

PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUES

UE 2.6/Semestre 2

Professeur Jacques Birouste

Docteur en psychologie.

Docteur d'État en Sciences Humaines.

Professeur des universités émérite en Psychologie et Psychopathologie.

Ancien chargé d'enseignement, de formation et de supervision dans les Écoles et Instituts de formation des infirmiers.

A exercé la psychologie et la psychothérapie en services hospitaliers de médecine générale et de gynécologie obstétrique, en clinique psychiatrique et en institutions médico-sociales.

Chargé d'encadrement éducatif et de prévention en Centres anti-cancer et anti-dopage.

Collection dirigée par Kamel Abbadi



« Le photocopillage, c'est l'usage abusif et collectif de la photocopie sans autorisation des auteurs et des éditeurs.

Largement répandu dans les établissements d'enseignement, le photocopillage menace l'avenir du livre, car il met en danger son équilibre économique. Il prive les auteurs d'une juste rémunération.

En dehors de l'usage privé du copiste, toute reproduction totale ou partielle de cet ouvrage est interdite. »

ISBN 978-2-216-12136-6

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du Droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris), est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifiques – ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 1^{er} juillet 1992 – art. 40 et 41 et Code pénal – art. 425).

© Éditions Foucher – 11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff – 2012

SOMMAIRE

Cours 01	Penser la folie	5
I	Méthode pour la pensée de la folie	5
II	L'histoire de la folie : entrelacs du naturel et du surnaturel	7
III	La voie de la science pour traiter la folie	11
IV	Les résistances à la connaissance scientifique	12
V	Traiter la folie	13
VI	Vers le soin	15
Cours 02	Comprendre la maladie mentale	17
I	L'effort de rigueur	17
II	Les débuts de la modernité	19
III	La modernité psychiatrique au ^{xx} e siècle	22
IV	En réaction, le mouvement de l'antipsychiatrie	27
V	L'évolution vers des soins pragmatiques associant neuroleptiques et psychothérapies	29
VI	La psychiatrie aujourd'hui	30
VII	La séparation des approches, mais l'indispensable conjugaison des méthodes de soin	32
VIII	La transformation de la relation soignant-soigné en psychiatrie	34
IX	Les facteurs de l'évolution de la relation soignant-soigné dans le cadre psychopathologique	36
Cours 03	Approches humanistes des maladies mentales	39
I	L'expérience de défaillances de communication	39
II	La psychopathologie phénoménologique	40
III	La psychopathologie psychanalytique	48
IV	La psychopathologie systémique	51
V	La psychopathologie cognitivo-comportementale	54
VI	La personnalité à l'épreuve de ses fragilités structurelles	57
Cours 04	Processus névrotiques	63
I	Du conflit psychique à la pathologie névrotique	64
II	Les névroses types	71
Cours 05	Processus psychotiques et processus psychopathologiques invalidants	81
I	Les psychoses aiguës	81
II	Les psychoses chroniques	87
III	Les processus invalidants en psychopathologie générale	97
IV	Les conduites suicidaires	105
V	La perversité narcissique et l'état limite	108
VI	L'alcoolisme	112
VII	La toxicomanie (ou pharmacodépendance)	116
VIII	Les syndromes démentiels	122

■ Cours 06	Troubles psychologiques de l'enfance et de l'adolescence	131
I	Origines de l'approche spécialisée de jeunes in-éduqués	132
II	Conceptions contemporaines	135
III	Les perturbations de développement	135
IV	Les troubles envahissants du développement (TED) chez l'enfant	147
V	Les troubles du comportement « transgressifs »	151
■ Cours 07	Approches psychothérapeutiques et soignantes	161
I	La séparation des approches, mais la conjugaison des méthodes de soin	161
II	La demande d'appui faite à la psychiatrie pour faire face à une existence oppressante	163
III	Le moment de pression sur le psychiatre pour un rôle social plus engagé	164
IV	La transformation de la relation soignant-soigné en psychiatrie	165
V	La société « dérégulée » d'aujourd'hui	166
VI	Le soignant dans les situations de psychopathologie	169
■ Cours 08	Exercices	201
Table des matières		211

Le cours présentera successivement trois niveaux distincts d'appréciation de la maladie mentale :

1. les processus de psychoses aiguës (épisodes pendant quelques semaines ou 6 mois) ;
2. les psychoses chroniques (après 6 mois, pendant plusieurs années, voire toujours) avec leurs états de délire chronique dissociatif (tels que les schizophrénies) ou avec leurs états de délires chroniques sans dissociation ;
3. les principaux processus en jeu dans la psychopathologie « lourde » (= perturbant notablement l'existence du malade).

I Les psychoses aiguës

Le terme « aigu » indique la brusque violence, la courte durée, le déséquilibre grave.

