

## Les symptômes négatifs de la schizophrénie : aspects historiques

### *Negative symptoms of schizophrenia: historical aspects*

D. Pringuey<sup>a\*</sup>, N. Paquin<sup>a</sup>, F. Cherikh<sup>a</sup>, B. Giordana<sup>a</sup>, R. Belzeaux<sup>b</sup>,  
M. Cermolacce<sup>b</sup>, M. Adida<sup>b</sup>, J.-M. Azorin<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Faculté de Médecine de Nice - UNSA - 28 Av Valombrose, 06107 Nice, France

<sup>b</sup>SHU Psychiatrie adultes, Hôpital Ste Marguerite, 13274 Marseille cedex 9, France

#### MOTS-CLÉS

Histoire  
de la psychiatrie ;  
Symptômes négatifs ;  
Schizophrénie ;  
Classifications  
psychiatriques ;  
Évaluations  
diagnostiques ;  
Psychose unique

**Résumé** L'histoire des symptômes négatifs de la schizophrénie prend sa source des tous débuts de la médecine dans les distinctions cliniques puis physiopathologiques entre positif et négatif et leur articulation complexe. Ensemble de symptômes formant un noyau typique, et pour certains un syndrome caractéristique relevant d'un mécanisme physiopathologique précis, les symptômes négatifs de la schizophrénie émergent des descriptions anciennes des tableaux cliniques, qu'il s'agisse de l'aspect global de la folie, du cœur de l'aliénation, du signe central de la démence précoce, décrivant progressivement plus précisément le caractère étrange du retrait et de l'apragmatisme des schizophrènes. À l'époque thérapeutique, les symptômes négatifs ont pris le pas sur les symptômes positifs pour s'affirmer comme critères opérationnels dont l'importance tient à la sévérité évolutive de leur expression clinique et à leur contribution à la résistance à la thérapeutique. Malgré les efforts typologiques des classifications modernes, ces travaux réhabilitent l'ancien concept de la « psychose unique » en définissant un noyau dur commun à de multiples formes cliniques de type psychotique, associant émoussement affectif et perte de l'élan, signifiant au plan psychopathologique un originaire et possiblement au plan physiopathologique une voie finale commune, et appelant la venue de nouveaux schémas thérapeutiques.

© L'Encéphale, Paris, 2015. Tous droits réservés.

#### KEYWORDS

History of psychiatry;  
Negative symptoms;  
Schizophrenia;  
Psychiatric  
classifications;  
Diagnostic evaluation;  
Unitary psychosis

**Abstract** The history of negative symptoms of schizophrenia rises early days of medicine in clinical and pathophysiological differences between positive and negative and their complex joint. Forming a set of typical core of symptoms, and some feature of a syndrome belonging to a specific pathophysiological mechanism, negative symptoms of schizophrenia emerge from old descriptions of clinical pictures, related to the overall look of madness, the heart of alienation, a central sign of early dementia, gradually more precisely describing the strange nature of the autistic withdrawal and schizophrenic apragmatism. At therapeutic era, negative symptoms have taken over the positive symptoms to establish an operational criteria whose importance lies in the progressive severity of this clinical type and in their contribution to therapeutic resistance. Despite the efforts of modern typological classifications, this work rehabilitates the old concept

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pringuey@unice.fr](mailto:pringuey@unice.fr) (D. Pringuey).

of “unitary psychosis” by defining a common symptomatic core to multiple clinical forms of psychosis, combining deficit of emotional expression and avolition, meaning a native psychopathology and a pathophysiology possibly in a common final way, and calling the arrival of new treatment strategies.

© L'Encéphale, Paris, 2015. All rights reserved.

## Introduction

On fait trop souvent débiter l'histoire de la psychiatrie à la fin du XIX<sup>e</sup> à la naissance de la nosologie, voire au milieu du XX<sup>e</sup> à la découverte des médicaments psychotropes. Pourtant les époques plus anciennes contiennent en germe bien des concepts d'usage actuel ou qui, oubliés, refont surface souvent sous un autre label. C'est en partie le cas des « negative symptoms » qui reprennent sous un format psychométrique savant dont l'effet d'affiche garantit le sérieux, les profils cliniques classiques de l'autisme, de l'apragmatisme, de l'oppositionisme...

