

**Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française**

Rue Saint-Brice, 53,
7500 Tournai

SECTION : Bachelier en Education spécialisée en accompagnement psycho-éducatif

PSYCHOPATHOLOGIE II

Cours appartenant à l'U.F. 11

APPROCHES CONCEPTUELLES 3

Jean-François LALLEMAND

 jfl@lereservoir.eu

Bachelier en Education spécialisée en accompagnement psycho-éducatif : Approches conceptuelles 3 – UF11

PROGRAMME – *Psychopathologie* UF11.2

L'étudiant sera capable :

- ◆ de présenter les différentes nosographies psychiatriques et leurs limites ;
- ◆ de développer une lecture critique de nouvelles psychopathologies ;
- ◆ de décrire pour différents troubles psychiques présents tant chez l'enfant que chez l'adulte (dépendance, maltraitance, délinquance sexuelle, suicide, troubles à expression somatique, troubles du comportement et du développement psychologique, perversions, psychopathologies du travail,...) :
- ◆ les mécanismes psychopathologiques et leurs origines présumées,
- ◆ les différentes approches d'aide et de soins, y compris les options d'interventions des équipes pluridisciplinaires et les logiques qui les sous-tendent,
- ◆ les conséquences sur la fonction de l'éducateur ;
- ◆ d'identifier ses propres limites face à la prise en charge des troubles psychopathologiques d'autrui (notions d'accompagnement, d'envahissement, de substitution, ...)

CAPACITES TERMINALES / ACQUIS D'APPRENTISSAGE

Pour atteindre le seuil de réussite, au travers d'épreuves écrites et orales, l'étudiant sera capable, *tout en respectant les règles et usages de la langue française* :

- ◆ de définir et d'illustrer des concepts et processus relatifs aux cours de sociologie des communications, de législation des secteurs et d'analyse du secteur non marchand ;
- ◆ de définir et de décrire des notions, des concepts et les processus abordés aux cours de psychopathologie, de théories et modèles socio-éducatifs et psychopédagogiques ;
- ◆ d'utiliser de façon critique et argumentée les notions, concepts et processus abordés aux cours pour analyser des situations relevant du champ professionnel de l'éducateur spécialisé.

Pour déterminer le degré de maîtrise, il sera tenu compte des critères suivants :

- ◆ la précision des descriptions et de l'analyse,
- ◆ la capacité de l'étudiant à expliciter les éléments sur lesquels repose sa vision d'une situation professionnelle,
- ◆ la capacité à faire des liens entre les différentes activités d'enseignement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AJURIAGUERRA J. (De), Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, 1980
American Psychiatric Association DSM IV – Critères diagnostiques (Washington DC, 1994),
Traduction française par J-D. Guelfi & al., Masson, 1996
BERGERET J., La personnalité normale et pathologique, Dunod & Bordas, 2003 (3^{ème} édition)
BERGERET J. & al., Abrégé de psychologie pathologique, Masson, 2008 (10^{ème} édition)
DOLTO Fr., La cause des adolescents, Laffont, 1985
HOUDART R., Introduction à la neurologie, Asclepios, 1974
LEMPERIERE Th., Abrégé de psychiatrie de l'adulte, Masson, 1978
TRAUBE P., Psychothérapie : voyage au cœur de soi, Mes cahiers de lecture, 2014
WIDLÖCHER D., Traité de psychopathologie, Grands traités, 1994

PLAN DE COURS

I. Psychopathologie de l'enfant

1. Les troubles psychomoteurs
2. Les troubles instrumentaux
3. L'énurésie et l'encoprésie
4. L'organisation névrotique :
 - ◆ Les conduites phobiques
 - ◆ Les conduites obsessionnelles
 - ◆ Les conduites hystériques
5. L'organisation psychotique :
 - ◆ L'autisme
 - ◆ Les psychoses symbiotiques
 - ◆ Les dysharmonies évolutives
 - ◆ Les psychoses de latence
6. L'aménagement caractériel

II. Psychopathologie de l'adolescent

- ◆ L'anorexie
- ◆ La conduite psychopathique
- ◆ Les troubles dépressifs
- ◆ Les tentatives de suicide
- ◆ Les relations de dépendance

III. Psychopathologie de l'adulte

- A. Aperçu des traitements
 - ◆ La chimiothérapie
 - ◆ Les thérapies de choc
 - ◆ Les cures de sommeil
 - ◆ Les psychothérapies
- B. Pathologies
 - ◆ Les névroses
 - ◆ Les psychoses
 - ◆ Les perversions sexuelles
 - ◆ Les dépressions
 - ◆ Les toxicomanies
 - ◆ La personnalité antisociale

IV. Psychopathologie de la personne âgée

- ◆ L'état confusionnel
- ◆ Les démences

V. Pathologies neuropsychiatriques

- ◆ L'épilepsie
- ◆ La chorée de Huntington
- ◆ La myopathie
- ◆ La poliomyélite
- ◆ La maladie de Parkinson

II. Psychopathologie de l'enfant.

1. Les troubles psychomoteurs.

1.1. Les troubles psychomoteurs organiques.

Les "minimal brain damages" constitue un dysfonctionnement et une dysmaturité cérébrale. Des lésions cérébrales sont souvent observées, elles influencent le développement non seulement psychomoteur mais aussi cognitif et affectif de l'enfant.

1.2. Les troubles psychomoteurs psychiques.

1.2.a. L'enfant hyperkinétique.

Ce trouble instable psychomoteur ou instable postural touche les enfants entre 6 et 12 ans.

Symptômes : - fluctuation de l'attention
- réaction de prestance
- agitation motrice

Lors de situations vécues par l'enfant comme stressantes, son angoisse augmente et entraîne une agitation.

Ainsi lors de la *rencontre de personnes étrangères*, l'enfant fragilisé filtre moins bien les stimuli extérieurs, une brusque décharge motrice s'en suit mêlée d'agressivité et de destruction. L'enfant tente ici de modifier les volumes de son environnement "en cassant".

Troubles associés : strabisme et problèmes oculaires, énurésie

Traitement : l'enfant devra vivre dans un univers serein et attentif, une thérapie psychomotrice pourra aider l'enfant

1.2.b. Le syndrome de Gilles de la Tourette.

L'instabilité psychomotrice s'accompagne de tics :
- moteurs ex: cracher
- vocaux ex: coprolalie, écholalie, aboiement

Traitement : médication neuroleptique

2. Les troubles instrumentaux.

Il est fait ici référence aux **instruments**, soit l'équipement cérébral qui préside à la perception des stimuli et permet l'organisation de la réponse motrice. La dimension affective, souvent source de l'énergie instrumentale et motrice, interfère au niveau des circuits organiques.

2.1. Les troubles instrumentaux purs.

Symptômes :

- Troubles psychomoteurs : l'enfant est maladroit, a peine à s'habiller seul, à rouler en vélo dépourvu de stabilisateurs
- Dyspraxie liée à un déficit perceptif de l'organisation spatiale
ex: copie de la figure de REY
- Perturbation du schéma corporel : difficulté dans le dessin d'un bonhomme
- Difficultés graphiques : comment l'enfant écrit-il ou tient-il son crayon ?
- Troubles d'organisation rythmique : incapacité à reproduire un son
- Troubles de la symbolisation - difficulté de mentalisation :
l'enfant parle mal et peu, il a des difficultés à exprimer ses affects, ce qu'il ressent, ce qui entraîne une décharge motrice
- Troubles narcissiques : l'enfant est fragilisé et a besoin de valorisation, d'ailleurs il ne prendra du plaisir que dans des situations connues craignant l'échec et l'inconnu.

A l'école et en groupe, l'enfant aime ici jouer "au caïd" et se livre à des réactions de prestance. Sa dépendance à un adulte peut être importante, ainsi, sa recherche d'aide auprès d'une personne gratifiante pour réaliser ses travaux scolaires.

Traitement : la rééducation sera de type global, le jeu du corps complètera la pratique du dessin pour développer la fonction symbolique, les jeux de rythmes et les chants seront exploités.

2.2. Les troubles de latéralité.

La latéralité s'acquiert à 6 ans. Pour repérer l'œil dominant, demander à l'enfant de cligner de l'œil, pour le bras dominant lui demander de croiser les bras, pour le pied dominant shooter dans un ballon. La latéralité n'est pas toujours homogène, elle est liée à la force du membre dominant, certains sont droitier de la main et gaucher du pied !

2.3. Les troubles du langage écrit.

2.3.a. La dyslexie.

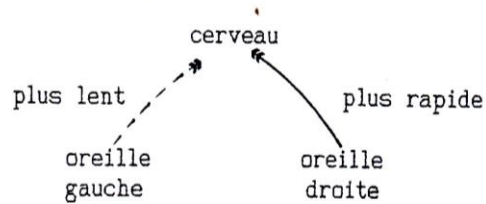
C'est la difficulté d'acquérir la lecture en dehors de tout déficit mental et sensoriel.