A Syndromes délirants aigus

- Avec bouffée délirante aiguë (BDA) de quelques semaines à moins de six mois.
- L'épisode BDA survient principalement chez l'adulte jeune, sous la forme d'un brutal « coup de tonnerre », dans un contexte de tension, avec prodromes de type insomnie, anorexie, anxiété, possible prise de toxiques.
- Le vécu délirant exprime une angoisse importante et de la dépression, subit des forces aliénantes incontrôlables, emporte l'adhésion de la personne : la conviction délirante est absolue.
- La bouffée délirante est non systématisée, les thèmes sont flous, la conscience des choses se passant hors l'état délirant est intacte.

Attention ! Le risque d'agression (gestes auto-agressifs ou hétéro-agressifs) est toujours présent. La vigilance soutenue est de rigueur.

B Formes

Les délires sont développés sous plusieurs formes :

► Hallucinations

Ce sont des perceptions sans objet.

- Traitements psychiques (type voix intérieures) ;
- Automatismes mentaux :
 - écho de la pensée : les idées viennent en double,
 - devinement de la pensée : quelqu'un capte les idées,
 - pensée guidée : une force impose des idées,
 - commentaires sur les pensées et les actes : critique « en off » des idées ;
- Traitements sensoriels :
 - les cinq sens font éprouver des sensations gênantes, étranges,

Type : voix intérieures, amertume du goût, visions, impression d'être touché, contacté, brûlé, d'exhaler une mauvaise odeur...

– la cœnesthésie et la proprioception font éprouver des désarticulations de membres, de la compression, l'impression d'être pétri ou étiré, celle que des organes ont une vie autonome, que les systèmes biologiques fonctionnent indépendamment.

► Intuitions délirantes

Mode de connaissance immédiate sans élaboration logique, un tact imposant une certitude soudaine.

Type : « Je comprends tout ! », « Maintenant c'est clair, je le sais ! » ou « Ainsi soit-il ! ».

► Imagination délirante

Fabulations imaginaires crues pour des constructions logiques.

Type : « La présentatrice de l'émission du JT nous dit à mots couverts qu'il faut être vigilant aux déplacements des chefs d'État, alors je surveille tout ce qu'elle dit et montre puisqu'ainsi sera prononcée la guerre mondiale qui nous guette sournoisement. »

► Interprétation délirante

Raisonnement erroné à partir de faits réels.

Type : « Elle étend son linge blanc, ce qui veut dire à son amant que la voie est libre. »

C Thèmes délirants

Les idées délirantes sont variables, mais ont des caractéristiques repérables par thème :

- **Persécutif** : l'intention et la pression de nuisances subies de la part d'une personne bien connue ou d'un groupe diffus mal identifiable harcelant le malade.

Type : « les », ou « ils » désignant une puissance secrète.

- **Grandiose** : idées mégalomaniaques concernant :
 - une capacité exceptionnelle ;

Type : réception d'un message, rôle pour une mission glorieuse, sixième sens...

- la filiation d'un personnage historique ou mythique ;
- l'incarnation d'un personnage prestigieux doté d'un don ou d'une puissance extraordinaire (missionnaire, inventeur, docteur, savant, créateur...).

- **Érotique** : hallucinations tactiles, cœnesthésie sexuelle, interprétation érotomaniaque des conduites, des gestes, des symboles, des attitudes, des noms...

Type : « *Ce salaud du 69 m'a fait une tête à queue, c'est écœurant, il a failli me froisser l'aile (= l'elle ?), le con !* » ; « *Il faisait à mon intention le geste d'enfiler le stylo dans son capuchon, que je le voie bien pour m'attirer dans son jeu (= son je ?)* ».

- **Mystique** : thèmes développant un lien avec des puissances transcendantes ou des divinités, souvent à l'occasion de mission, de prophétie, d'un rôle salvateur ou à l'inverse d'une malédiction, d'une damnation, de l'emprise avec des forces diaboliques.

Type : *dieux, démons ou apôtres, saints, martyres, personnages légendaires tels Jeanne d'Arc, prophètes, etc.*

- **Hypocondriaque** : thèmes à maladies plus ou moins mystérieuses, à invasion du corps par des insectes ou microbes, par des possessions maléfiques : les appareils sensitifs ou fonctionnels sont bouleversés, sont absents ou sont envahis et imposent leur nouvelle condition.

Type : *le sang est celui d'un étranger ; un organe a été substitué ; les yeux sont sous influence et font regarder autrement ; les nerfs conditionnent des idées révélatrices de secrets...*

D Autres syndromes délirants aigus

Outre les formes et les thèmes délirants, qui varient d'une personne à l'autre, certains symptômes peuvent être associés et venir modifier le syndrome de base, avec :

- **Dépersonnalisation** : le malade ne parvient plus à coordonner ses signes d'identité ni à rassembler les informations sur sa posture de sujet.

Type : *perte de données d'état civil, des coordonnées temporo-spatiales du moment, d'où il est et de ce qu'il vit en cet instant, etc.*

- **Altération de la conscience de soi et étrangeté** : le malade ne reconnaît pas son monde ni lui dans le monde. L'atmosphère d'étrangeté ressentie correspond à la perte des significations habituelles.

