

## Les symptômes négatifs : approches cliniques et thérapeutiques

Président : S. Dollfus, CHU de Caen, UMR 6301 CNRS, 14000 Caen, France

S17A

### Symptômes négatifs : quelle place aujourd'hui au sein de la clinique des pathologies schizophréniques ?

P. Brazo

UMR 6301 CNRS, CHU de Caen, 14000 Caen, France

**Mots clés :** Symptômes négatifs ; Schizophrénie ; Cognition ; Évolution

La symptomatologie négative est la dimension clinique sans doute la plus difficile à repérer. Les descriptions classiques, rationalisées grâce à l'élaboration des échelles d'évaluation telles que la SANS ou la PANSS, restent d'actualité. Des approches nouvelles émergent cependant. Ainsi, l'anhédonie pourrait être liée à un trouble de l'anticipation du plaisir à venir, peut-être en lien avec la difficulté à se remémorer les souvenirs plaisants. L'apathie acquiert un statut nettement distinct des autres symptômes négatifs ou de la dépression et sa compréhension se complexifie, intégrant trois composantes (émotionnelle, cognitive et d'auto-activation psychique) [2,4]. L'altération des stratégies de prise de décision est mise en lien avec la sévérité des symptômes négatifs. Leur hétérogénéité reste une question débattue. Des études renforcent la validité du syndrome déficitaire, qui identifie un sous-type distinct de schizophrénie caractérisé par des symptômes négatifs strictement définis par leur caractère primaire et stable [1]. À l'inverse, d'autres défendent une approche plus large comme les « symptômes négatifs persistants » incluant des symptômes négatifs secondaires ayant résisté aux traitements habituels des symptômes négatifs. Leur impact sur la qualité de l'évolution continue à être argumenté. Des auteurs confirment le lien entre aggravation ou diminution des symptômes négatifs d'une part, et majoration ou amélioration des troubles cognitifs, et ce, dès le premier épisode. D'autres soulignent une évolution psychopathologique et un fonctionnement global de moins bonne qualité chez les patients en premier épisode pour qui persiste au moins un symptôme négatif [3]. Les symptômes négatifs constituent donc un véritable pôle d'intérêt, tant pour les cliniciens que pour les chercheurs, comme en atteste le développement récent ou en cours d'instruments ciblés d'évaluation.

**Références**

- [1] Boutros NN, et al. Clin Schizophr Relat Psychoses 2013.
- [2] Del-Monte J, et al. L'Encéphale 2012.
- [3] Galderisi S, et al. Eur Neuropsychopharmacol 2013.
- [4] Yazbek H, et al. L'Encéphale 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.100>

S17B

### Le plaisir consommé : un vecteur de lutte contre les symptômes négatifs

L. Lecardeur

Centre Esquirol, CHRU de Caen, 14000 Caen, France

**Mots clés :** Schizophrénie ; Symptômes négatifs ; Thérapies cognitives et comportementales ; Entretien motivationnel ; Anhédonie

La réduction de la motivation fait partie des symptômes les plus fréquents de la schizophrénie, ceci dès le premier épisode psychotique, ce qui semble suggérer que l'amotivation serait une composante intrinsèque de la pathologie [1,5]. Les déficits motivationnels et l'apathie pourraient induire, chez ces patients, des

déficits hédoniques, un des symptômes négatifs centraux. Cependant, plusieurs auteurs [2,3] ont suggéré récemment que les patients souffrant de schizophrénie ne présenteraient pas de déficit hédonique de manière générale, puisqu'ils sont capables de ressentir le plaisir dans les activités (« plaisir consommé »). Leur difficulté se situerait plutôt dans l'aptitude à anticiper le plaisir qu'ils pourraient éprouver dans les activités (« plaisir anticipé »), diminuant ainsi leur motivation à s'y adonner [4]. Une des stratégies thérapeutiques pertinentes pour lutter contre ces symptômes, réfractaires aux traitements antipsychotiques actuellement disponibles, est de stimuler le plaisir consommé afin d'engager le patient dans des activités. Le challenge est de combiner les techniques cognitivo-comportementales et celles issues de l'entretien motivationnel. La première étape consiste à utiliser les techniques comportementales afin d'amener le patient à s'exposer à des expériences plaisantes et renforçantes. Cette étape est fondamentale puisque ces patients rapportent ressentir autant de plaisir que les sujets sains dans les activités de la vie quotidienne. En parallèle, l'entretien cognitif permettra au patient de développer une conscience du plaisir ressenti à travers l'identification des émotions, sensations physiques et pensées liées aux activités. Dans une seconde étape, l'entretien motivationnel réclamera que le patient se rappelle ses expériences plaisantes passées et de comparer ces dernières avec les activités de la vie quotidienne. Plus les activités ont été satisfaisantes et plus l'individu pourra se motiver à ré-expérimenter ces activités. Ces techniques placeront le patient dans un cercle vertueux permettant de diminuer son retrait, sa passivité et son inactivité.