Fautes typiques :

- Confusion sonore s=ch | p=b | d=t et visuelle i=j | u=v | n=m | t=r
- Inversion or = ro | croix de Chassagny
d b
q p
- Omission ballon = balle
- Substitution cil = mil
- Addition d'une syllabe ex: et
- Difficulté à découper la phrase ou dans les césures de syllabe, faute d'écoulement

Symptômes : * sensoriels

- la vue : mauvaise discrimination visuelle ex; confusion t et r - m et n perception visuelle mouvante, labile ⇒ lecture "hachurée"
- l'ouïe : mauvaise discrimination auditive due à l'émotion trouble stéréophonique - HENNEBERT consistant à un décalage d'arrivée de deux sons



* psychomoteurs

- mauvaise perception du schéma corporel, mauvaise conscience de soi
- difficultés motrices : maladresse, mauvaise coordination des mouvements fins
- difficultés spatiales : croix de Chassagny d b confusion !
q p
- difficultés temporelles et rythmiques : chronologie non acquise
- difficultés langagières : articulation, inversion, mot concret

* psychologiques

- personnalité floue et instable
- intelligence normale

Etiologie :

La dyslexie touche surtout les garçons, il y a une certaine transmission familiale. Elle apparaît peu de temps après la naissance mais ne serait détectée que lors de la scolarisation de l'enfant. Des liens avec les souffrances néonatales comme un accouchement difficile ou prématuré ont été établis.

Traitement :

Outre la logopédie, l'éducateur proposera des :

- activités favorisant l'expression comme le mime, le modelage, le dessin, le chant, ...
- jeux psychomoteurs comme les jeux de ballon, la natation, ...

L'instituteur préférera la méthode gestuelle pour l'apprentissage de la lecture.

2.3.b. La dysorthographe

C'est la difficulté d'acquérir le langage écrit en dehors de tout déficit mental et sensoriel. Elle est souvent liée à la dyslexie.

p.ex.: jai⁴ été² an³ franse¹ é² jai⁴ lojé¹ dent³ zune⁴ vila¹

- (1) faute d'usage
- (2) faute grammaticale
- (3) faute d'homonymie
- (4) faute de notions catégorielles

Traitement : logopédie

2.3.c. La dyscalculie

C'est la difficulté d'acquérir la notion de nombre et d'opération en dehors de tout déficit mental et sensoriel. Elle est rarement associée à la dyslexie.

Symptômes : - inversion des chiffres ex: $27 + 3 = 75$
- difficulté à réaliser les opérations + et - , x et :
- difficulté dans la représentation géométrique

Traitement : logopédie

3. L'énurésie.

Selon KREISLER (1966) ce symptôme consiste en une miction incontrôlée :
- qui persiste après l'âge de la maturité de la fonction,
- qui se produit pendant le sommeil,
- dont le cours évolutif est systématique,
- qui est singulière par son déclenchement inopiné et involontaire,
- qui est normale dans son développement physiologique.

Selon GESELL : - entre 15 et 24 mois, les mictions se régularisent
- à 2 ans, la propreté diurne s'acquiert
- à 3 ans, la propreté nocturne s'acquiert
- à 4 ans, la propreté doit être acquise.

* Les interrogations :

L'éducateur se doit de se poser toute une série de questions, l'énurésie touche en majorité les garçons ...

- Quand est apparue l'énurésie ? quel est le facteur déclenchant ?
p.ex.: les conflits interparentaux, la naissance d'un bébé,...
- Qui va coucher l'enfant ?
- Qui emmène l'enfant aux toilettes ? Qui le change ? Qui a réalisé son éducation sphinctérienne ?
- L'enfant a-t-il une tendance potomaniaque ?

* Les satisfactions de l'énurétique :

Celles-ci peuvent se modifier avec le temps...

Les bénéfices primaires :

- Sensation régressive avec érotisation cutanée
- Plaisir d'ordre masturbatoire avec fixation à l'érotisme urétral, l'enfant s'assure de la présence de son pénis, la sensation est orgasmique
- Plaisir contrôlé dans la sensation d'un corps-qui-se-remplit-et-qui-se-vide

Les bénéfices secondaires :

Ils concernent avant tout l'effet du symptôme sur l'entourage...

- Registre régressif : le contact cutané privilégié pour la mère qui soigne son enfant, le lave et le change comme un bébé

- Masochisme de l'enfant : il recherche la punition et l'attitude répressive surtout si ses parents sont sévères
- Registre oedipien : malgré l'interdit de l'inceste, l'enfant entretient une complicité avec sa mère, se protège des menaces de castration
- A l'adolescence : c'est un refus de la sexualité adulte.

* **Etiologie :**

L'énurésie est plus fréquente chez les garçons, chez les enfants placés en institution, chez les arriérés mentaux et chez les enfants encoprétiques.

Elle semble souvent le fruit d'erreurs éducatives, les parents sont trop tolérants ou trop exigeants. La propreté ne peut être acquise que si la maturité fonctionnelle et donc neurologique est atteinte. Ainsi l'enfant pour uriner doit pouvoir se mettre debout !

* **Traitement :**

- Ecarter les facteurs anxiogènes comme les conflits familiaux, les problèmes scolaires
- Proposer une activité extrascolaire, extrainstitutionnelle ou extrafamiliale comme la pratique d'un sport
- Favoriser le sommeil en réduisant l'apport hydrique en soirée, en responsabilisant l'enfant
- Amener l'éducateur à une attitude moins maternante et plus autonomisante
- Proposer une méthode behavioriste d'éducation mictionnelle : certains appareillages permettent le réveil de l'enfant par un dispositif sonore dès qu'une goutte d'urine apparaît au méat urinaire
- Pharmacologie : la prise d'antidépresseurs du type Imipramine réduit l'envie de miction

4. L'encoprésie.

Selon KREISLER (1966), l'encoprésie consiste en une défécation dans la culotte chez l'enfant qui a dépassé l'âge habituel d'acquisition de la propreté, cette défécation est provoquée par la rétention des matières fécales.

Ce symptôme est diurne et touche surtout les garçons vers l'âge de sept ou huit ans, il est un cas sur deux associé à l'énurésie.

Typologie :

- 1°- Agressivité : l'émission fécale est volontaire, active et réactionnelle, elle consiste en une expression immature.
- 2°- Passivité : l'enfant est ici anxieux, il prend plaisir à la rétention mais n'apprécie pas le contrôle sphinctérien en tant que tel.
- 3°- Perversion : à travers le registre masturbatoire, l'enfant s'assure de son omnipotence, de sa toute-puissance.
- 4°- Affections digestives : les diarrhées.

5. Organisation névrotique.

Dans toute névrose, il existe une angoisse : pour déterminer le type de névrose, il faut donc avant tout pouvoir identifier le type d'angoisse.

5.1. Les conduites phobiques.

La phobie est une crainte non justifiée d'un objet ou d'une situation dont la confrontation est pour l'individu source d'angoisse, cette peur est irraisonnée et obsédante.

5.1.a. Phobie archaïque ou prégénitale - *de 0 à 2 ans.*

Elle est liée à l'angoisse de séparation ou angoisse du huitième mois, l'enfant se perçoit comme un être à part entière, indépendant de sa mère. Le personnage extérieur et étranger induit une perception de séparation et d'absence de la mère, ce personnage incarne l'objet phobogène. L'enfant se met à pleurer et à crier, il tente d'accéder à un objet connu et rassurant, peluche ou jouet, et produit avec lui des gestes répétitifs de l'ordre du rituel.

Remarque : L'enfant d'organisation psychotique quant à lui face au personnage extérieur et étranger développe une peur passive avec une décharge motrice incohérente.

5.1.b. Phobie génitale - *de 2 à 7 ans.*

C'est ici l'installation des peurs avec la phobie du loup, des fantômes, ou des squelettes. Elles sont nombreuses à cette époque et diminuent en nombre vers sept ou huit ans car se mettent en place les **mécanismes de défense** qui renforcent la solidité du Moi. Ainsi, le refoulement est opérationnel ainsi que le déplacement ou l'intellectualisation de par la scolarisation de l'enfant, ici les peurs et les conflits sont rationalisés.

5.1.c. Phobie scolaire - *à partir de 5 ans.*

L'enfant subitement refuse de se rendre à l'école, pourtant son adaptation au milieu scolaire semble réussie. Il ne parvient à justifier son refus que par des raisons apparemment trop faibles. Ainsi en hypothèse, l'école devient l'objet de déplacement de l'angoisse de castration, l'école est vécue comme persécutrice.

5.1.d. Angoisses liées au sommeil - *de 2 à 6 ans.*

- * Les **terreurs nocturnes** - de 2 à 3 ans - sont des états d'angoisse soudains et brusques, l'enfant durant ces épisodes semble éveillé et en grande souffrance, il est difficile de la soulager. La nuit implique bien entendu la séparation de la mère pour l'enfant.
- * La **peur du noir** est liée à l'âge de deux ans à la séparation de la mère, par contre à l'âge de quatre ans, elle est en relation avec la peur oedipienne, donc l'angoisse de castration. La peur du noir peut d'ailleurs s'associer à ce moment à la **peur des voleurs**.

6.2. Les conduites obsessionnelles.

L'**obsession** est un sentiment de malaise anxieux dont l'individu ne peut se défaire et contre lequel il lutte avec plus ou moins d'angoisse. Cette préoccupation intellectuelle ou affective assiège la conscience. L'élément parasite est incoercible, ce peut être un doute, un scrupule, une pensée obscène ou un problème absurde.

Ainsi, l'enfant vit souvent dans la crainte de mal faire, il peut se sentir coupable d'un fait et redoute d'en parler. S'installent ici des **rituels** et des **compulsions**, ce sont des gestes automatiques qu'il ne peut s'empêcher de faire. L'enfant semble avoir été "marqué" par le vécu de son stade anal, l'acquisition de la propreté sphinctérienne.

- p.ex.:
- en période oedipienne : le rituel du coucher
 - vers sept ou huit ans : la méticulosité
 - en période de latence : les collections

6.3. Les conduites hystériques.

Ici, le conflit psychique se marque dans le corps, il y a **conversion** sur le plan somatique, les troubles psychosomatiques sont évoqués.