Si l'émergence du concept de symptômes négatifs dans le cadre des troubles schizophréniques date de l'époque des aliénistes, il est vrai par trop pris par leur passion nosologique, c'est de leur rencontre avec la neurologie et plus particulièrement la physiopathologie de l'épilepsie que va naître un modèle clinique heuristique capable d'intégrer les observations cliniques des anciens et les exigences modernes de la méthodologie de l'étude scientifique de l'effet des thérapeutiques [1].

## Symptômes négatifs et syndrome déficitaire

Il faut avertir que s'il est évident aujourd'hui, l'usage du vocable reste périlleux sous plusieurs aspects et qui motivent les discussions actuelles concernant la validité du concept.

En médecine, le symptôme est positif. Il conduit à un diagnostic, relève d'une pathologie qui répond d'une étiopathogénie et appelle une thérapeutique dont l'application ressort - à l'époque, de la tradition - aujourd'hui de recommandations. L'adjectif négatif pour sa part exprime une négation, qui renvoie diversement à un refus, à une opposition à affirmatif, ou encore à ce qui n'apporte pas d'éléments constructifs, voire à ce qui se définit seulement par l'opposition. En psychiatrie, négatif renvoie moins à une absence qu'à un déficit, et le plus souvent réfère à un manque, une carence, une insuffisance, une perte.

Par extension le vocable de syndrome déficitaire propre à la neuropsychiatrie annonce une sémiologie portant sur la faiblesse d'une des trois catégories, le niveau intellectuel, les opérations instrumentales ou les états mentaux. Aujourd'hui, le label de symptômes négatifs évoque la schizophrénie, sa dimension négative et sa forme clinique déficitaire [2].

## Positif et négatif, des racines hippocratiques ?

On peut s'interroger sur de possibles racines très anciennes d'un usage clinique de la métaphore métrique du plus et du moins. Si on date la naissance de la médecine de la tradition

hippocratique, la marque massive du négatif qui jusque-là a défini la maladie dans l'ordre magique et mystique de la punition et du châtiment envoyé aux hommes en proie à la démesure, « s'allège » en quelque sorte dans une approche naturelle différenciée de la religion et des superstitions, où participent le corps et ses fonctions, les habitudes de vie et l'environnement, et surtout où l'on envisage une physiopathologie introduisant aux notions d'équilibre et de proportion dont la mise en question aboutit à la maladie et que le traitement entend restaurer. Le négatif procède en quelque sorte du positif.

Quand Alcméon de Croton (VI<sup>e</sup> av. J.-C.) définit comme « nosos » une souffrance qui couvre trois modes d'expérience, ceux de la maladie du corps, de l'égarement de l'esprit et de la folle passion, il les rapporte à une perte « d'isonomie des propriétés » - perte d'équilibre - entre les quatre puissances vitales que sont le sec, l'humide, le froid et le chaud et à la prédominance de l'une d'elles, distinguant en quelque sorte un positif du négatif mais en les reliant. La connotation aux paramètres de l'expérience sexuelle est claire et anticipe de beaucoup certains parmi les psychologues les plus hardis du XIX<sup>e</sup>.

Chez Hippocrate où le corps humain, reflet en miniature de l'univers, est un mélange de quatre éléments primordiaux l'Eau, la Terre, l'Air, le Feu, la maladie ressortit d'un déséquilibre des quatre humeurs, le sang, la lymphe, la bile jaune et l'atrabile (ou « bile noire ») qualifiant chacune un tempérament, pôle de fragilité, marque antique de la vulnérabilité. Ou comment du positif devient du négatif. Ici, Le négatif se résume à l'occasion d'apparition du déséquilibre, à ses conséquences et à sa possible issue péjorative. On distinguera à cette même époque la folie mauvaise - un négatif - de la bonne folie qui peut devenir créatrice. Ou comment du négatif devient du positif.

## Du positif au négatif : invention de la méthode clinique

Avec les modernes le terme technique de trouble, augmenté de signes critères distincts, va gagner sur les appellations floues de folie, référence par trop littéraire et romantique, d'aliénation, spécifiant trop vaguement une altérité, d'affection du fait de l'absence d'une étiologie précise définie, de désordre car le trouble tient parfois comme dans le délire structuré d'un super-ordre, et de maladie en ce que le trouble en est à la fois plus et aussi moins. Mais le trouble est a priori un négatif de la santé.