- **Irréalité** : l'étrangeté et l'atmosphère délétère globale peuvent faire un contraste violent avec la certitude qu'impose la conviction (adhésion totale au thème délirant, par exemple de la mission à accomplir en urgence pour punir les damnés, renverser le cours de la catastrophe et sauver les repentis). L'**apragmatisme** domine alors le tableau (le malade perd ses marques de réalité, il perd le sens pratique, ses conduites se désocialisent, le délire isole le malade dans l'irréalité).

- **État de perplexité anxieuse, confusion, onirisme** : expriment le chevauchement de l'organisation sensitive et perceptive par les idées délirantes et les pseudo-

constructions avec lesquelles le malade cherche à remettre de l'ordre et du sens dans ses impressions.

Type : *s'habiller soudain en vêtements de communiant, avec tulle blanc et diadème de fleurs blanches, malgré ses 55 ans, « parce que c'est le mois de mai, c'est le mois de la vierge Marie, et que maman m'a appelée Marie pour ça. ».*

• **Bouffée agressive** : la perte du sens de la réalité et du contrôle de soi, la sensation d'être forcé ou envahi, le climat de dépression et de « fin de monde », la conviction délirante, peuvent provoquer soudain un « raptus » violent, soit comme tentative pour retrouver par le passage à l'acte fort un contrôle sur la dérive, soit pour « nettoyer du mal » un monde-pour-soi ressenti comme devant être assaini.

Illustration

Patrick, 52 ans, est quincaillier. Il y a dix-huit mois sa femme et sa fille ont remarqué d'importantes erreurs dans les comptes de son commerce. Interrogé par eux, il minimise et montre de l'indifférence. Suite à une grippe bénigne, son comportement change soudain : il ne fait plus rien en boutique, argue qu'il a désormais le droit de se reposer, ou interpelle parfois des clients, se veut drôle et séducteur pour les femmes, puis bredouille en leur parlant. Plus grave : il passe des commandes insensées, puis s'étonne de leur livraison.

Il s'embrouille dans ses explications, perd la mémoire, confond les articles et leurs prix.

Amené en consultation par sa famille, il apparaît comme désorienté et en perte d'identité.

Il évoque mieux le passé ancien, pleure en parlant de la mort de sa mère quand il avait douze ans, rit immédiatement après des quelques frasques d'adolescent qu'il évoque avec gourmandise. Il ne se plaint de rien, se laisse passivement conduire.

Les clichés d'encéphalographie gazeuse montrent une énorme dilatation ventriculaire à prédominance frontale.

Deux jours après l'hospitalisation, il fait une crise convulsive généralisée, au lendemain de laquelle il apparaît transformé : il est euphorique, ses voisins l'écoutent discourir avec volubilité. Il leur a déjà distribué sa fortune qui se monte à plusieurs milliards ; aux infirmiers il a promis de l'avancement puisqu'il est l'ami intime du directeur et de tous les ministres ; il a prêté de l'argent pour soutenir le gouvernement. La nuit suivante il s'agite, déambule en chantant des refrains militaires, va uriner dans un coin de la chambre.

Les jours suivants n'apportent pas de modification. Les idées de grandeur persistent ; il est roi : de quel pays il ne sait, « mais roi, sûrement, sa femme peut le dire ».

E Évolution des BDA

Les BDA sont sensibles au traitement pharmacologique précoce.

1. Statistique

À court terme : disparition en quelques jours ou quelques semaines.

À long terme :

- les rémissions complètes et définitives (avant 6 mois) s'observent dans **lamoitié des cas** (2/4) ;
- les récurrences de BDA à distance s'observent dans **un quart des cas** (1/4) ;

- dans **un quart des cas** (1/4) l'évolution se fait vers des **pathologies structurées**, telles que les **troubles bipolaires**, ou **psychoses chroniques** :
 - psychoses dissociatives : les schizophrénies,
 - psychoses à délires non-dissociatifs.

Illustration

Gabrielle est âgée de 36 ans, elle est couturière.

Le début de la maladie remonte à 9 ans. Un jour qu'elle allait livrer un ouvrage chez un particulier, elle est rentrée en disant qu'on l'avait guettée et qu'on lui voulait du mal. Elle n'osait plus sortir. Puis elle a entendu des voix sous forme d'interpellations. Quelques temps après elle a des sensations de présence à l'affût derrière sa porte (des gens qui veulent la martyriser). Comme ouvrière elle travaille à la perfection, chez elle fait normalement le ménage et la cuisine, mais Gabrielle se plaint d'être influencée. (...)

« – Je pense qu'il y a assez longtemps que cela dure ; je dirai cela au commissaire de police.

« – Qu'est-ce qu'il peut faire ?

« – Mais, me délivrer. Est-ce qu'on a le droit de faire souffrir les gens ainsi ! Il agit sur moi par la magie.

