

Sandbox terminology

Dear all,

The intensity of your feedback shows, if it were necessary, that WKL is alive and well. I'm sorry I rushed you with my proposals, but it took me a little while to understand what was bothering you. In fact, since you had agreed to change 'periodic catatonia' to PPC and 'system catatonia' to CSC, I thought you understood what the reason was. It took your reaction, and that of my colleagues, to realize that we were not talking about the same thing and that I had not explained anything.

In the end, it was a good thing, because it forced me to explain, which was not useless to clarify my thoughts. So let me elaborate. I am sorry if I am a bit long and sometimes redundant, but I would like to be as clear as possible.

To make it simple, I will try to make you understand why I think it is important that we use different terminology when we address psychiatrists trained in / interested in WKL and psychiatrists who do not know and do not wish to know our paradigmatic framework. To make it simple, I will use the image that Fabrice gave me:

All Chinese people have an "American" first name that they can use and change as they want to be understood by others and a Chinese first name that refers to their origins, their basic identity.

This is an excellent analogy, thank you Fabrice.

Also, let me say right off that it was not the purpose to change our terminology (WKL). We had already an article where the English and French translations of German names have been slightly rejuvenated and some basic concepts clarified so that people can get in the classification [1]. I don't think we need to go over this again. Thus, from a WKL perspective, there would be no reason to add 'progressive' to 'periodic catatonia' since the evolution towards a residual symptomatology is intrinsic to our understanding of the term 'catatonia'. For us PPC is a tautology. The same would be true for 'systemic catatonia' and of course renaming 'motor psychosis' to 'periodic catatonia' would be an oxymoron in the WKL framework.

To begin with, I insist: this is a **proposal** which, moreover, is intended for a very specific use that I had totally omitted to specify. It is out of the question that 'I' or 'we' take unilateral decisions, on the contrary it is important that we have a consensus both on the approach and on the labels. I therefore suspend the idea of 'RPC' and keep only PPC and CSC for the present article.



Yet, I would propose to devote our next web-symposium not to 'RPC' as such, but to **how we could improve our communication with non-WKL trained psychiatrists and be more convincing, without losing our identity.**

Indeed, after a few articles intended for a WKL audience or interested in WKL [1-5], our article 'parakinesia' is the first one that tried to make a WKL concept accessible to non-WKL. By 'first', I would like to stress that I hope not to stop at this one. So this means that we have to agree on a kind of 'communication strategy' and 'talking points'. This does not mean that we should stop enriching the literature for the first type of reader, but that is another story.

So, the following could serve as starting proposal to be discussed at our next WKLIS web-meeting, which could be scheduled in January-February 2023 so that as many of you as possible can participate (ideally early enough in the morning to allow Gabor to join us at a time that is reasonable for him). We will quickly send you an invitation in this sense.

The purpose is not about changing our paradigmatic framework or our vocabulary, but about proposing a separation between WKL-concepts and their operationalization that could be shared with non-WKL colleagues.

Compared to previous articles, the 'parakinesia' article is also dedicated to psychiatrists trained in the ICD/DSM tradition and that may not be interested in knowing the whole classification and its nomenclature. Yet we need to remain understandable. This is a real headache: (i) false friends are innumerable – our article on the polysemy of the terms 'catatonia' and 'psychomotricity' only touched on the problem [6]; (ii) the classification functions as a whole whose elements only make sense in relation to each other, i.e. it is a system. Thus, it is difficult to imagine doing better than talking about an 'equivalent of 'periodic catatonia', 'system catatonia' or 'motility psychosis' with non-WKL. It cannot be about the WKL concept itself. So, apart from using ICD terminology that is more intuitive for non-WKLs, the usefulness of PPC and CSC is to make explicit this distance between the parent concept, e.g. 'periodic catatonia', and its operationalization, 'PPC'.

Polysemy and common language

Question

A short starting question for those who have a teaching load (Bruno, Burkhard):

*What do you teach your students first: ICD schizophrenia or WKL schizophrenia?
ICD catatonia or WKL catatonia?*

From our side, the basic definitions we give to our students remain ICD ones. We do not want our trainees to misunderstand what they read or what non-WKLs are telling them. They need to know that when Dusan and Sebastian talk about 'catatonia', they are not talking about WKL catatonia and *vice versa*.

This does not dispense with opening minds. WKL is introduced to put concepts into perspective. Also we are very careful to enlighten the students about the conceptual gaps that are hidden behind the same terms – previous articles and the introductory chapter to the French translation of the classification have served this purpose and this must continue as we discover new subtleties every day [6][7].

If DSM should no longer be the common straitjacket, the ICD must remain the common language

If we want to make ourselves understood by non-WKLs, we must accept a common language. This language will necessarily be unsatisfactory because it can only be a 'pidgin', a kind of mixture of several aspirations which has no structure or conceptual framework. This is the famous 'atheorism' that the ICD had adopted, mainly to avoid quarrels between biological and psychoanalytical psychiatrists.

It is with the DSM-III that things went too far. By pretending to be hegemonic, the DSM realm has acculturated two generations of psychiatrists. The WKL school is one of the rare survivors of this international brainwashing and this is what makes its legacy all the more precious. I am aware of the tenacity it took and still takes in Germany. I remember some of the reactions when I came to question some so-called authorities about 'why don't you do research on WKL phenotypes?' – I was a bit naive at the time.

But my adherence to the WKL framework does not come at the expense of the only significant advance that the ICD has really allowed: understanding each other and improving the communication between psychiatrists from different traditions.

When and how to adjust?

Sorry to repeat myself, but it seems to me impossible to talk to a psychiatrist trained or interested in WKL in the same way as to a non-WKL psychiatrist. While articles such as the review of the classification and the article on the polysemy of concepts necessarily put the reader in touch with the WKL particularities [1][6], this is not the purpose of our article on parakinesia. The latter is not written 'only' for WKL psychiatrists – they already know pretty much what parakinesia is (I would almost dare to say that we already knew because I am not sure there are many others – it was time to save this legacy).

Aiming at a wider audience, unfamiliar with WKL concepts, we made parakinesia usable outside our conceptual framework and remained essentially descriptive. Some WKL concepts are mentioned, but as contextual elements whose adoption is not necessary for the recognition of parakinesia as a phenomenon.

By doing this, we are allowing non-WKL trained psychiatrists to use this sign without relying on our entire conceptual apparatus. This is great, but it goes hand in hand with a problem that I did not realize: we are not talking about the same thing anymore. Or more exactly, the mental representation we share with others is not the one of 'parakinesia' as a concept, but 'parakinesia' as an operationalized construct. This is what I try to explain in the following Figure. The concept of parakinesia is not the same as the phenomena of hyperkinetic parakinesia (HPk) and parakinetic psychomotricity (PPM). To us parakinesia means much more than it does to non-WKLS.



It's kind of been glossed over, but you may have noticed that the term 'parakinesia' was changed to 'hyperkinetic parakinesia' when describing abnormal movement. This was not done intentionally, but it has the merit of highlighting the gap between the WKL concept and its operationalization that is the only thing we can share with non-WKLS. Again, we are not talking about the same thing; while non-WKLS simply observe a phenomenon, WKLS relate it to other concepts, give it a meaning and a beginning of an explanation (cf. Figure).

By describing HPk and PPM as elementary phenomena, detached from the rest of the conceptual framework, they cannot have the same depth as WKL parakinesia. Sad, but we have made this sign usable by non-WKLS without forcing them to adopt our conceptual framework. An adversarial collaboration becomes possible.

Are we going to stop talking about parakinesia between us?

This is not the goal, and this operationalization of the concept does not change the concept itself.

Are the definitions we have proposed for HPk and PPM definitive?

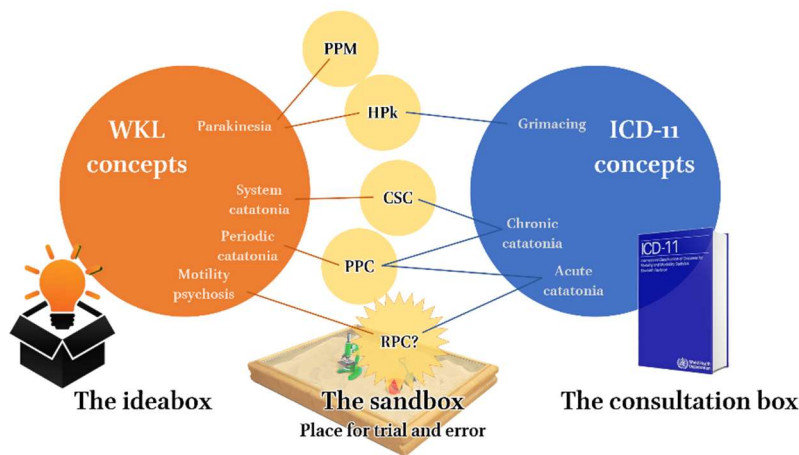
I hope that they are not and that it will be possible to improve them: maybe we will realize that they are not faithful to the concept of parakinesia either in our hands or in the hands of others; or that the predictions we have made are not verified...

And that is the whole point of making this effort: HPk and PPM can be challenged, optimized or rejected. This is not the same as parakinesia which as part of the conceptual framework could not be changed lightly without risking compromising the whole. I talk about them as ‘sandbox’ constructs.

The sandbox

In computer science, the ‘sandbox’ is a place where it is possible to test a program in conditions close to the conditions of use, but in a secure way. The sandbox is not the place where the program is developed, nor is it the place where it is used: a bug will not mess up the whole program and will have no consequences for the users. On the other hand, the sandbox makes it possible to spot bugs and to correct them.

Put in the context that interests us, the sandbox is the place where we can confront our hypotheses with others; but it is also the place where we can verify that they have a clinical relevance for non-WKLS. In other words, the sandbox is a place where it is possible to proceed by trial and error to refine the operationalization of a concept (construct), or to validate its clinical relevance (see Figure below). Thus, a failure of the predictions made on HPk and PPM does not necessarily call into question the WKL concept of parakinesia and its predictions; it can simply be explained by an improper ‘operationalization’.



