



**“ Le délire verbal
schizophrénique
est une tentative
de guérison” (1)**

La schizophrénie

jacquesboulanger.com

(1) S. Freud. *L'inconscient*, 1915, p. 119

- Schizophrénie : psychose grave survenant chez l'adulte jeune, habituellement chronique, cliniquement caractérisée par des signes de dissociation mentale, de discordance affective et d'activité délirante incohérente, entraînant généralement une rupture de contact avec le monde extérieur et un repli autistique.
- Hypothèse étiologique : overdose d'angoisse entre 0 et deux ans ? Maladie génétique ? Maladie des autres ?
- Tentative de guérison par la création d'une néo-réalité, d'une réalité parallèle
- L'hallucination : retour du refoulé par la réalité
- Intoxication par les mots traités par des choses
- Un seul affect : angoisse innommable
- Une seule représentation : la persécution



**“Ce sont les
mots eux-mêmes
qui deviennent
objets du
processus
primaire” (1)**

(1) S. Freud. *L'inconscient*, 1915, p. 241

Les schizophrènes célèbres :

John Forbes Nash Jr, grand mathématicien, prix Nobel de science économique 37;

Syd Barrett, fondateur du groupe de rock psychédélique Pink Floyd, dont la schizophrénie a été accentuée par la consommation de LSD à la fin des années 1960.38

Vincent van Gogh, peintre et dessinateur hollandais de la deuxième moitié du dix-neuvième siècle, voir les Lettres à son frère Théo, même si ce diagnostic a souvent été contesté.

Bobby Fischer, champion du Monde d'Échecs 1972.

Robert Schumann, compositeur allemand de la période du Romantisme.

Hugo Wolf, compositeur austro-slovène.

Roberto Succo, tueur en série

Zelda Sayre Fitzgerald, peintre et écrivaine américaine, mariée à Francis Scott Fitzgerald. Sa maladie inspira à son mari le personnage de Nicole Diver dans *Tendre est la nuit*

Antonin Artaud, Poète, romancier, acteur, dessinateur, dramaturge et théoricien français du théâtre.



Exemple clinique I

Le cas John

- 14 ans.
- Première consultation en CE1 car il n'avait pas d'amis.
- Performances scolaires à hauteur de ses capacités intellectuelles
- Wisc : QI 150, résultats supérieurs, homogènes. Très bons résultats scolaires dans les matières scientifiques.
- Discours d'aspect délirant sur un monde archaïque et imaginaire. Thème prévalent de relation avec un personnage surnaturel. Armagédon, personnage bienveillant.
- Dymorphobie, "signe du miroir"
- Rêves prémonitoires
- Situe à il y a trois mois sa "bascule" dans le monde imaginaire, évoque ce qui ressemble à une a
- Hallucination auditive ("des voix").
- Dit se méfier de tout le monde à cause de ces forces malveillantes. Le discours imaginaire semble ordonné
- Veut devenir ingénieur, a de bons résultats dans les matières scientifiques
- Psychose ancienne, méconnue des parents ("*L'école n'aime pas les enfants qui pensent autrement*"), en train de s'organiser sur le mode schizophrène.



Exemple clinique 2

Le cas Pierre

- 27 ans, étudiant en psycho, malaise corporel, ex-toxicomane, depuis toujours “refuge dans l’imaginaire”, fantasmes sexuels crus, passages à l’acte agressifs
- Surinvestissement délirant du langage, notamment du vocabulaire psycho pour se décrire longuement.
- Histoire d’enfance chaotique, mère incestueuse, père violent
- Hallucinations auditives
- Addiction pornographique
- TS à 21 ans, à 22 ans, HP, Tt psychiatrique/Risperdal, Zoloft
- Dit se savoir “psychotique”
- Rêves archaïques violents
-

Plan

I Définition

- 1/ Étymologie
- 2/ Définition
- 3/ Historique

II Signes cliniques

- 1/ La forme classique
- 2/ Le DSM III
- 3/ Le DSM IV

III Etiopathogénie

- 1/ Théorie organogénétique
- 2/ Théorie psychogénétique
- 3/ Sociogénèse de la schizophrénie

IV Traitement

Exposé en deux parties

● **Vendredi 5 décembre**

I Définition

II Signes cliniques

● **Vendredi 12 décembre**

III Etiopathogénie

IV Traitement



Etymologie

Schizo : fente

Phrénie : esprit

“Esprit coupé”

Spaltung

étym. 1549; cisme XIIe ◇ latin religieux schisma, du grec skhisma « séparation », de skhizein « fendre »

Fente :

1 Ouverture étroite et longue, plus ou moins profonde, à la surface d'une matière solide. Fentes de l'écorce terrestre, d'une surface. è brisure, cassure, coupure, crevasse, déchirure,

2. faille, fissure.

▫ Anat. Séparation étroite, allongée, entre deux parties ou structures. Fente palpébrale. Fente vulvaire.

En allemand : Spaltung : division

Définition

- Etymologie
- **Définition**
- Historique

2

3

4

- Psychose grave
- Adulte jeune

Pourquoi n'est-elle pas là ?

Dissociation mentale

Discordance affective

- Délire
- Rupture avec le monde
- Repli autistique



- Psychose grave survenant chez l'adulte jeune, habituellement chronique, cliniquement caractérisée par des signes de dissociation mentale, de discordance affective et d'activité délirante incohérente, entraînant généralement une rupture de contact avec le monde extérieur et un repli autistique.
- **Définition de la psychose : schizophrénie, paranoïa, autisme.**
- Le psychiatre Kurt Schneider a essayé de répertorier les formes particulières des symptômes psychotiques que pouvaient produire les psychoses. Ils sont appelés *symptômes de premier rang* et comprennent :
 - - l'impression d'être contrôlé par une force externe,
 - - de ne plus être maître de sa pensée,
 - - le vol de la pensée,
 - - l'écho et les commentaires de la pensée,
 - - l'impression que la pensée est transmise à d'autres personnes,
 - - la perception de voix commentant les pensées ou les actions du sujet, ou d'avoir des conversations avec d'autres voix hallucinées en somme ce qui relève de l'automatisme mental de G.G. de Clérambault.
-

Epidémiologie

- Etymologie
- **Définition**
- Historique

2

3

4

1% de la population mondiale



• **Épidémiologie**

• Les schizophrénies touchent 1% de la population mondiale, sans variations notables d'un pays, d'une culture ou d'une époque à l'autre.

L'hérédité est un facteur qui accroît le risque à mesure que le bagage génétique augmente. Ainsi, l'enfant naissant voit son risque augmenter de :

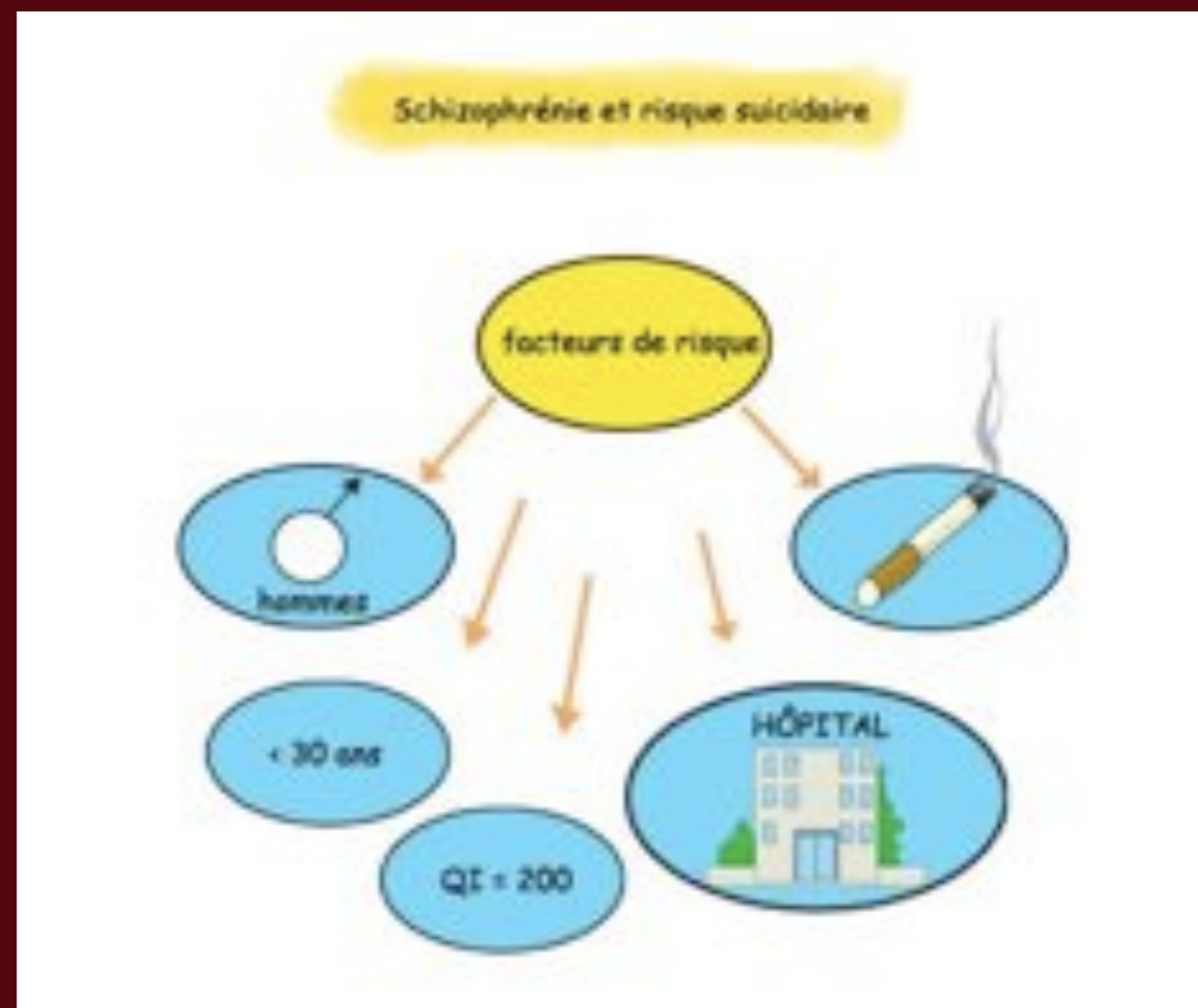
- 5 % s'il a un parent du deuxième degré (oncle, tante, cousin, cousine) qui souffre de schizophrénie ;
- 10 % s'il a un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur) ;
- 10 % s'il a un jumeau différent qui souffre de schizophrénie ;
- 40 % s'il est enfant de deux parents schizophrènes ;
- 50 % s'il a un jumeau identique qui souffre de schizophrénie.

• Des formes de schizophrénie pourraient avoir pour cause une infection prénatale. C'est la réponse immunitaire et non le virus (ni un gène de prédisposition activé par l'infection virale) qui affecterait la formation du cerveau

• Rôle de la dopamine



Le risque suicidaire 10% X 1000



- En France, le taux de suicide est de 16,2 pour 100 000 habitants (0,0016%)
- Le suicide est la première cause de mortalité chez les schizophrènes. 10 à 13% se suicident et environ 20 à 40% font des tentatives de suicide. Deux tiers de ces suicides ont lieu durant les six premières années d'évolution de la maladie, ce qui fait de cette période celle où le risque est le plus grand².
- Un certain nombre de facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire chez le patient schizophrène ont été proposés:
 - Sévérité de la maladie
 - Sexe masculin
 - Age inférieur à 30 ans
 - Célibat
 - Absence d'emploi ou d'activité
 - Quotient intellectuel élevé et espoirs importants de réussite scolaire et professionnelle avant le début de la maladie
 - Maladie évoluant depuis moins de six ans
 - Hospitalisation récente
 - Forme clinique marquée par un délire paranoïde au premier plan
 - Difficultés dans la vie de groupe et isolement social
 - Antécédents d'épisodes dépressifs, de tentatives de suicide, d'usage de drogues.
- Ainsi, chez les schizophrènes masculins dont la maladie a débuté à l'adolescence, 21.5% soit plus d'un sur cinq se suicident



- Étymologie
 - I** - **Définition**
 - Historique
- 2 3 4

Le risque hétéro agressif

- **Pau, 17/12/2004**
- **Grenoble, 13/11/2008**
- **Rare !**
- **Même taux de risque que la population totale**
- **Plus violentés que violents**

- **Pau, 17/12/2004.** Les experts ont estimé que le discernement de Romain Dupuy, un jeune homme souffrant de troubles psychiatriques, était «aboli» lorsque dans la nuit du 17 au 18 décembre 2004, il a tué à l'arme blanche une infirmière et une aide-soignante au Centre hospitalier des Pyrénées.
- **Grenoble, 13/11/2008.** Le schizophrène, un homme de 56 ans, était interné à l'hôpital de Saint-Egrève (Isère). Il avait déjà des antécédents d'attaques similaires. Il avait ainsi poignardé un SDF en 1989, et il avait récidivé sur un patient en 1995, après justement s'être échappé d'un hôpital. Enfin, il avait encore poignardé un pensionnaire d'une maison de retraite en 2006. Cette fois, c'est un étudiant de 25 ans qui a été blessé mortellement dans une rue de Grenoble.

D'autre part, une partie de la presse généraliste a pris l'habitude d'associer schizophrénies et comportements dangereux ou hétéroagressifs. En réalité, bien qu'il arrive effectivement que des patients schizophrènes aient des conduites dangereuses, cela reste relativement rare. Le taux d'actes de violence n'est pas plus élevé au sein de la population schizophrène qu'au sein de la population totale. Enfin, l'affection est un facteur de vulnérabilité en soi et elle expose donc les schizophrènes à la violence sociale : les statistiques montrent que ces derniers ont une espérance de vie moins élevée que celle de la population totale.



• Histoire de la folie

• 1860 : MOREL

“Démence précoce”

• 1863 : KAHLBAUM

“Hébéphrénie”

• 1908 : BLEULER

“Schizophrénie”

1/ Histoire de la folie (Michel Foucault, 1961) :

- Antiquité, Hippocrate (humeurs), Galien (tempéraments)
- Moyen Age, possession démoniaque, hérésie, exorcisme, pèlerinages, salles spéciales dans les hôpitaux, puis 1650 enfermement des fous,
- Pinel 1826, abolition des chaînes, première classification des maladies mentales
- Esquirol, 1860, lois protégeant les malades mentaux
- Augustin MOREL, 1860, « Démence précoce »
- Ludwig KAHLBAUM, 1863, « Hébéphrénie », « Catatonie »
- Emile KRAEPELIN, Munich, 1899, « Démence précoce »

2/ Histoire de la schizophrénie

- Eugèn BLEULER, Zurich, 1908, création de l'entité « Schizophrénie » (Cf grec, schizo), dont le noyau central est la dissociation mentale, la *Spaltung*, mot emprunté à la psychiatrie du XIX^e s. repris par FREUD et JANET. Il est l'inventeur du mot « autisme », avant que Léo Kanner ne découvre la spécificité de ce trouble infantile précoce du développement en 1943, après Mélanie Klein (le cas Dick, 1930)
- « *Je nomme la démence précoce schizophrénie parce que, comme j'espère le démontrer, la dislocation des diverses fonctions psychiques est un de ses caractères les plus importants. Pour la commodité, j'emploie le mot au singulier bien que le groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies* ». BLEULER, 1911, in *La démence précoce, ou le groupe des schizophrénies*.