« – Qu'appellez-vous la magie ?

« – Je voyais de temps en temps un visage comme un reflet dans le vide, et je disais : Non ! Je ne veux pas le voir ! On m'envoie des visions la nuit. Pendant une de ces nuits, tout d'un coup je vis se dresser devant moi une grande croix de bois brun sur laquelle se trouvait crucifié un jeune homme sans vêtement... tout au moins, il en avait si peu. Le torse était entouré d'une étoffe précieuse (...) Je ne dormais pas. Je me dis : l'on me fait de la magie. C'est bien réussi. Du reste, les clous qui retiennent ses mains et ses pieds n'y sont pas, son côté n'est pas percé. On se joue de moi ! Mais à ce moment les clous apparaissent (...) la croix s'étendait sur le monde (...)

« Je vois assez souvent en vision l'homme dont j'ai peur en ce moment. Il essaie de se montrer à moi de diverses façons : ou en prenant l'air à sa fenêtre, ou étendu sur mon corps lorsque je suis couchée. Je le devine, cela me gêne. Il essaie de se découvrir à moi, ce qui me fait souffrir ; et il essaie de me faire ressentir des choses auxquelles je ne dois pas penser. Il me parle, il me dit qu'il m'aime, que je dois devenir sa femme ou qu'il me tuera.

« – Vous fait-il faire des choses que vous ne voulez pas faire ?

« – Oui, il me force à obéir ; je ne suis pas maîtresse de moi-même. Poussée par cette volonté, je puis tout faire, même le crime, même me détruire si c'est sa volonté. Il a déjà essayé. J'obéis à tout, c'est irrésistible. Il me domine malgré ma révolte constante ; la nuit, il veut me faire faire des choses honteuses. Il me menace si je ne dis pas comme lui.

« – Avez-vous des sensations particulières ?

« – Oui. Dernièrement il m'a semblé que l'on me ravageait le ventre avec la main. » (...)

« – Comment agit-on sur vous ?

« – Si je veux faire quelque chose, me promener ans certains endroits par moi choisis et si ça déplaît, on m'en empêche, ou l'on me laisse partir, puis en route l'on me forcera à rebrousser chemin et à me rendre ailleurs. Que je le veuille ou non. L'on m'empêchera de regarder le monde en face, surtout si c'est un homme, même ici. (...) Si je désobéis, l'on me forcera à m'exprimer de travers et à passer pour une idiote, et cela depuis de longues années. J'en suis arrivée à fuir les hommes et les femmes, à ne plus oser parler, regarder ; en un mot à ne plus vivre. Cela me fait peur. J'aimerais mieux ne pas exister. J'ai peur de faire le mal. (...) »

D'après Lévy-Darras. *La psychose d'influence*. Steinheil éditeur. Paris, 1914

2. L'évolution des syndromes délirants aigus (BDA) vers les troubles bipolaires

Le malade alterne les épisodes de manie délirante et de mélancolie délirante :

► Manie délirante

- Accélération psychomotrice, avec excitation, agitation, fuite des idées.
- Exaltation de l'humeur, avec euphorie, jeux de mots, taquineries, interpellations joviales.
- Absence de fatigue, rythme accéléré « à l'énergie », insomnie.
- Idées délirantes sur thèmes érotiques, de séduction, de racolage, de grandeur, de pouvoir...

► Mélancolie délirante

- Ralentissement psychomoteur.
- Distanciation et perte de goût pour la vie.
- Asthénie, fatigue, lourdeur d'une existence subie.
- Idées délirantes d'échec, de faute, d'indignité, d'incurabilité, de dégoût, de persécution.

Illustration

Malvina a 42 ans, elle est internée depuis un an.

Il y a un an, à la suite d'un accouchement, elle parut troublée, voyait tout en noir, selon les dires de son entourage, s'enfermait dans des réduits pour y pleurer, prétendait qu'elle ne voyait plus clair, qu'elle ne pouvait plus aller au cabinet, parlait de se suicider et fit même une tentative de défenestration. Elle prétendait avoir plusieurs cancers, qui lui rongeaient le cœur ; elle en avait un qui lui était descendu dans la bouche jusqu'au cœur et qui motivait à ses yeux le refus d'aliments auquel elle s'était résolue.

Plusieurs mois après, elle est mélancolique et présente de nombreux troubles de l'idéation.

Elle a des bêtes dans le corps. Elle croyait n'en avoir que 51, mais il y en a 800 ; elles ont multiplié 8 fois, elles multiplient par 18. (...) Elle ne s'appelle pas Mme G., mais « madame les bêtes ». (...)

Parmi ces bêtes, il y a un « cardinal », c'est la plus grosse, elle est rouge et a la dimension d'une main. Il y a aussi la « saccageuse » et la « vubilante ». La nuit, ces bêtes se rangent dans un sac et elles se couchent ainsi que le père et la mère et comme les poules. Aussitôt qu'elle entend du bruit, la bête « remonte » et tous ses petits la suivent. (...) Ces bêtes ne doivent pas se repaître de la nourriture qu'elle prend, mais manger son corps à elle. Sans cela elle serait obligée de prendre dix fois plus de nourriture. Ceci l'amène à penser qu'elle manque de la plupart de ses organes. (...)

