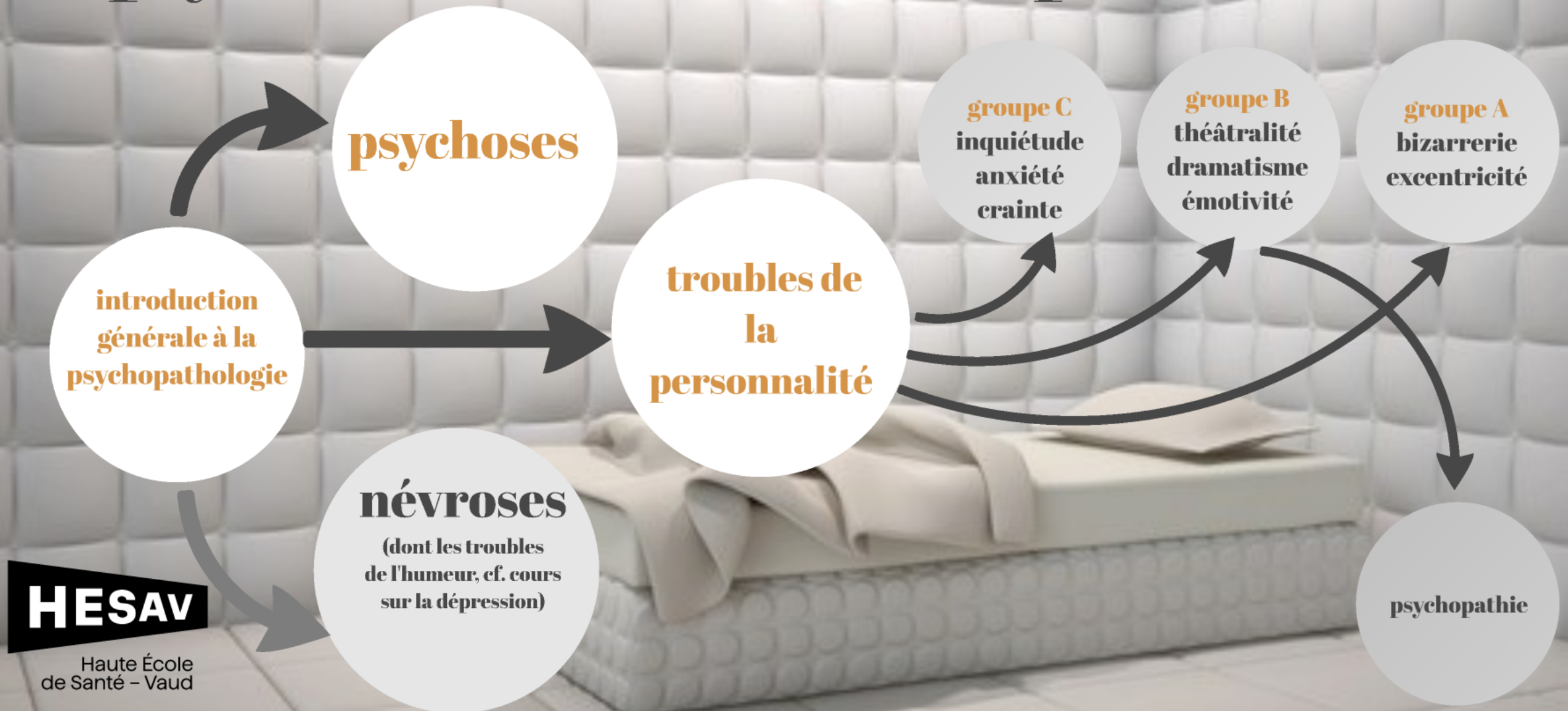


# Introduction à la psychopathologie: psychoses et troubles de la personnalité

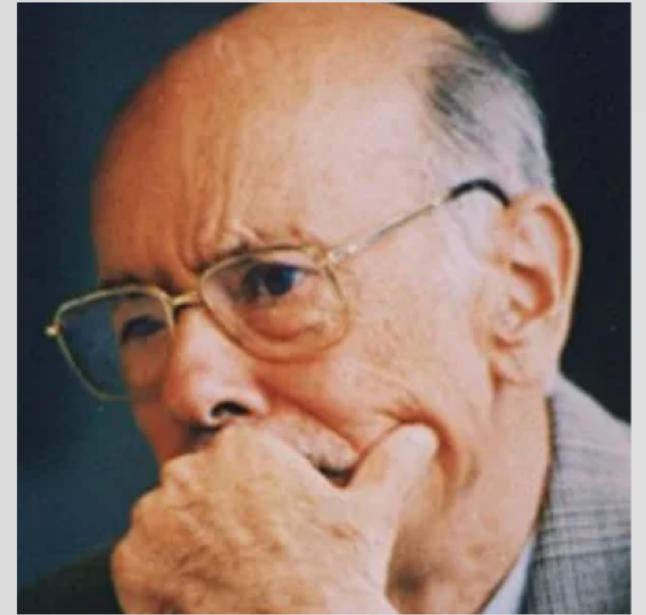


*«Pour qu'un cri devienne appel, encore faut-il qu'il y ait réponse.*

*Même si cette réponse ne sait pas au juste à qui ou à quoi elle répond.*

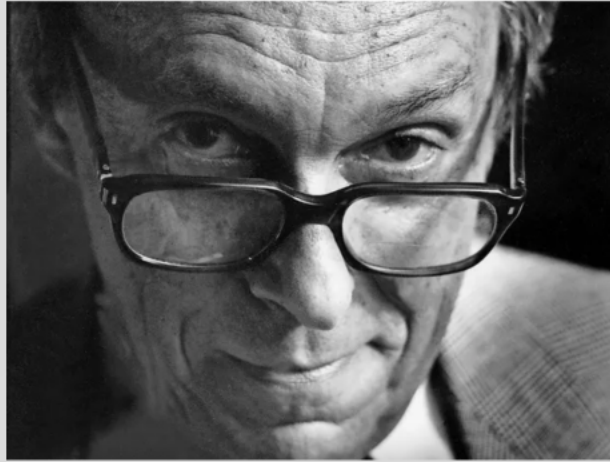
*Et même si l'appel ne sait pas à qui et de quoi il est appel.  
Sinon que la réponse faisant du cri un appel, introduit au jeu infini du dialogue.*

*Cette réponse n'a rien à faire avec une attitude compassionnelle, charitable ou humaniste, mais relève d'un parti pris, existentiel et ontologique, qui revient à affirmer que c'est de l'autre, avec l'autre, en sa réponse et son appel, que l'humanité de l'homme se constitue et se détermine»*



*Gaetano Benedetti*





*« Il n'y a que des corps et du mouvement  
et du rapport au monde.*

*Et ensuite quelque chose de l'esprit [...].  
L'esprit est le résultat de ce que l'on aura perçu  
[par le corps]. »*

*Jean Starobinski*

# "RADIOACTIF", NATHAN HOFSTETTER



# PSYCHOSE SCHIZOPHRÉNIQUE





## Les critères diagnostiques de la schizophrénie

- D.** Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
1. Idées délirantes.
  2. Hallucinations.
  3. Discours désorganisé (p. ex., incohérences ou déraillements fréquents).
  4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
  5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- E.** Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- F.** Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois, les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps, des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex., croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).
- G.** Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.
- H.** Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.
- I.** S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).
- Spécifier si :*  
Premier épisode, actuellement en épisode aigu ou en rémission partielle ou complète ; épisodes multiples, actuellement en phase aiguë ou en rémission partielle ou complète ; épisodes continus ; non spécifié ; avec catatonie.

Source : American Psychiatric Association (APA) (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.). Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al. Paris : Elsevier Masson.

« Le *délire chronique à évolution systématique* est une maladie nettement définie, méthodiquement régulière dans son évolution, qui parcourt quatre étapes successives dans lesquelles le sujet, tout en restant au fond le même, se présente sous des dehors différents. Il est **inquiet** à la première période, **persécuté** à la seconde, **ambitieux** à la troisième, pour finir par la **démence** à la quatrième période.

Ces aliénés, à l'inverse des dégénérés qui d'emblée peuvent présenter toutes les formes de délire, traversent régulièrement les quatre phases de la maladie, si bien que le clinicien, en l'absence de renseignements, peut rétablir tout le passé du délirant chronique, et indiquer sûrement les phénomènes qui se dérouleront ultérieurement.

La **période d'inquiétude** reste souvent méconnue. Péniblement impressionné par le monde extérieur, le malade devient sombre, inquiet. Il ne délire pas encore, mais il s'habitue aux **interprétations fausses**, aux **illusions sensorielles**.

Puis un **délire de persécution** s'organise, se systématisant progressivement **sous l'influence d'hallucinations sensorielles, cénesthésiques et motrices** : c'est la seconde période ou période de persécution.

Peu à peu quelques **conceptions ambitieuses se mêlent aux idées de persécution** ; elles finissent par prédominer, puis par effacer presque le délire de persécution : le malade est arrivé au troisième stade, ou période de grandeur.

Enfin l'affaiblissement intellectuel progresse et, parallèlement, les conceptions délirantes se dissolvent. C'est la **période de démence**. Ajoutons que jamais la maladie ne rétrocede : elle poursuit jusqu'à la mort sa marche inexorable, et l'on rencontre des délirants chroniques chez lesquels le début de la psychose remonte à vingt ans, trente ans et davantage. »



Gaëtan Gatian  
de Clérambault

Clérambault, G. G.,  
Magnan, M., Sérieux, P., &  
Séglas, J. (1987). Les  
édifices du délire. Paris:  
Navarin éditeur. (pp.  
15-16)

# PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE





# PSYCHOSE CHRONIQUE ET SCHIZOPHRÉNIE: TABLEAU COMPARATIF

|                                           | SCHIZOPHRÉNIE                                                                                           | PSYCHOSE CHRONIQUE                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| âge du début                              | 15-30 ans                                                                                               | à partir de la quatrième décennie de la vie                                                                                                                                                      |
| fonctions cognitives                      | altérées, notion de déficit                                                                             | conservées                                                                                                                                                                                       |
| volonté, capacité à agir                  | émoussée et/ou discordante et/ou excessive, envahissante, extrême                                       | conservée, cohérente, explosive selon les thèmes du délire et la participation passionnelle                                                                                                      |
| insertion (relationnelle, sociale, prof.) | gravement altérée                                                                                       | longtemps conservée                                                                                                                                                                              |
| aspect général du moi                     | désorganisation, « dislocation de la personnalité » - notion de rupture                                 | conservation de la cohésion et de l'unité du moi - notion de continuité avec la personnalité d'avant les troubles                                                                                |
| évolution                                 | très diverse, entre formes gravement déficitaires et rémissions de bonne qualité - fréquence du suicide | souvent culminant vers un ou plusieurs moments féconds avec passages à l'acte - dimension médico-légale - apaisement possible avec mise à distance du délire après quelques années de traitement |

|                                   | SCHIZOPHRÉNIE                                                                                                                                                               | PSYCHOSE CHRONIQUE                                                                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| thèmes                            | divers; le plus souvent persécution, mégalomanie, sexualité, mysticisme, transformation corporelle. Deux ou trois thèmes peuvent alterner ou coexister chez le même patient | un seul thème (persécution OU érotomanie OU jalousie, etc.) pour chaque entité clinique de ce groupe |
| mécanismes                        | deux ou trois coexistant chez le même patient (interprétations, hallucinations, automatisme mental)                                                                         | un seul mécanisme, plus rarement deux, pour chaque entité de ce groupe                               |
| degré de systématisation          | idées délirantes mal systématisées, floues, incohérentes (reflètent la dissociation et la discordance)                                                                      | bonne systématisation (délire construit en « roman »)                                                |
| degré d'adhésion                  | inconsistant, variable selon les moments de l'évolution                                                                                                                     | « conviction inébranlable »                                                                          |
| participation thymique            | paradoxale (discordante avec le contenu du délire) ou absente (émoussement affectif)                                                                                        | intense et congruente avec le contenu des idées délirantes                                           |
| troubles du comportement associés | aléatoires, paradoxaux, impulsifs, imprévisibles, « discordants »                                                                                                           | fréquents, prévisibles, cohérents avec le contenu des idées délirantes. Potentiel de dangerosité.    |

tiré de: Kapsambelis, V. (dir.) (2012). Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Paris:PUF, p. 411

