

## Aspects psychopathologiques des signes négatifs dans la schizophrénie

### *Psychopathological aspects of negative symptoms in schizophrenia*

M. Cermolacce<sup>a\*</sup>, R. Belzeaux<sup>a</sup>, D. Pringuey<sup>b</sup>, M. Adida<sup>a</sup>, J.-M. Azorin<sup>a</sup>

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

<sup>b</sup>Faculté de Médecine de Nice - UNSA - 28 avenue de Vallombrose, 06107 Nice, France

#### MOTS-CLÉS

Schizophrénie ;  
Symptômes négatifs ;  
Psychopathologie ;  
Phénoménologie

**Résumé** Au cours des dix dernières années, la recherche dans le domaine de la schizophrénie a vu émerger de très nombreux travaux portant sur les symptômes négatifs. Ce regain d'intérêt s'explique par des enjeux diagnostiques, thérapeutiques, ou pronostiques importants. Malgré tout, la plupart des travaux de recherche considère les symptômes négatifs d'un point de vue opérationnaliste, objectif, athéorique. Et la compréhension de ces symptômes reste partielle, malgré l'enjeu crucial qu'ils représentent en termes de santé mentale. À partir d'un point de vue différent, la psychopathologie (et notamment la phénoménologie psychiatrique) permet de considérer ces manifestations cliniques dans un cadre théorique précis, se basant sur l'expérience subjective des patients (perspective en première personne), dans une compréhension plus globale et non critériologique. Dans ce travail de revue, nous proposerons tout d'abord de revenir brièvement sur les aspects historiques de la notion de signes négatifs. Puis nous présenterons quelques caractéristiques de l'approche phénoménologique, en développant les notions de perte de contact vital avec la réalité (Minkowski) et de perte de l'évidence naturelle (Blankenbug). Toujours dans une approche phénoménologique, certains travaux contemporains cherchent à explorer ces deux notions. En conclusion, nous soulignerons quelques pistes possibles sur l'articulation entre approches objectives et subjectives, dans le but de mieux comprendre les formes pauci-symptomatiques de la schizophrénie.

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

#### KEYWORDS

Schizophrenia;  
Negative symptoms;  
Psychopathology;  
Phenomenology

**Abstract** During the past ten years, research on schizophrenia has witnessed a clear emphasis on studies based on negative symptoms. This interest can be explained in terms of diagnosis, specific treatment, functional prognosis and outcome issues. However, main current approaches consider negative symptoms from an operationalist view, which implies objective and atheoretical descriptions of clinical criteria, observed from a third person perspective. And the understanding of negative symptoms in schizophrenia, still a crucial issue of mental health, remains only partial. From a different perspective, psychopathology - and notably psychiatric phenomenology -, can provide a conceptual and clinical framework, taking into account subjective experience (first person perspective), based on a global understanding of the clinical situation lived by patients with schizophrenia. In the present review, we give a brief survey on the historical aspects of the description of negative symptoms. Then, we introduce the clinical contributions raised by clinical phenomenology. We principally develop

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [michel.cermolacce@ap-hm.fr](mailto:michel.cermolacce@ap-hm.fr) (M. Cermolacce).

Minkowski's notion of loss of vital contact, and Blankenburg's notion of loss of natural evidence. Then we highlight the current debates which are discussed and explored in contemporary psychopathology. In conclusion, we discuss the possible articulation between objective and subjective approaches, in order to better understand pauci-symptomatic forms of schizophrenia.

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

## Introduction

Les signes négatifs de la schizophrénie constituent un enjeu psychiatrique majeur. Tout d'abord au niveau séméiologique, en tant qu'élément central de la clinique schizophrénique. Mais aussi à un niveau pronostique et de santé publique. En effet, l'hétérogénéité de ses descriptions cliniques, son poids déterminant dans l'évolution de la maladie, et son impact fonctionnel, social, pronostique ont même poussé le *National Institute of Mental Health* à en faire l'une de ses priorités il y a maintenant dix ans [1]. Néanmoins, la plupart des études contemporaines reposent principalement sur une approche catégorielle, critériologique. Elles s'appuient sur des descriptions essentiellement comportementales, observées dans une perspective en troisième personne.

