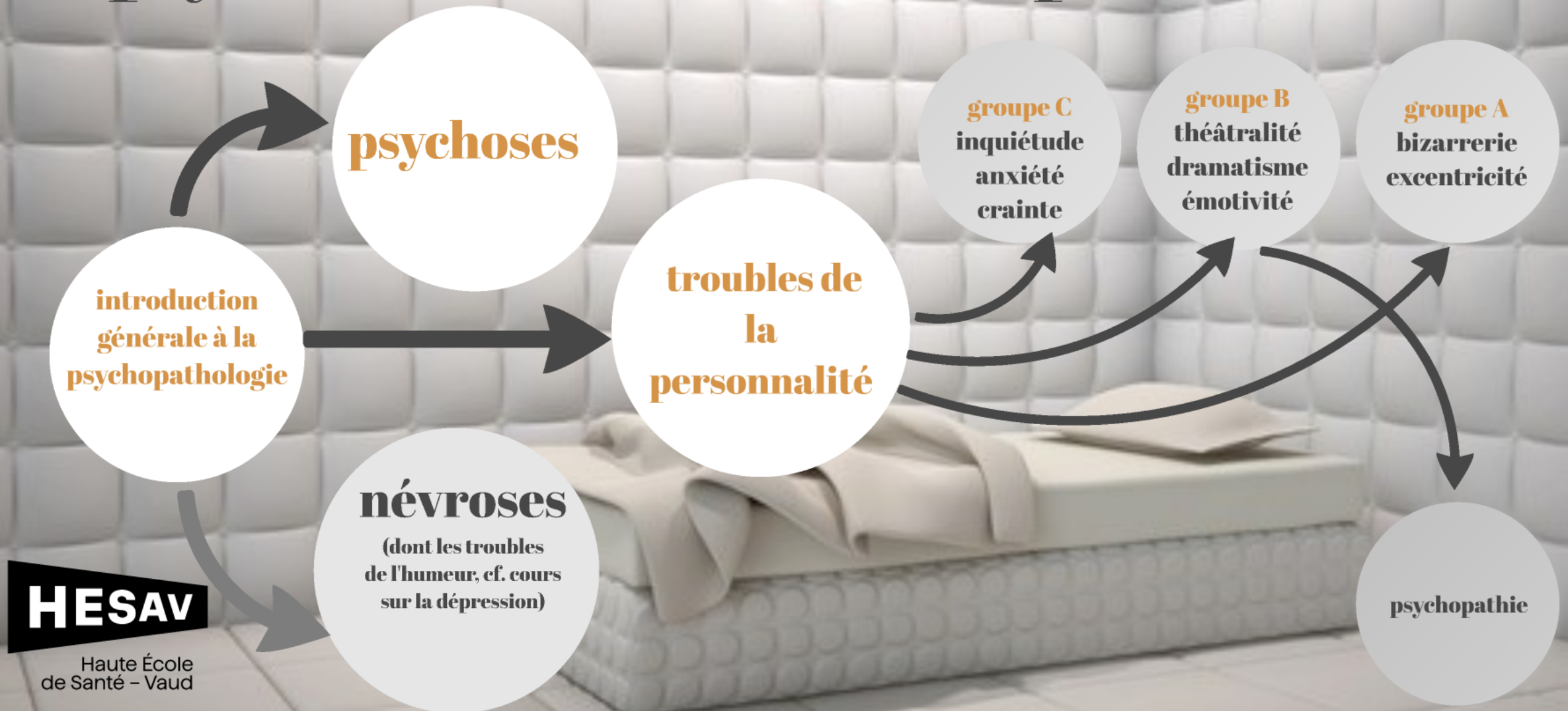


Introduction à la psychopathologie: psychoses et troubles de la personnalité



introduction générale à la psychopathologie

nov

Maldiney, H. (1991). Penser l'homme et la folie.

...les écueils d'un regard trop fixé sur la pathologie

« Vous qui avez affaire à l'homme malade, vous avez affaire à l'homme. Bien entendu.

Mais très souvent mal entendu. Car il arrive que le regard que nous portons sur l'homme malade soit accommodé si fixement sur la maladie que nous cessons de voir l'homme et ne comprenons plus alors ce qu'est sa maladie ».

