

Lorsque les symptômes négatifs avancent masqués : arguments pour une exploration catégorielle des processus hébéphréniques émergents

Arnaud Ledoux

Psychiatre, CH Saint Jean de Dieu,
290 route de Vienne,
69008 Lyon, France

Résumé. Les symptômes négatifs schizophréniques ont été délaissés pendant quelques années, et ce pour plusieurs raisons, dont la difficulté à les objectiver mais aussi et surtout le constat désillusionné de l'inefficacité relative des antipsychotiques, après un regain d'espoir avec l'arrivée de nouvelles molécules. Les formes cliniques paucisymptomatiques avec émoussement affectif prédominant débutent généralement par un processus insidieux au sein duquel les changements au niveau de la sphère affective sont au cœur du tableau clinique. La conceptualisation actuelle des symptômes négatifs insiste sur la mise en évidence de deux dimensions regroupant des éléments cliniques corrélés : d'une part l'expression diminuée, l'émoussement affectif et la pauvreté du discours, d'autre part l'amotivation, l'avolition/apathie, l'asocialité, le déficit hédonique. L'approche dimensionnelle a ses avantages, mais nous choisirons ici de privilégier les exigences médicales et éthiques de l'approche catégorielle. Ainsi, en nous inspirant des travaux de l'école de Wernicke, Kleist et Leonhard, nous décrivons quatre formes émergentes d'hébéphrénie en les définissant par le masque avec lequel elles apparaissent. Les soins à la phase émergente doivent être particulièrement bien tolérés en plus d'être efficace compte tenu de l'ambiguïté diagnostique, d'autant plus redoutable s'il existe une consommation de substances psychoactives et/ou des fluctuations de l'humeur pouvant faire évoquer un trouble bipolaire. Une réflexion s'impose sur l'intérêt de l'annonce du diagnostic en fonction du stade de l'évolution du processus, du degré de certitude sur ce dont il s'agit et des implications pratiques en ce qui concerne la psychoéducation. Enfin, le patient doit être accompagné dans ses objectifs de vie, en développant une relation d'aide lui permettant d'éventuellement réadapter certains de ces objectifs. Les antipsychotiques ne s'avèrent pertinents qu'à l'aune d'un tableau clinique suffisamment évocateur et d'un affaïssissement substantiel du fonctionnement.

Mots clés : schizophrénie, symptôme négatif, hébéphrénie, prise en charge

Abstract. When negative symptoms advance in disguise: Arguments for a categorial exploration of emergent hebephrenic symptoms. Negative schizophrenic symptoms have been neglected for some years now, for several reasons, including the difficulty of objectively defining them, but also and above all the disillusionment of finding that antipsychotics are relatively ineffective, after a resurgence of hope with the arrival of the new generation of drugs. Paucisymptomatic clinical forms with a predominance of affective flattening generally begin with an insidious process in which changes at the level of the affective are central to the clinical picture. The current conceptualization of negative symptoms involves the examination of two dimensions containing correlated clinical elements: on one hand diminished expression, affective flattening, and poverty of speech, and on the other hand lack of motivation, avolition or apathy, asociality, and hedonic deficit. There are advantages to this dimensional approach, but here we choose to focus on the medical and ethical demands of the categorial approach. Inspired by the work of the school of Wernicke, Kleist, and Leonhard, we describe four emergent forms of hebephrenia, defining them in terms of the mask under which they appear. Care in the emergent phase must be very well tolerated as well as being effective, and must take account of the ambiguities of diagnosis, which are all the more daunting if the patient is consuming psychoactive substances and/or undergoing mood swings that may suggest bipolar disorder. This calls for a reflection on the value of making a diagnosis, depending on the stage of development of the process, the degree of certainty involved, and the practical implications for psychoeducation. Finally, the patient should be encouraged to discuss their life objectives so as to develop a care relationship that may allow them eventually to adjust some of these objectives. Antipsychotics are indicated only in the light of a sufficiently detailed clinical picture and a substantial decline in functioning.

Key words: schizophrenia, negative symptom, hebephrenia, treatment

Correspondance : A. Ledoux
<arnaudledoux@aol.com>

Resumen. Cuando los síntomas negativos avanzan enmascarados: argumentos para una exploración categórica de los procesos hebefrénicos emergentes. Los síntomas negativos esquizofrénicos han sido abandonados durante algunos años, y ello por varios motivos, entre ellos la dificultad para objetivarlos pero también y sobre todo la constatación desengañada de la relativa ineficacia de los antipsicóticos, tras una rebrote de esperanza con la llegada de las nuevas moléculas. Las formas clínicas paucisintomáticas con embotamiento afectivo predominante suelen empezar según un proceso insidioso dentro del cual los cambios a nivel de la esfera afectiva están en el corazón del cuadro clínico. La conceptualización actual de los síntomas negativos insiste en evidenciar dos dimensiones que reúnen elementos clínicos correlacionados: por una parte la expresión disminuida, el embotamiento afectivo y la pobreza del discurso, por otra parte la amotivación, la avoliación/apatía, la asocialidad, el déficit hedónico. El enfoque dimensional tiene sus ventajas, pero escogeremos aquí privilegiar las exigencias médicas y éticas del enfoque categorial. Así, al inspirarnos en los trabajos de la escuela de Wernicke, Kleist y Leonhard, describimos cuatro formas emergentes de hebefrenia definiéndolas por la máscara bajo la cual aparecen. Los cuidados en la fase emergente deben ser en sumo grado tolerados además de ser eficaces habida cuenta de la ambigüedad diagnóstica, cuanto más temible si existe un consumo de sustancias psicoactivas y/o fluctuaciones del humor que pueden evocar un trastorno bipolar. Se impone una reflexión sobre el interés del anuncio del diagnóstico en función del estadio de la evolución del proceso, del grado de certeza sobre aquello de que se trata y de las implicaciones prácticas en cuanto a la psicoeducación. Por fin, el paciente debe estar acompañado en sus objetivos de vida, al desarrollar una relación de ayuda que le permita si acaso readaptar algunos de estos objetivos. Los antipsicóticos solo resultan pertinentes medidos dentro de un cuadro clínico lo suficientemente evocador y de un derrumbe sustancial del funcionamiento.

