

Franck Salomé

QU'EST-CE QUE LES PSYCHOSES ?

**CLINIQUE, MODÈLES
ET PRISES EN CHARGE**

DUNOD

Conseiller éditorial :

Stéphane Rusinek



© Dunod, Paris, 2012

ISBN 978-2-10-056767-6

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

SOMMAIRE

Avant-propos	9
Introduction	11

CHAPITRE 1 Clinique des psychoses

I	Signes prédominants	17
1	Le délire et les hallucinations	17
2	La perte de contact avec la réalité	19
3	La non-conscience de l'état morbide	20
4	La désorganisation	20
5	Les conduites autistiques	20
6	Les difficultés dans l'insertion socioprofessionnelle	21
7	Les troubles de l'humeur	21
8	L'angoisse	21
II	Les psychoses à travers les classifications	22
1	La classification française	22
2	La classification psychanalytique	26
3	La classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM-10)	28
4	La classification de l'American Psychiatric Association (DSM-IV-TR)	31
III	Épidémiologie, modes d'entrée et évolution	34
1	Données épidémiologiques	34
2	Les modes d'entrée	36
3	Les formes d'évolution	37

CHAPITRE 2

Les modèles explicatifs des psychoses

I	Les modèles biologiques	41
1	L'hypothèse neurodéveloppementale	42
2	Données issues de la neuro-imagerie fonctionnelle	43
3	Possibilités et limites	45
II	Les modèles psychanalytiques	47
1	La perte de la réalité	47
2	Processus primaire et troubles de la pensée	48
3	Narcissisme et psychose	48
4	Forclusion du nom du père et délire	49
5	Approches post-freudiennes	49
III	Les modèles systémiques	52
1	Introduction à la systémie	52
2	Systémie, communication et famille	52
3	Paradoxe, double contrainte et psychose	53
4	Conséquences psychopathologiques	53
5	Analyse critique	54
IV	Les modèles cognitifs	55
1	Introduction à la psychopathologie cognitive	55
2	Les déficits cognitifs	56
3	Relations entre déficits cognitifs et symptômes cliniques	58
4	Des déficits aux dysfonctionnements cognitifs	59
5	Réflexions	65

CHAPITRE 3

Prises en charge des psychoses

I	Les prises en charge biologiques	67
1	Des neurosciences au traitement neuroleptique	67
2	Effets cliniques et cognitifs des neuroleptiques	68
3	Thérapeutiques non invasives (ECT, rTMS)	70

II	Les prises en charge psychothérapeutiques	71
1	Les psychothérapies psychanalytiques	71
2	La réhabilitation psychosociale	74
3	Les thérapies familiales systémiques	77
4	Les psychothérapies cognitives et la remédiation cognitive	79
5	Perspectives et réflexions	86
III	Psychoéducation et qualité de vie du sujet	87
1	Psychoéducation et psychose	87
2	Qualité de vie et psychose	90
	Conclusions	95
	Bibliographie	99
	Index des notions	127

À ma fille Maëlys

AVANT-PROPOS

L'élaboration et la rédaction de cet ouvrage font suite à un enseignement, débuté il y a de cela plusieurs années, sur les psychoses et destiné aux étudiants en 3^e année de formation de psychologie à l'université de Nantes. Il fait suite aussi à de nombreux échanges tant sur le plan pratique que sur le plan intellectuel avec différents collègues. Durant cet enseignement et ces échanges, j'ai pu développer une réflexion globale sur la psychose, ses origines supposées et les prises en charge proposées. Il m'est apparu alors nécessaire de bien mettre en évidence la complexité et la richesse de ce type de trouble et du lien important entre la façon d'envisager l'étiologie et la prise en charge qui en découle, ses intérêts et ses limites respectifs.