# ... AVANT D'ALLER PLUS LOIN: RETOUR SUR L'OBSERVATION DE GAËTAN GATIAN DE CLÉRAMBAULT AU SUJET DE L'INQUIÉTUDE QUI PRÉCÈDE LA PSYCHOSE

**BJPsych**

The British Journal of Psychiatry (2017)  
211, 262–263. doi: 10.1192/bjp.bp.116.195370

Editorial

## Schizophrenia – an anxiety disorder?



Jeremy Hall

**Summary**  
Anxiety and affective symptoms are prominent features of schizophrenia which are often present in the prodromal phase of the illness and preceding psychotic relapses. A number of studies suggest that genetic risk for the disorder may be associated with increased anxiety long before the onset of psychotic symptoms. Targeting anxiety symptoms may represent an important strategy for primary and secondary prevention in schizophrenia.

**Declaration of interest**  
J.H. has received research grants from Pfizer, Abbvie and AstraZeneca unrelated to the current article.

**Copyright and usage**  
© The Royal College of Psychiatrists 2017.

Hall J. Schizophrenia — an anxiety disorder? British Journal of Psychiatry.  
2017;211(5):262-263. doi:10.1192/bjp.bp.116.195370



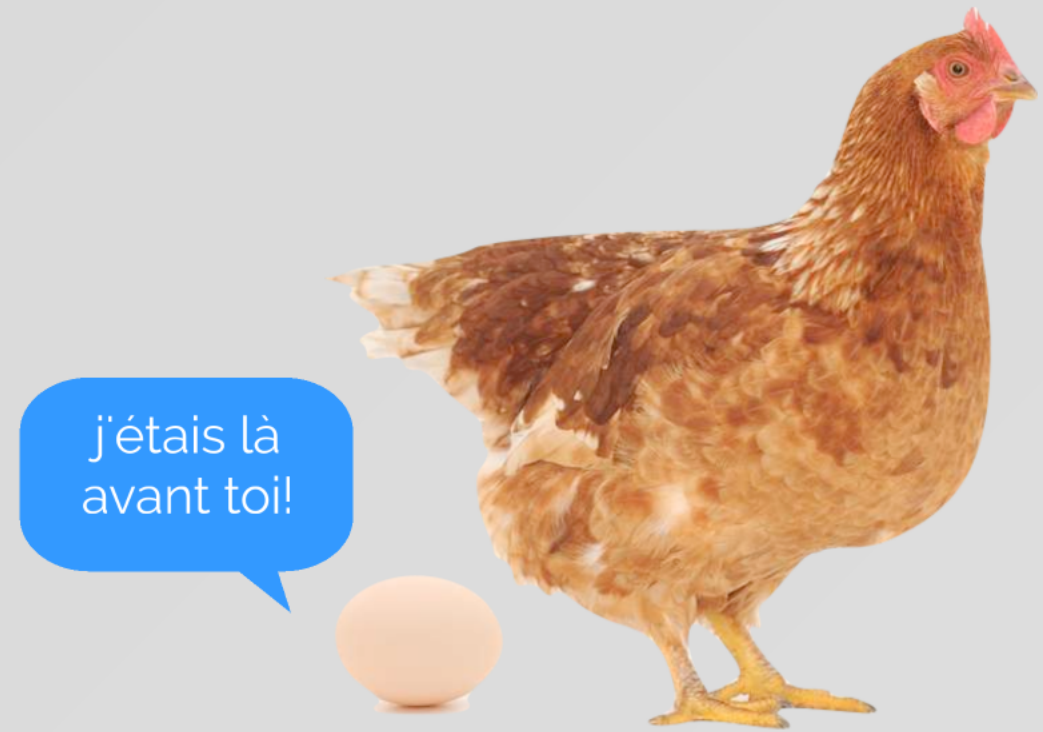
# SELON JEREMY HALL...

## LA SCHIZOPHRÉNIE POURRAIT BIEN ÊTRE UN TROUBLE ANXIEUX

Hall J. Schizophrenia — an anxiety disorder? British Journal of Psychiatry. 2017;211(5):262-263. doi:10.1192/bjp.bp.116.195370

- ... Sigmund Freud considérait que **les symptômes psychotiques apparaissent comme une défense contre des états sous-jacents d'anxiété accrue**
- ... aujourd'hui, un nombre croissant d'études fournissent des preuves expérimentales suggérant que l'anxiété accrue peut jouer un rôle important **à la fois dans le développement de la psychose et dans les rechutes psychotiques**.
- Il existe des preuves solides d'une **comorbidité significative** entre la schizophrénie et les troubles anxieux, malgré la tendance à **l'occultation diagnostique** (les troubles anxieux pouvant ne pas être enregistrés une fois le diagnostic de schizophrénie établi), un qui résulte de la nature hiérarchique des systèmes de classification psychiatrique.
- (malgré l'occultation diagnostique) des méta-analyses et des revues systématiques ont confirmé des taux élevés de phobie sociale, de troubles obsessionnels compulsifs, de stress post-traumatique, de trouble panique et de trouble anxieux généralisé chez les patients atteints de schizophrénie

l'anxiété et les symptômes affectifs sont une caractéristique commune du **prodrome** de la schizophrénie: l'anxiété accrue serait un précurseur de la psychose, suggérant la possibilité que l'anxiété ne coexiste pas simplement avec la schizophrénie mais qu'elle fasse partie de la voie menant au développement de la maladie.



Petit bémol:

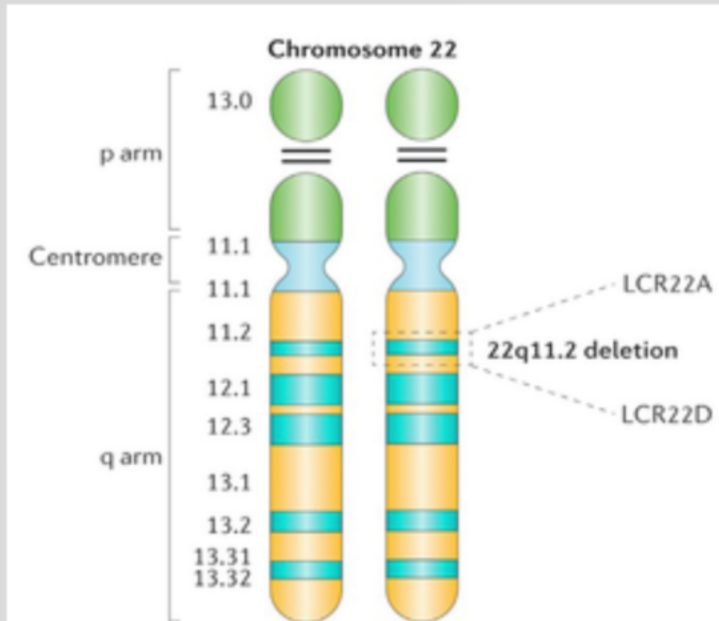
la plupart des études sur le prodrome de la schizophrénie se concentrent sur des individus dans un « état mental à risque » qui ont déjà développé des symptômes psychotiques atténués, il est difficile de déterminer si les symptômes anxieux et affectifs sont un véritable **précurseur** de l'apparition de la psychose ou s'ils constituent une **réaction** à cette dernière...

# 22Q11 DS PISTE GÉNÉTIQUE COMMUNE DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA SCHIZOPHRÉNIE?

Hall J. Schizophrenia — an anxiety disorder? British Journal of Psychiatry. 2017;211(5):262-263. doi:10.1192/bjp.bp.116.195370

- le syndrome de délétion chromosomique 22q11.2 (22q11DS), multiplie par plus de 50 le risque de schizophrénie
- de vastes études collaboratives portant sur plus de 1 000 personnes atteintes du 22q11DS ont identifié l'anxiété comme un symptôme important présent bien avant l'âge auquel les symptômes psychotiques émergent.

(Schneider, M, Debbane, M, Basset, AS, Chow, EW, Fung, WL, van den Bree, M, et al. Psychiatric disorders from childhood to adulthood in 22q11.2 deletion syndrome: results from the International Consortium on Brain and Behavior in 22q11.2 Deletion Syndrome. Am J Psychiatry 2014; 171: 627–39)



- ces résultats sont étayés par des études longitudinales prospectives portant sur des enfants atteints du 22Q11DS, qui montrent également l'apparition de symptômes d'anxiété importants au cours de la première décennie de vie
- toutefois, jusqu'à présent, ces études n'ont généralement pas suivi les enfants atteints du 22Q11DS pendant une période suffisante pour déterminer si une anxiété accrue est associée au développement ultérieur d'une maladie psychotique

# LA PRÉVENTION PRIMAIRE DE LA SZ: UNE ANXIOLYSE?

Hall J. Schizophrenia — an anxiety disorder? British Journal of Psychiatry. 2017;211(5):262-263. doi:10.1192/bjp.bp.116.195370

- une étude intrigante non randomisée sur le traitement des cas prodromiques a suggéré un effet significatif des antidépresseurs dans la réduction de la conversion en psychose complète
  - des études précliniques ont suggéré que le **traitement péripubertaire avec des benzodiazépines** peut diminuer l'émergence ultérieure d'un état hyperdopaminergique (... et on ne se réjouit pas de la phase clinique...)
- les approches de thérapie cognitivo-comportementale (TCC), qui sont connues pour être efficaces dans le traitement des symptômes anxieux et dépressifs, ont également montré une certaine efficacité dans la réduction des symptômes et des taux de conversion précoce dans les groupes prodromiques



# LA SCHIZOPHRÉNIE ET LE CORPS VÉCU (LEIB) – E. MINKOWSKI



## La phénoménologie de la psychose: Eugène Minkowski, "Traité de psychopathologie"

- "Les schizophrènes conscients de leur état et 'peints par eux-mêmes' (La médecine, février 1924) se plaignent souvent de ne pas pouvoir sentir. Nous en avons donné des exemples dans notre *Schizophrénie*, jusqu'à cette malade qui, pour arriver enfin à 'sentir', se brûlait grièvement après avoir mis le feu à ses vêtements" (p. 301)"
- "l'incapacité de sentir compromet (...) le contact naturel, direct et spontané avec la vie ambiante" (p. 301)
- "Ces malades enregistrent et savent mais ne 'sentent' pas. Ils nous mettent ainsi en présence d'une déficience du facteur de *pénétration*. Ce qu'ils enregistrent et même ce qu'ils font ne pénètre plus, ne détermine aucune vibration intérieure, reste à l'état de fait brut, neutre et gris.(...) Nous ne sommes point de simples appareils enregistreurs, pareils les uns aux autres, comme le sont les machines à calculer ou les robots. Notre 'marque de fabrique' est tout autre. Ce qui se passe autour de nous, jusqu'aux sensations les plus élémentaires, pour devenir vraiment 'nôtres', demande à dépasser le plan du simple enregistrement, à pénétrer en nous et à partir de ce moment à ressortir au sentir, au vécu." (p. 305)



