

# Défi et découverte: le siècle de la schizophrénie et de la psychanalyse

Par Alain Rioux, Psychologue

2011 - Les cent ans de la schizophrénie

Rioux, A. (2011). Défi et découverte: le siècle de la schizophrénie et de la psychanalyse. Bulletin Vers la santé mentale, no. 38, été 2011 (Publication de l'Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale inc.). Québec, Canada. Fichier PDF  
Résumé

Ce texte retrace la découverte de la psychanalyse et son développement au cours du XXe siècle. Parallèlement, il raconte aussi l'évolution de nos connaissances sur la schizophrénie à partir des explications analytiques. De l'invention du terme schizophrénie par Bleuler, autour de 1910, à la convergence des théories cognitive et psychanalytique, notre compréhension de la schizophrénie a fait d'énormes progrès. Avec les révolutions freudienne et jungienne, et la multiplication des nouvelles technologies médicales, la schizophrénie représente-t-elle toujours un défi?

Défi et découverte : le siècle de la schizophrénie et de la psychanalyse ( Partie 1 )

La schizophrénie, un défi clinique

Les premières monographies

La vision Bleulérienne

La schizophrénie, un défi clinique

Il y a toujours, d'une culture à l'autre, d'un siècle à l'autre, un mal qui est synonyme de tous les maux, un mal qui devient la projection de tous les aspects négatifs et sombres de l'âme humaine. C'est ce mal qui devient une malédiction, une honte familiale, une plaie pour la société qui lui offre, bien contre son gré, le gîte.

D'après l'historien et psychiatre , Jean Garrabé (1992), "le XXe siècle est, du point de vue de l'histoire culturelle de la folie, le siècle de la schizophrénie" Décrite et nommée au début du siècle, cette maladie demeure, malgré les progrès remarquables de la psychologie contemporaine et des sciences médicales dans la dernière décennie, une énigme, un mystère, le talon d'Achille de la psychologie clinique.

La schizophrénie touche environ 1% de la population mondiale (Frith, 1996). Elle affecte des personnes de tout âge, des hommes aussi bien que des femmes, toutes classes sociales confondues. L'âge d'apparition de la maladie varie légèrement avec le sexe. D'après Kaplan et

Sadock (1998), la schizophrénie risque davantage de faire éclosion chez les hommes entre 15 et 25 ans. Chez les femmes, elle apparaît plus fréquemment entre 25 et 35 ans. De plus, des études suggèrent que la schizophrénie est plus fréquente dans l'hémisphère nord du globe (Kaplan et Sadock, 1998).

Selon Coleman, Butcher et Carson (1984), les différentes formes de schizophrénie sont des désordres psychotiques caractérisées par une lourde distorsion de la réalité, un retrait de l'interaction sociale et une fragmentation de la pensée et de l'émotion. Le pronostic est réservé et les coûts sociaux et économiques sont énormes. La schizophrénie constitue la cause principale des séjours de longue durée dans les établissements de soins psychiatriques et elle affecte, à elle seule, le deux tiers des personnes hospitalisées (Duguay et al., 1984). 90% des patients en traitement sont âgés entre 15 et 55 ans (Kaplan et Sadock, 1998). La souffrance associée à la schizophrénie est profonde, plus de 10% des personnes atteintes se suicideront (McGlashan, 1988).

### Les premières monographies

Nous devons les premières descriptions des manifestations comportementales apparentées à la schizophrénie à un physicien français nommé Philippe Pinel (1745-1829). En 1809, il caractérise des sujets qui sont des cas typiques de schizophrénie. Durant les décennies suivantes, il publie plusieurs bonnes descriptions de la maladie mais affuble chacune d'entre elles de noms différents. Certaines de ces descriptions attirent l'intérêt de la population et servent d'inspiration aux romanciers et aux hommes de théâtre de l'époque.