- p.ex.:
- l'enfant qui boite subitement ou se paralyse d'un membre,
 - l'enfant mutique, l'enfant vivant une brusque cécité, sans qu'aucune donnée bio-physiologique ne dysfonctionne.

7. Organisation psychotique.

7.1. L'autisme infantile précoce.

Symptômes :

- Absence de communication avec l'extérieur : le regard est vide, les mimiques sont absentes, les réactions émotionnelles sont étranges
 - Isolement et sensations réduites : l'enfant vit dans le retrait une grande solitude, il semble sourd et développe une vision périphérique
 - Stéréotypies motrices, gestes automatiques : le développement psychomoteur est atypique
 - Absence de langage ou difficultés majeures dans son acquisition : selon KANWER (1943), l'enfant autistique n'ayant pas acquis le langage avant l'âge de cinq ans n'en aura jamais
- Typologie :
- absence de langage ; évolution déficitaire et schizophrénique
 - écholalie ; répétition des derniers mots prononcés
 - évolution atypique ; apparition du langage seulement vers quatre ans
 - génie
- Possibilité d'activité auto-érotique et d'acte auto-agressif : les états d'excitation sont sauvages

Selon TUSTIN (1992), "l'autisme est une protection autosensuelle de type réflexe que nous possédons tous, mais qui, quand elle est exploitée de façon massive et exclusive, constitue une pathologie". L'enfant autistique est enfermé dans une capsule rigide, comme une coquille, c'est le recours massif et exclusif à la "mise en capsule autogénérée".

Etiologie :

Ce syndrome, dont les premiers symptômes apparaissent quelques temps après la naissance, est le résultat d'une combinaison de facteurs :

- Dépression maternelle : dépression grave avant ou après la naissance
- Grossesse mal vécue par la mère
- Dépression postnatale de l'enfant
- Difficulté chez la mère à imaginer les besoins et désirs de l'enfant

Des hypothèses de plus en plus nombreuses tentent actuellement à prouver l'origine neurobiologique constitutive de l'autisme. Un fonctionnement neuronal atypique, des cellules nerveuses mal constituées pourraient également être la cause partielle, voire unique, de l'autisme.

Traitement :

L'objectif quasi unique du cadre médical et psychothérapeutique est d'établir une relation avec l'entourage : la mère, l'éducateur, le psychothérapeute. La communication ne sera pas obligatoirement verbale mais pourra être également physique. Les méthodes utilisées se doivent de respecter la vulnérabilité de l'enfant autistique, il faut l'aider à revivre la terreur, la rage ou le désespoir, lui apprendre à supporter, à exprimer de tels sentiments.

7.2. Les psychoses symbiotiques.

Le premier développement apparaît comme normal, mais lors de la deuxième année de l'enfant, suite à un événement traumatique comme la disparition de sa mère, une détérioration psychique se met en place. Il y a perte des acquis antérieurs avec régression et désintérêt, hypotonie musculaire, disparition des éléments de communication tant verbale que non verbale.

Remarque : Quand l'enfant est séparé de sa mère, au contraire de l'enfant autistique, une crise d'agressivité et d'hypermotricité incoordonnée est observée.

7.3. Les dysharmonies évolutives.

Dans ces formes de pré-psychose, le développement de l'enfant n'est pas harmonieux : le moteur, le langagier, le cognitif ou l'affectif n'évoluent pas aux mêmes rythmes ni de manière coordonnée. Les difficultés de mentalisation sont importantes : l'enfant ne parvient pas à symboliser ses sentiments et ses sensations.

Le pronostic évolutif est surtout d'ordre schizophrénique.

7.4. Les psychoses de latence.

Elles s'installent entre les âges de six à douze ans.

Symptômes :

- Hallucinations visuelles, auditives et/ou olfactives, soit des perceptions en état d'éveil d'un objet, une personne, un animal ou une situation qui n'existe pas dans la réalité
- Bizarrerie du comportement, jeux atypiques sans imagination ni création

- Isolement
- Délire, soit un désordre de la pensée qui fait prendre pour réels des faits imaginaires, les thèmes sont innombrables : persécution, frustration, culpabilité, grandeur, possession,...
- Perte des repères spatio-temporels

Remarque : La **psychose tardive** présente les mêmes symptômes mais n'apparaît que vers l'âge de onze-douze ans.

7.5. L'évolution psychotique générale de l'enfant.

- 1°. Désagrégation de la vie psychique : négativisme, refus,...
- 2°. Troubles du langage et de la pensée : délire, langage incohérent avec hermétisme des propos, monologue, altération de la logique, ralentissement
- 3°. Désorganisation de la vie affective : émotions paradoxales, inadéquation des expressions émotionnelles, déchainement pulsionnel avec auto-érotisme et agression sexuelle, mutilation
- 4°. Discordance psychomotrice : geste mécanique, état catatonique avec persévérance d'attitude, maniérisme, refus de mobilisation et passivité
- 5°. Mécanismes hallucinatoires visuels, auditifs et/ou olfactifs

Les traitements sont dispensés dans des institutions spécialisées, une approche médicale et pharmacologique se conjugue souvent avec une approche psychothérapeutique.

8. Astructuration.

Ici principalement, on se situe dans le groupe des enfants caractériels correspondant au Type 3 de l'enseignement spécial belge. L'**aménagement caractériel** est lié à un fonctionnement mental peu structuré : les comportements d'agitation violente et les passages à l'acte agressifs et destructeurs peuvent être nombreux, l'échec scolaire est quasi habituel.

Etiologie :

Les causes sont souvent liées à des frustrations affectives précoces, des carences d'autorité parentale et éducative, un milieu socio-culturel ou socio-économique défavorisé.

p.ex.: les enfants rejetés et maltraités ou bien trop gâtés et étouffés par une sollicitude excessive; la mésestime des parents; le placement en institution; l'absence prolongée du père;...

Traitement :

Un traitement psychothérapeutique et des conseils éducatifs dispensés conjointement permettent souvent de faire disparaître ces manifestations caractérielles. Il est parfois nécessaire de retirer l'enfant de son milieu familial pour le placer dans un établissement spécialisé où une rééducation et un apprentissage professionnel peuvent être entrepris.

III. Psychopathologie de l'adolescent.

Il n'existe pas à proprement parler de psychopathologies propres à l'adolescence, les maladies psychiques développées à cette période sont le plus souvent le fruit des évolutions pathologiques de l'enfance. Toutefois, trois états pathologiques retiendront notre intérêt : l'anorexie, la conduite psychopathique et les troubles dépressifs.

À l'adolescence, le corps vit de réelles transformations: chez le garçon, les premières éjaculations apparaissent et la pratique masturbatoire s'installe pour contrôler la castration; chez la fille, les premières menstrues voient le jour confirmant ainsi son angoisse infantile d'être castrée.

Les **plaintes hypocondriaques** sont donc nombreuses ainsi que les **préoccupations dysmorphophobiques** et **narcissiques**. Le corps devient le représentant symbolique, il porte un message et communique : les phénomènes de mode vestimentaire, le maquillage, les tatouages en sont des illustrations.

L'adolescent recherche une image satisfaisante de lui-même qui le soutiendra sur le plan narcissique et personnel : l'Idéal du Moi se met en place souvent en parallèle avec le culte des idoles permettant les essais identificatoires.

1. L'anorexie.

Elle constitue avant tout un mal-être, ses premiers symptômes sont insidieux : l'adolescente se sent grosse et suit alors un régime. En effet, cette maladie touche principalement les adolescentes, seuls 10% d'adolescents se comptent chez les anorexiques, ceux-ci vivent des perturbations des plus graves. Un taux de 1 à 5% de mortalité est enregistré en général !

Tableau clinique :

- Restrictions alimentaires : amaigrissement, troubles de l'appétance
 - Trouble de la perception du corps - "se sentir moche" :
perturbation de l'estimation de son poids, de sa taille et de ses formes : habillement ample ou en "couches superposées"
- $$\text{poids idéal médical} = \text{BMI} = \frac{\text{poids (Kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (m)}} = 21 = \text{Body Mass Index}$$
- BMI < 18 = anorexie
- Hyperactivité physique et intellectuelle
intensification des exercices pour prévenir toute prise de poids
 - Troubles digestifs divers, équilibre biochimique sanguin modifié d'un point de vue endocrinien : aménorrhée, vomissements, usage régulier de laxatifs et de diurétiques
 - Blanchissement et dessèchement de la peau
 - Changement des attitudes et du comportement :
caractère solitaire et taciturne, opposition face aux amis et aux parents, absence de relation amoureuse, épisode dépressif

De plus, SELVINI observe que les anorexiques féminines confectionnent les repas pour les autres, ont une communication pauvre mais sont valorisées scolairement, sont inhibées au niveau des conflits et de l'agressivité, ont eu des relations familiales pauvres (mère dominante, père exclu, absent ou séducteur).

Etiologies possibles :

- Dysfonctionnement biologique endocrinien notamment des hormones TRH, l'hypophyse produirait des endorphines qui diminueraient la douleur tout en augmentant le bien-être
- Influence sociale : la minceur constitue l'idéal féminin pour la société
Idéal du Moi : maigrir, contrôler sa faim, différer l'attente
- Perturbation de l'apprentissage des habitudes familiales surtout du comportement alimentaire durant l'enfance
l'anorexie équivaut à un gage de toute puissance face aux parents
- Refus de la féminité et de la sexualité : refuser de ressembler à sa propre mère
- Rapports perturbés avec la mère : trop présente ou trop distante
l'identification oedipienne est troublée
p.ex : le rejet du lait consiste à refuser d'incorporer le sein maternel, le lait étant le premier élément maternel
- Recherche du vide dans le corps, démarche caractéristique de l'organisation psychotique

Remarque : Chez les garçons, l'interprétation étiologique se situe dans le refus de s'imposer et de s'affirmer comme adolescent et futur adulte. Sans doute l'esprit de compétition a-t-il été brimé par le personnage paternel ? L'anorexie consiste ici à défier le père comme symbole de l'autorité.

