

Les psychoses - synopsis

- **message de Gaetano Benedetti au sujet de la psychose :** Le cri du patient psychotique, même s'il n'est que rarement un appel à l'aide évident ou une demande de soins explicite, nécessite une réponse qui rétablisse un lien humain et existentiel. C'est cette réponse (soin) qui transforme le cri en appel à l'aide.
- **le rôle fondamental du corps par rapport à l'esprit selon Jean Starobinski :** la psyché/l'esprit se constitue en rapport avec les perceptions corporelles ; ce sont elles qui sont « premières » et les productions de l'esprit y sont subordonnées. L'hallucination sensorielle précède le délire.

- La clinique française distingue la schizophrénie et la psychose hallucinatoire chronique (systématique) par leurs caractéristiques et leur évolution :

1. Schizophrénie :

- Débute généralement entre 15 et 30 ans.
- Altération des fonctions cognitives, désorganisation de la personnalité et rupture avec le fonctionnement antérieur.
- Évolution diverse, allant de formes déficitaires graves à des rémissions de bonne qualité.
- Idées délirantes souvent **mal systématisées**, incohérentes, avec des thèmes variés (persécution, mégalomanie, mysticisme, etc.).
- Comportements imprévisibles et discordants.

2. Psychose hallucinatoire chronique (systématique) :

- Débute généralement après 40 ans.
- Les fonctions cognitives et la cohésion du moi sont conservées.
- Évolution souvent marquée par des moments féconds, avec un apaisement possible après quelques années de traitement.
- Délire bien systématisé, centré sur un seul thème (persécution, érotomanie, jalousie, etc.).
- Comportements cohérents avec le contenu des idées délirantes, souvent associés à un potentiel de dangerosité.

- Selon Gaëtan Gatian de Clérambault, **la psychose systématique évolue de manière méthodique et régulière en quatre étapes successives, à noter l'apparition précoce d'illusions sensorielles avant le délire :**

1. **Période d'inquiétude :** Le sujet est sombre, inquiet, et péniblement impressionné par le monde extérieur. Il ne délire pas encore, mais commence à développer des interprétations fausses et des illusions sensorielles.
2. **Période de persécution :** Un délire de persécution s'organise progressivement, influencé par des hallucinations sensorielles, cénesthésiques et motrices.
3. **Période de grandeur :** Les idées de persécution sont progressivement remplacées par des conceptions ambitieuses, qui finissent par prédominer.

4. **Période de démente** : L'affaiblissement intellectuel progresse, les conceptions délirantes se dissolvent, et la maladie poursuit son évolution inexorable jusqu'à la mort.
- Jeremy Hall avance plusieurs arguments pour considérer que la psychose, notamment **la schizophrénie, pourrait être comprise comme un trouble anxieux** :
 1. **Symptômes anxieux dans le prodrome** : L'anxiété et les symptômes affectifs sont des caractéristiques fréquentes de la phase prodromique de la schizophrénie, souvent présents avant l'apparition des symptômes psychotiques.
 2. **Rôle de l'anxiété accrue** : Des études expérimentales montrent que l'anxiété accrue peut jouer un rôle important dans le développement de la psychose et dans les rechutes psychotiques.
 3. **Comorbidité significative** : Il existe une forte association entre la schizophrénie et les troubles anxieux, tels que la phobie sociale, les troubles obsessionnels compulsifs, le stress post-traumatique, le trouble panique et le trouble anxieux généralisé.
 4. **Lien génétique** : Des recherches sur le syndrome de délétion chromosomique 22q11.2 (22q11DS), qui augmente considérablement le risque de schizophrénie, ont identifié l'anxiété comme un symptôme précoce, bien avant l'apparition des symptômes psychotiques.

Ces observations suggèrent que l'anxiété pourrait ne pas seulement coexister avec la schizophrénie, mais également constituer une partie intégrante du processus menant au développement de la maladie.

- Eugène Minkowski observe chez les patients schizophrènes une incapacité à "sentir", ce qui compromet leur contact naturel, direct et spontané avec la vie ambiante. Ces patients enregistrent et savent, mais ne parviennent pas à ressentir, ce qui entraîne une déficience du "facteur de pénétration". Les expériences et sensations qu'ils vivent restent à l'état de faits bruts, neutres et gris, sans provoquer de résonance intérieure ou de vécu émotionnel.

Minkowski décrit également une perte du "contact vital avec la réalité", qu'il considère comme le trouble essentiel de la schizophrénie. Cette perte se traduit par une perturbation profonde des relations avec le monde extérieur, où le patient ne parvient plus à intégrer pleinement les évidences naturelles de l'existence. Ce retrait fondamental de l'évidence naturelle est vécu comme une aliénation, où le patient se sent étranger à lui-même et au monde qui l'entoure.

- Dans **l'opposition entre l'intelligence et l'instinct** selon Bergson, citée par Minkowski, Bergson explique que :
 - **L'instinct** est directement lié à la vie, moulé sur sa forme même. Il est en harmonie avec le vivant, intuitif et adapté à l'organisation et au dynamisme de la vie.
 - **L'intelligence**, en revanche, est orientée vers le solide inorganisé, le discontinu et l'immobilité. Elle est fascinée par la matière inerte et cherche à reconstituer ce qui est donné, rejetant l'imprévisible et la création. L'intelligence solidifie tout ce qu'elle touche et se détourne du temps réel, qu'elle ne pense pas mais vit.

