

PSYCHOLOGIE CLINIQUE et PSYCHOPATHOLOGIE

Manuel d'entraînement

Dr Émile Guibert



À TÉLÉCHARGER EN LIGNE

- ▶ Du matériel d'entraînement
- ▶ Plus de 30 fiches pratiques
- ▶ Un glossaire technique de plus de 200 termes





Programme clinique

Qu'est-ce que la psychologie clinique ?

La psychologie clinique est une discipline des sciences humaines, centrée sur l'étude approfondie des individus en situation. Contrairement à la psychologie expérimentale qui généralise ses observations en laboratoire, la psychologie clinique valorise l'approche singulière et globale de la personne. Elle cherche à comprendre les souffrances psychiques, les comportements et les conduites humaines, qu'elles soient normales ou pathologiques.

La méthode clinique repose sur une relation directe avec le sujet. Elle privilégie l'observation, l'écoute et l'analyse qualitative des expériences vécues. Cette discipline s'appuie sur plusieurs approches théoriques, parmi lesquelles la psychanalyse, la phénoménologie, le comportementalisme, et plus récemment les modèles intégratifs.

Origines et moments fondateurs

La psychologie clinique s'est construite au croisement de la médecine, de la psychiatrie et de la psychologie expérimentale. Voici les grandes figures historiques qui ont marqué son histoire :

1. Théodule Ribot (1839-1916)

Créateur de la méthode **pathologique**, il propose d'étudier les troubles pour mieux comprendre la psychologie normale. Il s'appuie sur l'observation des conduites, comme la mémoire, la volonté ou les émotions.

2. Sigmund Freud (1856-1939)

Avec sa *Psychopathologie de la vie quotidienne* (1901), Freud pose les bases de la **psychopathologie psychanalytique**. Il étudie les conflits inconscients à travers des phénomènes comme les actes manqués et les rêves, jetant les fondements de la psychanalyse.

3. Pierre Janet (1859-1947)

Élève de Ribot, on peut le considérer comme un précurseur de la psychologie clinique. Il explore des concepts clés, comme le **rétrécissement de la conscience** et le subconscient. Sa méthode clinique repose sur l'observation et l'analyse des comportements pathologiques.

4. Lightner Witmer (1867-1956)

Aux États-Unis, Witmer fonde la première « *psychological clinic* » en 1896. Il est souvent présenté comme le **fondateur institutionnel** de la psychologie clinique, combinant aide pratique, recherche et formation.

5. Karl Jaspers (1883-1969)

Jaspers publie *Psychopathologie générale* (1913) et propose une méthode **compréhensive** pour étudier les phénomènes psychiques. Il exclut l'inconscient et privilégie l'analyse de la vie consciente et vécue du sujet.

6. Daniel Lagache (1903-1972)

Lagache formalise la psychologie clinique en France en la définissant comme une **étude de la conduite humaine en situation**. Il place au centre la singularité de l'individu et propose une démarche clinique globale.

7. Juliette Favez-Boutonier (1903-1994)

En continuité avec Lagache, elle contribue à institutionnaliser la psychologie clinique en France en créant, en 1966, le premier **certificat universitaire de psychologie clinique**.

8. Jean Bergeret (1923-2016)

Bergeret met en avant une **psychopathologie psychanalytique** en explorant les évolutions, les défenses et la dynamique du psychisme humain.

9. Winfrid Huber

Il a marqué la psychologie clinique par une approche **pragmatique** de la discipline : « Nous pensons avec Reuchlin et la grande majorité des psychologues cliniciens que le postulat fondamental de la psychologie du vérifiable et les critères qui en découlent doivent fonder la psychologie clinique¹. »

10. Jean-Louis Pardinielli (1949-2021)

Il a réalisé la synthèse la plus complète de la psychologie clinique à ce jour, en intégrant de multiples approches.

1. Winfrid Huber, *La psychologie clinique aujourd'hui*, Bruxelles, Mardaga, 1987, p. 288



Les spécificités de la méthode clinique

La psychologie clinique se distingue par une méthode qui repose sur des principes fondamentaux visant à appréhender la singularité et la globalité des individus. Elle ne se limite pas à une application mécanique de techniques ou de théories, mais s'appuie sur une démarche d'investigation systématique qui place le sujet au centre de l'analyse.

Parmi les spécificités méthodologiques, l'observation directe joue un rôle essentiel. Elle permet d'étudier les conduites et les comportements dans leur contexte réel, sans les réduire à des variables abstraites. Cette démarche s'inscrit dans une vision globale, prenant en compte non seulement l'histoire personnelle du sujet, mais aussi ses émotions, ses interactions sociales et son environnement.

L'implication du clinicien est un autre aspect clé. Contrairement à la neutralité absolue souvent valorisée dans d'autres approches, la psychologie clinique met l'accent sur la relation singulière qui se construit entre le clinicien et le sujet. Ce lien, bien que non neutre, est encadré par une éthique stricte, garantissant que l'engagement du clinicien enrichit la compréhension sans interférer avec l'analyse.

Les outils utilisés en psychologie clinique, tels que les entretiens, les tests projectifs (comme le test de Rorschach ou le dessin) ou les techniques d'observation, illustrent cette approche centrée sur la compréhension qualitative. Bien que des méthodes quantitatives, comme les échelles d'évaluation, puissent être intégrées, elles restent secondaires par rapport à la recherche d'une compréhension fine des processus psychiques.

En somme, la méthode clinique privilégie une démarche compréhensive et contextuelle, s'opposant à une approche purement expérimentale ou standardisée. Elle s'adapte aux spécificités de chaque situation pour offrir une analyse nuancée et respectueuse de la complexité humaine.

Psychopathologie et psychologie clinique : deux disciplines liées

La psychopathologie et la psychologie clinique, bien qu'étroitement liées, se distinguent par leurs objectifs et leurs méthodes. Tandis que la première se concentre sur l'analyse des phénomènes pathologiques en cherchant à comprendre leurs causes et leurs mécanismes, la seconde vise une étude approfondie de l'individu dans sa singularité, en tenant compte de sa situation globale. Ces deux disciplines, souvent confondues, convergent dans leur quête de compréhension et d'accompagnement de la souffrance psychique.

Définition et complémentarité des disciplines

La psychopathologie, définie par des auteurs comme Karl Jaspers²², est l'étude des phénomènes psychiques à proprement parler pathologiques. Elle cherche à décrire, interpréter et comprendre les processus sous-jacents aux troubles mentaux. Cette discipline s'inscrit dans une démarche scientifique qui peut inclure des méthodes descriptives, phénoménologiques ou explicatives, selon les perspectives théoriques adoptées. Jaspers, dans sa *Psychopathologie générale*, met l'accent sur l'importance de comprendre l'expérience vécue des patients et de rechercher les causes des troubles. Toutefois, il exclut l'inconscient, privilégiant une analyse centrée sur la conscience et les phénomènes observables.

La psychologie clinique, quant à elle, s'intéresse à la personne dans sa totalité, qu'elle soit en souffrance ou non. Introduite par Daniel Lagache et développée par Juliette Favez-Boutonier, elle repose sur une méthode clinique qui vise avant tout à appréhender la singularité du sujet. Dans ce cadre, la psychologie clinique dépasse l'étude du seul pathologique pour inclure également des aspects normaux de la vie psychique, en intégrant des dimensions relationnelles, sociales et historiques.