Question

Should we use the same label for the WKL concept and its ‘sandbox’ operationalization, i.e. usable outside the conceptual framework?

If by ‘operationalizing’ our concepts we allow others to play with them without relying on the whole WKL framework, it seems wise to me to make a distinction between the two by using different names for the concept and its operationalization.

It is a very ‘positivist’ way of thinking to confuse the two levels and to give them the same name. As long as there is consensus, this is not necessarily a problem. Yet, this is not our case.

Even worse, we use many labels in a different sense from non-WKLS, systematically misleading them. Whatever the ‘informational’ superiority of our vocabulary, it is of no use if it is not understood. I return to the problem of incommensurability.

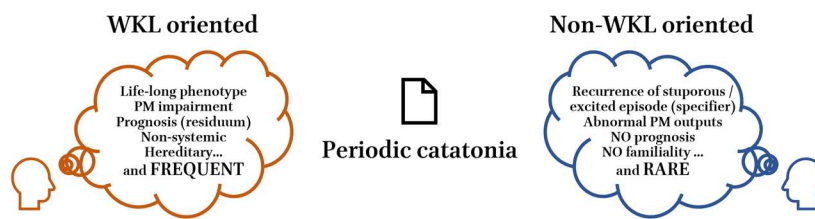
Incommensurability

A personal story (‘Erlebnis’)

There is nothing like a little personal story to make you understand what I am talking about and why it is so important to me.

As already said, I did not learn WKL at the same time as DSM/CIM psychiatry. I started out as a research neurologist in psychiatry using the DSM... I was quickly confused by the heterogeneity of what was gathered under the label of schizophrenia, and was on the lookout for anything that could help me refine it. I first heard about 'periodic catatonia' in the DSM-V agenda published in 2002 (they had not yet switched to a classical numbering). Gerald had just published his replication of a linkage at Chr 15q [8][9] and 'periodic catatonia' was discussed as a potentially interesting example to follow [10].

But as exciting as it looked, I was absolutely certain that I would never be able to do research on 'periodic catatonia'. At the time, for my DSM-formatted mind, 'periodic catatonia' meant the recurrence of catatonic episodes. I could only remember one patient who had presented this clinical picture over the last 3-4 years. So I didn't look for more information. Gerald had written about an exciting concept (on the left in the figure), but because he called it using terms that were not neutral to me ('periodic catatonia'), he generated a representation that was not the one he intended. It is not that he didn't try to describe it, but the little he could write in the article wasn't enough to correct the mental image that the name had generated... the power of preconceptions. I think he could have even warned that his use of the term 'catatonia' was not to be interpreted in the ICD/DSM sense and it wouldn't have made a difference for me; though it might have probably hinder the publication of his articles – reviewers and the editor would have probably asked (or even demanded) to respect the international nomenclature.



As depicted in the above Figure, for an ICD/DSM psychiatrist, it is impossible to capture that when we talk about 'periodic catatonia' we are talking about almost 10% of hospitalized endogenous psychosis (in university clinics).

To conclude my little story, the only patient I could remember at the time that would have fit with my understanding of 'periodic catatonia' was... a motor psychosis of course!

In short, the incommensurability that we already talked about in different articles, is a reality.

The consequences of incommensurability

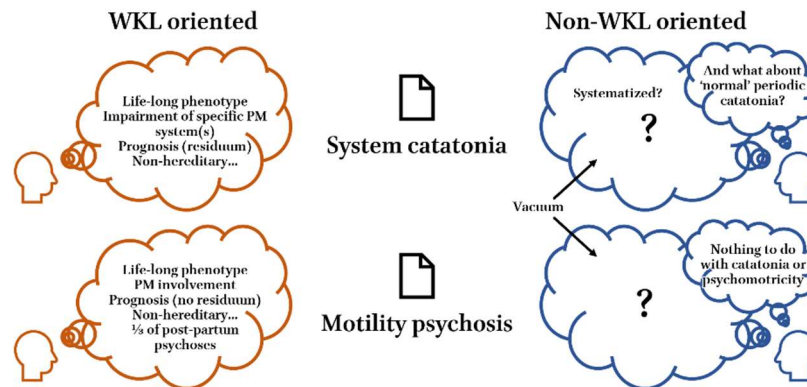
Have you ever wondered why there are only 120 articles talking about 'periodic catatonia' on PubMed, and why the vast majority of them are case reports? I am struck by the fact that researchers are not rushing on this phenotype knowing that 2 biomarkers have been replicated: genetics (15q) and imaging (hyperactivity of premotor cortices). The reason is probably the same as it was for me at the time: they are not very interested in publishing case reports because they understand ICD 'periodic catatonia'.

As mentioned in our article earlier this year, the same already occurred 120 years ago during the Kahlbaum – Kraepelin debate on catatonia. Because they used the same term to describe different realities, they did not understand each other and replicated results that came to almost contradictory conclusions. It is likely that they were both right, but from their own perspective. It is also possible that one representation was more adequate than the other... but to know this, they would have had to highlight these conceptual differences and to confront their views. If they had done so, I would have been interested to know what names they would have given them: Kahlbaum's catatonia and Kraepelin's catatonia? Not practical all those 'K' names for acronyms 😊.

In short, it is not possible to discuss the ‘validity’ of ‘periodic catatonia’ if it covers a different reality for non-WKLs.

To misunderstanding

Some people will tell me that this is not the problem of other labels such as ‘motility psychosis’ and ‘system catatonia’, which have no ICD correspondence. I would be curious to know what mental representations non-WKLs would have from these terms. Even if the ones in the Figure below are speculative, it seems almost certain, that their representations will have nothing to do with ours.



Returning to Fabrice’s analogy, I fear that keeping our terms would be like speaking Chinese to our non-WKL colleagues. At best they would evoke no mental representation, at worst inadequate mental representation (incommensurability).

If we want to be understood by non-WKLs, we will have to use a common, ICD-compatible language in order to evoke the right mental representation in their mind. Yet, once again, it will never match our own out of the WKL framework.

Sandbox terminology

So if we want to communicate effectively with all our colleagues, not just those who would be interested in WKL, we need to:

1. Accept that they do not share our conceptual framework (and may even oppose to it)
2. Find an ‘in-between’ terminology that is neutral enough not to evoke misrepresentations and yet close enough to the original concept so that the link with it is intuitive.

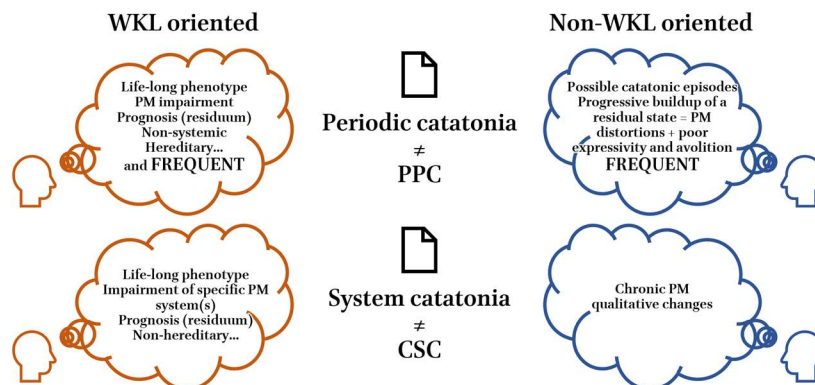
One could have imagined creating a totally new vocabulary, but I have the feeling that everyone would agree with the idea of simply adding a qualifier to the original concept.

PPC, CSC are evocative ‘sandbox’ terms

Since we have not yet operationalized the concepts of ‘periodic catatonia’, ‘system catatonia’ and ‘motility psychosis’, I was looking for labels that could evoke mental representations close to WKL concepts.

- › For ‘progressive periodic catatonia’ (PPC), I feel that the simple addition of the qualifier is enough: (i) to alert the reader that this is a particular form, (ii) and to specify that it is a form with residuum. If this last precision is useless for us, it is useful from an ICD perspective. I had thought to speak of ‘degenerative periodic catatonia’, since this is the implicit assumption, but it would have been theoretically loaded from an ICD perspective. ‘Progressive’ has the advantage of remaining descriptive.
- › ‘Chronic system catatonia’ (CSC) is a good compromise between ICD and WKL, each one finds a qualifier that makes sense: ‘chronic’ for ICD, ‘system’ for WKL. Moreover, ‘chronic’ better reflects the

course since the progression is limited to the first years and (\pm) stops thereafter. I have borrowed this term from an article published by Gabor, but perhaps there is a precedent [11]. Did Kleist or Leonhard already use it? In any case, it allows us to generate a representation close to our own.



Sorry to repeat myself, but it seems to me that this is important: the use of PPC and CSC allow to separate the WKL concepts from the representation that can be shared with non-WKL psychiatrists.

PPC and CSC are on the same level as HPk and PPM: descriptions. The only difference is that they are phenotypes and no longer phenomena (and that they remain to be operationalized).

There are many advantages to making this distance explicit by introducing these qualifiers:

- › Others can play with it (that's the point), but so can we and we can share our experiences. This does not mean that we will find the same for sure. For instance, there is little chance that we will really use HPk criteria. HPk recognition will remain to a large extent intuitive and guided by our WKL concept, which will not be the case for our non-WKL colleagues. In other words, if we make the assumption that our concept of parakinesia reflects a reality, too great differences would show us that our operationalization will have to be optimized...
- › By introducing the sandbox, it is possible for us to progress by trial and error with WKL-inspired constructs, but again, without endangering the original concept. That is the advantage... It remains to be seen when evidence should lead to a correction of the WKL concept itself – it is not a question of making it immune to refutation as was the case with the DSM. @Markus, I am not sure that this should come with changing our terminology. Conceptual shifts are common in science and are not troublesome as long as they are explicit (consensus paper).
- › If a sandbox construct works, i.e. outside of the WKL framework, and is clinically relevant, it will be disseminated to the whole profession. I think that, many of you are already convinced of the usefulness of 'parakinesia', 'periodic catatonia', 'motor psychosis', etc. But I am not telling you anything new by saying that we are a bit alone in believing this. And in any case, since the WKL framework is not the official framework of all psychiatry, it is not the utilitarian value of our concepts that is at stake, but that of their operationalization.