Palabras claves: esquizofrenia, síntoma negativo, hebefrenia, atención

Introduction

Les cliniciens ont toujours su percevoir et décrire, tout en étant conscients de l'incertitude diagnostic, des formes frustes de schizophrénie avec émoussement affectif prédominant, apparaissant bien avant l'éclosion de la psychose proprement dite, c'est-à-dire avant l'émergence de symptômes psychotiques manifestes. Le processus est ici insidieux, il y a peu de symptômes et les changements au niveau de la sphère affective sont au cœur du tableau clinique, ce qui rend bien souvent le diagnostic difficile.

Les formes émergentes et/ou atténuées sont particulièrement difficiles à repérer, d'autant plus que les troubles apparaissent en moyenne à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune. Ce sont probablement ces aspects qui expliquent une longue « durée de psychose non traitée », et donc un retentissement fonctionnel potentiellement plus important à terme. Il a en effet été établi que ces formes étaient associées à des déficits cognitifs [1], à un faible niveau fonctionnel et à une évolution clinique défavorable [2, 3] et que les taux d'arrêt du traitement étaient élevés [4].

Enfin, la définition même des symptômes négatifs a fait couler beaucoup d'encre. Comment séparer les symptômes négatifs primaires des symptômes négatifs secondaires ? Faut-il privilégier une approche catégorielle ou dimensionnelle ? La meilleure façon de saisir la symptomatologie primaire ne serait-elle pas dans un repérage précoce dès la phase prodromique ? Cette

question nous a amenés à nous intéresser aux formes masquées et débutante d'hébéphrénie, en nous inspirant des descriptions de la classification de Leonhard [5-7].

Conceptualisation actuelle des symptômes négatifs

Les symptômes négatifs de la schizophrénie peuvent être classés comme primaires ou secondaires. Les symptômes négatifs primaires sont considérés comme intrinsèques à la schizophrénie ; ils sont présents dès la phase prodromique. Les symptômes négatifs secondaires sont consécutifs aux effets indésirables du traitement, aux symptômes positifs (retrait lié à un vécu persécutif par exemple), à des réactions dépressives, au manque de stimulation et/ou à un abus de substances. Certains auteurs prônent un modèle intégré de symptômes négatifs [8], à travers la notion de symptômes négatifs persistant qui fait appel à la psychométrie : par exemple, score à la PANSS supérieur à 3 et au moins 1 item correspondant à un symptôme négatif [4]. Cette dimension clinique incluant des symptômes négatifs primaire et secondaire a une prévalence de 15 à 40 % [9].

La conceptualisation actuelle des symptômes négatifs insiste sur la mise en évidence de deux dimensions regroupant des éléments cliniques corrélés :

– l'expression diminuée, l'émoussement affectif, la pauvreté du discours,

– l'amotivation, l'avolition/apathie, l'asocialité, le déficit hédonique.

Il faut prendre soin d'éliminer les symptômes plus proches de la désorganisation afin d'isoler au mieux la symptomatologie négative [10]. La seconde dimension (avolition/apathie) est encore plus liée à l'apparition d'un déficit fonctionnel que la première (expression diminuée) [11]. Le consensus établi par la NIMH [12] précise le même type de regroupement : l'absence de réponse émotionnelle est associée au discours appauvri, tandis que la perte de plaisir, la sociabilité diminuée et la perte de motivation se retrouve sous une même égide. Différentes échelles sont à disposition des cliniciens : la Brief Negative Symptom Scale [13, 14] ou la CAINS [15]. Enfin, dans le cadre des neurosciences cognitives, les déficits expressifs peuvent être considérés comme un déficit spécifique de la communication sociale, se chevauchant avec des processus affectifs. Les déficits expressifs et l'avolition pourraient avoir des fondements neurobiologiques différents nécessitant des approches thérapeutiques séparées [16].

L'approche catégorielle versus l'approche dimensionnelle

Historiquement, l'approche clinique était catégorielle et la catégorie psychopathologique qui nous intéresse ici est celle d'hébéphrénie. Le concept d'hébéphrénie n'est pas homogène et diffère selon les auteurs. Nous considérerons ici comme hébéphrénique les formes cliniques de schizophrénie dominées par deux caractéristiques essentielles correspondant aux deux types de symptôme négatif retenus par la littérature scientifique : l'émoussement affectif et l'avolition/apathie.