(p. 295)

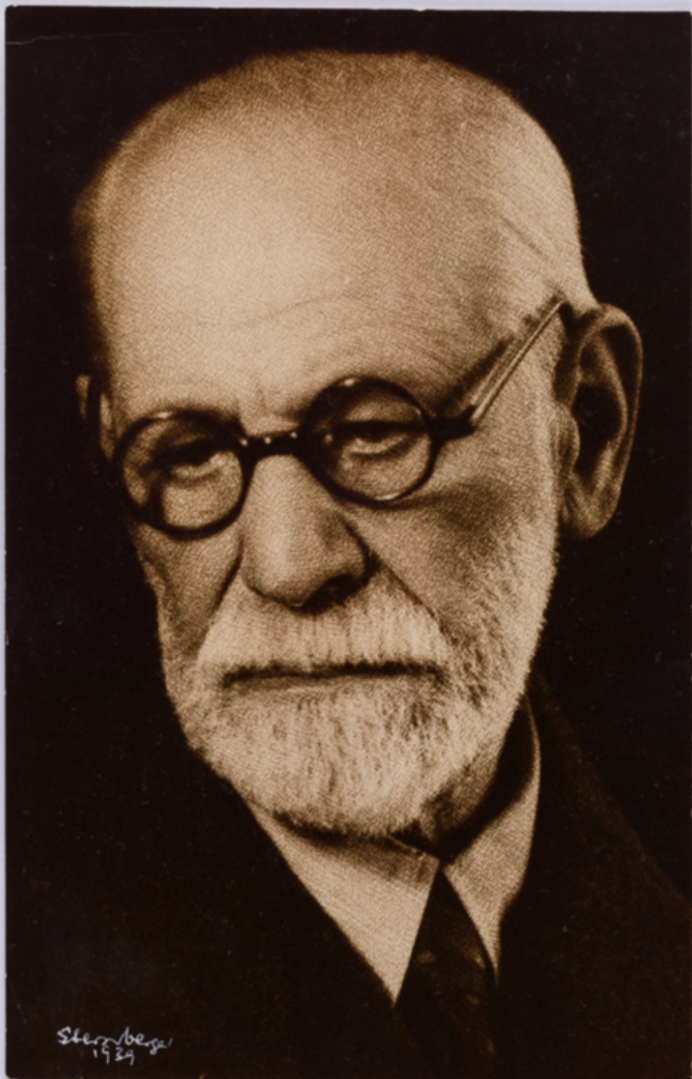


Henri Maldiney

www.henri-maldiney.org

© Jean Marc de Samie

La métaphore du cristal (Freud, 1933):



DIE ZERLEGUNG DER PSYCHISCHEN PERSÖNLICHKEIT (LE DÉCOUPAGE DE LA PERSONNALITÉ PSYCHIQUE)

Nous sommes familiarisés avec la conception selon laquelle la pathologie, en les rendant plus grands et plus grossiers, peut attirer notre attention sur des états de choses normaux qui, autrement, nous auraient échappé. Là où elle nous montre une brisure ou une fissure, il peut y avoir, normalement, une articulation. **Si nous jetons un cristal par terre, il se brise, mais pas arbitrairement, il se casse alors suivant ses plans de clivage en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, était cependant déterminé à l'avance par la structure du cristal.** De telles structures fissurées éclatées, c'est aussi ce que sont les malades mentaux. Ils se sont détournés de la réalité extérieure mais, précisément pour cette raison, ils en savent plus de la réalité psychique intérieure et peuvent nous laisser voir bien des choses qui, autrement, nous seraient inaccessibles

Deux façons opposées de comprendre (et d'appliquer) la métaphore du cristal de Freud

une métaphore permettant de comprendre que différents types de décompensation révéleraient différentes maladies, structures sous-jacentes

- Il existe trois structures psychiques (de la personnalité): **psychotique**, **névrotique** et **états limites** (borderline).
- La différence entre la « normalité » et la « pathologie » est de nature purement qualitative
- **Vision catégorielle** de la folie: le pathologique est constitué d'entités morbide distinctes et **discontinues** (catégories)



la pathologie révèle la structure cachée du normal

- La pathologie (et donc la psychiatrie et la psychanalyse) ont un intérêt anthropologique.
- La « normalité » comporte des traits névrotiques (sur-adaptativité) et psychotiques (opposition; créativité) dont elle est une combinaison « réussie » (socialement).
- La différence entre la « normalité » et la « pathologie » n'est donc pas de nature purement qualitative, mais plutôt quantitative (cf. la combinaison)
- **Vision dimensionnelle** de la folie (**continuum** entre le « normal » et le « pathologique » sans point de bascule évident)

