

# Clinique de la schizophrénie

N. Franck

*La schizophrénie se caractérise par une expression clinique hétérogène. Les symptômes schizophréniques appartiennent à trois dimensions principales : positive (hallucinations et délire), négative (aboulie, apathie et retrait social) et désorganisée (troubles du cours de la pensée, incohérence des actions et ambivalence affective). Ils sont généralement associés à des déficits neurocognitifs (troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives), qui contribuent fortement au handicap psychique causé par la schizophrénie. Aucun symptôme n'est pathognomonique du trouble. Toutefois, certains symptômes positifs en sont plus spécifiques et ils sont donc précieux pour l'établissement du diagnostic. Celui-ci ne peut être posé qu'après avoir écarté certaines affections organiques, iatrogènes ou toxiques d'expression psychotique et après avoir considéré l'évolution des troubles dans la durée.*

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots-clés** : Pathologie psychiatrique ; Schizophrénie ; Symptômes positifs ; Symptômes négatifs ; Désorganisation ; Troubles cognitifs ; Agentivité ; Bilan neuropsychologique ; DSM V

## Plan

■ Généralités	1	■ Évolution de la schizophrénie	13
■ Historique	2	■ Cas cliniques	13
■ Symptômes schizophréniques	2	Cas clinique 1 : Alain, 42 ans. Délire de persécution et de référence	13
Dimensions schizophréniques	2	Cas clinique 2 : Alberte 49 ans. Hallucinations verbales	13
Période de psychose non traitée et phase de transition	3	Cas clinique 3 : Édouard, 37 ans. Délire mégalomaniaque, hallucinations verbales et schizophasie	13
Entrée dans la psychose	3	Cas clinique 4 : Baptiste, 32 ans. Suggestibilité schizophrénique, maniérisme, hallucinations verbales et idées délirantes de lecture de la pensée	13
Phase d'état de la schizophrénie	3	Cas clinique 5 : Nicolas, 30 ans. Désorganisation et hallucinations verbales	14
■ Comorbidités	10	Cas clinique 6 : Corinne, 26 ans. Retrait affectif et hallucinations verbales	14
Troubles de l'humeur	10	Cas clinique 7 : Cyril, 34 ans. Bizarrerie et hallucinations verbales	14
Addictions	10	Cas clinique 8 : Edmonde, 69 ans. Syndrome de Cotard et délire de persécution	14
■ Formes cliniques de la schizophrénie	10	Cas clinique 9 : Vincent, 24 ans. Hallucinations verbales, délire mégalomaniaque et lecture de la pensée	14
Généralités	10		
Schizophrénie paranoïde	10		
Schizophrénie désorganisée	10		
Schizophrénie indifférenciée	10		
Schizophrénie catatonique	10		
Schizophrénie résiduelle	10		
■ Modèles catégoriels et dimensionnels de la schizophrénie et des psychoses	10		
■ Diagnostic de la schizophrénie	11		
Diagnostic positif	11		
Diagnostic différentiel	12		

## ■ Généralités

Le mot *schizophrénie* (du grec *σχίζειν* ou *skhizein*, qui signifie scission, et *φρήν* ou *phren*, qui signifie esprit) a été proposé par Eugen Bleuler en 1911<sup>[1]</sup> peu après la description princeps établie

par Emil Kraepelin<sup>[2]</sup>. Cent ans plus tard, l'unicité de ce trouble n'a toujours pas été établie, de nombreux auteurs ayant même proposé d'abolir le concept. En effet, la schizophrénie n'est pas une maladie selon l'acception médicale courante puisque son étiologie reste inconnue et qu'aucun symptôme ni résultat d'examen complémentaire n'en est pathognomonique<sup>[3,4]</sup>. Au contraire, le même diagnostic est posé devant des tableaux cliniques très différents. On retrouve chez ces patients des points communs tels que la bizarrerie et l'inadaptation à la réalité, qui n'ont toutefois pas de spécificité. Dans ces conditions, le concept de schizophrénie pourrait regrouper plusieurs entités nosographiques n'ayant pas encore pu être distinguées formellement. La schizophrénie est certes un ensemble hétérogène, mais certains symptômes permettent de retenir, avec plus de certitude que d'autres, ce que les outils critiques actuels de diagnostic désignent par ce terme. Cet article met l'accent sur les manifestations qui sont toujours considérées comme étant les plus caractéristiques de la schizophrénie, dont les symptômes de premier rang (SPR).

La schizophrénie, telle qu'elle est définie par les outils diagnostiques consensuels, est un trouble très fréquent et ubiquitaire<sup>[4]</sup>. Elle touche en effet 0,3 à 1 % de la population<sup>[5]</sup> dans toutes les régions du globe. Toutefois, la symptomatologie schizophrénique est très hétérogène et aucune caractéristique n'est fortement spécifique de ce trouble. Le diagnostic de schizophrénie repose donc sur l'association de certains symptômes évocateurs dont la présence doit être observée pendant une durée suffisante. La stabilité des symptômes dans le temps permet de distinguer l'affection chronique qu'est la schizophrénie des pathologies mentales cycliques telles que le trouble bipolaire et le trouble schizo-affectif. Les caractéristiques des symptômes positifs et leur association à des symptômes négatifs et/ou à une désorganisation permettent de distinguer la schizophrénie du trouble délirant (ou paranoïa). De plus, devant un tableau clinique ayant des caractéristiques schizo-affectives, il n'est possible de retenir formellement un diagnostic de schizophrénie qu'après avoir éliminé certaines causes organiques dont les modalités d'expression psychiatriques peuvent être proches de celles de la schizophrénie.

En outre, du point de vue physiopathologique et psychopathologique, la grande hétérogénéité des tableaux schizophréniques fait évoquer des mécanismes distincts de production des différents symptômes. Il est en effet difficile de mettre sur le même plan la persécution et l'impossibilité d'initier des actions. Même dans un cadre ayant été circonscrit cliniquement de manière plus étroite comme la catatonie, l'agitation psychomotrice et la catalepsie ne peuvent relever des mêmes mécanismes. Cela a conduit de nombreux auteurs à se consacrer à l'étude de groupes de symptômes – ou dimensions symptomatiques – plutôt qu'à celle de la schizophrénie en tant qu'entité nosographique.

## ■ Historique

Avant la description de Bleuler, les patients présentant un tableau que l'on a qualifié ultérieurement de schizophrénique recevaient le diagnostic de démence précoce selon la définition de Kraepelin. Bleuler a proposé d'abolir l'expression démence précoce et de la remplacer par le terme schizophrénie devant l'observation que tous les patients n'évoluaient pas inéluctablement vers la détérioration.

La nosographie psychiatrique de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et du début du XX<sup>e</sup> siècle a distingué la schizophrénie de la psychose maniacodépressive (actuel trouble bipolaire). Elles se différencient par leurs modes évolutifs respectifs (progressif dans la schizophrénie et par poussées dans la psychose maniacodépressive), leur caractère déstructurant (dans la schizophrénie) ou non, ainsi que par la présence ou de l'absence d'une anomalie de la vitesse d'enchaînement des actes et des pensées (qui est accélérée ou ralentie dans la psychose maniacodépressive et non modifiée dans la schizophrénie).

Jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'aliénation, autrement dit l'asservissement de la volonté et du jugement à des forces extérieures, était principalement décrite en fonction du contenu du délire. La monomanie, dans laquelle le délire a un seul objet ou

un petit nombre d'objets, était ainsi distinguée de la manie, dans laquelle le délire s'étend sur toutes sortes d'objets, et de la lypémanie (ou mélancolie), délire sur un objet ou un petit nombre d'objets accompagné de tristesse<sup>[6]</sup>. De plus, on classait aussi les délires en fonction de leurs thèmes, tels que grandeur, mysticisme, persécution, possession, etc. Or, ces thèmes n'ont pas à voir avec les mécanismes de production, mais ils sont liés à la culture personnelle du patient et à son histoire, ainsi qu'à l'influence du contexte social. Ils ne renseignent donc pas sur le processus morbide en cause et ne permettent pas d'établir un diagnostic ni un pronostic.

C'est le critère évolutif qui a, pour la première fois, permis une distinction opérationnelle en termes de pronostic. Les aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle ont en effet su identifier le caractère favorable d'une évolution par poussées de la maladie mentale. Il a fallu néanmoins attendre Kraepelin pour que soit formalisée la description des psychoses en 1899 ; la psychose maniacodépressive (correspondant à ce que Falret avait appelé folie circulaire, Baillarger folie à double forme et à ce que les classifications internationales actuelles nomment trouble bipolaire) fut alors distinguée sans équivoque de la démence précoce (renommée schizophrénie quelques années plus tard).

Depuis, et ce, jusqu'à nos jours, les frontières de ces affections ont été légèrement remaniées, mais, quoique des catégories intermédiaires (comme le trouble schizo-affectif) ou des catégories correspondant à des formes de durée limitée aient vu le jour (comme la bouffée délirante aiguë, qui comprend surtout des symptômes apparentés à la schizophrénie, mais aussi des symptômes thymiques, et correspond à ce qu'on appelle actuellement trouble psychotique bref si la durée d'évolution est inférieure à 1 mois ou trouble schizo-affectif si la durée d'évolution est comprise entre 1 et 6 mois, alors que la schizophrénie ne peut être diagnostiquée qu'après 6 mois d'évolution), les deux grands ensembles nosographiques sont restés globalement les mêmes.

## ■ Symptômes schizophréniques

### Dimensions schizophréniques

Le diagnostic de la schizophrénie (Tableau 1) repose sur l'association de symptômes appartenant à trois grandes dimensions : positive, négative et désorganisée. Les signes appartenant à une quatrième dimension, dite neurocognitive, ne contribuent pas au diagnostic du fait de leur absence de spécificité, mais ils jouent, en revanche, un rôle très marqué dans le handicap psychique et la perte d'autonomie associés à la schizophrénie.

Les signes positifs ont été dénommés ainsi du fait de leur caractère saillant par rapport à un comportement ou un discours dits normaux. Les signes négatifs se manifestent par la disparition de facultés dont l'existence fait partie d'une activité, d'une pensée ou d'une affectivité considérées comme normales. La désorganisation se caractérise par l'incapacité à construire un comportement et/ou un discours adapté. La distinction entre signes positifs et signes négatifs est actuellement utilisée par commodité descriptive, plutôt qu'en référence à la théorie jacksonienne<sup>[7]</sup> dont elle émane indirectement. En effet, elle ne se rapporte pas nécessairement à une conception déficitaire de la schizophrénie où les signes négatifs seraient les seuls effets directs des lésions, alors que les signes positifs correspondraient aux conséquences de la libération de fonctions normalement inhibées. Les termes positif et négatif sont en effet actuellement employés dans une acception athéorique<sup>[8,9]</sup>. La locution symptômes positifs désigne ainsi typiquement les manifestations qui n'existent pas dans un comportement dit normal, donc les manifestations en plus par rapport à un comportement normal, alors que les symptômes négatifs sont ce que le sujet a en moins par rapport à un comportement normal.

Aucun symptôme ne permet d'affirmer le diagnostic de schizophrénie. Les classifications existantes prennent en compte ce paramètre puisqu'elles requièrent non seulement une association de symptômes, mais aussi la présence d'autres caractéristiques pour retenir ce diagnostic. En effet, tous les symptômes schizo-affectifs peuvent être observés dans différentes affections

**Tableau 1.**  
Les quatre principales dimensions de la schizophrénie (trois dimensions symptomatiques et une dimension neurocognitive).

Dimension	Description	Mécanismes hypothétiques sous-jacents (cérébraux et cognitifs)
Positive	Modification du vécu : perturbation de la relation à l'environnement et à son propre corps, hallucinations, délire	Hyperdopaminergie sous-corticale Troubles de la connectivité cortico-sous-corticale Troubles de l'attribution des actions Troubles de la cognition sociale
Négative	Incapacité à agir Incapacité à éprouver ou à manifester des émotions	Hypodopaminergie frontale Trouble du fonctionnement préfrontal Troubles de la cognition sociale Troubles de l'initiation des actions
Désorganisée	Incapacité à construire un comportement et un discours adéquats	Trouble de la connectivité au sein du cortex préfrontal Troubles des fonctions exécutives
Neurocognitive	Incapacité à appréhender et à utiliser des informations d'origine internes ou externes	Troubles du fonctionnement préfrontal Troubles de la connectivité cortico-sous-corticale Troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives

telles que des maladies de système, des maladies métaboliques, des maladies endocriniennes, des maladies neurodégénératives et des anomalies microdélétionnelles (se définissant par la perte d'un court fragment de chromosome, invisible sur le caryotype standard). Des résultats négatifs d'examens complémentaires permettent de retenir un diagnostic de schizophrénie, alors qu'une résistance au traitement conduit à approfondir les investigations. Les épisodes thymiques du trouble bipolaire peuvent également adopter des caractéristiques psychotiques (manie délirante et mélancolie délirante), l'anamnèse permettant alors d'établir le diagnostic. S'il est possible de confondre les deux troubles lors d'un épisode aigu, leur évolution permet de les distinguer : alors que la schizophrénie évolue de manière continue, le trouble bipolaire se caractérise par une évolution cyclique, les épisodes aigus étant entrecoupés d'intervalles libres.

## Période de psychose non traitée et phase de transition

La transition entre la période prémorbide, qui se caractérise par la présence de difficultés aspécifiques, et le début de la schizophrénie à proprement parler peut être brutale ou progressive. Dans ce cas de figure, les premiers symptômes spécifiques peuvent être précédés par un vécu douloureux, une tristesse, une anxiété, une perte d'énergie, une méfiance ou une diminution des performances cognitives. Ces manifestations non spécifiques se développent fréquemment plusieurs années avant l'apparition des symptômes de schizophrénie et elles ne sont pas systématiquement prises en compte.

La période de psychose non traitée (*duration of untreated psychosis* ou DUP en anglais) s'étend de l'apparition des premiers

symptômes de schizophrénie jusqu'au début de la prise en charge. Elle dure en moyenne plus de 1 an<sup>[10,11]</sup> et pourrait avoir une valeur pronostique<sup>[12]</sup>. Si l'on ajoute à la DUP la durée de la période prémorbide et celle de la période de transition, plusieurs années s'écoulent parfois avant que la souffrance du patient ne soit traitée. Le raccourcissement de la DUP et la prise en charge des patients en phase prémorbide sont des enjeux de santé publique.