Au début, le tableau peut être encore obscurci par des symptômes non spécifiques du processus, cette phase était dite « processuel », on l'appelle plutôt dorénavant « prodromique », par souci de neutralité à l'égard de toute hypothèse théorique implicite. Les symptômes aspécifiques peuvent être une humeur dépressive superficielle, ou au contraire une humeur facétieuse, mais aussi des états d'excitation irritée ou d'inhibition psychomotrice. Le cœur du processus évolutif peut être observé par l'entourage et consiste surtout en un changement indéfinissable, un fonctionnement qui s'affaisse, une indolence, une moindre sensibilité, une nonchalance, une certaine inertie ou une passivité, une difficulté à initier et/ou à poursuivre des activités orientées vers un but. Tout cela est bien subjectif, ce dont témoigne également la faible fidélité interjuge dans l'établissement du diagnostic, d'autant plus que les symptômes positifs (délire, hallucinations) sont bien souvent transitoires et/ou atténués.

La phase processuelle ou prodromique dure classiquement de 2 à 5 ans. Le processus psychotique progresse généralement jusqu'à l'apparition des symp-

tômes psychotiques manifestes, sauf dans de rares cas de formes frustes ou atténuées.

Des mécanismes de défenses viennent souvent masquer ces expériences subjectives de distorsion du vécu, ils dépendent en partie de la structure de personnalité. On peut observer des rationalisations, des phénomènes de pensée magique, des mises en retrait du monde ambiant ou encore différentes formes de lutte pour continuer à rester soi-même.

Ce long recouvrement de plusieurs années entre affaissement de la personnalité et progression du processus pathologique est souvent à l'origine d'un diagnostic transitoire de trouble de la personnalité et d'une opportunité pour les théories de la personnalité en psychopathologie. C'est ainsi que l'approche dimensionnelle a suscité un intérêt tout particulier concernant les formes hébéphréniques de schizophrénie.

Cette approche éminemment respectable va souvent de pair avec une conception « positive » et « totale » (intégrative) de la psychiatrie, orientée vers le bien-être des individus : la dimension serait en germe chez le patient, avec un certain degré de vulnérabilité à effet seuil, et l'émergence pathologique s'actualiserait avec des degrés variables d'intensité et de temporalité en vertu d'un contexte.

Ceci dit, rien ne permet actuellement d'accorder à cette approche une validité théorique, voire même une utilité dans la pratique clinique [17]. La tentation de sortir d'un modèle « critériologique » et de pouvoir diffracter le tableau clinique en plusieurs dimensions, comme le fait l'approche dimensionnelle, comporte aussi le risque, comme le précise Demazeux [18], « d'abandonner cette exigence médicale et éthique, à laquelle s'étaient soumises toutes les classifications jusqu'à nos jours : chercher à pointer le problème que le patient a, et non se contenter de relever le problème que le patient est ». Sur le plan éthique, une classification est toujours l'objet de multiples décisions théoriques, ce que reflète bien l'approche catégorielle, alors que l'approche dimensionnelle comporte en elle-même une théorie. Sur le plan médical, l'approche catégorielle tranche avec l'arbitraire de la séparation entre normal et pathologique inhérente à l'approche dimensionnelle.

Nous choisirons donc de préserver le modèle médical tant décrié, en évitant les dérives qui ont peut-être contribué à ce que « le bébé soit jeté avec l'eau du bain », en privilégiant un retour vers une approche catégorielle riche de gradations progressives, de gammes d'états transitionnels et de tableaux cliniques dont les composantes sont d'une nature distincte selon chaque forme (c'est-à-dire que si un symptôme est présent dans deux phénotypes différents, il n'est néanmoins pas tout à fait identique). Il nous est apparu important, notamment dans le domaine qui nous intéresse ici, de ne pas situer sur le même plan des troubles psychiques qui intuitivement semblent bien éloignés les uns des autres et de repérer les indices d'un processus sans postulat

ontologique ou théorie implicite mettant l'accent sur une vulnérabilité ou sur la contextualisation de l'émergence du trouble.

Les quatre formes masquées d'hébéphrénie émergente

L'éroussement affectif, principal symptôme de ces formes cliniques à la phase précoce, est certes difficilement objectivable, mais on peut néanmoins tenter de le mettre en évidence en allant à la rencontre du patient et en évoquant son histoire et ses projets, particulièrement les événements pénibles auxquels il a été exposé et les souhaits qui pourraient normalement l'enthousiasmer. Si le patient a des troubles des conduites (notamment des conduites antisociales), il est alors important de susciter une interrogation visant la possibilité d'une subjectivation en-deçà de la connaissance des principes moraux en vigueur dans le contexte socioculturel du patient.

En s'inspirant de la classification de Leonhard [5-7], nous choisissons de séparer les formes émergentes d'hébéphrénie en quatre catégories : les hébéphrénies pseudo-juvéniles, les hébéphrénies pseudo-obsessionnelles, les hébéphrénies pseudo-psychopathiques et les hébéphrénies pseudo-autistiques. Dans chaque catégorie, l'éroussement affectif est le symptôme prédominant, l'avolition/apathie arrive plus tardivement. Dans la première forme clinique, les facéties puériles et les sourires immotivés sont au premier plan. Dans la deuxième forme clinique, il y a des symptômes compulsifs qui paraissent excentriques et qui sont dénués de lutte anxieuse. Dans la troisième forme, l'attitude désaffectivée est entrecoupée de périodes d'hallucinations, d'irritation, d'agitation, d'agressivité. Enfin, dans la quatrième forme, ce sont l'irritabilité, le retrait et l'isolement qui frappent l'impression clinique.