Après un court rappel des possibles descriptions cliniques des signes négatifs dans la schizophrénie et de leur évolution historique, nous proposerons de développer des points de vue issus de la psychopathologie, et notamment dans une perspective phénoménologique. Plusieurs aspects caractérisent cette dernière perspective et la distinguent des approches objectivantes qui dominent actuellement la recherche schizophrénique : importance donnée à l'expérience en première personne (et non pas à une observation en troisième personne), description fondée sur une compréhension globale des manifestations cliniques (et non pas sur une liste d'items indépendants les uns des autres), inscription dans un cadre théorique explicite (et non pas dans une approche qui se revendiquerait athéorique). Parmi les auteurs phénoménologiques classiques, nous développerons les positions défendues par Minkowski (sur l'autisme schizophrénique) et par Blankenburg (sur la perte de l'évidence naturelle). Puis nous nous pencherons sur des travaux psychopathologiques plus contemporains, qui ont permis d'explorer de façon empirique les signes négatifs de la schizophrénie.

## Clinique du déficit et des signes négatifs dans la schizophrénie

Notre propos n'est pas ici de reprendre dans le détail l'évolution des concepts liés aux signes négatifs et déficitaires de la schizophrénie. Il s'agit plutôt de souligner la pertinence des questions soulevées, et ce, dès les premières descriptions sémiologiques, pour en discuter la portée encore actuelle. Pour une étude historique plus complète, nous renvoyons ainsi à des travaux plus détaillés [2,3].

### Avant Bleuler

Tout d'abord, il convient de rappeler que la dichotomie entre signes négatifs et signes positifs était antérieure à la question même de la schizophrénie, puisque cette opposition

est issue de la neurologie, notamment dans le champ de l'épileptologie avec les deux apports de Reynolds (1857) et Jackson (1887).

Pour Reynolds, la notion de signes négatifs d'une affection neurologique renvoie initialement à l'idée d'un manque, d'une perte ou d'une altération de certaines propriétés vitales. À l'inverse, les signes positifs impliquent un excès, une exagération de certaines propriétés vitales. Toujours pour Reynolds, ces deux types de manifestations doivent être compris de manière distincte et autonome les uns des autres, même s'ils surviennent dans le cadre d'une même pathologie [2]. Pour Jackson, les signes négatifs impliquent comme chez Reynolds la dissolution de certaines fonctions psychiques, alors que les signes positifs reposent, eux, sur deux types de mécanismes : soit par excitation, soit par des mécanismes de levée de l'inhibition. Jackson se distingue cependant de la position initiale prônée par Reynolds concernant l'articulation possible entre signes négatifs et positifs. Dans une perspective plus dynamique, Jackson différencie ainsi atteintes primaires (signes négatifs) et secondaires (signes positifs). Ces derniers peuvent être considérés comme plus compensatoires ou adaptatifs [2].

Cette fois-ci dans le champ clinique de la schizophrénie (ou plutôt de la démence précoce), Kraepelin propose une première description clinique fine, sans référence directe aux termes de signes négatifs ou de déficit. Il énumère plusieurs types de symptômes fondamentaux participant à la perte de l'unité interne ou psychique. Cette énumération ne repose pas sur une hiérarchisation des symptômes, mais renvoie globalement à deux types de signes cliniques. D'une part, Kraepelin insiste sur une dimension que l'on qualifierait aujourd'hui de cognitive, allant de la notion d'appauvrissement général à celle plus spécifique des altérations de l'attention. Mais il décrit par ailleurs des déficits émotionnels tout aussi centraux, correspondant aux définitions actuelles de l'anhédonie, de l'appauvrissement des manifestations émotionnelles, de l'atteinte motivationnelle, de l'indifférence affective, ou encore de la perte d'intérêt du patient [2,4,5].

### L'autisme schizophrénique selon Bleuler

Les manifestations cliniques de la schizophrénie présentées par Bleuler impliquent deux niveaux de description et de compréhension des processus pathologiques mis en jeu.