Hence, I no longer propose you to convince our colleagues that WKL is better than ICD... I propose you to turn the most interesting and relevant signs and concepts into sharable constructs: 'parakinesia', 'iterations' – 'periodic catatonia', 'paraphasia', 'paragrammatisms' – cataphasia, cycloid psychoses...

My hope is that this will awaken the interest of the community in WKL. While I do not believe that it is possible to make it the international framework, I think that the heuristic value of WKL concepts could attract researchers. It is in this perspective that we need to maintain the 'orthodoxy', because WKL works as a system,

it is more than the sum of its parts. I do not believe that it is possible to achieve a perfect operationalization for each piece of it. But if it is sufficient to be operative it would be an undeniable success.

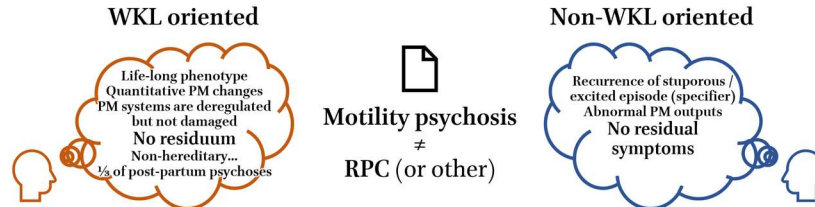
RCP: back to the origin

Perhaps you can understand why when you agreed to PPC and CSC I didn't see why RPC was a problem. In no way was it a replacement for 'motor psychosis' when we write for WKL interested readers.

I am not fixated to 'remitting periodic catatonia' as a way of naming an operationalization of the concept of 'motor psychosis'. However, I found it to have many advantages in terms of the mental representation that it could implicitly evoke in non-WKL minds:

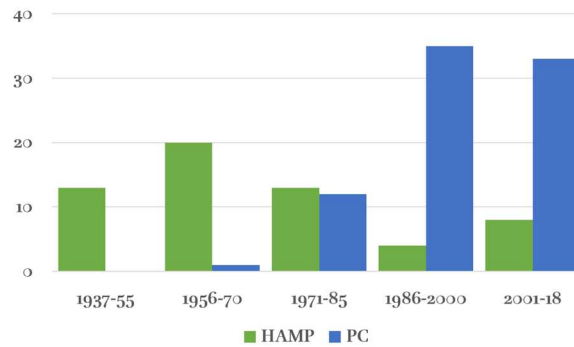
- › It makes it possible to say that we acknowledged the existence of patients with recurrence of ICD-catatonic episodes, but that this is not what we are talking about.
- › By opposing RPC to PPC, it makes it possible to emphasize their difference: the absence of accumulation of residual symptoms (the essence of motor psychosis).
- › It was based on a historical precedent, since Claude and Baruk had emphasized this difference between patients with simple recurrences of 'pure' catatonic episodes and those in whom the catatonic manifestations were not necessarily the most salient, but indicated an evolution towards what they called a 'hebephrenocatatonic syndrome'. This term has no meaning from the WKL point of view, but made sense in their own understanding of the term 'hebephrenic', which was used to indicate the loss of motivation and emotional expression. I am absolutely agreeing that it might have included few patients with other WKL phenotypes. Yet what is interesting here is the repeated rediscovery of similar entity which makes it very more likely to exist.

There is probably more to say, but it gives you the general picture.



There are certainly other ways of calling it that might intuitively evoke the image of motor psychosis, but this is the only label I have found:

- › 'Motor' does not make sense and 'psychomotor' would not have been much better since its ICD-understanding is also too different from ours [6]. Moreover, the distinction between quantitative and qualitative changes is unknown and the two are mixed in ICD-11's description of catatonia (see [Appendix](#)).
- › I found it difficult to overlook the fact that motility psychoses are probably the ones that are best recognized as 'catatonic episodes' and that best correspond to what non-WKLs would call 'periodic catatonia'. A quick review of the case reports labeled 'periodic catatonia' in PubMed up to July 2018 shows that while there is a reversal of the trend over time, motility psychosis contributes a non-negligible fraction (see graph below, HAMP – hyperkinetic-akinetic motility psychosis in green; PC – periodic catatonia in blue).



I understand that RPC gives you the feeling of a too important concession to ICD. However, I remind you that it is not a question of renaming 'our' concept, but of giving a name to its construct that is understandable by non-WKLS. From this point of view, it seemed more important to me to induce the right mental representation (the signified) than to respect our idiosyncratic use of 'catatonia' (the signifier): psychomotor impairment with 'catatonia', periodic course with no residual symptoms with 'remittent'. This is why I did not find it 'shocking' to make this proposal. Though RPC did not respect the form, it respected the meaning.

I hope that these explanations could reassure you about my intentions. Now, there is certainly in-between of completely different proposal that could evoke an intuitive representation of the concept of motor psychosis to non-WKLS without being too counter-intuitive for us. Any suggestion will be welcomed.

Perspectives

We need to give you the reasons why we are committed to this idea of offering an 'operationalized' version of some of our WKL concepts. In Strasbourg, Leonhard has inspired us, and rather fortunately. WKL is at the core of 2 national studies that have been funded (> 2M euros): SP-RENEA on periodic catatonia (2021) and DREAMS-PHEN on cycloid psychoses (2022 - see Fabrice's presentation at the WKLIS web-symposium of 2021, [link](#))

The problem of diagnosis

WKL has already spread well in France, but not to the point of allowing WKL diagnosis to be made on the whole territory. To date, only 4 centers, including Strasbourg, are able to do it, and of course, there is no question of forcing other investigators to be trained for 4 to 5 years before starting.

Note: I say 4-5 years, because that's how long it took me to get out of my DSM reflexes and start making reproducible WKL diagnoses. I may be very slow, but I have often experienced how ICD/DSM habits are real epistemological obstacles and sometimes blind us to obvious manifestations. I have the feeling that WKL is more difficult to acquire if our minds are already formatted by ICD/DSM. The speed and naturalness with which our young trainees master WKL when they learn it in parallel with ICD reinforces this conviction.

Example of the diagnosis of periodic catatonia (SP-RENEA)

For SP-RENEA, 8 centers will not be able to make the WKL diagnosis. The idea is to offer them an operationalized version of it. We initially thought of the version we used in a brain imaging study but this polythetic (DSM-like) approach was too complex and could only make positive diagnoses – It was difficult to do the same for negative diagnoses [12]. We hope soon to be able to send you another proposal that has the simplicity of an ICD definition (except for HPk). Since it is not possible to ask our colleagues to interpret the clinical picture, the presence or absence of criteria are weighted in a purely probabilistic way. Of course, this does not work every time, but it could be sufficient in a first approach...

You may understand that in this case I would be even more reluctant to talk about 'periodic catatonia'. It is at best a way to select a group of patients 'enriched' and a group 'depleted' in 'periodic catatonia'. I prefer to speak of PPC and nPPC to emphasize the difference with our concept.

PPC is a sandbox construct that will certainly have many flaws. It is probable that by privileging indirect characteristics the tool will bias some results which might not apply to all periodic catatonia (WKL). However, this will be an opportunity to adapt and refine the adequacy of the operationalization (PPC) with the original concept (periodic catatonia).

We will need your help

All this is in preparation, but your reactions make me fear that some might not adhere to this approach. However, I would like to emphasize how important it is to me.

I have learned a lot in developing this article on parakinesia; the result has gone far beyond what would have been possible within a single team. Your knowledge of the literature and your different sensitivities have pointed out subtleties, brought new clarifications and raised new questions. We would like to be able to ask you again to contribute to the two major themes to come. The ambition will perhaps be less great, because it is infinitely more complicated to operationalize a phenotype than a clinical sign. It will probably be necessary to accept starting with an imperfect version and to optimize it with the feedbacks.

The second reason why I believe your participation is essential is less glorious, but terribly human: to use the power of conviction that a broad consensus can have. By agreeing to contribute and co-author this type of article you are sending two messages: (i) I agree with what is written, (ii) I find the concept important enough to have spent time writing this article. It's a kind of *argumentum ad populum* to get the attention of non-WKLs.

Conclusion

At the end of this long explanation, I can only reaffirm my attachment to the WKL vocabulary which I consider useless to change. On the other hand, I insist on the importance of finding a way to be more efficient when communicating with non-WKLs.

WKL has a lot to say, and I am sometimes struck by the lack of knowledge of some of our concepts that I find tremendously useful. Having seen the world from a CIM/DSM perspective for a long time before I had the chance to get into WKL, I can imagine some of the difficulties related to content and form:

- › Outside the WKL framework, we will only be able to talk about constructs that are in line with our concepts, but which should not be conflated with them. We will only be able to exchange with non-WKLs about the phenomenon, but not about its conceptualization.
- › As for the form, our use of the same terminology as the ICD, can generate improper representations in non-WKL trained minds.

I am aware that having a term for the WKL concept and a term for its shareable construct makes things more complicated. Nevertheless, I believe that it would be a real added value for us, as well as for our interlocutors.

But this is only a proposal to solve the problem of communication and exchange with non-WKLs. I would be happy to hear from you on this topic and to discuss possible alternatives during the web-symposium or by email. The more consensual our strategy is, the more coherent and impactful it will be.

Kind regards

Jack

Français – Terminologie du bac-à-sable

Chère toutes, chers tous,

L'intensité de vos retours montrent, s'il en est besoin, que WKL est vivant et soutenu. Pardon de vous avoir bousculé avec mes propositions, mais il m'a fallu un peu de temps pour comprendre ce qui vous gênait. En fait, comme vous aviez accepté de changer 'catatonie périodique' pour PPC et 'catatonie de système' pour CSC, je pensais que vous aviez compris quelle en était la raison. Il m'a fallu vos réactions, et celle de mes collègues pour réaliser que nous ne parlions pas de la même chose et que je n'avais rien expliqué.

