

# UN DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE LA PERSONNALITE PSYCHOPATHIQUE : LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DU SYNDROME FRONTAL A PROPOS D'UN CAS

D. ANDRIAMBAO, F. RAJAONERA, A. RAKOTOBÉ  
et R. RAMAROJAONA (1).

## A. — INTRODUCTION

Il convient de faire remarquer, à titre préliminaire, que ce travail n'a de prétention que d'apporter une modeste contribution au diagnostic du déséquilibre psychique à Madagascar. En effet, bon nombre de troubles du comportement relevant des difficultés d'adaptation au cours des crises d'originalité juvénile, de l'immaturité psycho-affective ou de la carence d'autorité parentale portent trop souvent l'étiquette de personnalité psychopathique ; de même, une appétence toxique en particulier éthylique est souvent considérée comme la marque d'un déséquilibre psychique.

\*  
\* \*

Au cours de ce travail, nous nous sommes constamment inspirés de deux définitions :

Pour Sutter, le déséquilibre mental est un état psychique permanent indépendant de toute atteinte psychotique et qui se manifeste par l'impossibilité

---

(1) Service de Neuro-Psychiatrie - Hôpital Général de Tananarive.

pour le sujet de se donner et de suivre un plan d'existence harmonieux conforme à ses véritables intérêts et aux exigences de la vie en société ;

. Trillat précise qu'il s'agit d'un groupe d'individus réunis par deux caractères permanents :

- sujets dont l'insertion sociale est précaire, se signalant d'abord par des troubles du comportement et une conduite fréquemment antisociale ;
- bien que ne présentant pas de troubles mentaux ni de déficit de l'intelligence, certains caractères cliniques qui restent à définir ne permettent pas de les considérer comme des sujets normaux.

\*  
\* \* \*

Ces définitions, loin de se contredire, soulignent un fait positif : la permanence des troubles du comportement au cours de l'histoire et de la vie du malade ; nous ne discuterons pas le fait négatif - bien qu'il soit possible pour certains auteurs de le critiquer -, c'est-à-dire l'absence de déficit intellectuel et de signes caractéristiques de psychose ou de névrose ; nous nous permettons tout simplement de rappeler que ces définitions éliminent plus ou moins facilement :

- certains états névrotiques (hystérie de conversion, névrose de caractère) ;
- les états prépsychotiques ;
- certaines psychoses (schizophrénie incipiens et certains cas de schizophrénie traités, psychose maniaco-dépressive) ;
- certains états réactionnels avec modifications thymiques dans le sens expansif ou dépressif chez des individus soit névropathiques, soit à niveau intellectuel médiocre, soit à fond mental fruste et dont l'empreinte socio-culturelle porte souvent la marque d'investissements assez profonds dans le domaine de la sorcellerie et de la magie ;
- les troubles du caractère et du comportement intercritiques de la comitialité (impulsions, fugues, états crépusculaires).

\*  
\* \* \*

L'observation que nous présentons, outre qu'elle se singularise par des troubles épisodiques du comportement, a le mérite d'attirer l'attention sur l'importance d'une part de l'analyse minutieuse des symptômes rencontrés et, d'autre part, des examens complémentaires avant la cure de désintoxication et qui auraient pu éclairer le diagnostic.

## B. — L'OBSERVATION

Il s'agit de **AND... Richard**, né en 1929, employé de bureau, marié et père de 5 enfants.

L'étude minutieuse de son histoire clinique a permis de noter les éléments suivants :

— Difficulté de la reconstitution des conditions de l'enfance et de l'adolescence ; on sait seulement qu'il est le 3ème d'une fratrie de 4 enfants nés de parents tôt désunis et placé chez un oncle maternel ; aucun trouble du comportement en particulier dissocial ne lui a été alors connu ;

— Arrêt volontaire de la scolarité à l'âge de 19 ans, **AND...** voulant travailler pour seconder son oncle et aider ses frères et soeurs ; il n'a pas pu passer son certificat d'études du second degré, équivalent du niveau de 4ème ; il a été tour à tour aide-épiciier, secrétaire, comptable dans divers établissements successifs avant de se fixer définitivement à la Compagnie Lyonnaise de Madagascar en 1958, comme employé de bureau ;