L'approche historique de la venue d'un primat du négatif doit cependant rester prudente. Les historiens de la psychiatrie ont engagé d'importants débats où l'on tentait de distinguer les données crédibles, parce que recoupées de plusieurs sources dignes de foi, de la légende qui a fait fleur dans ce domaine de la médecine [3]. On a attribué

à Philippe Pinel (1745-1829) la première description des vésanies, semble-t-il fortement inspirée des travaux de l'anglais Cullen, à Bénédicte Augustin Morel (1809-1873) le vocable de démence précoce 1809 mais à l'appui de sa théorie de la dégénérescence. Plus sûrement on sait que l'on doit le terme de psychose au viennois Ernst Maria Johann Karl Freiherr von Feuchtersleben (1806-1849) médecin, chirurgien, doyen, pédagogue humaniste, philosophe et poète, auteur du célèbre *Zur Diätetik der Seele* en 1838 dans lequel la *Seelenkrankheit* (maladie de l'esprit = « psychose ») fait contraste, en 1847, au label anglais de névrose couvrant « toutes ces affections étranges du sentiment ou du mouvement qui sont sans fièvre » (William Cullen, 1776).

Le concept initial de psychose unique proposé par Wilhelm Greisinger (1817-1868) en 1850 et Heinrich Neumann (1814-1884) en 1859, va rapidement évoluer sous l'effet de la clinique dans la décennie 1860-1870 vers un démembrement des troubles débutant une classification des maladies et distinguant plusieurs entités en tableaux provisoires, tels la catatonie en 1874 par Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) et l'hébéphrénie en 1871 par Ewald Hecker.

## Les symptômes négatifs, un concept neurologique et anglais

Sur le modèle de dissolution-évolution du SNC de Herbert Spencer [4], Sir John Russel Reynolds (1828-1896) dans sa description en 1858 des manifestations de l'épilepsie distingue les symptômes positifs des symptômes négatifs ; les symptômes négatifs concernent une perte de propriétés vitales (paralyse, anesthésie, coma) ; les symptômes positifs un excès « surimposé » (spasmes, convulsions, hallucinations, délire, confusion) [5]. Ils peuvent s'exprimer en même temps mais sont indépendants les uns des autres et des lésions cérébrales observées.

Hughlings Jackson en 1904 développe la conception évolutionniste du fonctionnement cérébral hiérarchisé en fonctions mentales de plusieurs niveaux. Les symptômes négatifs résultent d'un processus de dissolution fonctionnelle et répondent d'une physiopathologie primaire : expression de lésions qui permettent aux symptômes positifs d'émerger et de s'exprimer cliniquement [6].

## Définition du concept par Kraepelin

Sous le signe du *Defekt* de la démence précoce, Emil Kraepelin (1856-1914) réunit en 1896 un groupe de maladies dégénératives qui débutent à l'adolescence et progressent vers la démence. Le critère évolutif du déficit intellectuel est fondamental. Le point de départ est affectif : un émussement émotionnel induit un déficit motivationnel que traduisent indifférence, manque d'intérêt, déficit d'élan sentimental. En 1899, il définit une maladie unique pouvant se présenter sous trois formes cliniques : hébéphrénie (de Hecker), catatonie (de Kahlbaum) et démence paranoïde. La dimension négative se voit typifiée dans l'hébéphrénie jusque dans sa dimension catatonique.

Il leur définit un socle commun qui anticipe ce que nous appelons « symptômes négatif » [1] regroupant déficit cognitif attentionnel et pauvreté idéique d'une part, et déficit nucléaire de l'expérience émotionnelle d'autre part : apparence négligée (émoussement affectif), absence de

plaisir (anhédonie), absence de désir pour les activités, faible motivation, perte du contrôle de l'élan et de la volonté. En résultent une indifférence au monde extérieur et un manque d'intérêt pour l'environnement, qui accentuent la pauvreté mentale, une indifférence à soi-même, à sa santé physique, à la sensation douloureuse et une perte de l'hygiène, outre « une perte de l'unité interne des activités de l'intelligence, des émotions et de la volonté ».