---

## La phénoménologie de la psychose: Eugène Minkowski, "Traité de psychopathologie"

- "Les schizophrènes conscients de leur état et 'peints par eux-mêmes' (La médecine, février 1924) se plaignent souvent de ne pas pouvoir sentir. Nous en avons donné des exemples dans notre *Schizophrénie*, jusqu'à cette malade qui, pour arriver enfin à 'sentir', se brûlait grièvement après avoir mis le feu à ses vêtements" (p. 301)"
- "l'incapacité de sentir compromet (...) le contact naturel, direct et spontané avec la vie ambiante" (p. 301)
- "Ces malades enregistrent et *savent* mais ne 'sentent' pas. Ils nous mettent ainsi en présence d'une déficience du facteur de *pénétration*. Ce qu'ils enregistrent et même ce qu'ils font ne pénètre plus, ne détermine aucune vibration intérieure, reste à l'état de fait brut, neutre et gris.(...) Nous ne sommes point de simples appareils enregistreurs, pareils les uns aux autres, comme le sont les machines à calculer ou les robots. Notre 'marque de fabrique' est tout autre. Ce qui se passe autour de nous, jusqu'aux sensations les plus élémentaires, pour devenir vraiment 'nôtres', demande à dépasser le plan du simple enregistrement, à pénétrer en nous et à partir de ce moment à ressortir au sentir, au *vécu*." (p. 305)

# LE CONTACT VITAL AVEC LA RÉALITÉ ET SA PERTE, LE TROUBLE ESSENTIEL



M. Bergson, ne nous a-t-il pas rappelé, une fois de plus, que tout **un côté de notre vie, et non le moins important, échappait entièrement à la pensée discursive. Les données immédiates de la conscience, les plus essentielles, appartiennent à cet ordre de faits. Elles sont irrationnelles.** Elles n'en font pas moins partie de notre vie pour cela. Il n'y a aucune raison de les sacrifier à l'esprit de précision. Il faut, au contraire, essayer de les saisir sur le vif. La psychologie, pays désertique jusque-là, brûlé par les rayons trop ardents de la science exacte, se transformera alors peut-être en prairie verdoyante et fertile, se rapprochera enfin de la vie. Ne devrions-nous pas nous inspirer de cette tendance pour le problème qui nous intéresse plus particulièrement ici?

C'est ici que surgit la notion du **contact vital avec la réalité.**

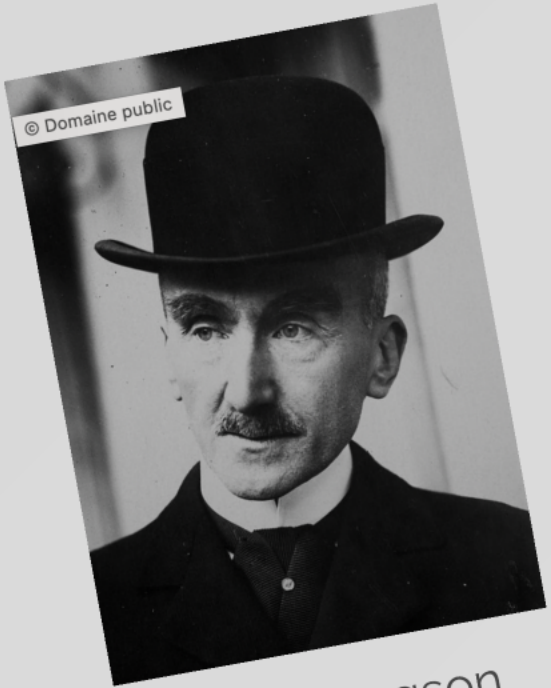
Je crois pouvoir revendiquer, pour une part tout au moins, la paternité de **la notion du contact vital avec la réalité, en tant que point central de la schizophrénie.** Je n'ai évidemment pas « inventé » de toutes pièces cette notion. Les idées qui ne cherchent de trait d'union ni avec le passé ni avec le présent n'ont d'habitude que peu de valeur. Les œuvres de Bergson ont exercé sur moi une grande influence.

D'autre part, nous retrouvons l'idée d'une perturbation profonde des rapports avec le monde extérieur d'un bout à l'autre du livre de Bleuler sur la schizophrénie. (...) Le contact vital avec la réalité n'est pas pour lui un facteur régulateur essentiel de la vie auquel on pourrait subordonner les autres fonctions psychiques. Fidèle à l'associationnisme, il défend, dans sa théorie de la schizophrénie, l'opinion qu'un trouble particulier dans les associations des idées est le trouble premier de cette affection. Il cherche ensuite une base organique pour ce trouble. (...)

Je fis ainsi du contact vital avec la réalité le point central de la schizophrénie. (...) La notion de perte de contact vital avec la réalité, en tant que trouble essentiel de la schizophrénie, a d'ailleurs orienté ma pensée et mes recherches dans une direction qui peut-être n'est pas entièrement dénuée d'intérêt.



# OPPOSITION ENTRE L'INTELLIGENCE ET L'INSTINCT - E. MINKOWSKI



Henri Bergson  
1859-1941

Il n'est guère nécessaire d'exposer ici en détail les idées de Bergson. Elles sont suffisamment connues de nos jours. Rappelons simplement l'**opposition fondamentale entre l'intelligence et l'instinct** qu'établit le grand philosophe.

«Tandis que l'instinct, dit Bergson, est moulé sur la forme même de la vie, l'intelligence est, au contraire, caractérisée par une incompréhension naturelle de celle-ci.

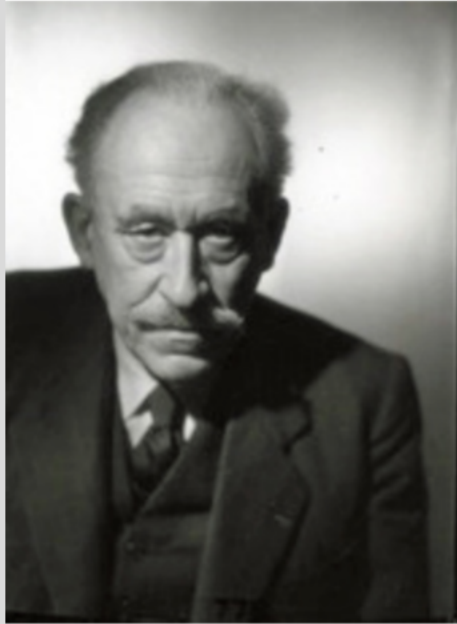
«L'intelligence, telle qu'elle sort des mains de la nature, a pour objet principal le solide inorganisé.

Elle ne se représente clairement que le discontinu et l'immobilité. Elle n'est à son aise ainsi que dans le mort. Elle se comporte invariablement comme si elle était fascinée par la contemplation de la matière inerte. De là son étonnement quand elle se tourne vers le vivant et se trouve en face de l'organisation.

«Justement parce qu'elle cherche toujours à reconstituer et à reconstituer avec du donné, l'intelligence laisse échapper ce qu'il y a de nouveau à chaque moment d'une histoire. Elle n'admet pas l'imprévisible. Elle rejette toute création. Ainsi concentrée sur ce qui se répète, uniquement préoccupée de souder le même au même, l'intelligence se détourne de la vision du temps. Elle répugne le fluent et solidifie tout ce qu'elle a touché. Nous ne pensons pas le temps réel, mais nous le vivons » (Bergson).



La psychopathologie ne pouvait ne pas être amenée à poser la question de savoir si les conceptions de Bergson n'étaient pas susceptibles de projeter une lueur nouvelle sur les problèmes devant lesquels les notions de la psychologie courante avaient échoué jusque-là. Il s'agissait de voir, en même temps, jusqu'à quel point les faits psychopathologiques pouvaient être appelés à confirmer les données mises en évidence par l'intuition géniale du grand philosophe. (p. 112)



**harmonie  
complémentaire  
entre l'instinct et  
l'intelligence dans la vie  
normale**

Les processus morbides, en agissant bien souvent d'une façon élective, dissocient, pour ainsi dire, les diverses fonctions et nous les montrent à l'état nu.

La pathologie réussit souvent là où la physiologie ne parvient pas à démêler toute la complexité des facteurs qui entrent en jeu.

**Dans la vie, l'intelligence et l'instinct ou, en d'autres termes, les facteurs de notre psychisme se rapportant au solide, à l'inerte, à l'espace, d'une part, et ceux se rapportant à la durée vécue, au dynamisme, de l'autre, s'entrepénètrent et forment un tout harmonieux. Insuffisant à lui seul à assurer l'existence de l'individu, chacun de ces deux groupes de facteurs vient compléter l'autre, en limitant en même temps, d'une façon naturelle et appropriée, son champ d'action.**

Mais cette harmonie ne peut-elle pas subir sous l'influence de modifications pathologiques des perturbations notables? L'instinct, par exemple, ne peut-il pas être lésé en première ligne ?

(pp. 112-113)

L'intelligence dans ce cas, privée de son frein naturel, ne cherchera-t-elle pas à suppléer tant *bien* que **mal** l'instinct défaillant et n'aboutira-t-elle pas ainsi à des formes monstrueuses?

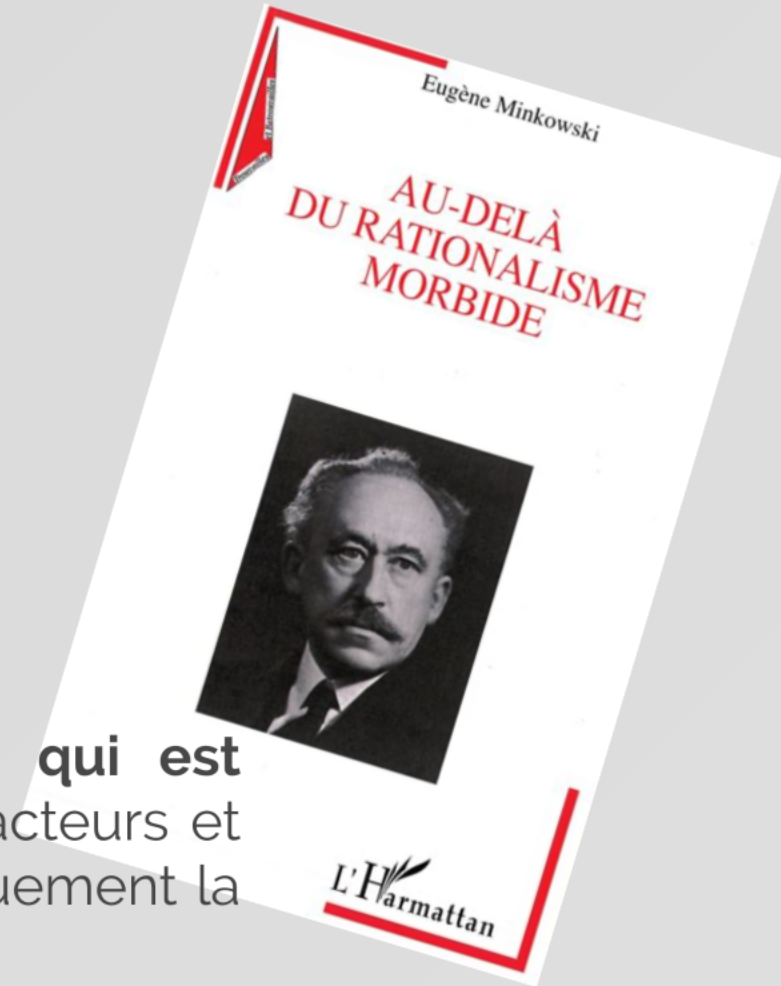


## le rationalisme morbide

(...) le schizophrène, **privé de la faculté d'assimiler tout ce qui est mouvement et durée**, tend à construire son comportement de facteurs et de critères dont le domaine propre, dans la vie normale, est uniquement la **logique** et les **mathématiques**.

