



UNIVERSITÉ DE LILLE



**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année :2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Pertinence du concept de psychose blanche ? Regards croisés de la  
phénoménologie et des neurosciences cognitives.**

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2019 à 18h  
au Pôle Recherche

**Par Caroline LAURENT**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Monsieur le Maître de Conférence Ali AMAD**

**Monsieur le Docteur Christian ROCHE**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Christian ROCHE**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises  
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

# Pertinence du concept de psychose blanche ?

## Regards croisés de la phénoménologie et des neurosciences cognitives.

### Sommaire

Introduction .....	3
A) Première Partie : Situations cliniques .....	5
I. Première vignette clinique : Madame D. B. : une première prise en charge psychiatrique lors d'un deuil, mettant en lumière une organisation de type psychotique.	5
II. Deuxième vignette clinique : Madame E. D. (Expertise du Dr S. lors d'une réquisition le 16.08.13) : un cas d'infanticide lors d'un « moment d'allure psychotique » .....	9
III. Troisième vignette clinique : Mme G. : un déclenchement psychotique suite au deuil de sa mère.....	16
IV. Synthèse.....	18
B) Deuxième Partie : Essai pour la délimitation clinique du concept de psychose blanche .....	19
I. La psychose blanche.....	19
1. Historique.....	19
2. Définition.....	19
3. Caractéristiques.....	21
a) Organisation oedipienne.....	21
b) Complexe de la mère morte et hallucination négative.....	23
c) Le blanc de la pensée et les processus de déliaison.....	26
d) Le délire subclinique : l'attaque de la pensée par la pulsion.....	28
4. Synthèse.....	29
5. Intérêts et limites du concept de psychose blanche.....	32
a) Intérêts.....	32
b) Limites.....	32
II. Discussion : les psychoses « hors déclenchement ».....	33
1. Les personnalités « comme si » d'Hélène Deutsch .....	33
2. La psychose froide de E. et J. KESTEMBERG.....	36
3. La psychose ordinaire.....	39
III. Conclusion.....	41
C) Troisième partie : Approche phénoménologique : les symptômes psychotiques « de base ». Points de convergence avec les troubles de personnalités schizotypique et schizoïde ainsi que les symptômes négatifs de la schizophrénie.....	44
I. Approche phénoménologique : les symptômes « de base » psychotiques.....	44
1. Contexte.....	44
2. Principes et description des symptômes de « base ».....	46
3. Echelles d'évaluation des symptômes de base .....	49
a) BSABS, SPI-A .....	49
b) EASE (Examination of Anomalous Self-Experience) .....	51
II. Analogie avec les troubles de la personnalité schizotypique et schizoïde ainsi que symptômes négatifs de la schizophrénie .....	53
1. Troubles de personnalité selon le DSM-V.....	53
a) Trouble de personnalité schizotypique.....	53
b) Trouble de personnalité schizoïde.....	55
2. Analogie avec les symptômes négatifs de la schizophrénie.....	56
a) Au niveau de la sphère affective et sociale.....	56

b)Symptômes de la sphère cognitive.....	57
c)Sur le plan comportemental.....	58
D)Quatrième partie : Regards des sciences cognitives dans les déficits cognitifs à visée sociale de la psychose.....	60
I.Neuro-psychologie cognitive : le déficit en théorie de l'esprit dans la schizophrénie...	61
1.Définition et historique du concept de la théorie de l'esprit.....	61
2.Implication dans la schizophrénie .....	62
II.Neuro-anatomie : les réseaux neuronaux impliqués dans le déficit en théorie de l'esprit dans la schizophrénie.....	63
1.Topographie des réseaux neuronaux impliqués dans la théorie de l'esprit.....	63
2.Description du système de neurones miroirs dans la cognition sociale.....	64
3.Implication du système des neurones miroirs et du réseau de mentalisation dans la schizophrénie.....	66
E)Discussion.....	70
I.La psychose blanche au regard des connaissances actuelles en phénoménologie et dans les neurosciences cognitives.....	70
II.Perspectives : les centres de prévention et d'intervention précoce.....	71
Conclusion.....	75
Bibliographie.....	76
Annexes.....	79
Annexe 1. Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-V (code F20).....	79
Annexe 2. Echelle BSAPS Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms.....	80
Annexe 3. Echelle SPI-A (Schizophrenia Proneness Instrument)– critères COGDIs (COGNitive DISTurbances) et COPER (Cognitive Perceptive).....	81
Annexe 4. Echelle EASE :Liste des items et grille de cotation.....	82

## Introduction

Au cours de nos entretiens en psychiatrie adulte, il s'avère que de nombreux patients se présentent sous un aspect qui laissent les praticiens perplexes quant à la psychopathologie développée. En effet, certains patients présentent des configurations cliniques où le délire (propos aberrants, en décalage avec la réalité communément admise) et les hallucinations sont absents ou limités, mais qui nous évoquent un état de la psyché confronté à une problématique psychotique (du spectre de la schizophrénie dans la psychiatrie selon le DSM V (1)) .

Dans la clinique psychiatrique actuelle issue du DSM-V (1), s'il n'existe pas de symptômes psychotiques observables (dits « objectifs »), il n'y a pas de psychose [cf Annexe 1].

La nosographie actuelle se nourrit d'une clinique descriptive et symptomatique pour rendre compte de la psychose. Autrement dit, hors des manifestations hallucinatoires, d'un délire, d'une désorganisation psychique marquée (traduite par la perte de l'unité psychique entre idées, affects et comportements), il n'y a pas de catégorie nosographique de psychose (1).

A l'heure actuelle, il n'existe pas de courant de pensée qui rendent compte de la totalité de la clinique psychiatrique, mais certains peuvent être complémentaires. C'est la raison pour laquelle nous nous intéressons à la psychose d'un point de vue psychanalytique, qui envisage la psychose en dehors de la décompensation.

Le psychanalyste offre un cadre susceptible de faire émerger dans le discours du patient une organisation de la pensée qui se veut une clinique, où la psychose est possible en dehors de phénomènes psychotiques observables, dits « objectifs » (tels que

le délire, les hallucinations, la désorganisation psychique) et de manifestations à valeur de crise psychotique.

C'est dans cette optique que nous questionnons la psychose à travers la psychanalyse, avec la notion de psychose blanche d'André Green et Jean-Luc Donnet (2), ce qui implique d'envisager la psychose comme une « organisation de la psyché » qui ne serait pas névrotique. Nous allons la confronter à d'autres concepts psychanalytiques afin d'en préciser les points de convergences.

Dans un premier temps, nous allons exposer plusieurs vignettes cliniques, puis nous allons nous intéresser en deuxième partie à la notion de psychose blanche qu'ont mise au point deux psychanalystes français, Jean-Luc Donnet et André Green(2). Nous allons ensuite discuter ce concept à travers d'autres notions psychanalytiques telles que les personnalités « comme si » d'Hélène Deutsch (3), la psychose froide d'Evelyne Kestemberg (4) ainsi que la psychose ordinaire de Jacques-Alain Miller(5).

Dans un troisième temps, nous nous intéresserons à l'approche phénoménologique des symptômes psychotiques de la lignée négative avec les symptômes « de base » (concept élaboré par G. Huber, psychiatre allemand) (6) et l'analogie qu'ils peuvent avoir avec les symptômes de la lignée négative de la schizophrénie selon le Manuel de Psychiatrie (7), pour ensuite nous intéresser aux neurosciences cognitives. Nous allons tenter de circonscrire les bases neurales des déficits cognitifs de la psychose, en particulier au point de vue de la cognition sociale avec la théorie de l'esprit et le réseau de mentalisation.

## **A) Première Partie : Situations cliniques**

### **I. Première vignette clinique : Madame D. B. : une première prise en charge psychiatrique lors d'un deuil, mettant en lumière une organisation de type psychotique**

Nous rencontrons Mme D.B., 42 ans, en consultation au CMP de secteur puis lors d'une première hospitalisation suite à des menaces de passages à l'acte (voulait sauter du toit de son domicile) dans un contexte de décès brutal de son père plusieurs mois auparavant, suite à un arrêt cardiaque. Sa mère sera placée en institution par la suite.

Madame D.B. n'a aucun antécédent psychiatrique, et n'a jamais rencontré de psychologue.

**Examen psychiatrique** : Le contact est bizarre : Madame présente une aimantation du regard, elle est amimique. On note un émoussement des affects, elle ne réussit pas à verbaliser son état émotionnel mais explique être « complètement perdue ». Elle met en lien des menaces de passages à l'acte avec un sentiment de vide ayant toujours existé, et majoré depuis que son père est parti : elle ne sait pas comment s'organiser dans sa vie quotidienne. Madame D. n'a pas pleuré son père et a difficilement accès à ses émotions, depuis de nombreuses années.

Elle a toujours vécu chez ses parents et n'a jamais éprouvé le besoin de s'autonomiser. Elle a obtenu un Master 2 en langues sans grandes difficultés, et n'a jamais souhaité travailler. Elle a une sœur avec qui elle a des contacts réguliers.

Madame D.B. nous explique n'avoir jamais été intéressée par les relations sociales, n'ayant jamais éprouvé de plaisir ou le besoin d'être en contact avec les autres ; elle ne s'est jamais investie dans une relation affective et nous dit ne pas y trouver d'intérêt. Ses intérêts sont restreints

## **Un bilan psychologique en 2 séances a été effectué dont certains extraits sont présentés :**

« Cette patiente est suivie au Centre Médico-Psychologique pour syndrome anxio-dépressif suite au décès de son père 3 mois auparavant. Elle a toujours vécu au domicile parental et se sent comme « une petite fille perdue » car son père gérait tout. Le lien paternel était très investi, et sa mère décrite comme dépressive et passive. Elle dit ne jamais avoir eu envie de prendre son autonomie, ni de construire sa vie ou un couple. Actuellement, elle se raccroche beaucoup à sa sœur, 50 ans, mariée, dans l'attente d'une relation fusionnelle. Elle reste dans une posture infantile et passive.

Titulaire d'une licence d'anglais, elle n'a fait que quelques intérimis dans des secteurs d'activité variés. Sa vie sociale est pauvre, elle évoque une amie, éloignée géographiquement, avec laquelle elle entretient surtout des contacts par mails. La relation avec son chien est très investie. Dans les événements marquants, elle situe le décès de sa sœur aînée à l'âge de 15 ans, alors qu'elle en a 4 « ça a ravagé tout le monde » dira-t-elle.

Le tableau clinique : est saturé par la peur (de la solitude, de l'avenir, de ne pas savoir gérer seule la vie quotidienne), l'anxiété est importante. Elle dit être coupée de ses ressentis et de ses émotions depuis le décès de son père. Il y a une perte de poids importante depuis 3 mois (44 kg pour 1 m 69) avec aménorrhée, mais elle y est indifférente. Elle nie ses idées suicidaires ; ses antécédents suicidaires auraient selon elle, une fonction d'appel depuis la mort de son père. Sa tenue vestimentaire est adaptée et coquette.

Dans son contact défensif, il y a quelques bizarreries, une perplexité face à son incapacité à répondre aux questions simples, elle compte sur ses doigts (calcul dates de naissance) et évoque des troubles de mémoire récents.

Lors de la passation des tests (dessins, Rorschach et TAT [Thematic Apperception

Test], test projectif réalisé avec le Rorschach utilisés par les psychologues cliniciens comme outils diagnostiques) Madame D.B. se montre très méfiante et sensitive. L'angoisse émerge à certaines planches en lien avec la mort, mais elle est incapable d'identifier ses ressentis, ses émotions. Elle est en difficulté avec un matériel abstrait (Rorschach), et plus prolix avec le TAT. La perception de la réalité est possible à minima, avec une coloration subjective (réponses originales).