Les bêtes lui ont mangé le cœur, ses poumons, ses intestins, le foie, la rate, elles lui ont sucé le sang. C'était à coup sûr des « bêtes tranchantes ». (...) Elle ne va plus au cabinet car elle n'a plus « qu'un bout de fondement » grand comme le petit doigt. Quand elle prend un bain, l'eau lui





remplit le corps en passant à travers sa peau. Elle n'a plus de cheveux, elle a été démanchée, dédoublée, sa tête s'est ouverte en deux ; elle n'a plus de cervelle. (...)

On lui a mis des bêtes dans le ventre pour faire « des centaines et des centaines », car elle ne mourra pas : quand on a des bêtes, on ne saurait mourir. Elle se nomme « l'immortelle ». (...) Des voix lui parlent. Ces voix lui font aller la bouche : « *C'est cruel, parce que souvent je n'ai pas envie de dire quelque chose et elles me le font dire (propos obscènes à l'adresse du médecin et du personnel), j'ai beau me serrer la bouche pour ne pas parler, je cause tout de même.* ». Les voix lui ont demandé si elle voulait qu'on écrive « immortelle » à la tête de son lit. Elles répètent sa pensée. (...) L'horloge répète tout ce que les voix lui disent et tous les mots qu'elle-même prononce.

D'après J. Crinon. *La pathogénie des idées de négation chez les mélancoliques*. Paris, 1908, Machalon éditeur

3. L'évolution des BDA vers des psychoses chroniques

- Vers des **psychoses chroniques à caractère dissociatif** : les **schizophrénies**.
- Vers des **psychoses chroniques à caractère non-dissociatif** :
 - avec **délires paranoïaques** ;
 - avec **hallucinations chroniques** ;
 - les **paraphrénies**.

II Les psychoses chroniques

A Délires avec dissociation (schizophrénies)

Le terme « schizophrénie » signifie que l'esprit (grec : *phrein*) est scindé (grec : *schizein*). La caractéristique majeure des schizophrénies est la **dissociation des facultés mentales**.

Trois formes :

- syndrome dissociatif ;
- syndrome paranoïde ;
- syndrome autistique.

1. Syndrome dissociatif

- Rupture de la coordination entre les sensations et perceptions, les affects, les facultés cognitives et les conduites : par exemple, l'éprouvé ne correspond pas à ce qui est pensé, les idées ne traduisent pas le ressenti et sont sans rapport avec le comportement, lequel intègre mal ce qui est perçu, etc.
- Pensées, sentiments et actions sont incohérents, voire contradictoires, vécus ou exprimés en parallèle.

- Discordance du comportement, avec : ambivalence, bizarrerie, détachement, impénétrabilité.

2. Syndrome paranoïde

Ce syndrome correspond à la forme du délire aigu, avec des traits prononcés de :

- hallucinations, intuitions, interprétations et imagination débridées ;
- prévalence d'un vécu délirant avec :
 - persécution par des puissances occultes,
 - transformation corporelle et d'attaques hypocondriaques,
 - adhésion totale au délire ;
- angoisse ;
- fréquents symptômes de dépersonnalisation.

3. Syndrome autistique

Caractère autocentré d'un monde-pour-soi coupé d'autrui, avec :

- prévalence du monde intérieur au détriment des rapports sociaux ;
- oubli des conventions sociales et des modes de vie partagés ;
- repli sur soi ;
- perte de contact avec les réalités, désintérêt, indifférence ;
- apragmatisme ;
- la relation est coupée : monde impénétrable, étranger à la communication.

4. Schizophrénie hébéphrénique

Cette forme de schizophrénie est nommée parfois simplement « hébéphrénie », en référence à Hébé, divinité grecque de la jeunesse, parce que les symptômes se manifestent de façon soudaine entre 15 et 25 ans, après une période de crispation et de mélancolie avec :

- syndrome dissociatif intense ;
- désorganisation de la conduite ;
- discordance avec l'environnement ;
- discordance entre les expressions émotives et les situations ;
- angoisse ;
- rigidité, crispation, froideur, absence de réaction, apathie tendue ;
- un comportement perdant les habitudes d'existence (ne plus se laver, ne plus manger, négligence vestimentaire, oubli des codes de bonne conduite...).

5. Schizophrénie catatonique

Ce sont les signes d'inertie ou de dérèglement psychomoteur qui prévalent, combinés à un négativisme résolu (opposition aux sollicitations, refus de partici-

pation aux échanges) pouvant alterner avec des périodes de brusque agitation désordonnée dans l'excitation :

- refus de contact ;
- fuite du regard ;
- mutisme ;
- anorexie ;
- raideur et fixité ;
- catalepsie (gestes figés, postures fixes) ;
- expression en écholalie (mots répétés) ou en échopraxie (mime de gestuelles) ;
- agitation, hyperkinésie sans but, maniérisme (poses, postures recherchées) en période d'excitation.

