

Les troubles schizo-affectifs


Jack Foucher
Neurophysiologie
Clinique psychiatrique
Strasbourg – France

Clinique des psychoses
DES Psychiatrie
Strasbourg
12 juin 2013


Construction des classifications internationales en psychiatrie

Contexte :
CIM 6 et 7 incluent la psychiatrie pour la première fois. Principe de classification étiologique basé sur la psychanalyse.
MAIS opposition grandissante à la psychanalyse ...

Planification de la CIM-8 :



Carl G Hempel (1905-1997)



Aubrey J Lewis (1900-1975)


Carl Hempel (1959) :

- Problème de **fiabilité**,
- Propose l'**opérationnalisation** (Bridgman 1927) : termes descriptifs non ambiguë, définit par opération.

Sir Aubrey Lewis (1959) :

- L'**athéorisme** forcené : description pure (**utilité** : épidémiologie)
- Élaboration par **consensus**

Consensus sur la pensée la plus influente



• Kraepelin propose le cours évolutif pour établir la distinction entre :

- **Démences précoces** = pathologie chronique, progressive ou rémittentes-progressives (Bleuler : analogie douteuse avec sa schizophrénie)
- **Psychoses maniaco-dépressives** = pathologies rémittentes pures (analogie douteuse avec le trouble bipolaire)

• **Hypothèse** : formes avec atteinte cérébrale potentiellement objectivable en anatomo-pathologie vs. formes fonctionnelles.

• **En 1920** : conclue qu'il est difficile de distinguer schizophrénie et PMD

« Notre formulation du problème pourrait être fausse... Les formes schizophréniques et thymiques de l'aliénation mentale ne représenteraient pas l'expression de processus pathologiques particuliers »

• **Pourtant** : reprise à partir CIM-9 / DSM-III !

Psychoses : un syncrétisme consensuel



Emil Kraepelin (1856-1926)

Hypothèse :
 Trouble fondamental commun (*Verblötung / démentification*), pathologie pour laquelle anatomopathologie devrait être positive
 différence SZ / PMD

Eugen Bleuler (1857-1939)
 1911 : Dementia praecox ou le groupe des schizophrénies
 Perte du principe pronostique, mais le suppose
 Principe psychopathologique (*Spaltung*)
 Extension du concept +++

Hypothèse :
 Trouble fondamental commun (*Spaltung / clivage*) = rupture des chaînes associatives qui fait la différence SZ / PMD

France : Philippe C
 1912 : principe psych
 ↳ Syncrétisme syndrome dissociatif (Ey)
 USA : jusque dans les années 70

Ey (1900-1977)

Psychoses : un syncrétisme consensuel

Emil Kraepelin (1856-1926)

Hypothèse :
 Les psychoses sont des maladies de l'esprit (dualité) sans rapport avec un problème organique

Eugen Bleuler (1857-1939)

Kurt Schneider (1887-1967)
 1948 : Psychopathologie clinique : symptômes de premier rang
 Facile à opérationnaliser
 Perte du principe pronostique, mais le suppose.
 Principe psychopathologique (phénoménologique)



1. Audition de voix ou pensées exprimées à voix haute
2. Voix qui argumentent entre elles
3. Voix qui commentent le comportement ou les pensées
4. Perceptions délirantes
5. Expériences d'influences corporelles
6. Expériences d'influences des pensées
7. Impulsions provenant d'influences extérieures
8. Volonté contrôlée par des forces extérieures
9. Pensées volées par des forces extérieures ou d'autres personnes
10. Interférences de pensées par d'autres pensées
11. Publication de pensées

Psychoses : un syncrétisme consensuel

Emil Kraepelin (1856-1926)

Eugen Bleuler (1857-1939)

Kurt Schneider (1887-1967)
 1948 : Psychopathologie clinique : symptômes de premier rang
 Facile à opérationnaliser
 Perte du principe pronostique, mais le suppose.
 Principe psychopathologique (phénoménologique)

Schizophrénies
 CIM10
 (DSM4R)