Son fonctionnement intellectuel est confus avec une faillite du pragmatisme. Les mécanismes de rationalisation sont largement mobilisés pour faire face à une perception du monde parfois floue, hésitante. L'interprétation, ainsi que les mécanismes de projection et déni sont présents. Son monde interne est de type schizoïde (langage, peu d'images sensorielles, éloignement du monde réel, tendance à la persévération, l'indifférenciation règne humain/animal).

Le sentiment de manque à être, d'incomplétude et la préoccupation excessive de soi témoignent d'une quête identitaire importante. L'affectivité est peu exprimée, et reste labile, peu adaptée. Son immaturité affective est patente, et une discordance apparaît lors des entretiens (rires non adaptés à ses réponses). Le détachement affectif confirme aussi son manque de ressentis, elle est clivée de ses émotions, de la position dépressive. Quand les affects sont mobilisés, on remarque une altération de son adaptation au monde, avec un recours au mécanisme de projection (sensitivité). Il y a une émergence de processus primaires (récit de mort, violences, accidents...) qui déborde ses défenses, et pas d'accès au triangle oedipien.

Les angoisses sont archaïques (mort, absence). Son vécu de solitude la terrifie. Il y a une faille des enveloppes psychiques (indifférenciation intérieur et extérieur du corps). L'agressivité est latente dans son mode de relation à autrui.

**En conclusion** : Il existe des traits psychotiques, avec quelques mécanismes de défense obsessionnels, sur un mode sensitif. Ce tableau psychopathologique évoque un trouble de l'identité, un vécu très insécure. Son adaptation au monde et relationnelle en

est altérée, ainsi que son travail de deuil actuel. L'hypothèse d'une psychose infantile peut être évoquée. »

Nous constatons chez Madame D.B., lors de son hospitalisation plusieurs caractéristiques psychotiques à type de bizarrerie du contact, un émoussement affectif présent depuis de nombreuses années, une activité sociale quasiment inexistante pour laquelle elle n'éprouve pas de plaisir. Le bilan psychologique est en faveur du ressenti des différents psychiatres ayant pu la suivre. Lors de son hospitalisation, un patient la sollicite : elle nous explique se sentir mal à l'aise, « intrusée » par la proximité qu'il essaie d'instaurer (il souhaitait la connaître). Devant ce tableau clinique, nous avons discuté en réunion de synthèse et avons évoqué les diagnostics de psychose blanche, de trouble de personnalité schizoïde (mode de relation caractérisé par un détachement social). La question d'un autisme de haut niveau de type Asperger a également été posée.

Devant l'angoisse de vide de Mme D.B., nous avons opté pour l'instauration d'un anti psychotique à faible dose associé à un anti-dépresseur : elle a pu avoir accès à ses émotions, se sentir « moins vide » et la thymie s'est progressivement améliorée. Elle a décrit un épisode de modification de son rapport aux autres pendant cette période qu'elle décrit comme « étrange ». Elle a pu ensuite être orientée sur les appartements thérapeutiques avant de prendre son logement seule.

**L'évolution** sera marquée par une nouvelle hospitalisation, cette fois en clinique privée, pour recrudescence de la symptomatologie anxio-dépressive quelques mois plus tard. Elle décédera par suicide (train) lors d'une permission avant sa sortie.

## **II. Deuxième vignette clinique : Madame E. D. (Expertise du Dr S. lors d'une réquisition le 16.08.13) : un cas d'infanticide lors d'un « moment d'allure psychotique »**

### **Présentation du sujet et conditions de l'examen**

L'examen se déroule dans les locaux des Urgences du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille durant la garde à vue de Madame E. D.

Le sujet est une femme de 32 ans, célibataire, mère d'une petite fille de 3 ans Mandolina, elle est actuellement en recherche de travail (depuis 2008).

Sa présentation est correcte, neutre. Il s'agit d'une femme de petite corpulence, 1m56 pour 45 kilos, vêtue d'une robe noire qui semble trop grande pour elle. Le discours est globalement cohérent (nous verrons plus loin que des troubles du jugement existent). La compréhension est satisfaisante. Informée de la nature de l'entretien, elle en accepte le principe. Elle ne présente pas de réticence pendant l'entretien. L'expression langagière est satisfaisante, elle n'est pas désorientée dans le temps ni dans l'espace. Elle ne semble pas non plus montrer d'angoisse pouvant entraver l'expertise.

Néanmoins la patiente ne semble pas présente sur le plan émotionnel, son sourire n'est pas habité, son contact est souvent médiocre, lointain.

### **Contexte familial**

Voici ce que Madame D. relate : elle est issue d'un couple parental stable. Son père est pilote de chasse (militaire). Sa mère est mère au foyer. Son enfance est émaillée de nombreux déménagements dans le cadre de la profession de son père.

Madame D. est la deuxième d'une fratrie de 3. Elle a une sœur de 34 ans. Elle dit avoir gardé de bons contacts avec elle malgré l'éloignement géographique et précise qu'elles se

téléphonent et qu'elles échangent des lettres manuscrites. Il semblerait que cette sœur ait été source de nombreuses préoccupations pour ses parents (convulsions à l'âge de 2 ans, difficultés dans l'apprentissage et troubles du comportement). Madame D. a aussi un frère de 18 ans, lycéen (il refait une première pour se réorienter vers le design). Madame D. précise qu'il y a eu 2 fausses couches entre elle et son frère cadet.

Le sujet n'évoque que peu de relation affective dans la famille, elle dit avoir fait « le tampon entre sa sœur et ses parents ». Elle n'évoque jamais sa mère en tant que telle qui n'apparaît pas en dehors du couple parental, seul son père est individualisé dans son discours : elle le nomme toujours « papa ».

### **Famille actuelle**

L'examen de ce jour n'a pas permis de connaître l'histoire affective et sentimentale de Madame D. (relations, partenaires, ...) ; Elle est mère célibataire d'un enfant de 3 ans. Invitée à m'expliquer l'absence de père, elle dit que son enfant est issu d'un viol sans prononcer ce mot. Il n'y aurait pas eu de plainte au moment des faits. Il est impossible de savoir si ses parents ont été mis au courant. Elle me décrit très succinctement un rapport sexuel forcé dans une voiture dont elle se souvient de la couleur et la décoration intérieure. Elle dit avoir tourné la page et ne retient que « le plaisir de devenir maman ».

Elle décrit une grossesse fatigante et des rapports difficiles avec ses parents « cela a toujours été difficile, cela était pire à ce moment là ». Elle dit avoir été expulsée de son logement à 7 mois de grossesse par la propriétaire qui « se serait rendu compte de son état » (ceci est son interprétation). Elle passe les 2 mois de la fin de sa grossesse « dans la rue » mais peut néanmoins bénéficier de la maison familiale à Merlimont. Son discours est très flou quant à cette période. Elle accouche à Maubeuge (accouchement par voie basse et forceps). Elle sort de la maternité au bout de 6 jours.

La première année de vie de l'enfant se déroule dans une relation exclusive et fusionnelle,

Madame D. exprimant le fait d'avoir « un enfant à moi ». Elle décrit une enfant facile à élever (pas de trouble du sommeil, pas de difficulté dans l'alimentation, pas de trouble du comportement, « même quand elle a commencé à marcher, elle ne touchait à rien »). Cette relation duelle, exclusive, semble s'être interrompue aux alentours de la première année de vie de l'enfant lorsqu'elle a décidé de la faire garder en crèche.

Madame D. évoque une intégration progressive avec quelques difficultés de la part de l'enfant « moi je faisais confiance ». L'enfant était prise en charge 5 jours par semaine « cela me laissait du temps pour faire mes activités ». A noter que Mandolina était inscrite à Saint Louis, école privée (pour son entrée en maternelle en septembre 2013).

En revanche, l'année qui vient de s'écouler, l'enfant n'était à la crèche que 3 jours par semaine à la demande de Madame D. Cela semble correspondre à la période où un signalement pour maltraitance est reçu par les services sociaux. Madame D. verbalise des problèmes de voisinage et une médisance de la part d'une de ses voisines. Elle évoque aussi des difficultés avec le personnel de la crèche : « ma fille n'était pas propre, ils disaient que je ne lui donnais pas de petit déjeuner ». Il semble que les services sociaux aient entamé une investigation en milieu ouvert (IEO) et aient mis en place une aide familiale à domicile (AFAD). Durant toute cette période d'IEO Madame D. décrit une humeur triste, des troubles du sommeil, une perte du goût et un sentiment d'injustice : « On avait les services sociaux sur le dos ».

En février 2013, probablement à la fin de l'investigation, la prise en charge par l'AFAD semble s'arrêter, Madame D. dit alors avoir « remonté la pente, j'ai repris le goût de vivre ». Elle avait alors l'espoir que l'IEO lui soit favorable et que la juge décide « de la laisser tranquille ». Convoquée par celle-ci le 29 mai 2013 à 14h00 (c'est elle qui donne ces précisions), elle apprend que l'AGSS a été mandatée pour mettre en place une mesure éducative et qu'elle fera l'objet d'une expertise psychiatrique par le Docteur B.. Elle décrit alors un effondrement psychique, thymique profond et brutal ce jour là. Durant

tout l'été, elle évitera les rendez-vous avec l'éducateur de l'AGSS (Association de Gestion des Services Sociaux) ainsi que le rendez-vous avec la juge le 1<sup>er</sup> août 2013. Nous reviendrons sur la symptomatologie qu'elle décrit pendant dans cette période. C'est à l'occasion de ce qu'elle a ressenti comme un ultimatum qu'elle prendra la décision définitive qui l'amènera le 13 août à quitter son domicile avec sa fille.

Elle effectuera en transport en commun le trajet entre Fourmies et Lille pour se rendre sur les bords de la Deûle. Nous décrirons les faits plus tard.

### **Examen clinique du sujet**

Antécédents médico-chirurgicaux : non explorés.

Antécédents psychiatriques familiaux : on ne retrouve aucun antécédent psychiatrique familial. Madame D. décrit son père comme émotif. Elle dit d'ailleurs lui ressembler sur ce point. Elle n'utilise pas le mot « anxiété ». Il n'y a pas d'antécédent thymique décrit spontanément par Madame D.. Néanmoins, on retrouve des éléments évoquant un premier épisode dépressif durant l'IEO. Il n'y a pas d'intoxication alcool-tabagique chez cette patiente qui précise aussi qu'elle ne prend aucune drogue « même pas de café ».

Examen psychiatrique : Madame D. présente depuis fin mai 2013 un fléchissement thymique sévère avec des troubles du sommeil (troubles de l'endormissement et insomnies), une diminution de son appétit, un sentiment d'être incomprise et un sentiment d'injustice. La souffrance morale est compliquée d'idées suicidaires sévères. Il est à noter que le projet d'homicide/suicide date de fin mai.

Elle présente une anxiété majeure liée à la peur d'un placement en famille d'accueil de sa fille. Le sentiment de menace s'est acutisé brutalement la semaine précédente le geste. En effet, ne s'étant pas rendue à la convocation de la juge des affaires familiales le 1<sup>er</sup> août 2013, elle a reçu un courrier qu'elle dit être un ultimatum pour l'inciter fortement à rencontrer les éducateurs de l'AGSS le 13 août 2013. Le risque de séparation semble

avoir augmenté la composante anxieuse et agressive du sujet. Ces composantes sont toujours présentes le jour de l'expertise. L'irritabilité se transforme en colère franche lorsqu'elle évoque la juge des affaires familiales.