► Conclusion : évolution des psychoses dissociatives

- On constate la chronicité lorsque les symptômes durent six mois après leur apparition.
- Il peut y avoir des périodes de relative rémission, suivies de recrudescence suite à une période de tension et sous les contraintes de stress.
- La symptomatologie résiduelle est plus ou moins importante selon les personnes, notamment les symptômes négatifs (opposition butée ou simple égocentration ; fuite d'autrui ou prudente tenue à l'écart, etc.).
- L'adaptation à la réalité est variable en fonction :
 - de l'évolution de la maladie ;
 - de la tolérance de l'environnement aux écarts de conduite, aux difficultés d'échange, à la bizarrerie ;
 - de l'intensité des délires et hallucinations ;
 - de la présence ou de l'absence de bouffées agressives.

Illustration

Hélène S. a fait des études supérieures, puis elle est devenu professeur, très appréciée de tous. Elle a eu trois liaisons sentimentales, qui n'ont pas duré. Elle aime fréquenter les lieux de culture, elle lit et écrit. Elle s'adonne volontiers à la rêverie de longs moments.

Après une période de tension, elle s'est tenue recluse au domicile familial pendant trois mois. Elle était silencieuse et vivait au ralenti, en évitant toute conversation.

Puis elle paraît de plus en plus lointaine à ses amis, bizarre. Elle passe de plus en plus de temps enfermée à écrire un roman, histoire d'un adolescent qui tue ses parents opposés à son mariage. Le texte en est touffu, rempli d'incidentes, écheveau psychodramatique d'une famille qui se déchire, chaque personnage rêvassant des vies virtuelles au lieu de vivre leur vie.

Puis Hélène s'enfoncé dans une vie catatonique : elle parle très peu, elle ne sait si ce qu'elle vit est vrai. Elle éprouve le vide du retrait absolu de tout.



Table des matières

Sommaire	3
Cours 01 Penser la folie	5
I Méthode pour la pensée de la folie	5
A L'objet mal-être déborde la nature de la maladie	5
B L'approche du mal-être est nécessairement globale	5
C Le mal-être est au cœur de l'épreuve d'exister	6
D La perspective historique pour situer les significations attribuées à la folie	6
II L'histoire de la folie : entrelacs du naturel et du surnaturel	7
A Dans l'Antiquité gréco-latine coexistent deux écoles savantes ...	7
B Folie et pensée populaire	8
C La folie intime des passions de l'âme	10
III La voie de la science pour traiter la folie	11
A L'agitation physique excessive	11
B Le vide de solide et d'ordre : naissance du fou	11
C La dimension cachée	11
IV Les résistances à la connaissance scientifique	12
A L'écran des malédictions	12
B L'écran des possessions	12
V Traiter la folie	13
A La charité pour les insensés	13
B Les asiles européens des moines chrétiens	13
C La naissance de la neurologie	14
D Le grand enfermement social	14
VI Vers le soin	15
A La considération humaniste pour les insensés	15
B La protection des internés par le docteur Philippe Pinel	15
Cours 02 Comprendre la maladie mentale	17
I L'effort de rigueur	17
A Le sérieux nosologique de Pinel	17
B Une place sociale respectable pour les malades aliénés	18
C L'intérêt pour les causes de la maladie d'aliénation	18
D Les hôpitaux psychiatriques départementaux	19
II Les débuts de la modernité	19
A Les tâtonnements de la neurologie	20
B L'étude des comportements « anormaux »	20
C La démarche de Sigmund Freud	21
D La psychiatrie scientifique	21
III La modernité psychiatrique au xx^e siècle	22
A La psychopathologie scientifique de Ribot	22
B Étiologie et nosologie des maladies mentales	23
C La psychanalyse freudienne et l'inconscient	23
D La psychologie dynamique et la phénoménologie	25
E Rôle de l'American Psychiatric Association	26
F La psychiatrie biologique : les cures, les neuroleptiques	26