## Dissociation et déstructuration de la conscience

Quand Eugen Bleuler (1854-1924) en 1911, propose le terme de schizophrénie, construit de « skhizein » fendre, séparer et « phrène » esprit, il suggère de réunir un ensemble de troubles sous le sceau d'un mécanisme commun, la dissociation (*Spaltung*) qui est « fendage », au sens métaphorique d'une division brutale opérée sur une bille de bois par le bûcheron. Ces troubles d'aspects cliniques variés sont caractérisés par un affaiblissement des fonctions logiques, une dimension régressive du rapport interpersonnel, affectant la fonction libidinale et l'intégration cognitive, et des distorsions de la vie affective, à l'origine de l'ambivalence, de l'autisme, du négativisme [1].

Bleuler distingue les symptômes fondamentaux, constants, nécessaires au diagnostic (dissociation, émoussement affectif, ambivalence) et englobant les symptômes négatifs, des symptômes accessoires (délire, hallucinations, catatonie...) plutôt positifs. Il fait également la part des symptômes primaires, liés à la dissociation et manifestations directes du processus pathologique, des symptômes secondaires, tentative de fonctionnement en conditions altérées et manifestations réactionnelles et compensatoires tels l'isolement, la dépression, la paranoïa, les effets latéraux des traitements...

Dans sa synthèse « organo-dynamique », Henri Ey (1900-1977) [7] en 1962 suggère sur la base d'une hiérarchie des fonctions, que la défaillance de l'une peut engendrer le développement excessif d'une autre jusqu'au pathologique. Pour Ey, la schizophrénie est une pathologie de la conscience, où sur un socle formé par la vie affective et l'expérience du réel qui font intervenir la perception, la mémoire et le langage, se superposent l'attention, la réflexion, la conscience de Soi et des valeurs. La schizophrénie est ici caractérisée par une déstructuration du champ de la conscience et des échanges relationnels, évoluant vers le déficit et la dissociation de la personnalité, touchant à la liberté et à l'identité de l'individu et dont les conséquences déficitaires embarrent les habiletés sociales.

## Monismes psychopathologiques du négatif

Ils résultent sans doute de la difficulté d'approche formelle du positif soit du délire et des hallucinations mais aussi d'une proximité psychopathologique du négatif schizophrénique de la dépression et de la mélancolie. Le négatif ressort notamment des travaux de psychologie tels ceux de Karl Jaspers (1883-1969) dans la notion d'incompréhensibilité biographique se rapportant à un processus (1913), de Freud (1856-1939) dans le concept d'autoérotisme, de libido anobjectale et régression narcissique (1915) et de Pierre Janet (1859-1947) par la faiblesse du tonus psychologique et la dissonance cognitive (1925).

La phénoménologie psychiatrique dégage une signification existentielle du négatif. Ludwig Binswanger (1881-1966) y voit une inconséquence de l'expérience oblitérant la présomption de sa capacité constitutive du Soi (1942), Eugène Minkowski (1885-1972) une perte du contact vital avec la réalité en 1926, Wolfgang Blankenburg en 1971 une perte de la naturalité de l'évidence, Arthur Tatossian en 1979 une incapacité fondamentale à la quotidienneté, Bin Kimura une impatience de l'existence sous l'emprise de l'*antefestum* (1992)...

La perspective comportementaliste a proposé de considérer le négatif dans le cadre d'un modèle pavlovien de chute de niveau d'éveil, possiblement liée au retrait social [8] Tim Crow en 1980 rapporte la prédominance de déficits cognitifs à un sous-type de schizophrénie caractérisé par une perte neuronale liée à une altération neuroanatomique [1].

## Atomisation psychométrique du négatif

C'est également dans les années 1960 que les premières études psychométriques des dimensions psychotiques voient le jour. Meelk P.E. en 1962 [9] travaille à l'élaboration d'une des premières théories de la vulnérabilité consacrée à la schizotaxie neurobiologique qui fait le lit de la schizotypie et qui selon certaines conditions épigénétiques évolue au travers d'altérations cognitives secondaires et d'un tableau de peur sociale vers la schizophrénie. L'approche psychométrique de la clinique retient dans la définition du spectre schizotaxique : l'anhédonie, l'ambivalence et l'alogie : troubles attentionnels, déficit des fonctions exécutives et de la mémoire verbale à long terme.