Le ralentissement psycho-moteur, l'aspect figé de la patiente semblent discordants par rapport à la colère évoquée verbalement. Le sentiment d'injustice qui était déjà présent durant l'IEO (avant février 2013) est réapparu sous la forme d'un sentiment de menace sévère avec des idées de persécution centrées sur la juge et les services sociaux.

De même, Madame D. a, à plusieurs reprises, présenté des interprétations qui semblent pathologiques et une appréhension de la réalité incohérente. Par exemple, elle pense avoir été expulsée de son domicile par sa propriétaire en raison de sa grossesse. Par ailleurs, elle rapporte une conversation au bord de la Deûle avec sa fille au cours de laquelle elle pense comprendre que celle-ci, en disant « maman » refusait d'être séparée d'elle. Ses convictions sont inébranlables et renforcent sa détermination à l'infanticide.

**Au total** : Madame D. souffre d'un épisode dépressif majeur avec de nombreux éléments atypiques (syndrome de persécution, altération de la perception de la réalité, interprétations). Les idées suicidaires sont majeures, le sujet ne se projette pas dans l'avenir. L'extrême passivité (calme ?) qu'elle présente ne doit pas être interprétée comme un détachement par rapport aux événements qui viennent de se dérouler mais à mettre en rapport plutôt avec une anesthésie émotionnelle dans le cadre de l'impact traumatique de ce qu'elle a vécu le jour de l'examen.

Il existe une certaine froideur qui sera à réévaluer à distance. Néanmoins invitée à exprimer les faits Madame D. s'effondre en larmes. Il n'y a pas de discordance idéo-affective. De même, lorsqu'elle évoque le viol subi il y a 4 ans environ Madame D. se fige et présente de grandes difficultés de verbalisation. Ce qu'elle décrit durant ce viol est extrêmement précis.

## **Les faits**

Voilà ce que rapporte Madame D. concernant les faits. Elle évoque l'idée d'homicide/suicide apparue fin mai et réactivée brutalement à cette date du 13 août où elle doit rencontrer les éducateurs de l'AGSS. Elle dit avoir pris de chez elle un sac poubelle qu'elle précise être d'une grande taille (150 litres) pour que « la petite ait de la place ». Il s'agissait pour elle de protéger l'enfant du froid et de l'eau (à ce sujet aussi son jugement semble altéré car elle ne perçoit pas que la protection sera insuffisante). Elle dit s'être rendu à Lille, ville qu'elle connaît assez bien, en transport en commun, sur les bords de la Deûle le mardi 13 août 2013 en fin de journée, et avoir échangé quelques mots avec sa petite fille. Comme dit plus haut, elle a expliqué à la petite : « si ils nous retrouvent on va être séparées » la petite a répondu « maman », elle l'a mise dans le sac en plastique et l'a jeté dans l'eau. Elle ne décrit pas spontanément les cris de l'enfant qu'elle ne semble pas avoir entendu.

Madame D. est incapable d'expliquer ce qui s'est passé entre le moment où elle a jeté le sac poubelle dans l'eau et le moment où elle a été retrouvée par la police. Elle pense que les services sociaux ont fait un signalement de disparition, elle ne parle pas du sms envoyé disant qu'elle avait tué sa fille, elle ne semble pas avoir de souvenirs de ce qui s'est passé dans ces 48 heures.

## **Synthèse et discussion**

Elle présente des signes de psychotraumatisme : anesthésie émotionnelle, conduite hétéro agressive, méfiance envers les éducateurs, les organismes sociaux et la justice, perturbations professionnelles, familiales et judiciaires. Ce tableau peut-être lié à un épisode de violence sexuelle mais il est difficile d'en avoir la certitude.

Elle dit que sa grossesse est issue d'un viol il y a 4 ans pour lequel aucune plainte n'a été déposée. Elle présente de nombreux facteurs de risque de dépression périnatale :

l'ambivalence par rapport à la grossesse, la menace sur la grossesse « peur de la perdre », les événements stressants pendant la grossesse (perte du logement), un faible soutien familial et un isolement, une relation conflictuelle (on note que Madame D. n'a à aucun moment cité sa mère durant l'entretien), ainsi que des antécédents d'agression sexuelle.

On peut aussi noter qu'elle décrit sa fille comme un enfant que l'on pourrait dire hyper adapté, ce qui est parfois le seul signe de dépression chez la mère.

L'idée d'homicide/suicide semble avoir surgi dans le cadre d'une relation mère/enfant faite d'immaturation et de possessivité. La présence d'un tiers (les services sociaux) dans cette relation semble être à l'origine d'une souffrance morale pathologique. Le facteur déclenchant peut être la notion de menace aiguë d'un placement.

Le passage à l'acte a été facilité par l'altération du jugement et en particulier les idées de persécution et les interprétations que le sujet fait concernant le désir de la petite de n'être pas séparée d'elle. Ce passage à l'acte est probablement plurifactoriel et aucun élément pris seul n'est responsable de celui-ci (d'après l'expertise).

### **Evolution clinique**

Suite à l'expertise, une évaluation diagnostique a été proposée, qui a conclu à un épisode dépressif caractérisé avec symptômes atypiques (à type de syndrome de persécution, altération du jugement et interprétations). Un traitement par anti-psychotique a d'abord été introduit chez cette patiente, ce qui lui a permis de verbaliser un épisode de déréalisation franc avec perte du rapport à la réalité et sentiment de persécution ressenti envers les services sociaux. On ne retrouvait aucun symptôme de la lignée positive mais une tendance au repli avec relation fusionnelle avec sa fille, une certaine altération du jugement et des interprétations pathologiques. Le contact s'est amélioré, elle a pu critiquer son passage à l'acte sur sa fille et avoir accès à une tristesse adaptée.

### **III.Troisième vignette clinique : Mme G. : un déclenchement psychotique suite au deuil de sa mère**

Il s'agit d'une patiente de 49 ans hospitalisée en service de psychiatrie adulte classique en soins en péril imminent dans un contexte d'anxiété invalidante. Nous la rencontrons pour la première fois en juin 2018. Elle ne présente aucun antécédent psychiatrique.

#### **Mode de vie**

Madame G. vit chez ses parents, sa mère est décédée en janvier 2018 et Madame est depuis « effrayée » de vivre au domicile. Elle a travaillé jusqu'en 2005 puis s'est occupée de sa mère qui devenait dépendante. Elle a un frère avec qui elle n'est pas en bons termes. Madame G. n'a pas d'étayage amical et en semble pas en souffrir.

Sur le plan professionnel, Madame explique avoir eu une scolarité difficile, elle a commencé à travailler à l'âge de 25 ans comme agent administratif après de nombreuses formations non abouties. Elle change à plusieurs reprises d'entreprise et ne souhaite pas nous donner davantage d'éléments sur les raisons l'ayant conduite à ces changements.

#### **Clinique**

Madame G. présente des comportements peu appropriés dans les interactions sociales (exemple : désinhibition avec le port de tenue inappropriées en unité de psychiatrie) ou sur le plan des préoccupations. Sur le plan des interactions sociales, la patiente semble inadaptée avec une tendance à l'identification à certains patients de manière inappropriée, ainsi qu'une certaine adhésivité. On note une discordance marquée entre son comportement et les affects exprimés, ceux-ci restant très pauvres.

Son médecin traitant est contacté: il remarque des modifications du comportement depuis 8 ans avec comportements bizarres, inadaptés, ainsi que des altérations des convenances et des cognitions sociales. Aucun symptôme dépressif telle que la tristesse pathologique de l'humeur, l'anhédonie, l'aboulie n'est retrouvé. Elle ne présente pas non plus de propos

délirants.

Lors de son séjour en unité de psychiatrie générale, l'équipe peut remarquer que son discours est désaffectivé, ses propos étant davantage centrés sur des préoccupations factuelles, dénués d'émotions. Elle s'inquiète de son sommeil alors que l'équipe ne note pas de troubles sur ce plan, elle peut par contre dire qu'elle se sent insécure à son domicile sans motif particulier depuis le décès de sa mère, même si on note une grande distance affective à l'évocation de celle-ci. On remarque de nombreux éléments dissociatifs affectivo-instinctuels et une vécu persécutif sans persécuteur allégué lorsqu'elle est seule au domicile.

Madame G. relate un sentiment de mal être diffus depuis plusieurs mois, « d'insécurité interne », comme « un vide intérieur ». Il existe une anxiété sous jacente avec des défenses de type obsessionnel.

Son psychiatre référent a décidé l'introduction d'un traitement anti-psychotique: Rapidement, on constate une levée des défenses obsessionnelles, l'accès aux émotions, un effondrement thymique, même s'il persiste une certaine rigidité psychique. Elle parle d'elle-même à la 3e personne. Elle tente de rester dans le contrôle et est à la recherche d'un étayage social.

## **Evolution**

Madame G. est ensuite transférée au mois de juillet en clinique privée à sa demande. Nous ne la reverrons pas avant le mois de décembre 2018 : elle explique être passée plusieurs fois aux urgences pour symptomatologie anxieuse à la demande de personnes extérieures qui semblaient s'inquiéter pour elle. Elle est admise une nouvelle fois dans le service de psychiatrie adulte et présente à nouveau des caractéristiques de fonctionnement psychique de type psychotique telle qu'une grande rigidité psychique, un rationalisme morbide, un discours hermétique, une tendance à la projection et un léger

vécu persécutif (allègue ne jamais avoir été en demande de soins). Le discours ainsi que les affects restent pauvres et elle se sent intrusée lorsqu'on lui propose une chambre double.

La reprise du traitement anti-psychotique qu'elle avait arrêté au domicile permet une amélioration progressive de la symptomatologie et un retour chez elle est organisé au début du mois de janvier.

Nous la revoyons en février 2019 dans un contexte de rupture thérapeutique: le contact est mauvais, elle se sent intrusée par les autres. On note un retour des propos uniquement factuels. Son discours est centré sur un mal être flou, l'élaboration est pauvre.

Madame G. présente alors un certain hermétisme, une rigidité psychique, des persévérations de type obsessionnelles ainsi qu'une angoisse de type psychotique.

L'adaptation thérapeutique permet une amélioration clinique autorisant un retour à domicile et un relai ambulatoire. Une éducation thérapeutique et un suivi pluridisciplinaire rapproché ont été mis en place, qui lui permettent actuellement de vivre au domicile avec une qualité de vie améliorée. Elle se sent moins « effrayée » lorsqu'elle est seule chez elle.

#### **IV.Synthèse**

Les trois patientes présentées dans cette première partie présentent de nombreux points communs sur le plan clinique : on note un vécu de persécution, une pauvreté des affects comme un « vide intérieur » ainsi que certains éléments de désorganisation psychique tels qu'une certaine altération de la réalité, des éléments de discordance entre affects et comportements. On ne retrouve pas d'éléments psychotique de la lignée positive comme les hallucinations ou encore le délire floride. La symptomatologie « en négatif » est peu bruyante mais laisse perplexe quant à la psychopathologie développée.