Tout d'abord, Bleuler souligne l'articulation plus ou moins directe avec les processus étiologiques potentiels ; il distingue ainsi les signes cliniques les plus directement liés à l'étiologie du trouble (« signes primaires ») de ceux, plus indirects ou consécutifs à des situations adaptatives (« signes secondaires »). Seule la perte des associations et de l'unité psychique est alors considérée par Bleuler comme signe primaire, tandis que l'altération des expériences

émotionnelles et l'autisme schizophrénique ne constituent que des signes secondaires.

L'auteur propose aussi un deuxième axe de compréhension, cette fois-ci plus purement clinique puisqu'il oppose signes nécessairement présents dans toute expérience schizophrénique (« signes fondamentaux ») et signes parfois présents (« signes accessoires »). Les signes fondamentaux regroupent alors la perte des associations, l'ambivalence, l'atteinte de l'affectivité, ainsi que l'autisme. Le délire est l'exemple type des signes cliniques accessoires, puisque non nécessairement présent parmi les manifestations cliniques rencontrées dans la schizophrénie [6,7].

Lorsqu'il introduit la notion d'autisme schizophrénique, Bleuler la considère comme signe fondamental secondaire. Mais la difficulté à définir ce phénomène central et pour le réduire à un symptôme opérationnel, et une fiabilité empirique limitée ont conduit à l'écarter des classifications internationales actuelles [8]. Pour Bleuler, l'autisme implique un détachement de la réalité, associé à une vie psychique riche et imaginative. Rendu possible par le relâchement des associations (signe fondamental primaire), l'autisme (signe fondamental secondaire complexe) associe une longue liste de manifestations cliniques : difficulté à rentrer en contact avec les autres, retrait et inaccessibilité dans le contact, indifférence émotionnelle, comportement et attitudes rigides avec une hiérarchie singulière des valeurs et des buts, pouvant aboutir à une pensée dite « idiosyncratique » [7]. On retrouve ainsi, à travers les diverses manifestations qui constituent l'autisme schizophrénique bleulérien, de nombreux signes cliniques qui sont désormais regroupés sous la dénomination hétérogène de signes négatifs de la schizophrénie.

## Les signes négatifs dans les études contemporaines

Ici aussi, nous renvoyons à différents travaux pour suivre de façon plus approfondie l'évolution de la notion de signes négatifs depuis la deuxième partie du <sup>xx</sup>e siècle [2, 3, 7]. Nous souhaitons néanmoins proposer une courte et très partielle esquisse de quelques points de repères séméiologiques.

Snezhnevsky est le premier auteur à utiliser explicitement dans le champ de la schizophrénie la distinction, héritée de la neurologie, entre signes négatifs et signes positifs [9].

Pour Wing et Brown, les signes négatifs de la schizophrénie découlent avant tout des difficultés sociales, conférant ainsi une place centrale à l'intersubjectivité [10].

Cette position se distingue du point de vue de Strauss et Carpenter [11], pour lesquels les difficultés intersubjectives constituent un véritable troisième domaine clinique, indépendamment des signes positifs et des signes négatifs.

Citons le modèle introduit par Crow dans lequel deux sous-types de schizophrénie peuvent être décrits en fonction de la prédominance clinique observée : premier sous-type lorsque les signes délirants sont dominants, et second sous-type pour les formes plus négatives [12].

Mais c'est avec Carpenter et Kirkpatrick que la notion de « syndrome déficitaire » schizophrénique s'impose [13, 14]. En effet, les auteurs opposent signes négatifs primaires, décrits comme centraux et stables au cours du temps (constituant le noyau même du syndrome déficitaire), et signes secondaires. Cette dernière appellation regroupe de manière hétérogène les conséquences cliniques du délire et de la

dépression, les effets iatrogéniques, mais aussi les stratégies adaptatives potentiellement mises en jeu.