CHAPTER I

The Totality of Organism and Situation

IT HAS BECOME conventional to regard "the mind" * as a dubious field for investigation. Devotion either to an outworn materialistic tradition or to an even older and more threadbare spiritualistic metaphysics has eventuated in two groups of crudities in this field. Thus there are more or less competent "natural" scientists without number who react to "the mental" as to something necessarily erroneous. And there are sad folk far more utterly without number who demand of "the mental" nothing short of the truly miraculous. For readers ingrained in either of these traditions, the following pages can bring but disappointment. Psychopathology is neither a form of brain physiology, a system of speculations about the physicochemistry of nerve colloids, nor a subvariety of consoling spiritism, exciting pornography, or elevating philosophizing.

Psychopathology is a field of thought in which processes of living, of actual, mundane *persons*, in and within more or less

* *Editors' note:* Sullivan used an abundance of both single and double quotation marks, originally reserving double quotes for material actually quoted and using single quotes to call attention to special, often ironic meanings of words. Helen Perry's introduction follows this pointlessly. The surviving Sullivan manuscript, however, is highly and has obviously been the victim of successive generations of editors. We have therefore used double quotation marks almost exclusively in the field of psychiatry or in society in general. In a few cases where the usage has been closely identified with Sullivan, the single quotation marks to remain.

Personal Psychopathology Early Formulations

With Introduction by
HELEN PERRY



Il est désormais courant de considérer l'esprit comme un domaine d'étude controversé. L'attachement à une tradition matérialiste dépassée ou à une métaphysique spiritualiste encore plus ancienne et éculée a donné lieu à deux groupes de grossièretés dans ce domaine. Ainsi, il existe d'innombrables scientifiques « naturels » plus ou moins compétents qui considèrent « le mental » comme quelque chose de nécessairement erroné.

Et il existe un nombre incalculable de personnes qui exigent du mental rien de moins que des miracles. Pour les lecteurs imprégnés de l'une ou l'autre de ces traditions, les pages qui suivent ne peuvent qu'être source de déception.

La psychopathologie n'est ni une forme de physiologie cérébrale, ni un système de spéculations sur la physico-chimie des colloïdes nerveux, ni une sous-catégorie du spiritisme réconfortant, de la pornographie excitante ou de la philosophie édifiante.

commonplace *social situations* are studied with some considerable emphasis on the side of the inefficient and harmful. It is thus a division of psychobiology, the division concerned with the evil rather than the good of human life.

As we are all much more simply human than otherwise, so psychopathology deals chiefly with matters of common experience, but with matters the *personal significance* of which is in each case veiled from the person concerned in each unfortunate complex of social living. It does not deal with diseases in the sense of medical entities like scarlet fever, but instead with processes of living that are unusually inefficient, productive of strain and unhappiness, and contributory to failures of the individual as a self-respecting unit.

While there are few indeed who have no self-esteem, and many whose self-regard is pathologically exaggerated, there are numbers of our contemporaries in the case of whom the maintenance of some measure of self-respect is a never-ending task, and one entailing great cost not only in personal effort but also in interferences with the comfort and success of others. It may be said that whenever the maintenance of self-esteem becomes an end instead of a consequent of life, the individual concerned is mentally sick and a subject for psychopathological study, finally to be understood by the same formulae that we must work out for understanding the "neurotic" and the "insane."¹

That creatures so endowed with abilities to understand and manipulate themselves, their like, and the circumambient world should have spent the first hundred thousand years of their history in getting started is credible. That they should thereafter make a series of not quite successful essays in group living follows easily. That their earlier civilizations were so limited in intrinsic organization that they did not survive seems but natural. That even the current Western European civilization may at times

¹ Neurotic is a word of ill-defined meaning used generally to refer to those suffering the milder mental disorders, such as hysteria and the anxiety states. Insanity is a legal term frequently misused to refer to the grave mental disorders, properly called *major psychoses*—for example, paranoid states, parergasia, and the thymergic illnesses. Morbid personalities, neither definitely in neurosis nor psychosis, are numerically and socially very much more important than are those ordinarily referred for treatment for mental disorder.