Ce mode standardisé de l'approche clinique est guidé par des échelles d'évaluation, telles en 1966 celle de Chapman [10], à la recherche des structures psychométriques du négatif. Strauss JS et collaborateurs en 1974 [11] réintroduisent la notion de symptômes négatifs qui inclue l'émoussement des affects, l'apathie et certains types de troubles de la pensée et que l'on distingue des symptômes positifs et des troubles des relations interpersonnelles.

## Évolution de la critériologie de recherche

Dans le secteur de la recherche et de la statistique épidémiologique, en France dans les années 1960, l'Inserm proposait une douzaine de mentions diagnostiques à visée administrative et sans aucune critériologie. S'est développé conjointement à Genève à L'OMS et aux États unis à l'APA un système conventionnel qui se veut progressivement plus pertinent [12].

Dans les années 1970 une proposition américaine de définir des Critères Diagnostiques de Recherche par l'équipe de G. Winokur et R Munoz à Minneapolis a retenu l'attention. Avec François Plantey nous en avons proposé une présentation en langue française dans l'Encéphale [13], sans nous douter que ce travail débutait l'évolution d'une critériologie scientifique incarnée par la saga des DSM et la fixation en 1992 d'un consensus international dans la x<sup>e</sup> édition de la Classification internationale des Maladies.

Nancy Andreasen en 1982 propose la SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) manifestant un regain d'intérêt pour l'émoussement affectif, l'appauvrissement de la parole et du langage [14] en cinq dimensions cliniques :

- Retrait ou pauvreté affective : sur l'expression du visage, les mouvements spontanés, l'expression gestuelle, le contact visuel, le mode de réponses affectives, le caractère approprié des affects, le ton de la voix ;
- Alogie : le discours et son contenu, les barrages, la latence des réponses ;
- Avolition, apathie : toilette et hygiène, assiduité au travail ou à l'école, énergie physique ;
- Anhédonie, retrait social : intérêts, loisirs, activités sexuelles, relations intimes, amis et collègues ;
- Attention : dans les activités sociales et durant la cotation.

Le DSM III en 1980 sous l'impulsion des travaux d'Abrams et Taylor [15] mentionne seulement la pauvreté du discours, dans un cadre purement schneidérien du diagnostic. Le DSM III R en 1987 rajoute l'émoussement affectif et l'avolition, le DSM IV en 1994 l'alogie à l'émoussement affectif et l'avolition. La CIM X (1992) en F20-F29 évoque les symptômes négatifs en g, h et i, et qualifie en F20.1 la schizophrénie hétérotypique. Le DSM IV TR en 2000 fixera les *Negative Symptoms* et la version 5 en 2013 les considère comme l'un des cinq domaines de la pathologie côté chacun de 0 à 4 [16].

## Plus récemment

Les années 1990 vont cibler les symptômes négatifs plus particulièrement sensibles aux effets psychopharmacologiques. La PANSS (*Positive And Negative Syndrome*) Scale de Kay et al. [17] manifeste une structure dimensionnelle plus riche que la SANS comportant trois dimensions : appauvrissement psychomoteur, désorganisation, et distorsion de la réalité, et en outre une dimension dépression et une dernière qui comprend des éléments d'agitation, d'excitation et d'agressivité.

Carpenter et al. (1988) [18] insistent pour différencier symptômes primaires liés à la physiopathologie de la maladie des symptômes secondaires qui peuvent être liés à un effet indésirable des médicaments, par exemple à un syndrome extrapyramidal dû au traitement, une réaction à la maladie (conséquence de l'exclusion sociale, du manque de stimulation de l'environnement), des réactions en réponse à d'autres symptômes (comme les hallucinations venant de l'extérieur, l'isolement secondaire à la persécution) et des comorbidités comme la dépression et la prise de toxiques.