À la même période, Andreasen a proposé une échelle psychométrique des signes négatifs de la schizophrénie ; elle a longtemps été la plus systématique dans les travaux empiriques contemporains (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) [15]. Dans cette échelle, cinq domaines distincts permettent d'explorer le déficit schizophrénique : appauvrissement et émoussement affectif (diminution des émotions faciales, de l'expressivité corporelle, altération prosodique), alogie (appauvrissement linguistique), avolition/apathie (diminution des centres d'intérêt, de la motivation, troubles conatifs, appauvrissement comportemental), anhédonie et altération du fonctionnement social, et enfin difficultés attentionnelles [15]. Mais depuis une dizaine d'années, des travaux récents ont souligné le poids clinique de deux facteurs fondamentaux. Un premier facteur s'intéresse au « déficit dans l'expressivité émotionnelle », et reprend les deux premiers domaines décrits dans l'échelle d'Andreasen (appauvrissement affectif, et alogie). Un second facteur, regroupant différents aspects d'un « déficit motivationnel », regroupe les deux domaines suivants (avolition/apathie, et anhédonie/altération du fonctionnement social). Notons que le DSM5 reprend ces deux sous-types de signes négatifs (et considère désormais les difficultés attentionnelles comme appartenant aux troubles cognitifs, distincts des signes négatifs) [2].

## Phénoménologie des signes négatifs de la schizophrénie

### Approche phénoménologique

En parallèle des travaux empiriques contemporains, fondés sur une description la plus objective et la plus athéorique possible, une approche psychopathologique permet une autre forme de compréhension, complémentaire plutôt qu'antagoniste. Elle vise ainsi à saisir dans leur globalité les manifestations cliniques : comment peuvent-elles être vécues par le patient, et comment peuvent-elles se manifester dans la rencontre avec le clinicien [4, 7, 8]. Parmi les différentes pistes psychopathologiques, nous nous efforcerons dans la suite de cette revue de souligner les apports de la phénoménologie psychiatrique, et nous n'aborderons donc pas ici les approches issues de la psychanalyse.

Les auteurs classiques en phénoménologie psychiatrique ont en effet été nombreux à étudier les formes dites « pauvres » de schizophrénie. Parmi ces auteurs, Minkowski, Binswanger, Blankenburg, et plus récemment Kimura ou Tatossian ont pu y trouver les manifestations possibles de ce qui constituerait l'essence du trouble schizophrénique : Binswanger avec l'inconsistance de la naturalité de l'expérience et les formes manquées de la Présence [17], Minkowski avec la notion de perte de contact vital, et permettant une nouvelle compréhension de l'autisme schizophrénique après Bleuler [18], Blankenburg avec la perte du sens commun [19] et de l'évidence naturelle [20], ou encore avec les notions d'hyperréflexivité schizophrénique et de distorsion du sens de soi chez Kimura Bin [21]. Nous nous limiterons ici aux points de vue développés par Minkowski et Blankenburg ; pour une revue approfondie, nous renvoyons à d'autres ouvrages ou travaux de revue plus exhaustifs [7,8,16,22-24].