**Références**

- [1] Faerden A, Finset A, Friis S, Agartz I, Barrett EA, Nesvag R, et al. Apathy in first episode psychosis patients: one year follow up. Schizophr Res 2010;116(1):20–6.
- [2] Foussias G, Remington G. Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's razor. Schizophr Bull 2010;36(2):359–69.
- [3] Gard DE, Kring AM, Gard MG, Horan WP, Green MF. Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. Schizophr Res 2007;93(1–3):253–60.
- [4] Horan WP, Kring AM, Blanchard JJ. Anhedonia in schizophrenia: a review of assessment strategies. Schizophr Bull 2006;32(2):259–73.
- [5] Kiang M, Christensen BK, Remington G, Kapur S. Apathy in schizophrenia: clinical correlates and association with functional outcome. Schizophr Res 2003;63(1–2):79–88.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.101>

S17C

### Quelles thérapies biologiques pour les symptômes négatifs ?

P.-M. Llorca

CH, pôle de psychiatrie, service de psychiatrie B, 63000 Clermont-Ferrand, France

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.102>

### Deuil et psychiatrie : avancées récentes et perspectives

E. Corruble, CHU Le Kremlin-Bicêtre, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

S18A

### Deuils compliqués

M.-L. Bourgeois

33000 Bordeaux, France

**Mots clés :** Deuil ; Complications psychiatriques ; Complications psycho-somatiques ; Diagnostic et traitement

Le deuil est défini comme la perte par décès d'une personne « significative » (objet d'un lien affectif fort). Évènement de vie mettant à l'épreuve les ressources adaptatives biopsychosociales, sa fréquence augmente avec l'allongement de la vie. Il s'agit le plus souvent d'une perte d'un conjoint, spécialement chez les personnes âgées. En France, environ 500 000 décès/an ; 5 millions de veuves et 500 000 veufs. D'autres situations, heureusement plus rares, mais sans doute plus traumatisantes correspondent à ce que l'on appelle les deuils traumatiques, lorsque le deuil est dû à une mort violente : suicide, homicide, accident. La personne décédée peut aussi être un enfant (deuil très difficile) ou les parents pour un jeune enfant (doublant le risque d'un état dépressif) ou bien encore la mort d'un adolescent (suicide ou accident). . . Outre un état dépressif avéré immédiat, les deuils proprement psychiatriques correspondent à des épisodes cliniques caractérisés : anxiété pathologique, abus d'alcool et de médicaments, état confuso-déirant, PTSD, etc. Le problème majeur est représenté par l'état dépressif qui doit être traité d'emblée (sans attendre le 3<sup>e</sup> mois). Enfin, on connaît les situations paradoxales de deuil maniaque plus ou moins intense, le décès étant à l'origine d'une poussée libidinale et d'une excitation psychomotrice allant jusqu'à l'état maniaque complet (probablement révélateur d'un trouble bipolaire). Environ 20% des deuils sont « compliqués » et devraient faire l'objet d'une prise en charge systématique.

*Pour en savoir plus*

Bourgeois ML. Deuil normal et deuil pathologique. Doin; 2003.

Bourgeois ML. Études sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives. *Ann Med Psychol* 2006;164:278–91.

Bourgeois ML. Les deuils psychiatriques. *Ann Med Psychol* 2006;164:364–65.

Réunion : Le deuil aujourd'hui le 22 octobre 2012. *Ann Med Psychol* 2013;171.