## Entrée dans la psychose

À ce stade, la maladie peut se manifester par un tableau aigu (un épisode psychotique aigu ou un passage à l'acte) ou par un tableau d'emblée chronique, qui peut se caractériser par l'installation progressive d'une symptomatologie psychotique ou une altération des performances cognitives.

## Épisode psychotique aigu

La principale manifestation d'un épisode psychotique aigu est l'apparition brutale d'un délire. Ce dernier est généralement associé à une agitation, une agressivité ou une opposition, du fait de l'anxiété qu'il génère. Il peut être construit à partir des pensées se déroulant en dehors du contrôle du sujet dans le cadre d'un automatisme mental, ou à partir du contenu d'hallucinations acoustico-verbales. Le délire constitue ainsi une tentative d'explication rationnelle de ces expériences indicibles. Des fluctuations thymiques sont fréquemment présentes.

Un épisode psychotique aigu associant l'ensemble de ces caractéristiques était classiquement appelé bouffée délirante aiguë polymorphe. Actuellement, on désigne ce type d'épisode par l'appellation syndrome schizophréniforme lorsqu'il mène vers une résolution complète au bout de 1 à 6 mois ou trouble psychotique bref lorsqu'il évolue positivement en moins de 1 mois. Le diagnostic de schizophrénie n'est retenu que lorsque les symptômes persistent plus de 6 mois.

## Passage à l'acte

La schizophrénie peut débuter par :

- une fugue ou un voyage pathologique ;
- une automutilation ;
- un suicide (le diagnostic étant alors rétrospectif) ;
- un acte médico-légal.

## Installation progressive d'une symptomatologie psychotique

Les symptômes en question peuvent être :

- des hallucinations, le plus souvent acoustico-verbales ;
- des idées délirantes ;
- une bizarrerie se manifestant par un contact inadapté, l'adhésion impromptue à une secte, un investissement dans des activités ésotériques non induit par l'environnement ou un trouble des conduites (anorexie ou addiction par exemple) d'allure étrange.

Une schizophrénie à début progressif fait courir le risque d'un diagnostic tardif. Plus la durée d'évolution des symptômes est longue, moins bonne est la rémission.

## Altération des performances cognitives

Une baisse du niveau scolaire ou universitaire, une incapacité à suivre l'enseignement, des échecs répétés aux examens ou aux concours peuvent caractériser l'entrée dans la schizophrénie. Ces revers ne sont pas expliqués par un contexte conflictuel ou une autre raison objective. Le handicap observé est la conséquence d'un déficit neurocognitif (trouble de la mémoire, de l'attention et/ou des fonctions exécutives) qu'une exploration spécifique permet d'objectiver.

## Phase d'état de la schizophrénie

Les symptômes schizophréniques appartiennent à trois principales dimensions – positive, négative et désorganisée – auxquelles il faut ajouter la dimension neurocognitive. La prédominance

**Tableau 2.**  
Symptômes positifs de la schizophrénie.

Symptôme	Description
Hallucinations verbales : commentaires des actes et de la pensée, conversations	Audition de voix s'exprimant à la deuxième ou à la troisième personne en l'absence de stimulation sonore
Hallucinations cénesthésiques	Sensations corporelles profondes sine materia
Syndrome d'influence	Impression de prise de contrôle par autrui ou par une force extérieure
Pensées imposées	Impression que des pensées ont été placées dans la tête par une force extérieure
Diffusion de la pensée	Impression que les autres connaissent certaines pensées propres
Vol de la pensée	Impression que d'autres dérobent activement certaines pensées
Idées délirantes	Convictions non fondées sur des faits, ni partagées par le groupe social auquel le sujet appartient

de l'une des dimensions symptomatiques par rapport aux deux autres permet de définir le sous-type de schizophrénie. Par souci de clarté, nous présenterons les symptômes de la schizophrénie dans les chapitres suivants de cet article.

### Symptômes positifs

Les principaux signes positifs sont les SPR décrits par Kurt Schneider<sup>[13]</sup>, d'autres types d'hallucinations que celles qui appartiennent aux SPR (hallucinations olfactives, hallucinations cénesthésiques, etc.) ainsi que des idées délirantes indépendantes de la dimension schneidérienne ou ayant un caractère secondaire par rapport à elle (idées délirantes de persécution, idées délirantes de grandeur, idées délirantes de référence, idées délirantes mystiques, idées délirantes hypochondriaques, etc.). La présence de symptômes positifs au premier plan caractérise la schizophrénie paranoïde.

Les symptômes positifs de la schizophrénie (Tableau 2), dont les principaux sont les hallucinations et le délire, représentent l'expression la plus manifeste de cette maladie. Ils peuvent favoriser un comportement inadéquat. Ils ont longtemps été considérés comme spécifiques lorsqu'ils prennent certaines caractéristiques (dont la présence d'hallucinations verbales en deuxième ou en troisième personne ou d'un délire dont le contenu est bizarre). Or, ces caractéristiques peuvent être observées en dehors de la schizophrénie, ce qui conduit à devoir éliminer une autre maladie psychiatrique comme le trouble bipolaire ou un délire non schizophrénique, ainsi qu'une origine médicale générale ou une lésion cérébrale en pratiquant un bilan sanguin et un examen de neuro-imagerie (par tomographie par émission de positons ou imagerie par résonance magnétique) avant de retenir le diagnostic de schizophrénie.

### Symptômes de premier rang de la schizophrénie

Les SPR ou symptômes schneidériens ont pour caractéristique commune la perte des limites entre le soi agissant et l'autre agissant. Ils se caractérisent en effet par des erreurs touchant l'affectation d'un auteur à des actions, des pensées ou des sentiments. En pratique, les patients se plaignent de la sensation que les autres peuvent leur voler leurs pensées, en introduire dans leur esprit, influencer leurs actes ou leurs sentiments ou encore s'adresser à eux sous la forme de voix perçues comme provenant de l'environnement au même titre que n'importe quel stimulus auditif.

Kurt Schneider<sup>[13]</sup> avait pour objectif d'identifier les symptômes les plus spécifiques de la schizophrénie. Sa démarche avait pour but d'optimiser le diagnostic d'une affection qu'il considérait comme unitaire. Les symptômes décrits par Schneider représentent un ensemble syndromique ayant une grande homogénéité clinique et un objet d'étude psychopathologique

cohérent. Ils ne sont toutefois pas des marqueurs pathognomoniques de la schizophrénie, mais seulement des manifestations fortement caractéristiques d'un dysfonctionnement cognitif spécifique qui peuvent être considérés pour eux-mêmes dans une perspective dimensionnelle.

Pour Schneider, le fondement des symptômes de premier rang est l'intervention d'autrui dans les pensées du sujet. Il a écrit à ce sujet : « L'influence exercée sur la volonté lorsqu'elle est de nature psychotique doit être directement éprouvée comme une intervention étrangère »<sup>[13]</sup>. Il a ainsi répertorié les manifestations suivantes : « publication de la pensée, audition de voix sous forme de propos et de répliques, audition de voix qui accompagnent de remarques les agissements du malade, expériences corporelles d'influence, vol de la pensée et autres influences de la pensée, diffusion de la pensée, perception délirante, ainsi que tout ce qui est fait ou influencé par d'autres dans le domaine des sentiments, des tendances (pulsions) et de la volonté ». Les SPR se caractérisent essentiellement par le fait que le sujet considère que certains de ses « actes et états personnels » ne sont pas les siens propres, mais ceux d'autrui qui vient ainsi le diriger ou le contrôler.

En pratique, cette intervention des autres sur soi peut s'exercer de plusieurs manières : soit le sujet entend autrui lui donner des ordres ou commenter ses actes ou ses pensées, alors que personne ne s'est exprimée de la sorte dans son environnement (hallucinations verbales), soit le sujet a l'impression que ses propres pensées, actions et sensations se confondent avec celles d'autrui. Dans ce dernier cas, le sujet peut se plaindre de la présence dans son esprit de pensées qui ne sont pas à lui (intrusion de pensées) ou de pensées que d'autres le forcent à avoir (pensées imposées), ou croire que les autres connaissent ses pensées ou les lui volent (diffusion et vol de la pensée), ou encore ressentir qu'autrui contrôle ses pensées, ses actions ou ses sensations (syndrome d'influence). Enfin, le sujet peut interpréter de manière inadéquate des faits impliquant autrui (perception délirante). Toutes ces manifestations se caractérisent par une altération de la frontière entre le sujet et autrui, à l'origine d'un trouble de l'ipsité.

**Hallucinations verbales.** Les hallucinations schizophréniques sont le plus souvent auditives et en général verbales (certains patients entendant toutefois des sons ou de la musique). Elles se manifestent soit sous la forme d'hallucinations sensorialisées, soit sous la forme d'hallucinations non sensorialisées, dans lesquelles les voix sont perçues dans l'intimité de la boîte crânienne et non par les oreilles.

Les premières sont appelées hallucinations psychosensorielles acoustico-verbales<sup>[14]</sup> ou hallucinations véritables<sup>[15]</sup>. Elles créent la sensation pour le sujet que quelqu'un s'exprime dans son environnement. La voix entendue semble provenir de l'extérieur de la boîte crânienne du patient et elle adopte ainsi tous les attributs perceptifs qui caractérisent un son.

Les secondes sont appelées hallucinations psychiques<sup>[14]</sup> ou pseudohallucinations<sup>[15]</sup>. Dans ce cas, les voix sont perçues directement dans l'intimité de la pensée, sans aucun caractère de sensorialité. Leurs caractéristiques sont proches de celles des pensées imposées.

La présence chez un patient de l'un plutôt que de l'autre type d'hallucinations n'a pas de valeur diagnostique ou pronostique particulière<sup>[16]</sup>. Pour certains auteurs<sup>[17]</sup>, les hallucinations psychiques seraient proches des phénomènes de diffusion de la pensée, de partage des pensées et d'écho de la pensée (dans ce dernier phénomène, déjà décrit par Baillarger en 1846, le sujet entend ses propres pensées répétées à voix haute, comme renvoyées par un écho). Les hallucinations verbales, qu'elles soient psychiques ou psychosensorielles, ont le plus souvent un contenu négatif qu'Henri Ey<sup>[18]</sup> avait qualifié de « trilogie du mépris, de l'injure et de la calomnie ». Néanmoins, certains patients entendent des propos agréables ou des encouragements.

Les voix s'adressant au patient à la deuxième ou à la troisième personne préfèrent le plus souvent des critiques, des insultes ou des menaces. Lorsqu'il s'agit d'hallucinations verbales en deuxième personne, les voix peuvent donner des ordres au patient auxquels il peut résister ou non. Dans ce dernier cas, un contenu agressif peut entraîner le patient à un passage à

**Tableau 3.**  
Description des symptômes de premier rang de la schizophrénie.

Symptômes	Selon l'acception étroite de Koehler	Selon l'acception large de Koehler
Sensations, impulsions, actions forcées et passivité somatique	Le patient a l'impression que certaines de ses sensations ne sont pas les siennes, mais qu'elles lui sont imposées par une force externe	Le patient identifie ses sensations comme étant siennes, mais les pense contrôlées depuis l'extérieur
Pensées imposées	Le patient ressent certaines de ses pensées comme n'étant pas siennes, mais comme ayant été insérées dans son esprit.	Le patient ressent ses pensées comme étant contrôlées depuis l'extérieur
Retrait de la pensée	Les pensées sont bloquées dans l'esprit du patient sous l'influence directe d'un agent externe	Le blocage de la pensée est reconnu, même en l'absence de l'intervention d'un agent externe
Diffusion de la pensée	Non seulement le patient ressent une fuite de ses pensées à l'extérieur de son esprit, mais, de plus, il les vit comme étant partagées par d'autres	Soit les pensées quittent son esprit, mais ne sont pas partagées par d'autres, soit elles sont si fortes que les autres peuvent les entendre
Voix discutant ou commentant, pensée audible	Le patient entend une ou des voix en provenance de son environnement (hallucinations véritables)	Les voix parlent à l'intérieur de la tête (ou de l'esprit) du patient
Perception délirante	Les idées délirantes et les perceptions sont directement liées les unes aux autres de telle sorte que les idées délirantes ne peuvent pas être séparées des perceptions et entretiennent avec elles une relation temporelle très étroite	Le lien entre les perceptions et les idées délirantes est relativement lâche et les idées délirantes sont souvent liées à d'autres phénomènes

l'acte auto- ou hétéroagressif. Ces hallucinations verbales impératives constituent donc un critère de dangerosité comportementale qui doit être systématiquement recherché. Lorsque le sujet n'est pas en mesure de résister à des ordres de nature violente, il s'agit d'une indication d'hospitalisation en urgence (soins psychiatriques à la demande d'un tiers, ou soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, selon la loi du 5 juillet 2011). Parfois, les ordres portent sur des actions non dangereuses (par exemple faire sa toilette, ce qui peut conduire certains patients à y consacrer plusieurs heures par jour, ou déambuler). Toutefois, même dans un tel cas, la souffrance induite par ces symptômes est généralement importante, ce qui doit conduire à la mise en œuvre d'un traitement adéquat ou à une adaptation thérapeutique.

Lorsqu'il s'agit d'hallucinations verbales en troisième personne, les voix peuvent commenter les actes ou les pensées du patient<sup>[19]</sup>. Parfois, plusieurs voix discutent entre elles de ce qu'il fait ou pense. Les hallucinations verbales sont parfois présentes en permanence, lui rendent de ce fait l'existence très difficile, voire insupportable. Dans d'autres cas, elles ne se manifestent que de manière épisodique.

**Pensées imposées.** Les pensées imposées sont l'une des manifestations possibles de l'extranéité de la pensée<sup>[16,20]</sup>. Elles se caractérisent par l'intrusion de pensées totalement étrangères dans l'esprit du patient, dont il ne se reconnaît pas comme étant l'auteur, mais dont il déclare qu'elles ont été placées dans son esprit par quelqu'un d'autre. L'extranéité permet de distinguer les pensées imposées d'une influence des pensées du sujet par une force externe<sup>[21]</sup>. Dans ce dernier cas, le sujet reconnaît que les pensées en question sont les siennes, mais il a l'impression qu'elles ont été forcées. Les pensées imposées se distinguent en outre des hallucinations verbales psychiques par leur nature plus abstraite : ce sont de pures pensées et non des paroles, même désensorialisées.