## **B)Deuxième Partie : Essai pour la délimitation clinique du concept de psychose blanche**

### **I.La psychose blanche**

#### **1.Historique**

Le concept de Psychose Blanche a été introduit et défendu pour la première fois en 1973 par André Green et Jean-Luc Donnet dans leur livre « L'enfant de ça, psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche » (2). Cette invention terminologique prend appui sur ce que B Lewin avait décrit sous le nom de « rêves blancs »(8). « Blanche, elle l'est comme l'écran sur lequel se projette le rêve ou le film, ou la feuille de papier sur laquelle s'inscrit l'écrit. Mais le rêve et l'écran ne se montrent que lorsque se projette un rêve blanc, ou lorsque s'arrête le film. Et la feuille de papier n'est blanche qu'avant l'écrit. » (2) p263

« Ma mère a couché avec son gendre et c'est moi l'enfant de ça. » Ainsi Z. présente-il à la fois son origine et celle de ses troubles au psychanalyste avec lequel il va s'entretenir, tandis qu'un deuxième psychanalyste les écoute.

C'est sans doute la meilleure illustration clinique des concepts d'A. Green sur le négatif et les « structures non névrotiques » (9).

#### **2.Définition**

Circonscrire le concept de Psychose Blanche n'est pas tâche aisée. En effet, les auteurs attirent notre attention sur le fait que « *la psychose blanche n'est pas un syndrome clairement descriptible ni aisément définissable. [...] En fait, il s'agit d'une structure invisible, rarement pure, toujours en deçà ou au-delà de ce que sa dénomination tente de cerner. C'est-à-dire qu'elle pourra facilement passer pour un état dépressif plus ou moins névrotique, ou pour un état limite, ou même se tapir sous un tableau plus manifestement évocateur d'une évolution psychotique sans signes patents.* » (2)p263

Selon les auteurs, ce qui préfigure la psychose blanche, c'est un « **trouble du penser** » : « le psychotique ne souffre pas de pensées, il souffre du penser ou plus exactement, il souffrirait -atrocement- de pensées s'il avait un penser « intact ». Comme l'a montré l'école kleinienne, ce sont bien les « appareils » par lesquels les pensées sont traitées qui sont mutilés en vertu du fonctionnement incoercible de l'identification projective et du vide de la pensée qu'elles entraînent. » (2)p214).

En effet pour les auteurs, « dès la germination de la psychose, dans ses formes les plus inapparentes et qui peut-être le resteront, c'est **du côté de la pensée qu'il faut chercher la nature de ce qu'il y a de plus spécifiquement psychotique** » (2) p232)

La psychose blanche est donc pour les auteurs « cette psychose sans psychose où l'analyse nous fait accéder à l'**ombilic de la psychose : structure matricielle, comme condition de possibilité de l'élaboration psychotique**, sans que nécessairement une telle élaboration s'en suive. Il n'y a pas de fatalité psychotique, parce que l'élaboration psychotique est facteur de paramètres qui ne sont pas uniquement « endogènes ». Il n'y a pas de destin psychotique, mais une **potentialité psychotique** (fruit d'une structure et d'une histoire) qui s'actualise ou ne s'actualise pas selon les conjugaisons des séries complémentaires issues du psychotique potentiel et des rencontres qu'il fera ou ne fera pas avec les objets ou les événements qui auront pour sens de dévoiler ou voiler davantage cette potentialité. On parle souvent de « facteurs précipitants », responsables de la décompensation du psychotique latent en psychotique avéré. » (2) p225-226

Il existerait un « noyau psychotique » d'une nature et d'une structure singulière, comme l'évoque l'école kleinienne, mais également la notion de structure psychotique empruntée à Lacan, ainsi qu'une ressemblance avec l'hébéphrénie de Hecker (8) . L'hébéphrénie de Hecker se définit par une psychose déficitaire débutant à l'adolescence, le tableau clinique est représenté par ses aspects déficitaires intellectuels avec inhibition psycho motrice et négativisme.

Pour les auteurs, la psychose blanche pouvait être évoquée chez ce patient, Z., devant ses **symptômes « d'une banalité commune »** et non par une production symptomatique singulière ou exceptionnelle.

*« Blanche, la psychose l'est ici en tant que la banalité de ces « symptômes », est telle qu'on pourrait à bon droit leur contester cette qualification. Ces symptômes sont tout juste « symptomatiques », il faut les prendre à la lettre pour les analyser. Le patient est déprimé comme pourrait l'être un sujet normal, il subit une mauvaise influence, et c'est tout. Mais cette « blancheur » est psychotique, comme l'indiquent la qualité de la dépression et de l'influence, [...] dont l'appartenance à ce registre de fonctionnement mental est signée par son impuissance à penser sa situation et son conflit » (2)p226-227)*

Pour Green, la psychose manifeste *« nous montre de manière caricaturalement grossie ce qui est inapparent ou anodin dans la psychose blanche. Ainsi chez ce patient le délire se manifestera dans la notion d'une influence néfaste de la mère, résultat d'un sentiment de danger persécutoire, issu d'un objet projeté au-dehors. Ce danger est informulable, il ne repose sur rien (aucune persécution n'est alléguée), mais il engendre un affect de certitude ».* (2) p243

### 3. Caractéristiques

#### a) Organisation oedipienne

Z. a dans la famille un statut qui le marque avant même sa naissance. En effet, Z. est le fruit d'un inceste particulier (mère-gendre), son beau-frère étant aussi son père, sa mère étant aussi sa belle-soeur, sa sœur devenant sa tante : les différences de générations sont donc floues et indistinctes, laissant demeurer un complexe d'Oedipe

inachevé. (9)

Pour les auteurs, la psychose blanche est « *liée à cette conjoncture familiale caractérisée par la violation du tabou de la belle-mère. Z est l'enfant de « ça »*. . Ce patient est l'objet d'une ségrégation interne au milieu familial, doublée d'une ségrégation intrapsychique (ce que Lacan nomme Forclusion du nom du père) où la question de sa singularité exceptionnelle ne reçoit qu'une réponse oscillant entre la dépression (manque du père) et l'influence (de la mère). (2) p227-228

Concernant le complexe d'Œdipe du névrosé, il est défini comme relation du sujet à ses géniteurs dans la double différence des sexes et des générations. L'Œdipe comporte une face dominante et une face récessive (désir pour le parent du sexe opposé, identification au parent du même sexe pour la face dominante, et l'inverse pour la face récessive), *chacun des deux objets est le fruit des désirs contraires et d'identifications opposées. (2).*

Il semblerait pour les auteurs que dans le cas de la psychose blanche, *on a affaire à une tri-bi-angulation. Autrement dit, que l'on peut bien repérer trois termes dans l'organisation œdipienne : un sujet uni par des relations à ses deux géniteurs, eux-mêmes unis par la différence des sexes. Cependant, au lieu que cette différence des sexes structure la relation autour de la problématique de la castration qui s'articule avec celle de l'identification, comme il en va chez le névrosé, cette triangulation subit ici une mutation profonde. Les deux termes, tout en gardant leur différence, vont se trouver identifiés selon un critère, qui ne sera pas leur identité sexuée, mais selon leur qualité, bonne ou mauvaise. [...] La relation liant le désir et l'identification complique encore cette organisation, puisque l'identification apparaît comme forme de compensation, de substitution, de renoncement au désir ou de deuil consécutif à la perte d'objet. (2) p265*

Le sujet est en relation avec deux objets en apparence distincts mais en réalité symétriquement opposables qui ne font qu'un. **Le jeu des identifications devient impossible.**

« **Dans le cas de la psychose blanche, l'organisation œdipienne reste triangulaire** : cela veut dire que le sujet se trouve bien confronté à deux géniteurs, mais ceux-ci sont identifiés selon leur caractère bon ou mauvais. Cela implique une réduction des échanges qui pèse lourd sur les relations du sujet. Parce qu'il semble que l'Oedipe y prend une forme beaucoup plus univoque. (2) p266

Ainsi dans la névrose, il existe une identification claire à l'un des parents, alors que dans la psychose blanche, cette identification est beaucoup moins différenciée à l'un ou à l'autre. Il existe un autre valorisant au détriment de la différence des sexes, d'où la difficulté à distinguer des désirs, des identifications, une difficulté à penser, un vide mentalisationnel, menant à un fonctionnement opératoire et un recours à l'agir au détriment de l'aménagement d'un espace interne. Il en résulte que l'absence ne peut se faire, elle est non symbolisable. Néanmoins, pour Z, la problématique de l'identification à l'image paternelle est centrale, elle repose sur l'existence d'un trépied que constitue le père de sang (qui est au moment de sa conception, le gendre de sa mère), le père de nom (le mari de sa mère qui l'a reconnu à sa naissance), et le père qui l'a élevé (le beau-père). L'identification à un imago paternel étant difficile, se pose la question centrale de l'identité de ce patient à la conjecture familiale si particulière.

b) Complexe de la mère morte et hallucination négative

« **Winnicott a bien compris que la capacité d'être seul dépend au premier chef de la création de cet espace de solitude (où peuvent s'inscrire le jeu, la rêverie ou toute autre activité) en présence de la mère, comme si celle-ci n'était pas là. Il faut pourtant que celle-ci soit bien là pour que l'enfant puisse avoir le sentiment de s'absenter. L'excès de la présence maternelle l'interdit, comme l'excès de présence paternelle.[...] En tout état de cause, c'est la création de cet espace solitaire qui rend l'élaboration fantasmatique**

*possible avant que celle-ci ne prenne la forme, plus éloignée de ses sources, de la méditation religieuse, métaphysique, ou de la réflexion artistique ou scientifique. La faillite de la constitution de cette aire de solitude par l'excès de présence ou d'absence serait à l'origine de cette paralysie de la pensée. » (2) p269 270*

Green explique dans son ouvrage « Narcissisme de vie, narcissisme de mort » (10) le complexe de la mère morte : cette mère qui n'est pas physiquement morte mais psychiquement absente. Elle est accaparée par la dépression ainsi que la souffrance, la mère désinvestit l'enfant, laisse un vide ... Tout ce que l'enfant a, c'est un trou, un vide, qui est préférable à ne rien avoir. Alors, il **s'identifie négativement à ce vide** (désinvestissement identificatoire en miroir de la mère), trouant ainsi son Moi, laissant du blanc. L'informe, l'absence de contenant, seront les caractéristiques de ce secteur de la pensée. Le sujet est ainsi mobilisé par cette dame blanche. Il existerait donc des **destins croisés entre la mère dépressive et l'enfant qui serait promis à une psychose future.**

Ce complexe émane d'un excès de présence suivi d'un excès d'absence, et se réfère au rôle de la mère en tant que Moi auxiliaire. De très chaleureux, vivant, l'objet maternel tombe brutalement en dépression, exposant l'enfant à la perte faisant « trou dans la psyché ». L'image maternelle devient inintégrable, exposant l'enfant à une angoisse blanche traduisant la perte sur le plan narcissique.

**L'image de la mère morte est donc une image constitué dans la psyché de l'enfant à la suite d'une dépression maternelle.** Cette image mobilise une grande part de l'énergie du futur adulte et le maintient dans une grande fragilité narcissique.

Il s'agit donc d'un nouveau paradigme, en ce qu'il affirme la position centrale de la mère (contrairement à ce qu'il en était auparavant avec le complexe freudien) d'autant plus qu'elle ne permet pas l'élaboration de la perte, rend l'enfant plus fragile face à tous

les événements impliquant une perte.