Minkowski utilise cette opposition pour éclairer les phénomènes psychopathologiques, en montrant comment les processus morbides peuvent dissocier ces fonctions normalement harmonieuses dans la vie, révélant des perturbations profondes dans le psychisme des patients schizophrènes.

- Selon Wolfgang Blankenburg, **la perte de l'évidence naturelle dans la schizophrénie** se manifeste par l'incapacité du patient à ressentir les évidences naturelles de l'existence, c'est-à-dire les choses qui sont normalement perçues comme allant de soi dans la vie quotidienne. Cette perte n'est pas une mise entre parenthèses volontaire, comme dans la phénoménologie, mais un retrait fondamental.

Le patient ne parvient pas à intégrer pleinement ces évidences, ce qui entraîne un sentiment d'étrangeté envers lui-même et le monde. Cette perte affecte la capacité à établir des relations normales avec les autres, à avoir confiance ou à adopter un point de vue cohérent. Elle est souvent accompagnée d'un désarroi profond et d'une quête désespérée pour retrouver ce "petit quelque chose" essentiel, banal mais vital, qui manque à leur expérience.

- Selon Karl Jaspers, **le corps vécu (Leib) dans la schizophrénie** est marqué par des perceptions et expériences intenses et perturbées, notamment :
 1. **Dépersonnalisation** : Le patient peut ne pas reconnaître sa propre voix ou son image, ou ressentir que certaines parties de son corps appartiennent à une autre personne.
 2. **Hallucinations musculaires** : Sensation d'être excessivement lourd ou très léger, impression de bouger alors que le corps est immobile.
 3. **Pseudo-perceptions vestibulaires** : Nausées, impression de flotter ou de marcher sur du coton.
 4. **Modifications corporelles** :
 - Perception de changements de taille du corps ou des corps environnants.
 - Sentiment d'être vide, plein, pétrifié ou desséché.
 - Conviction d'avoir des membres en bois, plastique ou verre.
 5. **Autoscopie** : Le patient peut ressentir un dédoublement de son moi, voyant une partie de lui-même de l'extérieur ou une image exacte de son schéma corporel.
 6. **Transmutation corporelle** : Impression que des parties du corps ont été échangées ou modifiées, parfois avec des éléments délirants (ex. greffes imaginaires).

Ces expériences traduisent une altération profonde de la conscience corporelle et de la relation au monde extérieur.

- Selon M. Woodbury, le patient schizophrène vit son **corps comme un espace de désorganisation cognitive et émotionnelle**. Le corps devient un lieu où les frontières entre soi et le monde extérieur sont floues, ce qui peut provoquer une perte de cohérence dans la perception de soi.

Woodbury souligne que des techniques comme le "Body-Wrap" (enveloppement corporel) peuvent aider à rétablir une sensation de limite corporelle et de représentation du corps. Ces interventions offrent une expérience de "contenance physique" qui stimule les souvenirs sensoriels agréables, souvent associés à des interactions précoces avec une figure maternelle. Cela peut fournir au patient une expérience corrective et apaisante, favorisant une réorganisation cognitive et émotionnelle.

- La psychose et son traitement ont des impacts significatifs sur la santé somatique (le corps biologique ; Körper) et l'espérance de vie :
 1. **Espérance de vie réduite** : Les personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles bipolaires ont une espérance de vie réduite de 25 ans par rapport à la population générale.
 2. **Causes de décès** :
 - **Suicide** : Représente 33 % des décès dans cette population.
 - **Maladies physiques** : 66 % des décès sont dus à des troubles cardiovasculaires, des maladies pulmonaires et infectieuses, souvent traitables.
 3. **Risque accru de maladies cardiovasculaires** : Les patients schizophrènes et bipolaires âgés de 24 à 44 ans présentent un risque de maladie cardiaque augmenté de 660 % par rapport à la population générale.
 4. **Obésité et syndrome métabolique** : Les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont un taux d'obésité et de syndrome métabolique deux fois plus élevé chez les hommes et plus de deux fois chez les femmes, comparé à la population générale.
 5. **Prise de poids liée aux antipsychotiques** :
 - Effets sur le système nerveux central : Augmentation du plaisir, de la satiété et de l'appétit via la dopamine, la sérotonine et l'histamine.
 - Effets sur les organes : Augmentation de la sensibilité à l'insuline et du stockage adipeux.
 - Facteurs aggravants : Hygiène alimentaire et activité physique souvent insuffisantes.
 6. **Effets secondaires extrapyramidaux des antipsychotiques** :
 - **Dystonie aiguë** : Contractions musculaires involontaires et douloureuses.
 - **Akathisie** : Besoin impérieux de bouger.
 - **Parkinsonisme** : Rigidité musculaire, tremblements, ralentissement des mouvements.
 - **Dyskinésie tardive** : Contractions musculaires involontaires et stéréotypées.