## Minkowski, trouble générateur et perte de contact vital avec la réalité

Minkowski, parce qu'il vise à rester le plus proche possible de l'expérience vécue par les patients, souligne les limites d'une analyse critériologique stricte et nécessairement réductrice. Une approche plus intuitive (il évoque ainsi l'idée de « diagnostic par pénétration ») permettrait au contraire d'en saisir tous les aspects dans leur « unité originelle ». Une catégorisation des symptômes comme signes indépendants les uns des autres ne permet pas à elle seule de rendre compte de la totalité de l'expérience pathologique [25]. Sans se limiter à la simple étape diagnostique, il s'agit plutôt de pénétrer l'expérience subjective des patients (ce qu'il appelle le « trouble générateur »), comme expression de la modification profonde de la personnalité dans sa globalité. Au-delà de l'hypothèse d'un déficit de telle ou telle fonction, Minkowski évoque plutôt la perte de leur cohésion, de leur articulation, pour avancer la notion « d'espaces interstitiels ». Il observe ainsi dans l'expérience schizophrénique une attitude rigide et dévitalisée marquée par deux aspects complémentaires. Premièrement, et reprenant la notion bergsonienne de vitalité, Minkowski introduit l'idée d'une perte du contact vital avec la réalité. Cette perte concerne les aspects les plus basiques de la vie quotidienne, et affecte conjointement le sens de soi et le monde vécu. Deuxièmement, cette perte peut s'accompagner d'un surinvestissement logique ou intellectuel, d'une attitude interrogative. Minkowski propose ainsi les notions de « rationalisme » ou de « géométrisme morbide » comme expressions pathologiques mises en jeu dans la schizophrénie [18]. Dans les suites des travaux de Bleuler, Minkowski définit la notion d'autisme riche. Il avance l'idée d'activités autistiques, ne se limitant pas au simple déficit mis en jeu dans les manifestations telles que le mutisme ou le négativisme. Il se distingue cependant de Bleuler en ne considérant pas l'autisme comme tendance introspective excessive, réfute l'hypothèse bleulérienne d'une vie intérieure particulièrement riche. Enfin, il souligne le lien fondamental entre autisme schizophrénique et perte de contact vital avec la réalité [7]. Ici, l'autisme est considéré comme manifestation fondamentale, mais aussi primaire, à la différence de la définition proposée par Bleuler.

## Blankenburg et la perte de l'évidence naturelle

Comme Minkowski, Blankenburg s'intéresse particulièrement aux formes schizophréniques pauci-symptomatiques. En dépassant la notion de simple déficit, il questionne les fondements mêmes de l'expérience en explorant les relations entre soi et le monde, notamment à un niveau tacite. Pour lui, les formes schizophréniques décrites aujourd'hui comme négatives témoignent de façon caractéristique et cruciale de la perte du sens commun. Dans un premier texte, Blankenburg définit le sens commun comme aptitude à comprendre le monde, les autres et soi-même de façon immédiate, tacite et non questionnée (« pré-réflexive »). Dans les formes simples de schizophrénie, cette capacité est altérée, les patients n'arrivant plus à s'ancrer dans le monde quotidien de façon stable et spontanée [19]. Avec *La perte de l'évidence naturelle*, il prolonge cette perspective en reprenant les termes mêmes de la patiente, Anne, dont son ouvrage reprend le témoignage [20].

Considérées de façon isolée, les plaintes rapportées ici peuvent parfois apparaître presque banales au clinicien, évoquant une certaine dépressivité peu spécifique. Mais si on les saisit dans une compréhension plus globale, elles peuvent alors refléter un trait essentiel de l'expérience schizophrénique. Blankenburg propose de parler ici de « spécificité du non spécifique », tant elle colore souvent les premiers moments de rencontre avec un patient souffrant de schizophrénie pauci-symptomatique, du moins lors des étapes les plus initiales. Cette perte de l'immersion spontanée dans le monde quotidien peut aboutir à une grande perplexité, une difficulté à s'orienter dans la réalité la plus concrète, ainsi que dans les interactions les plus basiques avec les autres. Mais Blankenburg nous met en garde contre la tentation de réduire l'essence du trouble schizophrénique à un autre type de perte ou de déficit. Alors que dans l'expérience normale, la naturalité du monde quotidien n'est pas remise en question, Anne ne peut pas faire autrement que se questionner à son propos, dans un excès de réflexivité. Cette « hyperréflexivité » consiste en la tentative incessante de saisir le monde, les autres ou soi-même de façon non tacite. Mais cette tentative de compensation réflexive, de haut niveau, explicite, est à la fois épuisante et vouée à l'échec. Épuisante puisque Anne éprouve une fatigue fondamentale à être ; Blankenburg appelle cet épuisement « asthénie transcendante », qui peut entraîner de nombreuses manifestations que l'on considérerait aujourd'hui comme négatives ou déficitaires. Mais cette compensation est aussi vouée à l'échec, puisque ne pouvant permettre de reconstruire de façon stable et durable une immersion dans la quotidienneté. En termes phénoménologiques, Blankenburg souligne ici l'absence de « fonction constitutive » de cette hyperréflexivité, à la différence d'une immersion tacite et spontanée comme on peut la retrouver dans l'expérience non schizophrénique.