Psychoses : un syncrétisme consensuel

Emil Kraepelin
(1856-1926)

Carl Wernicke
(1848-1905)
Fondements de la psychiatrie (1900)
Méthode clinique élaborée axée sur l'état
présent
Psychopathologie atomisée - complexe



Psychoses : un syncrétisme consensuel

Emil Kraepelin
(1856-1926)

Carl Wernicke
(1848-1905)



Karl Kleist
(1879-1960)
Fusionne la psychopathologie de Wernicke
avec le **principe pronostique** de Kraepelin
Description des formes terminales et des
psychoses marginales

Psychoses : un syncrétisme consensuel

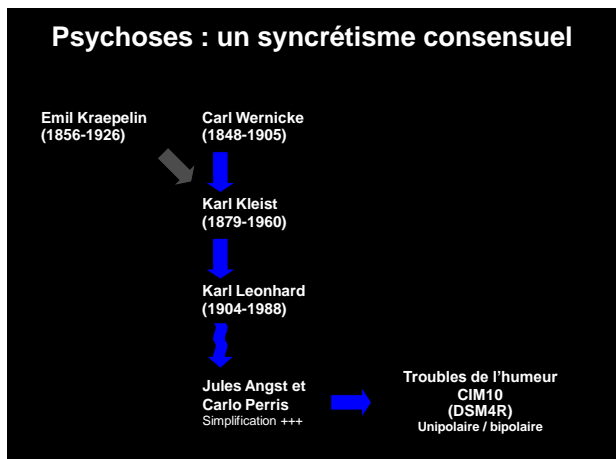
Emil Kraepelin
(1856-1926)

Carl Wernicke
(1848-1905)



Karl Kleist
(1879-1960)

Karl Leonhard
(1904-1988)
Isole les **formes unipolaires des formes bipolaires**
Description des formes polymorphe de la
schizophrénie
Classification complète



Et quand on a des éléments thymiques et psychotiques ?

- La CIM 9 (1975) et le DSM III (1981) :
 - Trouble psychotique non classé ailleurs, mis en attente
 - Absence de critères de définition
- DSM III-R (1987), puis la CIM-10 (1993) et le DSM IV (1995) :
 - Propose des critères opérationnels de diagnostic
 - Reprend le sous-type "schizophrénique" des RDC
 - Le sous-type "affectif" est inclus dans les troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques non congruentes
 - 2 sous-types : bipolaire (maniaque) et dépressif

CIM-10 (F25)


A. Critères d'inclusion avec par ordre d'importance décroissante :

- Symptômes schizophréniques (critères a à d)
- et affectifs (dépressif, maniaque, mixte)

Symptômes caractéristiques : ≥ 1 critère (1 à 4) pendant ≥ 1 mois

- Écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée
- Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante
- Hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps
- Autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant p. ex. l'identité religieuse ou politique ou des pouvoirs surnaturels (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres...)

affectifs




CIM-10 (F25)

- Il y a 3 sous-types qui diffèrent par leur polarité :
 - Trouble schizo-affectif, type maniaque (F25.0)

REM : Les épisodes schizo-affectifs récurrents de type maniaque, évoluent habituellement vers une guérison complète et ne s'accompagnent que rarement d'un état déficitaire.
 - Trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1)


REM : Dans la plupart des cas, les épisodes guérissent complètement, mais ils peuvent parfois évoluer vers un état schizophrénique résiduel.
 - Trouble schizo-affectif, type mixte (F25.2)
 - Autres troubles schizo-affectifs (F25.8)
 - Trouble schizo-affectif, sans précision (F25.9) ou psychose schizo-affectives Sans Autre Information (SAI)



DSM IV-R


- A. Période ininterrompue de maladie caractérisée par la présence simultanée, à un moment donné, soit d'un épisode dépressif majeur, soit d'un épisode maniaque, soit d'un épisode mixte
- B. Au cours de la même période de la maladie, **des idées délirantes ou des hallucinations** ont été présentes pendant **au moins 2 semaines, en l'absence de symptômes thymiques marqués**
- C. Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode maniaque sont présents pendant une **partie conséquente** de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie
- D. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale

Opérationnalisation non consensuelle : 1/3 du temps



DSM IV-R

- Spécification du sous-type :
 - Type bipolaire : si la perturbation comprend un épisode maniaque ou un **épisode mixte** (ou un épisode maniaque ou un épisode mixte et des épisodes dépressifs majeurs)
 - Type dépressif : si la perturbation comprend uniquement des épisodes dépressifs majeurs
- Reproductibilité intercotateur correcte (80%)
- Reproductibilité test-retest ... 20%



DSM V (2013)


A. Période ininterrompue de maladie caractérisée par la présence simultanée d'un épisode thymique majeur (dépressif ou maniaque majeur) et des critères A de la schizophrénie

B. Les idées délirantes ou hallucinations sont présentes pendant un épisode thymique majeur pendant la durée de la maladie

C. Les symptômes négatifs (c.-à-d., réduction de l'expression des émotions ou perte de la volonté) sont présents pendant la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie


D. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale

- Idées délirantes
- Hallucinations
- Discours désorganisé (p.ex., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- Symptômes négatifs (c.-à-d., réduction de l'expression des émotions ou perte de la volonté)



DSM V (2013)

- Spécification du sous-type :
 - Type bipolaire : si la perturbation comprend un épisode maniaque. On peut aussi avoir des épisodes dépressifs
 - Type dépressif : si la perturbation comprend uniquement des épisodes dépressifs majeurs
- Spécification autres :
 - Avec catatonie
 - Evolution (considéré sur la vie entière, trouble indépendant)
 - Sévérité



Et les troubles psychotiques aigus et transitoires CIM-10 (F23)

A. Critères d'inclusion avec par ordre d'importance décroissante :

- Caractère "aigu" de la survenue du trouble (≤ 2 semaines), qui définit le groupe dans son ensemble.
- Syndromes typiques (cf. sous-types)

B. Critères d'exclusion :

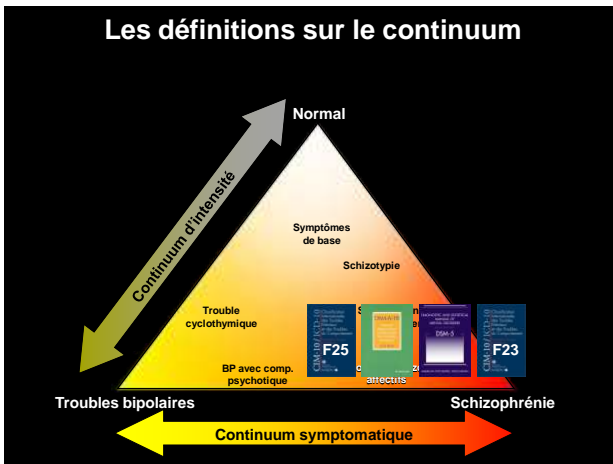
- Exclusion d'un épisode maniaque (F30) ou dépressif (F32). Des symptômes affectifs manifestes peuvent toutefois être présents par moments, mais ne remplissent pas les critères de durée.
- Atteinte cérébrale manifeste ou apparaissant au cours d'une épilepsie (F06.2)
- Intoxication ou un sevrage à une substance psycho-active (F1x.9).

Et les troubles psychotiques aigus et transitoires CIM-10 (F23)

- Il y a 2 grandes familles de sous-types qui diffèrent par la présence / absence d'une polymorphie :
 - Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision (F23.9)
 - Trouble psychotique aigu et transitoire, avec symptômes essentiels (F23.8)
 - Trouble psychotique aigu et transitoire, schizoïde (F23.7)
 - Trouble psychotique aigu et transitoire, schizoïde avec symptômes essentiels (F23.6)
 - Trouble psychotique aigu et transitoire, schizoïde sans symptômes essentiels (F23.5)
 - Trouble psychotique aigu et transitoire, schizoïde avec symptômes essentiels et polymorphie (F23.4)
 - Trouble psychotique aigu et transitoire, schizoïde sans symptômes essentiels et polymorphie (F23.3)
 - Trouble psychotique aigu et transitoire, schizoïde avec symptômes essentiels et polymorphie sans symptômes (F23.2)
 - Trouble psychotique aigu et transitoire, schizoïde sans symptômes essentiels et polymorphie sans symptômes (F23.1)