— Mariage en 1954, alors secrétaire ; sa femme lui remarqua vite des céphalées frontales qui s'accompagnaient souvent de réactions thymiques de type dépressif. Par ailleurs, en dehors des périodes céphalalgiques, il apparaît à l'interrogatoire actuel du conjoint que le sujet avait présenté de courtes périodes approximativement équivalentes d'hypomanie. C'est d'ailleurs au cours de ces états de sub-excitation que le malade a commencé à boire du rhum, d'abord irrégulièrement, puis environ 5 fois par semaine après le travail de la journée ; il s'ensuit souvent, des états d'ivresse comportant de façon constante une coloration expansive. Des consultations psychiatriques de l'époque mentionnèrent (novembre 1959) :

- instabilité socio-professionnelle certaine ;
- impulsivité avec réactions excessives et incontrôlées à une stimulation mineure, souvent futile ;
- appétence éthylique au rhum avec fréquents épisodes d'ivresse pathologique et absence de signes cliniques de cirrhose hépatique et de polynévrite des membres inférieurs, tremblements fins des extrémités ;

tableau qui fut rapporté à un déséquilibre mental sans troubles intellectuels évidents, la relation à autrui étant considérée comme se situant sur le mode à la fois hystérique (certainement à cause de la présentation jugée comme ressortissant d'un jeu névrotique de type hystérique du malade) et caractériel. Une cure de désintoxication a été proposée mais refusée par le malade ;

— Apparition en octobre 1966 de plusieurs états d'excitation psycho-motrice avec des signes de la série maniaque mais rapidement résolutifs car n'excédaient pas une semaine, considérés comme réactionnels (des ennuis pécuniaires ont été avancés par le conjoint), donc comme faisant partie de périétés psychotiques dans l'évolution d'un déséquilibre psychique ; en outre, des épisodes excito-confusionnels de brève durée suivent de plus en plus fréquemment les états d'ivresse. Un traitement ambulatoire a été prescrit et le malade se serait arrêté de boire, mais épisodiquement, car :

— Nous le voyons pour la première fois le 16 août 1970, adressé pour troubles du comportement ; l'hospitalisation est décidée devant :

- une paralysie incomplète du VI gauche ;
- des tremblements fins des extrémités, une discrète dysarthrie ;
- des transpirations abondantes avec léger fébricule à 37,6 degrés ;
- et un syndrome psychiatrique fait de confuso-onirisme tranquille.
- la tension artérielle est trouvée à 16/10.

Les résultats des examens complémentaires ont été les suivants :

- glycémie : 0,73 g/l
- azotémie : 0,15 g/l
- hémogramme : GR : 5 650 000  
GB : 7200 dont PN : 63 %  
E : 1 %  
B : 0 %  
Lymphocytes : 31 %  
Monocytes : 5 %

- BW négatif dans le sang
- Tests de floculation hépatique :
  - Gros : 2,6
  - Mac Lagan : 8 UV
  - Hanger : négatif

- Taux de prothrombine : 100 %
- Transaminases GOT : 10 unités Karmen  
GPT : 5 unités
- Cholestérol : 1,90 g/l
- Protéides totaux : 65 g/l
- Fond d'oeil : Excavation papillaire bilatérale
- Electro-cardiogramme :
  - tachycardie sinusale à 100/minute
  - déviation de l'axe moins 30 degrés
  - ECG normal .

- Radiographie des poumons : transparence pulmonaire normale ;
- Radiographie du crâne, face et profil : absence de lésions radiologiquement visibles .
- Electro-encéphalogramme : Traces caractérisées par :

- . un rythme fondamental anormalement ralenti à 7 c/s bilatéral synchrone, plus ample à droite, diffusant partiellement en avant sur l'hémisphère droit et réagissant très peu à l'ouverture des yeux ;
- . l'absence d'anomalie paroxystique ;
- . la mise en évidence d'une activité lente de type  $\theta$  infra-voltée dans les régions antérieures, mais mieux individualisable à droite ;
- . l'absence d'effets notables aux stimulations psycho-sensorielles pratiquées (HPN et SLI) ;

