (souvent des enfants qu’ils connaissent). Peut-être en lien avec le métier.

Pédophile agressif : prédateur, pédophilie prévalent voir exclusive, agissent dans la violence sous la contrainte et c’est n’importe quel enfant anonyme. Il n’y a pas que de simple attouchement.

* Gérontophilie : attirance pour les vieux
* Nécrophile : attirance pour les cadavres
* Inceste

Inceste : Relation sexuel entre ascendant, descendant ou collatéraux

Proximité sémiologique avec la pédophilie

* Lorsque que le partenaire est autres…
* Zoophilie : attirance sexuel vers les animaux (parfois exclusive)
* Fétichisme : objet permettant obtention du plaisir sexuel.

Attirance sexuel vers partenaire inanimé. Pour certaine personne en ont besoin pour obtention du plaisir.

Soit masturbation devant l’objet fétiche, soit demande au partenaire de porter ces objets fétiches. Parfois fétichisme s’allie à la kleptomanie.

Paraphilies de but : il y a le voyeurisme, exhibitionnisme , algolagnie ( tout ce qui est sadisme qui aime donner de la douleur autant moral que physique et masochisme qui aime recevoir de la douleur)

1. Troubles des conduites alimentaire

Se rencontre souvent dans la maladie mentale

Les besoins nutritionnels vont à un niveau symbolique, réactualise le stade orale.

Place singulière importante dans notre société (on aime la bonne bouffe, le repas est un lieu de convivialité

Excès alimentaire

* Sitiomanie : caractère impulsif de l’acte qui oblige à absorber une quantité énorme de nourriture
* Voracité et la gloutonnerie : avidité à manger en excès de façon avide et rapide (tout ce qui tombe sous la main)
* Boulimie : surconsommation alimentaire rapide, incontrôlable de quantité importante de nourritures, très souvent pratiqué en cachette (au contraire du vorace) et vécut dans l’angoisse. Contraint le patient à absorber rapidement une importante quantité de nourriture, suivit d’une sensation de culpabilité et de dégoût de soi-même.

S’observe dans les états névrotique à dominante orale.

* Phagomanie : habitude de manger entre les repas de façon régulière sans envie de manger.
* Dipsomanie : besoin irrésistible de boire une quantité de boissons généralement alcoolisé en très forte quantité. Après chaque excès => remord.

On insiste sur le caractère intermittent parosismique des dipsomanie

* Potomanie : besoin habituel permanent d’ingérer de grande quantité de liquide, de l’eau le plus souvent.
* Toxicophilie : se rapproche du trouble alimentaire (fixation orale important)

Restriction alimentaire

* Anorexie : diminution voir perte totale de l’appétit, associé avec un désir de maigrir la plupart du temps.

Il faut distinguer le symptôme anorexique (banal) du syndrome d’anorexie mentale (cause psychologique, 3 signe cardinaux => l’anorexie, aménorrhée (arrêt des règles), amaigrissement.)

Débute souvent par une envie de maigrir, souvent spectaculaire.

10-15% des cas ménorrhée précède l’anorexie, dans 25% des cas elle suit.

* Méconnaissance de la maigreur, absence d’inquiétude sur l’état de santé (nie ces troubles)
* Désir de maigrir, peur de grossir qui prend une place importe dans l’activité psychique.
* Associé à un fixation idéique de type dysmorphophobique (trouble de la représentation phobique)
* Attitude particulière à l’égard de la nourriture, adore préparé des repas pour les autres mais ne participe pas au repas préparé. Tentative de contrôle à travers le trie dans l’assiette.
* Un repas peut durer plusieurs heures
* Peu avoir des accès boulimique

**Polymorphisme sémiologique :**

=>Schizophrène qui arrête de manger (par ordre de la petite voix).

=>Paranoïaque qui pense qu’on veut l’empoisonner donc stop de manger.

=>Notion de punition (ne pas mériter de manger).

=>À des fins suicidaires : arrêt de manger pour mettre pronostic vital en jeu.

* **Refus alimentaire**

Renoncer à manger pour se punir, se priver, se purifier, etc.