Au moins 1 de ces critères (CIM-10) :

- Présence d'hallucinations ou d'idées délirantes de plusieurs types, changeant à la fois de nature et d'intensité, d'un jour à l'autre ou d'un moment à l'autre dans une même journée
- Passages fréquents d'un état émotionnel à un autre



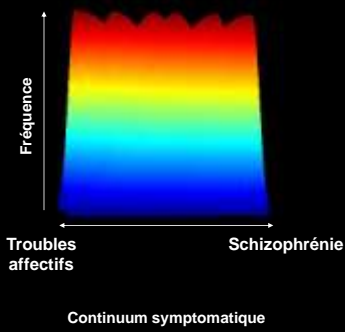
Considérer les symptômes rares

Dimension / catégorie

<p>Troubles extra-pyramidaux</p> <p>Dimensions</p> <ul style="list-style-type: none"> Bradya-kinesie & rigidité Tblmt & roue dentée <p>Catégories</p> <p>Pour autres maladies autres symptômes nécessaires :</p> <table border="0"> <tr><td>Unilatéralité</td><td></td></tr> <tr><td>Paralysie verticalité</td><td>PK</td></tr> <tr><td>Rétropulsion</td><td>PSP</td></tr> <tr><td>Apraxie asymétrique</td><td></td></tr> <tr><td>Apraxie diagonistique</td><td>CBD</td></tr> <tr><td>Troubles végétatifs</td><td></td></tr> <tr><td>Stridor laryngé</td><td>MSA</td></tr> <tr><td>Fluctuation cognitives</td><td></td></tr> <tr><td>Psychose</td><td>LBD</td></tr> <tr><td>...</td><td></td></tr> </table>	Unilatéralité		Paralysie verticalité	PK	Rétropulsion	PSP	Apraxie asymétrique		Apraxie diagonistique	CBD	Troubles végétatifs		Stridor laryngé	MSA	Fluctuation cognitives		Psychose	LBD	...		<p>Psychoses</p> <p>Dimensions</p> <ul style="list-style-type: none"> Distorsion de la réalité Désorganisation Ralentissement Ψ-mot <p>Catégories</p> <p>Autres symptômes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Parakinésies Mixité psychomotrice stricte Fluctuation rapide anxiété-félicité Perplexité Abrutissement Incohérence de choix thématique Erreurs grammaticales/sémantiques Fausse reconnaissance (stable/fluctuantes) Confabulations Hallucinations cénesthésiques ...
Unilatéralité																					
Paralysie verticalité	PK																				
Rétropulsion	PSP																				
Apraxie asymétrique																					
Apraxie diagonistique	CBD																				
Troubles végétatifs																					
Stridor laryngé	MSA																				
Fluctuation cognitives																					
Psychose	LBD																				
...																					

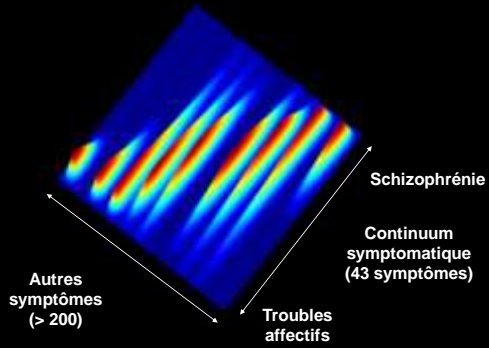
A quoi pourraient ressembler ces catégories ?

Exemple de WKL



A quoi pourraient ressembler ces catégories ?