Finalement tant mieux, cela m'a obligé à fournir un effort d'explicitation qui n'était pas inutile pour moi. Je me permets donc de développer. Pardon si je suis un peu long et parfois redondant, mais je voudrais être le plus clair possible.

Pour faire simple je vais essayer de vous faire comprendre pourquoi il me semble important que nous utilisions des terminologies différentes lorsque nous nous adressons à des psychiatres formés à / intéressé par WKL et des psychiatres qui ne connaissent pas et ne souhaite pas connaître notre cadre paradigmatique. Pour faire, simple, je reprendrai l'image que m'a soufflée Fabrice :

Tous les chinois ont un prénom « américain » qu'ils peuvent utiliser et changer comme ils veulent pour être compris des autres et un prénom chinois qui renvoient à leurs origines, leur identité de fond.

C'est une excellente analogie, merci Fabrice.

Aussi je me permets de préciser d'emblée qu'il ne m'était jamais venu à l'idée de changer notre terminologie. Nous avons un article de revue où les termes ont été légèrement rajournés et certains concepts de base clarifiés pour que des non-initiés puissent comprendre le sens des termes WKL. Il me semble inutile de revenir là-dessus. Ainsi dans une perspective WKL, il n'y aurait aucune raison de rajouter progressive à catatonie périodique puisque l'évolution vers une symptomatologie résiduelle est intrinsèque à notre définition du terme de 'catatonie'. Pour nous PPC est une tautologie. Il en serait de même pour les catatonies de système et bien sûr renommer la psychose motrice en catatonie périodique serait un oxymore dans le cadre WKL.

Pour commencer, j'insiste : il s'agit d'une **proposition** qui de plus est destinée à un usage bien particulier que j'avais totalement omis de préciser. Il est hors de question que 'je' ou que 'nous' prenions des décisions unilatérales, au contraire il est important que nous ayons un consensus à la fois sur la démarche et sur les labels.



Je suspends donc l'idée de 'RPC' et ne conserve que PPC et CSC pour l'article actuel et vous propose de consacrer notre prochain web-symposium non pas à 'RPC' en tant que tel, mais à la question de savoir **comment nous pourrions nous adresser à des non WKL de façon à nous faire comprendre, mais sans perdre notre identité.**

En effet après quelques articles destinés à un public WKL ou intéressé par WKL [1-5], notre article 'parakinésie' est le premier qui tentait de rendre accessible un concept WKL à des non-WKL. Par 'premier', il faut comprendre que nous espérons ne pas nous arrêter à celui-ci. Aussi cela suppose de nous mettre d'accord sur une sorte de 'stratégie de communication' et d'élément de langage. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille arrêter d'enrichir la littérature destinée au premier type de lecteur, mais cela est une autre histoire.

Donc, si vous en êtes d'accord, ce qui suit sera discuté lors de notre prochain web-meeting de la WKLIS que je vous propose de l'agender début 2023 afin qu'un maximum d'entre vous puisse participer (idéalement assez tôt le matin pour permettre à Gabor de nous rejoindre à une heure qui resterait raisonnable pour lui). Nous vous enverrons rapidement une invitation dans ce sens.

Ce qui suit vise à expliciter un peu mieux de quoi nous parlons :

Il ne s'agit pas de changer notre cadre paradigmatique, mais de proposer un langage qui nous permette d'échanger avec des collègues non-WKL et de pouvoir travailler avec eux, voire de leur transférer quelques fragments de notre psychopathologie.

Comprenez que par rapport aux articles précédents, le problème est qu'il n'est plus question de supposer que notre interlocuteur maîtrise suffisamment l'ensemble de la classification, et de sa nomenclature pour nous comprendre (ni même qu'il ait envie de faire cet effort). Cela est un véritable casse-tête : (i) les faux-amis sont innombrables – notre article sur la polysémie des termes de catatonie et psychomotricité n'a fait qu'effleurer le problème [6] ; (ii) la classification fonctionne comme un tout dont les éléments n'ont de sens que les uns par rapport aux autres – c'est un système. Aussi, il est difficile d'imaginer faire mieux que de parler d'un *équivalent de* 'catatonie périodique', 'catatonie de système' ou de 'psychose motrice' avec des non-WKL. Il ne peut s'agir du concept WKL lui-même. Aussi, en dehors d'utiliser une terminologie CIM plus intuitives pour des non-WKL, l'utilité de PPC et CSC est d'explicitier cette distance qu'il y a entre le concept mère, la catatonie périodique p.ex. et son opérationnalisation, la PPC.

La polysémie, le bilinguisme 'conceptuel' et le langage commun

Question

Petite question de départ destinée à ceux qui ont une charge d'enseignement (Bruno, Burkhard) :

Qu'enseigner-vous en premier à vos étudiants : la schizophrénie CIM ou la schizophrénie WKL ? La catatonie CIM ou la catatonie WKL ?

De notre côté, les définitions de base que nous donnons à nos étudiants restent celles de la CIM. Il n'est pas question de former des psychiatres qui resteraient en dehors du système parce qu'ils seraient incapables de comprendre ce que leur disent les autres. Il faut qu'ils sachent que lorsque Dusan et Sebastian parlent de catatonie, ce n'est pas de la catatonie WKL qu'ils parlent et inversement.

Ça ne dispense pas de cultiver les esprits. WKL est introduit pour donner du recul et mettre les concepts en perspective. Aussi nous faisons très attention à éclairer les étudiants sur les différences conceptuelle qui se cachent derrière les mêmes termes – des précédents articles et le chapitre introductif à la traduction française de la classification ont servi à cela ; ce projet doit d'ailleurs se poursuivre car nous découvrons chaque jour de nouvelles subtilités [6][7].

Si le DSM doit cesser d'être le carcan commun, la CIM doit rester le langage commun

Si nous voulons pouvoir échanger et nous faire comprendre des non-WKL, il nous faut accepter un langage commun. Ce dernier sera nécessairement insatisfaisant car il ne pourra s'agir que d'un 'saber', une sorte de mélange de plusieurs aspirations qui n'a aucune structure ni aucun cadre conceptuel. C'est le fameux 'athéorisme' que la CIM avait adopté, principalement pour éviter les querelles de chapelle et mettre tout le monde d'accord.

C'est avec le DSM-III que les choses ont dérapé. En voulant être hégémonique, il a en effet aculturé deux générations de psychiatres. L'école WKL est pour moi une des rares survivantes de ce brainwashing mondial et c'est ce qui rend son héritage d'autant plus précieux. Je mesure la ténacité dont il a fallu et dont il faut encore faire preuve en Allemagne. Je me souviens encore de quelques réactions des professeurs que je venais

les questionner sur ‘comment ça se fait que vous ne fassiez pas de recherche sur certains phénotypes WKL ?’ – J’étais un peu naïf à l’époque.

Mais mon attachement au cadre WKL ne se fait pas au détriment de la seule avancée significative qu’a réellement permis la CIM : se comprendre dans les échanges entre psychiatres de différentes écoles ou de différentes formations.

Quand et comment s’ajuster ?

Pardon de me répéter, mais il me semble impossible de parler à un psychiatre intéressé par l’approche WKL dans son ensemble de la même façon qu’à un psychiatre qui n’est intéressé que par un petit bout de l’édifice. Or si les articles comme la revue de la classification et l’article sur la polysémie des concepts mettaient nécessairement le lecteur en prise avec les particularités WKL [1][6], ce n’est plus le cas de l’article ‘parakinésies’. Ce dernier n’est pas écrit ‘que’ pour les psychiatres WKL – ils savent déjà à peu près ce que sont les parakinésies (j’oserai presque dire que nous savions déjà car je ne suis pas certain qu’il y en ait beaucoup d’autres – il était temps de sauvegarder cet héritage).

En visant un public plus large, non-familiarisé avec le cadre WKL, nous avons fait l’effort de rendre les parakinésies utilisables en dehors de notre cadre conceptuel. Nous sommes restés essentiellement descriptifs. Certains concepts WKL sont bien mentionnés, mais comme élément de contexte dont l’adoption n’est aucunement nécessaire à la reconnaissance des parakinésies en tant que phénomène.

Bref, en faisant cela, nous permettons à des psychiatres non formés WKL d’utiliser ce signe sans s’appuyer sur tout notre appareil conceptuel. C’est formidable, mais cela va de paire avec un problème dont je n’avais pas réalisé la portée : nous ne parlons plus de la même chose. Ou plus exactement, la représentation mentale que nous partageons avec les autres n’est pas celle que nous avons des ‘parakinésies’ en tant que concept WKL, mais celle des ‘parakinésies’ en tant que construit opérationnalisés. C’est ce que j’essaie d’expliquer dans la Figure ci-après. Le concept de parakinésies n’est pas la même chose que les phénomènes de parakinésie hyperkinétique (HPk) et de psychomotricité parakinétique (PPM). Il veut dire beaucoup plus pour nous que pour un psychiatre non WKL.



C’est un peu passé sous silence, mais vous avez peut-être remarqué que le terme de ‘parakinésie’ a été remplacé par ‘parakinésies hyperkinétiques’ lorsqu’il s’agissait de décrire un mouvement anormal. Ce n’était pas fait intentionnellement, mais cela a le mérite de souligner la distance entre le concept WKL et son opérationnalisation partageable avec des non-WKL. Nous ne parlons pas de la même chose : là où une approche CIM/DSM se contente d’observer un phénomène, l’approche WKL le lie à d’autres concepts, lui donne un sens et un début d’explication (cf. Figure).

En décrivant HPk et PPM comme des phénomènes élémentaires, détachés du reste de l’appareil conceptuel, ils ne peuvent avoir la même profondeur que les parakinésies WKL. Mais nous avons rendu ce signe utilisable par des non-WKL sans les obliger à adopter notre cadre conceptuel. Une collaboration contradictoire devient possible (*‘adversarial collaboration’*).

Est-ce que nous allons arrêter de parler de parakinésie entre nous pour autant ?