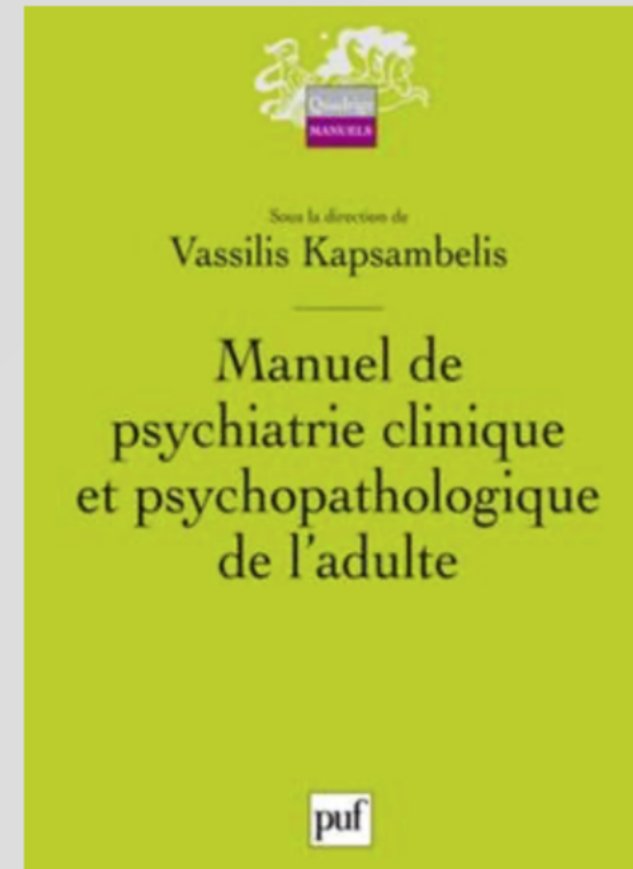
La psychopathologie est un domaine de réflexion dans lequel les processus de la vie, de personnes réelles et ordinaires, dans des situations sociales plus ou moins courantes, sont étudiés en mettant l'accent sur les aspects inefficaces et nuisibles. Il s'agit donc d'une branche de la psychobiologie, qui s'intéresse davantage au mal qu'au bien dans la vie humaine.

Comme **nous sommes tous beaucoup plus simplement humains qu'autre chose**, la psychopathologie traite principalement de **questions d'expérience commune**, mais dont la signification personnelle est dans chaque cas voilée à la personne concernée dans chaque situation complexe et malheureuse de la vie sociale. Elle ne traite **pas des maladies au sens médical du terme, comme la scarlatine, mais plutôt des processus de vie qui sont inhabituellement inefficaces, sources de tension et de malheur, et qui contribuent à l'échec de l'individu en tant qu'unité respectueuse d'elle-même.**

S'il est vrai que rares sont ceux qui n'ont aucune estime d'eux-mêmes et que nombreux sont ceux dont l'amour-propre est pathologiquement exagéré, il existe un grand nombre de nos contemporains pour qui le maintien d'une certaine estime de soi est une tâche sans fin, qui implique un coût élevé non seulement en termes d'efforts personnels, mais aussi en termes d'interférences avec le confort et la réussite des autres. **On peut dire que lorsque le maintien de l'estime de soi devient une fin en soi plutôt qu'une conséquence de la vie, l'individu concerné est mentalement malade et fait l'objet d'une étude psychopathologique**, qui doit être comprise selon les mêmes formules que celles que nous devons élaborer pour comprendre les « névrosés » et les « aliénés ».

LANGAGE DE LA PSY: LA SÉMÉIOLOGIE OU LE LANGAGE DE LA DESCRIPTION CLINIQUE (KAPSAMBELIS, 2012)

- « la séméiologie psychiatrique est à la psychiatrie clinique ce qu'est le solfège à la musique: elle permet de déchiffrer une partition, mais elle ne suffit pas pour assurer son interprétation » (Kapsambelis, 2012, p. 59)
- quelques centaines de termes, dont plusieurs sont d'origine grecque, comme dans la médecine somatique (« soma »)
- **logique de « trois états »:**
 - l'exagération: **hyper-**, **tachy-**, **poly-**
 - la diminution: **hypo-**, **brady-**, **oligo-**
 - la déformation: **dys-**, **para-**
- description psychopathologie clinique quantitative & qualitative