3/ Le groupe des schizophrénies :

- forme paranoïde (délire prédominant)
- catatonie (expression motrice)
- hébéphrénie (asthénie))
- forme simple (mineure)
- USA : extension du terme à toutes les psychoses délirantes, paranoïa exceptée.
- France, Henri EY, « *Transformation profonde et progressive de la personne, qui cesse de construire son monde en communiquant avec autrui pour se perdre dans une pensée autistique, c'est-à-dire dans un chaos imaginaire* ».



Diagnostic

- **La forme classique**
- **Le DSM III**
- **Le DSM IV**

- Le diagnostic est psychiatrique. Il n'existe pas de test de dépistage biologique ou d'imagerie médicale permettant d'émettre un diagnostic positif de schizophrénie.
- D'abord éliminer un trouble somatique : Il convient également d'éliminer des causes organiques par exemple : Notamment toxiques (par exemple : l'intoxication chronique au cannabis et ses conséquences amotivacionnelles...), l'épilepsie, la présence d'une tumeur au cerveau, les troubles endocriniens thyroïdiens, de même que d'autres affections physiques qui provoquent des symptômes apparemment analogues à ceux de la schizophrénie, telles l'hypoglycémie et la maladie de Wilson. Il faut également établir clairement qu'il ne s'agit pas d'un trouble bipolaire ou de toute autre psychose ou syndrome démentiel. Enfin, certains troubles de la personnalité peuvent être trompeurs pour les profanes ou en début d'évolution.
- Les critères diagnostiques utilisés peuvent être ceux des classifications internationales : DSM et Classification internationale des maladies CIM-10. Dans ce cas le diagnostic repose sur le recueil d'une liste de symptômes cliniques qui doivent être réunis pour qu'une personne soit « qualifiée » de schizophrène : tout dépend à la fois de la présence et de la durée de certains signes ou symptômes. *dans un chaos imaginaire ».*

La forme classique de la schizophrénie



- **Discordance**
- **Ambivalence**
- **Autisme**

Les symptômes minimaux : OMS, 1986 : le diagnostic se fait sur ces trois signes minimums : discordance, ambivalence, autisme.

La forme classique, bleulérienne.

1. La discordance

Appelée aussi *dissociation intrapsychique*. Perte du sentiment d'unité du moi. Les associations mentales deviennent aléatoires.

Décrite par Ph CHASLIN en 1912 (*Éléments de sémiologie et de clinique mentales*) :

- Absence de rapports entre les symptômes (incohérence)
- Défaut d'harmonie entre représentations mentales, affects et expression psychomotrice.
- « *Emancipation du langage* » : le langage lui-même est discordant : les mots et phrases prononcés n'expriment plus la pensée du malade (stéréotypies verbales, néologismes : « *Schizophasie* »).
- Egarement de la pensée, ralentissement idéique, effacement (*fading*)
- *Spaltung* de BLEULER, perte de l'enchaînement logique de la pensée.

2. L'ambivalence

- « *Dislocation des facultés sensibles* » de BLEULER.
- Unité paradoxale d'affects opposés (amour/haine), de sentiments contraires qui, normalement, ne peuvent être vrais en même temps.
- Véritable fragmentation de l'affectivité.
- Impulsions et actes dans un vécu contradictoire.

3. L'autisme

- Repli totale sur soi
- Fuite de la réalité
- BLEULER notait que ce tableau se rapprochait de l'auto-érotisme décrit par FREUD, mais avec une signification beaucoup plus extensive.
- Versant négatif, pseudo-déficitaire (indifférence, désintérêt, désinvestissement, apragmatisme)
- Versant positif, imaginaire et délirant (hypermnésie autistique, délire vaste, mal systématisé, associé à une activité hallucinatoire multisensorielle).



Le DSM III

- **D'abord le délire**
- **Nombreuses formes cliniques**

Le DSM III (1980, USA). Cf en France classification de Mises. Cf la CIM 10 au niveau de l'OMS (1992 ; commencée en 1893). Par rapport à la description bleulérienne initiale, la prise en compte des troubles délirants et hallucinatoires est plus importante.

Le psychiatre allemand Kurt SCHNEIDER en fait des symptômes de premier rang : hallucinations auditives, sensations corporelles imposées, imposition de la pensée, divulgation de la pensée, impulsions.

Le DSM III propose pour le diagnostic de schizophrénie des critères regroupés en six chapitres.

- Dans le premier chapitre, on considère qu'au moins un de ces signes doit être présent pour autoriser le diagnostic : idées délirantes (bizarres), délire somatique, délire de grandeur, délire religieux ou nihiliste, délire de persécution ou de jalousie, hallucinations auditives, incohérences, retrait affectif, catatonie.
- Les cinq autres chapitres concernent d'autres caractéristiques dont l'association avec les symptômes précédents est exigée : détérioration sociale, persistance des troubles pendant au moins six mois, absence de syndrome dépressif ou maniaque, début avant 45 ans, absence de maladie somatique.
- Les prodromes : isolement social, inadaptation au travail, inadaptation aux soins, bizarreries de comportement, discours hermétique, métaphysique, bizarreries d'idéations (superstition, télépathie, occultisme ...).

Diagnostic parfois compliqué par les formes cliniques nombreuses de la maladie.

Le DSM reconnaît une forme principale, bleulérienne, une forme psychomotrice, une forme délirante « paranoïde », une forme indifférenciée.

Le DSM distingue quatre grands types d'évolution de la schizophrénie : sub-chronique (6 mois à deux ans), chronique (plus de deux ans), avec poussées aiguës, et une rémission complète (forme dite résiduelle, ou « blanche », asymptotique, rendue célèbre par les pratiques de la psychiatrie soviétique).



Le DSM IV

- **Troubles cognitifs**
- **Symptômes positifs**
- **Symptômes négatifs**

Le DSM-IV (1993, Association américaine de psychiatrie)

Depuis 15 ans, les symptômes peuvent être présents de façon isolée ou associée, et une évolution de plus de six mois de la symptomatologie permet de proposer un diagnostic qui nécessite par ailleurs d'éliminer une organicité.

1/ Les **troubles cognitifs** sont souvent les premiers symptômes qui apparaissent chez le schizophrène. On les appelle aussi symptômes annonciateurs. Ce sont ces troubles qui entraînent les difficultés de socialisation chez une personne atteinte.

Troubles d'attention, de concentration, manque de tolérance à l'effort : Le schizophrène prend du temps à répondre aux questions, à réagir aux situations demandant une réponse rapide. Il n'est plus capable de suivre ses cours, de se concentrer sur un film.

Troubles de mémoire : Le schizophrène oublie de faire des tâches de la vie quotidienne (faire ses devoirs, aller à ses rendez-vous), a de la difficulté à raconter ce qu'il lit, à se rappeler ce que les autres disent ou à suivre une conversation. Sa mémoire autobiographique est affectée : il oublie plusieurs moments de son histoire personnelle. Sa mémoire de travail fonctionne plus difficilement : il est incapable de faire plusieurs tâches en même temps en se souvenant où il est rendu dans chacune d'elles.

Troubles des fonctions exécutives : Les fonctions exécutives sont essentielles à tout comportement dirigé, autonome et adapté, comme préparer un repas. Le schizophrène a de la difficulté à conceptualiser les gestes nécessaires à la réalisation d'une tâche, à anticiper les conséquences ; il manque de planification, d'organisation des séquences d'actions pour réaliser un but et manque également de flexibilité, de discernement, de vérification, d'autocritique.

Alors qu'ils se présentent en premier, ces symptômes annonciateurs persisteront plus longtemps que les symptômes aigus.

(signes positifs et négatifs : Cette classification a été introduite par Andreassen dans les années 1980.)

2/ Les **symptômes aigus (positifs)** se manifestent habituellement au début de l'âge adulte, entre 17 et 23 ans chez les hommes et entre 21 et 27 ans chez les femmes. Ils sont dits « positifs » parce qu'il s'agit de manifestations qui s'ajoutent aux fonctions mentales normales. C'est leur présence qui est anormale.

Hallucinations : ce sont des perturbations des perceptions le plus souvent auditives (le schizophrène entend une voix qui fait des commentaires ou profère des insultes, des menaces), mais parfois aussi visuelles, olfactives ou tactiles.

Délires : ce sont des erreurs de jugement logique. Le schizophrène s'imagine que la personne qui le regarde dans l'autobus ou qui le croise dans la rue est là pour l'espionner ; il se sent surveillé, persécuté, en danger



Le DSM IV (suite)

Dysfonctionnement social

Durée : 6 mois

B) Dysfonctions sociales ou d'occupation professionnelle :

Si pendant une durée significative depuis le commencement des troubles, l'un des domaines liés aux relations sociales comme l'activité professionnelle, les relations interpersonnelles ou l'hygiène, sont nettement réduites par rapport à la situation antérieure.

C) Durée :

Les signes continus du trouble persistent pendant au moins six mois : cette période doit inclure au moins un mois de symptômes (ou moins en cas de traitement réussi) correspondant aux critères de type **A**.



- **Type I :**
 - **début brutal**
 - **fonctions intellectuelles conservées**
 - **réponse positive aux neuroleptiques**
 - **augmentation des récepteurs dopaminergiques D2**
 - **absence de troubles déficitaires**
- **Type II :**
 - **début insidieux**
 - **détérioration intellectuelle**
 - **élargissement des ventricules cérébraux**
 - **mauvaise réponse aux neuroleptiques**
 - **nombreux troubles déficitaires**

Ecole américaine

Tim CROW, 1980, tenant de la psychiatrie génétique, propose une classification des schizophrénies en type I (productif) et type II (déficientaire) en fonction de l'image IRM, d'étude sur le fonctionnement dopaminergique et de données psychopharmacologiques.

On a ainsi :

- **Type I :**
 - début brutal
 - fonctions intellectuelles conservées
 - réponse positive aux neuroleptiques
 - augmentation des récepteurs dopaminergiques D2
 - absence de troubles déficitaires
- **Type II :**
 - début insidieux
 - détérioration intellectuelle
 - élargissement des ventricules cérébraux
 - mauvaise réponse aux neuroleptiques
 - nombreux troubles déficitaires

Pour Crow :

- Symptômes positifs : dysfonctionnement dopaminergique
- Symptômes négatifs : modification structurale cellulaire au niveau du cerveau

CROW a mis en exergue la triade majeure : émoussement affectif, pauvreté du langage, aboulie. Ces signes sont opposés aux symptômes positifs : délire, hallucination, incohérence de la pensée.

École scandinave

Échelle "SANS" (*Scale for the Assessment of Negative Symptom*)

Symptômes négatifs, comportant cinq dimensions :

- **retrait affectif**
- **alogie (pauvreté du discours)**
- **avolition-apathie**
- **anhédonie-retrait social**
- **inattention sociale**

1. École scandinave

N. ANDREASEN ET S. OLSEN (1985), s'inspirant du néo-jacksonisme (dissolution des niveaux supérieurs et libération des fonctions plus anciennes) reprennent la classification en signes positifs et négatifs. Ils créent un échelle d'évaluation célèbre, la SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptom*) pour les symptômes négatifs, comportant cinq dimensions : retrait affectif, alogie (pauvreté du discours), avolition-apathie, anhédonie-retrait social, inattention sociale.

Etiopathogénie de la schizophrénie

Trois théories

1. Organogénèse
2. Psychogénèse
3. Sociogénèse

Slide 20. Etiopathogénie de la schizophrénie

Trois théories :

- Organogénèse
- Psychogénèse
- Sociogénèse



I/ Théorie organo génétique

Biochimie du cerveau

Slide 21. Théorie organogénétique

Il s'agit d'une atteinte somatique cerveau, ce que pensaient Kraepelin et Bleuler.

- Antiquité, Hippocrate (humeurs), Galien (tempéraments)
- Origine tissulaire (histologie) : « Démence épithéliale » de M KLIPPEL, 1904.
- Origine anatomique : modifications à l'IRM : agrandissement du III^e ventricule et des ventricules latéraux, atrophie de l'hippocampe. Cf 1990, étude de W. Saddath de jumeaux monozygotes dont l'un est schizophrène.
- Origine infectieuse : Victor MALIS, neurologue russe, était persuadé d'une origine infectieuse et aurait isolé un « schizocoque ». Henri BARUK, 1932, reproduction expérimentale des signes clinique par injection de toxine de colibacille.
- Origine toxique : « Du haschich et de l'aliénation mentale » Jacques Moreau de Tours 1845.
- Origine métabolique : BUSCAINO, 1957, « Toxicose aminique ». Reproduction expérimentale par la Mescaline, le LSD. La maladie serait due à une intoxication par les substances indoliques d'origine endogène (le tryptophane est décarbonisé en adrénaline, tyrosine et indoléthylamine).
- Consensus actuel sur une origine biochimique au niveau du cerveau. Cf C. Dejours, excès de dopamine-délire. Le problème actuel est de savoir si le trouble des neuromédiateurs (excès de dopamine) est cause ou conséquence ...
- Origine génétique : David Kaplan, il existe une « vulnérabilité » héréditaire. R.M. MURRAY, prévalence d'enfants schizoïdes chez les jumeaux schizophrènes. Etude danoise de Schulsinger (1980), rapports entre schizophrénie et borderline. Le consensus actuel veut que **la vulnérabilité seule est héréditaire.**

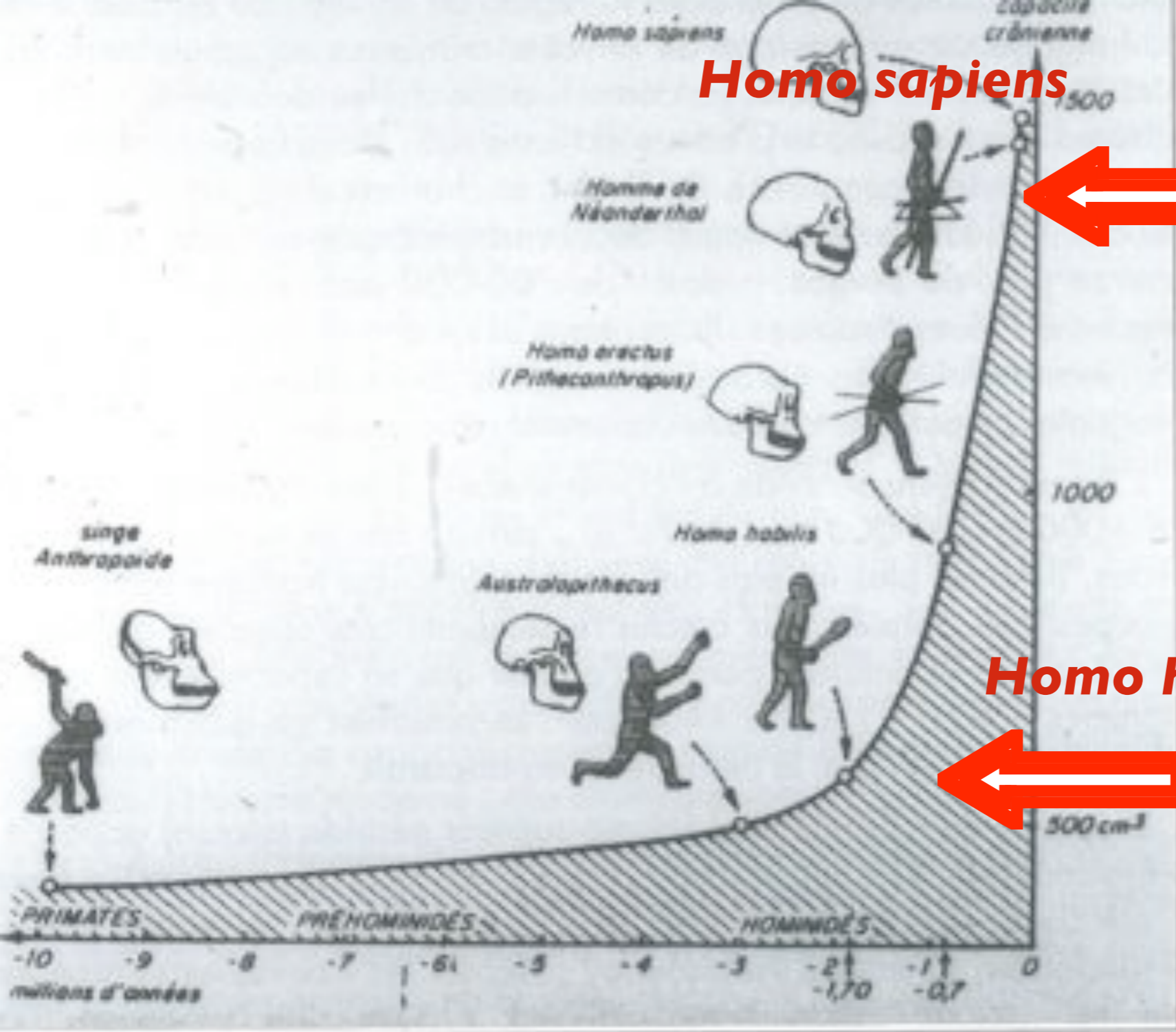


Fig. 14. Croissance accélérée du crâne des Hominidés

1 2 3 Etiopathogénie 4

Rappel historique

Homo habilis

Croissance accélérée du crâne des hominidés

Slide 22. Croissance du crâne des hominidés
Le savoir est venu par le savoir faire (homo habilis, homo sapiens)