Le terme de **deuil blanc** désigne selon Green (11) **une dépression chez l'enfant qui serait consécutive à cette mort psychique de la mère**. Il serait « *un imago qui s'est constituée dans la psyché à la suite d'une dépression maternelle, transformant brutalement l'objet vivant, source de vitalité de l'enfant, en figure lointaine, atone, quasi inanimée, imprégnant très progressivement les investissements* ». Il s'agit d'un deuil de la mère traduisant chez l'enfant une perte subie au niveau du narcissisme et qui est vécue par celui-ci comme une catastrophe. En ceci, le deuil blanc de Green serait proche de la dépression anaclitique de Spitz (« deuil soudain de la mère qui désinvestit soudain son enfant »). Dans ce cas, le traumatisme maternel et sa blessure narcissique auraient des échos dans l'angoisse blanche, la blessure narcissique et la valeur traumatique du sujet.

Cette notion de complexe de la mère morte aboutit pour l'enfant à **l'impossibilité de constituer l'hallucination négative de la mère dans l'identification primaire**. L'hallucination négative de la mère, dans son rôle d'encadrement des représentations, échoue à créer l'écran blanc sur lequel vont pouvoir se tisser des relations entre représentations et pulsions. Elle laisse place à l'hallucination négative de la pensée, un blanc envahissant, qui est définie par l'absence de représentation comme un silence, ou le vide de la pensée.

*C'est l'hallucination négative de la pensée vécue comme vide de la pensée, noyau d'espace vide à partir duquel le sujet peut s'étendre de proche en proche par une irradiation par une irradiation semblable à celle du caillou jeté dans l'eau. Ici deux issues sont possibles. Ou bien le sujet se loge dans le trou, en fait sa demeure et c'est la voie vers la **psychose non délirante**, ou bien la nécessité de réinvestir l'objet perdu fait surgir **l'angoisse athématique**.*(2) p282

*L' hallucination négative de la pensée « ne penser rien » - et non ne penser à rien-*  
(2) p238 *Ainsi, toute production psychique se tient entre deux blancs : le blanc originaire, le zéro d'« avant » tout désir dans la quiétude absolue du néant, et le blanc final, celui où la pensée s'accomplit. Entre ces deux extrêmes, le blanc persiste et insiste dans un trou- qu'il faut bien représenter parfois sous forme de tirets- entre les éléments concaténés. Que ce blanc en vienne à envahir la représentation du sujet, qu'il ne soit plus entre les objets, les représentations, les pensées, et nous avons affaire à l'hallucination négative. (2) p255*

Ainsi, la première patiente que nous avons présentée, Mme D.B., parle-t-elle de sa mère comme dépressive et passive « mère psychiquement morte », ce qui pourrait expliquer sa quête identitaire, son « sentiment de manque à être ». La 2e vignette clinique, Mme D. , ne fait exister sa mère dans son discours qu'en tant que compagne de son père.

#### c)Le blanc de la pensée et les processus de déliaison.

*« Ce qui frappe l'analyste c'est l'inertie considérable, la **sidération de la pensée**. Le psychotique se plaint d'avoir un trou dans la tête (impression de tête vide), d'être incapable de penser. Rien ne signifie, les pensées sont fragmentaires, morcelées, sans aucun lien entre elles » (2)p240.* Il s'agit probablement, chez notre deuxième patiente Mme D., de cette fragmentation de la pensée qui s'est produite lors de l'homicide de sa fille. En effet, il semblerait qu'il n'y ait pas de lien entre la peur de Mme D. d'être séparée de sa fille, le fait qu'elle la jette dans le canal, tout en prenant soin de trouver un sac « pour qu'elle est de la place et soit protégée de l'eau et du froid » sans penser que cette protection ne sera pas suffisante. L'altération du jugement de Mme D. semble sous tendue par un processus de morcellement de la pensée.

*L'hébétude affective (marasme) est aussi une paralysie de la pensée. Ce que*

*l'analyste sent est que ce régime d'hibernation mentale est le fruit d'une persécution de la pensée qui se manifeste par une **activité de clivage** incessant interdisant la mise en relation des pensées entre elles. La conséquence est la dépression- à peut-être ici prendre au sens littéral-, dépression non affective, sans douleur psychique, qui fait du psychotique retiré du monde un individu ayant perdu la réalité, ayant perdu la faculté de transformer les données qui parviennent à son psychisme.*

*Issu d'un autre entretien : A la question « qu'est ce qui se passe en vous maintenant ? », le patient répond : « Je cherche à me souvenir... Il n'y a rien dans ma tête... Le vide... J'ai beau chercher à penser, à m'imaginer, ça ne marche pas... Je voudrais des médicaments qui fassent activer mon esprit, qui me poussent à penser. » - « A quoi aimeriez-vous penser ? »- « Je ne sais pas ce que c'est de penser, alors je ne peux pas dire à quoi j'aimerais penser... Rien ne reste dans ma mémoire... Rien ne se marque dans ma tête... J'ai beau écouter, essayer, rien ne se marque... »*

*Une question se pose : ce vide dont parlent les patients, peuvent-ils être mis sur le compte de la dépression où un tel symptôme est fréquemment rencontré ? C'est ici qu'il faut distinguer le vide dépressif du vide dont nous parlons. Tout se passe comme s'il fallait distinguer le vide de la dépression par perte d'objet ou par blessure narcissique donnant au vécu du déprimé le sentiment de non valeur et ce vide comme produit d'une influence du mauvais objet.[...] **Le vide de la psychose blanche paraît moins lié à la notion de culpabilité ou de honte -il ne paraît pas avoir de signification punitive- mais semble plutôt s'attaquer aux processus de liaison en tant qu'ils sont une fonction d'éveil de la conscience à la réalité. (2) P270***

*La **perte de la réflexivité** que permet la pensée signe cette psychopathologie, la pensée ne reconnaît plus ses propres productions. La psychose est un conflit entre la pulsion et la pensée où, à la différence de la névrose, la pensée est attaquée par la pulsion (2)p230*

Le sentiment d'être « complètement perdue » chez Mme D.B., notre première vignette clinique, pourrait être expliqué par l'impression de « blanc de la pensée » en lien avec les processus de déliaison, qui explique ses difficultés d'élaboration. Mme G., notre troisième cas clinique, présente un fonctionnement marqué par l'identification inadaptée à l'autre et une adhésivité, qui est probablement un mécanisme de compensation à un vide intérieur et à une pauvreté des affects.

d) Le délire subclinique : l'attaque de la pensée par la pulsion

Les sujets présentant une psychose blanche ne sont paradoxalement pas mentalement carencés : **ce fonctionnement mental n'exclut pas le développement intellectuel**. Bien au contraire, il peut se créer un secteur complètement clivé où l'activité intellectuelle est surinvestie, amenant des réussites à des performances de haut niveau, comme chez Mme D.B., notre première situation clinique, qui a obtenu un Master d'Anglais. Mais précisément, la valeur fonctionnelle de ce secteur est d'aider à contre-investir une certaine pensée : la pensée en rapport avec les structures de la pulsion. Aussi la décompensation psychotique ne se produit-elle pas par l'échec intellectuel, mais par la signification de celui-ci par rapport à son investissement pulsionnel.

Ce n'est au fond que **la persécution de la pensée par la pulsion, qui cache le thème de l'influence persécutive**.

Dans la psychose blanche, *« les choses en restent à l'affect : la certitude de cette mauvaise influence. Lorsque la psychose perd sa blancheur, c'est l'hallucination qui prend le relai de cette impossibilité de s'absenter et de semer l'objet qui tracasse le sujet »*

(2)p283

Ainsi chez Z, l'émergence de la thématique persécutive se fait dans la double thématique parallèle et inélaborable concernant le père idéalisé et la mère influançante.

**Cette influence est l'avatar « psychotique » de leur attraction réciproque, d'un envahissement « psychotisant », voire d'un syndrome d'influence à minima en tant que thème délirant à type d'imposition de la pensée :** « Ils m'ont toujours dicté ce qu'il fallait faire ». Ce patient ne s'explique pas que sa mère ait une influence, une emprise sur lui, mais il est certain que cette influence néfaste est la cause de son malaise. Un certain vécu persécutoire est à l'œuvre, se manifestant par la perte des limites et la paralysie psychique.

*Le délire se manifestera dans la notion d'une **influence néfaste**, résultat d'un sentiment de danger persécutoire, issu d'un objet projeté au dehors dont il faut s'éloigner. Ce danger, notons-le, est informulable, il ne repose sur rien (aucune persécution n'est alléguée), mais il engendre **un affect de certitude**. (2) p243*

Cet affect de certitude concernant l'influence néfaste se manifeste chez Mme D. (deuxième cas clinique), par la conviction que les services sociaux veulent placer sa fille. Ce vécu persécutif est également ressenti à minima par notre première patiente, qui reste méfiante dans sa relation à l'autre avec le sentiment d'être intrusée par autrui.

#### 4. Synthèse

La psychose blanche serait caractérisée par une **absence de formation symptomatique manifeste et une mutation profonde de la triangulation œdipienne**. « *Cet état nucléaire où la psychose blanche se manifeste à la fois par le vide de la pensée, d'une part, et le couple mauvaise influence-dépression, d'autre part. Dans les tableaux psychotiques avérés, ce qu'on observe est l'équilibre plus ou moins instable entre ces deux positions* ». (2) p319.

On pourrait donc comprendre la psychose blanche comme une **psychose « potentielle », une psychose « latente », un « état mental à risque », une structure**

**psychotique sans francs symptômes de la lignée positive** comme les hallucinations productives, le délire floride, mais présentant des **caractéristiques de la lignée négative** tel que l'émoussement des affects et cette impression de « tête vide », une pauvreté du discours et un apragmatisme, ainsi que le sentiment d'une influence néfaste.

Selon JL Donnet et A. Green, cet impensable des origines entraîne une difficulté à penser ce dont le sujet est le fruit (inceste mère/beau-fils), ce qui entraînait chez ce patient plusieurs conséquences;

- une sensation de vide, de marasme, une dépression sans affect qui constitue le noyau dépressif de la psychose, qui pourrait être définie dans la nosographie actuelle comme une dépression atypique (avec symptômes psychotiques) dans le DSM-V (1)
- un phrasé continuellement en quête de pensée avec une difficulté d'élaboration
- une menace constante d'angoisse de perte d'identité ;
- une certaine réussite du patient à neutraliser ses affects et ses symptômes ;
- un effondrement de la signification à la différence de ce que l'on trouve chez les psychotiques, à savoir une activité de sursignification et de surchauffe sémantique.

Green et Donnet baptisent cette symptomatologie et le dynamisme psychique qui la sous-tend, la *psychose blanche, structure psychotique à l'état latent, invisible, en négatif, pouvant passer pour un état-limite, mais qui constitue le point de départ, le noyau même d'une psychose (2)*, avant une éventuelle accentuation du repli (comme dans l'hébéphrénie/schizophrénie déficitaire, où les symptômes psychotiques négatifs sont au premier plan, ou l'autisme) ou une tentative de « guérison » délirante (telle qu'observée dans la schizophrénie paranoïde).

En effet, la psychose blanche est toujours nucléaire : dans le cas où la psychose ne semble pas suffisamment évidente, la description pourra la faire soupçonner.

La psychose blanche pourrait être apparentée à une «**organisation psychotique** » **caractérisée par le vide de la pensée et l'hallucination négative, entourée d'une super-structure** (à entendre par mécanismes de compensation) la maintenant pour éviter l'effondrement. La psychose blanche apparaîtrait lorsque la super-structure (telle que des mécanismes de défense rigides) s'effrite et donne à voir **l'astructuration** sous jacente ... Les domaines de l'affectivité et de la cognition semblent touchés, ce qui questionne sur le concept de vulnérabilité psychotique. Kraepelin décrivait déjà au début du 20<sup>e</sup> siècle certains signes prodromiques de psychose touchant l'affectivité et les cognitions (12) avec le concept de «**démence précoce** ».