ÉVALUATION DE L'ÉTAT MENTAL



Lorsqu'un psychiatre rencontre un (futur) patient:
l'examen clinique en psychiatrie et ce à quoi les psy sont attentifs (Kapsambelis, 2012)

domaine	aspects	exemple
la présentation	apparence de la personne (et de son logement...)	coiffure, vêtements, hygiène, posture corporelle
troubles du langage	aspects quantitatif et qualitatif	quanti: inhibition, alogie, logorrhée quali: néologismes, glossolalie
troubles de la pensée	cours / contenu / jugement	cours: bradypsychie / tachypsychie contenu: monomanie, obsessions, idée délirantes
troubles de la mémoire	déficits mnésiques / proliférations, court/long terme	amnésies antérogrades, rétrogrades et mixtes, paramnésies (Korsakoff), etc.
troubles de la perception	hallucinations, illusions psychotiques et non psychotiques	hallucinations psychosensorielles (5), cénesthésiques
troubles de l'expression affective	la thymie	dysthymie, hyperthymie, hypothyrie, euphorie, dysphorie, ambivalence
troubles de la psychomotricité	l'acte et l'agir	agitation psychomotrice, bradykinésie, stupeur, catalepsie, écho-praxie, etc.
troubles de la vigilance, de l'attention, de la conscience et de la conscience de soi	états d'altération de la conscience avec ou sans lien avec une substance	obnubilation, obtusion, hébété, hypervigilance, orientation temporo-spatiale, etc.
troubles physiologiques	sexualité, alimentation, élimination, veille, sommeil	hyporexie, anorexie, polyphagie, dipsomanie, énurésie, etc.

Lorsqu'un psychiatre rencontre un (futur) patient:
l'examen clinique en psychiatrie et ce à quoi les psy sont attentifs (Kapsambelis, 2012)

domaine	aspects	exemple
la présentation	apparence de la personne (et de son logement...)	coiffure, vêtements, hygiène, posture corporelle
troubles du langage	aspects quantitatif et qualitatif	quant: inhibition, alogie, logorrhée quali: néologismes, glossolalie
troubles de la pensée	cours / contenu / jugement	cours: bradypsychie / tachypsychie contenu: monomanie, obsessions, idée délirantes
troubles de la mémoire	déficits mnésiques/ proliférations, court/long terme	amnésies antérogrades, retrogrades et mixtes, paramnésies (Korsakoff), etc.

troubles de la
perception

hallucinations, illusions
psychotiques et non
psychotiques

hallucinations psychosensorielles
(5), cénesthésiques

troubles de l'expression
affective

la thymie

dysthymie, hyperthymie,
hypothymie, euphorie,
dysphorie, ambivalence

troubles de la
psychomotricité

l'acte et l'agir

agitation psychomotrice,
bradykinésie, stupeur, catalepsie,
échopraxie, etc.

troubles de la vigilance,
de l'attention, de la
conscience et de la
conscience de soi

états d'altération de la
conscience avec ou sans lien
avec une substance

obnubilation, obtusion,
hébétude, hypervigilance,
orientation temporo-spatiale, etc.

troubles physiologiques

sexualité, alimentation,
élimination, veille, sommeil

hyporexie, anorexie, polyphagie,
dipsomanie, énurésie, etc.

Le savoir psychiatrique

symptômes
signes

objectifs

peuvent être constatés indépendamment du témoignage du sujet; "réalité autonome"; souvent issus des examens paracliniques

subjectifs

nécessitent un rapport de confiance entre le médecin et le malade (p. ex. différence entre un manque d'appétit et la restriction délibérée)

spécificités psy:
rareté de signes objectifs; caractère clinique du savoir;
quasi-inexistence d'examens paracliniques;
rôle central du témoignage; du contexte et de la relation

« Mystères » du diagnostic psy

(Gasser & Stigler, 2001)

- Raisonnement inférentiel: modèle séduisant par sa simplicité qui ne tient pas devant la réalité clinique
- Élément 1: la **rapidité** étonnante avec laquelle les psychiatres, dans la plupart des cas, font leur diagnostic. En effet, la majorité des diagnostics sont posés après deux à trois minutes d'entretien et, dans environ trois quarts des cas, après cinq minutes. Ce diagnostic précoce restera le même à la fin de l'entretien clinique dans la plupart des cas et, trois fois sur quatre, il sera semblable à celui que posera un groupe d'experts, après avoir soumis le patient en question à une série d'examens complexes.
- Élément 2: il s'agit de la notion de « **vécu du précoce** » décrit par Rümke en 1942 et en 1967 pour qualifier certains sentiments éprouvés par les observateurs devant des patients psychiatriques, en particulier schizophrènes, et qui font immédiatement diagnostic en question.