Evolution du cerveau des vertébrés

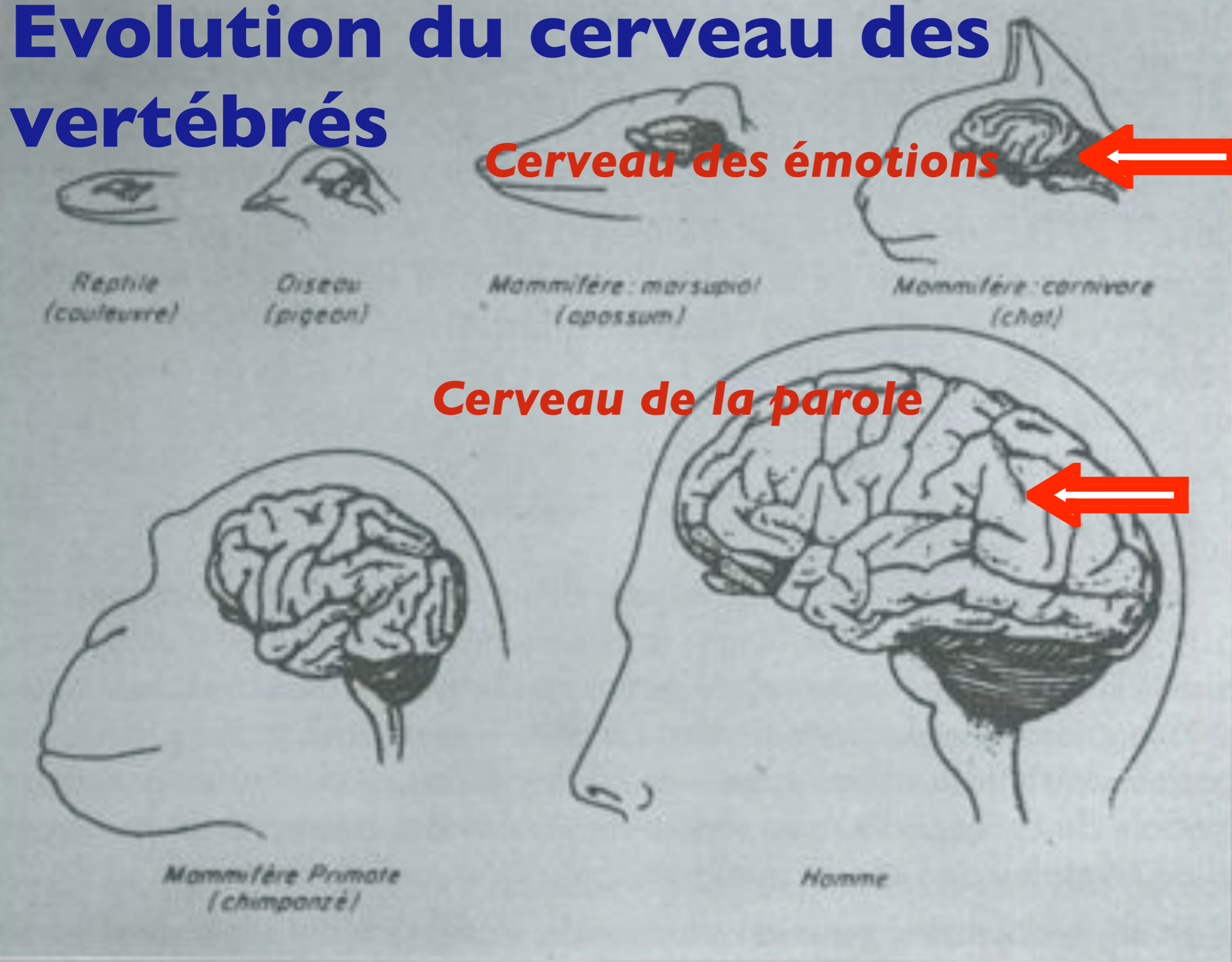
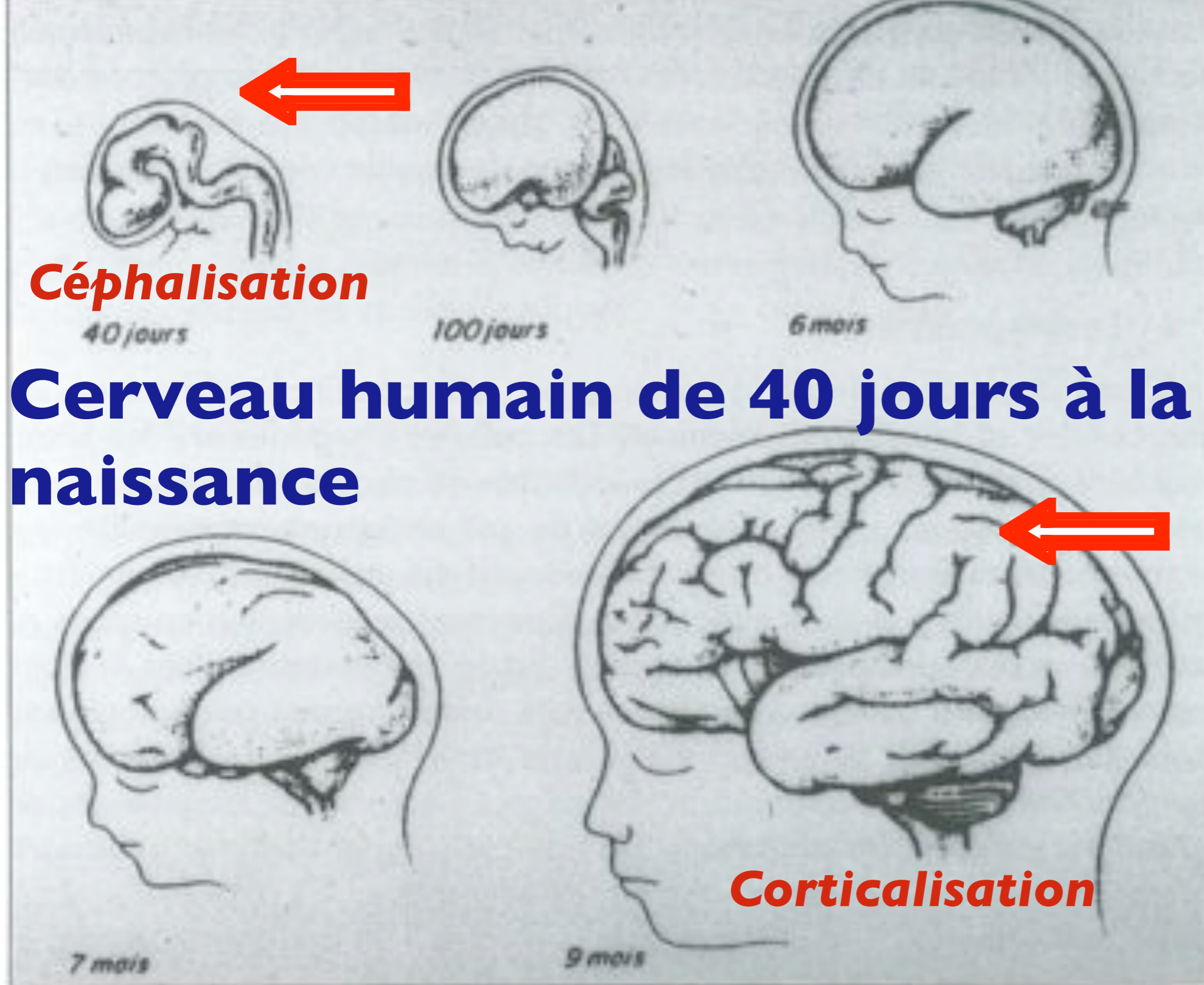


Fig. 12. Évolution du cerveau des Vertébrés

Slide 23 : Évolution du cerveau des vertébrés

Le cerveau des émotions à partir des mammifères, cerveau de la parole chez l'homme.



Ernst
Haeckel
(1896)

Cerveau humain de 40 jours à la naissance

Fig. 17. Cerveau humain de 40 jours à la naissance.
Jusqu'à la 7^e semaine, la ressemblance est grande avec l'embryon des Poissons et des Amphibiens

L'organogenèse refait la phylogenèse

Slide 24. Cerveau humain de 40 jours in utero jusqu'à la naissance.

Jusqu'à la 7^e semaine, la ressemblance est grande avec l'embryon des poissons et des amphibiens.

L'ontogenèse refait la phylogenèse :

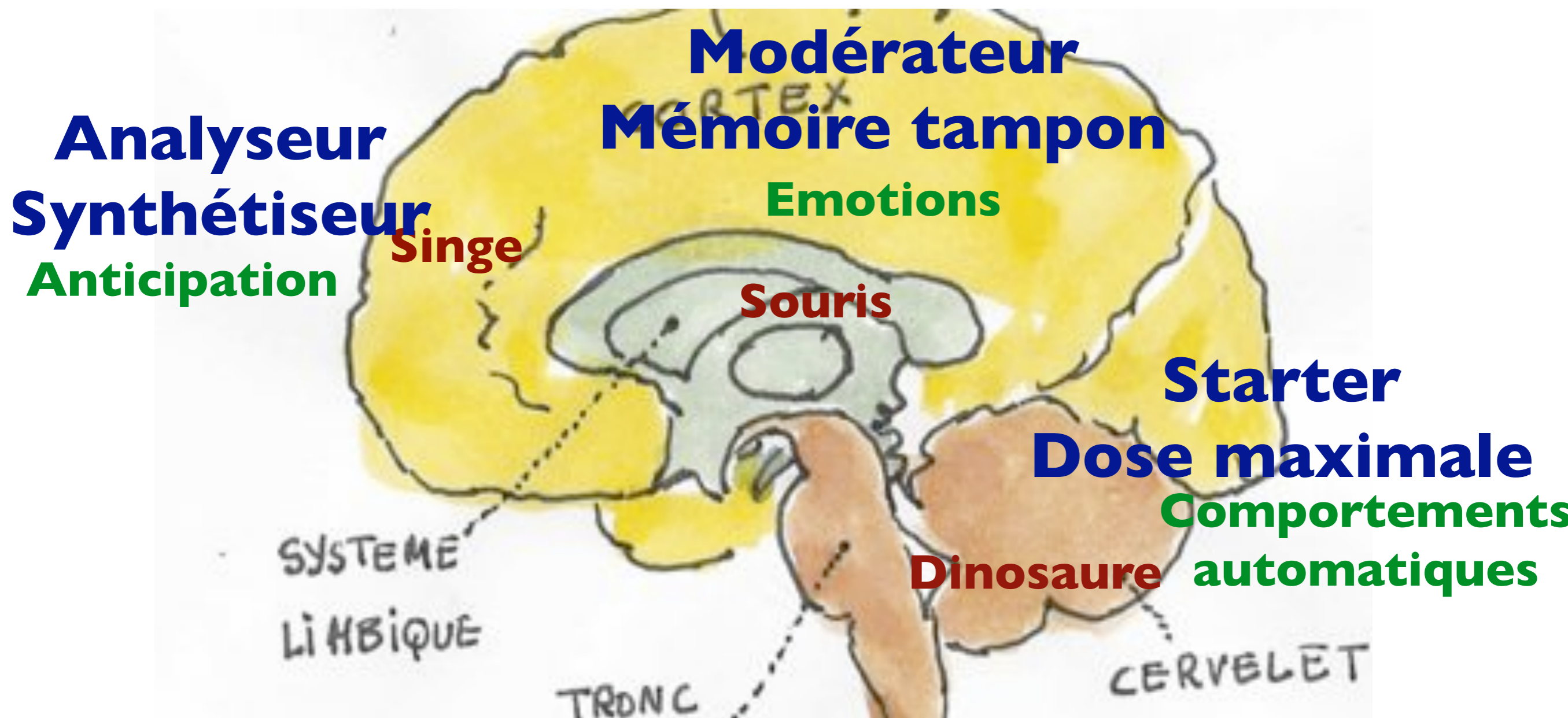
Dans son livre, Changeux retrace d'abord l'histoire de la connaissance du cerveau à travers les âges, puis les différents stades évolutifs de la phylogenèse du cerveau (céphalisation, corticalisation).

Changeux fait référence à la théorie de la recapitulation d'Ernst Haeckel (1896) que le jeune Freud darwinien affectionnait, mais dont, finalement, il se méfia.

Changeux attire notre attention sur la dernière trouvaille de l'évolution : l'hypertrophie récente du lobe frontal, siège des fonctions cérébrales supérieures.