JL Donnet et A. Green qui, dans leur description de la psychose blanche, notent que le fonctionnement mental psychotique est sous la dépendance à penser la situation initiale et à se représenter ses origines. Si le fantasme de la scène primitive ne peut être pensé, le sujet ne peut jamais naître, car inexistant dans son identité.

La survenue d'une décompensation peut résulter :

- du développement psychogénique des éléments constituant la personnalité antérieure de l'individu et de l'effondrement de ses défenses ;
- ou d'un processus au sens défini par K Jaspers. Dans ce cas, il y a une brèche dans la personnalité du sujet, dont la vie est désormais bouleversée. La nature du processus reste malaisée à définir.

## 5. Intérêts et limites du concept de psychose blanche

### a) Intérêts

C'est de la clinique d'un entretien psychanalytique que le concept de psychose blanche a pu être élaboré. Cette entité n'est pas un diagnostic en soit mais peut guider les cliniciens à travers le discours d'un patient pour l'accompagner dans ses difficultés et

adapter une prise en charge plus spécifique. Cette sensibilisation à une configuration infra-clinique peut permettre au clinicien d'être **attentif à l'évolution du patient** au cours de son parcours de soins et identifier plus précocément une organisation psychique de type psychotique ou permettre de comprendre en quoi certains **mécanismes de défense rigides** ont pu être mis en place par le patient. En effet, les auteurs JL Donnet et A. Green évoquent les « *« guérisons » psychotiques survenues après la rencontre avec tel objet, tel événement. Ailleurs, des facteurs de décompensation transitoire suivie de « guérisons », donneront à la psychose son profil périodique, en ligne brisée. Enfin, certains sujets peuvent guérir d'une psychose de l'enfance par la constitution d'une structure caractérielle rigide, écran protecteur plus ou moins efficace, cicatrice cuirassante d'un état psychotique gelé dans les mailles d'un caractère.* »(2) p226 L'intérêt pour le thérapeute face à ce type de patients est de pouvoir respecter les mécanismes de compensation mis en place par le sujet, protégeant une structure fragile caractérisée par le vide.

#### b) Limites

Les auteurs précisent bien au début de leur ouvrage que ce travail théorique est élaboré à partir d'un entretien unique, d'un patient au passé riche... C'est l'analyse de leurs contre-transferts respectifs qui amènent les deux psychanalystes à théoriser un concept à partir d'un seul entretien avec un patient dont l'histoire de vie, les raisons qui l'ont poussé à être hospitalisé ne sont pas clairement mises au jour.

Le travail de la théorie qui fait suite à cet entretien unique fait appel à de nombreuses notions de psychanalyse, qui peuvent paraître difficilement accessible aux cliniciens peu initiés à cette manière d'être au patient. Les auteurs mettent au jour un fonctionnement psychique qui oscille entre structure, « noyau psychotique » en analysant leur propre contre-transfert, qui est une interprétation subjective d'être au patient. Le concept de psychose blanche n'apparaît pas clairement concis, comme l'ont précisé les auteurs dans leur ouvrage, ce qui interroge la pertinence actuelle de cette notion aux

contours flous.

Donnet et Green expliquent que cette rencontre avec ce patient si particulier, Z, leur a fait vivre une « sidération de la pensée », ayant eu pour conséquence une théorisation autour de cette sensation de vide éprouvée par les auteurs. La validité de ce concept reste fragile au vu de l'origine de son élaboration, mais la notion de fonctionnement psychique de type psychotique comme pré-existant au déclenchement psychotique est une question d'actualité et de nombreuses recherches y sont consacrées.

## **II. Discussion : les psychoses « hors déclenchement »**

Certains auteurs se sont également intéressés aux psychoses latentes, « hors déclenchement » au sein du mouvement psychanalytique. Ainsi, à une époque contemporaine, ont été évoqués les concepts de personnalité « comme si » d'Hélène Deutsch (3), de psychose froide par Evelyne Kestemberg (4), de psychose ordinaire par Jacques-Alain Miller (5).

Nous allons tenter de trouver des points de convergence entre ces différentes entités et la psychose blanche.

### **1. Les personnalités « comme si » d'Hélène Deutsch**

Hélène Deutsch décrit dans son ouvrage « Les comme si et autres textes » et plus particulièrement dans un article intitulé « un type de psycho-affectivité » datant de 1934 (3) un **type de profil de personnalité structurellement proche de la psychose**, en cela que certains patients lui font ressentir une sensation de « quelque chose qui cloche » malgré un fonctionnement en apparence standard.

En effet, elle décrit certains sujets comme ayant *un comportement tout à fait normal, des réactions intellectuelles et affectives parfaitement cohérentes et appropriées, et pourtant s'installe entre eux et les autres quelque chose d'insaisissable et d'indéfinissable* (3)

L'auteure explique ce « quelque chose » comme un **vide intérieur, une incapacité à éprouver les émotions dans la vie intérieure du sujet** (qui pourrait se rapprocher du vide de la pensée de la psychose blanche), sans que ceux-ci en souffrent puisqu'ils n'en sont pas conscients. Les relations affectives sont dénuées de chaleur, elle prennent une forme de vide (dans la nosographie actuelle selon le Manuel de Psychiatrie de Guelfi, correspond à l'émoussement des affects (7)). La relation au monde de ces personnes semble normale, par mimétisme psychique et identification au monde environnant avec une relative adaptation au monde de la réalité malgré le manque d'investissement affectif d'objet. Cette adaptation sans expérience d'affect est précisément ce qui correspond à ce que H. Deutsch décrit comme les personnalités « comme si » (13). Ces sujets fonctionnent dans leur rapport avec les autres comme s'ils étaient impliqués émotionnellement, comme s'ils faisaient l'expérience d'un investissement affectif, alors qu'ils sont en réalité incapables d'avoir une relation autre que sur la base d'une **identification primitive de type imitatif**. Leur adhésion paraît plaquée à la réalité dans une dimension d'investissement périphérique (avec hyperréactivité aux objets externes, aux pensées de groupe) sans identification en profondeur (absence d'investissement objectal) : ces patients adoptent le point de vue de l'autre par conformisme adaptatif, de manière désintéressée. Ce conformisme n'est pas sans rappeler la notion de « faux-self » de Winnicott (14) où l'apparence est investie au détriment d'un moi authentique, comme mécanisme de défense adaptatif.

Ces personnalités se fondent sur des **identifications davantage superficielles, plaquées, non intégratives, et se fait à n'importe quel objet, même inanimé, ce qui relève d'un noyau psychotique** (15) (que l'on peut rapprocher du « noyau psychotique » décrit dans la psychose blanche). L'impression de normalité ne repose que sur des capacités d'imitation hors du commun, mais le thérapeute ressent dans son contre-transfert « quelque chose qui cloche ». *« S'attachant avec une très grande aisance aux groupes sociaux, éthiques et religieux, ils recherchent, en adhérant à un groupe, à donner*

*contenu et réalité à leur vide intérieur et à établir la validité de leur existence au moyen d'une identification » (3) p55.*

A travers une présentation de certains patients, H. Deutsch revient sur l'histoire personnelle et remonte jusqu'à l'enfance de certaines patientes pour mettre au jour un échec de la relation aux parents avec des patients présentant une histoire familiale marquée par l'absence des parents, en même temps saturée de leur présence, ce qui conduit l'enfant à créer un « *mythe parental* » pour son propre bénéfice narcissique comme « *une ombre fantasmatique d'une situation oedipienne* » (16).

Hélène Deutsch émet l'hypothèse chez ces patients « comme si » d'une schizophrénie restée latente, mais pour laquelle le mode réel du « comme si » serait identique à la construction délirante du schizophrène, en considérant qu'il existe une simple différence de degré. En effet, **le monde du « comme si » reste réel alors que le processus de restitution du schizophrène nie le monde réel et forge à sa place une construction délirante.** On pourrait supposer que le processus schizophrénique traverse une période « comme si » avant l'édification du délire ...

Cette situation évoque certaines caractéristiques que l'on a pu décrire dans la psychose blanche avec un Œdipe qui n'est pas semblable à celui du névrosé et une absence parentale faisant évoquer le complexe de la mère morte, l'hallucination négative avec le vide de la pensée, qui chez les sujets présentant une personnalité « comme si » est défini comme un vide intérieur touchant particulièrement l'affect et les émotions, mais qui, à la différence de la psychose blanche, n'arrive pas à la conscience. Les patients « comme si » semblent être incapables de construire leur identité propre car victime « d'un vide intérieur ».

Cette configuration clinique n'est pas sans rappeler le fonctionnement psychique de notre troisième patiente, Mme G. , dont l'adhésivité et l'identification inappropriée aux autres nous évoque un vide interne majeur, s'exprimant par une pauvreté des affects et qui est maintenu par des défenses obsessionnelles et une rigidité de la pensée.

## 2. La psychose froide de E. et J. KESTEMBERG

La psychose froide est une notion qui a été introduite pour la première fois vers la fin des années 1950 par Evelyne Kestemberg, clinicienne au centre de psychanalyse de l'ASM XIII, dans son ouvrage « La faim et le corps, une étude psychanalytique de l'anorexie mentale » (17) . Un ouvrage la psychose froide sera publié en 2001 à partir d'une trentaine d'article qu'elle a élaborés sur le sujet (4).

*« Cliniquement, il s'agit de patients présentant des **troubles de l'identité et une tendance à la dépendance**. Le recours au fétiche est l'un des principaux éléments de leur fonctionnement intra psychique.[...] **L'utilisation de «fétiche» chez ces patients leur permet de ne pas avoir recours à la solution délirante dans leur transaction avec la réalité, les préserve de l'agressivité qui pourrait les déborder** » (18)*

Le concept de psychose froide a été élaboré suite aux recherches cliniques auprès de jeunes patients souffrant de troubles de l'identité. Progressivement ont été discutées les théories de psychoses non déclenchées, sans les associer à la notion clinique des états limites, mal définie et peu spécifique. Un colloque de l'ASM XIII datant de novembre 1982 (19) a même été consacré aux psychoses non délirantes. Cela permettait une nouvelle piste de réflexion concernant la psychose, passant du concept d'Henri Ey *psychose = délire* (20), à un modèle qui se définit par les rapports particuliers d'un appareil psychique avec les éléments de réalité.

E. Kestemberg portait une attention particulière aux « solutions » (en référence à Freud qui considérait délire et hallucination comme solutions face à l'angoisse) qui s'opèrent au sein des psychoses non délirantes, car ces solutions peuvent potentiellement mener à la mort, et constituent souvent un terrain fertile conduisant aux suicides directs ou indirects (anorexie mentale, addictions graves diverses ...)

Selon E. Kestemberg, *si l'on parle de psychose, c'est en raison surtout de l'absence de conflictualité véritable au sein du Soi et du Moi. Les conflits sont mis au dehors « en actions »* , et les contradictions s'ajoutent les unes aux autres chez ces sujets qui se veulent « décorporés ». De ce fait, **les passages à l'acte sont souvent la conséquence d'une mauvaise interprétation d'un événement ou de propos**, dans un sens persécutoire et blessant, et les failles des capacités de projection et d'introjection amène ces patients à un monde à tonalité persécutive.