## Travaux contemporains portant sur l'expérience subjective des signes négatifs

Plusieurs travaux plus récents ont proposé de décrire de façon approfondie l'expérience subjective des signes négatifs schizophréniques.

Un premier aspect commun à ces travaux supporte l'idée que la prise en compte de l'expérience en première personne n'est pas qu'une simple position théorique, ou éthique. Cela nous dit quelque chose de l'expérience schizophrénique elle-même, en quoi par exemple elle diffère fondamentalement de l'expérience mélancolique, alors que leurs manifestations négatives - qu'elles soient schizophréniques ou dépressives - peuvent parfois paraître proches au clinicien. Lorsque l'on compare les signes négatifs chez des patients dépressifs ou schizophrènes, la comparaison des expériences vécues par la personne souffrante indique que dans la dépression, les déficits vécus apparaissent au patient en termes volontiers quantitatifs, y compris dans des situations catatoniques. En revanche, les patients souffrant de schizophrénie rapportent a posteriori une distorsion exprimée en termes plus qualitatifs [26-29].

Un deuxième aspect concerne le vécu émotionnel associé aux manifestations dites « émoussées » ou « appauvries », du moins sur le plan comportemental. À l'inverse de l'idée d'un pur déficit, les patients schizophrènes décrivent au contraire des expériences émotionnelles parfois très intenses. Et,



paradoxalement, c'est cette intensité émotionnelle qui peut conduire à une manifestation comportementale qui apparaît comme réduite ou diminuée au clinicien [30-32].

Un domaine de plus en plus important de la recherche schizophrénique actuelle, notamment lors des étapes initiales de la maladie, repose sur la notion de symptômes de base développée par l'école de Bonn [33, 34]. Ces symptômes de base sont classiquement décrits comme des anomalies subjectivement vécues, qui précèdent volontiers des phases schizophréniques plus productives. Deux outils d'évaluation en permettent l'exploration : BSABS [35] et SPI-A [36]. La prise en compte des symptômes de base est plus volontiers associée aux signes positifs, productifs, puisque considérés comme précurseurs cliniques des symptômes de premier rang de Schneider, pré-hallucinatoires ou hallucinatoires [34]. Mais plusieurs études ont pu mettre en évidence des corrélations entre signes négatifs et certains symptômes de base comme les cénesthésies, l'hyperréflexivité [33], des troubles perceptifs subtils, ou encore la perte d'automatismes moteurs [37]. La question de l'hyperréflexivité et de ses liens possibles avec les signes négatifs reste complexe, avec la possibilité de conséquences autistiques d'une introspection trop marquée [38, 39].

Alors que les symptômes de base sont considérés comme des « anomalies subjectivement vécues », un autre domaine de la recherche schizophrénique implique, lui, l'exploration « d'anomalies de l'expérience subjective » et des troubles du soi [4]. Un outil spécifiquement développé, l'échelle EASE, en permet une description systématique [40]. Si le modèle des troubles du soi proposé par ces auteurs semble bien se prêter à une meilleure compréhension des formes pauci-symptomatiques de la schizophrénie, il existe encore peu de travaux empiriques portant spécifiquement sur les liens entre signes négatifs et troubles du soi.

## Conclusion

Les travaux proposés par ces auteurs, classiques ou plus contemporains, nous permettent de dégager plusieurs points importants à souligner, caractéristiques d'une approche phénoménologique clinique : compréhension de signes cliniques dans leur globalité, importance centrale de l'expérience en première personne, approche qualitative des phénomènes décrits.

Tout d'abord, il s'agit pour la phénoménologie psychiatrique de proposer une approche descriptive qui tend à unifier des manifestations cliniques considérées habituellement comme éparées. À la différence des classifications nosographiques internationales fondées sur une liste d'items critériologiques indépendants les uns des autres, la phénoménologie cherche à saisir ce qui peut constituer de façon unifiée un « trouble générateur », pour reprendre les termes mêmes de Minkowski, à partir de l'expérience vécue en première personne.