Champs d'application et objectifs distincts

La psychopathologie se concentre principalement sur les processus pathologiques. Elle mobilise des outils comme l'observation, les tests et les études de cas pour développer des théories explicatives des troubles mentaux. L'objectif est d'élaborer une compréhension des maladies psychiques, qu'elles soient liées à des causes organiques ou psychologiques. Historiquement, cette discipline a été influencée par des figures comme Freud, Janet ou Ribot, qui ont contribué à établir des cadres théoriques pour interpréter les mécanismes des troubles mentaux.

En revanche, la psychologie clinique s'applique directement à l'accompagnement des individus. Elle privilégie une approche qui met en avant l'expérience du sujet dans sa globalité et son contexte, à la fois familial, social et personnel. Cette discipline adopte une démarche méthodologique fondée sur l'écoute et l'observation pour comprendre les conduites humaines. Contrairement à la psychopathologie, elle ne cherche pas uniquement à expliquer, mais à intervenir, conseiller, éduquer et, dans certains cas, traiter.

Interdépendance entre psychopathologie et psychologie clinique

Bien que leurs approches diffèrent, ces deux disciplines s'enrichissent mutuellement. La psychopathologie, en fournissant des modèles explicatifs des troubles, constitue une base théorique précieuse pour les psychologues cliniciens. Ces derniers, en retour, utilisent ces théories dans leur pratique pour affiner leurs

2. ² Karl Jaspers, *Psychopathologie générale*, Paris, Alcan, 1933.



observations et ajuster leurs interventions. L'interaction entre les deux domaines est particulièrement visible dans des contextes où la compréhension des mécanismes pathologiques permet d'éclairer des situations cliniques complexes.

La psychologie clinique aujourd'hui

La psychologie clinique s'impose aujourd'hui comme une discipline fondamentale pour l'étude des conduites humaines et des états de souffrance, qu'ils soient ou non pathologiques. Ancrée dans une tradition méthodologique rigoureuse, elle privilégie une approche clinique axée sur la singularité et la globalité de l'individu, contrairement à la psychologie expérimentale, qui se concentre sur des phénomènes isolés dans des conditions contrôlées. Cette orientation, fortement influencée par les travaux de Daniel Lagache et Juliette Favez-Boutonier, met l'accent sur l'étude approfondie des cas individuels en contexte.

L'évolution de la psychologie clinique reflète une capacité d'adaptation remarquable. Si elle a historiquement intégré des apports majeurs de la psychanalyse, elle s'est progressivement ouverte à d'autres cadres théoriques, comme les approches cognitivo-comportementales et les neurosciences. Elle reste cependant fidèle à ses fondements en valorisant l'observation directe, l'écoute active et la relation clinique. En France, cette discipline conserve une spécificité marquée par son ancrage dans la méthode clinique, qui privilégie une démarche compréhensive et contextuelle.

La psychologie clinique s'inscrit comme un espace de rencontre entre la science et l'humain. Elle ne se limite pas à un discours théorique, mais se positionne comme une pratique au service de l'individu, où la rigueur scientifique se conjugue à une sensibilité à l'expérience vécue.

Pourquoi s'entraîner ?

L'ambition première de ce manuel est de **former le clinicien comme dans un véritable internat**, en le plaçant au cœur d'un apprentissage structuré, progressif et immersif. Inspiré des programmes de formation anglo-saxons, cet ouvrage propose une approche concrète de la psychologie clinique et de la psychopathologie, alliant rigueur théorique et expérience pratique intensive.

À travers des entraînements ciblés, des études de cas, et des simulations proches de la réalité clinique, ce manuel vise à préparer les futurs psychologues à une pratique autonome et compétente. Chaque exercice, chaque situation simulée ont été conçus pour reproduire les défis quotidiens auxquels les cliniciens sont confrontés : observer des symptômes, poser un diagnostic précis, mener des entretiens cliniques, gérer des situations d'urgence, et s'entraîner à des techniques spécifiques.

Ainsi, ce manuel ne se limite pas à transmettre des connaissances théoriques. Il propose une expérience d'apprentissage innovante où l'étudiant devient acteur de sa formation, développant des réflexes cliniques, une écoute fine, et des capacités d'analyse indispensables à la compréhension de la souffrance psychique. En combinant travail individuel et supervision encadrée, ce programme offre les outils nécessaires pour accompagner efficacement les patients, avec professionnalisme et humanité.

Objectif global du manuel

Ce manuel d'entraînement pratique en psychologie clinique et psychopathologie vise la formation complète du clinicien. Il combine les savoirs théoriques, les méthodes d'évaluation et l'expérience clinique pour préparer les futurs psychologues à une pratique professionnelle autonome. L'accent est mis sur :

- L'acquisition de compétences diagnostiques et relationnelles.
- L'entraînement aux techniques cliniques essentielles (sémiologie, entretien, étude de cas).
- La conduite des interventions psychologiques (groupes, situations d'urgence, etc.).

L'ouvrage s'articule autour de deux axes :

1. **Cours pratiques** : fondements et techniques.
2. **Entraînement clinique** : exercices, simulations et applications concrètes.

Objectifs d'entraînement clinique

Types d'entraînements	Objectifs spécifiques
Entraînement diagnostique	• Maîtriser la sémiologie clinique (signes, symptômes, syndromes). • Réaliser un diagnostic différentiel structuré.
Entraînement à l'entretien clinique	• Pratiquer l'écoute active et la reformulation. • Conduire des entretiens centrés sur les problèmes spécifiques du patient.
Entraînement à l'étude de cas	• Construire et rédiger une étude de cas complète : analyses, diagnostics, interprétation. • Analyser l'histoire du sujet et sa structure psychopathologique.
Entraînement aux techniques de groupe	• Comprendre et guider la dynamique de groupe. • Identifier les rôles et phases dans un groupe thérapeutique. • Appliquer des techniques pratiques (relance, reformulation, synthèse).



Entraînement aux interventions d'urgence et brèves	• Mettre en œuvre des techniques d'intervention rapide (<i>defusing</i>, <i>débriefing</i>). • Gérer les crises (p. ex. attaque de panique).
Entraînement clinique général (prise de conscience de la réalité des phénomènes psychiques)	• S'initier aux techniques hypnotiques : expérimenter les phénomènes hypnotiques en binôme. • Formuler des suggestions hypnotiques thérapeutiques. • Induire des phénomènes spécifiques (association libre, réduction de la douleur). • S'entraîner à l'expérience des associations : • Identifier les mécanismes psychiques par le test des associations. • Détecter les indices de complexes et les réactions masquées.

Organisation du programme

1. Sémiologie clinique

- Observation, analyse des symptômes et interprétation.

2. Diagnostic psychologique

- Simulation d'exercices de jugement clinique.
- Développement de la démarche diagnostique en trois phases.

3. Entretien clinique

- Exercices de mise en application : reformulation, écoute active.
- Analyse des erreurs fréquentes.

4. Étude de cas clinique

- Travail sur des cas pratiques : identification des mécanismes cliniques.
- Exercices d'interprétation.

5. Techniques de groupe

- Jeux de rôles pour simuler la dynamique d'un groupe.
- Entraînement à la conduite d'interventions.

6. Interventions d'urgence

- Simulation de situations cliniques (attaque de panique, dépersonnalisation).

7. Hypnose et associations libres

- Techniques d'induction, transe et exploration des associations inconscientes.

8. Présentation de patients simulés

- Entraînement clinique à partir de patients fictifs et simulations.

Supervision et autoévaluation

Chaque section se conclut par :

- **Des simulations pratiques** supervisées.
- **Les corrigés des exercices** pour renforcer les acquis.