Mac Lean, 1960

Les trois cerveaux de l'homme



Slide 25. Mac Lean, les trois cerveaux de l'homme

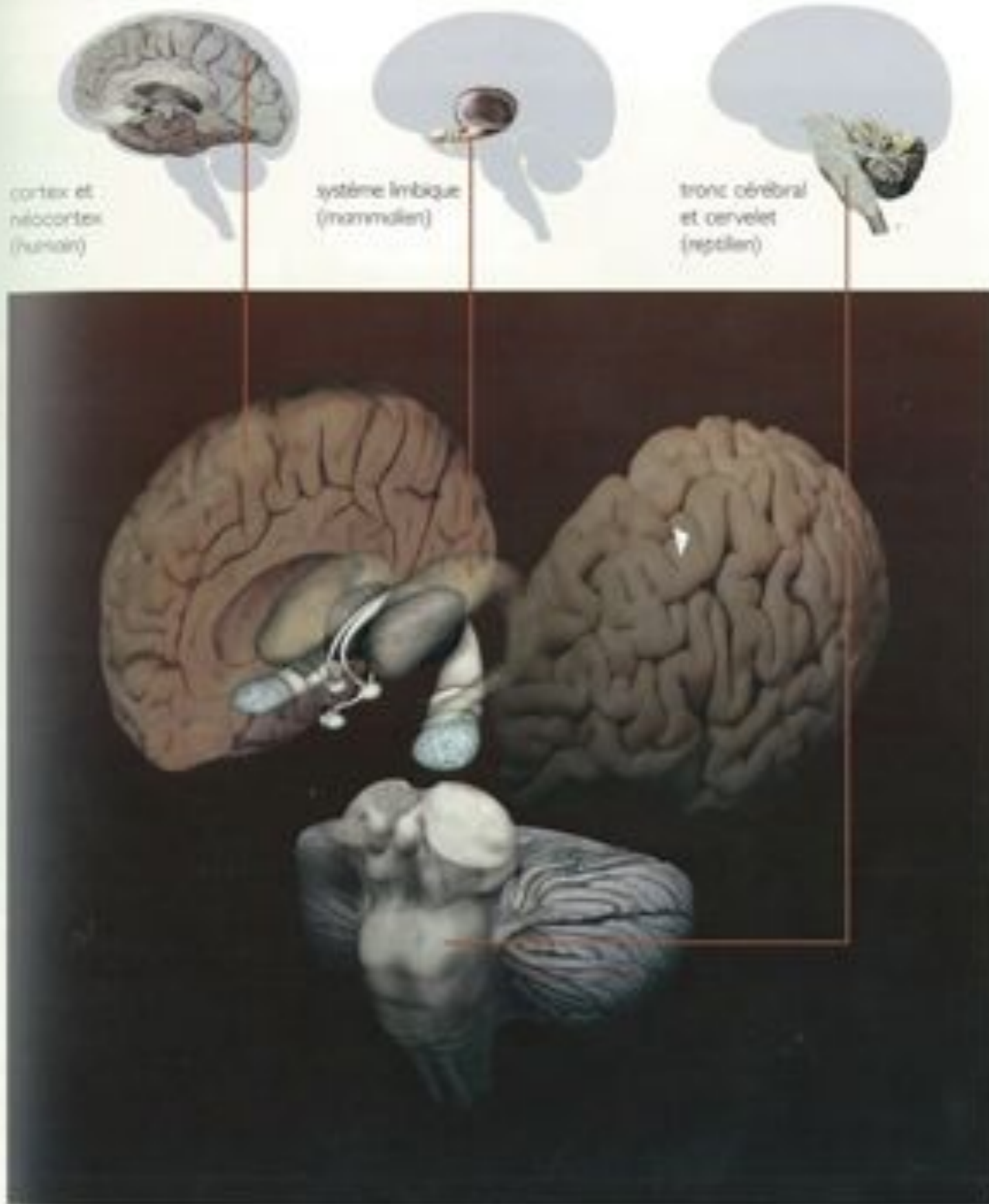
Mac Lean et les trois cerveaux de l'homme (1960, ou in Les trois cerveaux de l'homme, Robert Laffont, 1990) :
• Les trois cerveaux : cerveau reptilien (diencéphale), paléomammalien (système limbique) et néomammalien (cortex).

Le cerveau reptilien : formation réticulée et striatum, comportements de survie, automation.

Le cerveau paléomammalien : émotions.

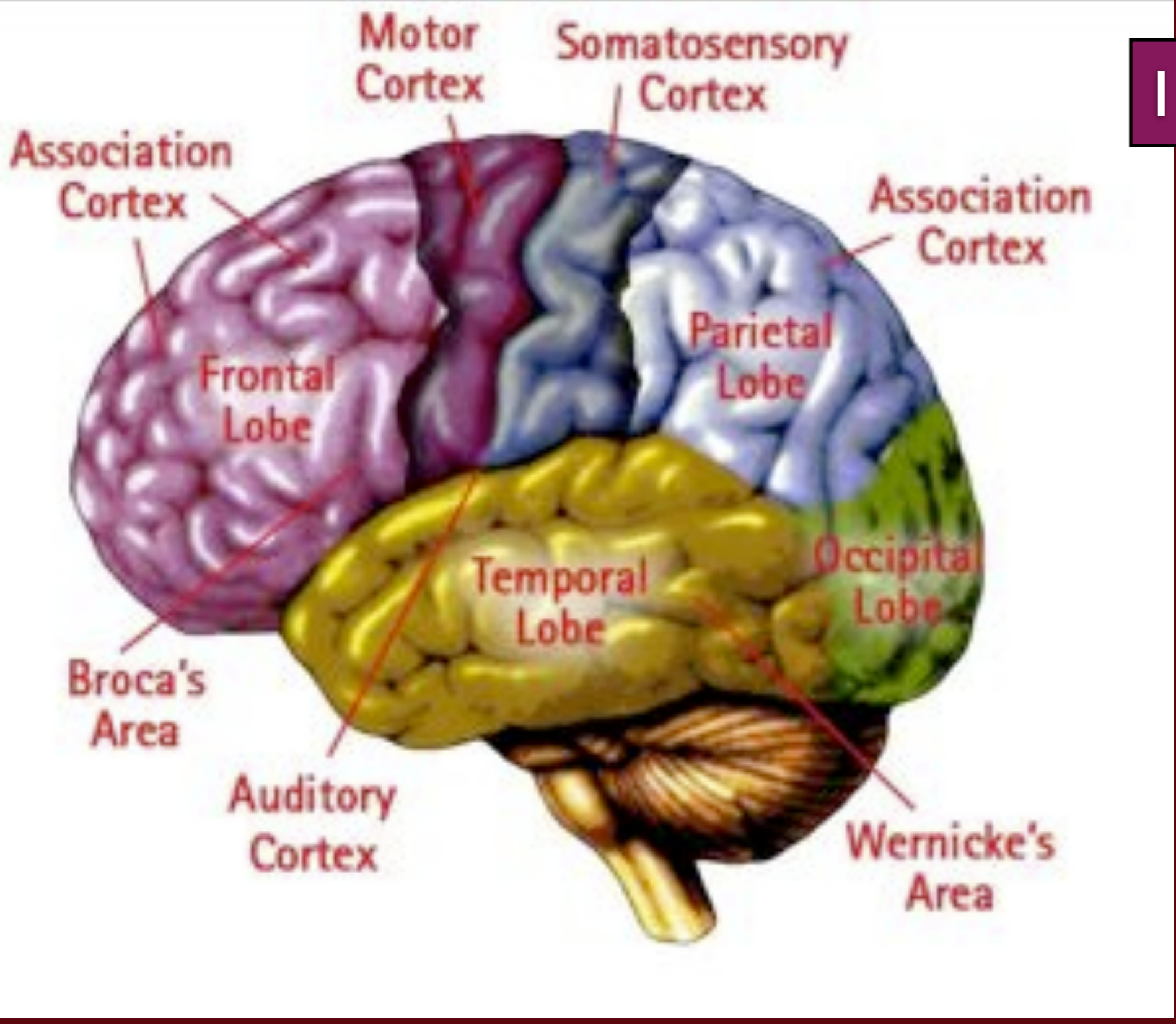
Le cerveau néomammalien : anticipation, choix des réponses, programmation.

• Il y a une hiérarchisation et spécialisation des trois cerveaux en un. Chaque cérébrotype a sa forme d'intelligence, sa propre mémoire spécialisée et ses propres fonctions motrices et autres. Chacun est capable d'opérer indépendamment des deux autres.



Les trois cerveaux

Slide 26. Coupe anatomique du cerveau dégageant les trois cerveaux



1870 : Paul Broca : aire cérébrales
1970 : Henri Atlan : modules cérébraux

Slide 27. Du modèle topique au modèle modulaire.
Le Français Paul Broca (1824-1880), fondateur de l'anthropologie physique et neurologue.
1930. Ramon y Cajal avance une théorie du neurone et de la synapse, c'est à dire de la contiguïté : le neurone est indépendant de sa cellule-cible
1980. Henri ATLAN : modules et système réticulaire. (Le cristal et la fumée)
De Broca à Atlan, on passe :
. des "aires cérébrales" aux "modules cérébraux"
. du topique au réticulaire (Cf la notion de "liaison-déliation" du Freud d'après 1920)
. de l'influx nerveux unique à la modulation de fréquence (Modem,ADSL)

Emotions : Circuit de Papez



Réponse ↓ **SEC**

Slide 28. Circuit de Papez_:

SEC => Activation des systèmes archaïques => Réactions viscérales => Contrôle limbique (mémoire) => Analyse corticale => Détour par la réalité, interne ou externe.

J.W. Papez (1927) : les circuits de la mémoire et des émotions siègent dans le système limbique (hippocampe, thalamus, amygdales).

JP Changeux 1986

Le cerveau :

- un produit des gènes
- une toile de réseaux
- une machine à concepts



L'épigenèse par
ne s'use
stabilisation sélective
ne s'en
In utero et
après la naissance

Trois stades de la formation des réseaux neuronaux :

- **corps cellulaires**
- **dendrites et axones**
- **myélinisation**

Slide 30. L'épigenèse par stabilisation sélective.

La « théorie de l'épigenèse par stabilisation sélective » (p. 277)

Il y aurait trois stades à la formation des réseaux neuronaux :

- organisation anatomique neuronale dès les premiers mois de la gestation, des gènes : chaque corps neuronal a migré (cône de croissance) vers le locus cérébral où il doit œuvrer.
- croissance exponentielle des dendrites et axones, ensuite, des réseaux, jusqu'à un stade critique (redondance), un fouillis désorganisé dont la croissance se poursuit après la naissance (épigenèse).
- une sélection de ces réseaux par myélinisation enfin, comme si les fils électriques (axones et dendrites) n'étaient finalement gainés (myélinisés) que si du courant les parcourt régulièrement. A défaut, c'est la mort cellulaire programmée (apoptose) qui fait disparaître les neurones non sollicités, donc régresser les réseaux inactifs (épigenèse par stabilisation sélective).

Il y a passage de l'activité à la structure par répétition de la fonction, ceci à partir d'une organisation anatomique qui pré-existe intégralement à l'expérience intra-utérine.

L'expérience intra-utérine, puis extra-utérine (néoténie), modifie donc l'effet des gènes (Cf petite enfance, enfance, adolescence). Changeux, on le voit, ouvre grande la porte à « l'empreinte culturelle » (p. 295).



Le “Darwinisme des synapses”

**Sucette,
poussette,
doudou : les
instruments du
darwinisme
social**

**L'épigenèse :
le frayage
neuronal
incarne les
fantasmes
parentaux.**

Slide 31. Le “darwinisme des synapses”

Sucette, doudou, poussette, instruments du darwinisme des synapses

L'épigenèse : le frayage neuronal incarne les fantasmes parentaux



Après deux ans, pas de doudou hors la maison

6

Slide 32. Après deux ans, pas de doudou hors la chambre de l'enfant.

Neuromédiateur : dopamine

**La dopamine joue un rôle central dans la
régulation de l'angoisse**

- **Systeme supérieur de contrôle de l'angoisse :
voies dopaminergiques hypothalamo-
corticales**
- **Excès de dopamine : délire**
- **Défaut de dopamine : hyperactivité**

Slide 33. Neuromédiateur impliqué dans la schizophrénie : la dopamine.

C'est le neuromédiateur de contrôle de l'angoisse, des émotions. Voies dopaminergiques hypothalamo-corticales.

Excès de dopamine : délire. Défaut de dopamine : hyperactivité.



Capsules de pavot.

Schizophrénie et cannabis

- **Vulnérabilité aux épisodes psychotiques multipliée par 4**
- **Aggravation des symptômes**
- **Ni nécessaire ni suffisant pour devenir schizophrène**

Slide 34. Lien entre schizophrénie et consommation de cannabis

Le lien entre consommation de cannabis et schizophrénie a souvent été constaté par les chercheurs et a mené à des recherches plus poussées afin d'en déterminer l'origine.

Deux directions contribuent à en comprendre l'impact, l'une considère que la consommation de cannabis est antérieure aux épisodes schizophréniques et donc les favorise, l'autre constate une consommation postérieure et donc sans lien direct sauf une sorte d'auto-médication des usagers.

Ainsi différentes études visent à établir une corrélation entre consommation chronique de cannabis et augmentation de la vulnérabilité aux épisodes psychotiques brefs et à la schizophrénie. Cela signifie que certaines personnes présentant une vulnérabilité à la schizophrénie (par exemple) mais qui n'auraient pas présenté de symptômes de cette maladie durant leur vie dans des conditions de stress habituelles, vont décompenser et entrer dans cette pathologie du fait de leur consommation de cannabis. Le risque relatif est de l'ordre de 4, ce qui signifie que a priori (sans connaître le degré de vulnérabilité d'une personne), une personne a 4 fois plus de risque de présenter une schizophrénie que si elle ne consommait pas de cannabis de manière régulière.¹⁰ Ce point de vue insiste sur le fait que ce n'est pas l'ordre dans lequel les symptômes apparaissent, ordre très difficile à prouver, mais le résultat qui peut être comparé : sans ingérence de cannabis, la personne a 4x moins de risque de se retrouver victime de schizophrénie.

Ces études sont complétées par d'autres études qui établissent une éventuelle relation entre schizophrénie et cannabis, sans définir au préalable le symptôme psychotique mais en énumère les symptômes pour ensuite les relier à la schizophrénie, ce qui peut constituer une forme de biais. D'autre part, on relève d'autres études contradictoires¹¹. Il est ainsi mentionné que l'usage du cannabis étant en grande augmentation depuis les années 1980, si une véritable corrélation existait avec la schizophrénie, on aurait dû voir la même courbe d'augmentation dans les diagnostics.

Quoiqu'il en soit, à l'heure actuelle des recherches, selon l'Inserm « l'usage de cannabis apparaît donc comme l'un des très nombreux facteurs de causalité (ni nécessaire, ni suffisant) qui accompagne la survenue de la schizophrénie sans en affecter l'évolution de façon favorable, bien au contraire ces produits aggravent certains symptômes. Au regard des études analysées par les experts, il apparaît néanmoins que toutes les personnes exposées au cannabis ne deviendront pas schizophrènes. »¹²



2/

1

2

3

Etiopatho
génie

4

Théorie psycho génétiq

3 courants :

- **Psychanalyse**
- **Phénoménologie**
- **Pathologie familiale**

Slide 35. Théorie psychogénétique.

Trois courants : psychanalyse, phénoménologie, pathologie familiale

Psychanalyse de la psychose



Slide 36. Psychanalyse de la psychose

La psychose.

Terme introduit par Ernst Von Feuchtersleben en 1845, remplace celui de folie

Le retrait narcissique : désintérêt relationnel, introversion, exagération de l'imaginaire, caractère onirique de la pensée qui s'égaré dans l'irrationnel.



Les pionniers

FREUD
FERENCZI
ABRAHAM
JUNG
FEDERN

Slide 37. Les premiers psychanalystes de la psychose

Group photo. In front of Clark University, 1909 : Sigmund Freud, Stanley Hall, C.G.Jung. Back row : Abraham A. Brill, Ernest Jones, Sandor Ferenczi

Les pionniers :

FREUD

Le terme de psychose est repris par Freud dès 1894. Au début, peu de distinction entre névrose et psychose (Cf Dora, 1905 ; L'Homme aux rats, 1909 ; L'Homme aux loups, 1918)

Puis précision en opposition aux névroses et aux perversions en 1924 ("Névrose et psychose")

Freud estimait la psychose incurable

Le cas qui permet à Freud d'élaborer une théorie de la psychose et du délire, la notion de clivage du moi : "Mémoires d'un névropathe", Schreber (1911). Freud privilégie pour ce faire le concept de paranoïa par rapport à celui de schizophrénie (il écrit trois ans après que Bleuler ait inventé le terme de schizophrénie, 1908). Freud y démonte le principe de l'activité délirante : projection et retour du dénié dans l'hallucination.