2. La conduite psychopathique.

Elle correspond dans un référent judiciaire à la **délinquance juvénile**, et dans un référent sociologique à la **sociopathie** puisque les règles édictées par la société ne sont pas respectées. Les conflits avec le groupe social, les réactions négatives au milieu environnant sont alors nombreux.

Symptômes :

- Renvois scolaires pour inconduite, école buissonnière
le niveau scolaire est bas alors que le niveau intellectuel est normal voire supérieur
- Fugues nocturnes, violation des règles familiales, mensonges fréquents
- Délinquance : vol, acte de vandalisme, incitation à la bagarre, incendie
- Cruauté physique envers des personnes ou des animaux, agressivité
- Traits toxicomaniaques : abus d'alcool, de drogue
- Rapports sexuels fréquents, difficiles ou pervers
- Instabilité dans les activités, ou les relations sociales

L'adolescent de conduite psychopathique sera impulsif, ses passages à l'acte seront nombreux - casser, brûler, frapper - parce qu'il vit des difficultés de **mentalisation**. Ainsi, cet adolescent ne parvient pas à exprimer ses sentiments, son vécu verbalement, la symbolisation n'est pas effective... alors il passe aux actes ! Son Moi et son Surmoi sont faibles, il ne peut que profiter des autres et en dépendre. Pour y parvenir, il cultivera un aspect séducteur et donc manipulateur.

Traitement : il n'existe pas à proprement parler de "traitement", aucune thérapeutique n'est spécialement efficace mais le temps, une influence attentive peuvent amener une bonne adaptation.

3. Les troubles dépressifs.

L'adolescent se situe entre deux sentiments : sa représentation idéale de lui-même avec ses fantasmes grandioses et réformateurs, et le sentiment de ne pas pouvoir réaliser cet Idéal du Moi. Naissent alors chez lui désarroi et autodépréciation.

- * **Les tentatives de suicide** : l'adolescent se sent abandonné, isolé, inutile, sa solution est de verser dans un passage à l'acte suicidaire. Pour lui, rien ne sert, le monde est vide, il refuse de s'investir, ne trouve pas d'intérêt dans son environnement et manque de projets d'avenir. Sa demande ici implicite est un appel au secours, à la communication, à l'attention.

En effet dans notre structure sociale, les adolescents se voient interdire certaines formes d'accomplissement. Bien que matures sexuellement, la société continue à les traiter comme des enfants et les emprisonne dans une machinerie scolaire peuplée d'examens et autres diplômes, donc des rituels étroitement surveillés. Le taux d'adolescents suicidaires est très grand en Belgique, les réalités et perspectives socio-économiques ne facilitent pas leur insertion.

- * **Les relations de dépendance ou états d'assuétude** : l'adolescent devient coutumier de la consommation d'alcool ou de drogue. Ce type de conduite semble plus répandu chez les garçons et plutôt dans le milieu urbain que rural. Souvent, l'adolescent tente de fuir une certaine misère sociale et/ou affective, de s'écarter des conflits, de juguler angoisse et anxiété. Sa difficulté, ou son impossibilité, d'établir une identité, et l'absence d'expériences épanouissantes dans un univers de plus en plus banalisé renforcent de telles conduites. A travers la prise d'alcool et/ou de drogue, l'adolescent lance un défi et exprime son désir d'affirmation, il joue avec la mort et prend des risques redoutables...

La souffrance, plus forte que la vie

Pourquoi un jeune décide-t-il de mettre fin à ses jours ?
Comment détecter des signes, l'aider ou réagir face à une classe endeuillée ?

Psychiatre d'ados et psychanalyste, Denis Hirsch évoque les racines du suicide (deuxième cause des décès chez les 15-25 ans) la prévention et l'accompagnement des personnes concernées.

PROF : Comment comprendre ce geste ?

▣ Denis Hirsch : L'adolescent qui pense à se suicider se sent impuissant, isolé, coupable ou honteux, débordé par ses difficultés, et souhaite que cesse sa souffrance.

Soyons clair : penser à la mort fait partie des pensées normales d'un adolescent qui a besoin de *jouer* ainsi avec son imaginaire. La puberté, source de bouleversement de son identité, de sa relation à lui-même et à son corps, l'oblige à remanier ses liens avec ses parents et à faire son deuil de l'enfance. Tout adolescent vit donc des moments où il rumine des pensées sombres, puis son entrain revient. Cette *déprime* est normale : il parvient à mettre en mots, en fantasmes, ces vécus de deuils. Par contre, le jeune *dépressif* fait tout pour ne pas penser et ressentir ces vécus, il dénie sa détresse en l'exprimant par un symptôme, un acte ou un trouble du comportement.

Mais justement, quels sont les signes inquiétants à repérer ?

▣ La difficulté, c'est qu'ils sont variables et peu spécifiques. On peut s'appuyer sur trois types de signes. Il y a d'abord des messages directs ou indirects (textes, dessins). Ce peut être aussi des manifestations telles que la fatigue, l'anxiété, la tristesse, l'ennui, l'isolement, l'irritabilité, l'agressivité, un sentiment d'échec et d'inutilité... Ou des signes montrant la vulnérabilité : des décisions impulsives, brutales, incontrôlées, des conduites dangereuses, des fugues, de l'absentéisme, une chute des

résultats scolaires, des changements dans l'apparence et les soins personnels... L'histoire familiale individuelle, des événements de vie douloureux (déplacement ou placement, perte d'un être cher...) peuvent évidemment jouer un rôle important.

Pris isolément, la plupart de ces signes ne sont ni spécifiques ni exceptionnels chez un ado. Ce qui doit alerter, c'est lorsqu'ils s'accumulent et/ou se précipitent et qu'ils marquent un changement brusque du comportement habituel.

L'école a-t-elle un rôle à jouer ?

▣ Des enquêtes le montrent : lorsqu'un jeune parle de son intention de mettre fin à sa vie, c'est avant tout à un ami. Très secondairement, et de façon moins directe, à des adultes de référence : psychologue du CPMS, médecin, enseignant... Et rarement à ses parents.

L'ado soumet ses parents à un paradoxe : ils doivent le comprendre et ne pas se mêler de ses secrets, le laisser vivre des expériences nouvelles et, en même temps, le couvrir et le protéger. Par conséquent, le jeune qui se sent fragile et déprimé ne peut pas toujours en parler à ses parents par crainte de se sentir trop dépendant et attaché à eux. Ce conflit entre dépendance et autonomie peut apparaître moins intensément avec des adultes à l'école. Un ado peut ainsi dire sa détresse à un enseignant qui le prendra au sérieux sans jugement moral ni curiosité intrusive.

Une position bien délicate pour cet enseignant confident ! Quel cadre doit-il se donner ?

▣ Il doit se fixer des objectifs cohérents et des limites pour éviter de s'engager au-

delà de ses possibilités personnelles et de sa fonction de pédagogue.

D'abord, se dire que l'objectif n'est pas de résoudre à tout prix les problèmes du jeune, mais de lui offrir un temps de répit qui éloigne la menace suicidaire, relance ses capacités de penser, rompe sa solitude et atténue ses sentiments de honte, de culpabilité.

L'étape suivante, c'est, en maintenant un lien de confiance et de confidentialité, de guider, voire d'accompagner cet élève vers des intervenants spécialisés, quand l'adulte sent que c'est urgent et perçoit les limites de ses capacités d'aide. Cet enseignant doit aussi éviter de mettre hors jeu les parents de l'ado souvent enclin à critiquer le milieu familial et à idéaliser son confident. Le plus souvent possible, c'est important d'informer les parents, de les sensibiliser à la souffrance de leur enfant – dont les confidences sont respectées – et de les associer aux démarches de soins.

Sans ces balises, le confident risque de se sentir isolé, coincé dans une relation trop



© Frédéric Epe Szwed

fessionnelle qui peut rapidement devenir angoissante pour lui-même et inopérante pour le jeune. Ou être déconcerté par des variations brutales dans la distance entre lui-même et l'ado. Quand celui-ci demande désespérément à être entendu et compris d'un adulte, il peut craindre d'être trop mis à nu, compromis dans son identité. Il faut respecter ces mouvements, sans perdre de vue que le jeune suicidaire reste en danger et que son refus de dialogue masque un besoin d'aide et une vulnérabilité énormes. Poursuivre le dialogue reste précieux même après l'instauration de soins spécialisés : cela diminue le risque de récurrence, respecte l'investissement de l'ado et le rassure sur le bien-fondé de sa démarche.

Mais comment concilier le relatif vers d'autres personnes et la confidentialité qu'exige le jeune ?

☑ Très tôt dans le dialogue, l'adulte peut dire qu'il aura peut-être besoin lui-même, à un moment ou à un autre, d'une discussion confidentielle avec un collègue. Et le jeune tolérera souvent un secret partagé avec d'autres personnes que son confident pour peu qu'il comprenne qu'elles pourront aussi l'aider.

Comment assurer la prévention à l'école ?