**Diffusion de la pensée.** La diffusion de la pensée consiste en une perte des pensées qui quittent l'esprit du patient malgré lui. Le partage des pensées est un symptôme apparenté, dans lequel le patient a l'impression que quelqu'un d'autre pense la même chose que lui en même temps. La diffusion de la pensée, le retrait de la pensée et les intrusions de pensées sont regroupés dans le concept d'aliénation de la pensée<sup>[16]</sup> ou prise de contrôle des pensées du patient par un agent externe ou le fait que les autres participent à sa pensée.

**Vol de la pensée et retrait de la pensée.** Le patient se plaint d'une brutale disparition de ses pensées, qui lui auraient été retirées de l'esprit par une force étrangère. Cette expérience subjective a pu être considérée comme la simple conséquence d'un trouble objectif, le classique barrage<sup>[16]</sup>. Toutefois, il est pertinent de distinguer le blocage soudain et inattendu de la pensée de

l'expérience délirante de vol de la pensée, au cours de laquelle le patient a l'impression que ses pensées sont activement retirées de sa tête à la suite de quoi le vide s'installe dans son esprit<sup>[17]</sup>.

**Envies forcées et actes forcés.** Dans les envies et actes forcés, le patient subit une influence externe qui le contraint à agir d'une certaine manière ou à désirer certaines choses. Dans certains cas, le patient est complètement dépossédé de ses actes. Le délire de contrôle<sup>[17]</sup> désigne ce second cas de figure au cours duquel la volonté du patient paraît remplacée par celle d'un autre agent.

**Sensations forcées.** Les sensations du patient peuvent être soit influencées par une force externe, soit complètement imposées de l'extérieur. Dans ce cas, elles sont absolument étrangères au patient.

**Influences exercées sur le corps et hallucinations somatiques.** Le patient éprouve des sensations dont il attribue l'origine à un agent externe. Il faut distinguer les sensations corporelles influencées par une force externe des sensations corporelles étrangères au sujet lui ayant été imposées de l'extérieur<sup>[21]</sup>.

**Perceptions délirantes.** Les perceptions délirantes<sup>[13]</sup> sont proches des idées pseudodélirantes secondaires ou compréhensibles<sup>[15]</sup>, mais elles doivent être différenciées des idées délirantes primaires et non compréhensibles. Koehler<sup>[21]</sup> a pointé l'importance de distinguer les perceptions délirantes des idées pseudodélirantes provoquées par des perceptions (Tableau 3). Cette dernière manifestation est observée aussi bien dans la schizophrénie que dans le trouble bipolaire, alors que la première n'appartient qu'à la schizophrénie. Wing et al.<sup>[17]</sup> ont illustré cette distinction à travers les réponses des patients aux deux questions suivantes : « Est-ce que le fait que quelqu'un croise ses jambes entraîne une série d'associations qui vous font croire que d'autres personnes pensent que vous êtes homosexuel ? » et « Est-ce que le fait de croiser les jambes contient en soi la signification que des gens pensent cela ? ». Une réponse positive à la deuxième question – ou aux deux questions – évoque une perception délirante. Dans ce cas, le symptôme n'est en général lié ni à une modification de l'humeur, ni à une interprétation paranoïaque. Au contraire, si seule la première question obtient une réponse affirmative, il s'agit d'une idée délirante construite à partir d'une observation, telle qu'on peut en retrouver dans le trouble bipolaire ou dans le trouble délirant.

Les cas cliniques exposés en fin d'article témoignent de la grande diversité d'aspects que peuvent revêtir les manifestations schneidériennes.

On constate que, sur ce petit échantillon, les hallucinations verbales sont les SPR les plus fréquents, puisqu'elles concernent les cas 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 9.

Une influence externe des pensées du patient n'est relevée que dans le premier cas, une diffusion de sa pensée que dans les cas 4 et 9, et enfin un vol de sa pensée uniquement dans le cas 8 et 9.

De plus, on note, dans ces deux derniers cas, l'existence d'un symptôme qui ne peut être tenu pour strictement schneidérien, d'après les descriptions qu'avait données Schneider<sup>[13]</sup>, mais s'en rapproche dans son essence : la possibilité que ressent le patient de lire les pensées d'autrui. C'est là l'inverse de la classique lecture de la pensée. Tout ce qui se rapporte à la prise de contrôle d'autrui par le patient, aussi bien qu'à la prise de contrôle du patient par autrui, s'inscrit dans le cadre général d'un trouble de l'attribution des actions.

Il n'est pas anodin que les patients 2, 4, 5, 6 et 9 soient très réticents à parler de leurs troubles et il se peut qu'ils masquent certaines manifestations.

Dans certains cas, le caractère intrusif des symptômes conduit les patients à les dissimuler. Ces vignettes ne sont donc que le relevé de ce que ces cinq patients ont bien voulu confier. A contrario, les quatre autres patients parlent très volontiers et avec force détails de leurs troubles. Cela conduit à se demander si la réticence des cinq premiers peut être expliquée par le contenu des symptômes (par exemple ce que disent leurs voix, dont le discours conduirait à la méfiance parce qu'il ferait percevoir leur environnement comme hostile au patient ou bien parce qu'il leur intimait l'ordre de ne pas parler) ou bien par la nature des symptômes en question et donc potentiellement par leur mécanisme de production. Le fait que les patients réticents soient tous des patients hallucinés pourrait laisser penser que ce sont les voix qui génèrent leur réserve, mais la plupart des patients étant hallucinés, il est délicat de tirer des conclusions définitives à ce sujet. De plus, il serait difficile dans ce cas d'expliquer que les patients parlent plus facilement de leurs voix que des autres expériences psychotiques. En revanche, si l'on s'efforce d'interpréter ce dernier fait par l'intelligibilité de ces manifestations langagières, comparées au caractère insidieux et parfois indicible des autres symptômes schneidériens, on peut comprendre pourquoi on recueille plus d'éléments au sujet des hallucinations verbales qu'à propos de ces derniers.

Andreasen et Flaum<sup>[3]</sup>, dans un travail destiné à rationaliser le diagnostic critériel de la schizophrénie en vue de la publication de la quatrième version du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM), avaient recensé les études de prévalence des différents symptômes psychotiques chez les patients schizophrènes. En ce qui concerne les SPR, ces auteurs ont rapporté les données de six études américaines (dont Andreasen<sup>[22]</sup> et cinq études non publiées). Selon ces études, la prévalence des hallucinations verbales en deuxième personne chez les patients schizophrènes serait comprise entre 4 et 31 %, celle des hallucinations verbales en troisième personne entre 13 et 21 %, celle des idées délirantes d'influence entre 11 et 37 %, celle des idées délirantes de lecture de la pensée entre 23 et 42 %, celle de la diffusion de la pensée entre 10 et 36 %, celle des pensées imposées entre 6 et 38 % et celle du vol de la pensée entre 5 et 17 %. Vingt-huit à 72 % des patients schizophrènes présentent au moins un symptôme schneidérien, selon la revue de la littérature de Koehler et al.<sup>[21]</sup>. Dans l'étude de Tandon et Greden<sup>[23]</sup>, 60 % des 58 patients schizophrènes présentaient des SPR. Enfin, dans une étude ultérieure, Tanenberg-Karant et al.<sup>[24]</sup> ont mis en évidence une prévalence de 70 % de SPR chez 196 patients schizophrènes selon le DSM III-R.

Différentes études ont mis en évidence que la prévalence des symptômes de premier rang pourrait varier en fonction de l'origine ethnique des patients, mais aucune conclusion définitive ne peut encore être tirée à ce sujet. Dans un échantillon de 221 patients malais, la prévalence de ces symptômes était de 27 % chez les schizophrènes<sup>[25]</sup>. Chez 56 schizophrènes nigériens, la prévalence des symptômes de premier rang était de 73 %<sup>[26]</sup>. Un autre travail<sup>[27]</sup>, qui a étudié 419 patients psychotiques au Sri Lanka, 150 au Royaume-Uni et 172 au Canada, a mis en évidence une plus faible prévalence des symptômes de premier rang dans les minorités ethniques. Enfin les symptômes de premier rang étaient plus fréquents chez les immigrants en provenance du Royaume-Uni que chez ceux qui étaient originaires de Grèce, dans une étude sur 212 patients schizophrènes admis pour la première fois à l'hôpital en Australie<sup>[28]</sup>.

**Valeur des symptômes schneidériens pour le diagnostic de schizophrénie.** Kurt Schneider<sup>[13]</sup> considérait les symptômes de premier rang comme très caractéristiques de la schizophrénie et définissait ce trouble à partir de la présence de ces symptômes. Néanmoins, la spécificité des SPR pour la schizophrénie est conditionnée par leur définition. Si l'on adopte une conception large des SPR, ceux-ci peuvent être observés dans d'autres catégories diagnostiques que la schizophrénie.

O'Grady<sup>[29]</sup> a comparé l'usage d'une définition étroite ou large des SPR selon la dichotomie proposée par Koehler<sup>[21]</sup> (Tableau 3) dans la détermination de leur prévalence en fonction du diagnostic. Cette étude concernait 99 patients dont la clinique était évaluée durant les quatre premiers jours qui suivaient leur admission dans un service de psychiatrie. Parmi ces patients, 15 avaient reçu le diagnostic de schizophrénie selon les *research diagnostic criteria* (RDC)<sup>[30]</sup>, 6 celui de trouble schizoaffectif (maniaque ou dépressif), 12 celui de trouble maniaque ou hypomaniaque, 29 celui de dépression majeure, 17 celui de dépression mineure et enfin 20 patients avaient reçu un autre diagnostic. La plupart des patients présentant des symptômes de premier rang étaient des schizophrènes (11 des 15 schizophrènes, soit 73 %, présentaient de tels symptômes). Trois schizoaffectifs déprimés et deux patients présentant une dépression majeure présentaient aussi des symptômes de premier rang. Aucun patient ayant reçu un diagnostic de trouble non psychotique ne présentait ces symptômes. L'utilisation d'une acception étroite des symptômes de premier rang (Tableau 3) a restreint leur présence aux 11 patients schizophrènes et à deux schizoaffectifs déprimés. En conclusion, l'utilisation d'une définition étroite des SPR rend ces symptômes spécifiques de la schizophrénie.

La prévalence des SPR (définis selon des critères proches de ceux de Mellor<sup>[20]</sup>) a été évaluée par une étude impliquant 660 patients souffrant de troubles psychotiques<sup>[31]</sup>. Parmi ceux-ci, 352 patients présentaient un diagnostic de schizophrénie, 88 présentaient un trouble schizophréniforme, 37 un trouble schizoaffectif, 83 un trouble de l'humeur, 25 un trouble délirant, 25 un trouble psychotique bref et 50 répondaient au diagnostic de psychose atypique, selon les critères du DSM III-R. Parmi les 660 patients, 63 % présentaient au moins un SPR. La diffusion de la pensée était le symptôme le plus fréquent (37 %), alors que les sensations forcées et les impulsions forcées étaient moins fréquentes (11 %). Les patients souffrant d'un trouble schizophréniforme avaient la prévalence de SPR la plus élevée (83 %), suivis par ceux qui souffraient de schizophrénie (68 %), de trouble schizoaffectif (65 %), de trouble psychotique bref (52 %), d'une psychose atypique (48 %), d'un trouble de l'humeur (43 %) ou d'un trouble délirant (8 %). Les auteurs ont conclu au manque de valeur diagnostique de ces symptômes qui devrait conduire à réintégrer, dans le futur DSM V, le trouble schizophréniforme, le trouble schizoaffectif et la psychose atypique (ou trouble psychotique non spécifié dans la version française du DSM IV) dans la schizophrénie, dont ils constitueraient alors un simple sous-groupe<sup>[32]</sup>. De plus, ils ont insisté sur le fait que, dans leur étude, les SPR ne permettaient pas de distinguer les patients souffrant de schizophrénie, c'est-à-dire un groupe de patients ayant un pronostic réservé, des patients qui présentent des troubles de l'humeur. Cette observation est conforme à l'hypothèse d'un continuum psychotique<sup>[33]</sup>. Si cette distinction ne peut pas être établie face à un patient présentant un épisode psychotique aigu, il reste que la présence de SPR au long cours est très évocatrice de schizophrénie.

Comparer la fréquence des SPR dans un groupe de patients souffrant de schizophrénie et un groupe de patients souffrant de troubles dépressifs majeurs<sup>[23]</sup> montre une spécificité des SPR pour la schizophrénie de 95 % et une valeur prédictive de 90 %. Les SPR sont très évocateurs de schizophrénie en l'absence d'une étiologie toxique ou organique générale. Une autre étude<sup>[25]</sup> a mis en évidence une spécificité des SPR pour la schizophrénie de 88 % et une valeur prédictive positive de 91 %. Un accident vasculaire cérébral<sup>[29]</sup> ou un sevrage en benzodiazépine<sup>[34]</sup> peuvent générer des SPR. L'association entre SPR et mauvais pronostic tend à être significative dans la schizophrénie<sup>[24]</sup>.

Une analyse en composantes principales des SPR dans 103 fratries de patients souffrant de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif<sup>[35]</sup> a permis d'isoler un facteur regroupant le retrait de la pensée, les pensées imposées et la diffusion de la pensée qui expliquaient 50 % de la variance. Le fait qu'au sein des fratries, ce facteur soit corrélé de manière significative étaye l'hypothèse d'une héritabilité des SPR.

Au total, selon qu'on adopte une approche dimensionnelle ou catégorielle des troubles psychotiques, on peut, dans le premier cas, noter que les symptômes de premier rang peuvent exister dans toutes les formes de psychose et qu'ils sont simplement plus fréquents à l'extrémité schizophrénique du continuum, ou, dans le second cas, constater qu'ils discriminent effectivement la schizophrénie du trouble bipolaire<sup>[36]</sup>, en particulier si on les considère dans une conception restrictive<sup>[29]</sup>. Dans cette perspective, il est nécessaire de prendre en compte plutôt les phénomènes étrangers (consécutifs à une perte de la propriété des actions ou pensées) que les phénomènes forcés (consécutifs à une altération de l'agentivité).