Il faudra attendre plusieurs décennies pour trouver dans l'histoire une description clinique valable de cette folie et voir apparaître le terme : démence précoce. La paternité de la description de la démence précoce est souvent disputée par les historiens qui tantôt l'accordent au français Bénédict Augustin Morel (1809-1873), tantôt à l'allemand Emile Kraepelin (1856-1914).

D'un point de vue chronologique, le terme démence précoce appartient à Morel qui a été le premier à l'utiliser. Par contre, ce dernier voulait construire un classement basé sur l'étiologie de la folie en tenant compte de la théorie de la dégénérescence et non sur la seule observation clinique. Cette entreprise a été un échec et même si Morel est le premier à avoir découvert les signes cliniques de la démence précoce, il ne pouvait la classer à partir des causes.

Cet échec a réduit le rôle de précurseur de Morel et a ouvert le champ à Kraepelin qui, avec la collaboration d'autres psychiatres allemands et prussiens, s'est attaqué au problème du choix des critères de classification des maladies mentales. Il existait aussi, à cet époque, une certaine confusion quant au terme "précoce" auquel on accordait parfois un sens lié à l'âge d'apparition de la maladie, parfois un sens lié à une évolution rapide vers un état d'affaiblissement psychique complet.

C'est dans la cinquième édition de son traité intitulé *Dementia Praecox and Paraphrenia* qui parut en 1896 que le psychiatre allemand Emile Kraepelin applique le terme démence précoce à un groupe de maladies qui débutent à l'adolescence et progressent vers la démence. Il retient, pour la première fois, comme critère fondamental, le critère évolutif de la maladie. Selon lui, les signes extérieurs de la maladie doivent être relégués au second plan devant les conditions d'apparition, d'évolution et de terminaison de celle-ci.

Dans la sixième édition de son traité, paru en 1899, Kraepelin poursuit ses innovations et consacre un chapitre complet à la démence précoce qu'il considère comme une maladie unique pouvant se présenter sous trois formes cliniques, hétérophrénique, catatonique et paranoïde. Il confirme le critère discriminatif essentiel de la démence précoce comme étant évolutif et aboutissant fréquemment à un état d'affaiblissement psychique.

Plusieurs critiques portent sur le critère de discrimination évolutif, les classifications et l'étiologie de la démence précoce proposée par Kraepelin. Celui-ci proposait que la maladie était due à une auto-intoxication par des substances d'origine sexuelle accumulées dans l'organisme et envahissant le cerveau. De plus, Kraepelin se faisait une gloire d'avoir renoncé à chercher une signification aux symptômes observés et de ne plus les considérer que comme des signes objectifs ou quasi objectifs de telle ou telle maladie. Cet abandon de l'analyse psychologique pour formuler sa conception de la démence précoce lui attire les critiques les plus foudroyantes. Il faut dire qu'à cette époque, vers 1900, Sigmund Freud (1856-1939) et Pierre Janet (1859-1947), les élèves de Charcot (1825-1893) étaient justement en train de triompher de la folie hystérique en utilisant l'analyse psychologique (qui deviendra plus tard la psychanalyse) et en décrivant les concepts de dissociation de la conscience et de refoulement dans l'inconscient.

Pour Sylvano Arieti (1974), la monographie de Kraepelin (1919) demeure la description la plus complète, jusqu'à la fin des années 70, des symptômes de la schizophrénie d'un point de vue phénoménologique, c'est-à-dire, sans interprétation physiologique ou psychologique. Malgré la justesse de ses descriptions, il ne vient pas à l'idée de Kraepelin que la schizophrénie est peut-être le résultat de la société et qu'il est influencé par des forces sociales. Il s'intéresse à la structure du phénomène plutôt qu'à son contenu, à la manière de penser du patient plutôt qu'à ce qu'il pense.