* **Aberrations**
* Mérycisme

Assez rare, phénomène digestif qui apparait entre 6moi et 3ans : retour involontaire ou involontaire des aliments de l’estomac dans la bouche qui seront remastiqués comme une rumination. Quand elle se rencontre chez l’adulte c’est pathologique, on le retrouve dans la démence chez les sujets âgés ou chez les arriérés profonds.

* Pica

Absorption de substance non comestible ; enfant qui mange terre, savon, etc. ce qui entraine des intoxications. Rencontré dans l’autisme.

* Coprophagie

Absorption d’excrément, retrouvée en cas d’arriération mentale profonde.

1. Trouble des fonctions mentales supérieures
   * + 1. Trouble de la vigilance

Niveau quantitatif

Vigilance : C’est la capacité de se concentrer sur des stimuli externe et interne et ce de manière prolongé.

L’Hyper-vigilance s’exprime par une surexcitation psychique et motrice généralement désordonné et stérile avec une attention dispersé. Gens plus réactif, qu’on va retrouver dans les états dit maniaque => augmentation de la vigilance, de l’estime de soi (ex : bipolaire).

Hypo- vigilance qu’on classe en 4 sous types de sévérité :

* **L’obtusion** difficulté de compréhension, un degré de désorientation, lenteur d’idéation (cerveau lent),
* **L’hébétude** diminution de performances intellectuelle caractérisé par une sidération, le patient ne répond pas aux stimuli extérieur.
* **L’homnibulation** marqué par un engourdissement, un engluement psychique, une torpeur intellectuelle, accompagné par des troubles de la compréhension et une importante distractivité.
* **La confusion** désorientation temporo- spatial, confusion mentale
* **La stupeur** état de dissolution profond de la conscience caractérisé par un ralentissement volontaire des mouvements, il ne parle pas (mutisme).
* **Le coma** perte totale de la conscience avec absence totale ou partielle de la réactivité aux stimulations douloureuses.

Niveau qualitatif

* Rétrécissement du champ de la conscience = Etat paroxystique de fascination, d’émentation restrictive des contenus de pensée tout entier tourné vers > une seule préoccupation, un seul souvenir, une seule passion. Polarisation de la conscience, contemporaine (va de pair avec) d’une faiblesse de la synthèse psychologique. Secondaire à un trouble affectif ou émotionnel.
* Les états crépusculaires = état de conscience altéré, état proche du rêve, poursuite d’activités coordonnées et automatiques
* Etats second =  Proche des états crépusculaire mais avec dissociation entre les activités coordonnées automatiques préservées et la personnalité pour laquelle ces activités vont être insolite, étranger. Etats transitoires avec perte de la conscience ou seuls les gestes automatiques sont conservés.  (Névrotiques)
* Etat onirique = il est vécu comme un rêve éveillé dans lequel le sujet adhère intensément, il voit des scènes chaotiques et entraine des émotions intenses => adhésion totale
* Etat oniroïde = état aigue caractérisé par des arrivé brutale d’idée délirante qui bouleverse la relation qui immisce le sujet a lui mm et au monde extérieur.
  + - 1. Trouble de l’attention

C’est la capacité pour la personne de se focaliser sur un stimulus précis.

Attention soutenue = personne a des difficultés à rester concentrer sur une tache dont la fréquence des stimuli est élevé.

(Ex : on conduit => capacité soutenue plein de chose peut se passer).

Attention focalisée, sélective= capacité à se concentrer sur un stimulus en ignorant tous les autres autour.

Etat d’Alerte = vitesse de réaction d’un stimulus

* + - 1. Troubles du vécu corporel, somatognosie

Image du corps, image spatial, schéma corporel

Membre Fantôme : toujours avoir le membre présent alors qu’on a été amputé, ils peuvent le sentir, permanence du membre. Etat transitoire.

Cénesthopathie : hypocondriaque, altération illusoire d’une sensibilité profonde, vécu comme quelque chose de bizarre (déformation, torsion de l’estomac…), douleur non pathologique

* + - 1. Troubles de la conscience de soi

Dépersonnalisation : syndrome clinique éprouvé par le patient de n’être plus sois même, altération du moi psychique souvent décrite de manière métaphorique (« C’est comme si on était deux »).