Les formes pseudo-obsessionnelle et pseudo-autistique sont les plus difficiles à repérer tant elles restent longtemps sous une forme fruste et compatible avec une relative adaptation socioprofessionnelle. Les formes pseudo-juvénile et pseudo-psychopathique sont mieux connues des praticiens hospitaliers compte-tenu de leur retentissement fonctionnel. En effet, au-delà de la phase d'émergence du trouble, comme nous l'avons vu ci-dessus, l'avolition comporte un fort retentissement fonctionnel et elle peut être telle qu'elle empêche le patient de terminer certaines activités de la vie quotidienne.

L'attitude clinique qui vise à cerner ce qui est spécifique dans cette atmosphère d'aspécificité, à dépouiller les strates de l'expérience subjective et à aller au cœur de ce qui apparaît dans la relation avec le patient, permet d'aller au-delà des recouvrements inhérents aux reliefs de la personnalité et aux symptômes annexes, afin de saisir le noyau phénotypique essentiel [19].

L'hébéphrénie pseudo-juvénile

Elle débute par des troubles des conduites qui peuvent s'apparenter à des facéties d'adolescent et pour lesquels toute tentative d'éducation s'avère vaine. Le patient peut se tenir correctement transitoirement devant une figure d'autorité, mais son comportement ne change pas. On retrouve aussi des rires, des ricanelements ou des sourires immotivés, avec une humeur d'allure maniaque qui peut égarer sur le plan diagnostique, et cela d'autant que des états dépressifs ou une irritabilité avec agressivité peuvent apparaître. Mais l'éroussement affectif dénote avec cette apparence de bipolarité affective : les émotions supérieures sont abasées et ne persistent que les émotions instinctives. Cela va de pair avec un ternissement du sens moral ordinaire, celui qui s'inscrit dans la vie sociale et qui participe de l'ancrage dans le « symbolique ».

Vignette clinique

Marine est une patiente de 32 ans, a eu un parcours erratique depuis le début de l'âge adulte, allant de foyer en foyer, dormant dans la rue dans des cartons. Elle alléguait fréquemment des agressions qu'elle aurait subies, telles que des produits qu'on lui aurait injectés ou des rapports sexuels forcés. L'absence totale de tonalité émotionnelle dans son discours était mentionnée à chacune de ses hospitalisations. Elle commettait également régulièrement des vols d'objets qui ne lui servent à rien mais qui sont essentiels pour certains patients tels qu'un dentier ou des lunettes, des actes de « pyromanie » ou des bris d'objets ne lui appartenant pas. Elle est incarcérée à deux reprises. Il est souvent mentionné qu'elle semble apprécier, du fait de ses sourires facétieux, le moment de panique occasionné par ses passages à l'acte ainsi que les commentaires des différents soignants. À certains moments, elle peut aussi avoir des conduites suicidaires, avalant différentes choses comme des lames de rasoir, ou réalisant des scarifications. Lors de l'examen clinique que nous réalisons dans le cadre de la mise en place de soins de réhabilitation, la patiente présente un éroussement affectif important, comme cela a été mentionné plusieurs fois dans le dossier. Elle évoque aussi des voix surgissant par période, qu'elle est capable de reconnaître comme une hallucination et qui lui dit « t'es rien, fait toi du mal ». Toutes les approches psychoéducatives ont échoué. Avec la progression du trouble et au fil des années, la perte d'initiative a pris de plus en plus d'ampleur. La « malveillance » à l'égard d'autrui semble être prédominante lorsqu'elle est de mauvaise humeur ; par exemple, après un coup de téléphone avec sa mère ou dans le cadre d'un vécu de frustration.

L'hébéphrénie pseudo-obsessionnelle

Elle débute par des symptômes obsessionnels-compulsifs qui ne contiennent pas la fameuse lutte anxieuse et qui apparaissent uniformes, monotones, sans affect. Une tendance projective est souvent

présente dans cette forme : lamentations, récriminations, auto-attribution de qualités. Mais ces projections compulsives ne s'expriment pas sur un ton quérulent, elles se poursuivent inlassablement même si elles ne produisent aucun résultat. La tonalité thymique est plutôt dépressive, mais l'absence de profondeur affective se perçoit au travers de l'uniformité des plaintes et de la rugosité du contact.

Vignette clinique

Cynthia a 23 ans, elle travaille dans une blanchisserie. Elle présente une déficience intellectuelle légère, qui a entravé sa scolarité, mais elle a pu obtenir un CAP cuisine. De son enfance, elle se souvient avoir été rejetée et moquée par ses camarades. À la fin de l'adolescence, elle était parfois excitée, avec des rires immotivés, parfois morose, avec de fortes angoisses et des plaintes somatiques répétitives. Lorsqu'elle a eu 18 ans, sont apparus un repli sur soi, des angoisses en situation sociale, des symptômes d'allure compulsive, comme le fait d'écrire la même phrase itérativement, puis le comportement a été extrêmement ritualisé, uniforme, avec des monologues logorrhéiques, un ton monotone et dépourvu d'affects profonds. À l'hôpital de jour, elle maugrée la plupart du temps. La seule activité à laquelle elle adhère un minimum est l'équithérapie, mais elle répète néanmoins que cela ne lui sert à rien. Les plaintes prennent parfois une tonalité quérulente (réduite sous traitement neuroleptique), mais elles restent dépourvues d'affect. Les mêmes propos se répètent si on n'enclenche pas la conversation sur un autre sujet, exprimant qu'elle est belle et qu'elle n'aime pas les moches, qu'elle travaille bien et qu'on ne lui fait rien faire d'intéressant, qu'elle ne veut plus travailler ou venir à l'hôpital de jour, poursuivant cependant ces activités ou programme de soins tels qu'ils sont proposés. Elle laisse compulsivement des messages sous la porte qui exprime soit la demande d'être hospitalisée et de mourir, soit le fait qu'il y ait plein de personnes avec le nom d'une de ses maîtresses d'école sur internet. Elle s'est un peu améliorée depuis 3 ou 4 ans, mais les affects sont nettement émoussés et le contact avec les autres reste rugueux.