### La vision Bleulérienne

Un peu plus d'une décennie plus tard, en 1911, un psychiatre suisse du nom d'Eugène Bleuler applique la psycho-analyse naissante à la démence précoce et utilise pour la première fois le mot schizophrénie pour désigner celle-ci. Il publie, cette année-là, une monographie des démences précoces, résultat de plusieurs années de recherche, qui est considérée comme l'acte de naissance de la schizophrénie moderne. Comme c'est souvent la tradition dans le monde médical, Bleuler utilise des racines grecques pour former le terme schizophrénie qui illustre mieux, selon lui, la séparation de certaines fonctions psychiques. D'un point de vue étymologique, schizo vient du grec " skhizein " qui signifie fendre, séparer et phrénie de " phrên " qui veut dire esprit.

Bleuler croit que la division de l'esprit, observée chez les schizophrènes, est plus importante que l'évolution vers la démence comme caractéristique de base de la maladie. Ses travaux contribuent grandement à humaniser le concept de schizophrénie en faisant remarquer que même chez les personnes qui possèdent un fonctionnement normal, certains symptômes sont observables. Au-delà des descriptions de Kraepelin, Bleuler veut expliquer le contenu psychologique des symptômes plutôt que seulement leur structure. Selon Arieti (1974), l'originalité de la contribution scientifique de Eugène Bleuler se concrétise dans son étude des

processus d'association et de distorsions de la vie affective, sa définition et son explication des concepts d'autisme et d'ambivalence et son interprétation du négativisme.

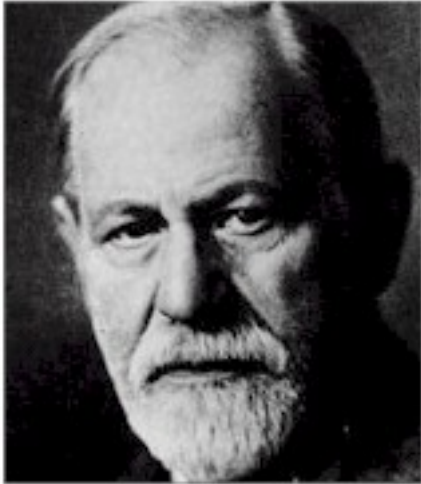
Un autre aspect important du travail de Bleuler est la classification qu'il propose des différents symptômes de la schizophrénie. Il décrit d'abord le groupe des symptômes fondamentaux et accessoires et regroupe sous le vocable fondamentaux les symptômes qui sont présents dans tous les cas de schizophrénie qu'ils soient latents ou manifestes. Dans ce groupe, Bleuler inclut le désordre du processus d'association qu'il considère comme la caractéristique la plus importante de la schizophrénie et aussi un désordre de l'affectivité et un type particulier de pensée et de comportement qu'il nomme autisme. Quant aux symptômes accessoires, ce sont ceux qui peuvent ou non se produire et qui, d'une certaine façon, caractérisent les manifestations schizophréniques qui sont propres à un individu sans être une composante essentielle pour poser un diagnostic. Parmi ce groupe de symptômes, il inclut les manifestations plus aiguës de la psychose comme les délires, les hallucinations, les postures catatoniques et plusieurs autres. Il précise, finalement, que les symptômes accessoires peuvent être présents dans le portrait clinique d'autres désordres que la schizophrénie (Bleuler, 1950).

Le deuxième groupe de symptômes proposés par Bleuler se divise aussi en deux catégories. D'une part, il y a les symptômes primaires dont le plus important est, encore une fois, le désordre de l'association. D'autre part, il y a les symptômes secondaires qui sont causés par une combinaison de l'action des symptômes primaires et l'action des facteurs pathogènes. En fait, selon Bleuler, les symptômes secondaires sont dus en partie aux modifications indirectes des fonctions psychiques et en partie à des réactions ou même des tentatives d'adaptation aux troubles primaires. Selon Garrabé (1992), cette conception théorique de Bleuler est l'idée maîtresse qui va conduire à considérer dans la théorie psychanalytique le délire comme une tentative de guérison et de réinvestissement libidinal de la réalité extérieure.