☑ Prévenir suppose d'abord que les équipes éducatives reconnaissent la réalité du risque de suicide, et que l'on puisse exprimer et critiquer les idées reçues qui l'entourent – « *Ceux qui en parlent ne passent pas à l'acte* », ou « *Le suicide est héréditaire...* ». Cela suppose aussi qu'elles connaissent les signes pouvant annoncer une crise suicidaire.

Prévenir, c'est aussi discuter la question dans les équipes éducatives, construire une procédure et un dispositif en cas de suicide ou de tentative de suicide et disposer d'une bonne information sur les ressources d'aide pour les jeunes. L'école peut aussi établir des contacts voire un partenariat avec des services de santé compétents.

Proposer des conférences aux élèves dans toutes les classes n'est pas la bonne stratégie. Il vaut mieux, en s'appuyant sur l'aide de professionnels, promouvoir la santé mentale en insistant sur le savoir-être (estime de soi, empathie, capacité de résoudre les problèmes, de résister à l'influence des autres,...), la communication, la participation, la gestion des conflits, la qualité des relations humaines, notamment entre adultes et adolescents.

Comment, aussi, gérer la détresse suscitée par un tel acte chez les élèves et les enseignants ?

☑ Annoncer le décès est important parce qu'il vaut mieux une information claire que des rumeurs. Et pour montrer que les adultes et l'école reconnaissent le fait et se soucient des élèves et de ce qu'ils ressentent. Puis, il faut rapidement aider les élèves et les enseignants à gérer solitude et culpabilité, à comprendre ce qui s'est passé et à entreprendre un travail de deuil. Les élèves peuvent se demander si c'est à cause d'eux que leur copain a disparu, s'ils auraient pu l'aider à temps. Il s'agit de les aider à exprimer des sentiments toujours ambivalents (tristesse, remords, colère). ●

Propos recueillis par
Catherine MOREAU

➔ Pour en savoir plus

- Le Centre de Prévention du Suicide dispose d'un site où l'on trouve une série de ressources, dont des publications, brochures,... www.preventionsuicide.be

- La Cellule provinciale de prévention du suicide, à Liège, a édité une brochure, *Le risque suicidaire et les adolescents. Quelques repères pour les directeurs et enseignants du secondaire face à une problématique complexe.* bit.ly/1bo18Vi

- L'ASBL Question Santé propose, dans le magazine *Bruxelles Santé* (n°29, mars 2003) un dossier intitulé *Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. Quelle prévention en milieu scolaire ?* bit.ly/135kchX

- Le Programme de promotion de la santé financé par la Fédération Wallonie-Bruxelles répertorie des ressources, dont un DVD de prévention pour les ados, *Le mal être : des jeunes dans tous leurs états*, disponible en prêt. <http://bit.ly/1aGiTwr>

- Le Service de santé mentale de l'ULB a réalisé une *Recherche-action pour une prévention du suicide en milieu scolaire en région de Bruxelles-Capitale.* <http://bit.ly/1945PDU>

- BANTUELLE M., DEMEULEMEESTER R., *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*, INPES, coll. Référentiels, 2008

Aider à gérer les émotions

Confrontée à une situation liée au suicide, la direction d'un établissement scolaire peut faire appel aux équipes mobiles⁽¹⁾, en complément à l'intervention du CPMS. « *Des rencontres, parfois individuelles à plusieurs reprises, avec les enseignants et avec les élèves, permettent d'exprimer pensées et émotions, puis de gérer le contrecoup* », témoigne Danièle Debergh, préfète de l'Athénée royal de La Louvière. Les médiateurs scolaires en Région wallonne et bruxelloise agissent davantage de manière préventive face à des élèves « à risque ».

Par ailleurs, la Direction générale de l'Enseignement obligatoire a mis en place un numéro vert Assistance écoles (0800 / 20 410, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h), qui peut aiguiller vers les services de la Fédération Wallonie-Bruxelles (CPMS, Équipes mobiles, Services de Médiation scolaire,...) et préciser la façon d'y faire appel, mais aussi vers d'autres services pouvant apporter aide ou accompagnement (Centres de santé mentale, Centre de prévention du suicide, services d'écoute téléphonique,...).

C. M.

⁽¹⁾ www.enseignement.be/index.php?page=23747

IV. Psychopathologie de l'adulte.

Aperçu des traitements.

1. Les traitements biologiques ou chimiothérapie :

- psycholeptiques : abaissent le tonus psychique
 - agissant sur l'humeur :
 - les neuroleptiques ex: Haldol, Mozinan, Largactil, Neuleptil
 - les tranquillisants ex: Temesta, Valium, Théralène, Pertranquil
 - effet sédatif ex: Halcion - anxiolytique ex; Lexotan - antiépileptique ex; Rivotril
 - agissant sur la vigilance : les hypnotiques ex: Gardenal
- psychoanaleptiques : élèvent le tonus psychique
 - agissant sur l'humeur :
 - les antidépresseurs ex: Prozac, Redomex, Anafranil, Serlain
 - les thymorégulateurs à base de Lithium ex: Maniprex, Tegretol
 - agissant sur la vigilance : les amphétamines, la caféine
- psychodysleptiques : perturbent le tonus psychique
 - les hallucinogènes ex: LSD
 - les anti-parkinsoniens ex: Artane

2. Les thérapies de choc :

La sismothérapie est réalisée sous anesthésie générale à raison de 6 à 8 séances tous les deux jours, elle consiste en une décharge électrique de 220 volts en $\frac{1}{2}$ seconde avec une intensité de 50 à 250 mA, elle provoque une attaque épileptique par la décharge en masse et synchrone d'un groupe de neurones cérébraux.

Elle s'indique dans les états de mélancolie, la schizophrénie, les états maniaques, les états dépressifs graves, les délires chroniques.

3. Les cures de sommeil :

La narcothérapie permet un sommeil discontinu et de profondeur variable pendant plusieurs jours, elle utilise des hypnotiques comme les barbituriques (sommifères) dans des conditions d'isolement et de calme.

4. Les psychothérapies :

En groupe : le psychodrame (jeu de rôles), les thérapies systémiques et familiales, l'ergothérapie

En individuel : la psychanalyse, l'hypnose ou narcoanalyse, les thérapies comportementales, les thérapies de soutien ou guidance psychologique

Survol des méthodes psychothérapeutiques.

- L'approche psychanalytique.

La souffrance psychique est un symptôme, la manifestation tangible d'une pathologie localisée dans l'**inconscient**. Cette manifestation déguisée doit être déchiffrée pour accéder à la cause profonde. Sous l'effet d'un traumatisme ou d'un conflit de la petite enfance, le souvenir s'associe à un affect. Ceux-ci sont refoulés et parasitent l'inconscient.

La psychothérapie analytique consiste à instaurer une relation entre le thérapeute et le patient pour que ce dernier puisse revivre, en **transfert**, le conflit infantile et cette fois le résoudre. Le patient est donc invité par la technique des **associations libres** ou l'**analyse des rêves** à revivre les fragments oubliés de sa voie affective et à transférer sur le thérapeute les émotions (haine, amour, peur, colère,...) vécues de manière dramatique durant l'enfance. La "guérison" est obtenue lentement lorsque le patient a pris conscience de son conflit et a intégré harmonieusement les éléments de sa personnalité actuelle.

⇒ S. FREUD, C.G. JUNG, S. FERENZI, J. LACAN, Fr. DOLTO, ...

- L'approche behavioriste ou comportementale.

Le **comportement** de l'homme, comme celui de l'animal, dérive de phénomènes de **conditionnement** et d'**apprentissage**.

Le symptôme est un mauvais conditionnement et le traitement, de courte durée, consiste à le supprimer du **répertoire comportemental** du patient. L'**éducation comportementale** clinique dessine quatre étapes : établir les objectifs prioritaires en terme de comportement; observer ce comportement et en décrire les conditions d'apparition soit l'**analyse fonctionnelle**; mettre au point et appliquer le programme d'éducation basé sur les **processus de renforcement et de diminution** en lien avec des **renforceurs positifs** et des **stimuli aversifs**; évaluer les résultats de l'intervention.

⇒ I.P. PAVLOV, B.F. SKINNER, J. WATSON, ...

- L'approche systémique.

L'individu est un être de **communication** : on ne peut pas ne pas communiquer... Dans son système -l'homme et les autres- des colères, des tristesses, des insatisfactions s'installent : on essaie de comprendre et on comprend de moins en moins. Il faut alors sortir de son cadre de référence habituel et communiquer sur sa communication, soit la **métacommunication**.

La systémique envisage le **système se définissant comme un ensemble d'éléments interdépendants** dont le fonctionnement est régi par des lois précises. En conséquence, si on modifie un élément du système, le tout est automatiquement modifié, l'**homéostasie** est rompue. Par exemple, le système couple ou le système famille donne lieu à des thérapies conjugales et/ou familiales, le thérapeute y travaille avec tous les membres du couple ou de la famille.

⇒ G. BATESON, D. JACKSON, P. WATZLAWICK, V. SATIR ...

• L'analyse transactionnelle.

Dans la vie, l'individu joue les rôles appris durant l'enfance grâce aux **messages** parentaux au sujet de lui-même, des autres et du monde. Certains messages l'épanouissent, les **permissifs**, d'autres entravent sa croissance, les **inhibiteurs**. En fonction des attentes des parents, l'individu prend une **décision de survie**, soit un comportement qu'il répète même si sa raison d'être initiale a disparu.

La thérapie a pour but de retrouver les messages inhibiteurs, les décisions de vie qui en découlent et de faire prendre conscience au patient de la façon dont ils l'empêchent de vivre pleinement. Le patient revivra ces émotions aiguës associées aux messages anciens et prendra une **re-décision** adaptée à sa réalité actuelle.