Enfin les travaux conduits dans les années 2000 ont tenté d'unifier en synthèses les données issues de nombreuses études proposant cinq dimensions cliniques des symptômes négatifs (Consensus NIMH Matrics, Kirkpatrick 2006) [19] augmentant de deux items la triade schizotaxique de Meelk :

- Affects émoussés : réduction du nombre de catégories émotionnelles : modes vocaux et non verbaux de communication, prosodie, expressions faciales, gestuelle du corps ;
- Alogie : pauvreté du discours : quantité de parole et spontanéité du discours, brièveté des réponses ;
- Avolition, amotivation : perte de volonté, de motivation, déficit dans l'initiation et le maintien de comportements dirigés vers un but (travail, études, sport, hygiène personnelle) et les tâches quotidiennes, surtout quand cela nécessite un effort (cognitif ou physique) et une organisation importante. Déficiences dans le désir d'entreprendre de telles activités ;
- Anhédonie : réduction de la capacité à éprouver du plaisir ou à anticiper le plaisir (anhédonie anticipatoire) ;
- Asocialité retrait social : diminution de l'intérêt dans les interactions sociales avec les autres, comme la famille ou les amis. Peu d'intérêt dans les relations intimes.

Le DSM 5 fait surtout une synthèse organisée des superbes descriptions bleulériennes en retenant deux facteurs principaux : I Affects émoussé et Alogie, en facteur d'expression émotionnelle et II Avolition-anhédonie-asocialité en dimension Volition.

## Polyvalence psychopathologique du négatif

Les symptômes négatifs une fois caractérisés vont être rattachés à plusieurs modèles pathogénétiques. Ils ont été considérés soit comme l'un des pôles d'un continuum qui va vers le positif, soit comme une dimension indépendante, coexistant avec les symptômes positifs, mais relevant d'un processus psychopathologique distinct des symptômes positifs, souvent alors présentés comme un noyau dur différencié des phénomènes réactionnels ou stratégiques. Soit encore caractérisant une entité définie, un type de schizophrénie déficitaire.

Pour l'heure, et dans l'attente d'une définition nosologique de la future CIM XI, la convention de recherche statistique du DSM 5 s'inspirant de discussions de consensus récentes suggère de considérer les symptômes négatifs comme l'une des cinq dimensions de la schizophrénie, en soulignant qu'ils prédominent chez près d'un tiers des schizophrènes, qu'ils sont associés à une évolution chronique, à une gravité symptomatique notable et à une mauvaise réponse au traitement.

Mais si leur nature et leur relation avec les symptômes positifs restent discutées, ils ouvrent à une phénoménologie du Rien qui pose l'une des questions originaires de la philosophie : « Pourquoi y a-t-il quelque chose plutôt que rien ? ». Le Rien... au plus ras de lui-même... pourtant ressentit, sourdement, réellement, à la faveur d'une intense intériorisation de l'expérience vécue, notamment celle de l'angoisse, la précède, originaire, néantisant. Il n'est autre que l'ouverture de l'apparaître de l'Être, ouverture à l'étonnement et à l'impossible tâche d'œuvrer à son fondement qui n'est autre que la liberté.

## L'incidence thérapeutique

Les recommandations en matière de prise en charge couvrant le large champ des troubles psychotiques déficitaires concernent des conduites thérapeutiques spécifiques et diverses actions préventives.

Au plan psychopharmacologique, les symptômes négatifs forment une cible précise pour les antipsychotiques « antidéficitaires » non sédatifs, de disponibilité récente combinés éventuellement avec les ISRS. Les AP2G nous délivrent de l'impact négatif des effets « parkinsoniens » des neuroleptiques qui figeaient nos patients dans les années 1960. De fait l'épargne extrapyramidale motrice et l'absence d'émoussement affectif constituent un gain certain, moyennant la nécessité d'un contrôle métabolique et la surveillance en général dose-dépendante d'une possible sédation, et d'une dysautonomie à type d'hypotension orthostatique. Le traitement conjoint d'une dépression associée est plus aisément conduit au moyen des ISRS.

Les thérapies psycho-sociales sont d'application plus aisées, qu'il s'agisse de psychothérapies adaptées, thérapies de groupes, soutien familial, remédiations, activités physiques, jardin de soins... De même l'amélioration clinique

obtenue facilite plus particulièrement la mise en place concertée des dispositifs d'aide sociale, de protections, d'allocations, d'aide à l'insertion socio-professionnelle et à la réhabilitation...