Cette conception de la schizophrénie selon un processus interactif de composantes primaire et secondaire constitue une explication de la maladie qui sépare une fois pour toutes les notions Kraepeliennes et une description statique de la personne atteinte de la vision Bleulerienne qui présente un être humain qui lutte contre des pressions psychiques et tente de composer avec un désordre qui perturbe complètement sa relation au monde.

## **Défi et découverte : le siècle de la schizophrénie et de la psychanalyse ( Partie 2 )**

- [La révolution psychanalytique](#)
- [Les découvertes se succèdent](#)
- [Démystifier et intégrer l'explication analytique](#)
- [L'évolution des concepts analytiques](#)
- [Conclusion : un défi renouvelé](#)
- [Références](#)



## La révolution psychanalytique

Le développement de la psychanalyse et l'ébullition entourant ce mouvement à partir de 1910 amènent une nouvelle vision de la schizophrénie. La pensée psychanalytique présente avec audace, pour la première fois de l'histoire, les forces présentes dans la psyché du schizophrène et les pressions internes qu'il subit.

En 1914, dans son article intitulé: On narcissism: an introduction, Sigmund Freud applique sa théorie de la libido à l'interprétation de la schizophrénie et intègre aussi d'autres concepts psychanalytiques à la compréhension de cette psychose. Contrairement à Kraepelin et Bleuler, Freud croit que la caractéristique essentielle de la schizophrénie porte sur les changements dans les relations du patient avec son entourage, c'est-à-dire, une modification de la relation d'objet. Le retrait et le désintéressement du schizophrène envers autrui est interprété par Freud comme un retrait de l'investissement libidinal dans les objets extérieurs. Cette énergie libidinale redirigée vers l'ego cause dans un premier temps de la mégalomanie et de l'hypocondrie. Selon la conception de cette époque, ce revirement vers l'ego, cette régression narcissique entraîne éventuellement une régression de certaines fonctions de l'ego. Pour Freud, la plupart des symptômes schizophréniques, incluant les désordres de la pensée, doivent être interprétés comme des dysfonctionnements des fonctions de l'ego causés par la résurgence des processus primaires.

Freud est allé très loin dans son explication de la schizophrénie à partir des concepts analytiques. Certains diront que son explication est incomplète et qu'elle demeure insatisfaisante sous plusieurs aspects. Nous croyons plutôt que la psychologie freudienne a marqué profondément l'histoire de la schizophrénie. La contribution de Freud à l'explication de ce désordre mentale est primordiale et demeure la base de plusieurs conceptions plus étoffées qui prendront naissance plus tard. Rappelons brièvement que Freud est le premier théoricien à expliquer de manière satisfaisante le contenu de la psychose en termes psychologiques. Il réussit à détailler plusieurs aspects de la symptomatologie de cette maladie à travers le concept de projection. De plus, la dimension régressive de la psychose demeure fondamentale dans l'étude de la schizophrénie même si l'importance excessive accordée à la frustration sexuelle comme facteur causal de la régression a limité une étude plus complète des relations interpersonnelles des schizophrènes.



### Les découvertes se succèdent

A peu près à la même époque, un autre psychanalyste, Carl G. Jung (1875-1961), développe plusieurs concepts qui élargiront notre horizon et notre vision de la schizophrénie mais aussi de la psyché humaine. Jung, qui travaille d'abord avec Freud, se sépare de lui pour élaborer ses propres conceptions et surtout parce qu'il trouve réductive l'idée selon laquelle la pulsion sexuelle constitue la principale énergie à l'origine des conflits psychiques. Il pense que l'énergie libidinale est composée de bien autre chose que la seule pulsion sexuelle.