Les caractéristiques présentées par les patients pour lesquels la psychose froide est évoquée par les auteurs seraient un **trouble de l'identité** avec peu de capacités d'identification et d'identité, en lien avec un **narcissisme vacillant** (18) . Les relations avec les autres sont une menace constante d'anéantissement, rendant la mise en place de relations objectales difficiles en raison d'un risque quasi constant d'hémorragie narcissique. Le recours au fétiche est l'un des principaux éléments de fonctionnement intra psychique retrouvé chez ces sujets afin de ne pas recourir à la solution délirante dans les transactions avec la réalité, rendant impossible une restructuration autour d'un délire. Ces patients présentent comme mécanismes de défense prédominants le clivage du Moi ainsi que le déni. E. Kestemberg évoque la notion de psychose froide en particulier chez des patients anorexiques.

La relation « fétichique » sert de solution défensive face à la menace de l'anéantissement objectal. « *Cette possibilité de relation objectale sans véritable objet*

*mais avec le fétiche comme objet/sujet, vient rendre caduque le recours à la solution délirante comme mécanisme de défense et de protection narcissique* ». **Le fétiche se définit comme une projection du sujet sur un objet qui n'a pas de qualités propres et qui n'est pas perçu comme unique.** Cette modalité relationnelle avec le fétiche laisse l'objet présent, suffisamment proche et aussi suffisamment loin, suffisamment vivant mais aussi inanimé (immortel) pour qu'un commerce avec lui soit possible. Ces sujets ne peuvent avoir recours à des sentiments d'amour et de haine dans le transfert sans qu'un **vécu de persécution** n'apparaisse.

De la psychose froide, E. Kestemberg relève la certitude d'une organisation de type psychotique de l'ordre d'une psychose latente, « gelée », en raison du type d'investissement narcissique, de modalités de lutte contre l'angoisse avec un Œdipe d'organisation pré-génitale et du clivage du Moi entre **les activités cognitives autonomes conservées voire hyperinvesties d'une part, et un fonctionnement narcissique resté primaire** illustré par un auto-érotisme spécifique et un rejet des demandes pulsionnelles, des fantasmes.

La différence avec un état psychotique décompensé est bien sûr l'absence d'activité délirante, par absence d'accès à cette solution. Le déni de la réalité se fait dans le corps à proprement parlé chez ces patients anorexiques, ce qui a amené certains auteurs à considérer que les anorexiques présentent comme persécuteur leur propre corps.

Les psychoses froides peuvent donc correspondre à des psychoses à bas bruit, latentes, et l'absence de solution délirante organisée est un des signes les plus caractéristiques.

Les concepts de psychose froide et de psychose blanche ont déjà été rapprochés en cela que ces termes correspondent à une organisation psychique présentant l'absence de délire floride, un certain mode de défense contre le chaos pulsionnel, ainsi qu'une possibilité de vécu persécutif à l'oeuvre, qui dans la psychose froide, est mis à distance

par une modalité particulière de relation à l'objet. La nuance à amener pour différencier ces deux concepts serait que dans le cadre de la psychose froide, le terme de structure est en question : l'idée est une oscillation entre l'idée d'un « Moi psychotique » plus ou moins conscient de sa faiblesse et celle « d'états psychotiques » ou de caractère psychotique à valeur essentiellement défensive, comme « un mode d'être psychotique » pour E. Kestemberg, car cette auteur considère avant tout que « *les états psychotiques sont un mode défensif de résolution de l'angoisse ... Angoisse primaire, vitale, insoutenable* » (21)

### 3. La psychose ordinaire

Le terme de psychose ordinaire a été introduit par le psychanalyste Jacques-Alain MILLER lors de la convention d'Antibes en 2005 (5). Il précise d'office que ce n'est pas un concept clair avec des limites précises mais plutôt un flou des limites correspondant à la dernière clinique de Lacan (présence ou absence du Nom-du-Père) et une problématique d'identification. *Peut-être que ce que nous appelons psychose ordinaire est une psychose qui n'est pas manifeste jusqu'à son déclenchement* (22)

Jacques-Alain Miller fait référence à ce que Lacan appelle « *un désordre provoqué au joint le plus intime du sentiment de la vie chez le sujet* » et à la notion de « *psychose suppléée* ».

Comme pour la psychose blanche, la psychose ordinaire se caractérise par une absence de délire explicite, une absence de déclenchement manifeste mais présentant tout de même des caractéristiques psychotiques, qui, prises séparément, ne peuvent à elle seules signer une psychose (22):

- le réglage du sujet sur l'**identification imaginaire** : le patient tisse le lien social et son mode d'identification d'après l'axe imaginaire, se faisant le plus *ressemblant*

*possible avec ses supposés semblables.* Toutes les décisions de la vie quotidienne du sujet se font alors sur un mode d'imitation de normalité, pouvant aller jusqu'aux phénomènes de double, ce qui n'est pas sans rappeler le concept de personnalité « comme si » d'H. Deutsch. Il s'agit de la tentative de remplir ce « vide intérieur » par défaut de sentiment d'identité propre.

- le sentiment de **vide intérieur du sujet** « ne penser rien » (23) (ref : Lacan « d'une question préliminaire à tout traitement de la psychose »). Ce sentiment peut également prendre la forme d'une impossibilité d'éprouver un affect doublé d'une impossibilité d'exprimer, de dire ce manque ; ou alors un manque de consistance dans les pensées et les émotions, qui apparaissent alors comme désincarnées (comme dans la description de la personnalité « comme si »).
- des **phénomènes de corps quasi hypochondriaques**, qui précèdent parfois une décompensation psychotique à proprement parler.
- une certaine forme **d'errance** pouvant s'exprimer par un abus de toxiques ou des voyages pathologiques, venant compenser la sensation de vide intérieur,
- de discrets **phénomènes de langage**, avec un discours « capitonné ».

La pertinence du concept de « psychose ordinaire » réside dans le fait de proposer une organisation nosographique de phénomènes inspirés de l'approche phénoménologique qui est abordée dans une structure psychique (21). Le diagnostic permet d'orienter la prise en charge psychothérapeutique, car nous avons intérêt à connaître la stratégie à adopter dans la relation thérapeutique ainsi que les différentes interventions du thérapeute. Reconnaître des formes particulières de psychoses permet de respecter certaines compensations imaginaires mises en place par les patients, pour parer à la carence d'une symbolisation. Leur reconnaissance pourrait épargner à ces sujets des situations qui risquent parfois de précipiter des déstabilisations de leur fonctionnement. Il s'agit ainsi d'une clinique qui permet de rencontrer et d'identifier la

psychose en dehors des phénomènes et des contextes institutionnels plus classiques.

### **III. Conclusion**

La psychose blanche questionne alors la notion de fonctionnement mental pouvant pré-exister à la psychose comme « état mental à risque de décompensation psychotique » (et d'entrée dans une schizophrénie) et de ce fait, l'intérêt de se pencher sur le concept de psychose potentielle, de psychose latente pour lesquelles d'autres auteurs ont également émis des hypothèses diagnostiques, à partir de la clinique de ces sujets. La psychose blanche paraissant n'avoir que peu de validité conceptuelle à l'heure actuelle, mais on a pu rapprocher ce concept avec d'autres notions comme les personnalités « comme si », la psychose froide ainsi que la psychose ordinaire qui semblent présenter de nombreux points de convergence.

En effet, on retrouve cette absence d'éclosion délirante à proprement parler, un vécu persécutif à l'oeuvre ainsi qu'un vide intérieur qui se manifeste par une incapacité à penser et à ressentir ou exprimer des émotions. Il paraît exister tout un faisceau de symptômes communs de la lignée négative de la schizophrénie. **Ces concepts psychanalytiques nous feraient accéder à « l'ombilic de la psychose », comme structure psychique vulnérable à la transition psychotique.**

En psychiatrie clinique, les récentes recherches évaluant les « états mentaux à risque de psychose » nous orientent vers le concept de patients « cliniquement à risque » et à « ultra haut risque » UHR, qui ne répondent pas à la définition de la schizophrénie ou psychose décompensée d'après le temps d'évolution ou l'intensité des symptômes présentés selon le DSM-V (1). Certains travaux ont permis de conceptualiser des prodromes de psychoses présentés par certains sujets : certains symptômes positifs atténués (évalués par exemple par l'échelle CAARMS- Comprehensive Assessment of At-risk Mental State permettant une évaluation psychométrique « non à risque de trouble psychotique/à risque/psychose avérée » (25)) ou BLIPS (Brief Limited Intermittent

Psychotiques épisodes) présents dans les phases prodromiques, mais également de manière plus précoce de symptômes négatifs subjectifs, insidieux, que le sujet vit dans son intimité. Ce sont davantage ces signes cliniques subjectifs infra-cliniques que nous allons étudier, car ils semblent se rapprocher des notions psychanalytiques des psychoses latentes.

De nombreuses recherches se sont en effet intéressées aux patients UHR dans une logique d'évolution schizophrénique séquentielle, qui correspondrait à un « état mental à risque tardif » en cela que les symptômes positifs dits objectifs sont présents, soit de manière atténuée ou ayant une durée inférieure à celle correspondant aux critères de la schizophrénie.

Il paraît intéressant de se pencher sur ces expériences subjectives infracliniques par les symptômes « de base », concept élaboré par G. Huber (6), qui se rapprochent des symptômes négatifs de la schizophrénie et semblent présenter des caractéristiques communes avec les concepts psychanalytiques proposés.

En effet, **la psychanalyse et l'approche phénoménologique ont eu certaines intuitions et attitudes en commun.** Ignorant les symptômes et l'approche médicale décrivant les symptômes cliniques dits « objectifs » (de l'observation directe, comme le délire ou les hallucinations), elles ont la volonté d'aller au cœur de l'être même, et peuvent servir de base à une orientation psychothérapeutique ou tout au moins une compréhension du malade (22).

L'approche phénoménologique pourrait permettre de circonscrire certains prémices d'un processus de modification intime à l'œuvre dans les phases précoces de la psychose, avant même l'apparition de symptômes positifs atténués, et s'approcherait d'un état de la psyché confronté à la problématique psychotique.

## **C)Troisième partie : Approche phénoménologique : les symptômes psychotiques « de base ». Points de convergence avec les troubles de personnalités schizotypique et schizoïde ainsi que les symptômes négatifs de la schizophrénie**

### **I.Approche phénoménologique : les symptômes « de base » psychotiques**

#### 1.Contexte

A la lumière de l'essai pour la délimitation du concept de psychose blanche, il est pertinent de s'intéresser à la **subjectivité du patient** lors de la phase précoce des symptômes prodromiques de la psychose. En effet, les auteurs décrivent la psychose blanche comme un syndrome infra clinique répondant à des critères qui laissent évoquer les symptômes négatifs de la schizophrénie tels que l'hallucination négative, le vécu persécutif sans propos délirants à proprement parler, le blanc de la pensée. La psychose blanche serait une psychose latente, autrement dit un état mental à risque de transition psychotique, d'où l'intérêt de l'approche phénoménologique, permettant d'identifier dans le discours du patient des processus psychotiques infra-cliniques.

La phénoménologie est un courant philosophique qui se concentre sur l'étude des phénomènes, de l'expérience vécue et des contenus de conscience. Edmund Husserl est considéré comme le fondateur de ce courant dans sa volonté de systématiser l'étude et l'analyse des structures des faits de conscience (27). Cette approche a en outre inspiré de nombreux travaux hors de son champ philosophique propre tels que la philosophie des sciences, la psychiatrie, l'esthétique, la morale, la théorie de l'histoire.