La référence à l’ambiance, l’environnement est perturbée (« découverte d’un environnement connu »).  Manifestation affectives, types angoisses, peur de l’aliénation. N’a pas de spécificité étiologique= apparait dans différents syndromes, déprime, border line, névrose, peut toucher de manière temporaire de jeune sujet lors d’un conflit, d’un abandon, et même un rapprochement  excessif... S’inscrive sur des personnalités  immatures, narcissiques. Valeurs défensive face au délire. Concerne la cohésion personnelle, l’identité, la conscience du moi psychique.

Dans la psychose > dépersonnalisation permanant. Témoignant du morcellement du sujet.

Désincarnation : sentiment éprouvé par certain sujet d’atteinte de l’intégrité corporelle.

Le corps paraît étranger : sensation de pesanteur ou encore immatériel, le corps paraît léger, lourd,…

Désamination : sentiments éprouvé par certain sujet de n’être plus eux même dans la conscience du moi psychique.

Sentiments d’étrangeté, de dédoublement,… Sensation de vide

Déréalisation : sentiments éprouvé par certain sujet de n’être plus eux même du fait d’un trouble de la conscience et de la personnalité.

Perte de sentiment de réalité et de personnalité. Beaucoup de sentiments de déjà vu, vécut, entendu, illusion de fausse reconnaissance

* + - 1. Troubles psycholinguistique

Trouble du langage

Aphasie = ne peut plus parler, ou à des difficultés à parler, ou bien de la compréhension, découlant d’une atteinte cérébrale.

Trouble de la syntaxe = trouble du langage, les règles de la syntaxe ne sont pas respecter.

Agrammatisme= supprime les articles, les propositions> style télégraphique, monosyllabique, verbe à l’infinitif.

* + - 1. Trouble de la sémantique :
* Paralochisme ou paraphasie : utilisé un mot en le détournant de sens initiale. (Mis sous timbre > pour dire je suis en Hôpital psy)
* Néologisme : Création linguistique. Certain schizophrène s’inventent un langage.
* Glossolalie : inventer de nouvel langue sur la base de néologisme mais le malade lui donne un sens
* Verbigération : répétition anarchique de mots dénués de sens. Langage hermétique. (Syndrome dissociatif).
  + - 1. Trouble de la dynamique du discours

**Par Excès :**

Tachyphémie= Accélération du débit du rythme verbale, associé à un trouble de l’articulation

Logorrhée = flot précipité surabondant de paroles organisés au tour d’un thème dominant le plus souvent dispersé

Giargonophasie = déménage automatique de mots, matière incompréhensible

**Par défaut :**

Bradyphémie= lenteur du rythme verbale, compréhensible mais ralentit, très fréquent chez les dépressif

Mutisme= absence de langage, pas d’atteinte organique, il peut être partiel ou total

Mutasisme = incidence volontaire, jeu pour le maniaque

**Par aberration**

Bégayement = désordre psychomoteur, émettre certains sons ou enchainé des articulations

Palilalie  = répétition involontaire de syllabe de mots ou de phrases.

Echolalie= répétition involontaire, immédiate, dénuée de sens des derniers mots entendus.

Parasitage = Discourt parasité par un son, un mot, une phrase, sans rapport avec le sujet du discourt. Fréquent dans le délire ou l’aphasie du type Broca.

Impulsions verbales=  émission incoercible de mots obscènes, grossier, ordurier.  Glies de la Tourette ou certain délire paranoïaque.

Dialogue hallucinatoire = Parole parasité par l’écoute d’un interlocuteur imaginaire. Le sujet répond à l’interlocuteur imaginaire en même temps qu’a nous.

Persévération = Répétition d’une réponse qui était adapté dans un discourt précédent mais inadapté présentement. Correspond à la stagnation de la pensée.

Aphonie hystérique = Impossibilité de parler du fait d’une paralysie fonctionnelle des organes de la phonation. (rien est touché, les organes marchent …)

* + - 1. Trouble de la mémoire

**Par excès : Libération mnésiques :**

L’ecmnésies ou hallucination du passé= Émergence de souvenirs anciens et converti en expérience vécues actuelle. Le passé est pris pour le présent.