Jung a été le premier à imaginer un mécanisme psychosomatique pour expliquer la schizophrénie. Selon lui, nous n'avons pas affaire à un désordre organique qui entraîne un désordre psychique. Nous sommes plutôt en face d'un désordre émotionnel qui modifie le fonctionnement du métabolisme et cause des dommages physiques au cerveau. Jung est convaincu que la base essentielle de notre personnalité repose sur l'affectivité et que les pensées et les actions ne sont que des "symptômes" de cette affectivité.

Un des concepts les plus importants pour la compréhension de la schizophrénie parmi ceux développés par Jung est celui d'inconscient collectif. D'après cette notion, plusieurs symptômes de la schizophrénie consistent dans la reproduction d'archétypes déposés dans notre inconscient collectif. Jung suggère que par la disparition de la fonction du réel dans la schizophrénie, ce n'est pas une intensification de la sexualité qui apparaît mais un monde imaginaire portant des traits archaïques évidents. La schizophrénie est donc une forme de vie psychique marquée par la prévalence des archétypes.

De nos jours, la notion d'inconscient collectif est acceptée dans l'explication de plusieurs troubles psychologiques et on peut expliquer plusieurs dynamiques relationnelles en les reliant notamment à des contes mythologiques. Certains conflits, exposés dans ces mythes, traversent les siècles et continuent d'être reproduits de façon inconsciente dans nos relations interpersonnelles. Des ouvrages, comme *Le soin de l'âme* de Thomas Moore (1994), reprennent la conception jungienne d'inconscient collectif et l'utilisent pour expliquer, à partir de la mythologie, des troubles psychologiques qui semblent pourtant propres au XXe siècle.

Les discussions théoriques entre Freud et Jung font, sans doute, avancer plus rapidement le développement des modèles psychanalytiques de la schizophrénie. Même si les deux hommes travaillent séparément, ils s'influencent l'un l'autre. Le premier axe ses études sur les stades primitifs de la sexualité et l'évolution de la libido humaine. Le second préfère l'analyse du symbolisme des productions délirantes des schizophrènes qui sont révélatrices de l'existence d'une activité psychique archaïque d'une autre origine que sexuelle.

## Démystifier et intégrer l'explication analytique | **HAUT** |

Autour de 1930, il règne en Europe une certaine effervescence intellectuelle autour de la schizophrénie et de la découverte de la psychanalyse. Au même moment, en Amérique, Harry Stack Sullivan (1892-1949) contribue aussi à l'avancement des connaissances sur la schizophrénie et à l'enrichissement de l'explication analytique. Son plus grand mérite est sans doute d'ajouter la dimension interpersonnelle à la compréhension de la schizophrénie. Plus que n'importe quel autre clinicien, il démontre à quel point nos relations déterminent ce que nous sommes.

Contrairement à Freud qui, nous le savons maintenant, associe les changements de relations du schizophrène avec son environnement à un retrait de l'énergie libidinale, Sullivan suggère que tout cela origine des relations interpersonnelles. Selon lui, le clinicien doit être davantage concerné par ce qui se passe entre les individus plutôt que par ce qui se passe dans leur psychisme. Pour Sullivan, tout est relation et chaque problématique psychologique est interpersonnelle. Il croit dans l'importance de la relation parent-enfant et dans son influence sur le développement de l'individu. Toutefois, son étude de cette relation ne se limite pas à la seule dimension des instincts sexuels mais s'étend à sa totalité.

D'un point de vue psychanalytique, l'explication de la schizophrénie et de ses causes est souvent ramenée à la dynamique familiale. L'influence des parents et les premières expériences de l'enfance sont déterminantes. Searles (1965) dans son livre: *L'effort pour rendre l'autre fou*, décrit l'étiologie de la schizophrénie d'un point de vue analytique. De façon convaincante, avec moult détails, il démontre comment certains modes de relation parents-enfants entraînent la folie. Il parle de l'injonction parentale de nature contradictoire, des changements brusques de longueur d'ondes affectives, de la stimulation-frustration, des doubles entraves (double blind), du changement de contenu et des relations à niveaux multiples. Searles présente aussi, dans cet essai, les motifs inconscients qui catalysent cet effort pour rendre l'autre fou.