Ce n’est pas le but, et cette opérationnalisation du concept ne change pas le concept en lui-même.

Est-ce que les définitions que nous avons proposées pour HPk et PPM sont définitives ?

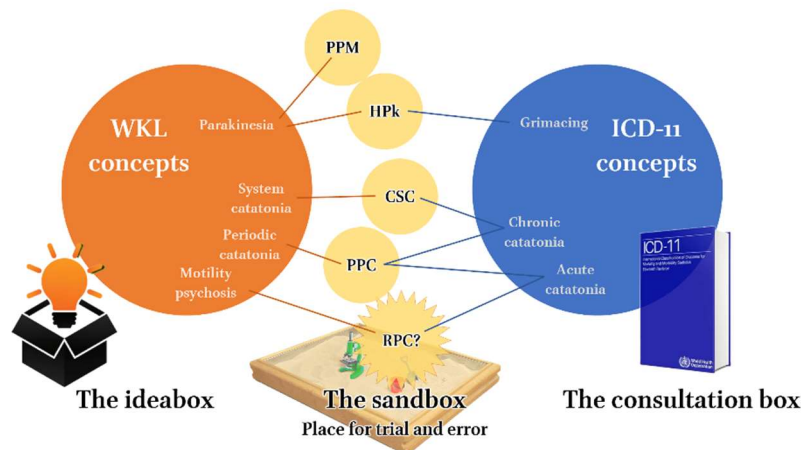
J'espère bien qu'il nous sera possible de les améliorer : peut-être allons-nous rendre compte qu'elles ne sont pas fidèles au concept de parakinésie que ce soit dans nos mains ou dans les mains des autres ; ou que les prédictions que nous avons faites ne sont pas vérifiées...

Et c'est là tout l'intérêt de faire cet effort : HPk et PPM ne font pas intégralement partie du cadre WKL. Il s'agit plus de conjectures pouvant être challengées, optimisées ou rejetées sans risque de mettre en danger le cadre conceptuel qui fonctionne comme un tout et ne doit pas être modifié à la légère. Je parlerai de construits 'bac-à-sable'.

Le 'bac-à-sable'

En informatique, le 'bac à sable' est un endroit où il est possible de tester un programme dans des conditions proches des conditions d'utilisation, mais de façon sécurisée. Le bac à sable n'est pas le lieu où le programme est développé, et n'est pas non plus le lieu où il est utilisé : un bug ne mettra pas tout le programme en l'air et n'aura pas de conséquence pour les utilisateurs. En revanche, le bac à sable permet de repérer le bug et de le corriger.

Remis dans le contexte qui nous intéresse, le bac-à-sable est l'endroit où nous pouvons confronter nos hypothèses avec d'autres ; mais c'est aussi l'endroit où nous pouvons vérifier qu'elles ont une pertinence clinique sans passer obligatoirement par la maîtrise du cadre WKL. Autrement dit le bac-à-sable est un endroit où il est possible de procéder par essais-erreurs pour affiner l'opérationnalisation d'un concept (un construit), ou vérifier son intérêt clinique. Ce qui se passe dans le bac-à-sable n'affectera pas WKL et n'aura pas de conséquence en clinique quotidienne (cf. Figure ci-après). Ainsi, un échec des prédictions faites sur HPk et PPM ne remet pas nécessairement en cause le concept WKL de parakinésie et ses prédictions ; il peut simplement s'expliquer par une mauvaise 'opérationnalisation'.



Question

Est-il souhaitable d'utiliser le même label pour le concept WKL et son opérationnalisation 'bac-à-sable', utilisable hors cadre conceptuel ?

Si en 'opérationnalisant' nos concepts on permet à d'autres de jouer avec sans avoir recours à l'ensemble des bagages conceptuels WKL, il me paraîtrait sage de faire la distinction entre le concept et son opérationnalisation.

C'est une tendance très 'positiviste' de confondre les deux niveaux ; et par voie de conséquence de leur donner le même nom. Tant qu'il y a consensus, cela n'est pas nécessairement un problème, mais ce n'est pas notre cas.

Mais pire encore, nous utilisons de nombreux labels dans un sens différent des non-WKL, les induisant systématiquement en erreur. Quelle que soit la supériorité 'informationnelle' de notre vocabulaire, elle ne sert à rien si ce dernier n'est pas compris, sinon, nous allons être confronté au problème de l'incommensurabilité.

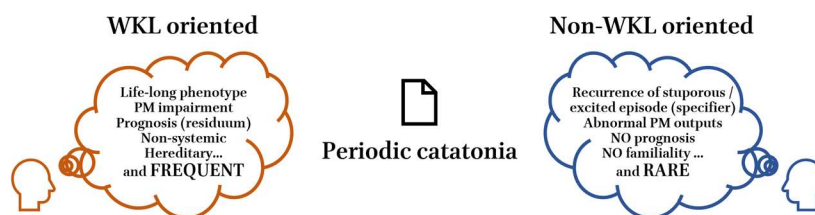
Incommensurabilité

Une histoire personnelle (Erlebnis)

Rien de telle qu'une petite histoire personnelle pour vous faire comprendre de quoi je parle et pourquoi j'y attache autant d'importance.

Comme vous le savez sans doute, je n'ai pas appris WKL en même temps que la psychiatrie DSM/CIM. J'ai commencé par être un neurologue chercheur en psychiatrie qui utilisait le DSM... Rapidement déconcerté par l'hétérogénéité de ce qui était regroupé sous le label de schizophrénie, j'étais à l'affût de tout ce qui pouvait me permettre de l'affiner. J'ai donc été intéressé de lire dans l'agenda pour le DSM-V publié en 2002 (ils n'étaient pas encore passé à une numérotation classique) la mention de la 'catatonie périodique' comme exemple potentiellement intéressant à suivre [10]... Gerald venait de publier sa répliation d'une liaison au Chr 15q [8][9].

Mais aussi passionnant que cela semblait sur le plan théorique, j'étais absolument certain de ne jamais pouvoir faire de la recherche sur cette entité. À l'époque, pour le DSMien que j'étais 'catatonie périodique' signifiait la récurrence d'épisode catatonique. Je n'en avais vue qu'une qui avait présenté ce type de tableau sur les 3-4 dernières années. Cela me semblait trop affaire de spécialiste et je n'ai donc pas cherché à en savoir plus. Gerald avait écrit sur un concept passionnant (à gauche sur la figure), mais parce qu'il l'a appelé en utilisant des termes qui n'étaient pas neutre pour moi ('catatonie périodique'), il a généré une représentation qui n'était pas la bonne. Pire, il a eu beau décrire de quoi il s'agissait, cela n'a pas suffi à corriger l'image mentale que le nom avait généré... la force des idées préconçues. Je pense qu'il aurait même pu prévenir que son utilisation du terme de catatonie ne devait pas être interprété au sens CIM/DSM que cela n'aurait pas changé les choses. Et de toute façon cela aurait nuit au passage de ses articles car les reviewers et l'éditeurs auraient sans doute demandé (voire exigé) de respecter la nomenclature internationale... et je ne pourrais leur donner tort.



Pour un psychiatre CIM/DSM, il est impossible de savoir que lorsque nous parlons de 'catatonie périodique' nous parlons de presque 10% des patients hospitalisés en soins aigus pour psychose endogène.

Et pour conclure ma petite histoire, la seule patiente que je voyais pouvoir rentrer dans ce cadre était... une psychose motrice bien entendu !

Bref, l'incommensurabilité dont nous parlions dans différents articles, je l'ai expérimentée, c'est une réalité.

Des conséquences de l'incommensurabilité

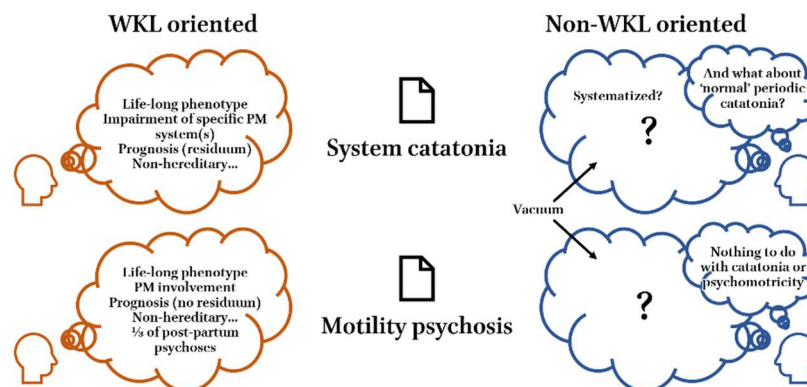
Vous ne vous êtes jamais interrogé pour savoir pourquoi il n'y a que 120 articles parlant de 'catatonie périodique' sur pubmed, et pourquoi l'immense majorité sont des cases reports ? Pour ma part je suis surtout frappé par le fait que les chercheurs ne se précipitent pas alors que 2 biomarqueurs ont été répliqués : génétique (15q) et imagerie (hyperactivité des cortex prémoteurs). La raison est sans doute la même qu'elle a été pour moi à l'époque : ils ne sont pas très intéressés à publier des cases reports parce qu'ils comprennent le terme 'façon DSM'.

Comme rappelé dans notre article paru en début d'année, les conséquences ont été encore plus importantes il y a 120 ans lors du débat Kahlbaum – Kraepelin sur la catatonie. Parce qu'ils utilisaient le même terme pour décrire des réalités différentes, ils ne se sont pas compris et ont produit des travaux qui aboutissaient à des conclusions presque contradictoires. Il est probable que tous les deux avaient raison d'une certaine façon, mais il est aussi possible que la représentation de l'un était plus adéquate que la représentation de l'autre... mais pour le savoir encore aurait-il fallu mettre en lumière ces différences conceptuelles avant même d'accepter de les confronter. S'ils l'avaient fait, j'aurais été intéressé de savoir quels noms ils leurs auraient donnés : la catatonie de Kahlbaum et la catatonie de Kraepelin ? Pas pratique tous ces noms en K pour les acronymes 😊.