Les conduites thérapeutiques préventives des troubles et de leur aggravation évolutive possible concentrent les recommandations sur la précocité des interventions, la valorisation ambulatoire du soin, l'éducation à la santé et le soutien aux dynamiques associatives. L'accent est porté sur le dépistage et le traitement conjoint des comorbidités addictives, concernant le cannabis utilisé trop fréquemment comme sédatif et hypnotique, et le tabac, stimulant pris souvent à fortes doses avec le pronostic sombre que cela implique. Ces préconisations valident les règles de proximité - continuité des soins proposées par la structure sectorielle : pour le redire, en continuité, il convient de respecter le principe d'une coordination entre soin hospitalier et suivi externe en résistant aux innovations qui risquent de la compromettre.

## Conclusion

Les symptômes négatifs de la schizophrénie émergent des descriptions anciennes des tableaux de la folie, de l'aliénation et de la démence précoce pour former un type déficitaire et négatif de la pathologie. Ils ont progressivement mieux défini le caractère étrange du retrait et de l'apragmatisme, puis à l'époque thérapeutique, ont pris le pas sur les symptômes positifs pour s'affirmer comme critères opérationnels dont l'importance tient à la sévérité évolutive du type clinique qu'ils constituent et à leur contribution à la résistance à la thérapeutique. Malgré les efforts typologiques des classifications modernes, ces travaux réhabilitent l'ancien concept de la « psychose unique » en définissant un noyau dur commun à de multiples formes cliniques de type psychotique, signifiant au plan psychopathologique un originaire et possiblement au plan physiopathologique une voie finale commune, impliquant la venue de nouveaux schémas thérapeutiques.

## Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt pour cet article.

## Références

- [1] Azorin JM, Belzeaux R, Adida M. Negative symptoms in schizophrenia : where we have been and where we are heading. *CNS Neuroscience and therapeutics* 2014;20:801-8.
- [2] Malaspina D, Wlasko-Messinger J, Gaebel W et al. Negative symptoms, past and present: a historical perspective and moving to DSM 5. *European Neuropsychopharmacology* 2014;24:710-724.
- [3] Postel J. Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel. Paris Ed Le sycomore 1981, 315 p.
- [4] Spencer H. Principles of psychology. London UK. Ed Longman, Brown, Green, 1855.
- [5] Reynolds JR. Epilepsy: its Symptoms, Treatment, and Relation to other Chronic, Convulsive Diseases. London UK, Ed John Churchill, 1861;8-10.
- [6] Pearce JMS. Positive and negative cerebral symptoms: the roles of Russell Reynolds and Hughlings Jackson. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:1148.

- [7] Ey H. Hughlings Jackson's principles and the organo-dynamic concept of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1962;118:673-82.
- [8] Snezhnevsky A. The symptomatology, clinical forms and nosology of schizophrenia. In Howell J. Ed *Modern perspectives in World Psychiatry*. Ed Brunner-Mazel, New York 1968, 425-47.
- [9] Meelk PE. Schizotaxia revisited. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(10):935-44.
- [10] Chapman J.P. The early symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1966;112:225-251.
- [11] Strauss JS, Carpenter Jr WT, Bartko JJ. The diagnosis and understanding of schizophrenia. Part III Speculations on the process that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin* 1974;11:61-76.
- [12] Garrabé J. La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : historique comparatif. *Information Psychiatrique* 2013;14:319-26.
- [13] Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff A Jr, Winokur G, Munoz R. Diagnosis criteria from the Saint Louis School (Missouri-USA). *Encéphale* 1978;4:323-39 [Article in French, traduction F. Plantey, D. Pringuey].
- [14] Andreasen NC. The scale for the assessment of negative symptoms (SANS): Conceptual and theoretical foundations. *British J Psychiatry Supp* 1989;7:49-58.
- [15] Abrams R, Taylor MA. A rating scale for emotional blunting. *Am J Psychiatry* 1978;135(2):226-9.
- [16] Millan MJ, FoneK, Stecklerc T, Horan WP. Negative symptoms of schizophrenia: Clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *European Neuropsychopharmacology* 2014;24:645-92.
- [17] Kay SR, Fisbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1989;13:261-76.
- [18] Carpenter Jr WT, Heinrichs DW, Wagman AM. Deficit and non deficit forms of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1988;145:578-83.
- [19] Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter Jr WT, Marder SR. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin* 2006;32:214-19.