Ce programme offre un cadre structuré pour une formation progressive en psychologie clinique, tout en plaçant l'entraînement pratique au cœur de l'apprentissage.

The background features a light gray puzzle piece in the top right corner and a larger, lighter gray puzzle piece on the left. Two dark gray puzzle pieces are at the bottom. Several light gray circles of varying sizes are scattered across the composition, some overlapping the puzzle pieces.

PARTIE 1

Cours pratique

La sémiologie clinique

Organisé en plusieurs sections, ce chapitre est conçu comme un guide d'entraînement clinique permettant d'acquérir une maîtrise technique précise des examens psychologiques.

Vous commencerez par l'analyse des troubles du langage, avec des techniques d'observation pour différencier les particularités de la diction, de l'intensité et du débit verbal chez vos patients. Cette compétence est primordiale pour identifier les signes associés à divers états psychiques. Ensuite, l'examen clinique des troubles de la mémoire vous offrira des outils pour évaluer les processus mnésiques, tels que la rétention, la remémoration et les amnésies, dans leurs formes et implications variées.

L'observation des troubles de l'humeur constitue une étape clé, vous guidant dans la détection de signes d'exaltation ou de dépression, ainsi que dans l'interprétation de ces variations affectives en lien avec des troubles spécifiques. La section sur les idées délirantes vous apprendra à différencier leurs manifestations – persécutions, mégalomanie, culpabilité, hypocondrie – et à en évaluer la structure pour un diagnostic approprié. Enfin, vous explorerez les différents types d'hallucinations, en affinant votre capacité à reconnaître leurs spécificités pour un différentiel précis.

Chaque section inclut des tests de connaissances et des exercices pratiques, afin que vous puissiez évaluer et renforcer vos compétences tout au long du chapitre. Ce parcours vous permettra de développer une sensibilité clinique et des capacités d'observation rigoureuses, deux qualités indispensables à toute pratique de la psychologie clinique.

1

Comment faire l'examen des troubles du langage en psychologie clinique

Repérer les modifications de la diction chez son patient

L'analyse des variations de la diction est un outil essentiel pour comprendre son état psychique. Ces modifications peuvent inclure :

1. Les inflexions et modulations de la voix

- *Accentuation de mots précis* : certains patients soulignent des mots ou des parties de phrases, souvent observés dans les délires mégalomaniques.
- *Alternance des tonalités* : les variations d'intonation témoignent d'une intensité émotionnelle ou expressive marquée.

2. La monotonie et la tonalité émotionnelle

- Dans les **états dépressifs** :
 - ▶ Le débit verbal est souvent uniforme et monotone.
 - ▶ Une tonalité d'indifférence, de tristesse ou d'ennui s'y associe.
- Dans les états d'affaiblissement intellectuel :
 - ▶ On retrouve une monotonie similaire, mais sans tonalité émotionnelle.

3. Les tonalités spécifiques dans les états délirants

- Lors des phases délirantes hallucinatoires :
 - ▶ Apparition d'accents de terreur.
 - ▶ Cris de frayeur ou expressions d'épouvante.

4. Les formes théâtrales ou emphatiques

- Dans certains contextes cliniques, notamment maniaques ou délirants, le discours peut prendre des formes particulières :
 - ▶ Théâtrale, emphatique, déclamatoire : le patient adopte une posture d'orateur avec des accents pathétiques et des intonations variées.



- Chantée ou rythmée: utilisation de rimes et de modulations observées dans les états maniaques ou dans les délires à thèmes religieux ou mégalomaniaques.

LA VERBIGÉRATION

La verbigération est une manifestation particulière de la diction, caractérisée par la répétition incohérente de mots ou de phrases.

■ Caractéristiques :

- Le discours semble adressé à autrui.
- Il donne une apparence de but ou de tonalité émotionnelle, mais il est dépourvu de signification cohérente.

■ Contexte clinique :

- La verbigération est fréquemment observée dans la schizophrénie ou la démence sénile.

Historique: Le terme a été introduit par Kahlbaum en 1874 dans sa description de la catatonie.

Exemple clinique: Le patient déclame des mots en boucle, sans lien logique apparent : « *La pluie tombe... tombe... les murs... murs jaunes... la pluie tombe...* ».

▶ À RETENIR

L'observation des variations de la diction – y compris des phénomènes comme la verbigération – est essentielle pour repérer des indices cliniques permettant de formuler des hypothèses diagnostiques. Cette attention fine aux nuances du discours enrichit considérablement l'analyse psychopathologique.

QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION

1. Quelles caractéristiques de la diction sont souvent observées chez les patients souffrant d'un délire mégalomaniaque?
2. Dans quels contextes cliniques la verbigération est-elle fréquemment observée?
3. Quels sont les indices vocaux spécifiques pouvant apparaître lors des phases délirantes hallucinatoires?

Différencier les modifications d'intensité de sa voix

En conditions normales, l'intensité de la voix est généralement proportionnelle à l'état émotionnel. Ce parallélisme peut toutefois se rompre dans divers troubles psychiatriques.

1. États émotionnels très accentués

Dans certaines situations pathologiques, la voix peut perdre son lien habituel avec l'intensité émotionnelle. Par exemple :

- ▶ Une voix peu intense peut être observée malgré un état émotionnel marqué, comme dans la dépression sévère ou la paranoïa.
- ▶ À l'inverse, la voix peut être très forte sans correspondance avec un état émotionnel apparent, comme c'est souvent le cas dans la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques.

2. États maniaques

L'intensité de la voix peut atteindre un niveau extrême. Le patient parle avec une telle force que sa voix finit par s'érailler, ce qui peut le laisser presque aphone.

3. États mélancoliques

Chez les patients souffrant de dépression sévère, on observe souvent une voix basse, parfois chuchotée, et parfois même à peine perceptible. Cela traduit un état de retrait ou d'épuisement psychique.

4. Modifications liées à des conceptions délirantes

Dans certains contextes délirants, les variations de l'intensité vocale sont directement liées aux thèmes du délire. Par exemple, chez les paranoïaques, la voix est souvent basse par peur d'attirer l'attention. Certains patients chuchotent afin de ne pas être entendus par des espions ou des ennemis imaginaires.



À RETENIR

L'intensité de la voix est un indice clinique important. Son observation permet d'évaluer non seulement l'état émotionnel du patient, mais aussi la présence éventuelle de thèmes délirants ou l'intensité de son agitation psychique.



QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION

1. Quels indices vocaux spécifiques peuvent être observés chez un patient dépressif sévère ?
2. Comment l'intensité de la voix peut-elle refléter des thèmes délirants chez un patient paranoïaque ?



Examiner la vitesse de son langage et les modes de succession de ses phrases

L’observation de la vitesse du langage et de la manière dont les mots et phrases se succèdent est un aspect fondamental de l’activité diagnostique. On peut ainsi observer, dans les états d’exaltation, un langage traduisant un tumulte, une fuite des idées, par exemple.

Vitesse et succession – Les troubles les plus courants

Phénomène observé	Description	Exemples de pathologies associées
Logorrhée	Le patient parle avec volubilité, enchaînant les phrases sans pause, comme s’il avait peur de manquer de temps.	États maniaques, schizophrénie, démence, pathologies cérébrales organiques.
Néologismes	Le patient utilise des mots nouveaux, parfois incompréhensibles, produits automatiquement sans lien réel avec l’idée à exprimer.	Syndromes schizophréniques, troubles délirants.
Langage elliptique de J.-P. Falret	Les mots sont avalés, bredouillés ou interrompus en raison d’un flux trop rapide.	États maniaques
Pseudo-incohérence	Le discours paraît incohérent, mais cette incohérence n’est pas définitive. La cohérence peut revenir une fois l’épisode passé.	États maniaques, états d’excitation temporaire.