Comme l'hystérie était devenue le modèle de la névrose, le délire paranoïaque devient le modèle de la psychose : le délire est une tentative du soi bloqué au stade de l'auto-érotisme de reconstruire un contact avec le réel par la formation d'une néo-réalité hallucinatoire. La patiente prend son corps comme objet d'amour

Freud finit par accepter la définition bleulérienne de la schizophrénie, mais refuse la tentative nosographique (DSM) qui installe un fossé entre normal et pathologique, ce que Freud a toujours refusé.

Sandor Ferenczi (1873-1933) : théorie du trauma précoce, la séduction, abandon de la primauté du père. "C'est l'analyse de l'activité psychique dans le rêve qui fit disparaître le fossé entre maladie et santé mentale. L'homme normal devient psychotique la nuit : il a des hallucinations, sa personnalité subit une transformation fondamentale et retrouve son caractère archaïque", Ferenczi, 1926.

Karl Abraham (1877-1925) : stade anal comme ligne de crête entre névrose et psychose. Il s'est intéressé aux stades de développement de la sexualité infantile, décomposant le stade oral en stade oral et stade cannibalique, et désignant comme frontière entre névrose et psychose le passage du stade anal visant la défécation au stade anal visant la rétention. Il a influencé de nombreux auteurs, tant adhérents de la théorie de la relation d'objet que de l'egopsychology.

Karl Gustav Jung (1875-1961) : archétypes (hallucinations), l'inconscient collectif. Une psychose latente deviendrait psychose déclarée sous l'influence de facteurs inconscients.

Paul Federn (1871-1950) : distinction moi/self, les états-limites. La schizophrénie comme confusion perceptions/affects, le délire comme déformation du jugement



“L’homme normal devient psychotique la nuit : il a des hallucinations, sa personnalité subit une transformation fondamentale et retrouve son caractère archaïque”

Ferenczi, 1926.

Slide 38. Le rêve : retour à l’archaïque

“C’est l’analyse de l’activité psychique dans le rêve qui fit disparaître le fossé entre maladie et santé mentale. L’homme normal devient psychotique la nuit : il a des hallucinations, sa personnalité subit une transformation fondamentale et retrouve son caractère archaïque” Ferenczi, 1926.

Christophe DEJOURS. Le rêve fait la navette entre les programmes archaïques et les programmes modernes.



Autres psychanalystes de la psychose

Aux USA :
FROMM-REICHMANN
SEARLES
SULLIVAN
KOHUT

Slide 39 : les psychanalystes américain de la psychose

Frieda FROMM-REICHMANN (Clinique Chestnut-Lodge) et S. ARIETI. Née à Karlsruhe en 1889 et décédée à Rockville, Maryland au É.-U. en 1957), est un médecin est psychanalyste allemande. Elle a été analysée par Hanns Sachs et a travaillé à Francfort et à Dresde dans un sanatorium dirigé par Johannes Heinrich Schultz. C'est elle qui a été la première analyste d'Erich Fromm avant de devenir sa femme. Fuyant l'Allemagne, elle émigre en France, en Palestine et finalement aux É.-U.. Elle co-dirige avec Harry Stack Sullivan la clinique Chestnut Lodge où elle développe ses conceptions sur la communication des psychotiques. Elle est connue pour avoir développé ses talents pour surmonter les difficultés du transfert des psychotiques et ainsi leur permettre une relative guérison. Une patiente: Joanne Greenberg a parlé de son traitement lorsqu'elle était schizophrène dans un livre célèbre *I never promised you a rose garden* Hannah Green et un film en 1977 *Je ne t'ai jamais promis un jardin de roses* avec Kathleen Quinlan, Bibi Andersson, Dennis Quaid, Clint Howard et Mel Gibson.

Harold Searles (1918 -...) est un psychanalyste américain contemporain, dans la filiation de l'école hongroise de psychanalyse (Ferenczi). Il a étudié plus particulièrement la question de la psychose, des schizophrénies et des personnalités frontières. Il travaillait à la célèbre clinique *Chestnut Lodge*, en Maryland, aux États Unis, établissement internationalement connu pour le rôle pilote qu'il a joué dans l'approche psychothérapique intensive des schizophrènes.

Influencé par les travaux de Harry Stack Sullivan, Searles a développé la conception du contre-transfert. Le terme contre-transfert fait référence aux réactions émotionnelles plus ou moins conscientes du thérapeute à l'égard du patient. Ces émotions sont repérées pour être utilisées au sein de la relation thérapeutique. Le psychanalyste cherche à comprendre ce qui se passe en lui, par rapport au patient, pour pouvoir aider celui-ci à mieux comprendre ses mouvements intérieurs et ses apports dans la relation interpersonnelle.

Dans ses livres, Harold Searles a notamment développé des idées proches du concept d'identification projective et de la notion de double contrainte.

Bien que cela soit discutable et réducteur, Harold Searles est, aujourd'hui, souvent associé au courant inter subjectiviste qui domine l'école américaine de psychanalyse.

Heinz Kohut (1913-1981) : le narcissisme destructeur, porté par la pulsion de mort, rage, peur persécutive du self ; le self groupal, le groupe rend psychotique, psychologie collective.



Mélanie KLEIN

En Angleterre :

**Mélanie KLEIN
WINNICOTT
BION
ROSENFELD**

Slide 40 : les psychanalystes anglais de la psychose

Mélanie KLEIN (1882-1960) : le poids de l'archaïque maternel, positions schizo-paranoïde, dépressive, conception étendue de la pulsion de mort (envie, séquelle de la haine primitive), psychanalyse des enfants

Donald Woods WINNICOTT (1896-1971) : self, objet transitionnel, mère suffisamment bonne.

Wilfred Ruprecht Bion (1897–1979) est un psychanalyste britannique qui s'est intéressé à la psychose. Il a également été un pionnier de la psychothérapie de groupe et de l'analyse groupale. La capacité de rêverie de la mère (maman bonobo)

Herbert Alexandre ROSENFELD (1910-1986). Diplômé de médecine à Munich en 1934, il doit émigrer en 1935 en Grande-Bretagne où il repasse ses examens. Il devient psychiatre et s'intéresse au traitement psychanalytique des psychotiques. Analysé par Mélanie Klein, il devient lui-même analyste reconnu en 1945 et poursuit son travail dans la mouvance kleinienne, avec Wilfred Bion, Hanna Segal, etc. Il fournit notamment un complément de théorie au concept d'identification projective, élabore son concept de "confusion" et pose les bases d'une théorie d'un narcissisme destructeur (Narcisse. Numéro 13, 1976 de la Nouvelle revue de psychanalyse) qui a été reprise et développée par André Green. Sa dernière œuvre "Impasses et interprétation" PUF 1989, permet de surmonter des moments critiques de patients dits difficiles. Alors que pour certains analystes, la réaction thérapeutique négative est un échec rédhibitoire, Rosenfeld tente de démontrer que ces "impasses" sont des moments qui peuvent et devraient être dépassés et qu'ils ne doivent pas servir de prétexte pour arrêter une cure. Cette théorie ne ressemble en rien à une forme d'acharnement ou d'entêtement d'analyste mais au besoin qu'éprouvent des patients de revivre et faire vivre à leur analyste des impasses qu'ils ont subjectivement vécu à des moments clés de leur développement.



**Paul Claude
RACAMIER**



André GREEN

En France :

RACAMIER

TUSTIN

AULAGNIER

LACAN

GREEN

Slide 41. Les psychanalystes français de la psychose :

Paul-Claude RACAMIER (1924-1996). Il attachait beaucoup d'importance à ses racines: « sans racine, la psychoguette (...) » disait-il, ce qui situe d'emblée son centre d'intérêt au sein de la psychanalyse : la/les psychoses, notamment la schizophrénie à laquelle il a consacré des articles, des ouvrages et une bonne partie de sa pratique de psychiatre et psychanalyste. Il a fait ses études de médecine à Besançon puis à Paris. C'est une rencontre avec Francis Pasche qui l'oriente vers la psychanalyse, il a été en analyse chez Marc Schlumberger et chez Evelyne Kestemberg. Il a exercé à l'hôpital psychiatrique de Prangins en Suisse, expérience qui donnera lieu à la publication du *Psychanalyste sans divan* en 1970, écrit avec René Diatkine, dont les vues sur le traitement institutionnel des schizophrènes divergeaient. Racamier propose alors le traitement bifocal qui reste une référence pour nombre de traitements psychiatriques institutionnels. En 1968, il crée à Besançon un foyer psychothérapeutique d'un genre nouveau. "La Velotte" se compose d'une maison d'hébergement indépendante située à 10 minutes d'un hôpital de jour. Les patients ont entre 18 et 30 ans, et y apprennent à acquérir une certaine autonomie. "La Velotte" existe toujours malgré la mort de son fondateur en 1996.

Frances Tustin (1913 - 1994), est une psychanalyste britannique - enseignante de formation - a beaucoup contribué à la réflexion théorico-clinique de l'autisme, dont elle est une spécialiste reconnue. Elle a eu une vie particulièrement difficile, dans son enfance et comme adulte ce qui la rendra attentive à la souffrance psychique. Analysée par Wilfred Bion et Stanley Leigh, elle a d'abord essayé d'appliquer la technique de Mélanie Klein aux enfants autistes mais elle a dû l'enrichir pour prendre en compte la question de l'angoisse inhérente à ce trouble. Elle a enseigné à la Tavistock Clinic et laisse de nombreux ouvrages et articles sur son travail exigeant et novateur. Elle a classifié l'autisme en trois groupes: l'autisme primaire anormal (prolongation de la période habituellement transitoire de l'autisme), l'autisme secondaire à carapace (sensiblement identique à l'autisme de Kanner), et l'autisme secondaire régressif (ou schizophrénie infantile).

Pierra AULAGNIER (1923-1978). L'œuvre théorique de Piera Aulagnier est d'une grande difficulté car elle s'inspire à la fois de l'œuvre de Freud que celle-ci connaissait probablement à la perfection et du style de pensée, voire du style d'écriture de Jacques Lacan. Pour décrire la psychose dont elle a une grande expérience clinique, Piera Aulagnier recrée sa propre métapsychologie : l'instance organisatrice et qui décide de la *structure du sujet* devient le « Je ». Le « Je » désigne, en première approche, le parcours identificatoire du sujet à travers plusieurs étapes complexes : T0, T1 et T2. Piera Aulagnier apporte de plus le complexe de potentialité (névrotique, psychotique, ou polymorphe).

La revue *Topique* fut fondée par Aulagnier, qui y publia de très nombreux articles.

L'angoisse : un signal

- Protection du moi
- Signal de refoulement
- L'angoisse somatique (“automatique”), dernier fusible
- Pulsions de mort, trauma, blessure narcissique



Slide 42. Théorie freudienne de l'angoisse.
Un signal de refoulement protégeant le moi blessé ou traumatisé

“Ce sont les états du corps qui créent le vécu de l’angoisse”

William James

- **Constriction œsophagienne**
- **Tachycardie**
- **Précordialgies**
- **Dyspnée**
- **Hypersudation**
- **Spasmes digestifs**
- **Vertiges, céphalée, ...**
- **Dystocies**



Slide 43. Les signes somatiques de l’angoisse

Constrictions œsophagienne, tachycardie, précordialgie, dyspnée, hypersudation, spasmes digestifs, vertiges, céphalée, dystocies, ...

Trois étapes

Trois types d'angoisse

Le sein



**Angoisses
archaïques**

**Se faire
bouffer
Se quitter**

Le pot



Etats limites

**Se faire
avoir**

Le père



**Culpabilité
œdipienne**

**Se faire
rentrer
dedans**

Slide 44. Les trois stades du développement libidinal.

Oral (le sein), anal (le pot), phallique (oedipe, le père)

Les trois formes d'angoisse correspondant à ces trois stades : se faire manger (angoisse archaïques, psychoses), se faire avoir (persécution, états-limites), se faire rentrer dedans (angoisse œdipienne, névroses)

Activité de jeu

- Sucrer, suçoter
- Prime de plaisir

Absence
maternelle

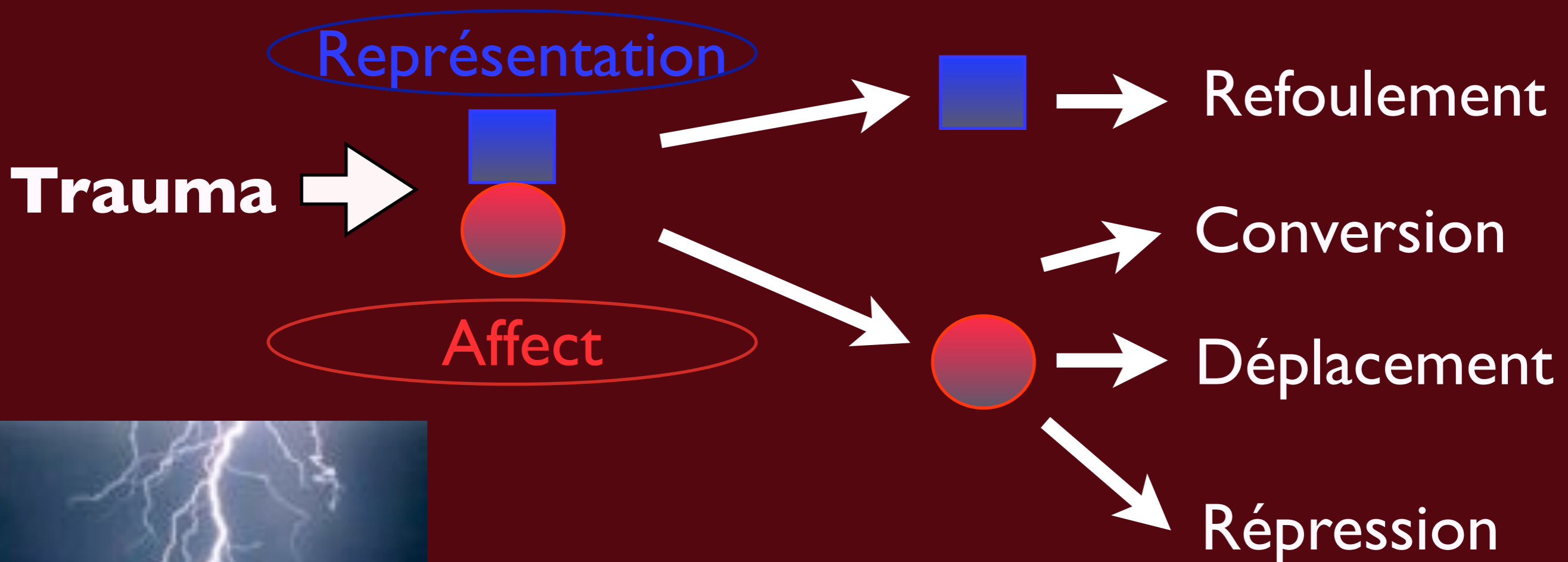
Joie ou tristesse ?



Slide 45. Maman Bonobo.

La prime de plaisir (sucrer, suçoter), le lien archaïque à la mère (objet primaire), l'absence maternelle, la capacité de rêverie maternelle, la censure de l'amante), la communication hormonale (joie, endorphines ou tristesse, catécholamines)

La déliaison psychique



- 1. Conversion hystérique**
- 2. Déplacement phobique**
- 3. Répression obsessionnelle**

Slide 46. La déliaison psychique

Peur sans objet : affect sans représentation

Le traumatisme comme agent de la déliaison psychique, séparation affect/représentation.
La représentation est refoulée ; l'affect est : converti (hystérie), déplacé (phobie), réprimé (obsession)

Circuits de l'angoisse

=> voie psychique
=> voie somatique

Résolution



Angoisse → Détour par l'objet

Attaque de panique

Dépression névrotique

Dépression
psychotique

Dépression
essentielle

Psychose

Dépression immunitaire ?