**Continuum des symptômes de premier rang.** Les SPR ont été classés par Koehler<sup>[37]</sup> selon le degré de perte de contrôle de ses productions par le patient<sup>[38]</sup>. Cette classification des phénomènes, qui met en valeur la progressivité des troubles, considère que la psychose naissante évolue selon 12 stades successifs. Les trois premiers stades (atmosphère délirante, idées délirantes liées à des perceptions ou provoquées par elles, puis perceptions délirantes) constituent le continuum délirant. Les sept stades suivants (atmosphère d'emprise, expérience générale d'influence, expérience spécifique d'influence, expérience de dépersonnalisation influencée, expérience d'aliénation positive, expérience d'aliénation négative-active, puis expérience d'aliénation négative-passive) constituent le continuum de l'emprise. Les deux derniers stades (voix pseudohallucinatoires, puis voix hallucinatoires) constituent le continuum hallucinatoire.

La description de Koehler est proche de celle qui a été proposée par Karl Conrad<sup>[39]</sup>. Ce dernier a appréhendé la psychose selon la perspective de la psychologie de la Gestalt, qui considère que la perte de l'homogénéité des perceptions est à l'origine de tout l'enchaînement psychotique. Selon cette conception, le tréma (perte de liberté et sentiment que quelque chose va se produire) est suivi de l'apophénie (nouvelle réalité dont le sujet serait le centre avec parfois retournement du sujet sur lui-même ou anastrophe), puis, éventuellement, de l'apocalypse (désagrégation complète de la structure perceptive).

Les différents stades proposés par Koehler<sup>[37]</sup> peuvent coexister ou se succéder. Leur présence suscite généralement l'apparition d'un état de suspicion à l'égard d'autrui : puisque les autres peuvent agir à distance, dire des choses désagréables à tout instant, c'est qu'ils sont malveillants et qu'il vaut mieux s'en méfier. De ce fait, les patients n'explicitent pas facilement ces troubles de l'expérience vécue. Seule une relation de confiance établie sur la base d'une écoute empathique, patiente, neutre et respectueuse, permet au clinicien d'y accéder en vainquant leur méfiance. Ils ne se laissent aborder qu'à travers l'établissement de rapports de bonne intelligence entre le clinicien et le patient, où le second autorise le premier à expliciter un vécu parfois trop confus pour que celui qui en souffre puisse en donner lui-même une description cohérente.

**Phénomènes forcés et phénomènes étrangers.** Deux catégories de symptômes peuvent être distinguées selon l'origine des actions ou des pensées qui en forment le contenu. Dans les hallucinations verbales, le sujet déclare ne prendre aucune part à l'action, son discours intérieur étant totalement désubjectivé. Dans la diffusion de la pensée et le syndrome d'influence, il subit l'influence d'autrui tout en gardant le sentiment que c'est bien lui qui produit effectivement les actions ou les pensées en question. Dans le premier cas, le patient n'est ni l'auteur (celui qui est à l'origine), ni l'effecteur (celui qui effectue) des actions concernées. Dans le second cas, il n'est pas l'auteur, mais il reste l'effecteur des actions en question.

Ey<sup>[40]</sup> a appelé phénomènes forcés les symptômes de cette deuxième catégorie et phénomènes étrangers ceux de la première catégorie. Si l'on situe la frontière séparant ces deux catégories au

sein du continuum proposé par Koehler<sup>[37]</sup>, les phénomènes forcés s'étendent jusqu'au milieu du continuum de l'emprise, alors qu'après ce seuil se développent les phénomènes étrangers. La frontière est franchie avec les expériences d'aliénation positive, dans lesquelles le patient est certain que certaines pensées ont été placées dans son esprit et qu'il n'en est en aucune manière à l'origine, alors que les stades antérieurs ne se caractérisent que par une étrangeté du vécu ou par une influence des pensées et sensations, mais pas par l'irruption de pensées étrangères. L'approche dimensionnelle plutôt que catégorielle proposée par Koehler<sup>[37]</sup> est compatible avec une explication psycho- ou physiopathologique impliquant l'atteinte plus ou moins importante d'un seul mécanisme qui sous-tendrait l'apparition de tous les symptômes.

**Agentivité et propriété des actions.** Une taxonomie plus récente, issue de la philosophie, distingue le sens de l'agentivité (*sense of agency*) ou sentiment d'être l'agent (ou l'auteur) d'une action, du sens de la propriété (*sense of ownership*), qui se rapporte au fait d'exécuter une action, même lorsqu'on n'est pas à l'origine<sup>[41, 42]</sup>. Le sens de l'agentivité est impliqué lorsque le sujet se sait à l'origine d'une action ou d'une pensée occupant son champ de conscience. Le sens de la propriété correspond au fait que le corps ou l'esprit du sujet participe à une expérience dont il n'est pas forcément à l'origine ; il est, par exemple, impliqué lorsque le bras du sujet bouge, qu'il ait volontairement décidé d'exécuter cette action ou que quelqu'un lui déplace le bras.

Les idées délirantes d'influence sont l'équivalent pathologique de ce dernier cas de figure : elles sont la conséquence d'une perte du sens de l'agentivité, alors que le sens de la propriété est conservé. En revanche, dans les hallucinations verbales, le sens de l'agentivité et celui de la propriété sont altérés.

Au total, l'essence des SPR consiste en une dislocation des frontières psychiques et physiques entre individus. Cette définition permet de rapprocher des SPR les phénomènes opposés, durant lesquels certains patients ont le sentiment d'exercer une influence sur les autres<sup>[43]</sup>. Ils ne sont plus en mesure de déterminer qui cause quoi, et chez qui il le cause. Le sujet et ceux qui l'entourent deviennent alors une sorte d'entité indistincte, une parfaite confusion régnant dans le domaine de l'attribution des pensées et des actions à leurs auteurs respectifs.

La perte du sens de l'agentivité causant les SPR pourrait être favorisée par des anomalies du self-monitoring<sup>[44, 45]</sup> et de l'attribution des actions<sup>[46]</sup>. Selon cette hypothèse, les processus cognitifs permettant de se reconnaître ou de reconnaître autrui comme étant à l'origine d'une action donnée seraient altérés, ce qui conduirait le sujet à confondre ce qui est généré par lui et ce qui est généré par autrui. Cette altération favoriserait le développement des SPR.

#### Autres symptômes positifs

**Automatisme mental.** Les patients souffrant d'automatisme mental<sup>[47]</sup> ont le sentiment que leur pensée se déroule automatiquement, hors de leur contrôle. Dans l'automatisme mental, les patients n'ont pas le sentiment de subir l'emprise d'autrui, contrairement à ce que rapportent ceux qui souffrent de SPR.

**Hallucinations cénesthésiques.** Les hallucinations cénesthésiques consistent en des perceptions erronées impliquant la sensibilité profonde. Il peut s'agir, par exemple, de sensations de chaleur à l'intérieur de l'abdomen, de l'impression de vivre un rapport sexuel, d'une sensation bizarre au niveau de la boîte crânienne.

**Hallucinations olfactives.** Des hallucinations olfactives peuvent être observées dans la schizophrénie. Elles sont toutefois moins fréquentes que les hallucinations verbales. Les patients peuvent rapporter qu'ils sentent de mauvaises odeurs, qu'ils interprètent comme étant la conséquence de gaz que leurs voisins diffusent chez eux dans une optique malveillante.

**Hallucinations psychomotrices.** Les hallucinations psychomotrices se manifestent par la sensation de faire un mouvement alors que celui-ci n'est en réalité pas exécuté. Elles peuvent concerner les membres ou le corps en général, ou encore toucher la parole.

**Hallucinations visuelles et tactiles.** Les hallucinations visuelles et tactiles (concernant la sensibilité superficielle) sont rares dans la schizophrénie. Elles répondent beaucoup plus souvent à des causes toxiques ou organiques.

**Délire.** Les idées délirantes sont des convictions qui ne reposent pas sur des données issues du réel. Le délire est fréquemment élaboré à partir du vécu pathologique, dont les SPR et l'autonomisation d'une partie du fonctionnement mental<sup>[47]</sup>, mais aussi sur la base d'intuitions infondées ou d'interprétations erronées. Les idées délirantes sont le plus souvent détachées de tout facteur déclenchant rationnel. Ce socle peut néanmoins être alimenté par des éléments de la réalité, même si aucun rapport logique ne fait a priori le lien. Un patient convaincu qu'un complot se trame contre lui peut être renforcé dans sa croyance par le fait que la télévision évoque la question d'une secte, à travers l'intégration de la secte en question dans sa théorie du complot. Un autre patient considère que la couleur d'une voiture qui passe fortuitement dans la rue a un rapport avec l'ostracisme dont il est victime, du fait du message que lui délivre cette couleur lui enjoignant de rentrer chez lui au plus vite. Le rationalisme morbide est l'une des conséquences possibles d'une appréhension délirante de la réalité. Il consiste en la construction d'une interprétation du monde basée sur une logique inappropriée.

Les thèmes du délire peuvent être :

- la persécution (« on cherche à me nuire », « on agit contre moi »), entraînant généralement une méfiance ou une hostilité ;
- l'influence (« une force a pris le contrôle de moi ») ;
- la référence (« ce n'est pas par hasard que cela s'est produit : un message m'était destiné ») ;
- la possession (« un démon s'est emparé de mon corps ») ;
- la mégalomanie (« mes pouvoirs me conduisent à mettre en œuvre un grand projet ») ;
- les convictions mystiques (« j'ai une relation privilégiée avec Dieu, qui me guide ») ;
- l'hypocondrie (« je suis atteint d'une maladie » alors qu'aucune maladie ne justifie effectivement cette conviction) ou la négation d'organe (« je n'ai ni poumon, ni foie »).

Le délire associé à la schizophrénie est dit paranoïde. Contrairement au délire paranoïaque, qui est structuré, monothématique (centré sur un thème précis) et entraîne une conviction inébranlable (« un tel me porte préjudice »), le délire paranoïde est non structuré et polymorphe. L'intrication de plusieurs thèmes et son caractère flou rendent son contenu parfois difficile à saisir. Cette caractéristique peut être fortement accentuée, d'une part, par une conviction peu marquée et, d'autre part, par l'impact de la désorganisation.

Les SPR suscitent fréquemment chez le patient un état de suspicion à l'égard d'autrui. Le sentiment qu'il peut être manipulé à distance et le fait que des propos hallucinatoires désagréables ou insultants lui soient tenus de manière insistante le conduisent à taxer les autres de malveillance et à se méfier d'eux. Il ne sera pas, de ce fait, enclin à faire état de son vécu et seule une relation de confiance instaurée dans la durée permet éventuellement, à terme, de vaincre sa méfiance. Alors que les SPR et les troubles de l'expérience vécue en général restent le plus souvent secrets, le délire, en revanche, s'exprime ouvertement, parfois même de manière spectaculaire.

## Symptômes négatifs

Les symptômes négatifs peuvent être primaires ou secondaires aux symptômes positifs de la schizophrénie<sup>[48]</sup>. Ils touchent la sphère comportementale, l'idéation et la sphère affective (Tableau 4). Ils sont la conséquence d'une altération de la volonté, de la capacité à initier un discours ou des actions, de la motivation, de l'expressivité émotionnelle et du ressenti. Ils s'expriment donc par une perte dans les domaines émotionnel et comportemental, qui peut être aggravée par les déficits neurocognitifs associés. Ils sont au premier plan dans certaines formes de schizophrénie. Dans le sous-type résiduel, qui est une forme évolutive de la maladie, ils sont les seuls symptômes qui persistent. Dans le sous-type indifférencié, ils sont au premier plan d'un tableau clinique se caractérisant également par la présence d'une désorganisation ou de symptômes positifs modérés.

**Tableau 4.**  
Symptômes négatifs de la schizophrénie.

Symptôme	Description
Aboulie	Déficit de la volonté
Anergie	Perte d'énergie
Anhédonie	Incapacité à ressentir du plaisir
Apathie	Incapacité à réagir
Apragmatisme	Déficit de la capacité à entreprendre des actions
Désintérêt	Absence d'investissement du monde environnant
Froideur affective	Restriction de l'expression émotionnelle
Incurie	Incapacité à prendre soin de soi
Retrait social	Diminution des échanges interpersonnels

Les symptômes négatifs peuvent être à l'origine d'une importante incapacité fonctionnelle<sup>[8,49]</sup> d'autant plus importante qu'ils sont volontiers stables dans le temps<sup>[3]</sup> et résistants au traitement. Le fait que leur expression soit moins spectaculaire que celle des symptômes positifs ne les rend pas moins invalidants que ces derniers. Ils compromettent d'ailleurs plus sévèrement l'activité des patients qui en souffrent<sup>[50]</sup>.

Les symptômes négatifs touchant la sphère comportementale et l'idéation sont l'aboulie (affaiblissement de la volonté), l'appauvrissement du discours et l'apraxisme (manque d'énergie vitale conduisant à une incapacité à entreprendre des actions) et la perte des initiatives. La perte de la capacité à initier des actions peut entraîner, à l'extrême, une impossibilité à agir en dehors des sollicitations de l'environnement. Les symptômes négatifs touchant la sphère affective sont le retrait social, la pauvreté affective, l'apathie (incapacité à réagir aux stimulations de l'environnement), la perte de la capacité d'empathie (incapacité à appréhender ce que ressent autrui) et l'anhédonie (incapacité à éprouver du plaisir).

Le retrait social a été antérieurement interprété comme la conséquence d'un mécanisme actif de rupture des relations entre le sujet souffrant et le monde. Cette conception avait été développée par Bleuler. Cet auteur avait créé le terme autisme (qui a été repris ultérieurement en 1943 par Kanner pour désigner les psychoses chroniques se développant précocement chez l'enfant) pour caractériser l'absence de relation entre le monde extérieur et la réalité interne de la personne souffrant de schizophrénie. Ce terme, proche du mot composé autoérotisme proposé par Freud, met en avant la notion d'un renoncement actif de l'investissement du monde extérieur.