Hypermnésies = il en existe deux formes :

* Paroxystique : état de libération mnésique avec irruption de bouffée de souvenir et réactualisation de situation ancienne.
* Permanentes : Individu ayant des capacités mnésiques importantes.

**Par défaut :**

 Amnésies :

Amnésies  antérograde = impossibilité d’acquérir de nouveau souvenir.

Amnésie Rétrograde = Impossibilité de restitué un souvenir jusque-là bien conservé.

Amnésie Antéro-Rétrograde = Amnésie globale, un individu ne pouvant acquérir de nouveau souvenir ou en restituer.

Amnésie Lacunaire= Lacune dans les souvenirs, entre un temps A et un temps B. Amnésie recourant une période définie, les souvenirs n’ont pas été fixé.

Amnésies  Psychogène :

Amnésies Electives =  souvenir bien particulier qui va être oublié, un nom, une adresse. Mais cela peut aussi concerner une période de sa vie ou une scène bien souvent traumatisante. (Refoulement de Freud)

Amnésies Périodiques =  se manifeste sous un état second ou crépusculaire alternant avec une personnalité vigiles. Pendant cette période le sujet n’aura pas de souvenir de ce passage.

Amnésies Post-traumatiques = Se rencontre après un stress, un choc émotionnel violent et subit (psychique ou accompagné d’un traumatisme physique).

Amnésie Organique : (origine cérébrale)

Syndrome de Korsakoff = alcoolique. Trouble mnésiques accompagné, de fabulation d’hallucination, fausses reconnaissance, désorientation dans le temps et l’espace. Amnésie antérograde mais avec conservation de la mémoire immédiate.

Ictus  Amnésique = origine vasculaire, amnésie très brutale durant quelques minutes ou heures.

**Aberration :**

Paramnésies ou illusion miroir:

Fausse reconnaissances = substituer un souvenir par un souvenir inventé avec une identification fausse des personnes et des lieux. Souvent sensation de déjà vu ou vécu.

Fabulations = Création de récit imaginaires et fantaisistes. Les récits sont riches de détails, mais inconstant car le sujet s’adapte d’un jour à l’autre, mouvance, changement de détails. Dirigés souvent par l’entretient.

Syndrome de Capgras = illusion de sosie = la personne pense à ne pas avoir à faire à son proche mais à un sosie qui aurait pris la place du proche. Troubles d’identification de personnes familière (négation de l’identité et croyance délirante d’un remplacement).

1. Troubles de la perception

Perception > Représentation mentale >  Capacité de se l’imaginer, l’objet devient subjectivé se trouvant dans un espace imaginaire.

                 Troubles de la perception :

Déréalisation = Pas d’altération au niveau sensoriel. L’objet peut être perçu, mais de façon bizarre, étrange, insolite.

Synesthésies = perception sensorielle qui se traduit par correspondance dans une autre modalité sensorielle (ex : audition coloré). Perception normale mais par création du cerveau notre donné perceptive créé vient interférer avec la vrai perception.

Fausses perceptions =

Illusions = consiste en la dénaturation ou déformation d’un objet réel car il est incorrectement perçu (crise d’angoisse…).

Hallucinations = fausses perceptions survenant en l’absence de stimuli extérieur. Perception sans objet à percevoir.

1. **Hallucinations psychosensorielles** : caractérisée par leur sensorialité, par leur spatialité (située dans l’espace notamment extérieure et distante de l’objet) et par la conviction de la réalité objective de l’hallucination. (voix à travers les objets)

Hallucination Auditives = perception de son, de bruit, de voix.

Hallucination Visuelle = perception de lueur, de tâches colorées, de personnage mis en scène.

Hallucination Olfactives / Gustatives = Personnes sentant en permanence des mauvaises odeurs.

Hallucination Tactiles = Sensation de froid, de chaud, de piqure, de démangeaison, fourmillement…

Hallucination Cénesthésique = Touche la sensibilité interne, impression de transformation du corps.