⇒ E. BERNE

• La programmation neurolinguistique - PNL.

Chaque individu possède son propre **système de représentation** du monde. Pour comprendre quelqu'un et l'aider à résoudre ses problèmes, il faut connaître son système de représentation : le thérapeute doit parler son langage. Or ce langage est détectable parce qu'il transite par les **canaux sensoriels**. Ainsi, le patient disant "*je vois, c'est clair!*" a un langage visuel dominant, celui exprimant "*j'entends bien mais je me dis...*" a un langage auditif. Observer le vocabulaire, le mouvement oculaire sont des voies de prise en charge thérapeutique, celle-ci est de durée brève et porte sur des problèmes ponctuels et précis.

⇒ R. BANDLER, J. GRINDER, ...

• La sophrologie.

Cette méthode de relaxation est une synthèse du rāja yoga, de la méditation Zen et des techniques relaxantes occidentales. Par des exercices respiratoires, méditatifs et de détente musculaire, la sophrologie vise à approfondir la conscience du schéma corporel, elle procède par induction d'un état de conscience intermédiaire, la **sophrionisation**, entre la veille et le sommeil. Le thérapeute invite à décontracter progressivement les muscles des différents segments du corps, ensuite à expérimenter la **pesanteur** et la **chaleur** des membres, il adjoint également des exercices visant la prise de conscience des rythmes respiratoires et cardiaques. L'induction au calme est proposée au moyen d'images mentales.

⇒ A. CAYCEDO

Remarque :

Dans chacune de ces méthodes de traitement ou de croissance personnelle, donc de psychothérapie, on trouve :

- une conception de l'homme - philosophie
- une théorie de la personnalité - psychologie
- une conception de la santé mentale - psychopathologie
- un ensemble d'outils techniques - technologie thérapeutique.

Pathologies.

1. Les névroses.

1.1. L'hystérie : *Prépondérance féminine*

La grande crise : la crise de nerfs

La petite crise : la syncope

La maladie psychosomatique : les symptômes d'expression somatique et/ou psychique comme l'ulcère, l'herpès

Symptômes : théâtralisme voire mythomanie, suggestibilité, séduction, insatisfaction sexuelle

Traitements : psychothérapie analytique, chimiothérapie anxiolytique

1.2. La névrose obsessionnelle : *Prépondérance masculine*

Obsession, compulsions et rituel : être obsédé par les microbes, se laver les mains dix à vingt fois sur la journée

Psychasthénie (hésitation perpétuelle, fatigue)

Traitements : chimiothérapie à antidépresseur, thérapie comportementale

1.3. La névrose d'angoisse :

Les crises d'angoisse : sentiment d'insécurité, appréhension d'un danger, désarroi, pessimisme, sudation, pâleur

L'état permanent et diffus : sentiment d'insécurité, lutte continuelle

Traitements : chimiothérapie anxiolytique, sophrologie (relaxation), psychothérapie analytique

1.4. La névrose phobique :

Angoisse spécifique, au-delà du contrôle volontaire, déclenchée par un objet ou une situation et qui disparaît en son absence

Phobie des hauteurs, claustrophobie, agoraphobie, phobie des animaux

Traitements : chimiothérapie anxiolytique, sophrologie (relaxation), psychothérapie analytique ou thérapie comportementale

1.5. La névrose traumatique :

Consécutives à un événement mettant la vie en danger, celle de la personne ou celle d'un proche

Effroi avec émotion et stupeur, ruminations (pensées répétitives), rêves ou cauchemars récurrents

Traitements : thérapie de soutien, chimiothérapie anxiolytique, narcoanalyse

Les Phobies

Dans la première partie du traitement le thérapeute fait partie du cadre. On verra au bout d'un certain temps se développer une assurance plus grande, une confiance en soi meilleure. On pourra alors conduire la prise en charge de manière classique et tenter de faire découvrir au patient que ce qu'il craint a déjà été vécu.

Conclusion :

Il y a du désespoir dans la phobie. Mais que l'angoisse puisse trouver une forme de sublimation telle paraît être l'issue possible de la phobie. C'est la raison qui pousse volontiers les phobiques aux avant postes de la création dans un idéal narcissique.

Liste des Phobies Traitées

*Acrophobie (Endroits élevés)
Aéro-acrophobie (Peur de prendre l'avion)
Aérophobie (Courants d'air)
Agoraphobie (Grands espaces et lieux publics)
Aichmophobie (Objets pointus)
Aïlurophobie (Chats)
Algophobie (Douleur)
Amatophobie (Poussière)
Amaxophobie (Peur d'être dans un véhicule)
Anémophobie (Vent)
Anthropophobie (L'homme en général)
Apeirophobie (L'infini)
Apiphobie (Abeilles)
Aquaphobie (Eau)
Arachnéphobie (Araignées)
Astraphobie (Éclairs)
Aurophobie (Aube)
Bathophobie (Profondeurs)
Batracophobie (Grenouilles)
Bélonéphobie (Aiguilles)
Bibliophobie (Livres)
Brontophobie (Tonnerre)
Cancérophobie (Cancer)
Chionophobie (Neige)
Chromatophobie (Couleurs)
Claustrophobie (Espaces clos)
Climacophobie (Escaliers)
Cremnophobie (Précipices)
Crystallophobie (Verre)
Cynophobie (Chiens)
Diképhobie (Justice)
Dromophobie (Peur de traverser la rue)
Eisophobie (Miroir)
Émétrophobie (Peur de vomir)
Entomophobie (Insectes)
Éreutophobie (Peur de rougir en public)
Génophobie (Sexe)
Géphyrophobie (Peur de franchir un pont)
Gynophobie (Femmes)
Hématophobie (Sang)
Homilophobie (Sermons)
Hylophobie (Forêts)
Kleptophobie (Peur de voler ou de devenir voleur)
Lyssophobie (Peur de devenir fou)
Métallophobie (Métaux)
Monophobie (Peur d'être seul)*

*Musophobie (Souris)
Mysophobie (Saleté et microbes)
Nosophobie (Maladies)
Nudophobie (Nudité)
Numérophobie (Numéros)
Nyctophobie (Nuit)
Ochlophobie (Foules)
Ophiophobie (Serpents)
Ornithophobie (Oiseaux)
Pédiophobie (Poupées)
Phasmophobie (Fantômes)
Phobophobie (Phobie)
Photophobie (Lumière)
Pnigophobie (Étouffement, étranglement)
Ptéronophobie (Plumes)
Pyrophobie (Feu)
Satanophobie (Démon)
Sidérodromophobie (Trains)
Srygiophobie (Enfer)
Taphophobie (Peur d'être enterré vivant)
Thalassophobie (Mer)
Thanatophobie (Mort)
Thermophobie (Chaleur)
Toxicophobie (Poison)
Trichophobie (Cheveux)
Triskaïdékaphobie (Chiffre 13)
Xénophobie (Étrangers)
Zoophobie (Animaux)*

2. Les psychoses.

2.1. La schizophrénie :

Syndrôme dissociatif : dépersonnalisation (dédoublement), troubles de la pensée (délire), troubles du langage (néologisme), troubles de l'affectivité (émotions paradoxales), troubles psychomoteurs, troubles des conduites (apragmatisme)

Traitements : hospitalisation, chimiothérapie neuroleptique

2.2. Les psychoses délirantes :

Etat chronique délirant à thème de persécution (paranoïaque), de grandeur, à thème mystique, passionnel (érotomaniaque)
Dépersonnalisation, participation thymique

Traitements : hospitalisation, chimiothérapie neuroleptique, thérapie de soutien

2.3. Les psychoses hallucinatoires :

Organisation délirante avec phénomènes hallucinatoires (visuels, auditifs, olfactifs, cénesthésiques), désorganisation de la personnalité

Traitements : hospitalisation, chimiothérapie neuroleptique, thérapie de soutien

2.4. La psychose maniaco-dépressive :

Evolution cyclothymique avec comme pôles :

- la manie : excitation et exaltation de l'humeur (présentation exubérante, euphorie), fuite des idées, hyperactivité désordonnée, insomnie
- la mélancolie : inhibition de la volonté, inertie et ralentissement idéo-moteur, perte du goût de vivre, désir de mort, anorexie

Traitements : hospitalisation, chimiothérapie conjugant antidépresseur, tranquilisant sédatif et thymorégulateur à base de Lithium

2.5. La paranoïa :

Psychose chronique constitutionnelle sans dissociation de la personnalité : surestimation du Moi, absence d'autocritique, fausseté du jugement, méfiance et susceptibilité, état sthénique
Potentiel criminologique

Traitements : chimiothérapie neuroleptique, thérapie de soutien mais difficilement acceptés

3. Les maladies de l'astructure :

3.1. Les perversions sexuelles :

Masturbation persistante et frénétique, transsexualisme, transvertisme, pédophilie et pédérastie, fétichisme, sadomasochisme, exhibitionnisme et voyeurisme, nécrophilie, zoophilie, urophilie et scatophilie

Traitements : chimiothérapie hormonale, psychothérapie analytique, thérapie de soutien

3.2. Les dépressions:

Endogène liée à une affection ou un dysfonctionnement interne (hypothyroïdie, tumeur cérébrale) et non à une cause externe particulière : sont observées des anomalies au niveau d'au moins deux neurotransmetteurs, la noradrénaline et la sérotonine

Psychogène liée à une pathologie psychiatrique de départ (maniaco-dépression, alcoolisme)

Exogène en réaction à un événement extérieur (deuil, mariage d'un enfant, accouchement)

Remarque : schéma comparatif en page suivante
- Remerciements à Mme M. Lebrun

Symptômes : dysphorie (tristesse, sentiment d'abandon et d'inutilité) inhibition et perte d'intérêts, troubles du sommeil (asthénie, hypersomnie, sommeil irrégulier), baisse libidinale, troubles de l'appétit (boulimie, anorexie), plaintes somatiques, anxiété manifeste, conduite suicidaire

Traitements : chimiothérapie à antidépresseur, thérapie de soutien, psychothérapie analytique, narcothérapie

Cas particulier : *la dépression saisonnière*

Les plus fréquentes se situent à l'automne et en hiver, elles sont liées aux trop courtes périodes de lumière. Ses caractéristiques spécifiques s'axent en premier sur une grande fatigue ressentie, en deux sur une hypersomnie en découlant et en trois sur un grand appétit principalement dirigé vers le sucre. Le traitement consiste dans ce cas de figure à s'exposer quotidiennement et pendant un temps donné à une lampe émettant une lumière blanche dans un certain faisceau de longueurs d'onde.