Je tiens d'abord à adresser mes sincères remerciements aux patients que j'ai pu accompagner et suivre dans différents contextes (pratique clinique, recherche). Je tiens ensuite à remercier mes encadrants de thèse de doctorat, Patrice Boyer et Michel Fayol, qui m'ont transmis une capacité d'analyse critique et d'élaboration dans mes questionnements, réflexions et élaborations. Je tiens aussi à remercier personnellement mes collègues Stéphane Rusineck, Abdel-Halim Boudoukha et Irène Capponi. Merci à Stéphane pour la confiance qu'il m'a accordée dans mes capacités de réaliser cet ouvrage. Merci aussi à Abdel pour tous les échanges fructueux que j'ai eus avec toi, qui m'ont permis d'avancer dans ma démarche personnelle et pour le soutien indéfectible dont tu as fait preuve durant cette démarche. Merci à toi Irène, qui as pris de ton temps personnel pour relire cet ouvrage en me faisant part de tes avis et corrections. Enfin, je tiens aussi à remercier le Dr François Petitjean et son équipe avec qui j'ai pu développer et mettre en place un partenariat clinico-universitaire fructueux et constant.

Enfin, un grand merci à ma famille qui m'a toujours soutenu et qui a su rester à mes côtés malgré les joies et les difficultés de la vie.

■ INTRODUCTION

Pourquoi un ouvrage sur les psychoses ? Plusieurs raisons : ce sont des troubles psychiques assez fréquents dans les lieux de soins en santé mentale, ces troubles interrogent sur le fonctionnement psychique humain et les intrications entre biologie – psychisme – émotions – société, ces troubles représentent un enjeu important pour les thérapeutiques en santé mentale. Ces perturbations mentales seront abordées dans une double perspective : *explicative* avec différents modèles théoriques qui essaient d'expliquer l'émergence du trouble psychotique, *compréhensive* avec différentes façons de donner du sens à un trouble complexe et de proposer une prise en charge. Cet ouvrage présentera les approches biologiques, psychanalytiques, systémiques et cognitives des troubles psychotiques à la fois dans leurs explications et prises en charge respectives. L'exemple de la psychose schizophrénique sera parfois repris pour montrer les avancées cliniques, théoriques et thérapeutiques dans ce champ. Les approches présentées dans cet ouvrage ne sont pas exhaustives puisque par exemple il existe aussi une approche phénoménologique. Cette double approche est importante car il est nécessaire de toujours garder à l'esprit qu'il y a certes le trouble psychotique mais aussi le sujet. Et la clinique montre très bien que d'un sujet à l'autre il peut y avoir une variabilité importante dans le vécu des symptômes ou du trouble.

Historiquement, le terme « psychose » a été proposé par Von Feuchtersleben en 1845 pour désigner une maladie de l'esprit. D'une manière générale, ce terme a toujours renvoyé, de près ou de loin, à l'image de la folie dans les différentes sociétés. Cette image s'est construite sur le fait que les patients atteints de troubles psychotiques sont perçus comme des « fous » ou des « aliénés » pour plusieurs raisons : les comportements, les attitudes et les émotions des patients sont souvent en rupture avec ceux partagés par l'ensemble

des personnes dites « saines d'esprit » ; ces comportements renvoient à la question de l'étrangeté et de l'incompréhensible pour tout un chacun ; la folie serait ainsi définie par ce que l'on ne comprend pas et ce qui nous est étranger, ce qui peut être source d'angoisse et susciter un sentiment de menace. Ce sentiment a souvent été le vecteur du rejet et de la stigmatisation dont ont été victimes les patients atteints de psychose (Khol, 2006). Pourtant, derrière ce stéréotype du « fou potentiellement dangereux », il y a des êtres humains qui souffrent. De plus, des données empiriques récentes indiquent que la représentation sociale consistant à penser que les patients atteints de psychose seraient potentiellement plus enclins à des passages à l'acte hétéro-agressifs violents est en pratique peu étayée (Taylor, 2008).

