

**MANUEL DE PSYCHOPATHOLOGIE – Historique, classification et législation**  
**Guy Besançon**  
**(1993). Paris : Dunod.**

**A INTEGRER AU 1<sup>er</sup> POLY**

Au cours du XXe siècle (...) c'est de cette époque, comme d'ailleurs dans d'autres domaines de la médecine, que date la naissance de la sémiologie (étude des signes) psychiatrique. (...) bien qu'on sache parfaitement depuis Freud que derrière le discours manifeste il existe un discours latent, que les mots ne doivent pas être pris au pied de la lettre, qu'ils nécessitent une interprétation. Pour autant, dans une première approche au moins, la démarche clinique garde tout à fait sa place et elle se doit d'être rigoureuse. P15 (Besançon, 1993)

Quoi qu'il en soit des circonstances d'examen, celui-ci devra s'efforcer de réunir des informations suffisantes pour orienter la démarche ultérieure. Ces informations se situent à deux niveaux :

- synchronique ou horizontal, explorant, par l'étude des différentes fonctions mentales, la manière dont le sujet se situe dans le monde, là, maintenant, pour reprendre le vocabulaire des phénoménologues ;
- diachronique ou vertical, pour poser la question fondamentale de savoir comment le trouble observé s'intègre dans l'histoire du sujet, s'il constitue un avatar dans son parcours ou au contraire un aboutissement d'une longue histoire ayant par exemple ses origines dans son histoire infantile. Un déficit observé des facultés intellectuelles aura en effet un sens tout différent si on apprend qu'il été constaté très tôt dans le développement du sujet ou s'il est au contraire d'apparition tardive. (...) la dimension événementielle, réactionnelle, qui fait que l'épisode survient ce moment et pas à un autre dans l'histoire du patient, devra être prise en compte. (...) dans le cadre d'une relation thérapeutique /ou à visée psychothérapeutique, l'attitude de l'examineur va être déterminante pour la suite de la relation. Présent, non enfermé dans une écoute de type analytique qui n'est pas de mise dans cette situation, il devra savoir mettre le patient à l'aise, sans familiarité, attentif mais sans excès de chaleur qui mettrait l'autre en position d'élève ou d'enfant, évaluant d'emblée la qualité de la relation en train de s'instaurer. (...) dans d'autres situations, chez la personne âgée, chez un patient traité pour une affection somatique évolutive, il sera indispensable de procéder à un examen somatique soigneux, de mettre en œuvre des examens complémentaires (bilan biologique, hormonal, tomographie cérébrale, etc.). p16 (Besançon, 1993)

**L'axe synchronique**

C'est l'étude systématique des grandes fonctions psychologiques et noétiques.

- La présentation du malade

Même s'il n'existe plus guère d'images caricaturales de la folie, images qui étaient en grande partie le fait de la culture asilaire, dans un certain nombre de cas la présentation du sujet sera d'emblée évocatrice de la pathologie sous-jacente. (anorexique, autisme infantile, processus involutif...) (...). En fait, ce temps d'examen ne fournit qu'une information grossière ; il pourra même être trompeur et ne dispensera jamais du reste de l'investigation. P 17 (Besançon, 1993)

- La conscience

Pour Henri Ey, les différents états observés en pathologie mentale correspondent tous à une déstructuration de la conscience à des degrés plus ou moins marqués. Il s'agit dans tous les cas d'une perte ou d'une modification des repères temporels et spatiaux. Confusion mentale. Bouffée délirante, accès maniaque (...) p17 (Besançon, 1993)

- La mémoire

La mémoire est une autre donnée de base dans le fonctionnement intellectuel et psychologique d'un sujet, et les plaintes concernant son fonctionnement vont être un motif fréquent de consultation. (...) l'examen clinique et quelques épreuves simples permettront en général de différencier ce qui revient à l'organique et ce qui devra être mis au compte de facteurs psychologiques généralement névrotiques. ] ; s'agit par exemple de faire répéter au sujet des listes de chiffres de plus en plus longs, le chiffre moyen se situant entre 5 et 7, d'utiliser l'échelle de mémoire de Wechsler, de demander au sujet un récit biographique avec les grands repères chronologiques. Au terme de cet examen on doit pouvoir définir un certain nombre de troubles :

- l'amnésie de fixation est l'incapacité d'intégrer de nouvelles informations alors que les informations anciennes sont conservées
- l'amnésie d'évocation est l'incapacité de se remémorer une information qui a été normalement fixée
- l'amnésie rétroantérograde est une amnésie mixte portant à la fois sur la fixation et l'évocation