Cette perspective en première personne, qui prend en compte l'expérience subjective des personnes souffrant de schizophrénie s'oppose donc à des approches dites en troisième personne, catégorielles ou critériologiques. La question des symptômes négatifs de la schizophrénie illustre de façon cruciale cette opposition. Dans une perspective en troisième personne, l'observation d'indices comportementaux, observables par le clinicien « de l'extérieur », entraîne le plus souvent la description d'un simple déficit.

Mais dans une perspective en première personne, l'expérience subjective du patient - notamment lorsqu'il lui est plus facile de verbaliser, a posteriori, ce qu'il a éprouvé durant des manifestations dites « négatives », on constate souvent que son expérience vécue peut être plus riche. Cet aspect contraste avec l'aspect plus classiquement déficitaire de ce qui est montré au clinicien.

Enfin, il peut être réducteur de considérer les signes négatifs selon une prise en compte purement quantitative, où les expériences pathologiques se résument à une simple diminution, voire une absence ou un défaut d'expériences habituellement présentes dans les situations non pathologiques. Par exemple, en ce qui concerne les symptômes négatifs de la schizophrénie, un défaut apparent du fonctionnement social (isolement, réduction des interactions) s'accompagne parfois d'une exagération - elle-même pathologique - d'autres aspects cliniques (préoccupations centrées sur soi, des ruminations, tendance à l'hyper-réflexivité). Mais cette remarque s'applique aussi aux symptômes dits positifs, puisque des symptômes hallucinatoires, ou de premier rang au sens schneiderien, peuvent aussi s'accompagner de la diminution ou de l'altération de certaines aptitudes : capacité à faire la distinction entre soi et autrui, performances réduites lors d'épreuves testant l'agentivité des personnes souffrant de schizophrénie [41]. Ces deux types d'exemples, tant « négatifs » que « positifs », soulignent ainsi l'idée que des phénomènes anormaux, par exemple schizophréniques, échappent à une description purement quantifiable ou objectivable.

Mais les travaux psychopathologiques comme les approches objectivantes soulignent, dans des perspectives en première ou en troisième personne, la complexité des liens entre signes négatifs et intersubjectivité, émotion et cognition. Il ne s'agit donc pas de s'opposer à une approche purement objectivante, mais de proposer au contraire de la compléter par l'exploration des phénomènes cliniques en première personne (comment les signes cliniques sont éprouvés par le patient) et en deuxième personne (comment ces signes se manifestent au clinicien). Tatossian résume ainsi l'autisme schizophrénique, à la fois comme un symptôme difficile et limité, dans une approche objective, et comme phénomène cliniquement crucial, dans une approche phénoménologique [8].

## Liens d'intérêts

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

## Références

- [1] Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT, Marder SR. The NIMH-MATRICS consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin* 2006;32:214-19.
- [2] Azorin JM, Belzeaux R, Adida M. Negative symptoms in schizophrenia: Where we have been and where we are heading. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 2014;20:801-8.
- [3] Pringuey et al., 2015 Article dans ce numéro (sur les aspects historiques).
- [4] Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin* 2003;29(3):427-44.
- [5] Azorin JM, Cermolacce M. Clinique du déficit dans la schizophrénie. *L'Encéphale* 2007;(S1):S2-S4.