Les troubles psychotiques peuvent être caractérisés par certains symptômes comme les hallucinations ou les idées délirantes. Et de tout temps, souvent la simple présence d'un de ces signes a conduit l'homme de la rue à qualifier l'autre comme « fou » ou « psychotique ». Par contraste avec les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur, les psychoses restent souvent perçues négativement dans la société (Reavley et Jorm, 2011). Ce qui est important à garder à l'esprit, c'est que le terme de psychose a souvent été associé à ce qui reste incompréhensible de prime abord par les autres. L'incompréhensible étant finalement ce qui est aussi non partagé par tout le monde. Tout au long de l'histoire de la psychopathologie, de nombreux auteurs ont décrit et étudié les troubles psychotiques et leurs particularités cliniques, parmi lesquels nous pouvons citer, entre autres, Esquirol (1838), Morel (1860), Falret (1864), Kraepelin (1889), Magnan (1891), Séglas (1895), Serieux et Capgras (1909), Bleuler (1911), Ballet (1911), Kretschmer (1919), De Clérambault (1920), Minkowski (1927), Ey (1934) et Schneider (1959). Dans ce cadre, plusieurs articles et ouvrages ont été publiés permettant de dresser l'histoire et l'épistémologie des psychoses (Garabé, 1992 ; Beer, 1996 ; Haustgen, 1997 ; Bourgeois, 2001). L'objectif du présent ouvrage est de prolonger, modestement, ces travaux en se focalisant en particulier sur l'apport des connaissances acquises au cours des dix dernières années.

Une problématique spécifique concernant les psychoses est l'usage du terme au pluriel ou au singulier. En effet, certaines approches cliniques, comme par exemple dans le champ de la psychanalyse, utilisent souvent le terme de psychose au singulier, ce qui laisserait sous-entendre qu'il n'y aurait qu'un seul trouble. Cette conception peut laisser présupposer qu'un unique processus central pourrait à lui-même expliquer l'état pathologique et que les différences de symptômes entre les formes de psychose seraient secondaires. Néanmoins, la plupart des études empiriques et descriptives ont mis en évidence qu'il n'existe pas une psychose mais plutôt des troubles psychotiques qui peuvent à la fois comporter des signes cliniques communs (exemple : les idées délirantes, les hallucinations) et à la fois des signes cliniques distinctifs (exemple : la dissociation, l'interprétation ; American Psychiatric Association, 2003). De même, dans la pratique clinique, si par exemple la schizophrénie et la paranoïa sont bien des psychoses, cliniquement les symptômes sont différents. Ainsi, il est plus fondé en théorie et en pratique de parler des psychoses ou des troubles psychotiques au pluriel. En Europe et dans les pays anglo-saxons, de nos jours les termes de « troubles psychotiques » sont plus fréquemment utilisés. De plus, parler de troubles psychotiques permet de mettre l'accent aussi sur les sujets qui présentent seulement des symptômes psychotiques sans qu'un diagnostic de psychose puisse être établi (Stip et Letourneau, 2009).

Le terme « psychotique » n'a jamais pu recevoir une définition universellement acceptable. Néanmoins, selon certains auteurs (Bourgeois, 2001 ; Llorca, Chéreau-Boudet, Lachaux, Lançon, Lombertie et Trarieux, 2005), on peut en donner au moins trois. La définition étroite consiste à reconnaître l'existence d'idées délirantes ou d'hallucinations sans qu'elles soient critiquées par le patient (le patient n'a pas conscience du caractère pathologique de ces symptômes) ; dans la définition moyenne, les mêmes symptômes sont reconnus mais avec une conscience critique partielle ou complète ; et la définition large englobe les symptômes typiques de schizophrénie (hallucinations, idées délirantes, désorganisation). Actuellement, le débat reste ouvert sur les

critères qui seraient les plus pertinents pour définir les psychoses. Au-delà des critères empiriques liés à l'observation des symptômes observables, certains auteurs, dans le cadre par exemple de la prochaine version du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*), ont proposé par exemple des critères fondés sur des altérations fonctionnelles cérébrales ou des déficits cognitifs (Taminga, Sirovatka, Regier et Van Os, 2010). Néanmoins, malgré les avancées de la recherche et de la pratique clinique, le terme « psychotique » reste difficile à définir formellement et de manière consensuelle. Cela est dû à la fois à la nature même du trouble mais aussi à la diversité des troubles psychotiques et des modèles explicatifs pour tenter de les appréhender.