Dans le but d'intégrer l'explication analytique à la vision médicale de la schizophrénie, Yrjö O. Alanan (1994) met l'emphase sur l'importance du vécu relationnel des schizophrènes dans l'étiologie de la maladie. Il suggère que la psychiatrie contemporaine, en intégrant l'explication analytique aura une vision plus complète de l'origine de la maladie. Gabbard (1992, 1994) cherche aussi à établir des ponts entre les visions psychodynamique et psychiatrique et il introduit le terme de psychiatrie psychodynamique dans son article *Psychodynamic Psychiatry in the Decade of the Brain*.

D'autres chercheurs tentent d'intégrer les aspects psychodynamiques de la schizophrénie et ses composantes neurologiques, biologiques et neuropsychologiques. Notons simplement les travaux de Robbins (1992), Miller (1988), Cutting et Murphy (1988) et Ciompi (1989, 1991, 1994) dont le modèle intégratif de la psyché, " affect-logic ", propose une étiologie multiple du désordre qui se base sur les aspects biologique et psychodynamique.

Finalement, certains cliniciens, comme le professeur Williams (1989), tentent de démystifier l'explication psychanalytique de la schizophrénie et de la rendre plus présente dans les hôpitaux psychiatriques. Elle propose une explication vulgarisée de la schizophrénie, à partir de la psychologie de l'ego, pour permettre aux personnes atteintes de mieux saisir l'expérience psychotique. Williams présente la schizophrénie comme une distorsion du fonctionnement du moi. Le moi étant une structure hypothétique qui

influence le fonctionnement de l'individu. Elle explique que cette structure évolue et se développe dans le courant de la vie et maintient unifiée la personnalité de l'individu. Les fonctions du moi sont variées et incluent, particulièrement, le sens de la réalité, la relation d'objet, l'émotivité et le contrôle des pulsions. Une personne avec un moi limité peut fonctionner adéquatement si les demandes situationnelles sont modérées mais aura de la difficulté à assumer des stress sévères. La dysfonction du moi associée à la schizophrénie survient lorsque le moi est confronté à un stress allant au-delà de sa puissance d'adaptation. Sous l'influence d'anxiété extrême, le moi a tendance à régresser et ces fonctions peuvent être touchées de façon variable.

### **L'évolution des concepts analytiques | HAUT |**

Malgré un effort constant tout au long du siècle précédent afin de percer le mystère de la schizophrénie, la psychanalyse demeure encore divisée sur la façon de l'expliquer. Plusieurs écoles de pensée ont développé des approches particulières et la théorisation se poursuit dans plusieurs voies ayant toutes pour racine la psychanalyse freudienne et la psychologie des profondeurs.

James S. Grotstein (1977) présente dans deux articles synthèses importants l'évolution de la pensée analytique face à la schizophrénie. La première hypothèse psychanalytique décrit la schizophrénie selon un modèle analogue à la théorie des névroses. La psychose est expliquée comme un mécanisme de défense face à une situation conflictuelle. Ainsi, la plus grande partie de la symptomatologie peut être ramenée à une régression du contact avec la réalité à un niveau primaire suite à un signal anxigène. Il s'agit d'une régression à la position schizo-paranoïde de la petite enfance.

L'autre vision psychanalytique de la schizophrénie, qui s'est développée ultérieurement, se base plutôt sur une défectuosité de l'ego. Cette seconde hypothèse sous-entend une difficulté primaire du schizophrène à se représenter et à maintenir à l'intérieur de lui-même une représentation du monde qui englobe les pulsions instinctuelles, les objets internes et le moi. Ces deux hypothèses, celle des mécanismes de défenses pathologiques et celle d'une déficience de l'ego, nous offrent une explication analytique des symptômes psychiatriques.