- POINTS CLÉS À RETENIR**
- La **logorrhée** est caractérisée par un débit excessif, souvent associé à des pathologies cérébrales ou maniaques.
 - Les **néologismes** peuvent être automatiques (passifs) et résultent d’associations par contiguïté ou ressemblance, comme le décrit Séglas.
 - Le **langage elliptique** est un discours haché où certains mots sont omis sous l’effet de la vitesse.
 - La **pseudo-incohérence** ne traduit pas une détérioration intellectuelle réelle et se distingue de troubles permanents.

L’analyse fine de ces phénomènes permet d’évaluer l’état psychique du patient, en tenant compte de la vitesse, du rythme et des perturbations du discours.

LES NÉOLOGISMES

L'observation des néologismes, ces mots nouveaux créés par le patient, est essentielle pour comprendre les processus sous-jacents à certains troubles du langage. Jules Séglas en distingue deux grandes catégories :

Faire la distinction entre néologismes passifs et actifs

Type de néologisme	Caractéristiques	Exemples et pathologies associées
Néologismes passifs	• Ils résultent de processus automatiques, sans intervention de la volonté.	• Observés dans les états maniaques, la schizophrénie, l'alcoolisme et la démence.
	• Leur production repose sur la loi d'association par contiguïté, ressemblance ou assonance.	• Exemples : des mots issus d'associations rapides comme dans un kaléidoscope (logorrhée maniaque).
	• Les patients créent des mots involontaires pour remplacer ceux qui leur échappent ou à cause de l'affaiblissement de la mémoire.	• Dans la démence, les mots sont souvent déformés ou remplacés par des syllabes incompréhensibles.
Néologismes actifs	• Ils sont créés intentionnellement par le patient pour traduire une idée, souvent délirante ou imagée.	• Fréquemment observés dans les délires systématisés (persécution, grandeur, mysticisme).
	• Ils résultent d'un travail intellectuel plus ou moins organisé, visant à donner un sens particulier à ces créations.	• Exemples : « Reluquets » pour désigner ceux qui regardent de travers, ou « épinedorsalier » pour des douleurs à la colonne.
	• Les mots trouvés deviennent fixes et satisfont le patient, masquant parfois un appauvrissement de la pensée.	• Les mots peuvent aussi être inspirés par des hallucinations auditives qui dictent ces termes au patient.

POINTS CLÉS

- Les néologismes passifs résultent d'un automatisme psychologique et sont souvent observés dans les états d'excitation, comme la manie ou dans la démence. Ils traduisent des associations rapides, involontaires et parfois incompréhensibles.
- Les néologismes actifs, au contraire, sont créés volontairement par le patient pour exprimer une idée délirante ou une perception spécifique. Ces mots acquièrent une signification précise pour le patient, même s'ils demeurent hermétiques pour autrui.
- Certains néologismes actifs proviennent d'hallucinations auditives, où le patient entend des mots qui prennent un sens particulier pour lui.



Faire la distinction clinique de la hauteur et du timbre de la voix

Les modifications de la diction peuvent concerner des variations de la hauteur et du timbre de la voix, observées dans divers contextes psychopathologiques. Ces changements peuvent inclure :

- Une voix rauque, gutturale ou tremblante, fréquemment associée aux phases délirantes.
- L’alternance de deux ou plusieurs registres vocaux dans des troubles dissociatifs, notamment ce que l’on appelle désormais le trouble dissociatif de l’identité (TDI).
- Des modifications de la hauteur de la voix dans les psychoses, allant du grave à l’aigu.

Classification CIM-11 et DSM-5

La distinction clinique de ces phénomènes trouve un cadre précis dans les classifications internationales des troubles mentaux.

Dénomination	CIM-11	DSM-5
Trouble dissociatif de l’identité (TDI)	Inclus dans les « troubles dissociatifs » sous la catégorie 6B64	Appartient à la catégorie des « troubles dissociatifs » (F44.81)

LE CAS PRINCEPS DE MISS BEAUCHAMP PAR MORTON PRINCE¹

Morton Henry Prince (1854-1929), médecin américain et pionnier de la psychopathologie, a joué un rôle majeur dans l’étude des troubles dissociatifs. Son étude du cas « Miss Beauchamp » est emblématique de ce que l’on appelle aujourd’hui le trouble dissociatif de l’identité (TDI). Ce cas a mis en lumière l’existence d’identités distinctes coexistant chez un même individu, chacune pouvant adopter des comportements, des souvenirs et même des modulations vocales différentes.



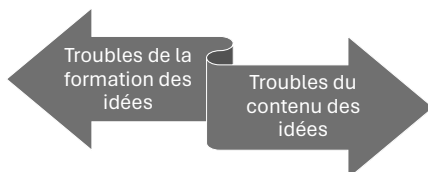
QUESTIONNAIRE D’AUTOÉVALUATION

1. Quand le changement de timbre de la voix a-t-il fréquemment lieu ?
2. Sur quel syndrome porte le cas princeps de Morton Prince ?

1. Morton Prince, *La dissociation d’une personnalité : Étude biographique de psychologie pathologique, Le cas Miss Beauchamp 1906*, Paris, L’Harmattan, 2005 [éd. française].

Repérer les altérations du contenu dans le discours de votre patient

Ce sont les plus importantes en cela qu'elles représentent la traduction par le langage des altérations fondamentales de la pensée. Au point de vue pratique on peut les classer en deux grandes catégories, suivant qu'on les envisage dans leurs rapports avec les troubles de la formation des idées, ou avec les troubles du contenu des idées.



Les troubles portant sur les opérations intellectuelles

Les troubles des opérations intellectuelles s'accompagnent souvent de modifications connexes du langage. Ces perturbations varient selon le type de trouble :

1. États d'excitation

- Accélération du cours des idées et hyperactivité mnésique.
- Le langage devient plus abondant, plus fluide et parfois plus choisi, traduisant l'exaltation des facultés intellectuelles.

2. États asthéniques, dépression sévère et troubles obsessionnels

- Les patients se plaignent de :
 - ▶ L'entrave à l'exercice de leurs facultés.
 - ▶ L'impossibilité de s'exprimer ou de trouver leurs mots.

3. Inhibition liée à des symptômes particuliers

- Dans certains cas, l'inhibition du langage est associée à :
 - ▶ Des hallucinations (auditives, visuelles, etc.).
 - ▶ Des idées de possession ou de persécution.

4. États d'affaiblissement démentiel

- Le langage se modifie profondément, traduisant une incohérence progressive en lien avec l'affaiblissement des facultés intellectuelles.



Les troubles portant sur le contenu des idées

Les troubles du contenu des idées se traduisent par des phrases ou expressions spécifiques observées dans certaines affections psychiatriques.