Bref, il n'est pas possible de discuter de la 'validité' de la 'catatonie périodique' si cela recouvre une réalité différente pour votre interlocuteur.

À l'incompréhension

Certains me diront alors que ce n'est pas le problème d'autres labels comme psychose motrice et catatonie de système qui en effet ne correspondent à rien. Sauf à exiger la connaissance préalable du cadre WKL, je serai curieux de savoir quelles représentations les gens se feraient de la réalité que ces termes recouvrent. Mais, même si celles de la figure ci-après ne sont que des spéculations, une chose me semble à peu près certaine, c'est que la représentation que se forgeraient nos lecteurs n'aura rien à voir avec la nôtre.



Bref, pour reprendre l'analogie de Fabrice, je crains qu'en conservant nos termes, ce serait comme parler chinois à nos collègues. Au mieux ils n'évoquent aucune représentation mentale, au pire une représentation mentale inadéquate (incommensurabilité).

Si nous voulons pouvoir nous adresser à des collègues ignorants voire réticents au cadre WKL, il nous faudra passer par un langage commun, CIM-compatible, et veiller à utiliser une terminologie qui puisse évoquer la représentation mentale la plus proche de la nôtre... mais qui encore une fois ne pourra jamais lui correspondre sans le cadre WKL.

La terminologie bac-à-sable

Donc si nous voulons communiquer efficacement avec tous nos collègues, et pas seulement avec ceux qui seraient intéressés par WKL, il faut :

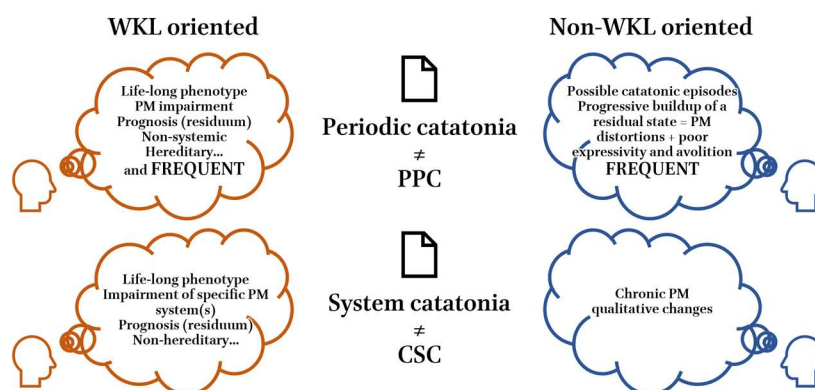
1. Accepter qu'ils ne partagent pas notre cadre conceptuel (par méconnaissance ou par opposition)
2. Trouver une terminologie 'entre deux' assez neutre pour ne pas évoquer de fausses représentations et assez proches néanmoins du concept d'origine pour que le lien avec lui soit intuitif.

On aurait pu imaginer de créer un vocabulaire totalement nouveau, mais j'ai le sentiment que tout le monde serait d'accord avec l'idée de simplement accoler un qualificatif au concept d'origine.

PPC, CSC sont des termes 'bac à sable' évocateurs

Comme nous n'avons pas encore opérationnalisé les concepts de catatonie périodique, de catatonie de système et de psychose motrice, je voulais trouver des labels qui puissent évoquer des représentations mentales proches du concept WKL.

- › Pour '*progressive periodic catatonia*' (PPC), j'ai le sentiment que le simple ajout du qualificatif suffit : (i) à alerter le lecteur qu'il s'agit d'une forme particulière et qu'il faudra être attentif à sa description, (ii) à préciser qu'il s'agit d'une forme avec formation d'un syndrome résiduel. Si cette dernière précision est inutile pour nous, elle l'est dans une perspective CIM. J'avais imaginé un temps parler de '*degenerative periodic catatonia*', puisque c'est l'hypothèse implicite qu'il y a derrière un tel cours évolutif. Mais cela aurait sans doute été trop chargé en théorie du point de vue de la CIM. 'Progressive' a l'avantage de rester descriptif.
- › '*Chronic system catatonia*' (CSC) est un bon compromis CIM-WKL, chacun y retrouve un qualificatif qui a du sens pour lui : 'chronique' pour la CIM, 'system' pour WKL. En plus 'chronique' reflète mieux le cours évolutif puisque la progression est limitée à la phase processuelle et s'arrête (\pm) par la suite. J'ai emprunté ce qualificatif à un article publié par Gabor, mais peut-être y a-t-il un précédent [11]. Est-ce que Kleist ou Leonhard l'avaient déjà utilisé ? Quoiqu'il en soit il permet de générer une représentation plus proche de la nôtre.



Pardon de me répéter, mais il me semble que c'est important : l'utilisation de PPC et CSC permet de séparer les concepts WKL de la représentation qu'il est possible de partager avec des psychiatres non-WKL.

D'une certaine façon PPC et CSC sont au même niveau que HPK et PPM : des descriptions. La seule différence est qu'il s'agit de phénotypes et non plus de phénomènes.

Il y a plein d'avantage à rendre cette distance explicite en introduisant ces qualificatifs :

- › D'autres peuvent jouer avec (c'est le but), mais nous aussi et nous pouvons partager nos expériences. Cela ne signifie pas que nous retrouverons fatalement les mêmes. Et en fait c'est peut-être là que ce

sera le plus intéressant. En effet, il y a peu de chance que nous appliquions les critères de HPk de façon rigide. La reconnaissance des HPk restera dans une large mesure implicite et/ou guidé par le concept WKL, ce qui ne sera pas le cas de nos collègues non-WKL. Autrement dit, si nous faisons l'hypothèse que notre concept de parakinésie reflète une réalité, de trop grandes différences nous montreraient que c'est notre opérationnalisation qu'il faudra optimiser...

- › En introduisant le bac à sable, il nous est possible de progresser par essai erreur avec des opérationnalisations inspirées de WKL, mais sans mettre en danger l'édifice lui-même. C'est l'avantage... Reste à savoir à partir de quand trop de preuves contraires doivent amener à corriger le concept WKL ; il ne s'agit pas non plus de l'immuniser contre la réfutation comme cela était le cas avec le DSM. Markus, cela ne s'accompagnerait pas fatalement d'un changement de terminologie. Les glissements conceptuels sont fréquents en science et ils ne sont pas gênant tant qu'ils sont explicites (les papiers de consensus peuvent servir à cela).
- › Si un construit du bac-à-sable fonctionne hors cadre WKL, et qu'il est intéressant dans la prise en charge des patients, il sera diffusé à l'ensemble de la profession. Je pense que comme moi, nombre d'entre vous sont déjà convaincu de l'utilité des parakinésies, de la catatonie périodique de la psychose motrice etc. Mais je ne vous apprend rien en vous disant que nous sommes un peu seuls à le croire. Et de toute façon, dès lors que le cadre WKL n'est pas le cadre officiel de toute la psychiatrie, ce n'est pas de la valeur utilitaire de nos concepts dont il s'agit, mais de celle de leur opérationnalisation.
- › Réalisez-vous la tâche qui nous attend ? Je ne vous propose plus de convaincre nos collègues que WKL est mieux que la CIM... pour cela le morceau à avaler serait beaucoup trop indigeste pour la très grande majorité de nos collègues. Je vous propose d'attaquer l'édifice par morceau, en commençant par opérationnaliser les signes et les concepts dont l'intérêt clinique est le plus évident : parakinésie, itérations – catatonie périodique, paraphrasies, paragramatismes – cataphasie, psychoses cycloïdes...

Mon espoir est que cela éveille l'intérêt de la communauté pour WKL. Si je ne crois pas qu'il soit possible d'en faire le cadre international, je pense que la valeur heuristique des concepts WKL attirera une communauté de chercheurs. C'est dans cette perspective qu'il nous faut maintenir 'l'orthodoxie', car WKL marche comme un système : le cadre WKL est plus que la somme de ses parties. Je ne crois pas qu'il soit possible de parvenir à une opérationnalisation parfaite pour chaque morceau. Mais si celle-ci est suffisante pour être opératoire et que des biomarqueurs peuvent aider à en affiner le diagnostic ce serait un incontestable succès.

RPC : retour à l'origine de cette discussion

Peut-être comprenez-vous maintenant pourquoi lorsque vous aviez accepté PPC et CSC je ne voyais pas pourquoi RPC posait un problème. En aucune façon il s'agissait de remplacer la psychose motrice lorsque nous écrivons pour des lecteurs intéressés par WKL.

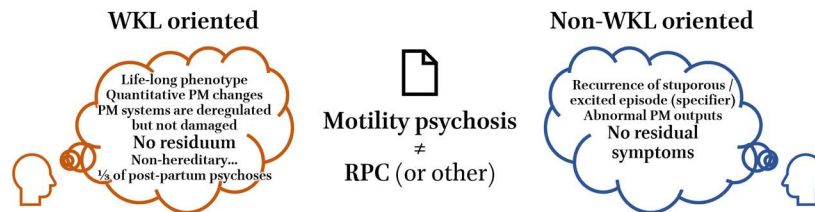
Je ne suis pas attaché au nom de '*remitting periodic catatonia*' comme façon de nommer une opérationnalisation du concept de psychose motrice. Je lui trouvais cependant plein d'avantage en termes de représentation mentale qu'il pourrait évoquer de façon implicite chez des psychiatres non-WKL :

- › Il permet de dire qu'en effet, il existe bien des patients qui présentent des récurrences d'épisodes catatoniques au sens de la CIM, mais que ce n'est pas de cela qu'on parle.
- › En s'opposant à PPC il permet de souligner la différence : l'absence d'accumulation de symptômes résiduels.
- › Il reposait sur un précédent historique puisque Claude et Baruk avaient justement appuyé sur cette différence entre des patients avec de simples récurrences d'épisodes 'catatoniques pures' et ceux

chez lesquels les éléments catatoniques n'étaient pas forcément les plus saillants, mais indiquaient une évolution vers ce qu'ils appelaient un 'syndrome hétérophrénocatatonique'. Ce terme n'a aucun sens du point de vue WKL, mais avait tout son sens dans leur propre compréhension du terme 'hétérophrénique' qui n'était là que pour signaler l'absence de motivation et d'expression émotionnelle. La séparation avec les hétérophrénies WKL ne se faisait que sur l'absence des éléments catatoniques.