L'hébéphrénie pseudo-psychopathique

Elle débute par un manque de participation affective à l'évocation de tout ce qui normalement ébranle émotionnellement. L'expression est désaffectivée, ce qui donne une impression de superficialité et de détachement, jusqu'à l'indifférence. Le patient peut manifester un contentement insouciant et réaliser des actes antisociaux. Cet état de base, dans lequel le manque d'affect semble être le seul symptôme évident, est interrompu de temps à autre par des périodes d'irritabilité, éventuellement accompagnées d'hallucinations ou d'idées de référence (avec accusation de malignité, de duplicité), voire d'excitation et d'agressivité. Le patient peut

dire qu'il est périodiquement anxieux ou irritable ou bien évoque-t-il seulement ses hallucinations. Si l'irritabilité et les sautes d'humeur sont au premier plan, on ne perçoit le manque d'affect qu'en connaissant mieux le patient et en le rencontrant dans différentes circonstances.

Vignette clinique

Sadia est une patiente de 23 ans dont le parcours de vie était déjà très chaotique quand les soins ont débuté. Elle a notamment été incarcérée après avoir frappé un éducateur et mordu un policier lors d'un contrôle d'identité. Les observations mentionnaient un discours peu affectivé ainsi que des éléments de persécutions. Lors de ses hospitalisations, elle a plusieurs fois mis le feu, elle se montre périodiquement interprétative avec des accès de colère fulgurants au cours desquels elle est insultante ou violente. Les troubles du comportement de cette patiente ont posé de nombreuses questions diagnostiques. Lorsque nous l'examinons, la patiente est calme, elle dit souffrir de troubles du comportement et de la personnalité. Elle présente un rire embarrassé à de nombreuses reprises. L'émoussement affectif apparaît tout au long de l'entretien quel que soit le contenu de ce qui est évoqué, y compris lorsqu'elle devrait normalement être complètement ébranlée parce qu'elle évoque : la maltraitance de son père et sa belle-mère, ses actes de violence sur les autres et sur elle-même, la prison. Elle exprime de manière plaquée vouloir un appartement, avoir le projet de travailler en faisant valoir son CAP vente, en précisant ne pas vouloir être à la charge de la société, sans plus de précision malgré les questions qui lui sont posées. Lorsqu'elle tente d'expliquer ses comportements, elle peut par exemple trouver légitime d'avoir agi comme elle a agi du fait que son psychiatre n'est pas venu la chercher à l'autre bout de la France. Sa réactivité à l'environnement est préservée mais cela n'empêche pas cette absence de résonance émotionnelle qui caractérise l'impression clinique laissée par cette patiente. Elle présente habituellement un état de contentement insouciant en dehors des périodes d'irritabilité s'accompagnant d'accusations diverses et variées de son entourage proche, d'excitation et d'agressivité.

L'hébéphrénie pseudo-autistique

Elle débute par un style en retrait, une attitude désintéressée et apathique et une impénétrabilité (expression un peu raide et insondable). La tonalité thymique est généralement maussade comme dans l'hébéphrénie pseudo-obsessionnelle, et contrastant avec le contentement insouciant des formes pseudo-juvénile et pseudo-psychopathique. En cas d'irritation sthénique, qui ne se reflète pas dans l'expression du visage, l'agressivité s'exprime contre celui qui est immédiatement disponible, sous forme de réactions inattendues, à l'origine desquels on peut soupçonner

des idées de référence d'allure paranoïde, mais sans hostilité prolongée à l'encontre d'une personne en particulier. Cette forme tendrait à survenir plus tard, après 30 ans dans la moitié des cas.

Vignette clinique

Alexandre a 39 ans, il est l'aîné d'une fratrie de quatre enfants et n'a pas posé de difficulté majeure durant l'enfance et l'adolescence. Il a pu réaliser un Deug d'histoire et un Deug de philo, échouant chaque fois en début de licence. Il n'a pas pu s'inscrire durablement dans une vie professionnelle et n'a effectué que quelques brèves missions pour des instituts de sondage. Les premières manifestations sont apparues 5 ans auparavant : étrangeté, idées de références, aspect désaffectivé et repli social. L'accent avait été mis sur une problématique familiale et il a bénéficié d'un appartement associatif, mais il a réalisé des retours de plus en plus fréquents au domicile de ses parents, jusqu'à se mettre en rupture de soin et à interrompre l'accompagnement dont il bénéficiait. Lorsque nous l'examinons, le patient ne répond que laconiquement, il interprète ses troubles comme ne relevant que d'une simple mauvaise communication avec ses parents et avec le CMP. Il semble capable de réaliser de petites tâches de la vie quotidienne mais ne se préoccupe que très peu de son entourage. Il ne se joint pas aux autres mais il reste sollicitable si on s'adresse à lui pour une partie de ping-pong ou des jeux. Son expression faciale est fermée, impénétrable, désintéressée. Sa froideur peut presque donner une impression d'hostilité mais il répond assez facilement aux questions. Il évoque son échec à la licence sans aucune expression émotionnelle. Lorsqu'il est interrogé sur ses souhaits, il reste dans la même attitude apathique et finit par dire, après quelques stimulations, qu'il souhaite reprendre un rythme de 2 jours chez ses parents et de 5 jours dans un logement autonome, rythme qui, selon lui, lui convient parfaitement. Il souhaite retravailler, mais n'exprime pas d'intérêt. Il n'a d'opinion sur aucun sujet surgissant en lien avec la conversation.