**La vie déborde à chaque instant ces facteurs.**

**Toute initiative de les y appliquer d'une façon continue et absolue ne peut mener qu'à des aberrations.**



Voici l'observation d'un malade que nous essayerons d'analyser conformément à ce qui vient d'être dit et que nous avons décrit avec M. Rogues de Fursac sous le nom de « rationalisme morbide ».

Il s'agit d'un instituteur, âgé de trente-deux ans, qui vient nous consulter au Dispensaire de prophylaxie mentale. Il se plaint tout d'abord de « décomposition physiologique » qu'il ressent douloureusement, de « vide dans la tête » qu'il attribue à une salivation exagérée; sa voix le « suggestionne »; elle est « comme morte » et produit l'impression d'une « voix de revenant ». Tout son être d'ailleurs ainsi que sa voix, nous dit-il, subissent une « régression »; il se sent reporté à l'époque d'il y a quinze ans, époque à laquelle il débutait dans l'enseignement comme jeune suppléant.

plainte  
"somatique",  
"concrète"

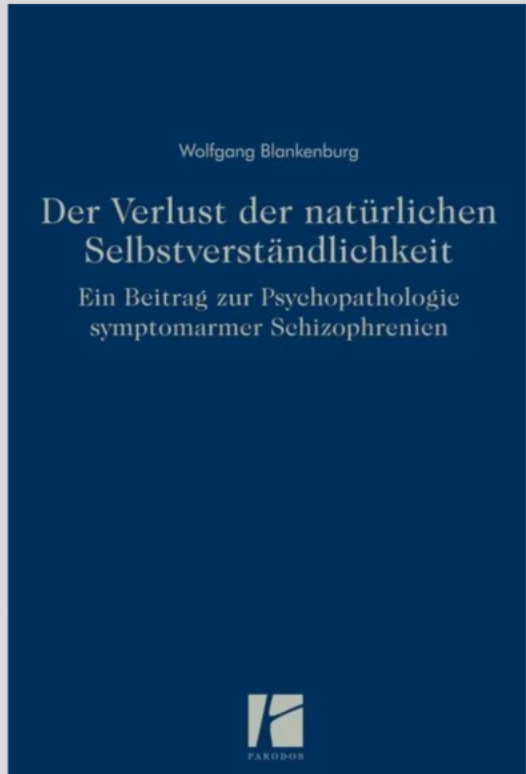
Notre malade **n'a ni hallucinations, ni idées délirantes**. Nous ne constatons pas non plus chez lui le moindre signe d'affaiblissement intellectuel, mais, dès le début de notre examen, nous sommes frappés par son comportement. Cette impression ne fait que croître au cours des conversations que nous avons par la suite avec lui. Son attitude profondément morbide nous fait poser rapidement le diagnostic de schizophrénie, et même de schizophrénie grave et avancée.

forme  
pauci-  
symptomatique  
(pauvre)

C'est cette attitude que nous essayerons de préciser maintenant. Le détail suivant paraît très caractéristique; nous le choisissons pour cette raison comme point de départ. Le malade nous raconte que, depuis des années, déjà, il s'intéresse beaucoup aux problèmes philosophiques; il avait pris l'habitude d'inscrire ses réflexions et a réuni ainsi un stock considérable de notes. Nous lui demandons s'il avait lu beaucoup d'œuvres philosophiques. Voici la réponse : « Non, au contraire, je m'étais imposé le devoir de ne pas lire, pour ne pas déformer ma pensée. Il fuyait d'ailleurs aussi les hommes « pour ne pas être troublé dans ses réflexions ». L'attitude morbide se dessine ainsi, on ne peut plus nettement. Il s'isole du monde pour puiser en lui-même la source de ses pensées philosophiques. Nous ne serons plus trop surpris maintenant d'apprendre qu'une de ses découvertes consiste à faire « découler l'esprit de l'action des acides sur les terminaisons nerveuses ».



# WOLFGANG BLANKENBURG ET LA PERTE DE L'ÉVIDENCE NATURELLE

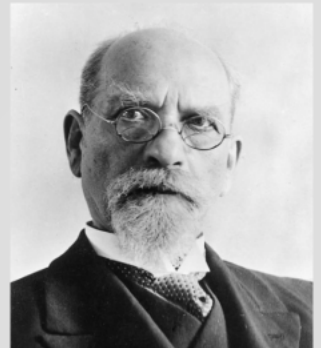


(ἐποχή)

... l'acte de suspendre ou de « mettre entre parenthèses » tous les jugements et toutes les hypothèses concernant le monde. Cette suspension ne consiste pas à douter de l'existence des choses, mais plutôt à mettre de côté toutes les idées préconçues, les préjugés et les croyances considérées comme acquises. En d'autres termes, il s'agit du processus consistant à s'abstenir de porter un jugement sur la nature du monde extérieur afin de se concentrer sur l'expérience pure elle-même.

Lorsque le phénoménologue supprime l'évidence de l'évident, il s'agit toujours d'une mise entre parenthèses. Les évidences naturelles de l'existence sont **conservées entre parenthèses**. Husserl souligne que la suppression de l'exécution ne changeait rien à l'intérêt qui se poursuivait et continuait dans la subjectivité personnelle. Chez le schizophrène, en revanche, il ne s'agit pas d'une mise entre parenthèses arbitraire, mais d'un **retrait fondamental**. **Il ne peut pas mettre entre parenthèses l'évidence naturelle, car il n'y est pas pleinement intégré au préalable.** (p. 119)

Edmund  
Husserl



## V. Krankengeschichte und Explorationen

Am 14.10.1964 wurde die 20jährige kaufmännische Angestellte, Anne Rau (A.)<sup>35</sup>, nach einem Suizidversuch mit 70 frei verkäuflichen Schlaftabletten in unserer Klinik aufgenommen. Sie hatte zuvor 5 Tage – davon 4 Tage bewußtlos – auf der Anästhesieabteilung der Chirurgischen Universitätsklinik gelegen und war dann über die Medizinische Klinik zu uns verlegt worden. Hirnorganische Symptome als Folgeerscheinungen der Intoxikation ließen sich zu diesem Zeitpunkt nicht mehr nachweisen. Die von der Mutter erhobene Anamnese ergab folgendes:

(...)

### Subjektive Anamnese

(...)

Die »Selbstverständlichkeit« sei ihr verloren gegangen. Sie hätte gar nicht mehr fühlen können, wie »die anderen Menschen auch so *sind*«. Die Frage, wie man erwachsen wird, hätte sie nicht mehr losgelassen. Auch habe sie so viel Gedanken auf einmal gehabt, so unnatürlich, so ganz komisch. Überhaupt hätte sie nichts mehr verstanden und überall versagt. Sie habe an allem gezweifelt, auch an Gott, habe »keine Beziehung«, »keinen Standpunkt« mehr gehabt, kein Vertrauen, nicht einmal zur Mutter, keinerlei Kontakt, öfters hätte sie, wenn ihr auf der Straße eine Gruppe von Menschen begegnet sei, so ein komisches Gefühl verspürt: »Ich wußte sofort, daß sie es mir ansehen, mir anmerken, daß ich diese Fragen habe. Das ist doch ganz natürlich, so etwas sieht man doch!« Ein »komisches Gefühl« habe sie oft auch gegenüber der Mutter gehabt: »Auch die Mutti manchmal – die Augen. Ich kann sie einfach nicht verstehen.« – Das wäre schon einige Monate früher so schlimm gewesen. Damals sei sie wegen »seelischer Erschöpfung« drei Wochen krank geschrieben worden. Seit dem Sommer hätte sie immer wieder daran gedacht, sich das Leben zu nehmen. Sie habe schon das Messer in der Hand gehabt (lacht), sei dann aber doch zu feige gewesen. Zu dem Selbstmordversuch mit Schlafmitteln habe sie sich erst kurz vor der Tat entschlossen. (Wann?) »Ach so, ich glaube am Tag zuvor, ich weiß nicht – vielleicht.« Am andern Morgen sei sie in die Stadt gegangen, zunächst ohne Ziel, um sich dann aber doch in verschiedenen Apotheken mehrere Packungen mit insgesamt 70 frei erhältlichen Schlaftabletten zu kaufen. Mittags habe sie diese Tabletten alle zusammen auf einmal genommen. Sie sei dann rasch müde geworden und eingeschlafen.

Blankenburg, Wolfgang. Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit: Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien (German Edition) (pp. 66-67)

Elle avait perdu toute « évidence ». Elle ne parvenait plus à ressentir que « les autres étaient comme elle ». La question de savoir comment devenir adulte ne la quittait plus. Elle avait aussi tellement de pensées à la fois tellement artificielles, tellement étranges. Elle ne comprenait plus rien et échouait partout. Elle doutait de tout, même de Dieu, elle n'avait plus « aucune relation », « aucun point de vue », aucune confiance, même pas envers sa mère, aucun contact. Souvent, lorsqu'elle croisait un groupe de personnes dans la rue, elle éprouvait un sentiment étrange : « Je savais immédiatement qu'ils me regardaient, qu'ils remarquaient que j'avais ces questions. C'est tout à fait naturel, ça se voit ! » Elle avait souvent aussi un « sentiment étrange » envers sa mère : « Même maman parfois – ses yeux. Je ne peux tout simplement pas la comprendre. » Cela aurait déjà été aussi grave quelques mois plus tôt. À l'époque, elle avait été mise en arrêt maladie pendant trois semaines pour « épuisement psychique ». Depuis l'été, elle avait régulièrement pensé à se suicider. Elle avait déjà tenu le couteau dans sa main (rires), mais elle avait finalement été trop lâche. Elle n'avait décidé de tenter de se suicider avec des somnifères que peu de temps avant de passer à l'acte. (Quand ?)

« Ah oui, je crois que c'était la veille, je ne sais pas – peut-être. » Le lendemain matin, elle se rendit en ville, d'abord sans but précis, puis finit par acheter plusieurs boîtes contenant au total 70 somnifères en vente libre dans différentes pharmacies. À midi, elle prit tous ces comprimés d'un seul coup. Elle fut rapidement prise de fatigue et s'endormit.

# "QUELQUE CHOSE DE SI PETIT... QUELQUE CHOSE D'AUSSI IMPORTANT..."

Die Patientin sagt, was ihr fehle, sei »so etwas Kleines ... so etwas Wichtiges, ohne das man aber nicht leben kann«. Sie findet es selber »komisch«, daß etwas so Kleines, d.h. Unscheinbares, Banales und daher Verächtliches, sich als so wichtig und lebensnotwendig erweisen soll. Von diesem Staunen, das immer wieder, in eins mit verzweifelter Ratlosigkeit, an ihr zu beobachten war, gehen wir aus. Wir selbst müssen uns in dieses Staunen hereinziehen lassen, wenn wir die anthropologische Dimension nicht verfehlen wollen, in der sich eine solche Alienation abspielt.