Somatose



Slide 47. Les circuits de l'angoisse.
Selon Christophe Dejours

L'angoisse psychotique



Trauma :

- Trop précoce
- Trop intense
- Trop répétitif

Slide 48. L'angoisse psychotique

Un trauma trop précoce, trop intense, trop répétitif

L'angoisse psychotique



- Pas de signes somatiques
- Souffrance intense
- Néantisation
- Représentation unique : persécution
- Non symbolisée
- Rejet (Verwerfung)
- Clivage (Spaltung)
- Projection

Slide 49. L'angoisse psychotique (suite)

- L'angoisse du psychotique n'est liée qu'à une seule représentation : la persécution.
- Néantisation, morcellement, confusion mental
- Elle comporte :
 - Pas de signes somatiques
 - Souffrance intense
 - Néantisation
 - Représentation unique : persécution. Ce qui fait que les mots glissent dessus
 - Non symbolisée
 - Rejet (Verwerfung)
 - Clivage (Spaltung)
 - Projection



Phénoménologie

Heidegger

Brentano

Merleau-Ponty

Jaspers

Minkowski

Binswanger

Slide 50. Le courant phénoménologique

Phénoménologie : dès 1925, Heidegger ramène cette percée à trois découvertes fondatrices :

- o l'intentionnalité (thème remis en valeur dès 1874 par la Psychologie d'un point de vue empirique de Franz Brentano, en qui Husserl reconnaît un précurseur)
- o l'intuition catégoriale, qui exige d'élargir le domaine de l'intuition au-delà de la sphère de l'expérience sensible, et qui conduit au « principe des principes » de la phénoménologie : l'intuition donatrice originaire comme source ultime de toute connaissance
- o enfin l'a priori, interprété dans un sens proche et distinct de Kant.

Il s'agit moins pour le clinicien de trouver « la cause » de la schizophrénie que d'approcher au plus près le vécu, la présence au monde (dasein) du patient psychotique, dans l'espoir de restaurer une communication authentique.

Eugène MINKOWSKI (La schizophrénie, 1927. Le temps vécu, 1933). Importance de « l'intuition et l'effort de pénétration » pour comprendre le psychotique. L'aborder en le reliant à son contexte de vie. La perte du contact avec la réalité est surtout une désorientation temporelle : le temps du psychotique est « figé ».

Lucien BINSWANGER, Daseinanalyse. La psychose naît d'une existence devenue « inauthentique » et une « grave altération de la temporalisation existentielle ».

Psychothérapie institutionnelle : L'élan presque fondateur, c'est la prise de conscience, chez certains membres des équipes soignantes, qu'ils se comportent avec les malades un peu comme les gardiens des camps avec les prisonniers. Il s'agit alors de modifier l'institution, entendons ici la structure de l'établissement, pour modifier les rapports soignants / soignés.

Phénoménologie

- **L'intuition comme source de la connaissance**
- **Pas de recherche de la cause**
- **Approcher le vécu du patient psychotique (*dasein*)**
- **Restaurer une communication authentique**

Slide 5 I. Phénoménologie (suite)

Il s'agit moins pour le clinicien de trouver « la cause » de la schizophrénie que d'approcher au plus près le vécu, la présence au monde (*dasein*) du patient psychotique, dans l'espoir de restaurer une communication authentique.

D'où la psychothérapie institutionnelle : l'élan presque fondateur, c'est la prise de conscience, chez certains membres des équipes soignantes, qu'ils se comportent avec les malades un peu comme les gardiens des camps avec les prisonniers. Il s'agit alors de modifier l'institution, entendons ici la structure de l'établissement, pour modifier les rapports soignants / soignés.

Psychothérapie dans le cadre d'une institution (hôpital, clinique), datant de la moitié du vingtième siècle. « Le club » en est une structure fondamentale et complémentaire. La psychanalyse de Jacques Lacan en constitue le socle théorique. Les lieux emblématiques sont : l'hôpital de Saint-Alban-sur-Limagnole (autour du docteur François Tosquelles), les cliniques de La Borde (docteur Jean Oury) et de La Chesnaie (docteur Claude Jeangirard).

Pathologie familiale

L'école de Palo Alto
L'antipsychiatrie



Slide 52. Pathologie familiale

L'école de Palo Alto

- **Le patient en réseau (modèle cybernétique)**
- **Soigner le système de communication**
- **Modèle circulaire**
- **Double contrainte (“double bind”)**



Slide 52. Le courant de la pathologie familiale

L'École de Palo Alto est un courant de pensée et de recherche ayant pris le nom de la ville de Palo Alto en Californie, à partir du début des années 1950. On le cite en psychologie et psycho-sociologie ainsi qu'en sciences de l'information et de la communication. Ce courant est notamment à l'origine de la thérapie familiale et de la thérapie brève. Parmi ses principaux fondateurs on trouve Gregory Bateson, Donald D. Jackson, John Weakland, Jay Haley, Richard Fisch et Paul Watzlawick.

L'influence de la « première cybernétique » sur l'École de Palo Alto s'est traduite par le fait que le thérapeute ne considère plus son patient comme un individu isolé sur lequel il devrait poser un diagnostic psychiatrique mais s'intéresse aux interactions actuelles du patient avec son environnement qui maintiennent son problème. En d'autres termes, le thérapeute se demande comment le système maintient l'homéostasie. On passe d'une explication individuelle, linéaire et diachronique à une explication systémique, circulaire et synchronique.

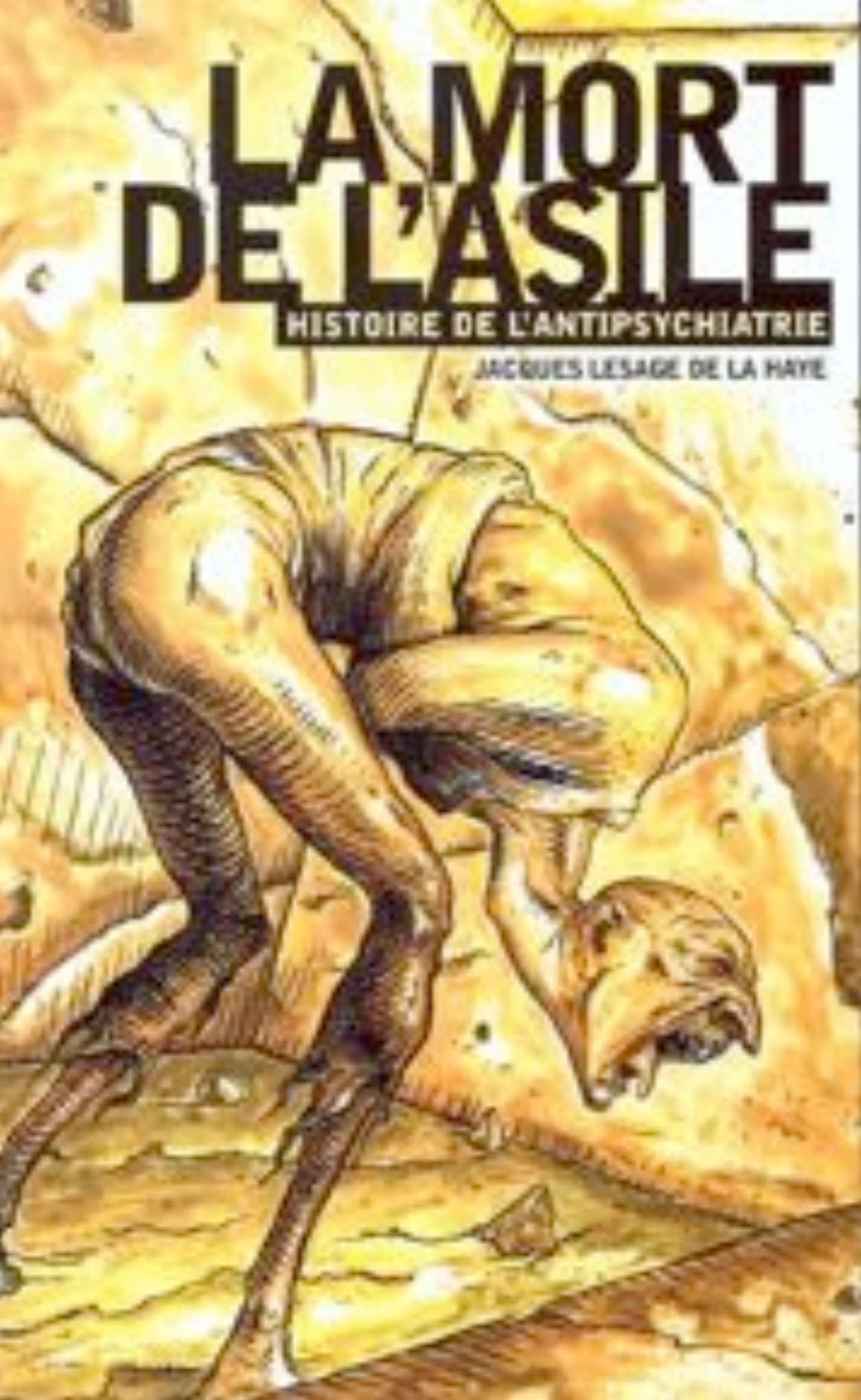
La double contrainte exprime deux contraintes qui s'opposent : l'obligation de chacune contenant une interdiction de l'autre, ce qui rend la situation a priori insoluble.

Ce terme est une traduction propre au français de double bind (« double lien »), mais dans un premier temps il était question d'injonctions paradoxales. Cette notion est proposée en 1956 dans le contexte de la présentation d'une théorie des causes de la schizophrénie sous l'impulsion de Gregory Bateson.

L'élaboration de ce principe coïncide avec la création de l'école de Palo Alto et elle est intimement liée à l'étude scientifique des mécanismes de la communication dans les systèmes. Les débouchés les plus connus sont les thérapies familiale et systémique,

Exemples classiques :

- Dans le contexte familial : des parents exigent chacun un lien exclusif de la part d'un enfant, ce qui le soumet à deux demandes oppressantes qui se contrarient.
- Dans la communication : le langage paradoxal peut contenir deux demandes qui s'opposent comme « Soyez spontané ! », ou « sois un grand mon petit ». Paul Watzlawick propose l'exemple d'un panneau autoroutier indiquant "ignorez ce panneau".
 - o Théodore LIDZ (US), 1956, les distorsions du fonctionnement familial d'origine paternelle. Les pères pathogènes.
 - o André GREEN, thèse de 1958 sur les parents présentant une « psychose blanche ».
 - o Gregory BASETON : la double contrainte est une situation où deux contraintes qui s'opposent sont assorties d'une troisième qui empêche toute sortie. Sans cette troisième contrainte, ce ne serait qu'un



L'anti psychiatrie

- **Accueillir le patient**
- **Régression curative (“métanoïa”)**
- **Retrouver “l’être authentique”**
- **Le schizophrène assumant la pathologie familiale**

Slide 54. L'antipsychiatrie

Les antipsychiatres anglais ont élargi le raisonnement de LAING à toute la société. Ils mettent l'accent sur la sociogénèse de la pathologie mentale.

Thomas SZASZ, lié à l'église de scientologie, pour qui les malades mentaux sont les boucs émissaires de la société comme autrefois les possédés. En 1969, il a co-fondé avec l'Eglise de Scientologie la Commission des citoyens pour les droits de l'homme pour lutter contre les abus psychiatriques. Szasz dénonce l'utilisation de la psychiatrie comme moyen de contrôle social, comparant le rôle du psychiatre envers les déviants à celui des inquisiteurs face aux hérétiques. Toute déviance est, socialement et politiquement, folie et félonie. Selon lui, la maladie mentale n'est pas un problème médical, mais un problème de pouvoir.

“Arrêtons de raconter qu'il y a, derrière chaque pensée tordue, une molécule tordue dans notre cerveau”., (in *Fabriquer la folie*, 1970)

Th J.SCHEFF, psychosociologue américain, réduit la schizophrénie à un « scandale scientifique », une « étiquette commode créée par les psychiatres pour justifier la poursuite de leur pratique et le contrôle des malades mentaux ». (in *La schizophrénie*, 1983).

○ R D LAING et A ESTERSON. Théorie familiale de la schizophrénie.

Le psychiatre Ronald David Laing (1927-1989), crée en 1965, avec la Philadelphia Association, un lieu de vie où les malades sont « accueillis » et non pas uniquement « soignés ». Ils sont accompagnés dans une nécessaire et salvatrice régression appelée *metanoïa* jusqu'au recouvrement de leur être véritable, leur « *moi authentique* ». Influence de l'existentialisme sartrien. Le schizophrène est celui qui assume la pathologie du fonctionnement familial.

1960 : Michel Foucault, Henri F. Ellenberger, Georges Devereux : l'antipsychiatrie.



3/ Sociogénèse

- **L'antipsychiatrie**
- **Facteurs socioculturels**

Slide 55. La question de la sociogénèse de la schizophrénie

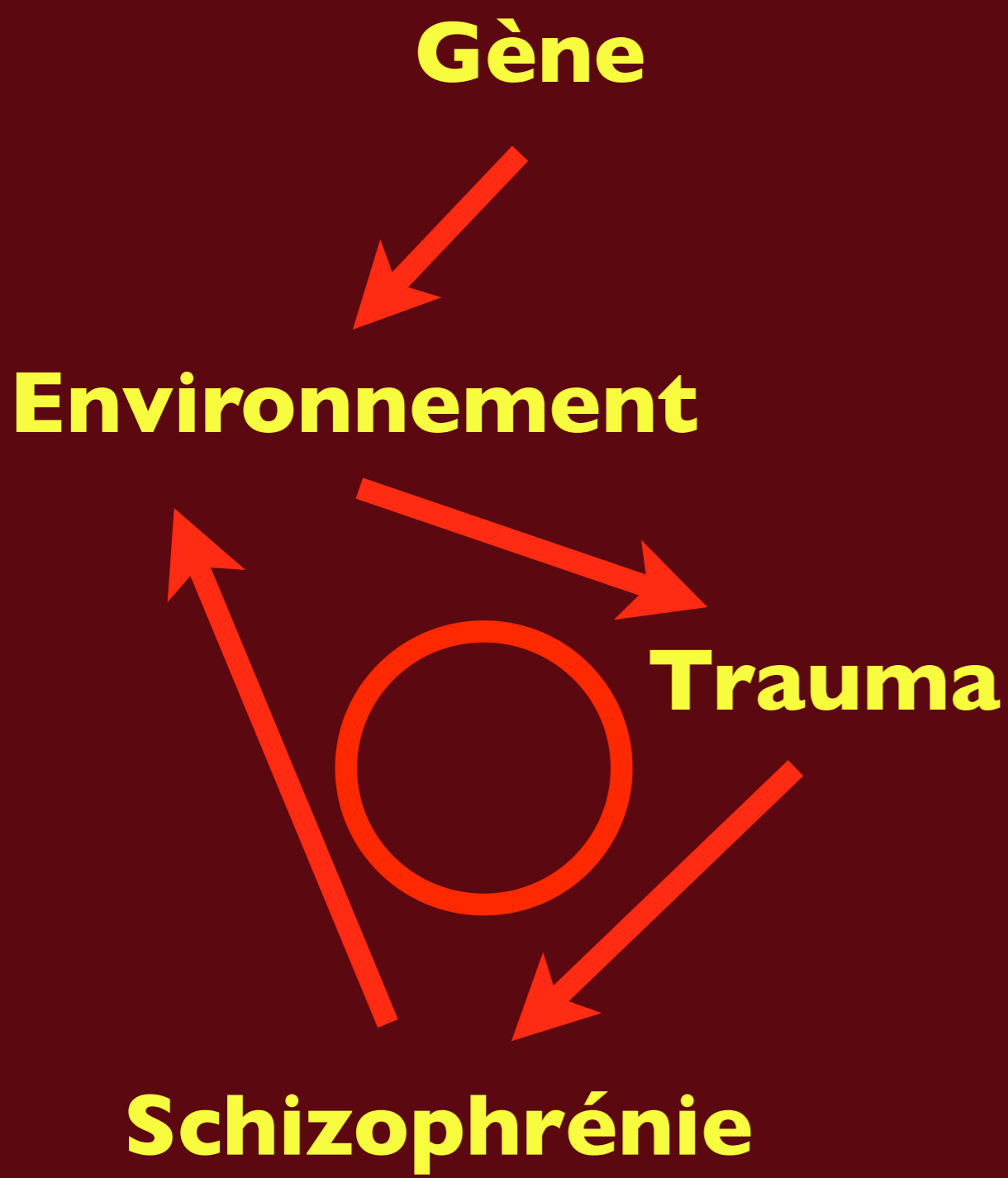
- 1) L'antipsychiatrie (déjà vu)
- 2) L'étude des facteurs socioculturels

Des études épidémiologiques ont mis en évidence des différences sémiologiques selon les cultures : délires mystiques chez les chrétiens, forme catatonique chez les hindous, hallucinations visuelles chez les mexicains, suicide chez les japonais.