Aspects thérapeutiques

L'intervention précoce, telle qu'elle a été modélisée par les canadiens [20], se situe dans la période prodromique. Compte tenu du doute diagnostique particulièrement prégnant dans le domaine de l'hébéphrénie, elle se doit d'être particulièrement bien tolérée en plus d'être efficace. L'ambiguïté diagnostique est d'autant plus redoutable qu'il existe une consommation de substances psychoactives et/ou des fluctuations de l'humeur pouvant faire évoquer un trouble affectif.

Certains principes généraux sont de bon sens : alliance thérapeutique avant tout, implication des proches, projet de vie guidant le projet de soin, continuité des soins, prise en charge le plus possible dans le

milieu, interdisciplinarité dans l'équipe de soin, psychoéducation centrée sur les implications de la vulnérabilité, priorité donnée au traitement des comorbidités (abus de substances, symptômes anxiodépressifs, suicidalité).

Les critères d'intervention précoce ont été élaborés à partir d'études pour identifier les personnes à haut risque de développer un trouble psychotique. Il faut être dans la période d'âge à risque (14 à 30 ans) et présenter au moins un des trois critères suivants :

- des symptômes psychotiques positifs atténués dans la dernière année (en termes d'intensité ou de fréquence),
- des symptômes d'intensité au-delà du seuil de la psychose franche mais de courte durée (moins de sept jours et qui se résolvent spontanément),
- avoir un parent de premier degré atteint de psychose ou ayant une personnalité schizotypique.

En plus, on doit obligatoirement noter une détérioration fonctionnelle ou un fonctionnement appauvri au long cours. Les difficultés éprouvées par les jeunes avec un état mental à risque peuvent être liées à des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des symptômes négatifs, des troubles cognitifs, des plaintes somatiques et des symptômes neurovégétatifs, des changements de comportement ou des symptômes psychotiques atténués ou subcliniques. L'objectif est de surveiller l'évolution de la symptomatologie afin de déterminer si un individu a évolué vers un état à très haut risque ou s'il a dépassé le seuil diagnostique pour la psychose. Ceci dit, les taux de transition vers la psychose des personnes qui satisfont à ces critères sont extrêmement variables, ce qui relative en tout cas cette notion de « très haut risque ».

Les buts d'une intervention à ce stade sont de prévenir ou retarder le début de la psychose, soulager la souffrance et améliorer ou rétablir le fonctionnement. En pratique, il s'agit surtout d'atténuer les répercussions des facteurs de stress et de renforcer les facteurs de protection chez une personne vulnérable à la psychose afin de limiter le développement d'une psychose franche ainsi que son incidence sur la vie et le fonctionnement d'un individu.

L'annonce du diagnostic est ici particulièrement délicate, il est légitime d'être prudent compte tenu de la lourdeur d'un diagnostic comme celui de schizophrénie. Une réflexion s'impose sur l'intérêt d'une telle annonce en fonction du stade de l'évolution du processus insidieux et du degré de certitude sur ce dont il s'agit. Une annonce brutale peut même être contre-productive et détériorer l'alliance thérapeutique. Lorsque la surveillance clinique a permis une évaluation suffisamment étoffée et que la symptomatologie essentielle apparaît clairement en deçà des éléments aspécifiques, on peut alors commencer à établir le diagnostic et l'expliquer par étapes en visant toujours à renforcer l'alliance thérapeutique. Les patients et leur famille sont en droit de savoir sur quelles bases nous nous fondons pour évoquer le

diagnostic, la manière dont nous pouvons envisager l'évolution des symptômes présentés par le patient, le devenir fonctionnel que nous pouvons redouter, l'enjeu d'une intervention précoce telle que nous l'avons précisée ci-dessus et enfin le rapport bénéfices/risques de l'introduction et de la poursuite d'un traitement. Par ailleurs, pour que la question du diagnostic n'apparaisse pas comme la mise en évidence d'un savoir mais comme directement relié à des implications pratiques, il est nécessaire d'informer sur la manière dont le patient et son entourage peuvent réduire les risques d'évolution péjorative. Enfin, le patient doit être accompagné dans ses objectifs de vie, en développant une relation d'aide lui permettant de réadapter éventuellement certains de ces objectifs.

L'esprit de la réhabilitation est déjà au cœur des soins : la visée est le rétablissement avec tout ce que cette notion comporte en termes d'enjeux subjectifs, et on accorde une importance toute particulière à la dimension capacitaire, et plus précisément à l'appropriation par le patient de ses ressources psychiques. Les interventions psychoéducatives sont progressives, relativisées au stade évolutif et inscrites dans une relation interactive et dynamique. Un début de psychoéducation utilisant le modèle vulnérabilité-stress (par exemple) de façon personnalisée pourra permettre au patient d'élaborer des formulations de ses expériences psychotiques et d'acquiescer une meilleure conscience de ses troubles. Le volet familial de cette psychoéducation comporte un enjeu important et nécessite une prise en compte de l'étayage par les proches et de la dynamique interactionnelle.