Im folgenden ist stets auseinanderzuhalten, was die Kranke an ihrem Anderssein erlebt, und dieses selbst. Jene Befremdung, die bei unreflektierten Schizophrenen allein den Außenstehenden befällt, erscheint hier in die Kranke selbst hineinverlagert, und zwar nicht abgeschwächt, sondern eher noch potenziert. Sie ist zu unterscheiden von der Entfremdung, welche das Krankheitsgeschehen als solches kennzeichnet. Das Verhältnis zwischen Befremdung und Entfremdung wird man für alles Folgende im Auge behalten müssen.

Dieses Kleine, Wichtige, was ihr fehle, meinte A., sei eigentlich nicht so sehr ein bestimmtes Wissen, als daß sie das, was sie wisse, auch »so selbstverständlich und so ...« wisse. Das Was jenes »Wissens«, nach dem sie sucht, fällt demnach weitgehend mit einem bestimmten Wie desselben zusammen.

La patiente dit que ce qui lui manque, c'est « quelque chose de si petit... quelque chose d'aussi important, mais sans lequel on ne peut pas vivre ». Elle trouve elle-même « étrange » que quelque chose d'aussi petit, c'est-à-dire insignifiant, banal et donc méprisable, puisse s'avérer aussi important et vital. Nous partons de cet étonnement, que l'on pouvait observer chez elle à maintes reprises, mêlé à un désarroi désespéré. Nous devons nous-mêmes nous laisser entraîner dans cet étonnement si nous ne voulons pas passer à côté de la dimension anthropologique dans laquelle s'inscrit une telle aliénation.

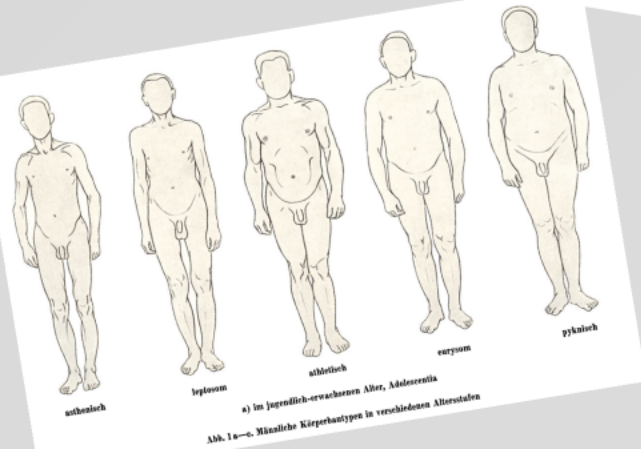
Dans ce qui suit, il convient de toujours distinguer ce que la malade vit de sa différence et cette différence elle-même. **Cette étrangeté qui, chez les schizophrènes non réfléchis, touche uniquement les personnes extérieures, semble ici se déplacer vers la malade elle-même, non pas atténuée, mais plutôt amplifiée.** Elle doit être distinguée de l'aliénation qui caractérise le processus pathologique en tant que tel. Il faudra garder à l'esprit la relation entre l'étrangeté et l'aliénation pour tout ce qui suit. Ce petit détail important qui lui manque, selon A., n'est pas tant une connaissance particulière, mais plutôt le fait de savoir ce qu'elle sait « de manière si évidente et si... ». Ce qu'elle recherche dans cette « connaissance » coïncide donc largement avec une certaine manière de la connaître.



## Untersuchungsbefund

Die körperliche incl. neurologische Untersuchung ergab bei dem 20jährigen, stämmig gebauten Mädchen **pyknischer** Konstitution keinen pathologischen Befund.

In psychischer Hinsicht konnte man nach dem äußeren Habitus zunächst den Typus eines unkomplizierten, gemütsbetonten Mädchens aus dem Osten erwarten. Dieser Eindruck täuschte. Hinter dem fast robust wirkenden unauffälligen Äußeren verbarg sich eine sensible, außerordentlich brüchige seelische Struktur. Es bestand eine deutliche Teilretardierung. Nicht in körperlicher, auch nicht in intellektueller Hinsicht, wohl aber in ihrer seelischen Entwicklung und Ich-Entfaltung wirkte die Patientin erstaunlich unausgereift. In ihrer Emotionalität glich sie einer 11-12jährigen, in ihrer Bedürftigkeit nach vital-affektiver Zuwendung manchmal fast einem Kleinkind. Durch ihr ganzes Wesen schien sie bei ihrer Umgebung eine überfürsorgliche, bemutternde Hilfsbedürftigkeit auf der einen Seite erwies sie sich zugleich anspruchsvoll, anmaßend und unzugänglich auf der anderen Seite, ohne daß dabei der Eindruck eines Arrangements entstanden wäre. Es herrschte vielmehr jenes Zugleich bzw. Nebeneinander von autistischer Selbstbezogenheit und schutzlosem Offensein, von äußerster Selbstverschlossenheit und hautlosem Preisgegebenheit an die Umwelt, welches gerade in seiner Widersprüchlichkeit so außerordentlich charakteristisch ist. Mußte man auch angesichts des Bildes von einer massiven Entwicklungsretardierung, wenn nicht Regression sprechen, so fehlten doch die demonstrativen Züge eines hysteriformen Infantilismus, an den manche der schriftlich fixierten Aussagen ohne weitere Kenntnis der Patientin vielleicht denken lassen könnten.



Lang, J., Wachsmuth, W. (1972). Körperbautypen. In: Lang, J., Wachsmuth, W. (eds) Bein und Statik. Praktische Anatomie, vol 1 / 4. Springer, Berlin, Heidelberg.

## Résultats de l'examen

L'examen physique, y compris neurologique, n'a révélé aucun résultat pathologique chez cette jeune fille de 20 ans, de constitution robuste et pyknique. Sur le plan psychique, son apparence extérieure laissait d'abord supposer qu'il s'agissait d'une jeune fille simple et émotive originaire de l'Est. Cette impression était trompeuse. Derrière son apparence discrète et presque robuste se cachait une structure psychique sensible et extrêmement fragile. Elle présentait un retard partiel manifeste. La patiente semblait étonnamment immature, non pas sur le plan physique ou intellectuel, mais dans son développement psychique et l'épanouissement de son moi. Sur le plan émotionnel, elle ressemblait à une enfant de 11-12 ans, et dans son besoin d'attention affective, elle ressemblait parfois presque à un petit enfant. De par son être tout entier, elle semblait provoquer chez son entourage une attitude surprotectrice et maternelle, mais la condamner d'avance à l'échec. D'un côté, elle se montrait en manque d'aide, de l'autre, elle se révélait exigeante, arrogante et inaccessible, sans pour autant donner l'impression d'un arrangement. Il régnait plutôt une coexistence entre égocentrisme autistique et vulnérabilité, entre fermeture extrême sur soi-même et exposition sans défense à l'environnement, ce qui est particulièrement caractéristique dans sa contradiction.

Même si l'on devait parler d'un retard de développement massif, voire d'une régression, les traits démonstratifs d'un infantilisme hystérique, auxquels certaines déclarations écrites pourraient faire penser sans connaissance approfondie de la patiente, faisaient défaut.



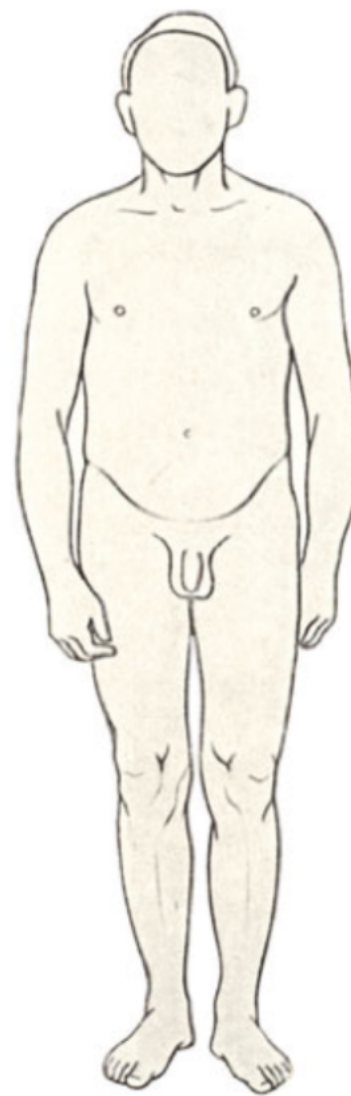
**asthenisch**



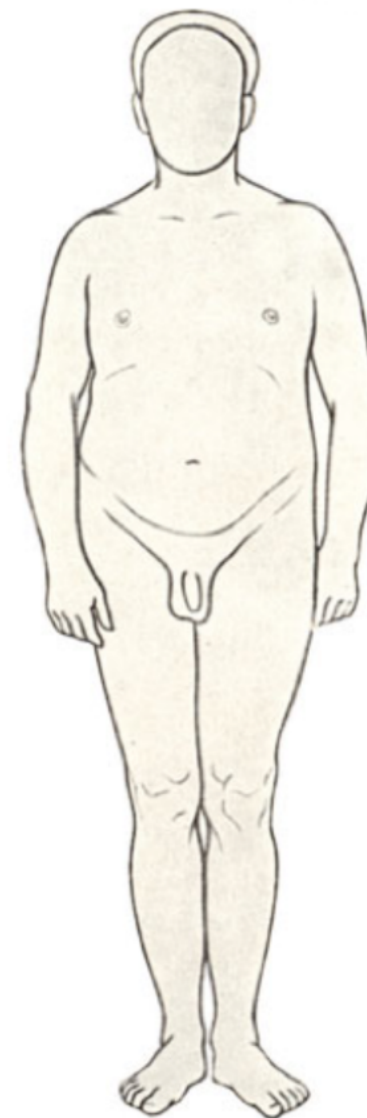
**leptosom**



**athletisch**



**eurysom**



**pyknisch**

**a) im jugendlich-erwachsenen Alter, Adolescentia**

**Abb. 1 a—c. Männliche Körperbautypen in verschiedenen Altersstufen**





# LA SCHIZOPHRÉNIE ET LE CORPS VÉCU (LEIB) - K. JASPERS

## Le corps vécu dans la schizophrénie

classification de Karl Jaspers  
« Allgemeine Psychopathologie », 1959, Manchester: University Press