IV	En réaction, le mouvement de l'antipsychiatrie	27
	A Naissance du mouvement	27
	B L'explosion contestataire	28
	C Influence et prolongements	28
V	L'évolution vers des soins pragmatiques associant neuroleptiques et psychothérapies	29
	A Ouverture	29
	B Élargissement du champ psychanalytique	29
	C Rigueur des approches cognitivo-comportementales	30
VI	La psychiatrie aujourd'hui	30
	A Le bond scientifique récent	30
	B En 1990, une nouvelle loi	32
VII	La séparation des approches, mais l'indispensable conjugaison des méthodes de soin	32
VIII	La transformation de la relation soignant-soigné en psychiatrie	34
	A L'évolution de la demande	34
	B Le danger de « iatro-dépendance »	35
IX	Les facteurs de l'évolution de la relation soignant-soigné dans le cadre psychopathologique	36
	A Plusieurs causes à l'évolution rapide du rapport à la « folie » et aux malades mentaux	36
	B La demande de résolution du mal-être contemporain	37
■ Cours 03	Approches humanistes des maladies mentales	39
I	L'expérience de défaillances de communication	39
II	La psychopathologie phénoménologique	40
	A L'unicité de l'expérience	40
	B Le défaut de contact	41
	C L'aliénation	43
	D L'atmosphère	44
	E Le symptôme tel un gain clinique à préserver	46
	1. Une fixation matérielle	46
	2. Des avantages discrets	47
	3. La plainte à respecter	48
III	La psychopathologie psychanalytique	48
	A Le développement de l'enfant et de l'adolescent jalonné de conflits	48
	B L'action invalidante des traumatismes	49
	C Bénéfice des fixations, de la régression, de la répétition et impasse psychologique	50
IV	La psychopathologie systémique	51
	A La contrainte néfaste	51
	B Le remaniement faste	52
V	La psychopathologie cognitivo-comportementale	54
	A La conscience en action	54
	B La psychopathologie résulte de dysfonctions cognitivo-comportementales	55
	C Les distorsions du traitement d'information ou d'action	56

VI La personnalité à l'épreuve de ses fragilités	
structurelles	57
A Le rôle des manques et des ratés de compensations	57
B Les défauts liés à l'appareil psychique inventé pour compenser le manque	57
1. La construction d'appareil psychique	58
2. Les ratés du travail psychique de compensation	58
C Les ratés du processus de symbolisation : la « castration » défectueuse	59
1. Processus normal	59
2. Les ratés du processus de personnalisation	59
D Les ratés du principe de réalité et des mécanismes de défense et adaptation	60
■ Cours 04 Processus névrotiques	63
I Du conflit psychique à la pathologie névrotique	64
A Le processus psychique d'aliénation au principe de plaisir	64
B Au centre de toute névrose : le conflit psychique	64
C Les glissements vers la pathologie névrotique	65
D États de la mauvaise santé psychique	65
1. La culpabilité	65
2. Les dépressions	66
3. Le masochisme et la souffrance	67
4. Les expériences de dévastation	67
5. Les décompensations	69
II Les névroses types	71
A La névrose hystérique	71
B La névrose obsessionnelle	73
C La névrose phobique	75
D Les troubles anxieux	76
1. Le fond d'anxiété généralisée	76
2. L'état de stress post-traumatique	77
3. Les attaques de panique	77
■ Cours 05 Processus psychotiques et processus psychopathologiques invalidants	81
I Les psychoses aiguës	81
A Syndromes délirants aigus	81
B Formes	81
C Thèmes délirants	82
D Autres syndromes délirants aigus	83
E Évolution des BDA	84
1. Statistique	84
2. L'évolution des syndromes délirants aigus (BDA) vers les troubles bipolaires	86
3. L'évolution des BDA vers des psychoses chroniques	87
II Les psychoses chroniques	87
A Délires avec dissociation (schizophrénies)	87
1. Syndrome dissociatif	87
2. Syndrome paranoïde	88
3. Syndrome autistique	88
4. Schizophrénie hétérotypique	88
5. Schizophrénie catatonique	88

B Les syndromes délirants chroniques sans dissociation	90
1. La paranoïa	90
2. La psychose hallucinatoire chronique (PHC) ou schizophrénie paranoïde	95
3. La paraphrénie	96
III Les processus invalidants en psychopathologie	
générale	97
A La réaction de stress chez le malade	97
1. Situation normale	97
2. Situation exceptionnelle	98
B Les syndromes dépressifs	99
1. Le trouble unipolaire dépressif	99
2. Les troubles bipolaires	101
3. Les conduites asociales	102
4. Évolution	103
IV Les conduites suicidaires	105
A La démarche diagnostique en psychiatrie	105
B Contexte épidémiologique français	106
1. Statistiques	106
2. Modes de tentatives de suicide les plus courants	106
C Les facteurs de risque de suicide chez la population générale ...	106
D Les facteurs de risque de suicide et la psychopathologie	107
E Les situations d'urgence pour prévenir une TS	107
V La perversité narcissique et l'état limite	108
A La nouvelle norme sociale : l'angoisse culturelle du déclin	108
B L'effort du moi pour être normal et adapté à ce contexte culturel	108
C Les normopathies perverses	109
D Le danger pour autrui d'être aliéné au pervers	109
E Étiologie	110
VI L'alcoolisme	112
A Généralités	112
B Une dépendance culturellement et moralement très connotée ..	113
C Épidémiologie	113
D Psychologie du dépendant	114
E Conséquences de la dépendance à l'alcool	114
F Évolution	115
VII La toxicomanie (ou pharmacodépendance)	116
A Généralités	116
B Épidémiologie	116
C Les substances toxiques et leurs effets	117
1. Cannabis	117
2. Héroïne	118
3. Amphétamines	119
4. Cocaïne	119
D Étiopathogénie des toxicomanies	120
E Évolution des toxicomanies	121
VIII Les syndromes démentiels	122
A Les fonctions intellectuelles au cours du vieillissement	122
B Les maladies de la démence	122
1. Syndrome global	122
2. Syndrome pour la maladie d'Alzheimer	123
3. Maladie des corps de Lewy	124
4. Démences vasculaires	124
C L'impératif éthique	124
D Le chemin de la dépendance	125