Symptômes	Endogène		Non-endogène
	Endogène	Non	
Facteurs déclenchants		Non	Oui
Répercussion sur l'activité	Forte inhibition sur toutes les activités importants et groupés. Diminution d'appétit, de poids, d'appétit sexuel, fatigue		Inhibition modérée sur certaines activités
Signes physiques			Légers et pas tous présents
Sommeil	Insomnie du milieu de nuit et du petit matin		Endormissement difficile
Variation de l'intensité de l'humeur dépressive au cours de la journée	Plus forte le matin		Plus forte l'après-midi
Activité psychomotrice	Fortement inhibée		Légèrement inhibée
Estime et image de soi	Auto-accusation, culpabilité, remords		Apitoiement sur soi-même
Tendances suicidaires	Fréquentes		Parfois
Réponses à l'environnement	Rare		Oui
Réponses aux antidépresseurs	Toujours		Souvent
Rémission spontanée	Rare		Possible

Les toxicomanies :

Etat d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue entraînant les caractéristiques suivantes : - invincible désir de continuer
- tendance à augmenter la dose (accoutumance)
- dépendance psychique et parfois physique

Drogue douce - dépendance psychique ex: café, tabac, haschisch
Drogue dure - dépendance psychique et physique ex: alcool

Classification des drogues :

1°- Effet sédatif : - calmants/somnifères
* benzodiazépines ex: Valium, Rohypnol,...
* barbituriques ex: Gardenal, Luminal, Vesparax
- alcool
- opiacées : opium, morphine, héroïne
Symptômes : décontraction musculaire, sensation orgasmique,...

2°- Effet stimulant : - amphétamine
- cocaïne
- crack
Symptômes - drogues psychotoniques : endurance contre la faim et la fatigue, confusion, onirisme,...

3°- Effet stimulant et hallucinogène : ecstasy (XTC)
Symptômes - stupéfiants : hyperexcitabilité, spasmes, augmentation libidinale,...

4°- Effet sédatif et hallucinogène : les solvants
colles ex: Patex - essences ex: gaz de briquet
détachants/dissolvants ex: Sassi

5°- Effet hallucinogène : - cannabis, marijuana, haschisch, sheet
- LSD
- PCP

Symptômes - drogues psychédéliques : euphorie, effacement des notions spatio-temporelles, augmentation libidinale, perceptions sensorielles modifiées et fantastiques

Remarque : tableau comparatif et récapitulatif en page suivante
- Remerciements à M. G. Delmotte

Traitements : sevrage par neuroleptique, traitement substitutif à la méthadone, psychothérapie de soutien en groupe et en individuel

Les effets 

Les méfaits 




Le degré de dépendance

Physique Psychique

LES OPIACÉS

LE PAVOT

A fait rêver le Proche-Orient il y a déjà 5 000 ans.
Le pavot est à l'origine de tous les opiacés.
Principaux lieux de production clandestine :
le Triangle d'or, le Croissant d'or,
le Liban et la Colombie.

L'OPIMUM L'atex obtenu par incisions des capsules de pavot blanc.	 Une dose (0,5 g) chauffée, puis fumée. Peu consommé.	Etat euphorique, suivi d'un sommeil comateux.	Affaiblissement psychologique et physique. Troubles neurologiques.
LA MORPHINE Principal alcaloïde de l'opium. Cristaux blancs obtenus par dissolution.	Utilisation essentiellement médicale. 	Puissant et durable analgésique. Peut agir jusqu'à huit heures.	Chez les morphinomanes (rares), risques de paralysie intestinale et d'arrêt respiratoire.
L'HEROÏNE Dérivé de la morphine-base. Différentes qualités, de la blanche au brown sugar.	 Vendue en dose diluée (5 à 10 %) et injectée en intraveineuse. 3 500 F < 1 g > 4 000 F	Brutal état de bien-être et de volupté (flash), puis impression de vivre dans un monde sans problèmes.	Accoutumance rapide, dépression, apathie, risque de surdose mortelle.

LA COCAÏNE

LE COCA

Arbuste des hautes vallées andines (Colombie, Pérou, Bolivie).
Ses feuilles mâchées servent de stimulant aux Indiens depuis toujours.

LA COCAÏNE Poudre blanche obtenue en laboratoire par traitement de la feuille de coca.	Diluée à 15 %, généralement inhalée en dose de 0,2 à 0,5 g. 1 g = 3 500 F	Excitant, euphorisant, puissant stimulant à effet bref. Impression de grande clarté d'esprit.	Risque cardiaque, dépression, violence, paranoïa. Effet débilisant.
LE CRACK Dérivé chimique de la pâte-base cocaïne, sous forme de gros cristaux brunâtres.	Fume ou inhale. La drogue du pauvre aux États-Unis. Arrive en France. 900 F < 1 dose > 1 000 F	Flash très rapide. Euphorie, hyperexcitation, sentiment de toute-puissance. Hallucinations.	Tendance suicidaire. Troubles respiratoires, pulmonaires et cérébraux, grave effet de manque. Dépendance très rapide.

LE CANNABIS

Rejouissait déjà les Chinois
2 700 ans avant J.-C.
Le chanvre indien
(ou cannabis)
est cultivé
dans le monde entier.

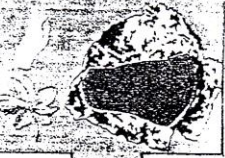
MARIJUANA, OU HERBE

Feuilles
et
fleurs
séchées.



HASCHISCH, OU KIF

Résine tirée des extrémités
florales des plantes.



La drogue la plus consommée
au monde.
Généralement fumée
avec du tabac.

1 barrette (2 g) = 500 F

Euphorie, perceptions et
imagination aiguës,
loquacité. Effet aphrodisiaque.



Torpeur, apathie.
Detachement de la réalité.
Troubles de la mémoire.
Déficit immunitaire.



LES AMPHÉS

Substances de synthèse à
usage médical : combattent
le sommeil et la faim,
stimulent le système nerveux.
Médicalement
peu utilisées aujourd'hui.

ECSTASY

D'origine anglaise,
l'amphétamine
la plus prisée en Europe.
Fait l'objet d'un véritable trafic.



1 cachet = 500 F

Stimulation
cérébrale
et sensorielle.
Active les fonctions psychiques.



Accoutumance. Amaigrissement.
Troubles cardiaques.
Confusion mentale,
agressivité,
délire schizo-phrénique.



LES HALLUCINOGENES

DU LSD...

Extrait de
l'ergot de seigle.
Le plus puissant
et le plus utilisé
des hallucinogènes.



DU PCP...

Analgesique
puissant
et anesthésiant
à usage vétérinaire.



... À L'ACIDE

Une goutte de LSD sur sucre,
buvard ou timbre,
absorbé
par voie orale.

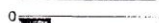
1 timbre = 300
à 500 F



Confusion sensorielle,
désorganisation
cérébrale.
Vives hallucinations,
plaisantes ou terrifiantes.



Troubles mentaux, paniques
suicidaires ou meurtrières.
Perte de la mémoire et
des facultés intellectuelles.



... À LA POUDRE D'ANGE

Granules blancs
chauffés,
fumée inhalée.
Peu répandue.

1 dose = de 300 à 500 F

Troubles sensoriels,
délires,
confusion
mentale,
hallucinations.



À forte dose : amnésie, convulsions,
comas.
Accidents mortels sous
l'emprise de la drogue.



3.4. La personnalité antisociale :

Elle est le fruit des aménagements caractériels de l'enfance et de la conduite psychopathique de l'adolescence. Ce type de personnalité se caractérise par un mode de comportement irresponsable et antisocial.

Manifestations :

- Incapacité à maintenir une activité professionnelle régulière : chômage, absences répétées au travail, abandon de plusieurs emplois sans projet réaliste d'obtention d'une autre activité professionnelle
- Incapacité à respecter des obligations financières : dettes impayées, difficulté à subvenir aux besoins d'une personne ou d'un enfant à charge
- Mythomanie : le psychopathe place souvent une "couche dorée" sur sa médiocrité quotidienne, dit souvent sentir "psychologue", développe des projets mégalomaniacs ou suradaptés
- Incapacité à se conformer aux normes sociales : actes passibles d'arrestation comme le vol, molestation, exercice d'une activité illégale
- Irritabilité, agressivité : bagarres, agressions, molestation d'un conjoint ou de son enfant
- Mensonges répétés, absence de respect pour la vérité : utilisation de pseudonymes, abus de confiance
- Imprudence pour la sécurité : conduite en état d'ivresse, excès de vitesse répétés
- Hypersexualité, conduites perverses
- Absence de remords : le psychopathe pense souvent avoir eu raison de maltraiter, voler autrui ...