* **Hallucinations psychiques** : fausses hallucinations, car plus d’indice de sensorialité et de spatialité. Notion d’idées imposées. Absence de subjectivité, le sujet ne s’approprie pas le contenu de ce qui est éprouvé, ça ne lui appartient pas. (= voix intérieure perçu comme extérieure)

* **Hallucinoses** : Hallucination reconnu par le sujet comme événement anormal au moment même où l’hallucination survient. Le sujet en vient même à critiquer ce trouble. Souvent ce sont des animaux.

Syndrome d’influence = Le sujet est persuadé d’être sous influence, ou qu’on lui vole ses idées, qu’on le force à faire certain actes. (Schizophrène)

Syndrome d’Automatisme mental = caractérisé par le fonctionnement automatique, spontané, dissident de toute ou une partie de la vie psychique du sujet.

Hallucination Hypnagogique = hallucination visuelle consciente qui apparaisse au levé ou au couché.

* + - 1. Trouble de la pensée

  Troubles du cours de la pensée >

Dans son rythme :

Tachypsychie = le patient passe d’une idée à une autre. Personne pensant souvent par  association, un son appelle mot, qui déclenche une nouvelle pensée.

Bradypsychie = rythme ralentit. Importante inertie au niveau du développement des idées.

 Trouble de sa continuité :

Le barrage = arrêt brutal du discourt puis reprise sur le même thème ou bien sur un différent. = Rupture du discourt= de la continuité.

« Fading Mental » = Inertie du cours de la pensée. Perturbation de la dynamique de la pensée.

  Troubles du contenu  de la pensée:

La pensée déréelle= constitué par le rêve, fantasme

Les idées fixes = idées s’imposant avec une constance et une intensité suffisante pour parasiter le contenu de la pensée. Peut aller jusqu’au monoïdéisme.

Les obsessions = irruption dans la pensée d’un sentiment, d’une idée,  apparaissant comme morbide, = pensée intrusive en désaccord avec son moi conscient.

  Les idéatives : intoxication par une idée, sous forme de litanie mentale.

  Les phobiques : Crainte obsédante liée à un objet, une représentation absurde qui ne peut être supprimé de l’esprit.

  Les impulsives : Crainte obsédante de commettre un acte absurde, dangereux, scandaleux.

 Les phobies = crainte angoissante déclenchée par un objet une situation qui n’ont pas en eux un caractère objectivement dangereux.

Phobie Diffuse :   Panphobie = état permanant de tension émotive, d’attente anxieuse sur lesquels vont apparaître des paroxysmes anxieux (attaques de panique) Ces attaques de paniques apparaissent sans motif apparent ou raison futile.

Phobie spécifique : centré sur un objet

Les idées délirantes : Désaccord avec les faits observés, les croyances habituellement partagées dans un contexte culturel particulier.

Idées de persécution =  Le sujet a la conviction délirante d’être victime d’hostilité d’autrui. Sujet qui se plaint beaucoup de préjudices moraux, physiques ou matériel. Porte atteinte à son intégrité et celui de ses biens.

Idées de grandeur = registre mégalomaniaque, exprimé par une surestimation de soi non conforme à la réalité.

Idées d’influences = Sujet se croit soumit a des forces extérieures qui orientent et forcent sa pensée, conditionnent son jugement.

Idées de jalousie : érotomanie = Délire passionnel

Idées mystiques = délire à préoccupation religieuse.  Hallucination psycho-sensorielle (Voix/ apparition céleste.)

Idées d’indignité = thème délirant traduisant un jugement très défavorable du sujet sur lui-même, associé à une auto dévalorisation, sentiment de ruine, de culpabilité.