E Les amnésies	127
1. Amnésie en situation d'action	127
2. Caractère de la mémoire des personnes âgées	127
3. L'impact des polyopathologies ou du vécu négatif	128
F Le devenir des psychopathologies chroniques	129

Cours 06 Troubles psychologiques de l'enfance et de l'adolescence 131

I Origines de l'approche spécialisée de jeunes in-éduqués	132
A Archéologie médico-éducative	132
B Vers une politique médico-éducative	133
1. Avec le médecin Désiré Bourneville	133
2. Avec le psychologue Alfred Binet	133
3. Avec la Justice	134
4. Avec le psychiatre Georges Heuyer	134
5. Avec le psychanalyste Roger Misès	134
II Conceptions contemporaines	135
III Les perturbations de développement	135
A Les facteurs de développement ou de dysfonctionnement	135
1. Les facteurs directs de troubles majeurs	135
2. Les facteurs indirects de troubles	135
3. L'attachement	136
4. La tétée	136
5. Contexte biographique, dialogue tonique, dialogue verbal	137
B Les troubles de l'orientation temporo-spatiale	138
1. Étiologie	138
2. Pathologies	138
C Les troubles du développement cognitif	139
1. Appréciation	139
2. Étiologie	140
3. Clinique des déficiences	141
D Les manifestations de déséquilibre au cours du développement	141
1. Les tics	142
2. L'inhibition psychomotrice	142
3. Les conduites de répétitions	142
4. Les troubles du langage	143
IV Les troubles envahissants du développement (TED) chez l'enfant	147
A L'impact des troubles	147
B L'autisme	147
1. L'état de la situation	148
2. L'autisme de Kanner	148
3. La polémique sur l'étiologie et sur les soins	149
V Les troubles du comportement « transgressifs »	151
A Les fugues	151
1. Caractéristiques	151
2. Significations de la fugue	151
B Les vols	152
1. Le vol et la loi	152
2. Le vol en provocation de l'entourage	152
C Les conduites agressives	152
1. Chez l'enfant	152
2. Chez l'adolescent	153
3. Conduite face à l'agressivité du jeune	153

D Les conduites suicidaires	154
E Les troubles du comportement alimentaire	155
1. L'anorexie mentale	155
2. La boulimie	158

I Cours 07 Approches psychothérapeutiques et soignantes	161
I La séparation des approches, mais la conjugaison des méthodes de soin	161
A Deux axes pour la psychiatrie	161
B Une organisation commune des bénéfiques	162
II La demande d'appui faite à la psychiatrie pour faire face à une existence oppressante	163
A Une demande croissante de soutien	163
B Les limites de l'accompagnement par la psychiatrie	164
III Le moment de pression sur le psychiatre pour un rôle social plus engagé	164
A Évolution des rôles du psychiatre	164
B Le psychiatre dans les institutions sociales	164
C Le psychiatre dans la relation au patient	165
IV La transformation de la relation soignant-soigné en psychiatrie	165
A Les facteurs de l'évolution	165
B Les nouvelles attentes des patients	166
V La société « dérégulée » d'aujourd'hui	166
A Des évolutions complexes pour la psychiatrie	166
B Les tentatives de rattrapage	167
VI Le soignant dans les situations de psychopathologie	169
A En situation face à la névrose	169
1. En situation avec des névrosés adultes	169
2. En situation avec des névrosés hystériques	170
3. En situation de névrose phobique	171
4. En situation de névrose obsessionnelle	172
B En situation avec des malades psychotiques	173
1. En situation avec des adultes psychotiques	173
2. En situation auprès de malades confus	174
3. En situation auprès d'accouchées en psychose puerpérale	174
4. En situation auprès de psychotiques en accès maniaque	175
5. En situation auprès de psychotiques en accès mélancolique	175
6. En situation auprès de malades en psychose hallucinatoire	176
C En situation face aux délirants paranoïaques	177
D En situation avec des malades schizophrènes	178
E En situation auprès de malades dépendants	183
F En situation face aux malades psychopathes	184
G En situation auprès d'enfants souffrant de début névrotique	187
H En situation avec des enfants autistes ou déficients intellectuels	190
I En situation auprès d'adolescents perturbés	194
J En situation face aux pathologies liées au grand âge	196
1. Cas d'amnésie	196
2. Cas d'agressivité	196
3. La maladie d'Alzheimer	197
4. Troubles dépressifs	197
I Cours 08 Exercices	201