praecox gefühl (Rümke, 1958): l'ontologie de la folie qui se donne dans l'expérience



Henricus Cornelius Rümke (1893 - 1967), psychiatre phénoménologue néerlandais

[...] Il ne s'agit pas ici seulement du ressenti de l'affect de l'autre, mais la sensation de ne pas entrer en contact avec sa personnalité en totalité. On remarque clairement que cela arrive en raison de quelque chose qui appartient au malade. Le contact avec l'autre et l'entourage est perturbé.

On peut dire pathétiquement: « le schizophrène est sorti de la communauté des hommes ». Ce manque de relation avec la communauté humaine n'est pas la même chose qu'un trouble de la vie intérieure. Le trouble dont il est question ici touche quelque chose qui détermine la relation entre les hommes.

C'est pour cela que l'on ne peut pas le décrire dans des catégories trouvées en décomposant les pensées isolées de celui-ci. Si l'on n'observe pas l'homme de manière isolée, mais comme faisant partie des autres hommes, alors on trouve une des caractéristiques les plus fondamentales des relations humaines : le fait d'être obligé d'entrer en contact avec un « non-moi » [...]

Traduction non publiée de Eva De Boer de l'article Rümke (1958)

Quelle fiabilité du diagnostic intuitif?

Grube, M. (2006). Towards an empirically based validation of intuitive diagnostic: Rümke's 'praecox feeling' across the schizophrenia spectrum: preliminary results. *Psychopathology*, 39(5), 209–217.

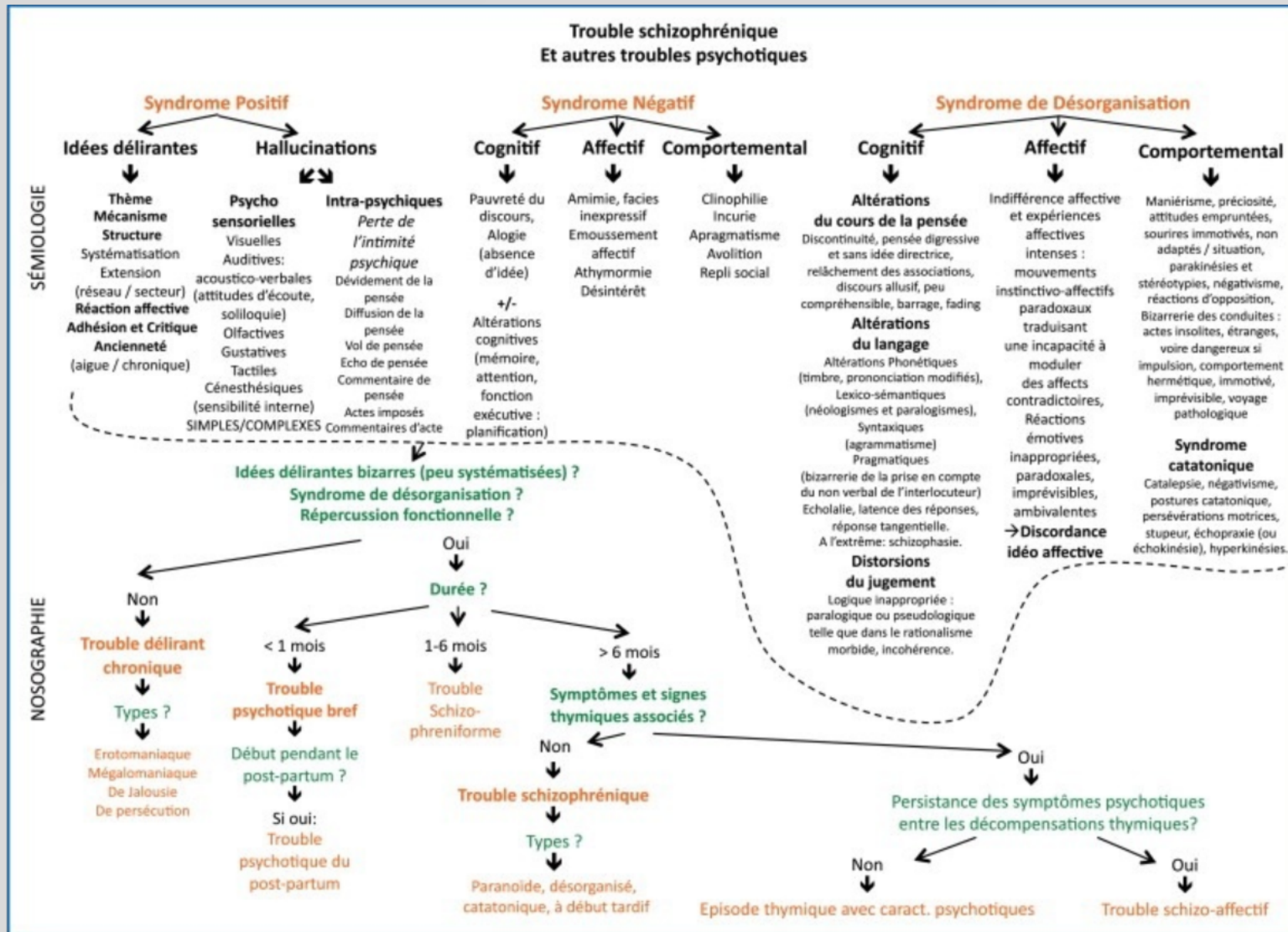
Contexte : L'**identification précoce de la schizophrénie** est importante pour mettre en place une intervention thérapeutique adéquate, en particulier dans les **situations d'urgence**. Un raisonnement intuitif est souvent nécessaire car une classification standardisée selon les critères de la CIM-10 ou du DSM-IV n'est pas adaptée à ces situations complexes et souvent changeantes. Le processus de reconnaissance intuitive de la structure schizophrénique spécifique par un psychiatre expérimenté a été nommé « sentiment praecox » par le psychiatre néerlandais Rümke en 1941.