- l'amnésie lacunaire porte sur une période précise nettement délimitée dans le temps. Elle n'est pas d'origine organique en général. P18 (Besançon, 1993)

- Langage

Fondamental dans la communication humaine, le langage devrait faire l'objet d'un examen particulièrement attentif. (...) Il faudra différencier les aphasies de Broca, de Wernicke, l'aphasie amnésique ou le manque du mot, liées à des lésions neurologiques s'intriquant souvent chez le dément à des troubles confusionnels, affectifs, des troubles du langage d'origine strictement psychologique. L'examen méthodique du langage, langage spontané, dénomination d'objets, répétition de phrases clés, permettra en général de faire cette distinction. Les aphasies fréquemment associées à d'autres troubles des fonctions instrumentales, agnosies, apraxies, appartiennent essentiellement aux tableaux involutifs du registre démentiel ; les autres troubles du langage, sans support organique, de psycho-génèse stricte, appartiennent le plus souvent au registre des psychoses, notamment schizophréniques. Il peut s'agir de troubles portant sur la production du langage, du mutisme à la logorrhée intarissable chez le maniaque, de troubles du rythme du langage, ralenti ou accéléré, modifié dans son cours par des barrages, dans la tonalité ou son amplitude par le phénomène de fading. On peut observer des altérations sémantiques du langage. Les mots peuvent être déformés ou amputés, la syntaxe bouleversée. A un degré de plus, le néologisme, mot entièrement nouveau créé par le malade à son usage propre, représente une rupture sémantique propre. A l'extrême, ces modifications du langage lui enlèvent toute valeur de communication, aboutissant à un véritable jargon, baptisé, par assimilation à l'aphasie qu'il est parfois difficile de différencier, jargonophasie. Cet examen du langage permet enfin et surtout de repérer la qualité de la communication qui s'instaure avec le patient. P18-19 (Besançon, 1993)

- L'intelligence

Les premiers temps de l'examen permettront en général d'avoir une évaluation suffisante de l'intelligence du sujet, c'est-à-dire de son aptitude à reconnaître et à comprendre les éléments d'une situation ou d'un problème en les comparant aux expériences passées pour s'y adapter ou les maîtriser. Ultérieurement les examens complémentaires, tests de niveau, de détérioration, permettront d'affiner, éventuellement de modifier, l'impression initiale. On peut distinguer grossièrement deux situations. Dans la première, l'intelligence est dans les limites du normal et le trouble psycho-pathologique doit avant tout être envisagé dans une perspective psycho-génétique, ce qui n'exclut pas pour autant la place d'un facteur organique sous-jacent ou déclenchant. Dans la seconde situation il existe une atteinte de l'intelligence. Qu'elle soit congénitale ou ancienne, on est dans le registre des insuffisances intellectuelles ou débilites ; qu'elle soit récente, on est dans le cadre des détériorations intellectuelles ou des démences. (...) p19 (Besançon, 1993)

- Le fonctionnement de la pensée

Cette pensée peut être perturbée à différents niveaux dans son rythme, qu'elle soit ralentie, accélérée (la tachypsychie du maniaque), discontinuée, traduisant par exemple la dissociation schizophrénique avec barrages, stéréotypies, troubles du cours de la pensée dans son contenu habituel et logique, et c'est tout le registre des pensées pathologiques. Elle peut être parasitée par une idée fixe, une obsession qui peut assiéger le sujet, entraîner un état de tension anxieuse d'autant que son contenu est le plus souvent contraire aux pensées habituelles, à son système de valeurs, à ses références éthiques. Les idées délirantes quant à elles marquent le plus souvent l'entrée dans le registre psychotique. Elles traduisent chez le patient, et quel que soit le mécanisme qui les sous-tend (illusion, intuition, interprétation, hallucination), une coupure avec la réalité commune. (...) d'où la possibilité dans ces situations de dangerosité et de passage à l'acte (le persécuté qui agresse son persécuteur présumé). C'est à ce temps de l'examen qu'on appréciera d'éventuels troubles des perceptions ; les idées délirantes sont en effet fréquemment sous-tendues par des hallucinations. Il s'agit de perceptions sans objet à percevoir, non critiquées par le sujet. On doit les différencier des hallucinoses, perceptions sans objet mais critiquées par le sujet. Les hallucinations peuvent toucher les différentes sphères, auditive, visuelle, cénesthésique. Elles peuvent se combiner de façon complexe pour aboutir à ce qu'on appelle syndrome d'automatisme mental, où le sujet ne se sent plus maître de sa personne et de son destin, mais totalement dépendant d'une force perçue comme extérieure à lui, qui le guide, le commande, commente ses gestes et ses pensées, fait de lui une véritable marionnette mue par des fils extérieurs. P20 (Besançon, 1993)