Idées de négociation = concerne un organe ou  une fonction somatique…

Nosographie

La structure psychique est introduite par Freud en 1963 en l’introduisant dans un livre. Il illustre ce concept en le mettant en parallèle avec une boule de cristal. Cependant, cette structure psychique présence des lignes de failles, de cassures, ces dernière vont se développer, se mettre en place dès la naissance en fonction de l’hérédité, en fonction du mode de relation que l’enfant va établir avec ses parents dès les premiers instants de sa vie, en fonction des traumatismes que l’enfant va rencontrer, des conflits qu’il va traverser et de toutes les frustrations qui vont être les siennes. Le psychisme individuel, c’est-à-dire la structure, va s’individualiser, s’organiser, va même se cristalliser comme un minéral avec des lignes de clivages qui ne pourront pas varier ensuite. La structure est ce qui organise l’apparition de phénomène pathologique à la suite d’un évènement intérieur ou extérieur. C’est ce que dans la majorité des cas, on ne voit jamais, en effet, un individu pourrait pendant toute sa vie caché sa structure, en ne mettant pas en évidence les éléments de cette structure. La pathologie va être d’une nature ou d’une autre (psychotique OU névrotique) en fonction de la qualité de la nature de la structure.

Il existe entre ces deux grandes structures une troisième « structure ». Cette dernière entité n’est pas aussi stable que la structure névrotique et la structure psychotique, c’est l’état limite ou *border line*, on parle d’état limite car elle a un caractère instable et n’est donc pas immuable comme les deux autres, elle est moins définie!

**Quelles sont les différences entre la névrose et la psychose ?** On peut en compter 3 volontairement généralistes :

* Le **rapport à la réalité**, il est extrêmement différent dans la névrose et dans la psychose. De manière générale, on considère que dans la névrose, le rapport à la réalité est préservé, en effet, les sujets névrosés, s’ils peuvent avoir un rapport à la réalité, ils restent encrés dans la réalité. Le sujet psychotique lui, aura u rapport particulier à la réalité, ce rapport est fondamentalement bouleversé, le psychotique se crée une nouvelle réalité, il casse sa réelle réalité pour en former une qui lui est satisfaisante ! le psychotique ne peut pas s’accepter, il rejeté son identité pour se voir dans une autre car il a perdu ses repères.

***Névrosé*** (j’aimerai être Napoléon mais je ne peux pas) # ***Psychotique*** (je suis Napoléon)

* Le **pressenti des symptômes**, dans la névrose, les troubles sont vécus comme indésirables, inacceptables, et ce car les troubles sont étrangers au sujets. Le patient est conscient de ses troubles, il en souffre !! les troubles sont dit égo-dystoniques, c’est-à-dire qu’il sont vu comme inacceptable, pathologique, mais face auxquels il ne peut lutter. A l’inverse, dans la psychose, les troubles sont dits égo-syntoniques, c’est-à-dire qu’ils sont en accord avec le sujet, cela signifie que le sujet va moins se plaindre de ses troubles, ceci dans le sens où il ne va pas chercher à lutter contre. En effet, le psychotique n’a pas toujours conscience de ses troubles et, puisqu’il n’en a pas réellement conscience et luttera moins voire pas du tout.

***Névrosé*** (je vérifie 4 fois si ma porte est fermée) # ***Psychotique*** (je doute si ma porte et fermé mais je ne vais pas vérifier)

* Les **perturbations du comportement** oula **gravité du trouble**, dans la psychose, on constate de plus graves perturbations du comportement que dans la névrose. En effet, dans la psychose, le comportement est invalidant, le fonctionnement global gène le sujet, les troubles y sont donc plus envahissant. Tandis que dans la névrose, on présente des troubles beaucoup moins envahissant, handicapants, mais, il existe des situons de névroses ou le patent est en extrême difficulté avec des perturbations qui auront un impact sur le quotidien du névrosé.

Psychopathologie

Structure psychique introduit par Freud en 1933, il veut parler de structure psychique dans une conférence « Nouvelle conférence dans psychanalyse » et essayer d’illustrer ce concept en parallèle avec une boule de cristal (notion le cristal : on sait que si on laisse tomber un bloc de cristal sur le sol il va se briser et lorsqu’il tombe, tombe en fonction de cassure qui sont prédéfinis et qui sont invisibles) de façon inhérente au cristal il y a des lignes de faille invisible que l’on peut supposer et Freud va faire une analogie avec ce bloc de cristal et la structure psychique. Il dit de la structure psychique elle aussi, est invisible et est présente chez tout le monde mais on ne la voit pas. La structure correspond à un mode d’organisation psychique inconscient.