La froideur affective rend les patients qui en souffrent incapables de ressentir pleinement ou d'exprimer des émotions en adéquation avec les situations auxquelles ils sont confrontés, que ce soit en termes de contenu du discours, de prosodie, de mimique ou d'expression gestuelle. Leur perception des émotions exprimées par autrui peut également être altérée. Ils peuvent donc souffrir d'un déficit touchant leurs propres émotions aussi bien que celles que les autres manifestent. Ces deux types d'anomalies viennent renforcer les difficultés de communication des patients et aggravent ainsi fortement le déficit social lié à la schizophrénie. L'altération des processus émotionnels se manifeste par des malentendus, une incompréhension des situations ou un isolement relationnel. Le fait de ne pouvoir saisir ce qu'autrui ressent renforce en effet les difficultés d'adaptation en générant des erreurs dans l'appréhension des désirs et des objectifs d'autrui. De plus, le fait de ne pas pouvoir ressentir de la joie dans une situation joyeuse ou de la tristesse dans une situation triste rend les patients incapables de s'adapter aux événements qu'ils vivent et au milieu social dans lequel ils évoluent. Eugène Minkowski<sup>[51]</sup> avait proposé d'appeler asyntonie cette rupture d'harmonie avec l'environnement, à laquelle il accordait une place centrale dans le vécu schizophrénique.

Des études ont montré que les émotions, qu'elles soient exprimées sur des visages ou par d'autres canaux, sont mal discriminées par les patients souffrant de schizophrénie<sup>[52-53]</sup>. Le déficit de perception des émotions faciales d'autrui est présent dès l'entrée dans la maladie<sup>[56]</sup> et il est stable dans le temps. De ce fait, il représente



une cause majeure d'altération du fonctionnement social. Plusieurs mécanismes contribuent à cette anomalie du traitement des émotions. D'une part, les troubles de l'attention fréquemment associés à la schizophrénie entraînent une impossibilité de se concentrer sur les informations pertinentes du visage en laissant les autres de côté, jouant ainsi un rôle aspécifique dans l'incapacité à reconnaître les émotions faciales exprimées par autrui. D'autre part, des déficits plus spécifiques interviennent également dans la genèse du déficit de reconnaissance émotionnel, dont une mauvaise exploration visuelle<sup>[57]</sup> et des altérations du traitement des informations faciales. Parmi ces dernières, l'extraction des informations configurales (mécanisme permettant l'intégration de toutes les données visuelles en rapport avec un visage en un tout<sup>[54]</sup>) contribue fortement à la mauvaise appréciation des informations faciales associée à la schizophrénie.

## Désorganisation

La désorganisation se caractérise par une incapacité à construire un comportement ou un discours cohérents. Elle affecte donc les actes, aussi bien que le langage, et se manifeste par la mise en œuvre d'actions bizarres ou incohérentes, de propos irrationnels ou n'ayant pas de rapport avec le contexte, l'utilisation de néologismes, ainsi que la présence de troubles syntaxiques. Le concept de désorganisation est apparenté à la dissociation de Bleuler<sup>[1]</sup> et la discordance de Chaslin<sup>[58]</sup>. La dissociation désigne le trouble des associations (*spaltung* en allemand) sous-jacent aux anomalies des pensées, du discours, du comportement et des émotions observées dans la schizophrénie. La discordance caractérise la nature contradictoire de certaines émotions, décisions ou actions parfois associées à la schizophrénie. La discordance a été interprétée comme découlant de la dissociation<sup>[59]</sup>. Pour Bleuler, la dissociation constituait l'un des symptômes fondamentaux de la schizophrénie. Ces symptômes ont été appelés les 4 A de Bleuler. Outre le trouble des associations, ils comprennent l'ambivalence, l'autisme et la présence d'affects inappropriés.

La désorganisation (Tableau 5) peut affecter le cours de la pensée, la construction du langage, le comportement et les affects<sup>[60]</sup>. Les troubles du cours de la pensée peuvent se caractériser par un discours circonlocutoire (empruntant des chemins très indirects avant d'atteindre son but), une tangentialité, des barrages, une incohérence, une pensée illogique ou digressive, des associations par assonances (un patient évoquant la notion de renoncement peut ainsi être amené à associer avec « céramique, renoncules, particules, etc. ») ainsi que par un discours allusif ou diffluent. Les troubles du langage se manifestent par des néologismes (par exemple « mortualitaire, sérénicalmeté »), des paralogismes, un agrammatisme et une schizophasie. Le langage désorganisé est ainsi parfois complètement incompréhensible. De plus, il n'est pas toujours destiné à être compris, en particulier lorsque l'interlocuteur n'est pas pris en compte. Les troubles du comportement et des affects consécutifs à la désorganisation se caractérisent par l'ambivalence, le maniérisme, des actes insolites, une bizarrerie, une impénétrabilité, un négativisme ou la présence de rires immotivés. Le comportement désorganisé ne répond pas à des motivations explicites. Incohérent, il est constitué d'actions ne s'enchaînant pas rationnellement.

La désorganisation peut, à l'instar de la dimension négative, contribuer à l'installation d'une incurie. Celle-ci se manifeste parfois sous la forme d'un syndrome de Diogène, qui associe une absence complète de soins domestiques avec accumulation d'objets et de débris à une négligence extrême de l'hygiène corporelle. Ces manifestations font l'objet d'un déni.

Plusieurs travaux ont mis en relation la désorganisation avec certains troubles spécifiques des fonctions exécutives. Les troubles en question affectent en particulier la capacité à appréhender de manière globale des séquences d'actions (hiérarchisation des actions) et la capacité à sélectionner des actions pertinentes (contrôle cognitif). La désorganisation est en effet associée à une incapacité à mettre dans un ordre pertinent les différentes étapes d'une séquence d'action, qu'elle implique ou non la théorie de l'esprit<sup>[61]</sup>. Elle est également associée à une altération de la prise en compte des informations contextuelles dans le choix d'une action<sup>[62]</sup>.

**Tableau 5.**

Désorganisation schizophrénique.

Symptôme	Description
<i>Troubles du cours de la pensée et du langage</i>	
Agrammatisme	Syntaxe inappropriée
Barrages	Arrêts du discours brutaux et injustifiés par le contexte
Discours circonlocutoire	Discours circulaire, se dirigeant vers son but par des voies indirectes
Discours allusif	Nombreux sous-entendus inappropriés
Discours diffluent	Discours se dispersant en direction de buts trop nombreux et non cohérents
Incohérence du discours, schizophasie	Langage peu ou non compréhensible
Néologismes	Invention de mots nouveaux
Paralogismes	Attribution d'un sens nouveau à des mots existants
Pensée illogique	Articulations irrationnelles du discours
Tangentialité	Réponses aux questions indirectes ou inappropriées
<i>Troubles du comportement et des affects</i>	
Actes insolites	Comportement irrationnel
Ambivalence	Coexistence de deux intentions opposées
Bizarrerie	Étrangeté du comportement et des affects
Désorganisation du comportement	Incohérence des actions
Désorganisation émotionnelle	Rires immotivés, ambivalence affective
Impénétrabilité	Inaccessibilité émotionnelle
Maniérisme	Gestuelle excessive ou déplacée
Négativisme	Attitude d'opposition active

## Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs associés à la schizophrénie ne sont pas spécifiques de la maladie, mais ils sont invalidants et fréquents. Les troubles cognitifs primaires doivent être distingués des troubles cognitifs secondaires aux symptômes (par exemple, les patients très délirants ou très hallucinés souffrent consécutivement d'une difficulté pour se concentrer) et des troubles cognitifs iatrogènes.

Selon les normes établies pour la population générale, 70 à 80 % des patients souffrant de schizophrénie présentent des troubles neurocognitifs<sup>[63]</sup>. Lorsque le propre fonctionnement pré-morbide des patients est pris comme référence, une altération du fonctionnement neurocognitif est observée chez pratiquement chacun d'entre eux<sup>[64]</sup>. Les troubles neurocognitifs les plus fréquents touchent la mémoire (en particulier la mémoire de travail et la mémoire verbale à long terme), l'attention (dont l'attention soutenue, l'attention visuospatiale et l'attention sélective), la vitesse de traitement et les fonctions exécutives (dont la flexibilité cognitive, la planification, le traitement du contexte et la capacité à générer des actions ou des concepts dont l'altération est, en particulier, à l'origine d'une diminution de la fluence verbale)<sup>[65]</sup>.

À l'instar des symptômes, l'expression des troubles neurocognitifs associés à la schizophrénie est hétérogène et leur présence n'est que faiblement corrélée à la plainte cognitive des patients. De ce fait, les troubles d'un patient donné ne peuvent être objectivés qu'à travers les résultats d'un bilan neuropsychologique<sup>[65]</sup>, qui sont utiles pour élaborer un projet de réinsertion socioprofessionnelle adapté à ses capacités et peuvent, le cas échéant, servir de cibles dans le cadre d'une remédiation cognitive<sup>[66]</sup>. Ces cibles ne représentent toutefois que des variables

intermédiaires dans la mesure où l'objectif réel de la remédiation cognitive est la capacité à affronter les tâches de la vie quotidienne. Traiter les troubles neurocognitifs est un enjeu important, dans la mesure où ils conditionnent fortement le pronostic fonctionnel de la maladie<sup>[67]</sup>.

La schizophrénie est associée non seulement à des troubles neurocognitifs, mais aussi à des troubles de la cognition sociale<sup>[68]</sup>. La cognition sociale recouvre l'ensemble des processus de traitement de l'information qui sous-tendent les relations interpersonnelles. Elle repose sur le traitement des informations faciales, le traitement de la prosodie, le traitement des informations gestuelles, la théorie de l'esprit, la métareprésentation, etc. Une altération de ces processus peut favoriser la production des symptômes positifs (du fait de l'incompréhension des intentions et desirs d'autrui qui conduit le patient à délirer), aussi bien que celle des symptômes négatifs (du fait d'un retrait social causé par cette incompréhension). Les troubles de la cognition sociale ont donc fréquemment un retentissement majeur sur l'insertion sociale ou professionnelle, qui vient accentuer l'effet des troubles neurocognitifs.

## ■ Comorbidités

### Troubles de l'humeur

Une dépression peut compliquer l'évolution de la schizophrénie et aggraver sévèrement son pronostic. Cette dépression secondaire, ou dépression postpsychotique, doit être distinguée des symptômes négatifs, de la dysphorie induite par les neuroleptiques, de l'akinésie du syndrome parkinsonien causé par les neuroleptiques, des fluctuations thymiques associées aux épisodes psychotiques aigus, ainsi que de l'épisode schizodépressif du trouble schizoaffectif. La prévalence de la dépression associée à la schizophrénie est comprise entre 6 et 75 %<sup>[69]</sup>.

En outre, il existe un continuum allant de la schizophrénie au trouble bipolaire, en passant par le trouble schizoaffectif. Dans le trouble schizoaffectif, le tableau dépressif est concomitant de la période psychotique la plus active, alors que la dépression secondaire succède à cette période.

### Addictions

La schizophrénie est fréquemment associée à une consommation de tabac, de cannabis ou d'alcool. Environ deux tiers des patients souffrant de schizophrénie fument du tabac<sup>[70]</sup>. Près de la moitié d'entre eux consomme du cannabis<sup>[71]</sup>. Enfin, environ un patient sur 13 consomme de l'alcool de manière excessive<sup>[72]</sup>.

Les interactions entre consommation de cannabis et symptômes psychotiques sont complexes. Les effets hallucinogènes du cannabis sont connus depuis le XIX<sup>e</sup> siècle<sup>[73]</sup>. En outre, une consommation régulière de cannabis à l'âge de 15 ans augmente le risque d'entrée ultérieure dans la schizophrénie<sup>[74]</sup>.

## ■ Formes cliniques de la schizophrénie

### Généralités

La schizophrénie est née du regroupement par Kraepelin de la démence paranoïde avec l'hébétéphrénie et la catatonie. L'hébétéphrénie, qui se caractérisait par l'expression prédominante d'un appauvrissement relationnel et intellectuel (c'est-à-dire une importante désorganisation selon les conceptions actuelles) sans délire patent, n'existe plus aux classifications récentes, dont le DSM IV-TR<sup>[75]</sup>. La schizophrénie simple, peu symptomatique et d'évolution lente, et l'héboïdophrénie (ou schizophrénie pseudopsychopathique), associant passages à l'acte impulsifs violents et désorganisation, sont deux autres formes cliniques qui n'appartiennent plus aux classifications. Les formes cliniques mentionnées ci-dessous sont les formes retenues dans le DSM IV-TR<sup>[75]</sup>.

### Schizophrénie paranoïde

La schizophrénie est dite paranoïde lorsque les symptômes positifs sont au premier plan.

### Schizophrénie désorganisée

La schizophrénie est dite désorganisée lorsque la désorganisation est au premier plan.

### Schizophrénie indifférenciée

La schizophrénie est dite indifférenciée lorsque le tableau clinique ne se caractérise pas par une prédominance des symptômes positifs, des symptômes catatoniques ou de la désorganisation. Lorsque ces symptômes sont présents, ils ne sont pas intenses. Ils sont généralement associés à des symptômes négatifs.

### Schizophrénie catatonique

Les formes catatoniques de schizophrénie sont rares. Elles se caractérisent par la présence de troubles moteurs spécifiques. Les principaux symptômes catatoniques sont la catalepsie, une activité motrice excessive stérile non influencée par des stimulations extérieures, un négativisme, des positions ou mouvements bizarres ou stéréotypés, ainsi que les attitudes en miroir.

La catalepsie est une suspension complète de l'activité motrice volontaire. L'attitude du patient est figée dans une position qui reste modifiable par l'observateur, dans le cadre d'une flexibilité cireuse. Expression d'une moindre intensité, la stupeur est l'absence d'activité motrice volontaire, sans que le patient ne soit figé dans une attitude bizarre et plastique. Le négativisme est une résistance non justifiée aux consignes avec maintien d'une attitude rigide non modifiable.

L'échopraxie, l'échomimie et l'écholalie sont des attitudes en miroir, touchant respectivement les gestes, les mimiques et le langage. Le patient répète ainsi ce que fait ou dit son protagoniste.

La catatonie peut se manifester également par des persévérations motrices ou verbales, qui se caractérisent par la répétition inopportune de certains gestes ou de certaines paroles, et par une suggestibilité. La suggestibilité catatonique désigne l'obéissance automatique aux ordres et non le fait d'être influençable.

### Schizophrénie résiduelle

La schizophrénie résiduelle est une forme évolutive de la maladie, qui se développe après une phase paranoïde, catatonique ou indifférenciée et se caractérise par une symptomatologie peu intense.