Échantillonnage et méthodes : Pour évaluer la qualité diagnostique de ce type d'approche clinique intuitive, **nous avons examiné 67 patients jusqu'alors inconnus. Tous les patients présentaient des symptômes psychotiques aigus tels que des délires paranoïaques et des hallucinations appartenant au spectre schizophrénique.** Le premier entretien mené par un psychiatre expérimenté n'a porté que sur l'état psychopathologique actuel. Les données relatives à l'évolution de la maladie, à la médication ou aux antécédents familiaux de schizophrénie ont été explorées ultérieurement par d'autres membres du personnel indépendants qui ne connaissaient pas l'objectif de l'enquête. L'**intensité du « sentiment de paradoxe » a été évaluée selon quatre degrés : inexistant - léger - modéré - élevé.** À la fin de la période d'hospitalisation, une classification diagnostique standardisée selon la CIM-10 et la classification DSM-IV a été effectuée par des évaluateurs indépendants.

Résultats : Comparée à la classification diagnostique standardisée, **la précision du raisonnement intuitif était remarquablement élevée avec une sensibilité d'environ 0,85, une spécificité d'environ 0,80, un pouvoir prédictif positif d'environ 0,90 et un pouvoir prédictif négatif d'environ 0,65** selon le système standardisé utilisé. Les troubles cognitifs, les troubles affectifs, les troubles de la perception de soi et la diminution des capacités de communication sont tous en corrélation avec l'intensité du « sentiment praecox ». La variable unique « troubles affectifs » a eu l'impact le plus important sur l'intensité du « sentiment de praecox » dans une analyse de régression ordinale. En outre, une forte intensité du « sentiment de paradoxe » est étroitement liée à une prédisposition héréditaire à la schizophrénie. Ni la gravité de la maladie mentale ni les effets secondaires extrapyramidaux des médicaments ne sont en corrélation avec l'intensité de la « sensation de paradoxe ».

Conclusion : Notre travail peut éventuellement contribuer à la réflexion sur nos pratiques diagnostiques et aider à mettre en évidence les différents facteurs impliqués dans l'établissement des diagnostics.

SYMPTÔME, SYNDROME ... MALADIE?



Syndrôme positif

- Idées délirantes
- Hallucinations

Syndrôme négatif

- Cognitif
- Affectif
- Comportemental

Syndrôme de désorganisation

- Cognitif
- Affectif
- Comportemental

Idées délirantes peu systématisées?