A l’image du cristal, cette structure psychique présente des lignes de failles, de cassure qui vont se développer/mettre en place des le début de la naissance en fonction de l’hérédité, du mode de relation que l’enfant va établir avec ses parents, en fonction des traumatismes que l’enfant va rencontrer, des conflits qu’il a devoir traverser et en fonction de toutes les frustrations. Le psychisme individuelle va s’organiser et va se cristalliser comme le minéral avec des lignes de cassures qui ne pourront pas varier ensuite.

Définition donné par Freud : «  La structure c’est ce qui organise l’apparition de phénomènes pathologiques à la suite d’un événement intérieur ou extérieur ».

La structure c’est ce que dans la majorité des cas, on ne voit jamais. Un individu ne pourrait ne jamais mettre en évidence cette structure.

La structure donne à voir lorsque l’individu se décompense (c’est lorsqu’il y a pathologie).

La pathologie va être d’une nature ou d’une autre ((plutôt névrotique ou psychotique en fonction de la qualité de la nature de la structure).

On ne peut pas connaitre la nature de la structure tant que l’on n’a pas « péter un plomb ». On la perçoit vraiment que le jour où la structure décompense, lorsque l’on va aller mal.

Il existe 2 grands types de structures :

- structure névrotique

- structure psychotique

Entre elles il existe une 3° « structure » qui n’est pas aussi définitive que les 2 précédentes :

- Les états limites (entre la névrose et la psychose) ou Borderline

On parle d’états limites car cette 3° structure a un caractère instable.

La névrose & la psychose sont STABLES et ne bougent pas !

On parle d’organisation instable, moins défini et inhérent : Etats limites.

Les grandes différences entre la névrose et la psychose :

3 grandes différences :

Ces différences sont volontairement généralistes (ça devrait être modéré, modulé en fonction de chacun).

- Le rapport à la réalité : extrêmement différent dans la névrose et la psychose de manière général, on considère que dans la névrose le rapport à la réalité est préservé (cad ; les sujets névrosés si ils peuvent avoir un rapport à la réalité, une expérience particulière, restent toujours encré dans la réalité à la différence du sujet psychotique. Le psychotique va se construire une nouvelle réalité : « Néoréalité » : quand la réalité ne lui convient pas il va se désancré de la réalité pour se construire une réalité satisfaisante conduisant aux délires, hallucination, délire hallucinatoire… Le psychotique ne s’accepte pas dans cette réalité et veut se créer une nouvelle identité).

Le névrosé peut se laisser prendre pour quelqu’un d’autre tout en sachant qu’il n’est pas cette « autre » personne et qu’il reste lui.

Le psychotique a perdu les repères de distinctions de ce qui relève de son hallucinatoire et de la réalité.

- Dans le cade de la névrose, les symptômes du patient sont ressenti par le sujet, les troubles sont ressentis comme étant des troubles indésirables (dans le sens d’inacceptable).

Dans la névrose, les troubles sont dit « ***égo-dystonique*** » : le sujet vis comme étant inacceptable, difficile, pathologique mais n’a aucun moyen de lutter contre ses troubles, il se sent incapable de lutter contre ses troubles. Il est conscient de ses troubles mais ne peut rien faire.

A l’inverse, dans la psychose les troubles sont dits «***égo-syntonique*** » : qui sont en accord avec le sujet cad, le sujet psychotique ne va pas se plaindre de ses troubles dans le sens où il ne va pas essayer de lutter comme le sujet névrotique contre ses troubles.

Le sujet psychotique ne vit pas avec autant de difficultés ses troubles.

Il peut être mit en difficulté mais pas autant que le névrotique.

Bien souvent il n’a pas conscience de ses troubles.

On considère que dans la psychose il y a d’avantage de perturbations graves du comportement que dans la névrose.

Dans la psychose on peut considérer qu’elle invalide de manière beaucoup plus imposante le fonctionnement global du sujet.

Il existe des situations de névrose ou le patient est en extrême difficulté, avec des impacts très importants dans sa vie, sur son quotidien (névrose phobique par exemple).

On considère que la psychose étant plus difficile au quotidien.