## ■ Modèles catégoriels et dimensionnels de la schizophrénie et des psychoses

De nombreux auteurs se sont interrogés sur la pertinence de l'approche catégorielle de la schizophrénie et des psychoses de l'adulte en général<sup>[76,77]</sup>. Les troubles tels qu'ils ont été décrits représentent-ils en effet des ensembles distincts, répondant à des mécanismes physio- ou psychopathologiques spécifiques et ayant des caractéristiques propres, ou ne sont-ils qu'une tentative de modélisation de l'hétérogénéité psychotique ? Face à la classique approche catégorielle, qui a l'avantage d'être plus explicite en termes de conduite à tenir, mais l'inconvénient d'être réductrice, certains ont proposé d'adopter une optique dimensionnelle. Dans cette perspective, les regroupements nosographiques usuels sont considérés comme le produit de frontières placées arbitrairement sur plusieurs continuums reliant, d'une part, la « normalité » à la pathologie et, d'autre part, une forme clinique à une autre ou une catégorie nosographique à une autre. En décalant la

position de ces frontières, on peut, par exemple, aisément substituer une nosologie à trois entités (la schizophrénie, le trouble bipolaire et une catégorie intermédiaire : le trouble schizo-affectif) à une nosologie à deux entités (la schizophrénie et le trouble bipolaire).

L'approche catégorielle postule l'existence de déficits fondamentaux à l'origine de tout ou partie de la symptomatologie d'une catégorie diagnostique ou d'une forme clinique. En ce qui concerne par exemple le cas de la schizophrénie, certains auteurs expliquent la production de l'ensemble des symptômes ou tout au moins celle des symptômes fondamentaux par une anomalie singulière, comme un trouble des associations<sup>[1]</sup>, un déficit attentionnel<sup>[78]</sup>, une anomalie du traitement de l'information contextuelle<sup>[79]</sup>, une défaillance de la conscience auto-néotique<sup>[80]</sup> ou encore une dysmétrie cognitive<sup>[81]</sup>.

L'approche dimensionnelle postule l'existence de formes de passage entre les affections telles qu'elles sont classiquement décrites. Selon cette conception, il importe plus de situer les patients de manière relative que de les inclure dans des cadres strictement définis. Cette approche est étayée par le fait qu'aucune caractéristique n'a jusqu'à maintenant permis de décrire correctement les troubles dans leur ensemble et que tous les symptômes sont de nature transnosographique. Les déficits fondamentaux seraient donc sous-jacents aux symptômes plus qu'aux troubles.

Les études cliniques n'ont pas davantage que les études génétiques réussi à départager la schizophrénie du trouble bipolaire<sup>[82]</sup>. En effet, les études décrivant la symptomatologie des patients psychotiques à l'aide des critères les plus spécifiques possibles des deux tableaux cliniques n'ont pas permis de tracer une frontière nette entre eux. Les cas intermédiaires sont plus nombreux que les cas typiques des catégories nosographiques existantes<sup>[83]</sup>. Enfin, l'évolution sur 5 à 8,4 ans de 127 patients issus du même échantillon a montré qu'il existait des relations linéaires entre un score de symptomatologie sur dix points s'étendant de la schizophrénie typique à la psychose maniacodépressive typique et six scores évaluant l'évolution aussi bien symptomatique que professionnelle ou sociale des patients<sup>[84]</sup>. Il s'est ainsi avéré impossible de distinguer catégoriquement ces deux entités cliniques.

La notion d'une psychose unique avait déjà été proposée par Morel<sup>[85]</sup> au XIX<sup>e</sup> siècle. Pour cet auteur, la catégorisation des aliénés d'après les troubles des facultés intellectuelles ou affectives était stérile. Crow<sup>[86]</sup> a proposé l'existence d'un continuum psychotique allant du trouble affectif unipolaire (dépression récurrente) à la schizophrénie déficitaire en passant par le trouble bipolaire, le trouble schizo-affectif et la schizophrénie non déficitaire. Plus récemment, van Os et al.<sup>[87]</sup>, s'appuyant sur une étude épidémiologique en population générale sur 7076 personnes, ont montré que les symptômes psychotiques ne sont pas l'apanage de la pathologie (schizophrénie ou trouble bipolaire), mais qu'ils peuvent également s'exprimer chez des personnes ne répondant pas à un diagnostic de trouble psychotique. Les personnes saines et celles souffrant de troubles psychotiques pourraient ainsi être situées aux deux extrémités d'un même continuum. De plus, les apparentés de patients souffrant de schizophrénie et de trouble schizo-affectif présentent des symptômes schizotypiques appartenant aux mêmes dimensions symptomatiques (positive, négative et désorganisée) que ceux qui sont observés chez leur proche malade<sup>[88]</sup>. Il pourrait donc exister un continuum par dimension symptomatique.

Les troubles tels qu'ils sont décrits actuellement pourraient donc résulter de limites tracées arbitrairement sur ces continuums. La difficulté à définir des frontières diagnostiques pertinentes est un argument en faveur de l'étude des symptômes ou des ensembles de symptômes (les syndromes ou dimensions) plutôt que des troubles. Considérant, par exemple, la dimension désorganisée, certains auteurs ont recherché les spécificités des troubles exécutifs qui lui sont liées<sup>[62]</sup> et d'autres les facteurs génétiques qui contribuent à son développement<sup>[89]</sup>. Chez 224 jumeaux, un regroupement familial significatif des formes désorganisées et de certains autres symptômes appartenant aux dimensions négative, maniaque et psychotique générale a ainsi pu être mis en évidence<sup>[89]</sup>.

## ■ Diagnostic de la schizophrénie

### Diagnostic positif

Le diagnostic de schizophrénie est purement clinique : il n'existe aucune anomalie biologique ou structurale spécifique. Toutefois, devant un tableau évocateur de schizophrénie, des examens paracliniques – voir plus bas – doivent impérativement être réalisés à des fins de diagnostic différentiel puisque différentes causes organiques sont susceptibles de générer des symptômes d'allure schizo-affectif.

Une étude réalisée à la fin des années 1960 a montré que les diagnostics posés à Londres et à New-York différaient considérablement de part et d'autre de l'Atlantique<sup>[90]</sup>. Ce travail a largement favorisé la démarche d'harmonisation de la pratique diagnostique, qui a nécessité la définition de critères diagnostiques, actuellement largement utilisés. Les critères de la Classification internationale des maladies 10 (CIM-10)<sup>[91]</sup> et du DSM IV-TR<sup>[75]</sup> permettent ainsi d'envisager les troubles psychiatriques de manière homogène d'un praticien à l'autre et d'un centre à l'autre.

### Diagnostic selon la dixième édition de la Classification internationale des maladies

Le diagnostic de schizophrénie selon la CIM 10<sup>[91]</sup> requiert la présence de certains symptômes pendant plus de 1 mois. Les formes cliniques retenues par cette classification sont la schizophrénie paranoïde, la schizophrénie hétéro-affectif (se rapprochant de la forme désorganisée du DSM IV-TR), la schizophrénie catatonique et la schizophrénie indifférenciée.

Le diagnostic de schizophrénie selon la CIM 10 peut reposer sur la présence d'au moins l'un des symptômes suivants :

- écho de la pensée, pensées imposées, retrait de la pensée ou diffusion de la pensée ;
- syndrome d'influence ou perception délirante ;
- hallucinations verbales en deuxième ou en troisième personne ou autres types de voix hallucinatoires provenant du corps du patient ;
- délire persistant, culturellement inapproprié et rationnellement impossible.

Il peut également reposer sur l'association de deux des symptômes suivants :

- hallucinations persistantes quelle qu'en soit la modalité, présentes tous les jours pendant au moins 1 mois, lorsqu'elles sont accompagnées d'un délire sans contenu affectif patent ou d'idées surinvesties et persistantes ;
- néologismes, barrages ou troubles du cours de la pensée, entraînant un discours incohérent ou illogique ;
- comportement catatonique, tel qu'une excitation, une flexibilité cirreuse, un négativisme, un mutisme ou une stupeur ;
- symptômes négatifs (non consécutifs à une dépression ou au traitement par neuroleptique), tels qu'une apathie, une pauvreté du discours, un émoussement ou une incongruité des réponses émotionnelles.

### Diagnostic selon le Diagnostic and statistical manual of mental disorder IV texte révisé (DSM IV-TR)

Parmi les classifications actuelles, le DSM IV-TR<sup>[75]</sup> est la plus utilisée. Elle prend en compte non seulement l'expression clinique de la maladie (les symptômes, mais pas les troubles neurocognitifs), une fois que les diagnostics différentiels ont été écartés, mais également la chronicité du trouble et son retentissement (ce qui conduit à ne pas considérer comme souffrant de schizophrénie les personnes atteintes de symptômes psychotiques en population générale<sup>[92]</sup>).

Les critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM IV-TR sont :

A. Symptômes caractéristiques : deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes pendant une période d'au moins 1 mois (ou moins, si elles ont répondu favorablement au traitement) :

- idées délirantes ;
- hallucinations ;
- discours désorganisé (c'est-à-dire « coqs-à-l'âne » fréquents ou incohérence) ;
- comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ;
- symptômes négatifs, par exemple émoussement affectif, alogie, ou perte de volonté.

NB : un seul symptôme du critère A seulement est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

B. Dysfonction sociale/des activités : pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un domaine ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auquel on aurait pu s'attendre).

C. Durée : des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c'est-à-dire symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels.

Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux symptômes ou plus des symptômes figurant dans le critère A présents sous une forme atténuée (par exemple croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. Exclusion d'un trouble schizoaffectif et d'un trouble de l'humeur : un trouble schizoaffectif et un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active ; soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

E. Exclusion d'une affection médicale général/due à une substance : la perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une drogue donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une affection médicale générale.

F. Relation avec un trouble envahissant du développement : en cas d'antécédent de trouble autistique ou d'un autre trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou les hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins 1 mois ou moins quand elles répondent favorablement au traitement.

## Diagnostic selon le Diagnostic and statistical manual of mental disorders V (DSM V)

Les critères diagnostiques de la schizophrénie devraient peu évoluer avec le DSM V, qui sera publié en mai 2013. Selon le site Web de l'American Psychiatric Association ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)), les critères B à F ne devraient pas être modifiés. Le critère A devrait être légèrement modifié. De plus, les sous-types de schizophrénie ne devraient plus faire partie du DSM V, du fait de leur peu d'utilité diagnostique et de leur instabilité temporelle. Il devrait être recommandé de se référer plutôt aux dimensions schizoéphréniques.

Le critère A devrait être formulé de la sorte dans le DSM V :

A. Symptômes caractéristiques : deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes pendant une période d'au moins 1 mois (ou moins, si elles ont répondu favorablement au traitement). Au moins l'une d'entre elles devrait inclure (1), (2) ou (3) :

- (1) idées délirantes ;
- (2) hallucinations ;
- (3) discours désorganisé ;
- (4) comportement psychomoteur grossièrement perturbé, tel qu'une catatonie ;

- (5) symptômes négatifs, par exemple diminution des affects, alogie, ou retrait social.

Dans le critère A du DSM V, la notion de comportement désorganisé devrait être supprimée. Il paraît en effet pertinent de ne plus associer ce symptôme à la catatonie, tel que le DSM IV-TR le proposait, car la désorganisation et la catatonie représentent l'expression d'entités symptomatiques distinctes. Le comportement désorganisé ne devrait pas non plus être regroupé avec le discours désorganisé, du fait de sa moindre valeur diagnostique par rapport à ce dernier. En ce qui concerne les symptômes négatifs, l'émoussement des affects (*flat affect*) devrait être remplacé par la diminution des affects (*restricted affect*) afin de mieux caractériser le déficit non seulement du ressenti, mais également de l'expression émotionnelle, associé à la schizophrénie. De la sorte, les deux dimensions négatives (diminution des affects et alogie/retrait social) seraient représentées. La mention spécifiant qu'un seul symptôme est requis pour le diagnostic si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations sont schneidériennes devrait être supprimée, dans la mesure où ces caractéristiques ne sont pas pathognomoniques. En revanche, une mention précisant que la présence d'un délire, d'hallucinations ou d'un discours désorganisé est requise pour poser le diagnostic devrait être ajoutée. L'ajout des déficits cognitifs aux symptômes caractéristiques a été envisagé<sup>[93]</sup>, mais n'a pas été retenu du fait de leur manque de spécificité diagnostique. Leur place centrale dans la psychopathologie de la schizophrénie a, en revanche, été reconnue, ainsi que la nécessité de les évaluer de manière objective.

## Diagnostic différentiel

### Lors d'un épisode aigu

Face à un tableau psychotique aigu, il est indispensable d'éliminer systématiquement une cause organique, iatrogène ou toxique (Tableau 6)<sup>[94]</sup>. La présence de symptômes confusionnels (désorientation temporo-spatiale et trouble de la vigilance) et d'hallucinations visuelles est en faveur d'une telle étiologie, mais elle ne n'est pas systématique. Le bilan paraclinique comprend une numération-formule sanguine, un dosage de la *thyroid stimulating hormone* ultrasensible (TSHus), un ionogramme, une glycémie, une calcémie, un électrocardiogramme, une recherche de toxiques et un examen d'imagerie cérébrale (tomodensitométrie ou imagerie par résonance magnétique).

Un diagnostic de schizophrénie ne peut être retenu qu'après la recherche infructueuse de certaines affections organiques et de complications iatrogènes ou toxiques. En outre, la schizophrénie est un trouble chronique. En l'absence de cause organique ou iatrogène, un épisode psychotique aigu doit faire évoquer, durant les premières semaines d'évolution, un épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques (ou manie délirante, dans laquelle les manifestations thymiques sont au premier plan, évoluant vers une rémission puis une récurrence), un trouble schizoéphréniforme (évoluant favorablement en moins de 6 mois), un trouble psychotique bref (évoluant favorablement en moins de 1 mois), ainsi qu'un deuil pathologique et une psychose puerpérale (l'origine de ces deux dernières causes est aisée à identifier d'après l'histoire récente du patient).

### Face à un tableau chronique

La schizophrénie doit être distinguée du trouble délirant, du trouble bipolaire, ainsi que d'une personnalité schizotypique ou schizoïde. Contrairement à la schizophrénie, le délire est systématisé et il n'y a ni symptômes négatifs, ni désorganisation dans le trouble délirant. Un trouble bipolaire dont les épisodes thymiques se caractérisent par la présence de symptômes psychotiques peut certes s'exprimer temporairement comme une schizophrénie, mais l'évolution et les antécédents sont différents.