conscience  
de  
l'existence  
corporelle

caractéris-  
tiques  
physiques  
du corps

autoscopie

négation de  
la  
corporalité

transmu-  
tation  
corporelle

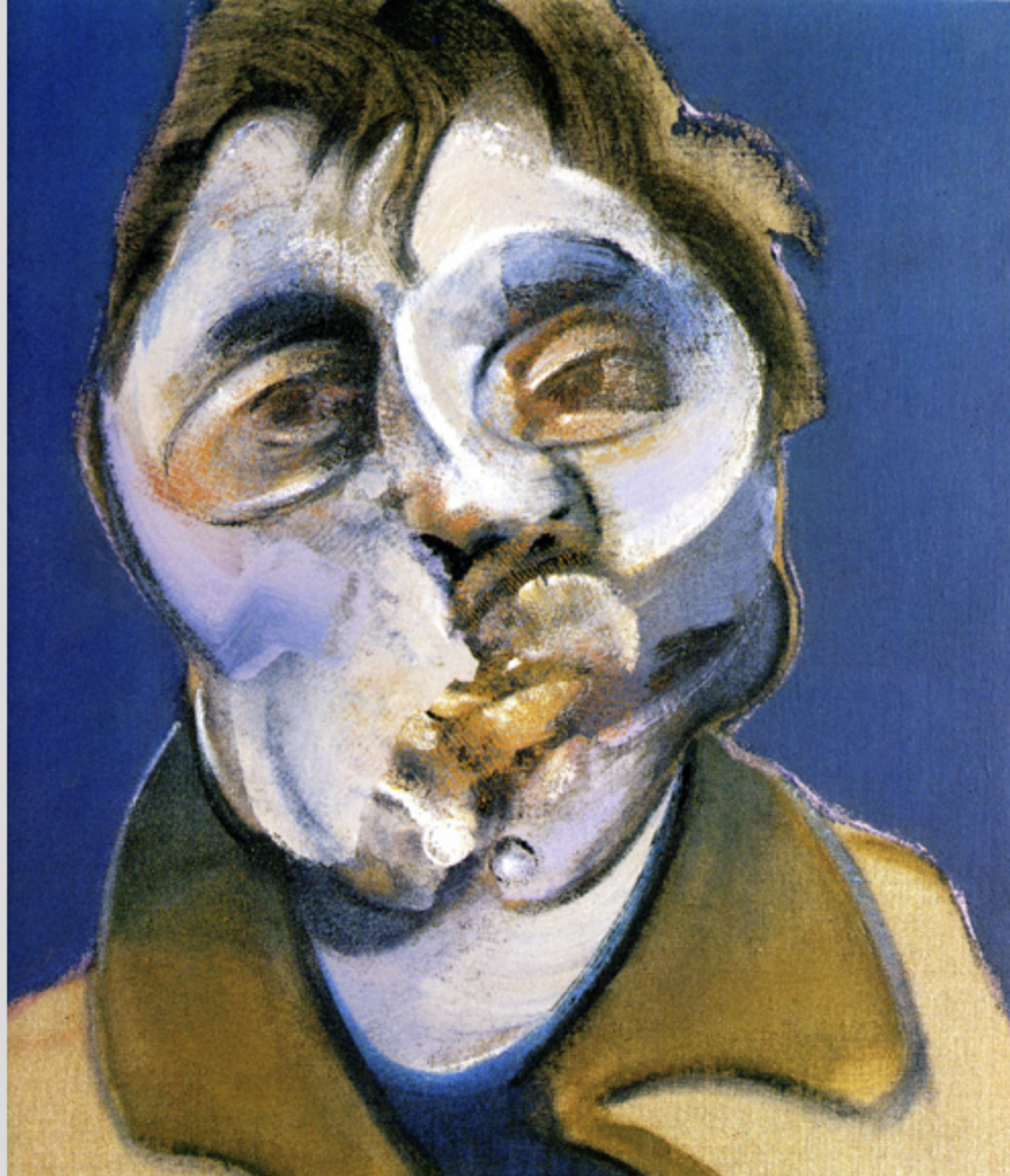
influence  
corporelle



influence  
corporelle

l'observe de l'extérieur  
une partie du corps ou  
pas à une tentative du  
e intime avec une telle  
nation visuelle.

ntègre la conscience de  
s situations où le Moi



Source : Francis Bacon, L. Trucchi, Abrams éd.

conscience  
de  
l'existence  
corporelle

A l'in



conscience  
de  
l'existence  
corporelle

caractéris-  
tiques  
physiques  
du corps

autoscopie

négation de  
la  
corporalité

transmu-  
tation  
corporelle

influence  
corporelle

**dépersonnalisation**: ne pas reconnaître sa propre voix ou son image; non-appropriation de certaines parties de son corps (leur appartenance à une autre personne)

**hallucinations musculaires**: impression d'être excessivement lourd ou au contraire très léger; sensation de bouger sur son lit, de bouger, alors que le corps est immobile

**pseudo-perceptions vestibulaires**: nausées; impression de flotter ou de marcher sur du coton



conscience  
de  
l'existence  
corporelle

caractéris-  
tiques  
physiques  
du corps

autoscopie

négation de  
la  
corporalité

transmu-  
tation  
corporelle

influence  
corporelle

modifications de taille: perception d'une modification de la taille de son corps et/ou des corps des personnes de son entourage; « *Moi, j'étais opéré plus de deux cents fois. C'est pour m'éviter de devenir un géant, un homme extraordinaire, un homme possédant deux cent mille poumons, quatre thorax et trois sortes de ventricules. Avec ces opérations, on a réussi à faire de moi un homme comme les autres* ».

modifications de consistance (pénétrabilité): sentiment d'être vide/plein, rétréci, pétrifié/desséché; sentiment d'avoir un membre en bois/plastique/verre



conscience  
de  
l'existence  
corporelle

caractéris-  
tiques  
physiques  
du corps

autoscopie

négation de  
la  
corporalité

transmu-  
tation  
corporelle

influence  
corporelle

**autoscopie:** le patient sent que son moi se divise et qu'une partie de lui-même l'observe de l'extérieur ou qu'il voit en face de lui l'image exacte de son schéma corporel (corps entier, une partie du corps ou encore un organe). La durée de cette hallucination est brève et elle ne résiste pas à une tentative du sujet d'en préciser un détail. Le patient peut éprouver une relation spirituelle intime avec une telle *image autoscopique*. Il peut s'agir d'une représentation ou d'une véritable hallucination visuelle.

« le dédoublement se présente comme une régression au moment où le sujet intègre la conscience de son propre corps et de ses relations avec l'autre; le sujet vit à nouveau ces situations où le Moi d'intéroceptif devient visuel (...) » Cf. stade du miroir (Jacques Lacan)

conscience  
de  
l'existence  
corporelle

caractéris-  
tiques  
physiques  
du corps

autoscopie

négation de  
la  
corporelité

transmu-  
tation  
corporelle

influence  
corporelle

A l'instar de certains patients dépressifs, les patients schizophrènes peuvent avoir l'impression qu'une partie de leur corps n'existe pas.

Ce sentiment peut s'accompagner du **syndrome de Cotard**.



conscience  
de  
l'existence  
corporelle

caractéris-  
tiques  
physiques  
du corps

autoscopie

négation de  
la  
corporalité

transmu-  
tation  
corporelle

influence  
corporelle

Certains patients schizophrènes ont l'impression qu'une partie de leur corps a été échangée avec celle d'une autre personne: « *On m'a enlevé trois côtes pour les greffer sur d'autres malades, mes yeux ont été greffés sur un organiste aveugle de naissance. Parfois, pendant mon sommeil, on m'enlève le coeur, l'âme et une partie de mon sang* ».

Impression d'être **androgyn**e: le cas du président Schreber, décrit par Freud en termes de « mutation sexuelle » (Schreber devient une femme que Dieu insémine pour concevoir une nouvelle humanité). Des femmes se représentent avec les organes sexuels masculins et, à l'inverse, les hommes se dessinent des seins et un utérus, tout en développant une conviction d'être capable de porter un enfant.



conscience  
de  
l'existence  
corporelle

caractéris-  
tiques  
physiques  
du corps

autoscopie

négation de  
la  
corporalité

transmu-  
tation  
corporelle

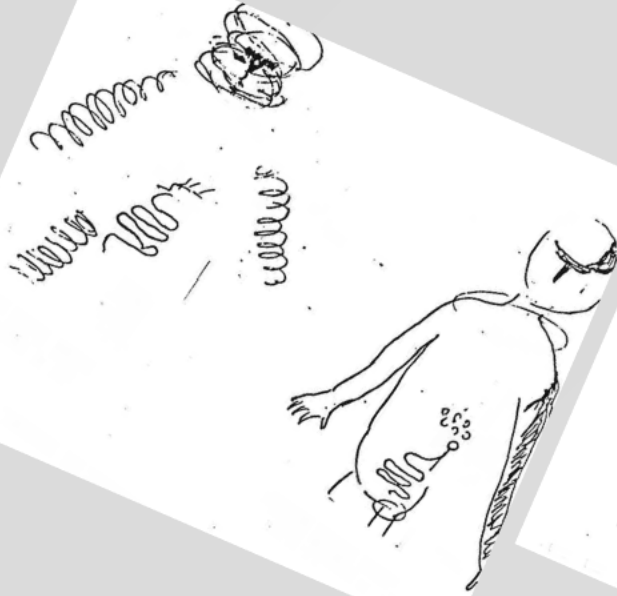
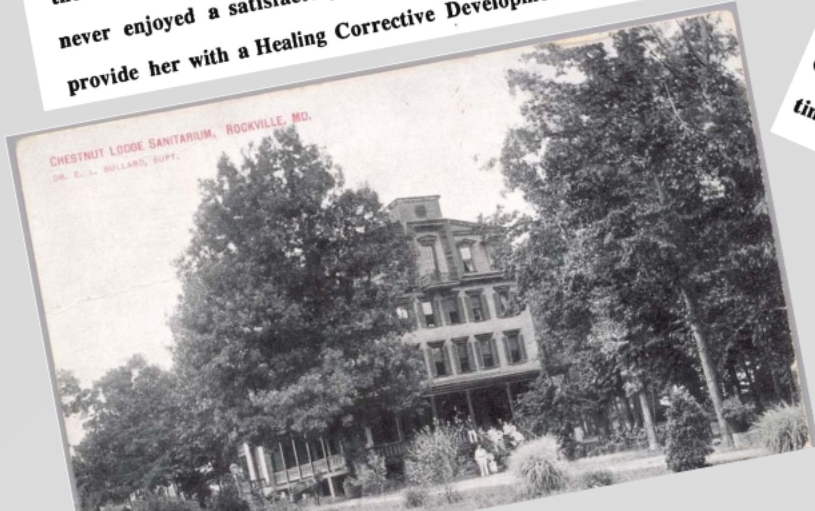
influence  
corporelle

Il est fréquent que le schizophrène est convaincu que son corps est l'objet d'un traitement particulier de la part de persécuteurs imaginaires (délire de persécution). Le sentiment de faiblesse / robustesse extraordinaires de leurs corps peut être expliqué par les patients en termes d'influence extérieure, telle la télépathie ou l'hypnose, ou encore en lien avec un appareil capable de contrôler leurs sentiments, leur volonté et leur corps (dans le cas du président Schreber, c'est Dieu en personne qui influençait son corps).

# LA SCHIZOPHRÉNIE ET LE CORPS VÉCU (LEIB) - M. WOODBURY

As a ward administrator and as a therapist, I was often impressed with the rapidity of the resolution of acute psychotic episodes while a patient was in a Body-Wrap (old term: Cold Sheet Wet Pack). I could observe definite evidence of a progressive cognitive reorganization brought about by the procedure.

Our hypothesis was that in the presence of a reasonably relaxed therapist touching her on the shoulder during the entire process, a Body-Wrap provides what most patients describe as a pleasant physical containment stimulating Body-Boundary and Body-Representation experience which frequently causes the patients to recollect early pleasant multisensorial cognition stimulating Lap-time relation with the mothering person (13). Given in that kind of atmosphere Body-Wraps were frequently requested by the patients themselves when threatened with psychotic panic. If the patient had never enjoyed a satisfactory Lap-time, the Wrap experience could provide her with a Healing Corrective Developmental Experience.