Lorsque le diagnostic est établi et que le processus de psychoéducation est suffisamment avancé, la remédiation cognitive peut être envisagée, sachant néanmoins qu'on ne sait pas encore à quel moment de l'évolution clinique il devient incontournable de proposer cette thérapie, dont on sait qu'elle participe à prévenir la détérioration cognitive. Selon N. Franck, « son utilisation chez les patients souffrant d'un premier épisode psychotique est fortement recommandée. Elle doit être précédée d'une évaluation neuropsychologique qui permet de caractériser précisément les troubles cognitifs. Il faut par ailleurs l'intégrer dans un projet de soin sur mesure, dans lequel son action vient s'articuler avec celle des autres outils thérapeutiques employés » [21]. La remédiation est présentée au patient en étant arriérée à des aspirations qu'il a formulées, notamment dans le domaine des formations professionnelles et/ou de la reprise d'un emploi. Elle peut être associée à d'autres soins orientés vers le rétablissement, tels que le développement de la capacité à gérer certaines situations pratiques impliquant des interactions avec autrui (groupe affirmation de soi par exemple), ou encore la thérapie basée sur la reconnaissance des émotions. Enfin, elle peut se combiner à une psychoéducation spécifique dans le cadre d'une prise en charge intégrée

en présence d'abus de substances psychoactives, avec l'objectif de l'abstinence totale et définitive en ligne de mire [22].

Les antipsychotiques ne s'avèrent pertinents que si une intensification très rapide des symptômes et une détérioration du fonctionnement sont observées. L'effet est modéré sur les symptômes négatifs, d'autant plus qu'il se peut que l'action positive ne soit liée qu'à l'action sur la partie secondaire d'une symptomatologie négative dont il n'est jamais aisé de différencier le caractère primaire et secondaire. Le traitement doit être individualisé en le basant sur son efficacité et ses effets secondaires, sachant que les antipsychotiques de deuxième génération se distinguent par de nombreuses propriétés et ne constituent pas une classe homogène [23]. Bien que certains effets soient statistiquement significatifs sur les symptômes négatifs, aucun n'a atteint le seuil d'amélioration cliniquement significatif [24]. On pourrait néanmoins faire l'hypothèse que l'effet soit d'autant plus important qu'on s'éloigne d'un pur antidopaminergique, ne serait-ce que par le biais de la diminution des effets secondaires apparentés aux symptômes négatifs, à condition d'éviter des produits adjuvants. Concernant l'adjonction d'un antidépresseur en vue d'augmenter le gain thérapeutique sur la symptomatologie négative, deux molécules ressortent des études : la mirtazapine et la duloxétine [25].

Conclusion

Il y a un enjeu à repérer les symptômes négatifs car leur persistance dans le temps comporte un important impact fonctionnel. Pourtant, ce sont les symptômes les plus difficiles à identifier du fait de la faible fidélité interjuge et des manifestations aspécifiques accompagnant le décrochage du fonctionnement habituel. Nous avons voulu montrer que l'approche catégorielle, qui sépare la description fouillée du processus en cours de progression insidieuse de celle d'une personnalité dont les reliefs s'affaissent, permet une intervention précoce plus sûre et plus adaptée que l'approche dimensionnelle qui diffracte les données cliniques en différents modes d'expression d'une vulnérabilité.

L'intégration des dimensions symptomatiques dans les classifications actuelles a donné au praticien la possibilité de vectoriser une prise de décision thérapeutique plus précoce, mais seulement par rapport aux classifications internationales qui ont depuis longtemps exclu les symptômes pour lesquels il n'y avait pas une bonne fiabilité intercotateur. À notre sens, il existe une base plus solide pour analyser l'évolution du processus psychotique et situer le moment de notre intervention. C'est ce que nous avons voulu montrer en revisitant la classification de Leonhard offrant une psychopathologie peu accessible mais riche et reconnue. Même si d'autres masques cliniques sont envisageables, ceux que nous

proposons ici sont issus de notre expérience et des descriptions fines des phénotypes cliniques de la classification de Leonhard. De l'anamnèse clinique détaillée découle notamment une orientation dans la discrimination problématique entre déficit primaire et secondaire.

Enfin, soins et évaluations doivent avancer de pair, au sein d'un souci permanent de renforcer l'alliance et de favoriser la préservation des habiletés ou le réancrage dans le milieu de vie. La réhabilitation psychiatrique est d'ores et déjà là, dès l'émergence de ce long processus, ne serait-ce que dans l'accent mis sur les intérêts, le recueil des plaintes ou des limitations cognitives, l'inventaire des compétences en situations de vie quotidienne, le bilan fonctionnel général ou le recueil du savoir expérientiel du patient et de ses proches. Les objectifs de réinsertion socioprofessionnelle sont à relativiser au cas par cas et en tenant compte de la qualité de vie subjective. Enfin, d'autres développements pourraient être réalisés pour mieux traiter la question des conduites addictives dans ce contexte délétère pour cette problématique de perte de motivation et de lissage des émotions profondes, ainsi que celle des troubles du comportement, qui constituent bien souvent un frein pour la réhabilitation. Dans ces cas complexes, le profil pharmacologique unique de la clozapine (stabilisation de la transmission dopaminergique et modulation glutamatergique) pourrait avoir un intérêt majeur, y compris précocement.