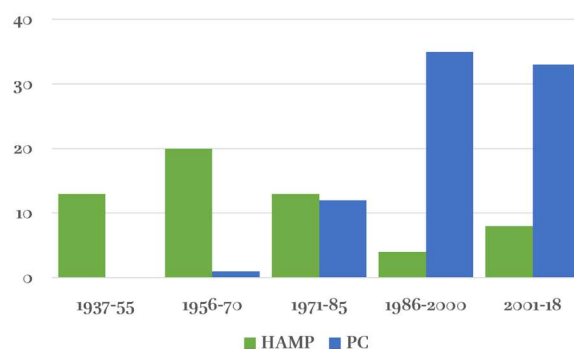
- › En introduisant '*remitting*' je pensais rendre évident qu'il ne pouvait s'agir d'une utilisation du terme de 'catatonie' au sens WKL.

Il y aurait sans doute plus à dire, mais cela vous permet de comprendre l'idée.



Il y a certainement d'autres façons de l'appeler qui puisse intuitivement évoquer l'image de la psychose motrice, mais c'est le seul label que j'ai trouvé :

- › Le qualificatif de 'moteur' n'a pas de sens et 'psychomoteur' n'aurait pas été beaucoup mieux étant donné que le sens CIM est là aussi trop différent du nôtre [6]. De plus la distinction entre anomalies quantitatives et qualitatives n'est pas faite ; les deux sont mélangées dans la présentation de la catatonie dans la CIM-11 (cf. [annexe](#)).
- › De plus, il me semblait difficile de négliger le fait que les psychoses motrices sont probablement celles qui sont le mieux reconnues comme des épisodes catatoniques et qui correspondent le mieux à ce que les non-WKL appelleraient une 'catatonie périodique'. Une petite revue des cas reports qualifiés de '*periodic catatonia*' dans PubMed jusqu'en juillet 2018 montre que s'il y a une inversion de la tendance avec le temps, la psychose motrice contribue pour une fraction non négligeable (cf. graph ci-après, HAMP – *hyperkinetic-akinetic motility psychosis* en vert ; PC – *periodic catatonia* version WKL en bleu).



Je comprends que RPC vous donne le sentiment d'une concession trop importante à la CIM. Cependant je vous rappelle qu'il ne s'agit pas de renommer 'notre' concept, mais de donner un nom à son opérationnalisation qui soit compréhensible par les non-WKL. Dans cette optique il m'a semblé plus important d'induire la bonne représentation mentale chez notre interlocuteur (le signifié) que de respecter notre usage trop idiosyncrasique du terme de 'catatonie' (le signifiant) : atteinte psychomotrice avec 'catatonie', évolution 'périodique' avec absence de symptômes résiduels avec 'rémittent'. Voilà pourquoi il ne

me s'emblait pas 'choquant' de vous faire cette proposition car si RPC ne respectait pas la forme WKL, il respectait le fond.

J'espère que ces explications ont pu vous rassurer sur mes intentions, et vous faire comprendre l'objectif que je souhaiterais atteindre. Maintenant, il y a certainement un entre-deux à trouver et toute proposition qui vous semble plus acceptable tout en donnant une représentation intuitive du concept de psychose motrice à un clinicien non-WKL sera la bienvenue.

Perspectives

Il nous faut vous donner quelques éléments de contexte pour que vous compreniez pourquoi nous sommes attachés à cette idée de proposer une version 'opérationnalisée' à certains de nos concepts WKL. À Strasbourg, Leonhard nous a en effet beaucoup inspiré, et plutôt heureusement. WKL est à l'origine de 2 projets d'études nationales qui ont tous deux été financés (> 2M d'euros) : SP-RENESA sur la catatonie périodique (2021) et DREAMS-PHEN sur les psychoses cycloïdes (2022 – cf. présentation de Fabrice au web-symposium WKLIS de 2021, [lien](#))

C'est dans cette perspective 'nationale', nous comptons opérationnaliser les concepts de catatonie périodique et de psychoses cycloïdes... et nous comptons un peu sur vous pour nous y aider.

Le problème du diagnostic

WKL a déjà bien diffusé en France, mais pas au point de permettre de faire des diagnostic WKL sur l'ensemble du territoire. À ce jour, seuls 4 centres, en comptant Strasbourg, sont susceptibles de le faire, et bien entendu, il n'est pas question d'obliger tous les autres investigateurs à se former – de plus pendant 4 à 5 ans avant de débiter.

Remarque : Je parle de 4-5 ans, car c'est le temps qu'il m'a fallu pour me déshabituer de mes reflexes DSM et commencer à faire des diagnostics WKL à peu près reproductibles lors d'un réexamen à distance. Il est possible que je sois très lent, mais j'ai souvent expérimenté à quel point les habitudes CIM/DSM sont de véritables obstacles épistémologiques et nous rendent parfois aveugles à des manifestations pourtant évidentes. J'ai le sentiment que WKL est d'autant plus difficile à acquérir que les esprits sont déjà trop formatés CIM/DSM. La vitesse et le naturel avec lesquels nos jeunes maîtrisent WKL lorsqu'ils l'apprennent en parallèle de la CIM renforce cette conviction.

Exemple du diagnostic de catatonie périodique (SP-RENESA)

Pour SP-RENESA, 8 centres ne pourront pas faire de diagnostic WKL. L'idée est de leur proposer une version opérationnalisée du diagnostic. Nous étions initialement parti sur la version que nous avons initialement élaborée sur la base des différentes propositions déjà publiées (par certains d'entre vous entre autre) [12]. Cependant toutes ces approches polythétiques (DSM-like), étaient trop complexes pour être utilisables et si elles parvenaient à faire des diagnostics positifs, il était difficile de faire de même pour les diagnostics négatifs. Nous espérons bientôt pouvoir vous soumettre une autre proposition qui a la simplicité de la CIM - le seul phénomène qu'il fallait préciser était les HPk. Bien entendu, il n'est pas possible de demander à nos collègues de donner du sens à la présence ou à l'absence de certains symptômes par une réflexion neuropsychiatrique. Celles-ci sont pondérées de façon purement probabiliste et le raisonnement devient purement Bayésien. Bien entendu ça ne marche pas à tous les coups, mais ça pourrait être suffisant dans une première approche...

Vous comprenez peut-être que dans ce cas je serai encore plus réticent à parler de catatonie périodique, même pour nous. Il s'agit au mieux de distinguer un groupe de patient 'enrichi' d'un groupe 'appauvri' en 'catatonies périodiques'. Je préférerai parler de PPC et nPPC pour bien marquer la différence avec le concept d'origine.

PPC est un construit 'bas-à-sable' qui aura certainement beaucoup de défauts. Il est probable qu'en privilégiant tel ou tel caractéristiques l'outil introduise un biais rendant certains résultats non extrapolables à l'ensemble de la population des catatonies périodiques (WKL). Qu'importe, ce sera l'occasion de l'adapter et de l'affiner l'adéquation de notre opérationnalisation (PPC) avec le concept d'origine (catatonie périodique).

Nous allons avoir besoin de vous

Tout cela est en préparation, mais vos réactions me font craindre que certains pourraient ne pas adhérer à cette démarche. J'aimerais cependant souligner combien elle me semble importante et à plus d'un titre, même si je n'en mentionnerai que deux : l'adéquation et l'*argumentum ad populum*.

J'ai beaucoup appris en élaborant cet article sur les parakinésies et la procédure Delphi qui va avec ; le résultat est allé très au-delà de ce qu'il aurait été possible de faire au sein d'une seule équipe. Votre connaissance de la littérature, vos sensibilités différentes ont à chaque fois pointé des subtilités, apporté de nouvelles précisions ou posé de nouvelles questions. Nous souhaiterions pouvoir encore vous solliciter sur les deux grands thèmes à venir. L'ambition de cette adéquation sera peut-être moins grande, car il est infiniment plus compliqué d'opérationnaliser un phénotype qu'un signe clinique. Il faudra sans doute accepter de partir d'une première version qui restera à optimiser avec le retour d'expérience et la poursuite de la réflexion.

La deuxième raison pour laquelle je crois votre participation essentielle est moins glorieuse, mais terriblement humaine. Utiliser le pouvoir de conviction que peut avoir un large consensus. En acceptant de contribuer et de co-signer ce type d'article vous envoyez deux messages : (i) je suis d'accord avec ce qui est écrit, (ii) je trouve le concept suffisamment important pour avoir consacré du temps à la rédaction de cet article. C'est une sorte d'*argumentum ad populum* qui permet d'attirer l'attention des non-WKL. C'est un peu ce qui a permis de rendre acceptable le construit de 'schizophrénie déficitaire' (*Deficit schizophrenia*) et de permettre d'en faire un sujet d'étude publiable [13].

Conclusion

Au terme de cette longue explication, je ne peux que réaffirmer mon attachement au vocabulaire WKL qu'il me semble inutile de changer. En revanche j'insiste sur l'importance qu'il aurait à trouver une façon de communiquer plus efficacement avec les non-WKL.

WKL a des choses à dire et je suis parfois déconcerté par la méconnaissance de certains de nos concepts que je trouve formidablement utiles. Ayant longtemps vu le monde sous l'angle CIM/DSM avant d'avoir eu la chance de connaître WKL, je me représente assez bien certaines difficultés liées au fond et à la forme :

- › Hors cadre WKL nous ne pourrions jamais parler que de construit en adéquation avec nos concepts. Nous ne pourrions échanger avec les non-WKL que sur le phénomène, mais pas sur sa conceptualisation.
- › Sur la forme, notre usage certes plus précis, mais aussi très idiosyncrasique du même vocabulaire que la CIM est un frein à la communication hors cadre WKL.