Certains troubles de personnalité adoptent à minima certaines caractéristiques de la schizophrénie. Il s'agit du retrait social et de la froideur pour la personnalité schizoïde, ainsi que des idées non délirantes de références, de la bizarrerie et de la méfiance pour la personnalité schizotypique. Néanmoins, ces troubles de

**Tableau 6.**  
Diagnostic différentiel de la schizophrénie : symptômes psychotiques d'origine organique ou iatrogène.

Étiologies	Affections en cause
Métaboliques	Porphyries Maladie de Wilson Troubles du cycle de l'urée Adrénoleucodystrophie
Endocriniennes	Dysthyroïdies Syndrome de Cushing Maladie d'Addison Syndrome de Sheehan
Infectieuses	Infection à VIH Syphilis Neurocysticercose Toxoplasmose cérébrale
Inflammatoires et systémiques	Lupus Sclérose en plaques
Neurologiques	Maladie de Huntington Tumeur cérébrale AVC Syndrome de Fahr (calcification massive des noyaux gris centraux) Syndrome MELAS (Myopathie mitochondriale, Encéphalopathie, Acidose Lactique et pseudo-épisodes vasculaires cérébraux ou <i>stroke-like</i> )
Chromosomiques	Syndrome de Di George (22q11DS) Syndrome de Prader-Willi Dysgénésies gonadiques
Iatrogènes	Corticoïdes Alpha-méthyl-dopa Anticholinergiques Amphétamines
Toxiques	Monoxyde de carbone Dérivés organophosphorés Mercure Sulfure de carbone Plomb Chlorure de méthyle Éthanol Hallucinogènes Ergot de seigle Alcool (intoxication et sevrage) Amphétamines Cannabis

AVC : accident vasculaire cérébral ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

personnalité ne sont pas associés aux symptômes caractéristiques de la schizophrénie que sont le délire, les hallucinations, la désorganisation et les symptômes négatifs.

## ■ Évolution de la schizophrénie

La schizophrénie peut évoluer de manière favorable (amélioration, voire quasi-disparition des symptômes et insertion socioprofessionnelle satisfaisante), intermédiaire (stabilisation sur un mode déficitaire, avec prédominance des symptômes négatifs, ou délirants) ou défavorable (dégradation progressive avec aggravation des symptômes positifs, négatifs ou de la désorganisation)<sup>[95]</sup>. Cette hétérogénéité évolutive plaide en faveur de l'instauration de plans de soin individualisés. La sévérité globale du trouble a pour conséquences pratiques le recours à un étayage soutenu et à une coordination des professionnels prenant en charge un même patient. L'articulation entre l'intervention des soignants et des personnes du milieu médicosocial doit être particulièrement soignée.

Enfin, il faut toujours garder à l'esprit le risque majeur le suicide. Le taux de suicides est en effet très élevé dans la schizophrénie. Il pourrait atteindre environ 15 % des patients<sup>[5]</sup>. La qualité des soins est le seul remède efficace face à ce risque.

## ■ Cas cliniques

### Cas clinique 1 : Alain, 42 ans. Délire de persécution et de référence

Ce patient est marié et père de trois enfants mineurs. Il a exercé une profession manuelle en intérim jusqu'à l'année dernière. Il se sent épié, a l'impression que sa famille subit une influence qu'il ne se sent pas en mesure de définir, mais qui lui procure une angoisse extrêmement importante. En outre, certaines couleurs, comme par exemple le jaune, exerceraient une emprise directe sur son fonctionnement mental et il demande à son épouse d'éviter de les utiliser dans la décoration et l'habillement. Leur existence quotidienne se trouve singulièrement compliquée par ce genre de considérations. De plus, son activité professionnelle a toujours été très instable, jusqu'à ce qu'il ne puisse plus du tout travailler, parce qu'il était régulièrement persuadé que certains de ses supérieurs lui étaient hostiles, ce qui le conduisait à démissionner de manière itérative.

### Cas clinique 2 : Alberte 49 ans. Hallucinations verbales

Cette patiente mariée, sans profession, est mère de quatre grands enfants ayant quitté le domicile parental. Elle entend les voisins parler d'elle en des termes peu flatteurs, mais elle ne trouve personne lorsqu'elle sort sur le palier pour voir qui s'exprime ainsi. Elle reste persuadée néanmoins que ces voix émanent de personnes physiques. Elle ne supporte pas qu'on l'agresse ainsi et son comportement s'en trouve modifié. En effet, elle ne voit de ce fait plus personne, hormis son mari avec lequel elle n'échange que des monosyllabes, des insultes ou des coups. Elle jette régulièrement des objets par la fenêtre et a même détruit une canalisation dans son appartement, sans raison objective. Elle ne se reconnaît pas comme étant malade.

### Cas clinique 3 : Édouard, 37 ans. Délire mégalomane, hallucinations verbales et schizophasie

Ce patient divorcé, père d'un enfant de 3 ans, n'a jamais travaillé. Il est convaincu d'être à l'origine d'importantes découvertes scientifiques qu'il décrit en termes ésotériques. Il pense appartenir à l'institut Pasteur, être professeur de médecine, et il se présente parfois dans les services d'urgences des hôpitaux lyonnais pour faire part de ses trouvailles. Il s'exprime dans un jargon créé par lui et compréhensible par lui seul. L'interlocuteur ne trouve généralement pas de sens à son discours qui peut s'avérer déconcertant pour le néophyte. Un récit événementiel se mêle parfois à ses phrases mystérieuses, mais seule une attention soutenue permet alors de le débusquer. Le patient entend presque en permanence des voix parlant entre elles de sujets divers. Leur discours alimente abondamment sa créativité. Il est accoutumé à ce phénomène à l'égard duquel il n'éprouve aucune animosité et qui ne l'inquiète pas.

### Cas clinique 4 : Baptiste, 32 ans. Suggestibilité schizophrénique, maniérisme, hallucinations verbales et idées délirantes de lecture de la pensée

Ce patient célibataire, sans profession, vit chez ses parents. Il passe ses journées dans sa chambre qu'il ne quitte que si on le sollicite. Il n'entreprend aucune action de son propre chef,

mais adhère apparemment assez facilement à ce qu'on lui propose. Il adopte un comportement étrange au contact d'autrui (citons deux exemples : il tend l'auriculaire lorsqu'on veut lui serrer la main ; il s'adresse à l'autre comme si celui-ci était déjà au courant de ses propres idées, qu'il ne serait donc pas nécessaire de lui communiquer, et cela donne en permanence l'impression qu'il y a des sous-entendus dans la conversation). Il est persuadé d'être doté d'une audition particulièrement fine qui lui permettrait d'entendre des gens s'exprimant dans une autre allée de l'immeuble que la sienne ou même dans un autre bâtiment. De ce fait, il entend les conversations d'inconnus échangeant entre eux sur divers sujets. Il ne s'en plaint pas et ne confie d'ailleurs cela que de façon anecdotique. Enfin, ses pensées pourraient être lues par autrui et il n'a donc que peu besoin de parler à voix haute puisque les autres connaissent par ce moyen ce qu'il pense et ce qu'il veut.

### Cas clinique 5 : Nicolas, 30 ans. Désorganisation et hallucinations verbales

Ce patient célibataire, sans profession, est institutionnalisé depuis quatre ans. Il porte toujours les mêmes vêtements qu'il ne quitte même pas la nuit, enfilant alors son pyjama par-dessus avant de se coucher les pieds sur l'oreiller et la tête au pied du lit. Il arbore régulièrement un sourire hilare qu'on ne sait à quoi attribuer. Il lui arrive d'observer longuement un véhicule ou un objet de son environnement quotidien sans qu'on puisse savoir ce qui le fascine en eux. Il n'entreprend par ailleurs aucune démarche efficace pour quitter l'hôpital et n'est d'ailleurs pas capable de s'inscrire dans le moindre projet nécessitant une implication autre que ponctuelle. Il confie parfois entendre une voix de femme qui s'adresse à lui, mais refuse de dévoiler le contenu de ses paroles. D'autres fois, il s'introduit divers objets (papier, mousse à raser, etc.) dans les conduits auditifs, probablement pour ne pas entendre des discours ou des bruits désagréables, quoiqu'il invoque généralement des explications inopinées.

### Cas clinique 6 : Corinne, 26 ans. Retrait affectif et hallucinations verbales

Cette jeune femme célibataire, vit seule et bénéficie d'un contrat de réinsertion professionnelle dans une crèche. Sa famille la décrit comme une personne qui a toujours été extrêmement solitaire et n'a jamais noué aucune relation proche ni avec les membres de sa nombreuse fratrie, ni avec quiconque d'ailleurs. Sa vie sociale a donc toujours été très pauvre et elle n'a actuellement aucune occasion de rencontre en dehors des employés de la crèche et du personnel soignant du centre hospitalier qui la prend en charge. Elle ne se plaint nullement de cet état de fait et ne cherche pas à enrichir une existence particulièrement routinière. Elle n'exprime spontanément que très peu d'émotions et rien ne semble la toucher. À la suite du décès de son père chez lequel elle vivait, elle s'est retrouvée seule dans la maison familiale où elle s'est enfermée dans le noir et dont elle n'a été délivrée par l'une de ses sœurs que tardivement, étant donné le peu de liens qui existait entre elles et l'effort qu'un tel geste a nécessité. À son entrée à l'hôpital, elle a avoué entendre des voix, dont elle n'a jamais voulu préciser les caractéristiques. Peu de temps après, elle a commencé à dénier l'existence de telles manifestations. Elle a toujours manifesté une attitude hostile à l'égard des soignants, mais elle continue à venir à l'hôpital et à prendre ses médicaments, alors que rien ne l'y oblige.

### Cas clinique 7 : Cyril, 34 ans. Bizarrie et hallucinations verbales

Ce patient célibataire, sans profession, vit dans un foyer médicalisé. Il refuse de travailler, n'acceptant pour seules activités que des loisirs soigneusement choisis par lui (billard et ping-pong). Il ne parle à personne, toute son activité étant absorbée dans la contemplation de son propre corps sur le miroir de la salle de bain

et dans les réponses qu'il fait à voix haute aux remarques d'une mystérieuse voix métallique que lui seul peut entendre. Il passe aussi beaucoup de temps à couvrir des pages de signes cabalistiques ou de segments de phrase énigmatiques, censés expliquer le fonctionnement du monde. Il se dit parfaitement satisfait de sa situation et ne veut faire aucun projet.

### Cas clinique 8 : Edmonde, 69 ans. Syndrome de Cotard et délire de persécution

Cette patiente, célibataire, est suivie depuis 35 ans environ à l'hôpital. Elle vit actuellement en maison de retraite. Sa vie est un enfer, dit-elle, parce qu'elle est perpétuellement assaillie par les forces du mal qui livrent un combat sans merci avec elle. Ces forces maléfiques lui volent ses pensées, lui rendant ainsi l'esprit vide et de ce fait incapable de mener à bien quelque tâche que ce soit. Elles l'assaillent aussi physiquement et leurs tentatives de pénétrer dans son corps se traduisent par des secousses au niveau de son ventre qu'elle ressent d'ailleurs presque en permanence. De plus, ces forces sont aussi parvenues à lui dérober des organes ; elle n'a ainsi plus d'estomac, ni de veines. Elle explique le fait qu'elle subisse ces assauts par son essence divine, le Mal ayant pour objectif de détruire le Bien qui s'est incarné en elle. Enfin, elle s'estime dotée de capacités spéciales lui permettant de lire à l'intérieur des gens. Grâce à ce don, elle dépiste les esprits maléfiques qui parviennent à infiltrer les gens de son entourage. Cela lui donne une raison de plus de ne pas avoir le moindre contact avec qui que ce soit, car la plupart des gens appartiennent, d'après ce qu'elle perçoit, au camp des Mauvais. Son existence se déroule de manière extrêmement monotone et ritualisée ; toutes les tentatives d'entrer en contact avec elle sont vouées à l'échec du fait de sa perception manichéenne qui lui fait classer presque tout le monde parmi ses ennemis et du fait de la grande peine qu'elle éprouve à mobiliser les quelques forces psychiques que son combat lui laisse.

### Cas clinique 9 : Vincent, 24 ans. Hallucinations verbales, délire mégalomane et lecture de la pensée

Ce patient célibataire, sans profession, habite chez ses parents. Ce jeune homme n'a jamais pu exercer une activité suivie – professionnelle ou autre – plus de quelques jours de suite, n'a aucune relation sociale et se montre souvent agressif à l'égard de son entourage. Depuis environ six ans, il fait de fréquents et prolongés séjours à l'hôpital, où ses parents l'adressent quand son comportement devient intolérable (menaces, objets brisés, errance, discours incompréhensible ou totalement hors de propos et souvent hostile). Il se dit président de la Tunisie (pays dont il est originaire), chef des services secrets, commissaire de police, marié et père de quatre enfants (ce qui n'est pas avéré). Son discours est alimenté presque uniquement par la proclamation de ses fonctions et le récit de ses succès et il n'a avoué que tardivement sa perception de voix lui assenant des insultes et sa capacité à lire les pensées d'autrui. Il se dit en effet doté de l'aptitude à percevoir directement les intentions et le discours intérieur de certaines personnes en face desquelles il se trouve. Cela lui permet de déterminer si ces personnes lui sont favorables ou non. Cette lecture des pensées d'autrui se fait malgré lui et il ne peut exercer aucun contrôle sur elle. Il ressent aussi le fait que les autres puissent lire ses pensées, mais ne s'en plaint pas, car il est persuadé de n'avoir que des bonnes intentions et n'a donc pas de raison de craindre les investigations d'autrui dans son esprit.



## ■ Références

- [1] Bleuler E. Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G, editor. *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig: Franz Deuticke; 1911.
- [2] Kraepelin E. *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. Leipzig: Barth; 1899.