Zech E. Psychologie du deuil. Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche. Hayen, Belgique: Éditions Pierre Mardaga; 2006.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.103>

S18B

## Deuil et dépression

E. Corruble

CHU Le Kremlin-Bicêtre, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

**Mots clés :** Deuil ; Dépression ; Évènement de vie

Au-delà des dogmes anciens posant que le deuil devait être « respecté » et des données cliniques classiques permettant de discriminer deuil et épisode dépressif, la question est aujourd'hui posée de savoir quel curseur choisir pour porter le diagnostic d'épisode dépressif chez les endeuillés ? En effet, bien que les deuils soient des événements de vie inhérents à la vie de tout sujet, et le plus souvent sans interaction avec les épisodes dépressifs, les deuils sont toutefois parmi les événements de vie le plus souvent associés à des épisodes dépressifs. Cette question du choix du curseur pour porter le diagnostic d'épisode dépressif chez les endeuillés est importante, puisqu'elle va déterminer la nature de la prise en charge à proposer ou non aux endeuillés. Cette question est par ailleurs d'actualité avec la nouvelle critériologie américaine DSM-5. En effet, la définition de l'épisode dépressif majeur du DSM-IV comportait un critère d'exclusion lié au deuil, critère hérité de la culture psychanalytique. Ce critère d'exclusion avait pour objectif de discriminer des sujets présentant une symptomatologie dépressive modérée liée au deuil, de façon à ne pas les prendre en charge prématurément comme des patients déprimés. Dans trois études françaises différentes, nous avons étudié la validité discriminante de ce critère d'exclusion lié au deuil. Nos résultats ont montré une validité discriminante médiocre de ce critère d'exclusion en pratique quotidienne. Et, après de nombreux débats, il a été décidé de supprimer ce critère d'exclusion lié au

deuil pour la définition de l'épisode dépressif majeur dans le DSM-5. Le développement par le NIMH d'importants programmes de recherche consacrés au deuil dans toutes ses composantes devrait permettre d'une part de mieux comprendre la physiopathologie du deuil et ses liens avec la dépression et d'autre part de mieux soigner les sujets endeuillés souffrant d'épisodes dépressifs.

*Pour en savoir plus*

Corruble E, Chouinard VA, Letierce WA, Gorwood P, Chouinard G. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case-control, cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2009;70(8):1091–7.

Corruble E, Falissard B, Gorwood P. DSM Bereavement Exclusion for Major Depression is not relevant to response to treatment. *J Clin Psychiatry* 2011;72(7):898–902.

Zisook S, Pies R, Corruble E. When is grief a disease? *Lancet* 2012;28:379.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.104>

S18C

## Deuil et symptomatologie psychiatrique : quelle conduite à tenir ?

J.-J. Chavagnat

Centre hospitalier Henri-Laborit, pôle C, santé publique, 86000

Poitiers, France

**Mots clés :** Deuil ; Symptômes psychiatriques ; Conduite à tenir

Il est classique de dire que le deuil va entraîner des conséquences biopsychosociales. Mais, nous pouvons être confrontés à d'authentiques symptômes psychiatriques, ce qui va conduire à la notion de deuil pathologique. La liste des symptômes psychiatriques est encore mal connue des non-spécialistes :

- de la réaction dépressive à l'épisode dépressif sévère avec idées de suicide, voire un suicide tenté, plus rarement abouti ;
- de la phase d'hyperactivité à l'authentique épisode maniaque ;
- du trouble fonctionnel à la maladie psychosomatique, voire à la conversion hystérique ;

- de la manifestation anxieuse passagère à la grande crise d'angoisse, voire au trouble anxieux généralisé ;

- des manifestations phobiques, des conduites à risque, des addictions ou des automutilations.

Tous ces symptômes auront des expressions différentes selon l'âge : par exemple, des manifestations d'opposition ou de phobie scolaire chez l'enfant ou l'adolescent ou bien une dépression d'allure démentielle chez la personne âgée. Lorsque des symptômes psychiatriques sont présents, la conduite à tenir qui sera adoptée sera d'évaluer ces troubles (parfois avec des échelles) et surtout de les relier à la dynamique du chemin de deuil. La prise en charge doit mettre le deuil au centre de la réflexion :

- en traitant l'individu, en appréciant :

- la spécificité de son deuil : pré-deuil, deuil « blanc », deuil « non élaboré », deuil de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte, de la personne âgée voire très âgée, les circonstances de la mort du proche : mort d'un enfant, mort par suicide, par homicide, par accident survenant pendant un transport (voiture, train, bateau, etc.) après une catastrophe naturelle, si la mort est brutale et que la personne y a assisté ou si elle a failli elle-même mourir ;

- en traitant le groupe :

- familial avec une approche transgénérationnelle,

- d'individus bénéficiant d'une prise en charge groupale : avec un même type d'endeuillés ou avec des endeuillés de causes différentes.

*Pour en savoir plus*

Bourgeois ML. « Études sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives » *Ann Med Psy*;164(4):278–91.

Chouvier B. « Famille, secret et transmission » *Le divan familial*. N°5 Automne 2000:165–75.