Depuis quelques années, on remarque aussi, une certaine convergence entre les hypothèses analytiques et quelques théories cognitives. Par exemple, Frith (1992) associe les symptômes schizophréniques au mauvais fonctionnement d'un ensemble de fonctions cognitives qui peuvent aussi bien être englobées dans un mécanisme cognitif particulier, celui de la métareprésentation. Dans son ouvrage *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*, il définit la métareprésentation comme une habileté qui permet de se représenter le monde et nos propres pensées et, en même temps, d'être conscient de cette représentation. Il suggère que cette façon de se représenter le monde et soi-même est liée à la conscience de soi et à l'autocritique qui se trouve, aussi, être souvent déficiente chez les schizophrènes (Startup, 1997). Cette explication cognitive se rapproche d'une conception métapsychologique des processus psychanalytiques qui amène à considérer que l'inconscient, dans une perspective de traitement de l'information, se compare un peu à la "boîte noire" des cognitivistes.

Everett et Lajeunesse (2000) effectue aussi un rapprochement entre les théories cognitives et l'explication analytique. En suggérant que le déficit d'inhibition cognitive du



schizophrène serait le résultat d'un déficit plus fondamental d'intégration, ils font un lien avec la conception psychanalytique qui invoque que chez les schizophrènes il y a une instabilité des investissements partiels des objets qui n'ont jamais été complètement intégrés. Dans les deux formulations, le manque d'intégration expliquerait les problèmes fonctionnels des schizophrènes. Au delà du langage qui diffère d'une approche à l'autre, la convergence des conceptions psychanalytique et cognitive de la schizophrénie marque une voie de recherche intéressante.

### **Conclusion : un défi renouvelé | [HAUT](#) |**

Gordon Claridge (1995) commente l'évolution de nos connaissances sur les maladies mentales dans son livre : *Origins of mental illness*. Selon lui, pendant la dernière décennie, nous avons beaucoup progressé dans la découverte des fondements biologiques de la maladie. Les aspects génétiques sont identifiés avec de plus en plus de certitude et les nouvelles technologies médicales permettent d'observer le cerveau d'une personne alors qu'elle se livre à des opérations mentales où qu'elle est la proie de violentes hallucinations. Tout cela est très positif mais risque de donner trop de force aux aspects biologiques et de faire naître une approche très réductionniste de la schizophrénie. Plus encore, il suggère que les récentes découvertes médicales nous obligent à plus de vigilance afin de continuer à concevoir la personne atteinte de maladie mentale dans sa totalité sans la réduire à sa seule dimension biologique.

À l'aube de l'an 2000, même si nous possédons maintenant des descriptions nosologiques détaillées du syndrome schizophrénique, et même si notre compréhension de la symptomatologie et de son origine s'est raffinée, les causes demeurent inconnues (Kaplan et Saddock, 1999). La psychanalyse demeure l'une des plus grandes découvertes des sciences de l'esprit du XXe siècle. Toutefois, l'explication psychodynamique de la schizophrénie est toujours en évolution et son intégration à la psychiatrie génétique et moléculaire moderne représente un défi renouvelé.

### **Références | [HAUT](#) |**

Alanen, Y.O. (1994). An Attempt to Integrate the Individual-Psychological and Interactional Concepts of the Origins of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 56-61.

Arieti, S. (1955). *Interpretation of Schizophrenia*. New-York: Basic Books Inc Publishers. (Second Edition, 1974)

Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. Edinburg: International Universities Press Inc. (U.S.A.: Tenth Printing, 1987)

Ciompi, L. (1994). Affect Logic: an Integrative Model of the Psyche and its Relations to Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl.23), 51-55.

Ciompi, L. (1991). Affect as Central Organising and Integrating Factors, A New Psychosocial/Biological Model of the Psyche. *British Journal of Psychiatry*, 159, 97-105.