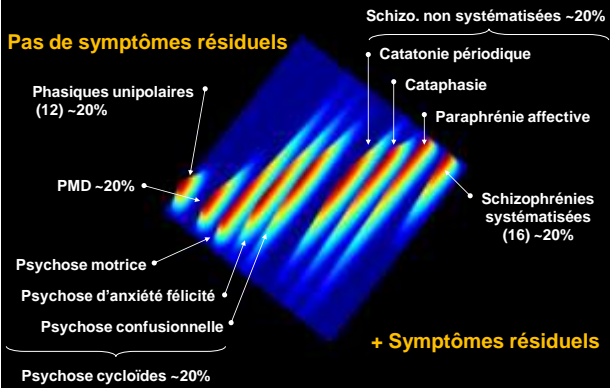
Exemple de WKL



A quoi pourraient ressembler ces catégories ?

Exemple de WKL

Pas de symptômes résiduels

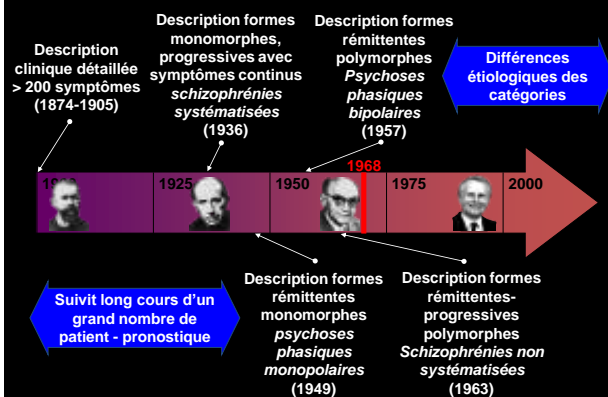


Principes ayant guidés le découpage

École de Wernicke-Kleist-Leonhard

- Construction sur **observations** détaillées (Wernicke) suivies > 10 A avant l'ère des neuroleptiques.

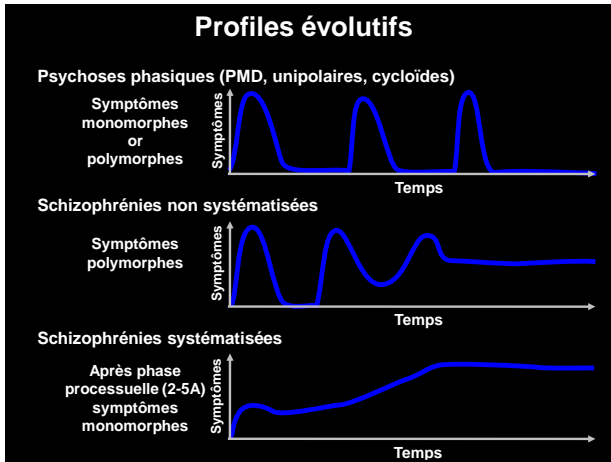
Élaboration sur plusieurs générations



Principes ayant guidés le découpage

École de Wernicke-Kleist-Leonhard

- Construction sur **observations** détaillées (Wernicke) suivies > 10 A avant l'ère des neuroleptiques.
- **Principe longitudinal** (de parcimonie / Occam) : Même si un patient présente plusieurs expressions cliniques en apparence, il souffre d'une seule pathologie (dans description).
- **Principe évolutif** de Kahlbaum (Kraepelin, Kleist) : schizophrénies / psychoses phasiques.



Principes ayant guidés le découpage

École de Wernicke-Kleist-Leonhard

- Construction sur **observations** détaillées (Wernicke) suivies > 10 A avant l'ère des neuroleptiques.
- **Principe longitudinal** (de parcimonie / Occam) : Même si un patient présente plusieurs expressions cliniques en apparence, il souffre d'une seule pathologie (dans description).
- **Principe évolutif** de Kahlbaum (Kraepelin, Kleist) : schizophrénies / psychoses phasiques.

- **Principe d'agrégation familiale** (Leonhard) : si famille multiplexe, les individus affectés ont une grande probabilité de souffrir de la même pathologie.