Le diagnostic d'encéphalopathie subaiguë alcoolo-carentielle de type Gayet-Wernicke a été retenu, et toujours chez un déséquilibré, éthylique notoire. Devant l'amélioration du tableau neurologique et psychiatrique (foie tyophilisé injectable, serum glucose isotonique 500 ml, Becilan 250 mg par jour, Thiamine 500 mg par jour, Valium injectable 20 mg par jour et Procalmadiol injectable 800 mg par jour), la cure de désintoxication au Disulfirame, demandée par le malade et sa famille (un demi-comprimé par jour) a été entreprise, on a été frappé au cours des épreuves au rhum (le 22, 25 septembre et le 1er octobre 1970) par l'importance des céphalées frontales pulsatiles, des réactions vaso-motrices du visage et du choc (le pouls a été fréquemment noté entre 100 et 140/minute, la tension artérielle prise régulièrement toutes les 10 minutes a montré des chiffres bas, la maxima oscillant entre 7 et 9, la minima entre 4 et 5

Après sa sortie de l'hôpital, le malade a été revu régulièrement tous les 3 mois, puis tous les 6 mois en post-cure.

— C'est au cours de la dernière consultation (29 janvier 1973) qu'il nous a été donné l'occasion d'observer, alors qu'AND... ne prend plus du disulfirame depuis 6 mois :

- des troubles de l'humeur et du caractère, sous forme :
  - d'exaltation affective avec euphorie et comportement puerile : l'association des idées au cours des périodes d'euphorie revêtent un aspect plutôt circonstanciel que polarisé ou par assonance ;
  - d'irritabilité avec crises d'affliction subite ;
- des troubles du comportement instinctivo-alimentaire dans le sens non seulement de la boulimie, mais aussi du renforcement des habitudes éthyliques ; ont été notés également des désordres des conduites sociales ayant entraîné des troubles de l'adaptation à caractère parfois médico-légal (a uriné par exemple devant son bureau) ;
- une diminution de l'activité professionnelle et intellectuelle, le malade n'allant au bureau qu'après sollicitations répétées de l'entourage familial ;
- une amnésie de fixation consistant en une mauvaise reconnaissance des visages de quelques proches parents

L'hospitalisation pour bilan est donc décidée après la fin du mois à la demande du conjoint : le malade nous a été amené le 4 février 1973 dans un tableau de coma carus :

- considéré comme éthylique, AND... ayant bu la veille ;
- avec importants désordres neuro-végétatifs, réactions méningées et absence de signes de localisation neurologique ;
- fond d'oeil :
  - hémorragies rétiniennes dans le territoire de l'artère temporale supérieure du côté droit ;
  - bords papillaires irréguliers des deux côtés ;
- ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien hémorragique.

Le malade décède quelques heures après l'admission et l'autopsie nous a permis de découvrir :

- une dilatation de toutes les veines corticales ;
- un cerveau mou et oedématié avec hémorragies sous-piales diffuses intéressant toute la convexité des deux hémisphères ;
- la coalescence de ces hémorragies dans :
  - le sillon interhémisphérique antérieur,
  - les scissures sylviennes et rolandiques ;
- à la dissection de la pie-mère et après ablation des caillots :
  - un gros anévrisme rompu de la communicante antérieure, dilacérant le parenchyme, provoquant ainsi une inondation ventriculaire ;
  - un anévrisme à la naissance de la sylvienne droite, plus petit, non rompu, entouré d'un gros caillot, dilacérant également le parenchyme au contact ;
  - des piquetés hémorragiques de la protubérance annulaire, tant à la périphérie qu'en profondeur ;
  - un foie légèrement augmenté de volume ;
  - et un coeur flasque.

### C. — ANALYSE ET CRITIQUE DE L'OBSERVATION

. Il faut signaler que nous avons accepté longtemps le diagnostic déjà établi antérieurement en considérant :

- la défection parentale totale ;
- l'instabilité professionnelle ;
- la relation à autrui perturbée ;
- les habitudes éthyliques ;
- et les courtes périodes psychotiques observées durant la vie du malade.

\*  
\* \* \*

. Tour à tour, ont été ainsi évoquées les modalités évolutives suivantes :

- déséquilibre mental sans troubles intellectuels évidents, la relation à autrui étant considérée comme très perturbée (novembre 1959) ;

- personnalité psychopathique avec décompensation sur le mode maniaque ; fréquents états d'ivresse pathologique de type expansif souvent suivis d'épisodes excito-confusionnels de brève durée (octobre 1966) ;

- encéphalopathie alcool-carentielle subaiguë de type Gayet-Wernicke (août 1970) chez un déséquilibré psychique, éthylique avéré, ayant motivé après vitaminothérapie intensive une cure de désintoxication ; importance des

céphales pulsatiles avec état de choc cardio-vasculaire réversible au cours des épreuves de dégoût au rhum ;

- troubles de l'humeur, du caractère et du comportement s'inscrivant dans un tableau pseudo-maniaque, pouvant relever soit d'une démence éthylique au début chez un déséquilibré mental, soit d'un syndrome frontal chez un individu non déséquilibré (29 janvier 1973). Hospitalisation pour bilan vers début février 1973.

