

# Psychoses émergentes

Dr Jean Chambry  
Pédopsychiatre

# Introduction

- \* Intérêt de cette notion dans l'approche clinique sans en être un expert?

# Situation clinique

- \* Joël 16 ans
- \* Hospitalisé en urgence sous la contrainte de l'autorité parentale
- \* Isolement depuis plusieurs semaines dans sa chambre
- \* Refus de se laver, de sortir
- \* Montée de l'hétéro agressivité, en particuliers envers sa mère
- \* Menaces physiques, agression

# Demande d'hospitalisation

- \* Demande de transfert en pédopsychiatrie
- \* Contact difficile
- \* Incurique
- \* Vécu persécutif
- \* Regard terrifié

# Antécédents

- \* Difficultés dès l'entrée en maternelle.
- \* Angoisse de séparation
- \* Difficultés de socialisation
- \* Retard de langage oral
- \* Difficultés d'apprentissage: Trouble d'acquisition des coordinations motrices
- \* TDAH

# Parcours

- \* Reconnaissance du handicap
- \* Aménagements pédagogiques
- \* Niveau scolaire correcte
- \* Passage en seconde générale
- \* Peu d'amis
- \* Suivi depuis la maternelle en pédopsychiatrie  
Plusieurs suivis en CMPP, en CMP puis en libéral  
Plus de suivi depuis 2 ans à la demande de Joël

# FAMILLE

- \* Parents d'origine basque
- \* Séparés depuis 10 ans mais aménagement de leur vie ensemble
- \* Ils ont gardé l'appartement familial, ils s'alternent dans l'appartement
- \* Père enseignant, absent du Dimanche au Jeudi
- \* Mère vit dans son propre appartement quand le père est présent
- \* Fratrie: 2 fils

Fils aîné, pas de soucis bonne relation entre les deux frères

Vient de quitter la maison

# Questions

- \* Diagnostic actuel: épisode psychotique aigu
- \* Processus psychotique depuis quand??
- \* Etait il possible de prévenir cet épisode aigu?
- \* Que fallait il repérer?
- \* Comment intervenir?



# Impact d'un premier épisode psychotique

- \* Cassure majeure dans la trajectoire existentielle
- \* Blocage du développement de la personnalité et du réseau social
- \* Impact majeur dans le processus d'adolescence: construction de l'identité et de l'individualité, émancipation de la famille en préservant les liens avec les parents, établissement d'un réseau social, premières expériences de relations intimes, finalisation de l'éducation scolaire, choix d'une trajectoire professionnelle

# Spécificités adolescence, jeunes adultes

- \* Comorbidité avec consommation de toxiques
- \* Peu d'expériences avec le système de soins
- \* Préjugés négatifs à l'égard de la maladie mentale
- \* Sentiment d'invulnérabilité
- \* Dénier comme stratégie pour rejeter les soins qui les confrontent à la dépendance

# Conséquences pour un jeune du premier épisode psychotique aigu

- \* Décalage avec les pairs
- \* Sentiment d'isolement social
- \* Perte d'espoir
- \* Risque de désengagement des soins et dénis de la maladie

# Approche historique Avant Kraepelin

- \* Wilhelm Griesinger (1817- 1868) : psychose unitaire
- \* Bénédict Augustin Morel (1809- 1873) démence précoce
- \* Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) maladie évolutive par stade *vesania typica* ( « folie typique » )

# Approche historique Emil Kraepelin (1856-1926)

- \* *Notion de psychose chronique:*
  - *Psychose maniaco dépressive*
  - *Démence précoce*
- \* *Affaiblissement mental: 4 formes: forme hébéphrénique, catatonique, délirante paranoïde, paranoïde atténuée*
- \* *Abandon d'une description évolutive au profit d'une description par caractéristiques*

# Approche historique

## Eugen Bleuler (1857-1939)

Notion de schizophrénie le 24 avril 1908

- \* Scission des fonctions psychiques
- \* Désintégration de la vie psychique et la perte d'unité de la personnalité
- \* Symptômes fondamentaux: perturbations des associations (ou troubles du cours de la pensée), perturbations de l'affectivité, ambivalence.
- \* Autisme: perte de contact avec la réalité, prédominance de la vie intérieure
- \* Symptômes accessoires: hallucinations et idées délirantes: illusion d'une maladie aiguë exacerbations d'une maladie chronique dont les symptômes fondamentaux n'ont pas été repérés