DÉLIRE DE PERSÉCUTION : « Vous le savez mieux que moi. — Mon affaire est connue. — C'est dans les journaux. »

ÉTATS DÉPRESSIFS – MÉLANCOLIE « Si j'avais su — Vous perdez trop de temps avec moi. — Tout est fini. »

Expressions particulières révélant des symptômes spécifiques

Certaines expressions traduisent des symptômes particuliers, tels que :

- **Des idées de persécution** : « On fait des gestes sur mon passage. » — « On m'électrise. » — « On me viole. » — « On m'injurie. »
 - ▶ Ces phrases sont souvent liées à des interprétations délirantes, des troubles de la sensibilité générale ou des hallucinations auditives.
- **Des étapes du délire systématisé** :
 - ▶ Le recours à des pronoms indéfinis, des termes collectifs ou des désignations spéciales pour désigner des ennemis peut indiquer un degré d'organisation du délire.
- **Des néologismes** : Leur emploi donne également des indications précieuses sur le contenu délirant et l'évolution du trouble.



QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION

1. Quels types de modifications du langage observe-t-on dans les états d'excitation ?
2. Quels symptômes peuvent être révélés par des expressions comme « On m'électrise » ou « On m'injurie » ?

D'autres troubles de la succession des phrases à connaître

Les troubles de la succession des phrases se manifestent par des perturbations variées du langage, nécessitant une définition précise pour une meilleure compréhension clinique.

Langage – autres troubles à identifier

Signe clinique	Description	Caractéristiques associées
Ânonnement	Le patient émotif s'arrête à chaque syllabe et interrompt ses phrases par des voyelles ou des diphtongues.	Langage haché, avec des pauses systématiques.
Dysphrasie émotive	L'angoisse empêche le patient d'aller jusqu'à la prononciation d'un seul mot.	Blocage du langage sous l'effet d'une forte charge émotionnelle.
Embololalie de Merckel	Présence de syllabes, mots ou phrases incidentes intercalées dans le discours.	Langage perturbé par des ajouts involontaires.
Langage javanais	Ajout de syllabes comme préfixes, suffixes ou dans le corps du mot, à la manière d'un jeu d'écoliers.	Langage artificiel, souvent proche de jeux sonores ou rythmés.
Mots échosyllabiques	Prononciation de mots sans sens, réveillés par assonance ou contraste.	Perturbations involontaires de mots ou syllabes.
Coprolalie	Emploi de jurons ou de paroles obscènes.	Fréquent dans certains troubles neurologiques ou psychiatriques.
Palinphrasie	Répétition des phrases entières ou de la fin des phrases de l'interlocuteur avant de répondre.	Tendance à doubler les syllabes ou mots dans un flux répétitif.
Échophrasie	Répétition des phrases entières ou de la fin des phrases de l'interlocuteur avant de répondre.	Trouble caractérisé par un écho verbal involontaire.
Langage réflexe de Robertson	Réponses automatiques par des phrases banales stéréotypées, souvent répétées quotidiennement.	Fréquent dans les états démentiels, discours automatisé et rigide.



QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION

1. Quelle est la différence entre l'échophrasie et la palinphrasie ?
2. Définissez le langage réflexe de Robertson et donnez un exemple.
3. Comment se manifeste l'embololalie dans le discours d'un patient ?

2

Savoir réaliser l'examen clinique des troubles de la mémoire

Qu'entend-on par amnésie en psychologie clinique ?

L'amnésie peut se manifester dans des contextes très variés et avec des significations cliniques différentes.

- Dans certains cas, comme l'indique Sollier, elle constitue un symptôme secondaire ou accessoire au cours d'une affection quelconque. Elle n'a pas alors de valeur diagnostique particulière et son étude se limite à apporter des éléments sur la pathogénie ou le pronostic de la maladie.

Paul Sollier (1861-1933) fut un neurologue français. Auteur de nombreux ouvrages de psychologie et traités de psychiatrie, il fut notamment l'élève de Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière.

- Dans d'autres situations, l'amnésie représente le phénomène principal, voire unique, qui motive la consultation. Plusieurs cas peuvent se présenter :
 - ▶ Certains patients se rendent compte de leurs troubles de mémoire, comme c'est le cas dans les états asthéniques.
 - ▶ D'autres ne perçoivent pas leur amnésie, ce sont alors les proches qui l'observent, notamment dans des pathologies comme l'épilepsie ou les pathologies neurodégénératives.
 - ▶ Enfin, il existe des cas plus complexes, comme dans les troubles psychogènes, où seul un spécialiste peut établir un lien entre le symptôme observé et un trouble amnésique sous-jacent.

Lorsqu'un examen clinique de la mémoire est nécessaire, il est important d'adopter une ligne de conduite rigoureuse afin de réaliser une évaluation complète et précise.



QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION

1. Qui était Paul Sollier et quelle est sa contribution dans l'étude de l'amnésie ?
2. Dans quels cas l'amnésie constitue-t-elle un symptôme secondaire ?
3. Pourquoi certains patients ne remarquent-ils pas eux-mêmes leurs troubles de mémoire ?

Évaluer les capacités de conservation de la mémoire

L'examen du pouvoir de conservation de la mémoire porte sur la fidélité et sur la durée de conservation des différentes catégories des perceptions nouvelles.

Directives pour le clinicien

Combien de temps le patient retient-il les choses nouvelles qu'on lui apprend ? Les images sont-elles bien conservées dans leurs rapports associatifs, dans leur ordre chronologique ? L'oubli après un temps donné est-il complet ou partiel ?

En même temps vient la recherche de capacité d'acquisition mnésique (mental span/empan) ; quel est le nombre des souvenirs qui peuvent être acquis dans un temps donné ? Combien de fois une impression brève ou longue, simple ou complexe, doit-elle se répéter pour être fixée et retenue ?

Des épreuves spécifiques permettent d'évaluer la mémoire immédiate, la fixation et la récupération :

– Test de l'empan verbal (span de chiffres ou de mots)

Ce test mesure la mémoire immédiate et la capacité de rétention d'informations à court terme.

Procédure :

1. Le clinicien énonce une série de chiffres, à raison d'un chiffre par seconde.
2. Le patient doit répéter immédiatement la série dans le même ordre.
3. La longueur de la série est progressivement augmentée jusqu'à ce que le patient ne puisse plus répéter correctement.

Exemple de séquences progressives :

- Niveau 1 : 4-2-7
- Niveau 2 : 9-5-3-1
- Niveau 3 : 8-6-4-9-2
- Niveau 4 : 3-7-5-2-9-1

Le score moyen chez un adulte se situe **entre 5 et 7 chiffres**. En cas de trouble, on peut observer :

- **Un empan réduit (≤ 4 chiffres)** : pouvant traduire une atteinte de la mémoire immédiate.
- **Une inversion des chiffres** : suggérant un trouble attentionnel.



Une variante de ce test consiste à demander au patient de répéter la séquence en ordre inverse, ce qui sollicite davantage la mémoire de travail et l'attention.

– Test des objets cachés

Ce test évalue la mémoire de fixation et la capacité d'évocation différée.

Procédure :

1. On présente au patient une série de 10 objets usuels (stylo, clé, pièce de monnaie, montre, gomme, etc.).
2. Le patient doit nommer chaque objet à voix haute, en les manipulant s'il le souhaite.
3. Après cette phase d'apprentissage, les objets sont retirés du champ visuel.
4. **Test d'évocation immédiate (15 minutes après la phase d'apprentissage) :**
 - ▶ On demande au patient de citer un maximum d'objets dont il se rappelle.
5. **Test de reconnaissance (30 minutes après) :**
 - ▶ On présente une série d'objets comprenant les 10 objets initiaux et des distracteurs.
 - ▶ Le patient doit identifier les objets déjà vus parmi les nouveaux.
6. **Test d'évocation différée (24 heures après) :**
 - ▶ On interroge le patient sans support visuel pour voir combien d'objets peut-il se remémorer.