- coma carus d'évolution rapidement fatale (4 février 1973) ; l'autopsie a montré un gros anévrisme rompu de la communicante antérieure avec inondation ventriculaire, un anévrisme non rompu de la sylvienne droite à sa naissance et des lésions caractéristiques de l'encéphalopathie alcoolique subaiguë de Gayet-Wernicke et une myocardie probablement béribérique.

\*  
\* \* \*

. Mais il ressort de l'analyse a posteriori de cette observation que le diagnostic d'une personnalité psychopathique maintes fois évoqué du vivant du malade est difficile à soutenir, car :

a) la défection parentale créée par le divorce prématuré des parents mais corrigé par un substitut parental très bien accepté par AND... n'a jamais pu induire de troubles de comportement ; en particulier, la période pubertaire et l'adolescence ont été calmes, sans crises bruyantes d'originalité juvénile ; aucune conduite d'opposition, aucun conflit grave avec le milieu scolaire et social, bref aucune manifestation d'ordre psychopathique en dehors toutefois d'une tendance à l'impulsivité n'a été remarquée ;

b) la scolarité a été interrompue volontairement ; on en retrouve une motivation compréhensible : AND... veut travailler pour aider son oncle et ses frères et soeurs ; bien qu'ayant échoué au certificat d'études du second degré, le malade a fait preuve d'une assiduité exemplaire à l'école ; de même, les multiples changements de métiers qui ont pu faire croire à une instabilité professionnelle ne sont nullement le reflet de l'alternance subite d'engagements et de ruptures, ni de volt-face incompréhensibles, mais s'inscrivent dans une progression d'engagements mûrement réfléchis et dans des promotions méritées, le sujet ayant eu en effet passé des concours pour devenir employé de bureau ; en outre, n'avait-il pas souvent déclaré selon son oncle (nous tenons ce renseignement de sa femme) qu'il ne contracterait mariage que quand il avait amélioré sa situation ? Certes, notre malade a développé de son vivant une certaine "hyperactivité nerveuse" un peu désordonnée, mais il n'est point opportun d'envisager ici ni le curriculum vitae en zigzag, ni l'instabilité du psychopathe ;

c) la vie conjugale n'a pas porté la marque de l'instabilité et a toujours été fondée sur l'idéal monogamique : son conjoint nous a déclaré ne lui avoir connu de signes d'infidélité, ni d'ambiguïté de choix sexuels ;

d) à l'époque où AND... a interrompu ses études (1948-1949), une opposition éventuelle de sa part à sa famille et à la société se serait concrétisée par un engagement dans l'Armée, beaucoup de jeunes Malgaches de son âge, - psychopathiques ou en mal de situation - ayant répondu sans réserve à l'appel pour l'Indochine. Resté à Madagascar, il n'a jamais fréquenté de milieux de survie socialement marginaux et n'a pas fait usage du cannabis. En outre, notons l'absence de toute condamnation, et il n'avait rien de certains déséquilibrés intelligents et fortunés dont le statut socio-professionnel met à l'abri des sanctions pénales malgré leur activité marginale ou de certains autres qui, quoique vagabonds, savent vivre en dehors de l'ordre social sans s'attirer une rigueur légale ;

e) le mode relationnel, s'il a été considéré comme perturbé, ne ressort pas d'une organisation ni névrotique, ni psychopathique de la personnalité : à cause du caractère isolé des céphalées frontales (l'examen clinique de l'époque ayant été négatif), la syntonie souvent notée au cours de l'entretien avec le malade a été à notre avis interprétée à tort dans le sens d'une attitude névrotique engageant tout l'être du sujet sans laisser de place à d'autres sentiments. Nous pensons plutôt que l'incontinence verbale teintée d'un certain lyrisme a été l'équivalent de l'euphorie hypomaniaque au cours de laquelle le malade avait pu non seulement fasciner les interlocuteurs, mais aussi se placer sous l'éclairage le plus avantageux en forçant souvent les réticences de l'entourage ;

f) les épisodes psychotiques rencontrés ont été de trois ordres :

- des états d'excitation psycho-motrice en 1954 et dont la structure hypomaniaque peut être évoquée en considérant l'exaltation thymique et instinctuelle ; cette dernière a été, à notre avis, pour beaucoup dans le déterminisme des premières habitudes éthyliques ; nous avons en effet souvent noté chez nos malades à Madagascar la fréquence de prises de boissons alcoolisées au cours des états d'excitations - maniaque
  - cannabique
  - même prédéméntielle.