# Approche historique Kurt Schneider (1887-1967)

- \* Symptômes de premier rang, « qualitativement anormaux »
- \* Symptômes de second rang, « quantitativement anormaux »,
- \* « voix qui conversent entre elles » et « hallucinations commentant les actions du sujet »

# Nosologie et critères diagnostiques

\* Adolf Meyer (1866-1950)

Maladie mentale: système adaptatif, importance de la trajectoire de vie du patient

DSM I 1952 réaction schizophrénique

DSM II 1968 Schizophrénie latente, schizophrénie simple, schizophrénie schizo affective, schizophrénie de l'enfant approche catégorielle

Karl Menninger (1893- 1990) : retour en arrière

DSM III/ IV critères diagnostiques: symptômes positifs et symptômes négatifs

DSM 5: suppression des différentes formes cliniques, cotation de plusieurs dimensions



# Approche étiopathogénique Psychanalyse

- \* Freud, Mélanie Klein, Racamier, Lacan: mécanisme de défense, régression narcissique
- \* Contemporains ( Botbol, Golse):

Difficultés à se représenter et à maintenir à l'intérieur de soi une représentation du monde englobant ses pulsions instinctuelles, ses objets internes et le moi.

Altération des capacités de symbolisation

Désinvestissement massif du corps et des objets internes

Rupture avec la réalité

# Approche étiopathogénique

- \* Ecole de Palo Alto: Réponse adaptative secondaire à une communication dysfonctionnelle intrafamiliale.
- \* Place de l'attachement insécure?

# Approche étiopathogénique Neurosciences

- \* Approche neurodéveloppementale:
  - Anomalies cérébrales structurelles préexistantes
  - Antécédents prénataux et périnataux
- \* Daniel Weinberger Double Hit: atteinte cérébrale précoce statique révélée au moment de la maturation cérébrale de l'adolescence

# Approche Etiopathogénique Génétique

Modèle complexe

- \* Héritabilité 80%
- \* Concordance jumeaux monozygotes: 40-50%

Hypothèse purement génétique insuffisante

Régulation épigénétique par méthylation de l'ADN

# Notion de vulnérabilité

- \* Paul E. Meehl (1920-2003) : Schizotypie
  - Interactions entre « l'apprentissage relationnel » et des facteurs génétiques provoquant des troubles neurobiologiques spécifiques
  - Défaut d'intégration neuronale, d'origine probablement génétique, schizotaxie.
  - C'est l'environnement qui entraîne le passage vers le schizotype puis le stress qui poursuit l'évolution vers la schizophrénie.
- \* Modèle bio-psycho-social de Ciompi

# Notion de Vulnérabilité

- \* Bénédict Augustin Morel (1809-1873) : terrain fragile
- \* Kraepelin: personnalités saisissantes
- \* Sandor Rado (1890-1972) : phénotype schizophrénique: schizotype

Forte composante d'anhédonie avec un défaut de « la force motivationnelle du plaisir »

Propension à une distorsion de la conscience du soi corporel, le « trouble diathésique de la proprioception »

Interaction entre un certain type d'environnement et un certain type de patrimoine génétique

# Notion de Schizoïdie

- \* Terme utilisé par Bleuler
- \* Kretschmer: forme intermédiaire « entre le morbide et le normal », ou alors une « forme morbide avortée »
- \* Présentation paradoxale avec une anesthésie émotionnelle et une hypersensibilité intérieure.

# Phase pré-morbide

## Antécédents dans l'enfance

- \* Trouble oppositionnel avec provocation, trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/H), troubles anxieux et dépression
- \* Difficultés d'ajustement social (sujet plus agressif, perturbateur, ou en retrait que ses pairs dans le milieu scolaire)
- \* Difficultés cognitives: troubles de l'attention, troubles mnésiques, troubles des fonctions exécutives
- \* Troubles de la motricité fine ainsi que des retards au franchissement des étapes du développement (continence, marche, position assise)
- \* Troubles de la coordination, séquences de mouvements complexes (alternatifs ou séquentiels), réflexes développementaux



# Aspect développemental

- \* Liens entre psychose infantile et psychose adulte?
- \* Liens entre trouble du spectre de l'autisme et psychose adulte?

# Vulnérabilité dans l'enfance

## \* Notion d'organisation pathologique?

Misès: Dysharmonie évolutive, pathologie limite

- défauts précoces d'étayage dus à la discontinuité du processus de soins maternels,
- défauts de la fonction de contenance
- hétérogénéité structurale avec clivage et développement de la pensée en secteur,
- Défauts d'élaboration de la position dépressive
- Echech des processus de névrotisation
- Vulnérabilité à la perte d'objet.