Liens d'intérêt L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

- O'Leary DS, Flaum M, Kesler ML, Flashman LA, Arndt S, Andreasen NC. Cognitive correlates of the negative, disorganized, and psychotic symptom dimensions of schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12: 4-15.
- Ho B-C, Nopoulos P, Flaum M, Arndt S, Andreasen NC. Two-Year Outcome in First-Episode Schizophrenia: Predictive Value of Symptoms for Quality of Life. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1196-201.
- Bodnar M, Malla A, Joober R, Lepage M. Cognitive markers of short-term clinical outcome in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry* 2008; 193: 297-304.
- Galderisi S, Mucci A, Bitter I, Libiger J, Bucci P, Fleischhacker WW, Kahn RS, Eufest Study Group. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the European First Episode Schizophrenia Trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013; 23: 196-204. doi:10.1016/j.euroneuro.2012.04.019.
- Leonhard K. *Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology. Second, revised and enlarged edition.* Wien: Springer Verlag, 1999.
- Foucher Jack R. *35 psychoses, la classification des psychoses endogènes de Karl Leonhard. Synopsis et revue des travaux.* Paris: Books on demand GmbH, 2009. Coll. « Cercle d'excellence sur les psychoses ».
- Leonhard K. *Diagnostics différentiels des psychoses endogènes, des troubles de la personnalité et des névroses. Cercle d'excellence sur les psychoses.* Paris: Books on demand GmbH, 2014. Coll. « Cercle d'excellence sur les psychoses ».
- Kirschner M, Aleman A, Kaiser S. Secondary negative symptoms. *Schizophr Res* 2017; 186: 29-38. doi:10.1016/j.schres.2016.05.003.
- Foussias G, Remington G. Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's razor. *Schizophr Bull* 2010; 36(2): 359-69. doi:10.1093/schbul/sbn094.
- Foussias G, Agid O, Fervaha G, Remington G. Negative symptoms in schizophrenia: clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders. *European Neuropsychopharmacology* 2014; 24(5): 693-709. doi:10.1016/j.euroneuro.2013.10.017.
- Strauss GP, Horan W P, Kirkpatrick B, et al. Deconstructing Negative Symptoms of Schizophrenia: Avolition-Apathy and Diminished Expression Clusters Predict Clinical Presentation and Functional Outcome. *Journal of psychiatric research* 2013; 47: 783-90. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.01.015.
- Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT, Marder SR. The NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32: 214-9. doi:10.1093/schbul/sbj053.
- Kirkpatrick B, Strauss GP, Nguyen L, Fischer BA, Daniel DG, Cienfuegos A, Marder SR. The brief negative symptom scale: psychometric properties. *Schizophr Bull* 2011; 37: 300-5. doi:10.1093/schbul/sbq059.
- Strauss GP, Keller WR, Buchanan RW, et al. Next-generation negative symptom assessment for clinical trials: validation of the brief negative symptom scale. *Schizophrenia research* 2012; 142: 88-92. doi:10.1016/j.schres.2012.10.012.
- Kring AM, Gur RE, Blanchard JJ, Horan WP, Reise SP. The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS): Final Development and Validation. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 165-72. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010109>.
- Messinger JW, Trémeau F, Antonius D, et al. Avolition and expressive deficits capture negative symptom phenomenology: Implications for DSM-5 and schizophrenia research. *Clinical psychology review* 2011; 31: 161-8. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.002.
- First MB. Clinical utility: A prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *Journal of Abnormal Psychology* 2005; 114: 560-4.
- Demazeux S. Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées? Philonsorbonne [En ligne] 2018; <http://journals.openedition.org/philonsorbonne/166>; DOI: 10.4000/philonsorbonne.166.(consulté le 25 février 2018).
- Ledoux A, Cioltea D. La pratique psychiatrique hospitalière face à son évaluation. *L'information psychiatrique.* 2010; 86: 433-8. doi:10.3917/inpsy.8605.0433.
- Nicole L, Abdel-Baki A, Ouellet-Plamondon C. « Intervention précoce et psychose ». In: Lecomte T, Leclerc C. *Manuel de réadaptation psychiatrique 2 ed.* Québec: Presses de l'Université du Québec, 2012.
- Franck N. Quels programmes de remédiation cognitive pour le premier épisode psychotique? *L'Encéphale* 2010; Suppl. 3: 58-65.
- Estingoy P. L'abstinence cannabique: un enjeu pour la réhabilitation. *Annal Med-Psych* 2017; 5965: 121-217. doi:10.1016/j.amp.2017.11.006.
- Leucht S, Corves C, Arbter D, et al. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet* 2009; 373: 31-41. doi:10.1016/S0140-6736(08)61764-X.
- Fusar-Poli P, Papanastasiou E, Stahl D, et al. Treatments of Negative Symptoms in Schizophrenia: Meta-Analysis of 168 Randomized Placebo-Controlled Trials. *Schizophrenia Bulletin* 2015; 41: 892-9. doi:10.1093/schbul/sbu170.
- Helper B, Samara MT, Huhn M, et al. Efficacy and safety of antidepressants added to antipsychotics for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *American J Psychiatry* 2016; 173: 876-86. doi:10.1176/appi.ajp.2016.15081035.