We conclude that the psychotic state can be understood as a disorganization of the Cognitive Framework which holds our minds together as our mothers held us in their laps. Structured Physical Contact techniques such as Body-Wraps can be conceptualized as Lap-time Corrective Developmental Experiences.

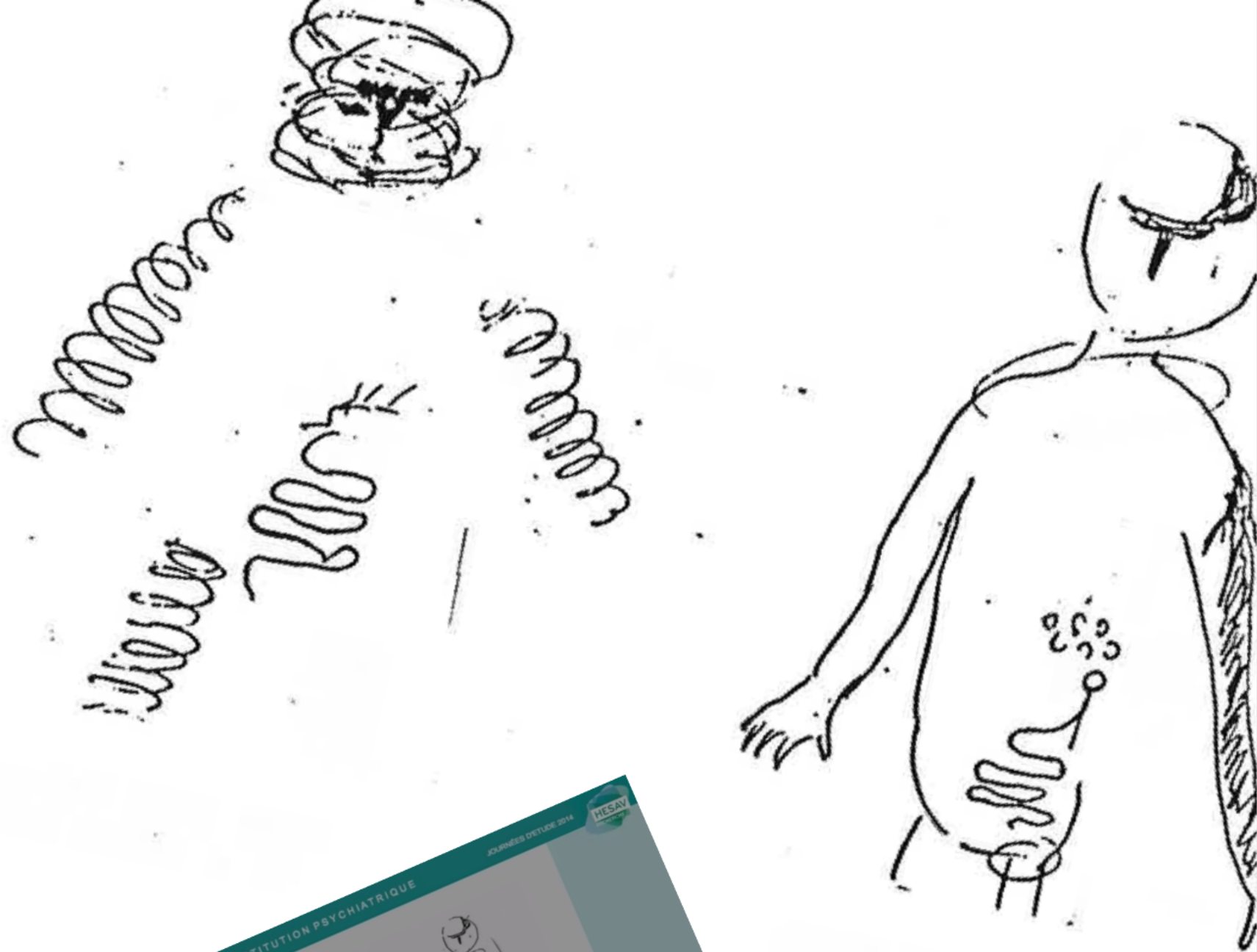




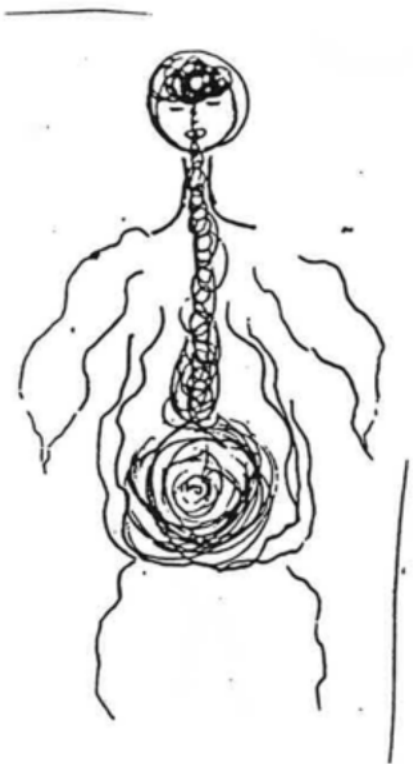
As a ward administrator and as a therapist, I was often impressed with the rapidity of the resolution of acute psychotic episodes while a patient was in a Body-Wrap (old term: Cold Sheet Wet Pack). I could observe definite evidence of a progressive cognitive reorganization brought about by the procedure.

Our hypothesis was that in the presence of a reasonably relaxed therapist touching her on the shoulder during the entire process, a Body-Wrap provides what most patients describe as a pleasant physical containment stimulating Body-Boundary and Body-Representation experience which frequently causes the patients to recollect early pleasant multisensorial cognition stimulating Lap-time relation with the mothering person (13). Given in that kind of atmosphere Body-Wraps were frequently requested by the patients themselves when threatened with psychotic panic. If the patient had never enjoyed a satisfactory Lap-time, the Wrap experience could provide her with a Healing Corrective Developmental Experience.

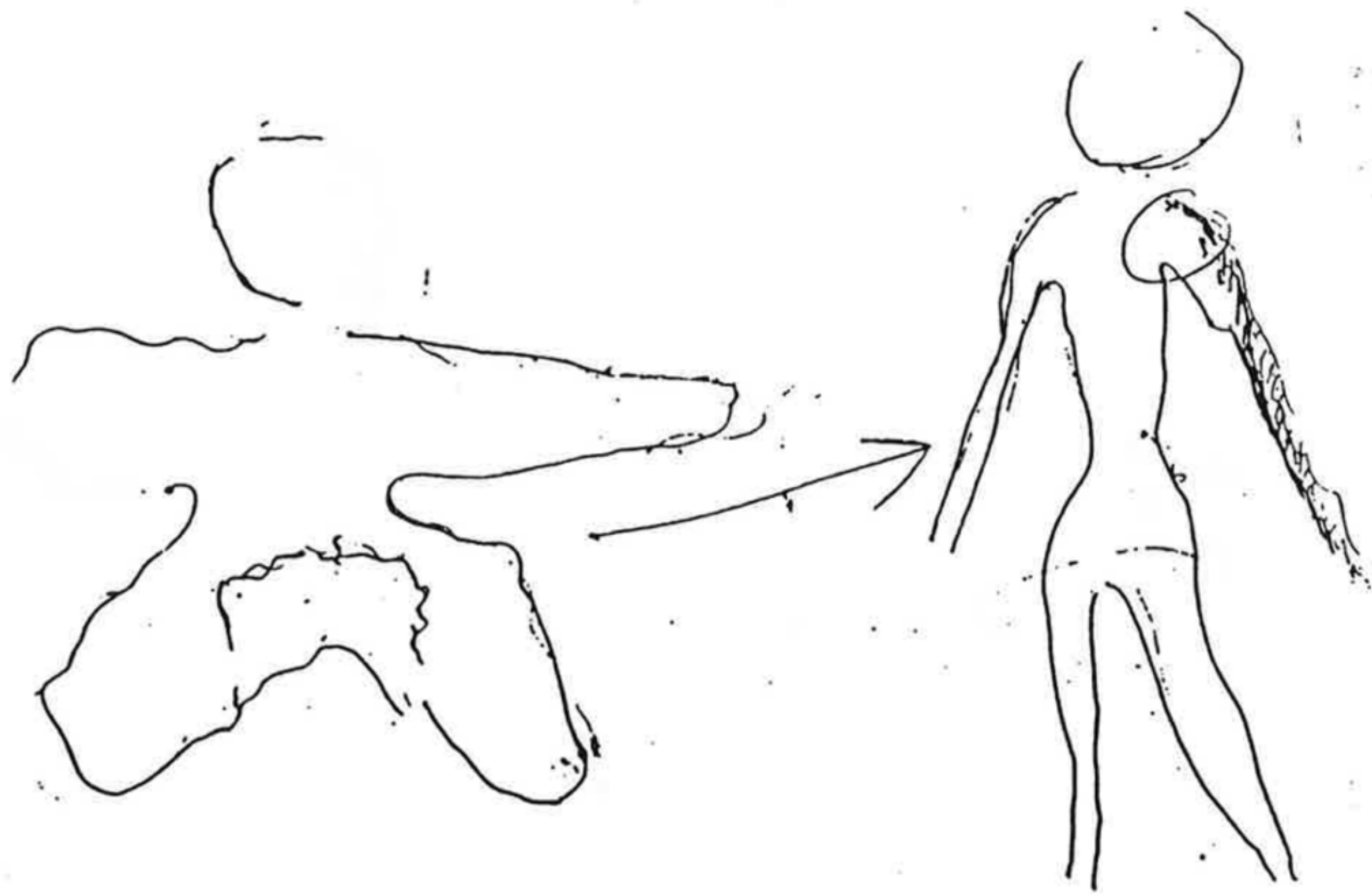
axed  
cess, a  
pleasant  
Body-







d as a  
r minds  
Physical



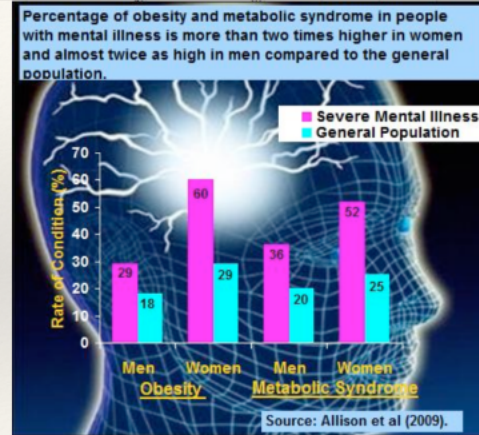


**We conclude that the psychotic state can be understood as a disorganization of the Cognitive Framework which holds our minds together as our mothers held us in their laps. Structured Physical Contact techniques such as Body-Wraps can be conceptualized as Lap-time Corrective Developmental Experiences.**

# LE CORPS (KÖRPER) DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

## Corps-témoin, corps affecté par la psychose... et la psychiatrie?

- ❖ les personnes avec la schizophrénie et les troubles bipolaires ont une espérance de vie plus courte de 25 ans par rapport à la population générale
- ❖ la mort par suicide représente 33% des décès dans cette population, tandis que 66% sont dus à des troubles cardio-vasculaires traitables et à des maladies pulmonaires et infectieuses
- ❖ les patients schizophrènes et bipolaires entre 24-44 ans présentent un risque de maladie cardiaque augmenté de 660% par rapport à la population générale dans la même fourchette d'âge