# Vulnérabilité dans l'enfance

- \* Diatkine et Lebovici: Notion de prépsychose
- \* Grave déséquilibre psychique précurseur le plus souvent d'une réorganisation psychotique après l'adolescence.
- \* Fluctuation du sentiment d'unité du moi
- \* Fléchissement des activités cognitives
- \* Traits obsessionnels
- \* Troubles comportementaux
- \* Troubles des fonctions instinctuelle
- \* Difficultés de contact avec le réel et avec autrui

# Modèle du staging Mac Gorry

- \* Phase prodromale: modifications comportementales et fonctionnelles sans les critères diagnostiques de psychoses  
Peut durer un an ou deux
- \* Phase aiguë: période des symptômes francs et invalidants
- \* Phase de rétablissement avec risque de rechute

# PREVENTION

- \* Prévention primaire: diminuer le taux d'incidence de la maladie en identifiant les facteurs de risque ou des prodromes
- \* Prévention secondaire: diminuer la prévalence en diminuant la durée de la maladie
- \* Prévention tertiaire: diminuer les conséquences de la maladie au niveau social, familial, professionnel

# Notion de prodrome

- \* Signes avant-coureurs de la maladie
- \* 1908 Krapelin : signes prémonitoires de la schizophrénie légères modifications de la vie émotionnelle, une irritabilité, une perte d'intérêt, une hyperactivité et une baisse de concentration
- \* 1938, Cameron
  - Symptômes non spécifiques initiaux: type hyperactif (cauchemars, agitation, angoisse, insomnie, accès de colère) type hypoactif (introversion, retrait social).
  - Symptômes spécifiques manifestations idéatives (sentiment d'être observé, que les autres sont mal intentionnés à son égard) manifestations somatiques (altérations du vécu corporel, réactions psychosomatiques).

# Notion de prodrome

- \* 1966, J. Chapman Syndrome prodromique publié dans DSM III R 1987 Retiré car pas suffisamment spécifique
- \* Travaux d'Haffner 1985 1988

# Symptômes de base Klosterkötter

- \* Approche phénoménologique: 6 Catégories
- \* Déficiences dynamiques (incapacité à discriminer différents types d'émotions),
- \* Troubles de la cognition,
- \* Perturbations de la perception et de l'action,
- \* Cénesthésies,
- \* Troubles végétatifs centraux
- \* Stratégies de coping.
- \* Ce ne sont pas des symptômes psychotiques atténués.
- \* Facteurs prédictifs de l'émergence future d'un trouble psychotique.



# Etat mental à risque de psychose

## McGorry à Melbourne en 1994

## Miller et Mac Glashan à Yale en 1999

- \* Groupe 1 : sujets présentant une vulnérabilité, c'est-à-dire ayant un trouble de la personnalité de type schizotypique ou ayant un parent du premier degré souffrant d'un trouble psychotique, et une diminution de leur niveau global de fonctionnement définie par une réduction de 30% du score de la GAF (Global Assessment of Functioning) persistant pendant au moins 1 mois au cours de la dernière année mais depuis moins de 5 ans.
- \* Groupe 2 : sujets présentant des troubles psychotiques atténués soit par leur intensité, soit par leur fréquence. Les symptômes doivent être présents au cours de la dernière année et exister depuis moins de 5 ans.
- \* Groupe 3 : sujets présentant des symptômes psychotiques limités, intermittents et brefs (BLIPS). Chaque épisode dure moins d'une semaine et les symptômes disparaissent spontanément à chaque occasion. Les symptômes doivent être présents au cours de la dernière année et depuis moins de 5 ans.

# Durée de psychose non traitée

- \* Entre 1 à 2 ans
- \* Précédée de symptômes prodromaux aspécifiques puis qui deviennent identifiables

# Notion d'intervention précoce

- \* Détecter le trouble le plus tôt possible afin d'améliorer le pronostic voire d'éviter l'entrée dans la pathologie schizophrénique
- \* Faciliter la prise en charge des premières années de psychose chez les sujets qui ont développé la maladie.
- \* Réduction de la durée de psychose non traitée

# Principe de l'intervention précoce

- \* Nécessité d'une évaluation multidisciplinaire pour une stratégie adaptée au sujet et à son environnement
- \* intérêt de préserver ou de rétablir l'insertion dans le milieu et dans sa trajectoire de vie.