NON → psychose systématique (chronique)

OUI → évaluation de la durée

< 1mois → tr. psych. bref; PPP

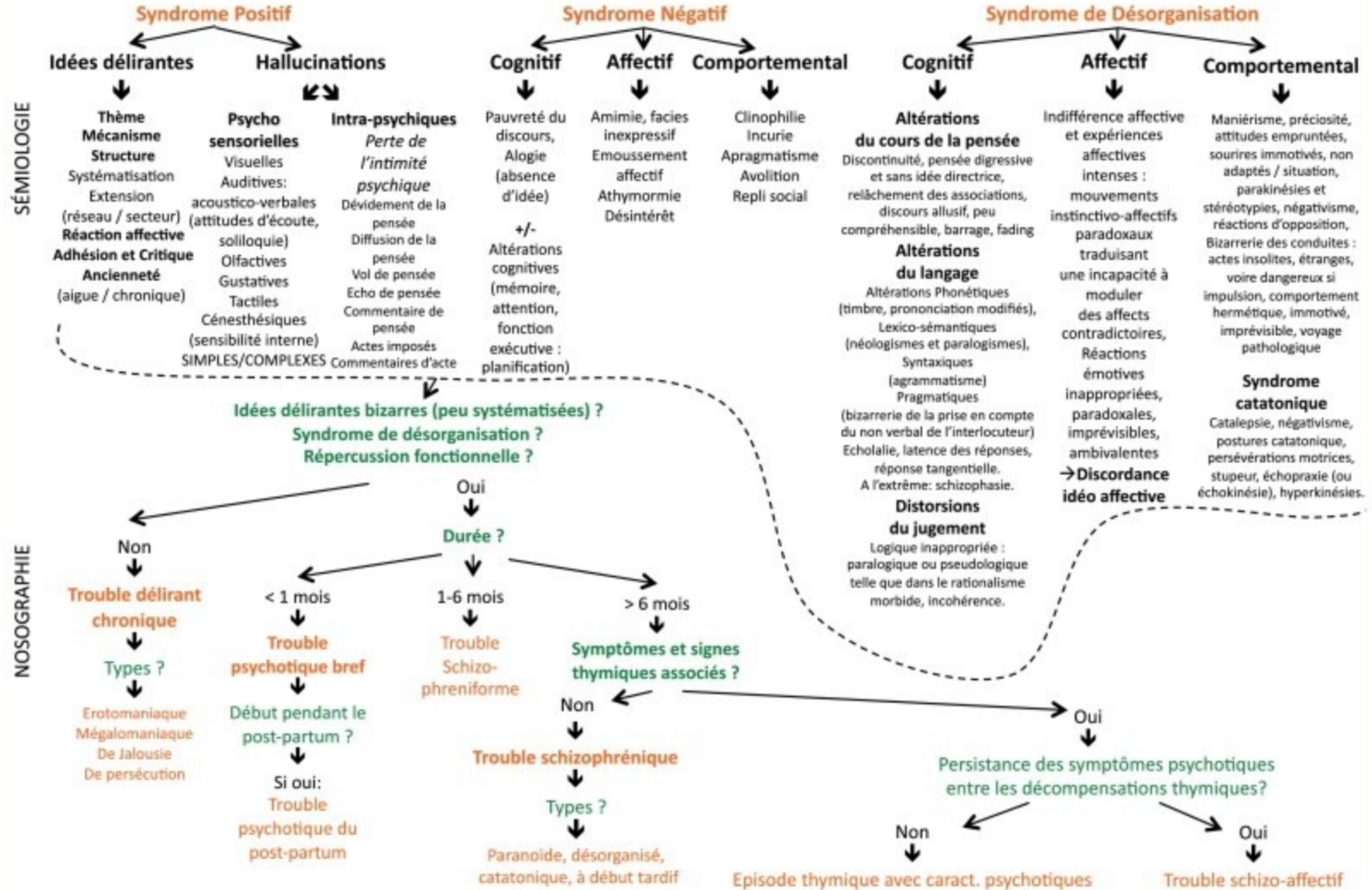
1-6 mois → tr. Schizophréniforme

> 6 mois → évaluation de la thymie

Thymie + → tr. schizo-affectif

Thymie - → schizophrénie

Trouble schizophrénique Et autres troubles psychotiques



• Hal
Syndr
• Cog
• Affe
• Cor
Syndr
• Cog
• Affe
• Cor

Idées o
systém
NON —
(chroni
OUI —>
< 1mois
1-6 mo
> 6 m