Traitement :

Il n'existe pas à proprement parler de "traitement", aucune thérapeutique n'est spécialement efficace mais le temps, une influence attentive peuvent amener une bonne adaptation.

V. Psychopathologie de la personne âgée.

La présénescence s'étale de 45 à 65 ans, elle précède la sénescence qui constitue le processus de vieillissement normal. Au point de vue psychique, un déclin progressif des aptitudes des fonctions sensorielles et intellectuelles s'enregistre, ainsi les temps de réaction tant auditive que visuelle diminuent, la mémoire se dégrade dans sa phase de fixation et d'évocation des événements récents.

La sénilité ou l'état sénile constitue quant à lui un état déficitaire et pathologique.

1. L'état confusionnel.

Bien que courant chez la personne âgée malade psychiquement, cet état n'est pas propre à la psychopathologie sénile, ses causes peuvent être nombreuses :

- infectieuse : méningite, encéphalite
- intoxication : alcool, médicament, monoxyde de carbone,...
- endocrinienne et métabolique : diabète, insuffisance rénale,...
- atteintes cérébro-méningées : tumeur, traumatisme crânien, AVC,...

Symptômes : - désorientation spatio-temporelle

- troubles mnésiques

- onirisme : rêve vécu et agi

- trouble de la conscience

- perturbations biologiques : déshydratation, escarre,...

Traitement : étiologique et symptomatique, les neuroleptiques peuvent combattre l'agitation

2. Les démences.

Elles constituent un état chronique lié à un déficit progressif.

Symptômes :

- désorientation spatio-temporelle

- trouble de l'attention

- trouble mnésique : amnésie lacunaire

- trouble du langage et du raisonnement : raturage, logorrhée, soliloque

- trouble du caractère : irritabilité, égocentrisme, indifférence, régression affective avec puériorité

- troubles des conduites : turbulence nocturne, errance

Traitement : étiologique et symptomatique, les neuroleptiques peuvent combattre l'agitation

Formes :

a. **La maladie de Pick** : *Prépondérance masculine*

Elle apparaît entre 45 et 65 ans, c'est une pathologie présénile caractérisée par :

- perte d'initiative : apathie et akinésie + incontinence
- troubles des conduites : euphorie puérile, tendance à flairer et renifler
- appauvrissement et stéréotypie du langage ; itération verbale + mutisme
- trouble d'agnosie : impossibilité de reconnaître et utiliser des objets usuels
- atrophie frontale et temporale du cerveau

b. **La démence sénile** :

Elle apparaît après 65 ans, c'est une pathologie sénile caractérisée

- par :
- turbulences nocturnes
 - troubles de la mémoire
 - réduction pondérale globale du cerveau (1300gr. ⇒ 1000gr.)

c. **La maladie d'Alzheimer** : *Prépondérance féminine*

Elle apparaît entre 45 et 65 ans, c'est une pathologie présénile caractérisée par :

- troubles praxiques : incapacité à l'habillement, activités persévératrices improductives
- troubles aphasiques : le langage devient jargonophasique
- hypertonie musculaire
- atrophie globale du cerveau

VI. Pathologies neuro-psychiatriques.

1. L'épilepsie.

L'épilepsie se caractérise par une décharge neuronique des structures profondes du cerveau, c'est une expression électrique bilatérale, synchrone et symétrique.

Traitement : médication anti-épileptique - ex: Tégrétol, Dépakine, surveillance EEG

1.1. L'épilepsie "grand mal" :

Elle se manifeste par des crises paroxystiques.
Le début est brutal et est lié à une perte de conscience.
La phase tonique dure 10 à 20 secondes et consiste en une contraction intense de l'ensemble des muscles accompagnée d'un cri inarticulé et saccadé. Le malade chute souvent, se cyanose intensément, son rythme cardiaque s'accélère et une hypersécrétion salivaire se produit.
La phase clonique dure 20 à 30 secondes et se caractérise par des secousses musculaires entraînant parfois la morsure de la langue.
La phase résolutive entraîne un relâchement musculaire et donc des sphincters avec perte des urines. La respiration reste bruyante et s'accompagne d'un écoulement salivaire sanguinolent. Le malade peut à ce moment s'endormir, sa peau reprend une coloration normale et son rythme cardiaque se calme.

1.2. L'épilepsie "petit mal" :

Elle se manifeste par une absence : principalement chez l'enfant, se caractérise par une brusque dissolution de la conscience sans modification du tonus postural. Le malade interrompt sa phrase ou son geste, son regard devient fixe, les yeux tournés vers le haut; et après quelques secondes, il reprend la phrase ou le geste abandonné.

2. La chorée de Huntington.

Cette maladie musculaire dégénérative génétique évolue sur 25 à 30 ans, elle apparaît vers 40 ans. Des mouvements anormaux apparaissent d'abord à la face, touche la bouche et la langue, et affecte la parole qui devient inintelligible. Ensuite, ces mouvements touchent tout le corps, la marche devient difficile, les gesticulations désordonnées se multiplient, le malade évolue vers un état grabataire. De plus, viennent se greffer des troubles psychiques comme des difficultés d'attention, des troubles mnésiques, de l'agressivité et de l'irritabilité, des phases anxieuses et des périodes dépressives.

Traitement : symptomatique avec médication antidépressive et neuroleptique, kynésithérapie spécialisée

3. La myopathie.

Cette affection musculaire dégénérative est héréditaire et touche principalement les garçons : dystrophie musculaire à évolution lente souvent accompagnée de calvitie précoce, d'atrophie testiculaire, de cataracte.

Traitement : symptomatique avec médication adaptée et kynésithérapie spécialisée

4. La poliomyélite.

Elle est une maladie virale entraînant une dégénérescence des cellules nerveuses qui débute dans le renflement cervical de la moelle. Une atrophie musculaire progressive s'installe, les réflexes tendineux disparaissent mais la sensibilité est maintenue. Si la paralysie atteint la sphère labio-glosso-laryngée, des troubles graves de la respiration et de la déglutition entraînent la mort.

Traitement : symptomatique avec médication adaptée et kynésithérapie spécialisée

5. La maladie de Parkinson.

Cette "paralysie agissante", découverte par Sir James Parkinson en 1817, touche 1% de la population. Elle apparaît vers 50 ans et consiste en une atrophie neuronique du locus niger.

Symptômes :

- tremblement : d'abord discret suite à une émotion, le phénomène va petit à petit modifier l'écriture, la fréquence de tremblement devient de l'ordre de 5 par secondes soit d'un membre supérieur, inférieur et/ou de la face
- raideur : un segment du corps se fixe et devient rigide, la mobilisation se fait par à-coups, en "roue dentée"
p.ex.: perte du balancement du bras lors de la marche, faciès figé
- akinésie : difficultés dans les mouvements automatiques et volontaires
p.ex.: incapacité ou lenteur à s'habiller, voix faible mal articulée

Traitement : intervention neuro-chirurgicale, médication anti-parkinsonienne - ex: Artane

Liste non exhaustive de questions

1. Qu'entend-on par *TDA/H* ? Décrire les symptômes majeurs. Différencier du *syndrome de Gilles de la Tourette*.
2. Qu'entend-on par *trouble instrumental pur* ? Citer trois symptômes majeurs – concevoir trois activités éducatives en lien.
3. Imaginer trois activités éducatives que l'éducateur pourrait mener dans le cadre d'une *dyslexie* diagnostiquée par un(e) logopède.
4. Définir en référence à L. KREISLER l'*énurésie* chez l'enfant. Quelles sont les questions que l'éducateur doit se poser à l'apparition des symptômes ? Quels sont les approches et traitements possibles ?
5. Décrire et différencier trois *conduites phobiques* chez l'enfant.
6. Décrire les symptômes majeurs de l'*autisme infantile précoce*.
7. Décrire l'*évolution psychotique* générale de l'enfant.
8. Décrire les symptômes majeurs de l'*anorexie* chez l'adolescent.
9. L'adolescent peut vivre des *troubles dépressifs*, expliquer. A travers quels passages à l'acte ou comportements peuvent s'exprimer ces épisodes dépressifs ? Décrire.
10. Dans le cadre de la *toxicomanie*, décrire une classification des drogues en fonction de leurs effets.
11. Qu'entend-on par '*TOC*' chez l'adulte ? Expliquer : symptômes et traitement. Différencier de la *névrose d'angoisse*.
12. Décrire la *névrose traumatique* chez l'adulte : symptômes, étiologie et traitement. Différencier de la *névrose phobique*.
13. Décrire la *psychose maniaco-dépressive* chez l'adulte : schéma, symptômes et traitement.
14. A quoi correspond la *schizophrénie* chez l'adulte ? Expliquer symptômes et traitement ?
15. Différencier les trois types de *dépression* chez l'adulte, situer la *dépression post-partum*. Evoquer la *dépression saisonnière* et son traitement particulier.
16. Différencier les trois types de *démence* chez la personne âgée.
17. Différencier succinctement les trois phases de l'*épilepsie "grand mal"*.
18. Décrire les trois symptômes fondamentaux de la *maladie de Parkinson*.
19. Décrire l'approche psychothérapeutique de type systémique et la sophrologie face à la maladie mentale.

Il est conseillé de relire également le cours de *Psychopathologie* – UF8.7 de l'unité 'Approche conceptuelle 2', et particulièrement les cas cliniques qui y sont développés.