# Staging clinique selon McGorry

Stade	Définition	Population cible	Intervention recommandée
0	Risque augmenté Aucun symptôme	Apparentés de premier degré de personnes malades	Education et information (drogues) Promotion de la santé
1a	Symptômes aspécifiques Déclin fonctionnel modeste	Personnes demandeuses de soins, adressage par les médecins généralistes et les écoles	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
1b	UHR Déclin fonctionnel	Personnes demandeuses de soins, adressage par les médecins généralistes et les écoles	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
2	Premier épisode	Personnes demandeuses de soins, adressage par les médecins généralistes et les écoles	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues, traitement anti-psychotique atypique

# Place des psychotropes

- \* Traiter ce qui est visible: dépression, anxiété
- \* Pas d'efficacité démontrée de molécules sur la réduction du taux de transition vers la psychose des sujets à risque
- \* Quelles molécules neuroprotectrices???

# Interventions thérapeutiques

- \* Psychothérapie cognitivo-comportementale,
- \* Psychoéducation de la famille
- \* Soutien social dynamique.

# Place de la remédiation cognitive

- \* Troubles cognitifs: atteinte stable donc rejet de l'hypothèse d'une évolution neurodégénérative mais conséquences d'une dégradation fonctionnelle sur le fonctionnement cognitif



# Troubles cognitifs

- \* Effets faibles ou modérés sur l'efficacité intellectuelle
- \* Fonctions exécutives
- \* Mémoire épisodique verbale
- \* Mémoire visuelle
- \* Mémoire de travail
- \* Trouble de l'attention
- \* Difficultés de fluences verbales

# Troubles de la cognition sociale

Capacités de perception, d'interprétation et de traitement des informations perçues dans un contexte social

- Perception et traitement des émotions
- Théorie de l'esprit
- Perception et traitement des contextes sociaux
- Style attributionnel

 Isolement

# Troubles de la métacognition

Capacités à pouvoir prendre le recul de penser à propos de sa pensée

Mécanismes mis en place afin de contrôler ou modifier ses contenus de pensées



manifestations délirantes

# Psychose émergente

## Suzanne Parisot

- \* Approche clinique, au plus près de l'observation quotidienne s'affranchissant des classifications actuelles.
- \* Diagnostic de pari sur les diverses évolutions avec leur inflexion positive possible (tant spontanément que grâce aux soins)
- \* Priorité des soins les plus précoces et les plus efficaces possibles avant de penser le traitement de la chronicité, des suites, séquelles et handicaps...

# Psychose émergente

## Suzanne Parisot

Ce pari est lié à une promesse : la volonté d'être présents précocement comme soignants, prêts à intervenir par des soins appropriés pour prévenir une évolution défavorable vers une psychose au long cours.

Pour tenir cette « promesse », il faut, d'une part reconnaître, le plus en amont possible, ces symptômes qui risquent de « mal » tourner, d'autre part, se démarquer du modèle « centre de dépistage » qui induirait rapidement une nouvelle stigmatisation du sujet dans une nouvelle catégorie diagnostique, annihilant le pari d'une intervention positive sur l'évolution.

# Psychose émergente

## Suzanne Parisot

- \* Développer une pratique
- \* Reconnaître un « trouble » est une relation interactive où l'observé n'est pas l'objet de l'observateur, mais toujours un sujet rencontrant un autre, dans une relation organisée (voire, en l'occurrence, sérieusement secouée) par cette « découverte » souvent bouleversante...

# Joel

- \* Est resté un an dans le service d'hospitalisation avec des sorties progressives
  - \* Entretien individuel hebdomadaire
  - \* Entretiens familiaux hebdomadaire  
(notion de diagnostic, de traitement, explicitation des émotions, ...)
- Rescolarisation progressive en Seconde générale
- \* Entretiens infirmiers individuels hebdomadaires
  - \* Soutien par l'équipe du Professeur Marie Odile Kreps et Isabelle Amado
  - \* Mise en place d'une remédiation cognitive
  - \* Passage en lère technologique

# Remerciements

- \* Revue d'information psychiatrique
- \* Alice Oppetit



# Epilogue

- \* L'étiquetage précoce, et son risque de figer l'évolution ?

- \* F Ansermet

L'être humain est un être biologiquement déterminé pour ne pas l'être!

Renoncer au déterminisme au profit du devenir