Je suis conscient que d'avoir un terme pour le concept WKL et un terme pour son construit partageable rend les choses plus compliquées et demande un peu de gymnastique cérébrale. J'espère néanmoins vous avoir convaincu qu'il y aurait une réelle plus-value pour nous, comme pour nos interlocuteurs de savoir de quoi on parle et comment un diagnostic a été fait.

Mais il ne s'agit que d'une proposition destinée à solutionner le problème de la communication et des échanges avec les non-WKL. Je serais heureux de pouvoir de vous entendre sur ce sujet et de discuter des

alternatives possibles lors du web-symposium ou par échange de mails. Plus notre stratégie sera consensuelle, plus elle gagnera en cohérence et en impact.

Bien amicalement à toutes et à tous

Jack

References

- [1] Foucher J, Gawlik M, Roth JN, de Billy C, Jeanjean LC, Obrecht A, et al. Wernicke-Kleist-Leonhard phenotypes of endogenous psychoses: a review of their validity. *Dialogues Clin Neurosci* 2020;22:37–49. doi:10.31887/DCNS.2020.22.1/jfoucher.
- [2] Foucher J, Gawlik M, Roth J, de Billy C, Jeanjean L, Obrecht A, et al. Metatheses of the Wernicke-Kleist-Leonhard research program - reply to Edward Shorter's comment. *INHN* 2020:1–3.
- [3] Pfuhlmann B, Berna F, de Billy C, Arcay H, Gawlik M, Roth J, et al. Catatonia disorder and WKL-periodic catatonia phenotype: struggling with (in)commensurability. *INHN* 2020:1–13.
- [4] Foucher J, de Billy C, Arcay H, Gawlik M, Roth J, Jeanjean L, et al. WKL symptom-complexes vs positive and negative symptoms. *INHN* 2021:1–4.
- [5] Foucher J, Berna F, de Billy C, Arcay H, Gawlik M, Roth J, et al. Differentiated psychopathology: a splitter methodological metatheory. *INHN* 2021:1–4.
- [6] Foucher J, Jeanjean LC, de Billy C, Pfuhlmann B, Clauss JME, Roth JN, et al. The polysemous concepts of psychomotricity and catatonia: a European multi-consensus perspective. *Eur Neuropsychopharmacol* 2022;56:60–73. doi:10.1016/j.euroneuro.2021.11.008.
- [7] Foucher JR, Elowe J, Berna F. Introduction à la classification des psychoses endogènes de Karl Leonhard. In: Foucher JR, Elowe J, Berna F, editors. *Classif. des psychoses endogènes*, Paris, France: Elsevier Masson; 2020, p. 1–77.
- [8] Stöber G, Saar K, Rüschenndorf F, Meyer J, Nürnberg G, Jatzke S, et al. Splitting schizophrenia: periodic catatonia-susceptibility locus on chromosome 15q15. *Am J Hum Genet* 2000;67:1201–7. doi:10.1016/S0002-9297(07)62950-4.
- [9] Stöber G, Seelow D, Rüschenndorf F, Ekici A, Beckmann H, Reis A. Periodic catatonia: confirmation of linkage to chromosome 15 and further evidence for genetic heterogeneity. *Hum Genet* 2002;111:323–30. doi:10.1007/s00439-002-0805-4.
- [10] Kupfer DJ, First MB, Regier DA. Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DA, editors. *A Res. agenda DSM-V*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2002, p. xviii–xix.
- [11] Ungvari GS, Chiu HF, Chow LY, Lau BS, Tang WK. Lorazepam for chronic catatonia: a randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over study. *Psychopharmacology (Berl)* 1999;142:393–8.
- [12] Foucher J, Zhang Y, Roser M, Lamy J, De Sousa P, Weibel S, et al. A double dissociation between two psychotic phenotypes: Periodic catatonia and cataphasia. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* 2018;86:363–9. doi:10.1016/j.pnpbp.2018.03.008.
- [13] Kirkpatrick B, Galderisi S. Deficit schizophrenia: an update. *World Psychiatry* 2008;7:143–7. doi:https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00181.x.

Annex - Catatonia (ICD-11)

Source: ICD-11 web site ([link](#)).

Description

Catatonia is a syndrome of primarily psychomotor disturbances, characterized by the co-occurrence of several symptoms of decreased, increased, or abnormal psychomotor activity. The assessment of catatonia is complex and requires observation, interview and physical exam. Catatonia can occur in the context of another mental disorder, such as Schizophrenia or Other Primary Psychotic Disorders, Mood Disorders, and Neurodevelopmental Disorders, especially Autism Spectrum Disorder. Catatonia can also develop during or soon after intoxication or withdrawal from certain psychoactive substances, including phencyclidine (PCP), cannabis, hallucinogens such as mescaline or LSD, cocaine and MDMA or related drugs, or during the use of certain psychoactive and non-psychoactive medications (e.g. antipsychotic medications, benzodiazepines, steroids, disulfiram, ciprofloxacin). Finally, Catatonia can occur as a direct pathophysiological consequence of a medical condition not classified under Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders. Examples of medical conditions that may be associated with Catatonia include diabetic ketoacidosis, hypercalcemia, hepatic encephalopathy, homocystinuria, neoplasms head trauma, cerebrovascular disease, and encephalitis.

Exclusions

- › Harmful effects of drugs, medicaments or biological substances, not elsewhere classified ([NE6o](#))

Coded Elsewhere

- › Secondary catatonia syndrome ([6E6g](#))

Diagnostic Requirements

Catatonia is a syndrome of primarily psychomotor disturbances, characterized by the co-occurrence of several symptoms of decreased, increased, or abnormal psychomotor activity. The assessment of Catatonia is complex and requires observation, interview and physical examination. Catatonia can occur in the context of another mental disorder, such as Schizophrenia or Other Primary Psychotic Disorders, Mood Disorders, and Neurodevelopmental Disorders, especially Autism Spectrum Disorder. Catatonia can also develop during or soon after intoxication or withdrawal from certain psychoactive substances, including phencyclidine (PCP), cannabis, hallucinogens such as mescaline or LSD, cocaine and MDMA or related drugs, or during the use of certain psychoactive and non-psychoactive medications (e.g., antipsychotic medications, benzodiazepines, steroids, disulfiram, ciprofloxacin). Finally, Catatonia can occur as a direct pathophysiological consequence of a medical condition not classified under Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders. Examples of medical conditions that may be associated with Catatonia include diabetic ketoacidosis, hypercalcemia, hepatic encephalopathy, homocystinuria, neoplasms, head trauma, cerebrovascular disease, and encephalitis.

Catatonia includes the following:

- › 6A4o Catatonia Associated with Another Mental Disorder
- › 6A4i Catatonia Induced by Substances or Medications
- › 6E6g Secondary Catatonia Syndrome

Below are the general diagnostic requirements for Catatonia, which apply to all three Catatonia categories, followed by the Essential Features, Additional Clinical Features (if applicable), and Course Features for each of the three separate types of Catatonia listed above. After that, additional CDDR sections (Developmental

Presentations, Culture-Related Features, and Boundaries with Other Disorders and Conditions) are provided for all types of Catatonia together.

General Diagnostic Requirements for Catatonia

Essential (Required) Features: The presence of three or more of the following symptoms of decreased, increased, or abnormal psychomotor activity. The three symptoms may come from one or any combination of the following three symptom clusters.

- › The symptoms typically last for at least several hours but can persist much longer. For some severe items (e.g., stupor, catalepsy, mutism, negativism) or if vital sign (autonomic) abnormality is present, a short duration (e.g., 15 minutes) may be sufficient to be considered as a qualifying symptom.
- › The symptoms result in significant impairment in daily functioning or are severe enough to cause serious medical complications (e.g., contractures, exhaustion, dehydration, aspiration) or risk of death resulting from autonomic abnormalities or complications (e.g., rigidity leading to renal failure from rhabdomyolysis).
- › The symptoms are not better accounted for by a primary Movement Disorder classified in the chapter on Diseases of the Nervous System.

Decreased Psychomotor Activity

- › Staring: fixed gaze, decreased blinking, often with widely opened eyes.
- › Ambitendency: appearance of being ‘motorically stuck’ in indecisive or hesitant movement.
- › Negativism: opposing or behaving contrary to requests or instructions, which may lead to withdrawal from interaction with others (turning away) or refusal to take food or drink when offered.
- › Stupor: immobility; no or markedly reduced psychomotor activity; minimally responsive to external stimuli.
- › Mutism: no or very little verbal response; speech may be hushed or whispered to the point of being unintelligible. (*Note:* Do not count if speech symptoms are due to a Disease of the Nervous System, Developmental Speech or Language Disorder, or other disease or disorder affecting speech.)

Increased psychomotor activity

- › Any of the following: extreme hyperactivity or agitation for no reason with nonpurposeful movements and/or uncontrollable, extreme emotional reactions; impulsivity (sudden engagement in inappropriate behaviour without provocation); combativeness (striking out against others usually in an undirected manner, with or without the potential for injury). (*Note:* Multiple manifestations of increased psychomotor activity should only be counted as one of the required three symptoms in order to meet the requirements for Catatonia.)

Abnormal psychomotor activity

- › Grimacing: odd or distorted facial expressions; often inappropriate and irrelevant to the situation.
- › Mannerisms: odd, purposeful movements that are not appropriate to the individual’s cultural context; exaggerated caricatures of mundane movements.
- › Posturing: spontaneous and active maintenance of a posture against gravity; sitting or standing for long periods without reacting.
- › Stereotypy: repetitive, non-goal-directed motor activity (e.g., finger-play, repeatedly touching, patting or rubbing self); the abnormality is not inherent in the action but relates to its frequency

- > **Rigidity:** resistance by way of increased muscle tone. May range in severity from mildly increased tone to severe 'lead pipe' rigidity.
- > **Echophenomena:** mimicking examiner's speech (echolalia) or movements (echopraxia).
- > **Verbigeration:** continuous and directionless repetition of words, phrases, or sentences.
- > **Waxy flexibility:** slight and even resistance to positioning by examiner.
- > **Catalepsy:** passive induction of a posture (typically examiner passively moves patient's extremity) which remains held against gravity.