En termes d'explications à l'origine des troubles psychotiques, certains auteurs (Pédinielli et Guimenez, 2005) considèrent que la psychopathologie peut appréhender les psychoses au moins sous deux angles : l'objectif et le subjectif. Dans l'approche objectivante, les psychoses sont analysées comme des phénomènes naturels, observables et objectivables. Cette approche a permis de mettre en évidence par exemple le handicap social, psychologique et culturel important que la psychose entraîne. Ce qui a entraîné par la suite le développement de thérapies adaptées. Néanmoins, un écueil potentiel de cette approche peut être la non-prise en compte de la contribution potentielle de l'histoire personnelle du patient dans l'émergence et le maintien des troubles. À l'opposé, l'approche subjectivante tend à se focaliser uniquement sur le sujet de la psychose. Elle aborde surtout les phénomènes psychologiques singuliers qui peuvent amener un sujet à un état psychotique. Pour cela, elle va recourir à des théorisations de ce que sont le sujet et son fonctionnement. Mais l'écueil de cette approche peut être la non-prise en compte du trouble en soi avec toutes ses spécificités que l'on connaît. Il y aurait donc au moins deux types d'approches des troubles psychotiques, qui en fait peuvent être considérés comme complémentaires, surtout dans la pratique clinique. Il existe cependant des approches plus nuancées qui permettent d'intégrer les aspects diachroniques et synchroniques, objectifs et subjectifs dans l'appréhension de

la psychose. Sachant que l'élément qui reste fondamental, c'est qu'il y a à la fois le sujet et son trouble.

Enfin, tenter de décrire, de comprendre et de prendre en charge un patient atteint de psychose pose la question – en arrière-plan – de la normalité. Cette question a été traitée par exemple avec l'opposition classique « névrose/psychose ». Mais aujourd'hui, à quelques exceptions près, le terme de névrose a disparu des principales classifications des troubles mentaux. Ce terme subsiste dans la nosographie freudienne où il a un sens bien spécifique (le conflit intrapsychique) qui définirait *a priori* la normalité. La psychose serait alors définie comme l'absence ou l'impossibilité de conflit intrapsychique. Néanmoins, certains auteurs depuis Freud ont mis en évidence que le fonctionnement névrotique ne reflétait pas de manière univoque la normalité (Zagury, 2000). De plus, certains patients ont des souffrances psychiques sans syndrome avéré ni conflit intrapsychique et la plupart des sujets dits « normaux » ne se caractérisent pas forcément par un fonctionnement névrotique. Ainsi, même si la plupart des cliniciens s'accordent pour dire que les psychoses sont des états pathologiques par contraste à la normalité, il reste difficile de définir ces états par rapport à celle-ci. La disparition du terme de névrose est aussi liée à l'évolution des classifications, qui maintenant sont devenues a-théoriques. Cet athéorisme est lié à la mise en évidence d'un fait majeur : il n'existe pas une explication univoque et absolue à l'origine des troubles psychotiques (ou névrotiques), mais plusieurs hypothèses explicatives qui fondent, elles, des interventions thérapeutiques à des niveaux qui leur sont propres. Ainsi, il existe de nos jours une pluralité de prises en charge dont les objectifs sont variables et à ajuster en fonction des besoins du patient. En outre de nos jours, au-delà de la réduction des symptômes cliniques, la question de l'information sur le trouble et ses thérapeutiques, tout comme la qualité de vie du sujet et ses déterminants, sont aussi devenues des éléments importants dans la prise en charge globale du patient.