Ciompi, L. (1989). The Dynamics of Complex Biological-Psychosocial Systems, Four Fundamental Psycho-Biological Mediators in the Long-term Evolution of Schizophrenia.

British Journal of Psychiatry, 155 (suppl. 5), 15-21.

Claridge, G. (1985). *Origins of Mental Illness*. Cambridge: Malor Book, ISHK, ( Second edition, 1995)

Coleman, Butcher & Carson (1984). *Abnormal Psychology and Modern Life*. U.S.A.: Scott, Foresman and Company.

Everett, J. & Lajeunesse, C. (2000). L'inhibition et la psychopathologie : vers une conceptualisation moins simpliste. *L'Encéphale*, XXVI, 13-20.

Frith, C.D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hillsdale, U.S.A.: L.E.A. Publishers.

Frith, C.D. (1979). Consciousness, Information Processing and Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 134, 225-235.

Frith, C. D. (1996). Vers une géographie de la schizophrénie. *La Recherche*, No. 289, 108-113.

Frith, C.D., Corcoran, R. (1996). Exploring "Theory of mind" in people with Schizophrenia. *Psychological Medecine*, 26, 521-530.

Frith, W. J. (1991). Chaos-predicting the unpredictable. *BMJ*, volume 303, December, 1565-1568.

Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, The DSM-IV Edition. Washington DC, London England: American Psychiatric Press Inc.

Gabbard, G.O. (1992). Psychodynamic Psychiatry in the "Decade of the Brain". *American Journal of Psychiatry*, 149:8, 991-998.

Garrabé, J. (1992). *Histoire de la schizophrénie*. Paris: Editions Seghers, Collection: Médecine et Histoire.

Golberg, T.E., Weinberger, D.R. (1995). A case against subtyping in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17, 147-152.

Golberg, T.E. Berman, K.F. Weinberger, D.R. (1995). Neuropsychology and Neurophysiology of Schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 8, 34-40.

Gottesman, I.I. (1991). *Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness*. New-York: W.H. Freeman and Company.

Grostein, J.S. (1977). The Psychoanalytic Concept of Schizophrenia: I. The Dilemma. *International Journal of Psycho-Analysis*, 58, 403-425.

Grostein, J.S. (1977). The Psychoanalytic Concept of Schizophrenia: II. Reconciliation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 58, 427-452.

- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry, Behavioral Science/Clinical Psychiatry*. Maryland, USA: Williams & Wilkin Baltimore (8ième édition).
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia Praecox and the Paraphrenia*. Edinburg: E. & S. Livingston.
- McGlashan, T. H. (1988). A selective review of recent North American long-term followup studies of schizophrenia. *Schizophrénia Bulletin*, Vol. 14, 515-542.
- Moore, T. (1994). *Le soin de l'âme*. Flammarion Ltée., (Edition originale: *Care of Soul*. (1992) Harper Collins Publishers Inc. ).
- Müller, C. (1984). Psychotherapy in Schizophrenia: The End of the Pioneer' Period. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 10, No. 4, 618-620.
- Pollack, W.S. (1989). Schizophrenia and the self: Contributions of Psychoanalytic Self-Psychology. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 15, No. 2, 311-322.
- Robbins, M. (1992). Psychoanalytic and biological approaches to mental illness: schizophrenia. *Journal of American Psychoanalysis Association*, 40, 425-545.
- Searles, H. (1965). *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris: Editions Gallimard, Série Connaissance de l'inconscient.
- Startup, M. (1997). Awareness of own and other's schizophrenic illness. *Schizophrenia Research*, 26, 203-211.
- Sullivan, H.S. (1962). *Schizophrenia as a Human Process*. New-York: W.W. Norton & Company Inc.
- Williams, C.A. (1989). Patient Education for People With Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. XXV, No. 2, 14-21.