- [3] Andreasen NC, Flaum M. Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophr Bull* 1991;**17**:27–49.
- [4] Franck N. *La schizophrénie*. Paris: Odile Jacob; 2006.
- [5] Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Med Psychol* 2008;**166**:63–70.
- [6] Esquirol E. *Des maladies mentales tome premier et tome second*. Paris: JB. Baillière; 1838.
- [7] Jackson JH. *Selected writings of JH Jackson, 2 vol*. London: Hodder and Stoughton; 1932.
- [8] Crow TJ. Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *Br J Psychiatry* 1980;**137**:383–6.
- [9] Andreasen NC, Olsen S. Negative versus positive schizophrenia: definition and validation. *Arch Gen Psychiatry* 1982;**39**:789–94.
- [10] Häfner H, Maurer K, Löffler W, Bustamante S, an der Heiden W, Riecher-Rössler A, et al. Onset and early course of schizophrenia. In: Häfner H, Gattaz WF, editors. *Search for the causes of schizophrenia, III*. Berlin: Springer-Verlag; 1995.
- [11] Grivois H, Grosso L. *La schizophrénie débutante*. Paris: John Libbey Eurotext; 1998.
- [12] Fuchs J, Steinert T. Duration of untreated psychosis DUP: an useful predictor of outcome in schizophrenia? *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004;**72**:79–87.
- [13] Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme-Verlag; 1955 [Louvain: Nauwelaerts; 1957].
- [14] Baillarger J. *Des hallucinations, des causes qui les produisent, et des maladies qu'elles caractérisent. Mémoires de l'Académie royale de médecine, Tome XII*. Paris: JB. Baillière; 1846.
- [15] Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer; 1922.
- [16] Fish F. *Clinical psychopathology*. Bristol: J Wright and sons; 1967.
- [17] Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *Measurement and classification of psychiatric symptoms. An instruction manual for the PSE and Catego program*. Cambridge: Cambridge University Press; 1974.
- [18] Ey H. *Traité des hallucinations, tome premier & tome II*. Paris: Masson; 1973.
- [19] Franck N, Thibaut F. Hallucinations. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-120-A-10, 2003*: 18p.
- [20] Mellor CS. First-rank symptoms of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1970;**117**:15–23.
- [21] Koehler K, Guth W, Grimm G. First-rank symptoms of schizophrenia in Schneider-oriented German Centers. *Arch Gen Psychiatry* 1977;**34**:810–3.
- [22] Andreasen NC, Flaum M, Swayze VW, Tyrell G, Arndt S. Positive and negative symptoms in schizophrenia: a critical reappraisal. *Arch Gen Psychiatry* 1990;**47**:615–21.
- [23] Tandon R, Greden JF. Schneiderian first rank symptoms: reconfirmation of high specificity for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1987;**75**:392–6.
- [24] Tanenberg-Karant M, Fennig S, Ram R, Krishna J, Jandorf L, Bromet EJ. Bizarre delusions and first-rank symptoms in a first-admission sample: a preliminary analysis of prevalence and correlates. *Compr Psychiatry* 1995;**36**:428–34.
- [25] Salleh MR. Specificity of Schneider's first rank symptoms for schizophrenia in Malay patients. *Psychopathology* 1992;**25**:199–203.
- [26] Gureje O, Bamgboye EA. A study of Schneider's first-rank symptoms of schizophrenia in Nigerian patients. *Br J Psychiatry* 1987;**150**:867–9.
- [27] Chandrasena R. Schneider's first rank symptoms: an international and interethnic comparative study. *Acta Psychiatr Scand* 1987;**76**:574–8.
- [28] Coffey GJ, Mackinnon A, Minas IH. Interethnic variations in the presence of Schneiderian first rank symptoms. *Aust N Z J Psychiatry* 1993;**27**:219–27.
- [29] O'Grady JC. The prevalence and diagnostic significance of Schneiderian first-rank symptoms in a random sample of acute psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 1990;**156**:496–500.
- [30] Spitzer R, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria. *Arch Gen Psychiatry* 1978;**29**:520–2.
- [31] Peralta V, Cuesta MJ. Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia. Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 1999;**174**:243–8.
- [32] Ortuño F, Bonelli RM. Relevance of Schneider's first-rank symptoms. *Br J Psychiatry* 2000;**177**:85.
- [33] Crow TJ. A continuum of psychosis, one human gene and not much else: the case for homogeneity. *Schizophr Res* 1995;**17**:135–45.
- [34] Roberts K, Vass N. Schneiderian first-rank symptoms caused by benzodiazepine withdrawal. *Br J Psychiatry* 1986;**148**:593–4.
- [35] Loftus J, Delisi LE, Crow TJ. Factor structure and familiarity of first-rank symptoms in sibling pairs with schizophrenia and schizo-affective disorder. *Br J Psychiatry* 2000;**177**:15–9.
- [36] David AS, Appleby L. Diagnostic criteria in schizophrenia: accentuate the positive. *Schizophr Bull* 1991;**18**:551–7.
- [37] Koehler K. First-rank symptoms of schizophrenia: questions concerning clinical boundaries. *Br J Psychiatry* 1979;**134**:236–48.
- [38] Franck N. Approche neurocognitive des troubles du vécu dans la schizophrénie. *Evol Psychiatrique* 2010;**75**:409–19.
- [39] Conrad K. *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. Stuttgart: Thieme; 1958.
- [40] Ey H. *Hallucinations et délire*. Paris: Librairie Félix Alcan; 1934.
- [41] Gallagher S. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends Cogn Sci* 2000;**4**:14–21.
- [42] Jeannerod M, Pacherie E. Agency, simulation and self-identification. *Mind Lang* 2004;**19**:113–46.
- [43] Georgieff N, Jeannerod M. Consciousness of external reality: A "Who" system for consciousness of action and self-consciousness. *Conscious Cogn* 1998;**7**:465–77.
- [44] Frith CD. *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
- [45] Farrer C, Franck N. Self-monitoring in schizophrenia. *Curr Psychiatry Rev* 2007;**3**:243–51.
- [46] Franck N, Farrer C, Georgieff N, Marie-Cardine M, Daléry J, d'Amato T, et al. Defective recognition of one's own actions in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001;**158**:454–9.
- [47] de Clérambault G. *Œuvre psychiatrique*. Paris: PUF; 1942.
- [48] Carpenter Jr WT, Heinrichs DW, Wagman AM. Deficit and non-deficit forms of schizophrenia: the concepts. *Am J Psychiatry* 1988;**145**:578–83.
- [49] Carpenter Jr WT, Kirkpatrick B. The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1988;**14**:645–52.
- [50] McGurk SR, Mueser KT. Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophr Res* 2004;**70**:147–73.
- [51] Minkowski E. *La schizophrénie*. Paris: Payot; 1927.
- [52] Baudouin JY, Martin F, Tiberghien G, Verlut I, Franck N. Selective attention for facial identity and emotional expression in schizophrenia. *Neuropsychologia* 2002;**40**:518–26.
- [53] Baudouin JY, Franck N. Reconnaissance des expressions faciales émotionnelles et troubles schizophréniques. In: Besche-Richard C, Bungener C, editors. *Psychopathologies, émotions et neurosciences*. Paris: Belin; 2006.
- [54] Chambon V, Baudouin JY, Franck N. The role of configural information in facial emotion recognition in schizophrenia. *Neuropsychologia* 2006;**12**:2437–44.
- [55] Vernet M, Boudouin JY, Franck N. Facial emotion space in schizophrenia. *Cogn Neuropsychiatry* 2008;**13**:59–73.
- [56] Edwards J, Pattison PE, Jackson HJ, Wales RJ. Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2001;**48**:235–53.
- [57] Phillips ML, David AS. Visual scan paths are abnormal in deluded schizophrenics. *Neuropsychologia* 1997;**35**:99–105.
- [58] Chaslin P. *Éléments de sémiologie et clinique mentales*. Paris: Asselin et Houzeau; 1912.
- [59] Danet F, Marie-Cardine M. Construction d'une échelle nominale de discordance. *Rev Fr Francoph Psychiatrie Psychol Med* 2003;**68**:57–63.
- [60] Cutting J. Descriptive psychopathology. In: Hirsch SR, Weinberger DR, editors. *Schizophrenia*. Malden: Blackwell Publishing; 2003.
- [61] Zalla T, Bouchilloux N, Labruyère N, Georgieff N, Bougerol T, Franck N. Impairment in event sequencing in disorganised and non-disorganised patients with schizophrenia. *Brain Res Bull* 2006;**68**:195–202.
- [62] Chambon V, Franck N, Koechlin E, Fakra E, Ciuperca G, Azorin JM, et al. The architecture of cognitive control in schizophrenia. *Brain* 2008;**131**:962–70.
- [63] Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 1998;**12**:426–45.
- [64] Gold JM. Is cognitive impairment in schizophrenia ready for diagnostic prime time? *World Psychiatry* 2008;**7**:32–3.
- [65] Prouteau A. *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*. Paris: Dunod; 2011.
- [66] Demily C, Franck N. Cognitive remediation: a promising tool for the treatment of schizophrenia. *Exp Rev Neurother* 2008;**8**:1029–36.
- [67] Bowie CR, Harvey PD. Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2006;**2**:531–6.

- [68] Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr Bull* 2008;**34**:1211–20.
- [69] Siris SG, Bench C. Depression and schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger DR, editors. *Schizophrenia*. Malden: Blackwell Publishing; 2003.
- [70] Poirier MF, Canceil O, Baylé F, Millet B, Bourdel MC, Moatti C, et al. Prevalence of smoking in psychiatric patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002;**26**:529–37.
- [71] Wilson N, Cadet JL. Comorbid mood, psychosis, and marijuana abuse disorders: a theoretical review. *J Addict Dis* 2009;**28**:309–19.
- [72] Jones RM, Lichtenstein P, Grann M, Långström N, Fazel S. Alcohol use disorders in schizophrenia: a national cohort study of 12,653 patients. *J Clin Psychiatry* 2011;**72**:775–9.
- [73] Moreau J. *Du Haschich et de l'aliénation mentale*. Paris: Fortin et Masson; 1845.
- [74] Andréasson S, Allebeck P, Engström A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987;**330**:1483–6.
- [75] American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: texte révisé*. Paris: Masson; 2003.
- [76] Dutta R, Greene T, Addington J, McKenzie K, Phillips M, Murray R. Biological, life course, and cross-cultural studies all point toward the value of dimensional and developmental ratings in the classification of psychosis. *Schizophr Bull* 2007;**33**:868–76.
- [77] Van Os J. Are psychiatric diagnoses of psychosis scientific and useful? The case of schizophrenia. *J Ment Health* 2010;**19**:305–17.
- [78] Callaway E, Naghdi S. An information processing model for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1982;**39**:339–47.
- [79] Cohen JD, Barch DM, Carter C, Servan-Schreiber D. Context-processing deficits in schizophrenia: converging evidence from three theoretically motivated cognitive tasks. *J Abnorm Psychol* 1999;**108**:120–33.
- [80] Danion JM, Rizzo L, Bruant A. Functional mechanisms underlying impaired recognition memory and conscious awareness in patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1999;**56**:639–44.
- [81] Andreasen NC, Nopoulos P, O'Leary DS, Miller DD, Wassink T, Flaum M. Defining the phenotype of schizophrenia: cognitive dysmetria and its neural mechanisms. *Biol Psychiatry* 1999;**46**:908–20.
- [82] Demily C, Franck N. Trouble schizo-affectif. *EMC* (Elsevier Masson SAS Paris), Psychiatrie, 37-820-B-57, 2010: 9p.
- [83] Kendell RE, Gourlay J. The clinical distinction between the affective psychoses and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1970;**117**:261–6.
- [84] Kendell RE, Brockington IF. The identification of disease entities and the relationship between schizophrenia and affective psychoses. *Br J Psychiatry* 1980;**137**:324–31.
- [85] Morel BA. *Traité des maladies mentales*. Paris: Librairie Victor Masson; 1860.
- [86] Crow TJ. The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. *Br J Psychiatry* 1986;**149**:419–29.
- [87] van Os J, Hanssena M, Bijlb RV, Ravellib A, Strauss 1969. Revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophr Res* 2000;**45**:11–20.
- [88] Fanous A, Gardner C, Walsch D, Kendler KS. Relationship between positive and negative symptoms of schizophrenia and schizotypal symptoms in nonpsychotic relatives. *Arch Gen Psychiatry* 2001;**58**:669–73.
- [89] Cardno AG, Sham PC, Murray RM, MmcGuffin P. Twin study of symptom dimensions in psychoses. *Br J Psychiatry* 2001;**179**:39–45.
- [90] Gurland BJ, Fleiss JL, Cooper JE, Kendell RE, Simon R. Cross-national study of diagnosis of the mental disorders: some comparisons of diagnostic criteria from the first investigation. *Am J Psychiatry* 1969;**125**(Suppl):30–46.
- [91] Organisation Mondiale de la Santé. *Classification Internationale des Maladies*. Genève: OMS; 1992.
- [92] Rössler W, Riecher-Rössler A, Angst J, Murray R, Gamma A, Eich D, et al. Psychotic experiences in the general population: a twenty-year prospective study. *Schizophr Res* 2007;**92**:1–14.
- [93] Keefe RS, Fenton WS. How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment? *Schizophr Bull* 2007;**33**:912–20.
- [94] Danion C, Domenech P, Demily C, Franck N. Symptômes psychotiques dans les affections médicales générales de l'adulte. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-297-A-10, 2007: 9p.
- [95] Ciompi L, Müller C. *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium*. Berlin: Springer-Verlag; 1976.

### Pour en savoir plus

Demily C, Franck N. *Schizophrénie - Diagnostic et prise en charge*. Collection Médecine et psychothérapie. Paris: Elsevier-Masson; 192 p (in press).

N. Franck (nicolas.franck@ch-le-vinatier.fr).

Service universitaire de réhabilitation, Centre hospitalier Le Vinatier, UMR 5229 CNRS et Université Lyon 1, 98, rue Boileau, 69006 Lyon, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Franck N. Clinique de la schizophrénie. *EMC - Psychiatrie* 2013;10(1):1-16 [Article 37-282-A-20].

Disponibles sur [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Arbres  
décisionnels



Iconographies  
supplémentaires



Vidéos/  
Animations



Documents  
légaux



Information  
au patient



Informations  
supplémentaires



Auto-  
évaluations



Cas  
clinique



Cet article comporte également le contenu multimédia suivant, accessible en ligne sur [em-consulte.com](http://em-consulte.com) et [em-premium.com](http://em-premium.com) :

## 1 autoévaluation

[Cliquez ici](#)