<http://www.nchpad.org/654/2633/Obesity~and~Mental~Illness>

## EFFETS SECONDAIRES EXTRAPYRAMIDAUX

INDUITS PAR LES NEUROLEPTIQUES / ANTIPSYCHOTIQUES

### DYSTONIE AIGUË

Contractions musculaires involontaires, soudaines, douloureuses et prolongées



J'ai les yeux qui plañonnent  
J'ai du mal à articuler  
Je n'arrive plus à ouvrir ou fermer la bouche, à avaler  
J'ai la langue qui sort  
J'ai un torticolis, j'ai mal au dos

### AKATHISIE

Sensation d'inconfort et de tension associée à un besoin impérieux de bouger



J'ai les jambes qui me démangent, qui picotent, qui se réveillent en permanence  
Je bouillonne de l'intérieur  
J'ai besoin de bouger tout le temps  
J'ai envie de bondir hors de mon corps

### PARKINSONISME

Ralentissement des mouvements, rigidité musculaire et tremblements



J'ai du mal à initier un mouvement quand je décide de bouger  
Je me sens ralenti-e, figé-e, je bave  
Je me sens raide  
J'ai les mains, les doigts ou la bouche qui tremble dès que j'arrête de bouger

### DYSKINÉSIE TARDIVE

Contractions musculaires lentes involontaires, stéréotypées et désordonnées



Je mâchonne, je mastique de façon automatique  
J'ai la langue qui sort, je grimace  
J'ai les mains qui bougent toutes seules  
Mon corps se balance  
Je piétine

### INTÉRÊT DES « CORRECTEURS » ANTICHOLINÉRIQUES

ex. tropatépine (LEPTICUR\*), biperidène (AKINETON LP\*), trihexyphényldyle (ARTANE\*, PARKINANE\*)

OUI

En urgence

NON

Pas de preuve d'efficacité

BOF

Souvent risques > bénéfices

NON

Facteur favorisant et/ou aggravant

### INTÉRÊT DE DIMINUER LA DOSE / CHANGER DE NEUROLEPTIQUE

ex. très pourvoyeurs : halopéridol (HALDOL\*), loxapine (LOXAPAC\*) vs. peu pourvoyeurs : quétiapine (XEROQUEL\*), clozapine (LEPONEX\*)

OUI

OUI

OUI

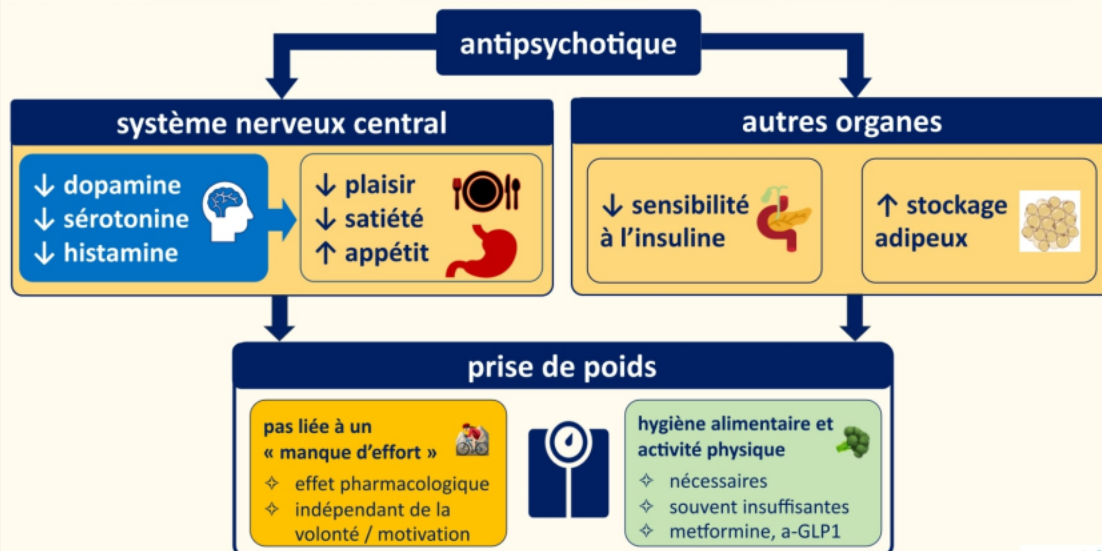
NON

Dr Igor THIREZ

Version 1.0 – schémas de J.B. Lohre et al. (2015)

09/01/2021

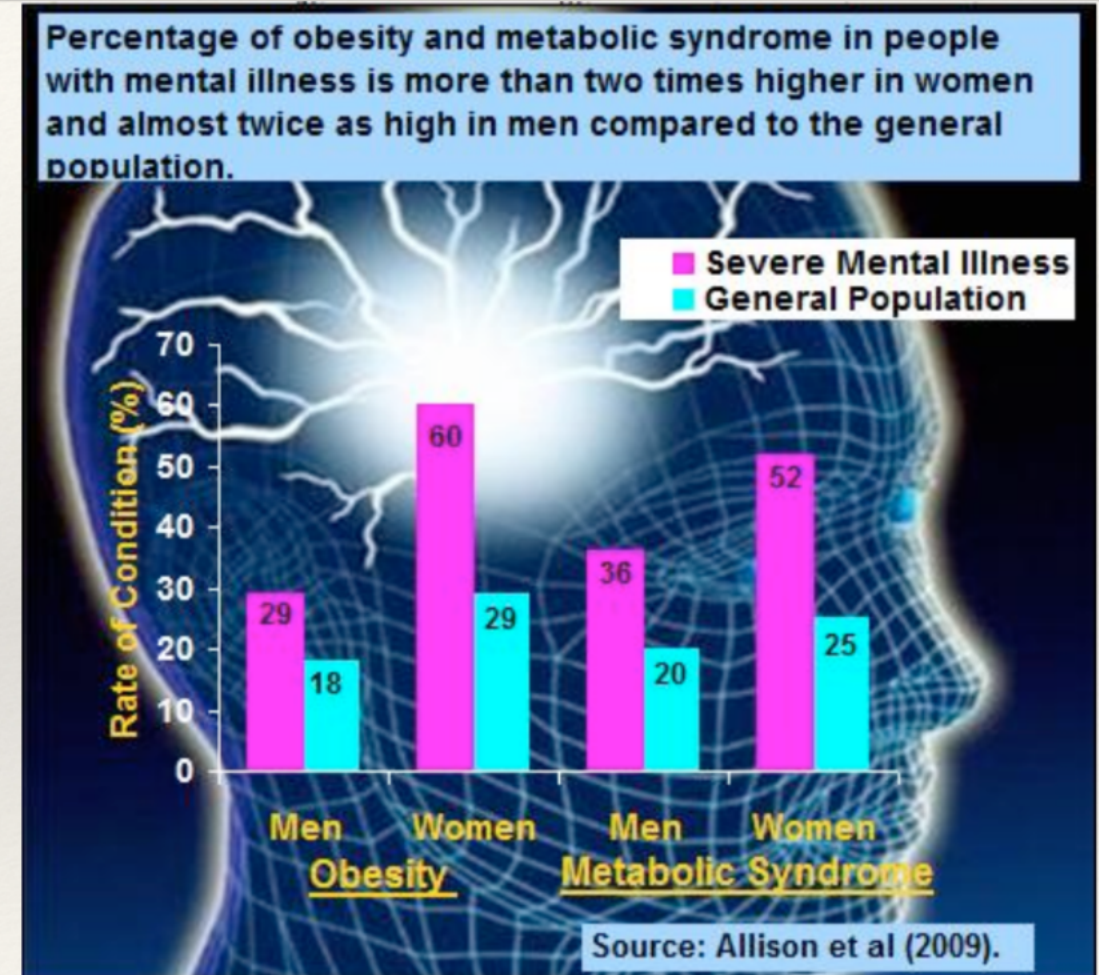
## Prise de poids liée aux antipsychotiques : quels mécanismes ?





# Corps-témoin, corps affecté par la psychose... et la psychiatrie?

- ❖ les personnes avec la schizophrénie et les troubles bipolaires ont une espérance de vie plus courte de 25 ans par rapport à la population générale
- ❖ la mort par suicide représente 33% des décès dans cette population, tandis que 66% sont dus à des troubles cardio-vasculaires traitables et à des maladies pulmonaires et infectieuses
- ❖ les patients schizophrènes et bipolaires entre 24-44 ans présentent un risque de maladie cardiaque augmenté de 660% par rapport à la population générale dans la même fourchette d'âge



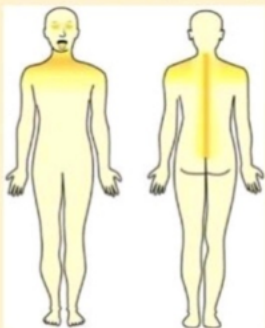


# EFFETS SECONDAIRES EXTRAPYRAMIDAUX

INDUITS PAR LES NEUROLEPTIQUES / ANTIPSYCHOTIQUES

## DYSTONIE AIGUË

Contractions musculaires involontaires, soudaines, douloureuses et prolongées



J'ai les yeux qui plafonnent  
J'ai du mal à articuler  
Je n'arrive plus à ouvrir ou fermer la bouche, à avaler  
J'ai la langue qui sort  
J'ai un torticolis, j'ai mal au dos

## AKATHISIE

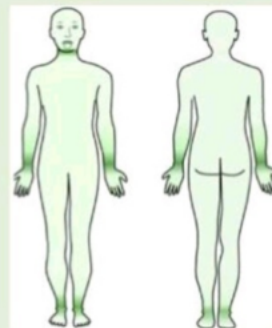
Sensation d'inconfort et de tension associée à un besoin impérieux de bouger



J'ai les jambes qui me démangent, qui picotent, qui se réveillent en permanence  
Je bouillonne de l'intérieur  
J'ai besoin de bouger tout le temps  
J'ai envie de bondir hors de mon corps

## PARKINSONISME

Ralentissement des mouvements, rigidité musculaire et tremblements



J'ai du mal à initier un mouvement quand je décide de bouger  
Je me sens ralenti-e, figé-e, je bave  
Je me sens raide  
J'ai les mains, les doigts ou la bouche qui tremble dès que j'arrête de bouger

## DYSKINÉSIE TARDIVE

Contractions musculaires lentes involontaires, stéréotypées et désordonnées



Je mâchonne, je mastique de façon automatique  
J'ai la langue qui sort, je grimace  
J'ai les mains qui bougent toutes seules  
Mon corps se balance  
Je piétine

## INTÉRÊT DES « CORRECTEURS » ANTICHOLINÉRGIQUES

ex. tropatépine (LEPTICUR®), bipéridène (AKINETON LP®), trihexyphénidyle (ARTANE®, PARKINANE®)

**OUI**

En urgence

**NON**

Pas de preuve d'efficacité

**BOF**

Souvent risques > bénéfices

**NON**

Facteur favorisant et/ou aggravant

## INTÉRÊT DE DIMINUER LA DOSE / CHANGER DE NEUROLEPTIQUE

ex. **très pourvoyeurs** : halopéridol (HALDOL®), loxapine (LOXAPAC®) vs. **peu pourvoyeurs** : quétiapine (XEROQUEL®), clozapine (LEPONEX®)

**OUI**

**OUI**

**OUI**

**NON**

# Prise de poids liée aux antipsychotiques : quels mécanismes ?