Pour une évaluation approfondie, le clinicien utilisera l'Échelle de mémoire de Wechsler.



TESTEZ VOS CONNAISSANCES

1. Sur quoi porte l'examen du pouvoir de conservation de la mémoire ?
2. En quoi consiste le test d'évocation différée ?

Les troubles mnésiques des opérations de reconnaissance et de localisation

La mémoire est un processus complexe impliquant deux étapes fondamentales :

1. La conservation et la reproduction des souvenirs.
2. Des opérations intellectuelles plus élaborées, comme la reconnaissance et la localisation des souvenirs.

Lorsque ces dernières opérations sont altérées, on observe non pas une simple amnésie, mais des phénomènes plus complexes, comme des illusions ou un véritable délire.

Les différents types de souvenirs à examiner

Pour une évaluation complète des troubles mnésiques, il est essentiel de distinguer les catégories de souvenirs à examiner :

Catégories de souvenirs	Exemples concrets	Précisions cliniques
Souvenirs liés à l'identité personnelle et sociale	Informations concernant l'identité (état civil), la famille, le domicile et le contexte social.	Évalue la mémoire autobiographique liée à l'identité personnelle et sociale.
Souvenirs des faits récents et anciens	Événements marquants pour le sujet (p. ex. anniversaires, déménagements, voyages, traumatismes).	Inclut la mémoire épisodique, qui est souvent altérée dans les démences (p. ex. Alzheimer).
Souvenirs des connaissances générales et spécialisées	Connaissances culturelles, professionnelles ou scolaires acquises (faits historiques, règles sociales).	Évalue la mémoire sémantique, liée aux connaissances générales et spécialisées.
Mémoire verbale et linguistique	Rappel du vocabulaire, des phrases, des expressions ou des mots appris.	Perturbée dans les aphasies ou les troubles du langage d'origine neurologique.
Mémoire procédurale et habitudes motrices	Gestes automatisés (p. ex. faire du vélo, conduire, écrire), routines corporelles.	Relève de la mémoire procédurale, souvent préservée dans les troubles mnésiques débutants.

Directives pour le diagnostic : reconnaissance et localisation des souvenirs

Pour chaque type de souvenirs, il convient de suivre un protocole précis afin d'évaluer leur état :

1. Qualité des souvenirs

- Sont-ils vagues ou nets ?
- Sont-ils précis dans leurs détails ou seulement esquissés dans leurs grandes lignes ?
- Le sujet est-il certain de son souvenir ou le décrit-il avec un sentiment de doute ?



2. Facilité d'évocation

- L'évocation des souvenirs est-elle simple et rapide ou au contraire laborieuse et difficile ?

3. Localisation dans le temps

- **Directe** : Le sujet se souvient naturellement de la date parce qu'elle est intimement liée au fait.
- **Indirecte** : La localisation nécessite des repères chronologiques. Selon Sollier, il existe deux stratégies principales.

Les deux méthodes de localisation de Sollier

Méthode de localisation	Description
Localisation par progression continue (rétrograde ou antérograde)	Le sujet part de faits récents ou anciens pour retrouver la date recherchée.
Localisation par oscillations (divergentes ou convergentes)	La mémoire évoque des faits proches ou éloignés, en tournant autour du souvenir jusqu'à le dater précisément.



QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION

1. Quels phénomènes peuvent découler des troubles des opérations de reconnaissance et de localisation ?
2. Quelles sont les 5 catégories de souvenirs qu'il est essentiel d'évaluer lors d'un examen clinique ?
3. En quoi consistent les méthodes de localisation de Sollier ?

Savoir différencier les amnésies de remémoration

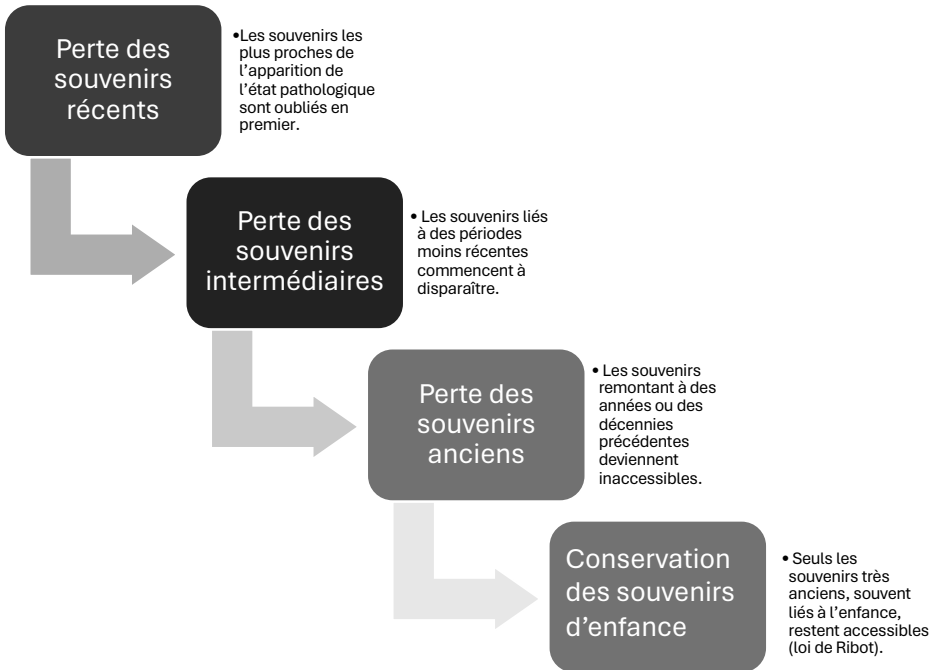
Les troubles de la mémoire liés à la remémoration peuvent être classés en amnésies progressives et amnésies localisées. Chaque catégorie présente des mécanismes distincts, essentiels à comprendre pour établir un diagnostic précis.

1. Les amnésies progressives ou rétrogrades

Ces amnésies affectent les souvenirs antérieurs à l'installation d'un état pathologique, avec une perte graduelle suivant un schéma temporel :

- Perte des souvenirs récents en premier lieu.
- Progression vers une incapacité à rappeler des souvenirs plus anciens, jusqu'à ne conserver que ceux de l'enfance (loi de Ribot).

- Elles sont caractéristiques des pathologies intellectuelles déficitaires, notamment les états démentiels.



► POINTS À NOTER

1. Modulation par les facteurs affectifs :

- Des souvenirs récents, mais chargés émotionnellement, peuvent être rappelés malgré la loi de Ribot.

2. Troubles mixtes antéro-rétrogrades :

- Dans les démences, on observe également une incapacité à former de nouveaux souvenirs, ce qui aggrave le tableau mnésique global.

2. Les amnésies localisées

Ces amnésies concernent un nombre limité d'événements du passé et peuvent être divisées en deux types principaux :



Type d'amnésie	Caractéristiques	Exemple typique
Lacunaire	• Perte des souvenirs d'une période déterminée. • Observées lors des perturbations de conscience (états confusionnels).	• Amnésies rétrogrades post-traumatiques (perte des faits avant un traumatisme crânien). • Amnésies post-critiques (durée d'une crise comitiale et les minutes précédant la crise).
Élective ou psychogène	Oubli sélectif d'événements liés à un thème ou une catégorie anxiogène, souvent lié à des facteurs affectifs.	Refoulement inconscient : oubli d'un événement traumatique, voire de l'identité personnelle.