- [6] Bleuler E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. International Universities Press, New York, NY, USA (Première Edition 1908); 1950.
- [7] Parnas J, Bovet P. Autism in schizophrenia revisited. *Comprehensive Psychiatry* 1991;32(1):7-21.
- [8] Tatossian A. *Phénoménologie des Psychoses*. Le Cercle Herméneutique, Paris (Première édition 1979) ; 2002.
- [9] Snezhnevsky A. The symptomatology, clinical forms and nosology of schizophrenia. In: Howells J, editor. *Modern Perspectives in World Psychiatry*. Brunner-Mazel, New York, NY, USA; 1968.
- [10] Wing JK, Brown GN. Institutionalism and Schizophrenia. Cambridge University Press, Cambridge, UK ; 1970.
- [11] Strauss JS, Carpenter WT, Bartko JJ. The diagnosis and understanding of schizophrenia. Part III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin* 1974;11:61-76.
- [12] Crow TJ. Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *British Journal of Psychiatry* 1980;137:383-6.
- [13] Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman AM. Deficit and nondescriptive forms of schizophrenia: The concept. *American Journal of Psychiatry* 1988;145:578-83.
- [14] Kirkpatrick B, Buchanan RW, McKenney PD, Alphas LD, Carpenter WT Jr. The Schedule for the Deficit syndrome: an instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Research* 1989;30(2):119-23.
- [15] Andreasen N. Negative symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1989;155(5):53-58.
- [16] Naudin J, Pringuey D, Azorin JM. *Phénoménologie et analyse existentielle*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-815-A-10, 1998.
- [17] Binswanger L. *Trois formes manquées de la présence humaine*. Le Cercle Herméneutique, Paris (Première édition 1956) ; 2002.
- [18] Minkowski E. *La schizophrénie*. Payot, Paris (Première édition 1927) ; 1997.
- [19] Blankenburg W. First steps toward a psychopathology of "common sense" (1969). *Philosophy Psychiatry and Psychology* 2001;8:303-15.
- [20] Blankenburg W. *La perte de l'évidence naturelle*. PUF, Paris (Première Edition 1971) ; 1991.
- [21] Kimura Bin. *Écrits de psychopathologie phénoménologique*. PUF, Paris ; 1992.
- [22] Wiggins OP, Schwartz MA. The limits of psychiatric knowledge and the problem of classification. In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA, editors. *Philosophic perspectives on psychiatric diagnostic and classification*. John Hopkins University Press, Baltimore, USA; 1994.
- [23] Stanghellini G. Dysphoria, vulnerability and identity. *Psychopathology* 2000;33:198-203.
- [24] Cermolacce M, Martin B, Naudin J. *Approche phénoménologique en psychiatrie*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, *Sous presse*.
- [25] Minkowski E. *Traité de psychopathologie*. PUF, Paris ; 1966.
- [26] McGhie A, Chapman J. Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology* 1961;34:103-16.
- [27] McGlashan, T.H. Aphanisis: The syndrome of pseudo-depression in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1982;8(1):118-134.
- [28] Cutting J, Dunne F. Subjective experience of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1989;15:217-31.
- [29] Seltén JP, Wiersma D, van den Bosch RJ. Discrepancy between subjective and objective ratings for negative symptoms. *Journal of Psychiatric Research* 2000;34:11-13.
- [30] Bouricius J. Negative symptoms and emotions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1989;15(2):201-8.
- [31] Hurlbut RT. *Sampling Normal and Schizophrenic Inner Experience*. Plenum, New York, NY, USA; 1990.
- [32] Kring AM, Kerr SL, Smith DA, Neale JM. Flat affect in schizophrenia does not reflect diminished subjective experience of emotion. *Journal of Abnormal Psychology* 1993;102:507-17.
- [33] Klosterkötter J. The meaning of basic symptoms for the development of schizophrenic psychoses. *Neurology Psychiatry and Brain Research* 1992;1:30-41.
- [34] Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophrenia Bulletin* 2009;35: 5-8.
- [35] Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS; Bonn scale for the assessment of basic symptoms). Springer, Berlin; 1987.
- [36] Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S, Klosterkötter J. *Schizophrenia Proneness Instrument, Adult Version (SPI-A)*. Giovanni Fioriti Editore, Roma ; 2007.
- [37] Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2003;44: 121-134.
- [38] Sass LA. *Les paradoxes du délire*. Editions d'Ithaque, Paris ; 2010.
- [39] Seltén JP, van den Bosch RJ, Sijben AE. The subjective experience of negative symptoms. In: Amador XF and David AS, editors. *Insight and Psychosis*. Oxford University Press, New York, NY, USA; 1998.
- [40] Parnas J, Moller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE : Evaluation des anomalies de l'expérience de soi. *L'Encéphale* 2012;38(S3):S121-45.
- [41] Gallagher S. Neurocognitive models of schizophrenia: a neurophenomenological critique. *Psychopathology* 2004;37:8-19.