Niveau d'atteinte

Interprétation différente du même déficit moteur dans le cas d'un Brown-Séquard vs syndrome cortical

	Psychose cycloïde	S. non systémique
Émotions	<i>Psychose anxiété-félicité</i>	<i>Paraphrénie affective</i>
Pensée	<i>Psychose confusionnelle</i>	<i>Cataphasie</i>
Psychomot.	<i>Psychose motrice</i>	<i>Catatonie périodique</i>

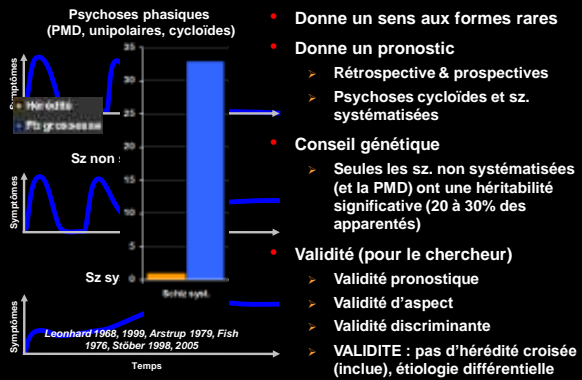
Différences pour des symptômes apparemment identiques
Expl ralentissement : pensée, psychomotricité, anxiété / extase

Souvent tableaux identiques décrits ailleurs

	Psychose cycloïde	S. non systémique
Émotions	<i>Psychose anxiété-félicité</i>	<i>Paraphrénie affective</i>
Pensée	<i>Psychose confusionnelle</i>	<i>Cataphasie</i>
Psychomot.	<i>Psychose motrice</i>	<i>Catatonie périodique</i>
	<i>Pas de progression symptomatique</i>	<i>Accumulation de symptômes</i>
Décrits par d'autres	BDA, psychoses intermittentes	PHC, Érotomanie Délire chr. évol. systém. Schizophasie

Classification de WKL

Intéressante pour le clinicien... et le chercheur ?



Mais en gros nous serions d'accord ?

Exemple 1

TBP vs. Sz non systématisée

La cataphasie

Qu'est-ce que vous faites d'ailleurs comme métier ?

Condition	Apparentés du premier degré (%)
PMD	35
Psychoses cycloïdes	10
Cataphasie	28
Sz systém.	5

- Pôle excité ou schizophrénie (35%)
 - Logorrhée ± pression de parole
 - Désorganisation du discours
 - Perturbation du langage : syntaxique et lexical
 - Trouble de la logique et/ou désintégration conceptuelle
- Une forme de schizophrénie non systématisée (bipolaire)
- Évolution rémittente progressive (test psychique expérimental)
- Héritéité importante
 - 25 % apparentés du 1er degré
 - 80% avec psychose
 - Rareté des pb obstétricaux

Wahns, j'aimé le temps pour en faire quelque chose et puis je suis caissier.

Trouble schizo-affectif

- CIM / DSM
 - Diagnostic d'épisode reproductibilité test retest très mauvaise (20%)
 - Tend à s'autonomiser avec la volonté d'une forme valable sur la vie entière
 - Deux sous-types : maniaque et dépressif
 - Pronostic intermédiaire
 - Traitement dimensionnel
- Classification de WKL ...
 - Diagnostic diachronique
 - Clinique plus fine (> 200 symptômes) et intégrée (pas étude de symptômes uniques)
 - Majoritairement 7 formes différentes (PMD comprise...)
 - Pronostic et traitement spécifiques

Remerciements :
 Fabrice Berna, Pierre Vidailhet, Sébastien Weibel, Marie-Agathe Zimmerman, Gilles Bertchy

Univ. Lausanne
 Julien Elowe

Univ. Würzburg
 Pr Gerald Stöber, Dr Bruno Pfühlmann

Univ. Dresde
 Dr Burkhard Jabs

Univ. Berne
 Pr Werner Strick

wkl
www.wkl-society.com

-Learning
www.cercle-d-excellence-psy.org

35 psychoses
 J Foucher
 Déc. 2009
 BOD

Merci de votre attention