Mécanisme psychogène :

- Les amnésies électives agissent comme une défense du moi contre l'angoisse, un mécanisme étudié par Freud.
- Ces oublis, bien que protecteurs à court terme, peuvent devenir pathologiques lorsque des tranches entières de vie ou même l'identité sont effacées de la conscience.



QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION

1. Quelle est la différence entre une amnésie rétrograde et une amnésie lacunaire ?
2. Pourquoi les facteurs affectifs jouent-ils un rôle dans certaines amnésies ?
3. Quelle est l'origine typique des amnésies post-critiques ?

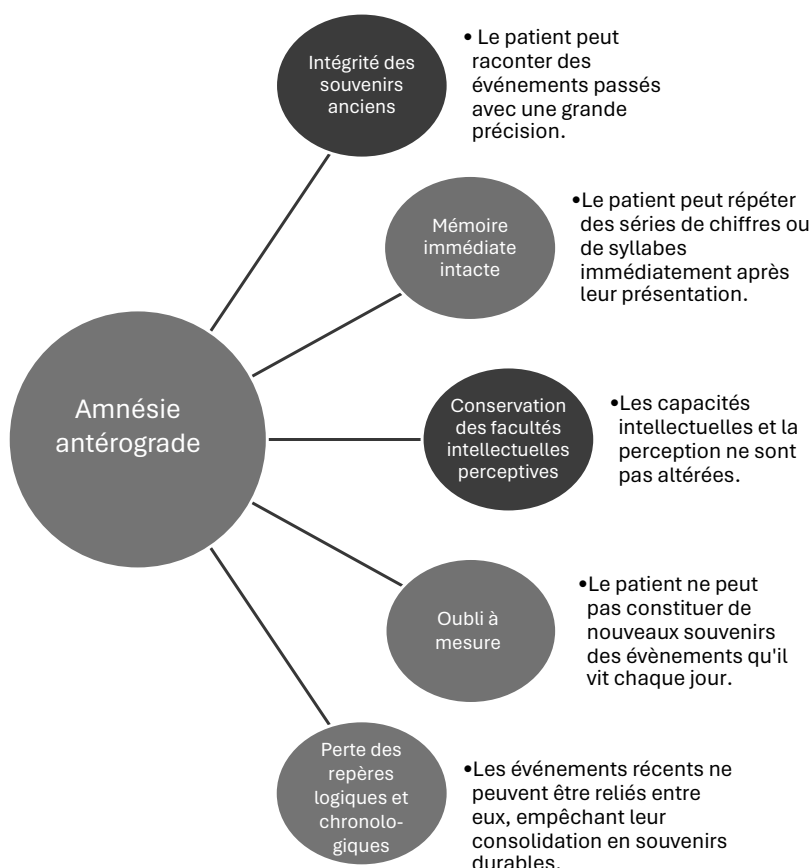
Reconnaître l'amnésie de mémoration plus connue sous le nom d'amnésie antérograde

Une amnésie de mémoration typique est réalisée dans le syndrome amnésique de Korsakoff, dont elle est le symptôme principal. On observe dans ce cas :

- **Une intégrité des souvenirs anciens :** le sujet s'avère même capable de raconter son passé avec des détails qui revêtent parfois une précision surprenante.
- **La conservation des facultés intellectuelles perceptives.**

- **La conservation de la mémoire immédiate** ou empan (le patient peut répéter, immédiatement et normalement, une série de syllabes ou de chiffres).
- **L'oubli à mesure**: le patient ne parvient plus à constituer des souvenirs à partir des éléments qu'il vit chaque jour. Il ne s'agit pas d'un véritable trouble de fixation puisque la mémoire immédiate est conservée. Tout se passe comme si la perte des rapports logiques, qui relient entre eux les événements récents, et celle des repères chronologiques rendait inutilisable la trace mnésique pour une mémorisation du présent.

Cette variété d'amnésie est encore appelée amnésie antérograde parce que, à partir de la survenue des troubles, « l'oubli » concerne tous les événements à venir, c'est-à-dire ceux qui se situent en avant dans le temps.



**QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION**

1. Quelle est la différence essentielle entre l'amnésie antérograde et l'amnésie rétrograde ?
2. Pourquoi l'amnésie antérograde n'est-elle pas un trouble de la mémoire immédiate ?
3. Quels éléments mnésiques restent intacts chez un patient atteint du syndrome de Korsakoff ?

Savoir reconnaître l'hypermnésie chez votre patient

L'hypermnésie désigne une capacité mnésique exceptionnelle, qui peut se manifester dans divers contextes cliniques ou non pathologiques. Elle se divise en plusieurs formes, selon les mécanismes sous-jacents et les performances observées.

1. Hypermnésie pathologique

- **Définition :** Un développement considérable d'un secteur limité de la mémoire, souvent mécanique et stéréotypé, associé à une intelligence en dessous de la moyenne, voire un trouble du développement intellectuel.
- **Exemple typique :** Les calculateurs de calendrier capables de donner rapidement le jour de la semaine correspondant à une date éloignée. Ces performances, bien que fascinantes, ne traduisent pas une intelligence générale supérieure et peuvent coexister avec un fonctionnement cognitif limité.
- **Contexte clinique :** On retrouve également ce type d'hypermnésie dans l'excitation maniaque, où le patient fait preuve d'une abondance de souvenirs multipliés, alimentant une conversation variée et imprévisible.

2. Hypermnésie non pathologique

- **Définition :** Des performances mnésiques exceptionnelles corrélées avec un haut niveau intellectuel, sans lien avec une pathologie.
- **Exemple connu :** Les joueurs d'échecs de haut niveau, comme Garry Kasparov, mémorisent des centaines de parties et positions complexes, illustrant une mémoire exceptionnelle associée à des capacités stratégiques et cognitives élevées.
- **Autres exemples :** Des artistes ou compositeurs comme Wolfgang Amadeus Mozart, qui pouvait reproduire de mémoire des morceaux entendus une seule fois.

POINTS CLÉS POUR LE DIAGNOSTIC

1. Distinction entre pathologique et non pathologique :

- L'hypermnésie pathologique est souvent limitée à un secteur spécifique et ne s'accompagne pas d'un haut niveau intellectuel général.
- L'hypermnésie non pathologique est intégrée à un fonctionnement cognitif global élevé.

2. Contexte émotionnel ou clinique :

- L'hypermnésie dans l'excitation maniaque peut être liée à un état pathologique temporaire, caractérisé par une abondance de souvenirs évoqués rapidement, mais de manière désorganisée.

QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION

1. Qu'est-ce que l'hypermnésie et dans quels contextes peut-elle apparaître ?
2. Quels sont les points distinctifs entre une hypermnésie pathologique et non pathologique ?
3. Donnez un exemple de performance mnésique exceptionnelle chez une personnalité célèbre.

3

Observer cliniquement les troubles de l'humeur

Les signes de l'exaltation maniaque chez votre patient

L'exaltation ou excitation maniaque est un état mental marqué par une surexcitation généralisée, décrite avec précision par Jules Falret dans un discours prononcé à la Société Médico-Psychologique le 8 janvier 1866.

Définition selon Jules Falret

« Ce qui caractérise essentiellement cet état mental, c'est la surexcitation générale de toutes les facultés, l'activité exagérée et malade de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, ainsi que le désordre des actes, sans trouble considérable de l'intelligence et sans incohérence du langage. »

QUI ÉTAIT JULES FALRET ?