H. MURPHY : la schizophrénie guérit spontanément à l'île Maurice, est incurable en Angleterre.

H. COLLOMB : au Sénégal, la schizophrénie apparaît souvent lors de conflits internes entre influences culturelles africaine et francophone.

« Le type de soins qu'une société choisit de donner au malade mental est plus déterminé par la façon dont le public perçoit et traite la maladie mentale que par la considération de ce qui serait nécessaire et possible au plan médical ».



Multifactorialité des causes

Daniel Widlöcher :
étiopathogénie tripolaire

1. Gène
2. Environnement
3. Trauma

Slide 56. La multifactorialité des causes

D. WIDLÖCHER : Etiopathogénie tripolaire : facteurs tenant à l'organisme et au milieu créent tôt une fragilité (personnalités prépsychotiques). La survenue de la maladie tient à d'autres facteurs.

1. Prédilection génétique
2. Facteurs environnementaux
3. Événement déclencheur

Schizophrénie

LE

TRAITEMENT



Slide 57. Traitement.

But : la socialisation

Objectif : contrôle de l'activité délirante

Moyens : médicamenteux, psychothérapeutiques, sociothérapie

La psychochirurgie ?



Traitement

- **Psychochirurgie**
- **Neuroleptiques**
- **Psychothérapie**
- **Sociothérapie**

Slide 58. Les quatre grandes sortes de traitement.
Psychochirurgie, neuroleptiques, psychothérapie, sociothérapie
Inductions magnétiques transcrâniennes ?

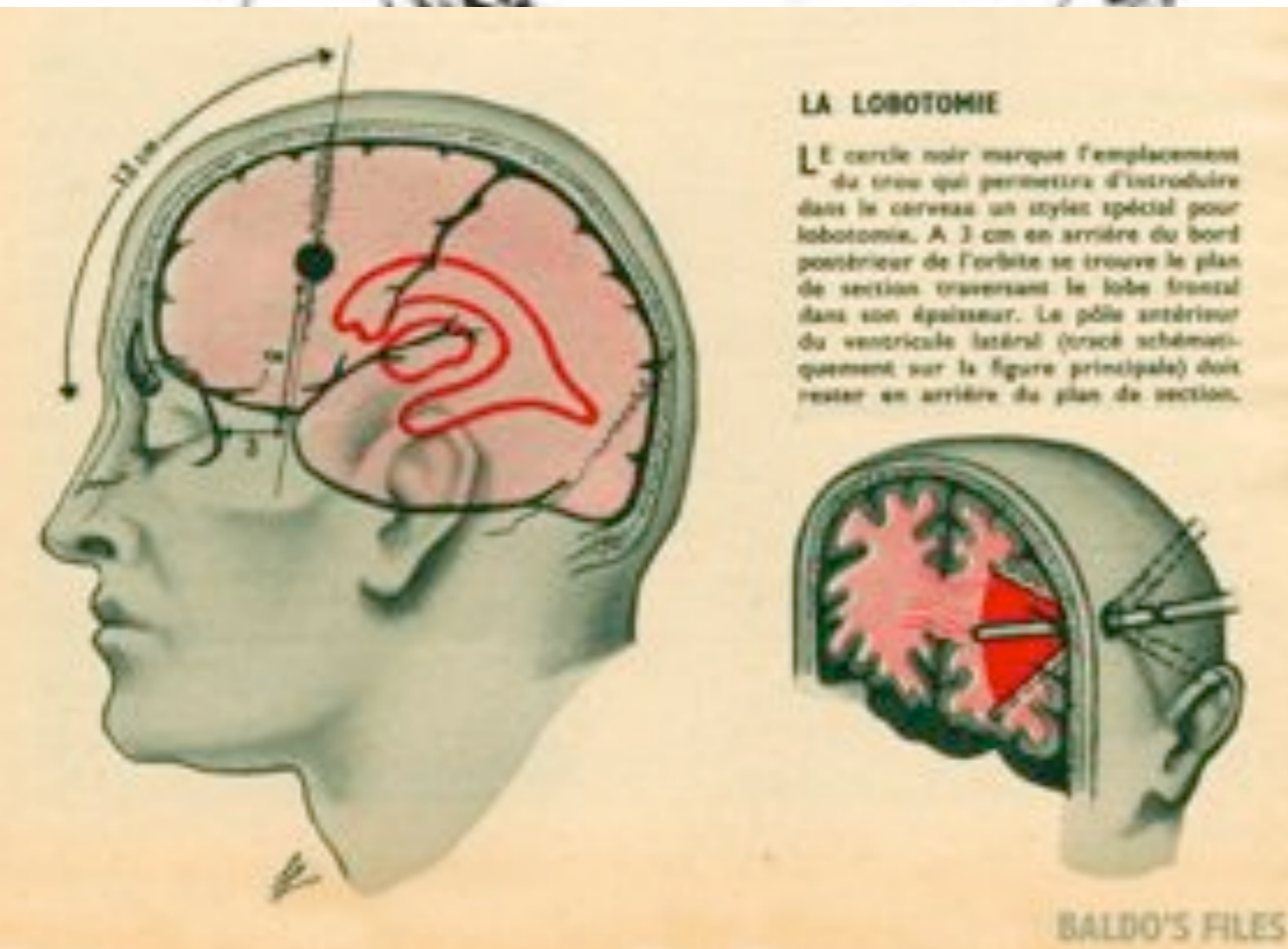


Psychochirurgie

Lobotomie

Gestes limités

Neurostimulation



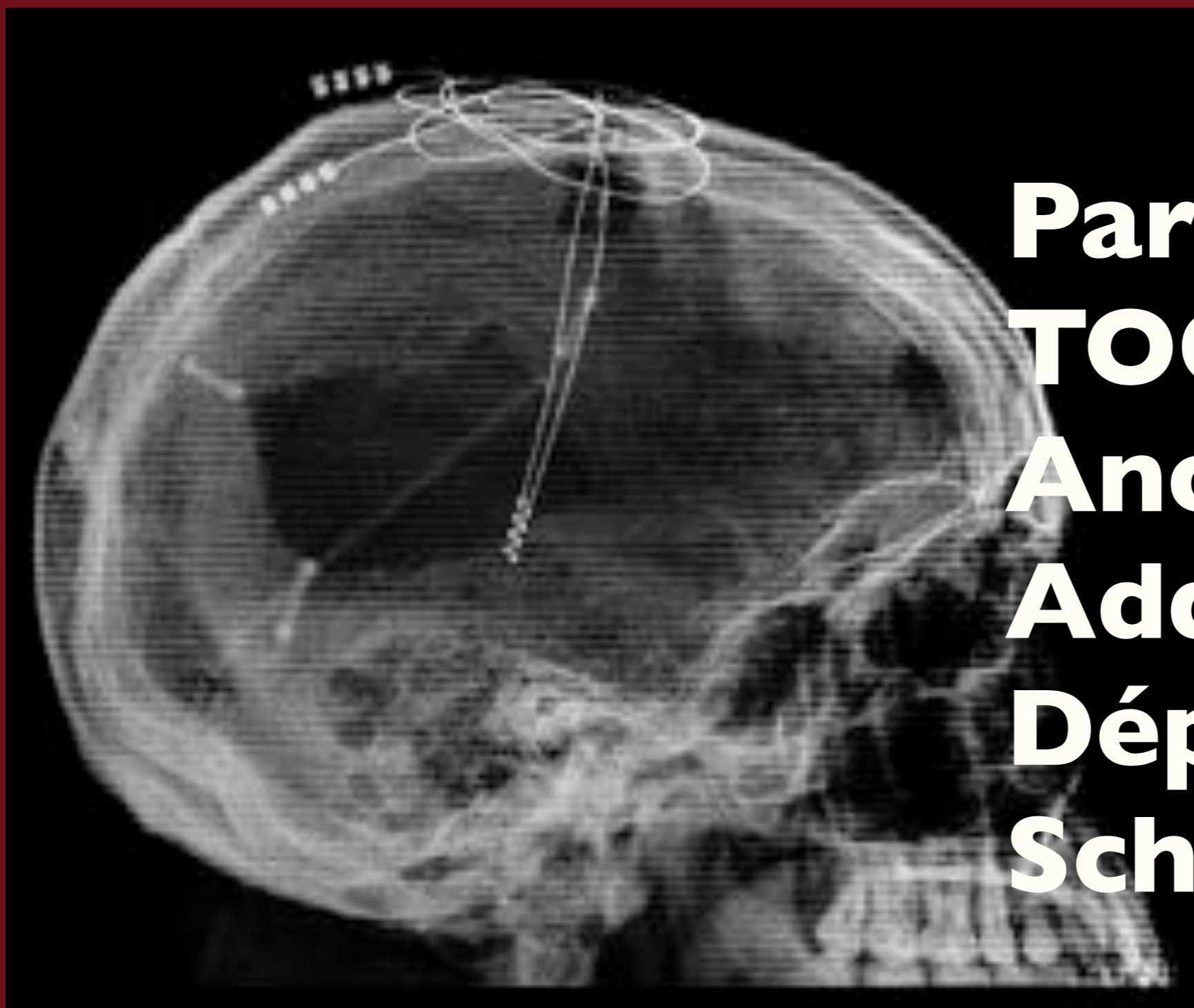
Slide 59. La psychochirurgie

Anciennement, cure d'insuline (SAKEL, 1932), électrochoc, choc au cardiazol ...

Psychochirurgie introduite en 1936 par le portugais Egas MONIZ, prix Nobel de médecine en 1947 : lobotomie préfrontale, section des fibres associatives thalamo-pré-frontales. Intervention largement pratiquée pendant 20 ans, notamment par les américains W FREEMAN et J W WATTS.

La lobotomie (procédure avec résection élargie de la substance blanche du lobe frontal) connaît son essor après la seconde guerre mondiale, notamment avec l'invention américaine de Walter Freeman : le pic à glace. On estime que quelque 100 000 patients furent lobotomisés dans le monde entre 1945 et 1954 dont la moitié aux États-Unis. Freeman parcourt les États-Unis dans les années 1950 dans un autocar équipé pour pratiquer des lobotomies « en série », enfonçant ce pic à glace dans le lobe orbitaire des patients après avoir soulevé la paupière (lobotomie trans-orbitale), moyennant parfois une anesthésie locale. Cette pratique reçut alors un grand succès (grand mouvement de "l'hygiène mentale") et on estime que Freeman lui seul lobotomisa quelque 2 500 patients.

Pratique abandonnée, les séquelles démentielles étant lourdes.



Parkinson
TOC
Anorexie ?
Addiction ?
Dépression ?
Schizophrénie ?

Neurostimulation ?

Slide 60. Neurostimulation

Stimulation intracérébrale profonde, Cf article du Monde du 06/12/08

Les neuroleptiques

Effet anti psychotique

Slide 61. Les neuroleptiques

Les neuroleptiques ou antipsychotiques sont des médicaments à effet neurobiologique, utilisés dans le traitement de certaines affections du système nerveux central — les psychoses — , tout particulièrement au niveau de la transmission synaptique (notamment pour les neurotransmetteurs comme la dopamine) ; certains, comme les benzamides (l'amisulpride, par exemple) sont des inhibiteurs de la transmission dopaminergique dans le cerveau.

Les neuroleptiques sont des médicaments dont le but est de réduire les symptômes psychotiques, que l'on classe aujourd'hui en deux grandes catégories :

- symptômes positifs ou productifs : hallucinations, délire, agitation, angoisse.
- symptômes négatifs ou déficitaires : autisme (retrait du monde extérieur compensé par une prédominance de la vie intérieure), repli affectif, apragmatisme.

Ces deux catégories de symptômes peuvent être associées, dans les cas les plus complexes. En général, les symptômes positifs répondent mieux aux neuroleptiques que les symptômes négatifs.

Découverte empirique de la Chlorpromazine en 1952 par J. HARL, J. DELAY et P. DENIKER. Ils agissent par blocage des récepteurs dopaminergiques, abaissant le turn over de la Dopamine. Effets anti-psychotiques, mais effets secondaires extra-pyramidaux, motricité, dyskinésie.

Plusieurs famille permettent une grande variété de prescription.

Neuroleptiques à action retard.

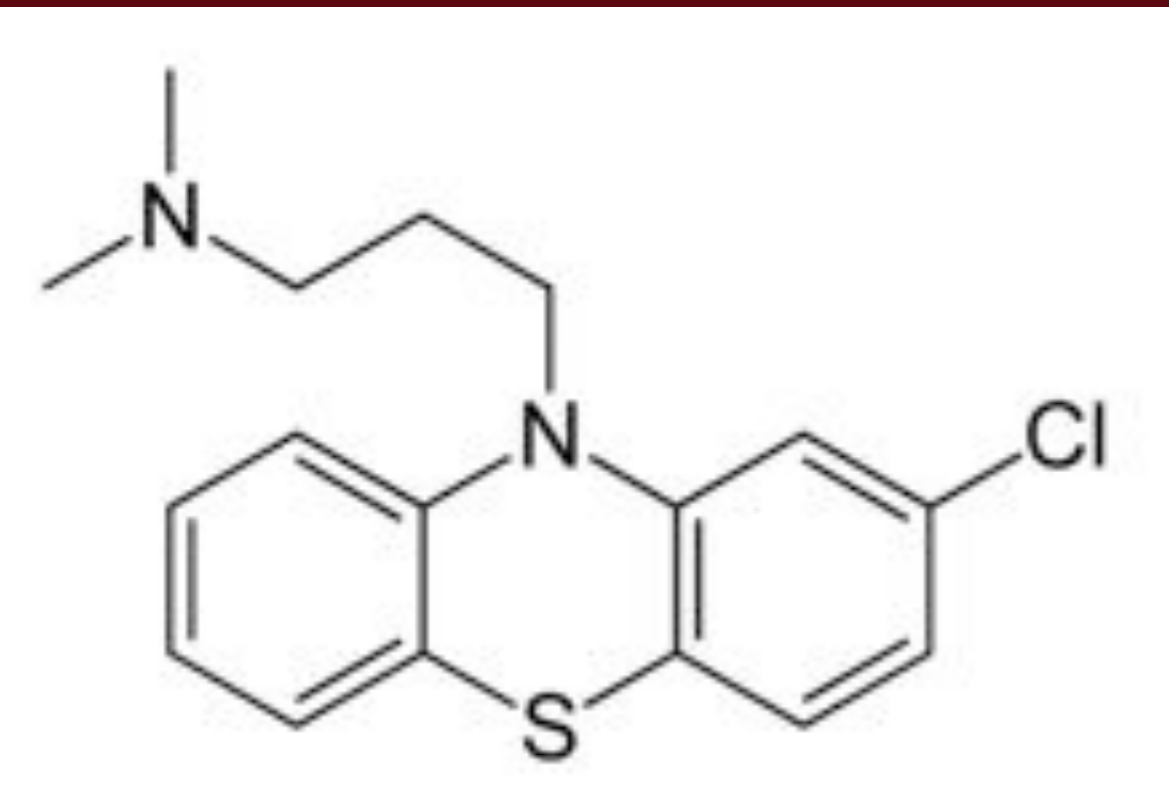
Faibles doses, « désinibitrices » utiles pour les formes « négatives », déficitaires.