- L'état émotionnel et affectif

Cet état est souvent perçu dès le premier contact avec le patient. L'angoisse a sa traduction physique. Le ralentissement psychomoteur et la tristesse sont remarquables d'emblée chez un grand nombre de déprimés. Ce n'est cependant pas toujours le cas et il faudra savoir entendre la plainte anxieuse, l'appréhension d'un danger imaginaire, les conduites d'évitement phobique, les manifestations somatiques (cardiaques, respiratoires, digestives) masquant l'anxiété psychique. Il faudra. Enfin différencier cette anxiété de l'humeur dépressive

d'avec l'inhibition, la douleur morale, mais aussi les sentiments de culpabilité, d'incurabilité, les idées suicidaires qu'il faut toujours rechercher devant de tels tableaux cliniques. (...)

L'anxiété et la dépression étant présentes dans un grand nombre de tableaux cliniques, soit isolées, soit associées à d'autres troubles, il est Particulièrement important, notamment sur le plan thérapeutique, de les chercher et de les quantifier. Des échelles spécifiques, Hamilton pour l'anxiété, Hamilton, M.A.D.R.S., H.A.R.D. pour la dépression, y contribueront largement. P20-21 (Besançon, 1993)

- Les conduites instinctuelles et sociales

Ne suffit pas qu'une conduite soit déviante d'une norme moyenne généralement retenue pour qu'elle puisse être considérée comme pathologique. Il en est ainsi d'un certain nombre de conduites sexuelles ( choix 'objet homosexuel par ex.) qui se situent rarement dans le champ pathologique. De même, une conduite délictueuse, une violence, sont finalement rarement à mettre au compte d'une pathologie psychiatrique. pourtant, il est bien évident que les troubles des grandes conduites instinctuelles (l'alimentation, la sexualité, l'agressivité et son contrôle) ont quelque chose à voir avec la psychopathologie. (...) Dans ces domaines paraît particulièrement significatif tout ce qui se situe en rupture par rapport à un comportement antérieur adapté. C'est dire que, : peut-être plus encore que pour les troubles déjà évoqués, ces éléments, devront être replacés dans l'histoire du sujet, le moment de survenue, ayant toute son importance. P21 (Besançon, 1993)

### L'axe diachronique

En pratique, le recueil de tous ces éléments de base ne prendra son sens que si ceux-ci sont resitués dans l'histoire globale du sujet. (...) Dans la majorité des cas, le trouble observé devra être confronté à la biographie du sujet, être replacé en continuité ou en rupture significative avec celle-ci. Pour ce faire et autant qu'il sera possible de le faire, parfois avec l'aide de l'entourage du patient, de sa famille, il faudra reconstituer la trajectoire existentielle du sujet sans ses axes les plus significatifs : naissance, période périnatale, petite enfance, entrée dans le monde scolaire, puberté, mariage, naissance d'un enfant, etc. On accorde depuis quelques années une influence importante aux événements tels qu'une rupture ou un deuil dans le déclenchement et évolution d'un certain nombre d'états pathologiques somatiques ou psychiques p21-22

### L'approche diagnostique

Les différents temps de l'examen permettront, dans la plupart des cas, de parvenir à une approche diagnostique suffisante pour définir la conduite à tenir, immédiate et plus lointaine, et le pronostic. Le diagnostic n'a pas en psychopathologie la rigueur qu'il peut avoir dans d'autres disciplines. (...) En pratique, il paraît important, au moins initialement, de distinguer parfaitement ce qui est de l'ordre de l'aigu, du circonstanciel, du réactionnel, ou au contraire de l'ordre d'un épisode, inaugural ou évolutif, d'un processus évoluant déjà depuis longtemps à bas bruit ; ce qui s'articule avec la personnalité antérieure du sujet telle qu'on peut la percevoir à un premier entretien, de ce qui se situe en rupture avec celle-ci ; de ce qui relève évidemment d'une organisation névrotique, de ce qui est de l'ordre psychotique. P22-23 (Besançon, 1993)

(...) regroupe les troubles psychiques à l'intérieur de quatre grandes rubriques :

- troubles mentaux organiques ;
- psychoses et états psychotiques ;
- troubles névrotiques de la personnalité et autres troubles non psychotiques ;
- retard mental. P24 (Besançon, 1993)

Quelles est la législation en psychiatrie ???