Jules Falret (1824-1902) fut un psychiatre français de renom. Il est notamment connu pour sa contribution majeure à la description de la folie à deux (trouble délirant partagé). Il a également joué un rôle central dans l'élaboration des premières classifications des troubles psychiatriques. Ses travaux sur les troubles de l'humeur, notamment la mélancolie et la manie, restent des références en psychopathologie.

Les signes de l'excitation maniaque

Signes cliniques	Description
Augmentation de l'activité motrice	Le sujet est hyperactif, se sent infatigable, avec une diminution significative du besoin de sommeil.
Besoin accru de contact social	Forte envie de s'exprimer, de communiquer ou d'établir des relations sociales.
Hypermnésie	Accès facilité à une grande quantité de souvenirs.
Augmentation de la libido	Désir sexuel accru.
Exaltation du sentiment de soi	Égoïsme, susceptibilité, irritabilité, voire irascibilité.

Troubles associés à l'excitation maniaque

L'excitation maniaque peut être observée dans plusieurs troubles psychiatriques et peut parfois passer inaperçue si elle n'impacte pas significativement la vie sociale ou professionnelle.

Dénomination	CIM-11	DSM-5
Épisode maniaque	6A60.0	F31.11 /12/13
Trouble bipolaire avec ou sans symptômes psychotiques	6A61.x	F31.81



QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION

1. Qui était Jules Falret et quel est son apport en psychiatrie ?
2. Comment définir l'excitation maniaque selon la citation de Falret ?
3. Quels sont les principaux symptômes observables chez un patient en état d'excitation maniaque ?

Quel est le tableau clinique général de l'épisode maniaque ?

Un épisode maniaque est l'expression la plus saisissante de la désorganisation psychique. Chez le patient, rien n'est dissimulé. On observe un besoin immodéré de penser, de parler et d'agir qui se donne libre cours.

POUR MAGNAN, LA FORMULE DU MANIAQUE EST : « TOUT AU-DEHORS »

Le maniaque est constamment en interaction avec le monde extérieur. Son regard balaie rapidement les personnes et les objets qui l'entourent. Lorsqu'un clinicien lui adresse la parole, il répond immédiatement, tend la main, propose un nom, rappelle un événement personnel ou s' imagine un lien de parenté ou d'amitié avec lui.

La vue d'un objet déclenche chez lui une multitude de souvenirs, souvent accompagnés d'associations inhabituelles de mots et d'idées. Lorsqu'il pose une question, il s'empresse d'y répondre lui-même, incapable d'attendre la réponse de son interlocuteur. Sa parole est abondante et fluide, mais ses phrases restent inachevées. Le patient, trop pressé de passer à une nouvelle phrase, ne parvient à en terminer aucune.

Valentin Magnan (1835-1916) fut un psychiatre français. On lui doit de nombreuses contributions majeures, notamment dans le domaine de l'alcoolisme ou encore des descriptions qui constituent des avancées importantes dans le champ psychiatrique.



La voix du maniaque varie en intonation, alternant entre des murmures, des éclats et des cris, selon les idées qui l'assaillent et qu'il cherche à exprimer. Ses expressions vocales s'accordent avec sa physionomie, qui traduit tour à tour la gaieté, l'ironie, la colère ou la fureur.

Lorsqu'il écrit, le résultat est à l'image de ses pensées et de ses mouvements : désordonné et irrégulier. Les phrases sont incomplètes, les mots mal formés et les lettres présentent des tracés incohérents.



QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION

1. Peut-on observer dans l'épisode maniaque des associations inhabituelles de mots et d'idées?
☐ Oui ☐ Non
2. Quelle est la formule du maniaque pour Magnan ?
☐ Tout en dedans ☐ Tout en mouvement
☐ Tout au-dehors ☐ Tout bouge
3. Pourquoi les phrases écrites par un patient maniaque sont-elles souvent incomplètes et désordonnées ?

Savoir faire la distinction entre la logorrhée et la fuite des idées chez votre patient

Pendant l'épisode maniaque, on pourra observer chez le patient un bavardage incohérent ainsi qu'une logorrhée.

Qu'entend-on par logorrhée ?

Dans la logorrhée, le patient parle de façon volubile ; il prend à peine le temps de respirer, comme s'il avait peur de ne pouvoir exprimer toutes les idées qui se pressent dans son esprit. S'il paraît impossible que le patient endigue le cours de ses idées fuyantes, et qu'il puisse en arrêter la marche et l'association désordonnées, il n'est pas incapable pourtant de prêter un court instant d'attention à une question importante.

Signification clinique de la fuite des idées

Dans la fuite des idées, ces dernières se succèdent et s'enchaînent sans que le sujet puisse fixer son attention sur l'une d'elles. La fuite des idées est un symptôme d'excitation psychique.



TESTEZ VOS CONNAISSANCES

- Peut-on observer un bavardage incohérent dans un épisode maniaque ?
- Quelle différence faites-vous entre logorrhée et fuite des idées ?

Les idées délirantes dans les épisodes maniaques

Dans un épisode maniaque, les idées délirantes occupent une place secondaire dans le tableau clinique. Il est également important de noter que tous les épisodes maniaques ne s'accompagnent pas nécessairement de symptômes psychotiques.

Ces idées délirantes, bien que fréquentes, sont marquées par leur multiplicité, leur variabilité et l'absence de systématisation, en raison de l'excessive mobilité des idées et des sentiments, caractéristique de l'épisode.

Exemple clinique

Un patient en état maniaque, dont les émotions varient rapidement, peut passer du rire aux larmes en un instant, entonner des chansons obscènes ou religieuses, associer une idée triste à une idée de grandeur. Tour à tour, il se considère persécuté, mégalomane, ou dans une position de négation. Ses visions oscillent entre Dieu et le diable.

Toutefois, de nombreux patients se fixent plus facilement sur des catégories d'idées récurrentes, telles que :

- Les idées érotiques.
- Les idées ambitieuses.



QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION

1. Les idées délirantes dans un épisode maniaque sont-elles systématiquement organisées et fixes ?
2. Quelle est la place des symptômes psychotiques dans le tableau clinique de l'épisode maniaque ?
3. Quelles sont les deux catégories d'idées fixes les plus fréquemment observées chez les patients maniaques ?



Des illusions peuvent être observées chez votre patient en état maniaque

Chez les patients présentant un état maniaque accompagné de symptômes psychotiques, des illusions perceptuelles peuvent survenir. Ces illusions sont des distorsions de la perception des objets ou des stimuli sensoriels, souvent influencées par l'état émotionnel du patient.

Exemples cliniques

1. Illusions visuelles :

- Les patients voient les objets comme renversés, rapetissés ou démesurément grossis.
- Ces objets peuvent également prendre les proportions d'êtres fantastiques.

2. Illusions auditives :

- Les bruits les plus ténus sont perçus comme des carillons assourdissants.

3. Illusions gustatives :

- Les aliments et boissons offerts au patient ont des goûts extrêmes : tantôt délicieux, tantôt semblables à des substances empoisonnées.



QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION

1. Dans cet état, les illusions sont-elles systématiquement associées à des symptômes psychotiques ?
2. Quels types de distorsions perceptuelles peuvent être observées ?
3. Pourquoi les goûts des aliments ou boissons sont-ils perçus de manière extrême par le patient ?

Comprendre les actes du patient en proie à un état maniaque

Dans l'état maniaque, les actes du patient reflètent le désordre et l'incoordination présents dans sa sphère idéique. Le patient s'abandonne à un besoin tumultueux de mouvement, selon l'expression de Benjamin Ball.