La Clozapine (Leponex), nouvelle molécule sans effets secondaires.

Les neuroleptiques ont permis aux schizophrènes de réintégrer le milieu social.

La psychothérapie concomitante est indispensable au maintien de l'acquis médicamenteux.

Principaux neuroleptiques



Phénothiazines (*Largactil*)
Halopéridol (*Haldol*)
Pimozide (*Orap*)
Cyamémazine (*Tercian*)

Clozapine (*Leponex*)
Olanzapine (*Zyprexa*)
Rispéridone (*Risperdal*)
Quétiapine (*Seroquel*)
Aripiprazole (*Abilify*)

Slide 62. Les principaux médicaments neuroleptiques

Les neuroleptiques agissent sur les neurones, plus spécifiquement sur les transmetteurs, ces molécules permettant aux neurones de communiquer. Le transmetteur le plus particulièrement visé est la dopamine.

Les neuroleptiques dits « atypiques » agissent également sur la sérotonine.

Les neuroleptiques diminuent l'intensité des émotions : peurs, joies, colères, autres. Ils permettent ainsi de réduire les symptômes psychotiques.

Les neuroleptiques classiques agissent principalement par antagonisme des récepteurs dopaminergiques D2.

Les neuroleptiques atypiques agissent principalement par antagonisme des récepteurs dopaminergiques D2 et sérotoninergiques 5HT2A.

L'équilibre sérotonine/dopamine n'étant pas le même dans les différentes voies cérébrales, la double action des neuroleptiques atypiques permet d'obtenir des résultats différents dans ces différentes voies. Ainsi, par exemple, un neuroleptique atypique va augmenter l'activité dopaminergique au niveau de la voie mésocorticale alors qu'il la réduira au niveau de la voie mésolimbique (contrairement aux neuroleptiques classiques qui réduisent cette activité dans toutes les voies)⁷.

Cette différence d'action est d'une grande importance dans le traitement des psychoses, notamment la schizophrénie.

Principaux neuroleptiques [modifier]

- Neuroleptiques typiques
 - Les phénothiazines
 - chlorpromazine
 - fluphénazine
 - perphénazine
 - prochlorpérazine
 - thioridazine
 - trifluopérazine
 - halopéridol (*Haldol*) + décanoate (action prolongée)
 - pimozide (*Orap*)
 - cyamémazine (*Tercian*)
- Neuroleptiques atypiques
 - clozapine (*Leponex*)



Effets secondaires des neuroleptiques

- **Prise de poids**
- **Sécheresse buccale**
- **Impuissance**
- **Hypotension**
- **Constipation**
- **Photosensibilisation**
- **Sd Parkinsonien**
- **Akathisie**
- **Sd malin des neuroleptiques**

Slide 63. Effets secondaires des neuroleptiques

Les neuroleptiques produisent une variété énorme de troubles neurologiques sévères, avec un taux d'occurrence extrêmement élevé.

- Un des principaux risques des neuroleptiques est l'apparition d'un syndrome malin des neuroleptiques qui peut engager le pronostic vital. Au vu d'un taux sous-évalué de 1%, Maxmen et Ward (1995,p33) estiment que 1000 à 4000 morts aux Etats-Unis résultent chaque année du syndrome malin des neuroleptiques.⁹
- L'akathisie

Une autre variante de TD est l'akathisie tardive. L'individu est virtuellement torturé de l'intérieur, dans son corps, par une sensation d'irritabilité, souvent au point de souffrir constamment.¹⁰

- Le risque de dyskinésies tardives, apparaît après des mois ou des années de traitement par neuroleptique. Ce sont des mouvements anormaux de la face et des membres. La dyskynésie tardive (TD) est une réaction potentiellement irréversible aux drogues neuroleptiques. Elle afflige communément le visage, les yeux, la bouche et la langue.
- Les autres effets secondaires des neuroleptiques sont nombreux mais atténuables ; parmi eux, on compte l'impuissance sexuelle, une prise de poids d'importance variable, une hypotension orthostatique, sécheresse de la bouche, constipation, rétention d'urine, photosensibilisation, certains symptômes moteurs de type parkinsonien (troubles de coordination, tremblements, mouvements involontaires du visage)... Ces effets dépendent de la sensibilité de la personne et s'atténuent parfois avec le temps, sinon par la prise de médicaments complémentaires.
- rare : colites ischémiques (surtout les phénothiazines, mais aussi le clozapine, l'olanzapine, la rispéridone)¹¹.

Psychothérapies

Psychanalyse

Thérapie systémique

Thérapie comportementale

Sociothérapie

Slide 64. Les psychothérapies.

Psychanalyse, thérapies systémiques, thérapies comportementales, sociothérapie

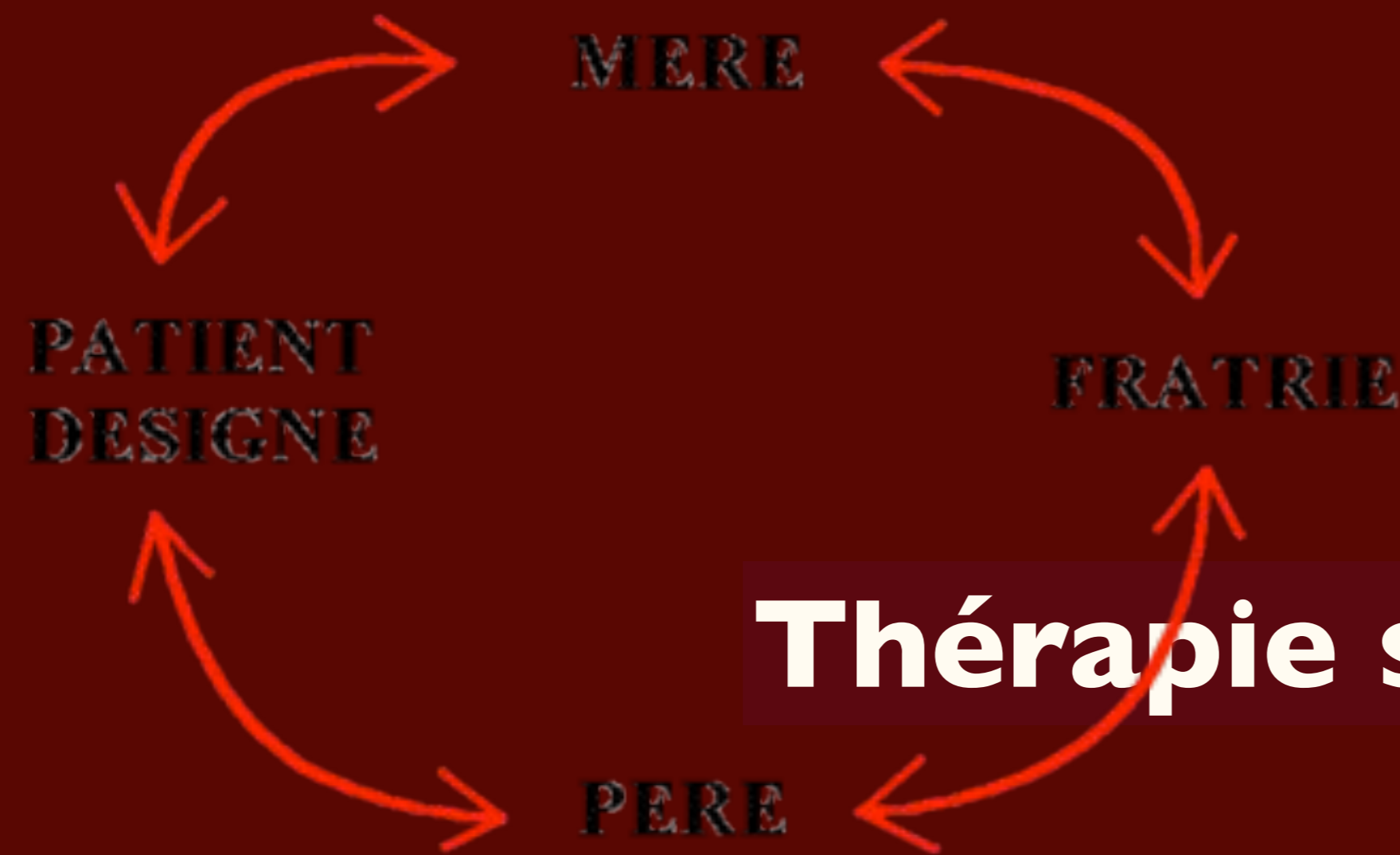


Psychanalyse de la psychose

- **Adaptation du cadre**
- **Transfert de base**
- **Contre-transfert**
- **Mode de communication imagé**
- **Repérage des émotions**
- **Retrouver ses racines**
- **Traitement bifocal**

Slide 65. Psychanalyse de la psychose

- Adaptation du cadre
- Transfert de base
- Contre-transfert
- Mode de communication imagé
- Repérage des émotions
- Retrouver ses racines
- Traitement bifocal



Thérapie systémique

- **Thérapie familiale**
- **Le patient est un symptôme**
- **Recherche des liens pathologiques**
- **Mythe familial**
- **Diminuer le stress et l'émotion**

Slide 66. Thérapies familiales systémiques

BROWN, 1959. Abord de la pathologie avec la famille d'un schizophrène. Diminuer l'émotion exprimée.

Les thérapies systémiques familiales sont les applications de l'approche écosystémique ou de l'Analyse systémique à la thérapie familiale. Elles attachent beaucoup d'importance à la genèse d'un problème majeur à partir d'une difficulté mineure par déni de la difficulté ou par des interventions inappropriées. Elles considèrent le patient comme un symptôme ou manifestation des relations pathologiques au sein du groupe familial élargi au groupe social immédiat, comme la tuberculose pulmonaire qui est une maladie sociale des mauvaises conditions de vie et de travail dont le tuberculeux n'est que l'expression. Les thérapies systémiques familiales sont neutres (ne-uter: ni l'un, ni l'autre) en observation passive, mais s'engagent en intervenant avec le patient auprès de la famille pour découvrir et faire découvrir des relations pathologiques à travers des règles d'interaction dans le groupe familial.

Les thérapies systémiques familiales tiennent compte également de la relativité du normal et du pathologique où la "maladie" n'est qu'une valeur et une signification attribuées à un comportement par quelque autorité. Elles se déploient en un large éventail de techniques. C'est plutôt une des procédures de la méthodologie éco-systémique qui est une boîte à outils dont chaque outil peut se particulariser pour une situation singulière. Elles manipulent les paradoxes et double contrainte. C'est une façon de percevoir des énigmes et de concevoir des moyens pour les aborder. Elles se rapportent aussi aux paradoxes et double contrainte, ainsi qu'à la Relativité du normal et du pathologique, de la victime émissaire, le "fou du roi", qui, par son comportement, dénonce le mythe familial dans le théâtre du quotidien des règles absurdes et insupportables et sa dénonciation est disqualifiée par la désignation de "folie".



Traitement

Thérapie comportementale

Programme de réacquisition des compétences sociales

Slide 67. Thérapies comportementales

Programmes de réacquisition des compétences sociales en vue de réinsertion

Les thérapies comportementales et cognitives ne visent pas à modifier en profondeur l'ensemble d'une personnalité, à travers une cure longue et contraignante. Elles ont pour but de modifier un comportement pathologique. Séances et exercices concrets.



Traitement

Sociothérapie

- **Réadaptation du patient**
- **Foyers de post-cure**
- **Appartements thérapeutiques**
- **Ateliers thérapeutiques**
- **CAT**

Slide 68. Sociothérapie

Y CIOMPI : il s'agit d'accompagner la réadaptation du malade.

Foyers de post-cure, appartements thérapeutiques, ateliers thérapeutiques, CAT,

Serge GAUTHIER. Le désinvestissement désobjectalisant et le rejet de la réalité restent pour nous le trait fondamental dans les psychoses graves. Il affecte les capacités défensives, et la possibilité même d'organiser une "solution délirante". Le traitement institutionnel représente alors une "solution" comparable pour le sujet psychotique. Dans un premier temps, cela permet la restauration des fonctionnements psychotiques du moi : en particulier la mise en place d'un déni qui dure suffisamment. Un certain partage du déni est inévitable. La fragmentation de l'objet est l'un des premiers modes de reconquête de la réalité : c'est un réinvestissement complexe qui nécessite la participation d'un objet réel. Les institutions de soin doivent accepter ces risques et permettre l'introduction de modalités défensives plus souples : leur rôle dans la liaison des pulsions désintriquées est essentiel, dès les premiers instants d'un traitement.



Conclusion

“Quels que soient le temps et les modes, ce sont toujours les malades psychiques graves qui font les frais des idéologies, des mesures d'économies et autres décisions qui finissent par constituer des discriminations”

**Christian MULLER,
1982**

Slide 69. Conclusion. La régression sécuritaire (Cécile PRIEUR, Le Monde, 06/12/08)

La demande de soin augmente, en parallèle d'une baisse de la démographie médicale. Les grandes villes de France, de Suisse et de Belgique sont actuellement parmi les plus psychiatisées d'Europe. En France par exemple, on compte 12 000 praticiens, (1 pour 5 000 habitants, soit bien plus que chez nombre de ses voisins européens). D'autre part, la fermeture de lits de psychiatrie est allée jusqu'à un tel point, qu'actuellement, notamment en Suisse, ou encore en Italie où tous les hôpitaux ont été fermés (la loi [Franco Basaglia](#)), il devient parfois difficile d'hospitaliser les patients qui en auraient besoin. Les durées d'hospitalisation tiennent aujourd'hui compte d'une rationalisation financière, déterminée entre institutions hospitalières et assurances sociales ou maladie. [Christian Müller](#) écrivait en 1982 : « Quels que soient le temps et les modes, ce sont toujours les malades psychiques graves qui font les frais des idéologies, des mesures d'économies et autres décisions qui finissent par constituer des discriminations. » (Les institutions psychiatriques, Springer Verlag, Heidelberg, 1982)

Paroles Kamini Schizophrène

les meubles se déforment,
je vois apparaître des drôles de forme, des formes aphares,
des formes de crâne,
des formes de vivants,
pour les faire disparaître
je n'ai pas la formule.
si ce n'ai l'angoisse, la peur
mais dans mon esprit en état de stupeur en plus de ce que je vois
j'entends des voix,
qui fait trembler ma voix,
certains me dise des horreurs