Notons que les états d'ivresse - à coloration expansive constante - qui en découlent et souvent compliqués d'épisodes excito-confusionnels, peuvent être considérés comme pathologiques et partant significatifs d'une personnalité psychopathique ; mais nous n'avons jamais eu connaissance, dans la vie de notre malade, de moment de rupture affective de dépression, ou de perte d'objet qui puissent inclure son éthylisme dans un mécanisme de compensation ;

- un confuso-onirisme tranquille relevant d'une encéphalopathie alcoolique subaiguë, ayant motivé l'hospitalisation (août 1970) ;
- des troubles du comportement, de l'humeur et du caractère pouvant répondre à un syndrome frontal ou à une démence alcoolique.

\*  
\* \*

Aucun d'eux n'est significatif ni des épisodes psychopathiques, ni des phénomènes paroxystiques de la personnalité psychopathique, en dehors des états d'ivresse de nature expansive constante.

Il convient alors de retenir au point de vue séméiologique .

- l'importance des céphalées au cours de la vie du malade ; elles ont été considérées comme banales au début à cause de leur caractère isolé, mais devaient être appréciées autrement depuis la cure de dégoût au cours de laquelle leur pulsativité et leur siège frontal leur ont conféré une valeur diagnostique de localisation presque certaine ;

- la survenue de symptômes psychiatriques de la série frontale (janvier 1973), précédant de peu un coma d'évolution rapidement fatale, par inondation ventriculaire due à la rupture d'un volumineux anévrysme de la communicante antérieure ; il est alors possible que les états d'excitation psycho-motrice du début soient de structure pseudo-hypomaniaque et fassent partie du syndrome frontal actuel.



Il s'agit donc de troubles non permanents du comportement au cours d'un syndrome frontal, avec éthyliisme épisodique ayant induit à la longue une encéphalopathie alcool-métabolique et un béribéri cardiaque ; ces troubles du comportement ont été longtemps confondus avec ceux rencontrés chez le déséquilibré.

Il sortirait de notre propos de conseiller une artériographie carotidienne chez tout candidat à la cure de désintoxication porteur d'une anomalie électrique à type d'ondes lentes frontales, d'ailleurs souvent signalées chez les psychopathes impulsifs par beaucoup d'auteurs (Hill, 1942 ; Léonardo, 1947 ; Stafford Clark, 1951 ; Gibbs, 1951) et qui de ce fait, ont constitué pour nous une imprécision voire une impossibilité d'indication artériographique, d'autant plus que nos possibilités économiques ne nous permettent pas souvent d'entreprendre des examens systématiques.

### CONCLUSION

Le but de ce travail a été de discuter un diagnostic différentiel de la personnalité psychopathique : les troubles du comportement au cours du syndrome frontal, à propos d'un cas observé dans le Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Général de Tananarive.

Sur le plan séméiologique, il a été intéressant de signaler dans cette observation ce qui pourrait relever d'une personnalité psychopathique : famille désunie, choix professionnels multiples, impulsivité et réactivité, habitudes éthyliques, brefs épisodes psychotiques et tracés électro-encéphalographiques perturbés mais pouvant correspondre à ceux qu'on rencontre chez les déséquilibrés impulsifs et agressifs (Léonardo, 1947).



Sur le plan diagnostique, la critique a posteriori de chacun des syndromes présentés par le malade ne paraît pas convaincre de la personnalité psychopathique, malgré les troubles du comportement signalés, à cause de l'association des céphalées frontales pulsatiles et du syndrome frontal. Les découvertes autopsiques ont montré un gros anévrisme de la communicante antérieure rompu, à l'origine d'une inondation ventriculaire.

### **R E S U M E**

En analysant une observation longtemps considérée comme celle d'un déséquilibre psychique, et devant les découvertes d'un gros anévrisme de la communicante antérieure à l'autopsie, les auteurs reprennent et critiquent chaque symptôme, et considèrent que certains troubles du comportement au cours du syndrome frontal peuvent être confondus avec ceux rencontrés chez le psychopathe.

## BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD L. - Les psychoses constitutionnelles dans *Traité de Pathologie de Bellet G.* Doin Edit., Paris, 1903.
- BARUK H. - *Traité de Psychiatrie* I, 265-271 ; II, 1239-1244. Masson Edit., Paris, 1959.
- BLUM G. - *Les théories psychanalytiques de la personnalité.* Paris, P.U.F., 1955.
- BOREL J. - *Le déséquilibre psychique.* Paris, P.U.F., 1947, 375 p.
- BOUDOURESQUES J. - *Troubles mentaux des tumeurs intra-crâniennes.* La Revue du Praticien, T. XV, No. 10, 1237-1243, 1er avril 1965.
- DAUMEZON G. - *Motifs de la consultation du déséquilibré.* La Revue du Praticien, T. XXII, No. 26, 3549-3554, 11 octobre 1972.
- DENIKER P. - *Le déséquilibré psychopathique, réalité clinique ou vue de l'esprit ?* La Revue du Praticien, T. XXII, No. 26, 3475-3476, 11 octobre 1972.
- DENIKER P., COTTEREAUM.J. et ZARIFIANE. - *Etude sémiologique des déséquilibrés psychiques.* La Revue du Praticien, T. XXII, No. 26, 3479-3491, 11 octobre 1972.
- DENIKER P. et SEMPE J.Cl. - *Les personnalités psychopathiques, essai de définition structurale.* L'Encephale, 1967, T. LVI, No. 1, 5-33.
- DUCHE D.J. - *Le problème de l'énurésie.* Thèse Méd., Paris, 1950.
- EY H., BERNARD P. et BRISSET Ch. - *Manuel de psychiatrie.* Masson Edit., Paris, 1960.
- FRECOURT J. - *Toxicomanies : psycho-pathologie.* Perspectives psychiatriques No. 11, 1965, 35-41
- GOUARS M. - *La personne de l'engagé volontaire.* Thèse Méd., Lyon, 1954, 77 p.
- KLEIN M. - *Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs,* in *Essais de Psychanalyse,* Paris, Payot, 1967, 452 p.
- NEYRAUT M. - *Personnalités psychopathiques.* Perspectives psychiatriques, No. 5, 1963, 19-24.
- MILLET P. - *Le déséquilibre mental en pratique militaire.* Thèse Méd. Lyon, 1959, Impr. Bosc, 95 p.
- NACHIN C. - *L'alcoolisme féminin,* in *La Revue de l'Alcoolisme.* Masson Edit., Paris, X, 1, 1964.
- PASCALIS G. - *Déséquilibre psychique (Contribution clinique à l'étude du déséquilibre psychique).* Thèse Méd., Alger, 1958, No 2, 238 p.
- PELLET J. et COTTRAUX J. - *Alcoolisme et structure psychotique.* Confrontations psychiatriques No. 8, 1972, 21-63.
- PELLET J., JALLADE S. et COSSERAND M. - *Personnalité alcoolique.* Cahiers Médicaux Lyonnais, 1968, 44, 28, 2989-3022.
- PERSONNIC M. - *La défection parentale chez l'adolescent et le jeune adulte.* Thèse Méd., Lyon, 1958 - Imprimerie Bosc, 64 p.
- REQUET A. - *L'alcoolisme psychiatrique dans le prolétariat masculin,* in *Revue d'Hygiène et de Méd. Sociale.* Masson Edit., Paris, 1953, No. 7, 634-651.
- SUTTER J.M. - *Le déséquilibre psychique* in *Manuel alphabétique de Porot,* Edition 1965. P.U.F., Paris, 172-177.
- SUTTER J.M., PELICIER Y. et PASCALIS G. - *Démembrement du déséquilibre psychique.* CR du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie, 1958 Masson Edit., Paris, 549-554 et 554-562.
- TRILLAT E. - *Le déséquilibre psychique* in *EMC de Psychiatrie,* 37 310 A 10, 1965.
- VIDAL G. et VIDAL B. - *Les troubles caractériels de l'adulte.* Synthèses Cliniques No. 22, Dr Jean Garnier, Paris, 9-1962, 50 p
- VIDAL G. et VIDAL B. - *Les troubles caractériels de l'enfant et de l'adolescent.* Synthèses Cliniques No. 31, Dr Jean Garnier, Paris, 10-1964, 56 p.