Pour Arthur Tatossian, Professeur de Psychiatrie ayant exercé à la Faculté de médecine de Marseille, les psychoses sont « par excellence l'objet de la phénoménologie » en cela que la phénoménologie permet l'étude des mondes subjectifs car l'attention est portée sur l'expérience vécue de ces patients (28). La question sous-

jacente serait « qu'est-ce qu'il y a de psychotique dans les psychoses en dehors des signes objectifs de déclenchement que sont le délire ou les hallucinations ? » (26)

Pour Blankenburg et al, il s'agit de la « perte de l'évidence naturelle » (29) au premier plan qui signerait la psychose, avant l'éclosion délirante. Cette notion de perte de l'évidence naturelle se retrouve dans le discours de certains patients qui peuvent évoquer une certaine « déréalisation », comme chez notre cas clinique 2, lors de son épisode ayant abouti à l'infanticide de sa fille de 3 ans.

Il paraît intéressant de se pencher sur la notion de prodromes évoqués pour la première fois par Kreaplin en 1919 (12) décrivant des signes prodromiques de la schizophrénie qui touchent principalement l'affectivité et la cognition. Par la suite, dans les années 1950, le psychiatre allemand G. Huber, s'est penché sur la théorie des troubles précédents et engendrant le début des symptômes positifs des troubles psychotiques et s'est intéressé aux manifestations subjectives de la schizophrénie ; il a introduit le concept de « symptômes de base » (6) . Ces symptômes de base occurreraient avant l'apparition des premiers symptômes positifs atténués et seraient présents à la phase précoce des prodromes de la psychose (cf Figure 1.) (30)

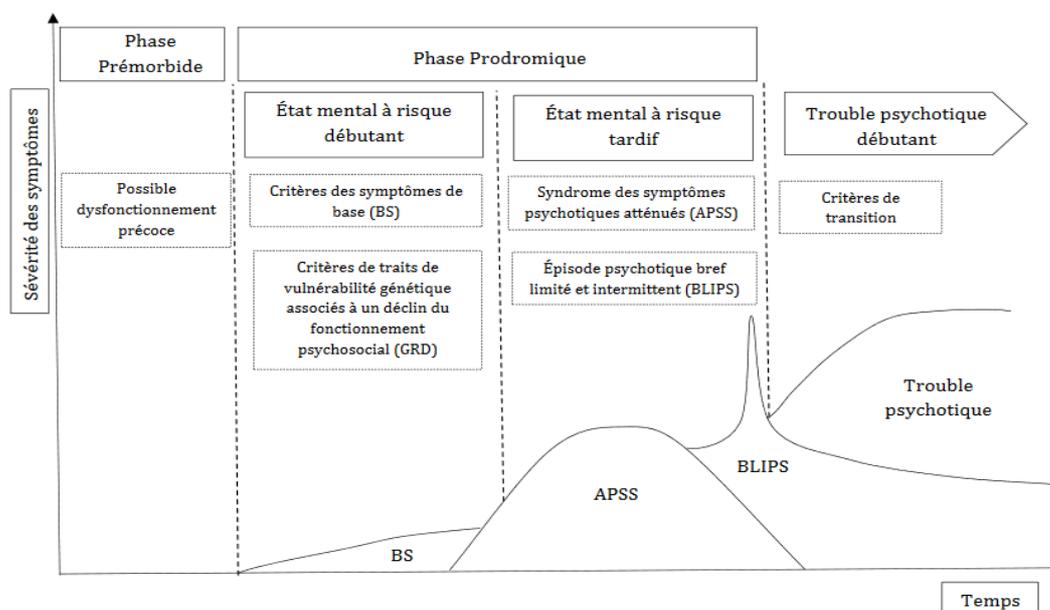


Figure 1. Modèle d'évolution séquentielle d'entrée dans une schizophrénie

Un étude rétrospective de Häfner et al (30) portant sur l'étude des symptômes précoces de la schizophrénie met en évidence que 73% de la population étudiée (232 patients schizophrènes) avaient présentés des signes prodromiques plusieurs années avant la première hospitalisation. Les premiers signes prodromiques apparaissant deux à quatre ans avant le premier épisode psychotique étaient surtout caractérisés par la dépression et les symptômes négatifs de la schizophrénie.

## 2.Principes et description des symptômes de « base »

**Les caractéristiques phénoménologiques des symptômes de base s'apparentent aux symptômes négatifs de la schizophrénie par le reflet d'une modification d'être à soi ainsi qu'une certaine détérioration cognitive.** On retrouve dans la caractérisation des symptômes de base un vécu subjectif par le sujet de perturbations discrètes touchant l'affectivité, la pensée, la tolérance au stress, la compréhension du langage et la motricité. Ces symptômes infra-cliniques subjectifs peuvent être présents avant, pendant ainsi que lors des intervalles libres de la psychose.

Sur le plan phénoménologique, les **symptômes de base sont différents de l'état émanant du soi « normal » du sujet**, ils correspondent aux premiers reflets des processus en jeu aux prémices de la psychose.

Ces symptômes psychotiques de base ont été modélisés pour la première fois avec la Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) [Annexe 2] et le Frankfurt Complaint Questionnaire (FCQ) élaborés par G. Hubert, psychiatre allemand dans un ouvrage traduit en français par « Les symptômes de base de la schizophrénie » (31) .

Ces symptômes portent sur l'expérience subjective du patient et se répartissent en **troubles de la pensée, du langage, des affects, des conduites, de la motricité volontaire, perturbations du système nerveux central végétatif, perturbations de la tolérance au stress et coenesthésies** (32). Leurs caractéristiques phénoménologiques

sont manifestement différentes de celles des symptômes psychotiques positifs, en revanche, **ils s'apparentent aux symptômes négatifs de la schizophrénie.**

Les coenesthésies sont caractérisées par l'école de Bonn comme des expériences corporelles qui peuvent s'apparenter à des sensations de mouvement, de tiraillement ou de pression à la surface ou à l'intérieur du corps, des sensations électriques ou thermiques, douloureuses, de constriction, d'engourdissement, de faiblesse, voire des altérations de la baresthésie (33). Ces expériences sont d'autant plus difficiles à mettre en évidence qu'elles échappent à l'approche clinique centrée sur les symptômes objectifs (discours délirant, hallucinations...) et nécessitent alors une écoute attentive basée sur le vécu du patient. Cette difficulté est renforcée par l'aspect fluctuant d'un patient à l'autre mais aussi dans le temps pour un même sujet.

Dans une étude portant sur 508 patients schizophrènes, G. Huber et al. (34) ont observé ces symptômes à différents moments de la maladie, et notamment précocement, avant toute décompensation psychotique aiguë. Il décrit ainsi une phase prodromique survenant de trois ans à trois mois durant laquelle les symptômes de base fluctuent en intensité et en qualité, sans jamais disparaître.

G. Gross, dans une autre étude sur 290 patients, décrit, également une phase prodromique précédant de trois à cinq ans en moyenne l'apparition de symptômes psychotiques de la lignée positive. Dans une étude prospective sur huit ans (35), 96 patients suivis en psychiatrie pour des « troubles de la personnalité » selon les critères du DSM-V et ne répondant pas au diagnostic de schizophrénie selon le DSM-V à l'inclusion dans l'étude ont été pris en charge . **Au terme de ces huit ans, il a été retrouvé que les symptômes de base étaient très présents au début de l'étude chez 77% des patients ayant par la suite été diagnostiqués schizophrènes.** Ces symptômes n'étaient quasiment pas retrouvés dans le groupe de patients chez qui le diagnostic de schizophrénie n'a pas été posé à la fin de l'étude. Dans cette étude, certains symptômes

de base ont une bonne valeur prédictive positive dans l'identification des patients plus à risque de développer une schizophrénie, notamment certains troubles de la pensée (pensée automatique, pensée interférente, tendance aux idées de référence, altération de l'intentionnalité de pensée), de la perception (altération des capacités de la perception du langage, fascination pour les détails insignifiants, altération de la capacité à se représenter soi-même, micropsie, macropsie, hallucinations auditives élémentaires non verbales) et de la motricité (perte de certains automatismes).

Depuis la description de ces symptômes de base, différentes **échelles d'évaluation ont été publiées parmi lesquelles l'échelle de Francfort développée par Süllwold ou celle d'Huber également appelée échelle de Bonn**. La plus fréquemment utilisée est l'échelle de Bonn ou Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptom (BSABS) [Annexe 2], qui a été élaborée à partir des expériences subjectives rapportées directement par les patients. L'utilisation de ces échelles d'évaluation permet de faire le lien entre symptômes subjectifs et symptômes objectifs (manifestations productives).

**Le rapport entre ces phénomènes subjectifs et les manifestations productives de la schizophrénie repose sur la nature évolutive des symptômes de base**, lesquels peuvent être modifiés tant sur le plan qualitatif qu'au niveau de l'intensité. G. Huber décrivait ainsi trois niveaux d'expression possible de ces troubles :

- le niveau 1 où les plaintes sont non caractéristiques ;
- le niveau 2 où elles sont accompagnées d'une sensation d'étrangeté ;
- le niveau 3 où les plaintes font l'objet d'interprétations délirantes.

Selon cette conception, les troubles peuvent évoluer d'un niveau à l'autre et ce, de façon réversible. Le passage d'un degré à l'autre est favorisé par l'altération des capacités de traitement de l'information. Dans un premier temps, **il existerait une certaine altération cognitive ou encore un trouble cognitif de base**. Ce déficit cognitif entraînerait un

trouble du décodage qui serait à l'origine de l'apparition des symptômes de base de niveau 1 et 2. Le patient parviendrait dans un premier temps à lutter contre ces manifestations par différents mécanismes de compensation : évitement, retrait, effort de compréhension, de réinterprétation des événements. Ces différents moyens d'adaptation permettraient d'éviter initialement l'éclosion d'un délire floride. L'apparition des symptômes de base de niveau 3, très proches des symptômes psychotiques de la lignée positive (objectivables) n'occurreraient que lorsque ces moyens d'adaptation seraient dépassés.

**Les symptômes subjectifs, tels qu'ils ont été initialement décrits par G. Huber, précèdent les exacerbations des symptômes objectivables.** Ces signes subjectifs seraient l'expression directe d'un déficit cognitif et reconnus comme tels par les patients (36) .

A partir de l'échelle BSABS, une nouvelle échelle a été développée: la SPI-A (Schizophrenia Proneness Instrument) [Annexe 3]. **Cet instrument d'évaluation se concentre sur les modifications cognitives et perceptuelles rapportées par le patient.** Les critères fondés sur les symptômes de base ont été développés pour détecter aussi tôt que possible les patients à risque de développer un trouble psychotique. Idéalement, avant l'apparition d'une atteinte fonctionnelle.

### 3. Echelles d'évaluation des symptômes de base

#### a) BSABS, SPI-A.

L'échelle SPI-A [Annexe 3] a été développée à partir d'une analyse en cluster de la BSABS [Annexe 2] et permet une **évaluation quantitative de la sévérité des symptômes** en accord avec l'échelle SIPS mais aussi avec la PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale évaluant les symptômes d'un trouble psychotique avéré) qui

permet de quantifier l'importance des symptômes positifs chez un patient schizophrène. Cela a permis d'établir des profils longitudinaux de patients à risque de développer un trouble psychotique au cours d'études prospectives.

**L'échelle SPI-A permet d'identifier des individus à risque de développer un trouble psychotique.** Elle reprend les symptômes de base qui sont les plus prédictifs de l'apparition d'un trouble psychotique avéré et permet d'établir deux sous-groupes: COPER (COgnitive-PERceptive) et COGDIS (COgnitive DISturbance). Le critère COPER est centré sur les symptômes de base cognitifs et perceptifs et le critère COGDIS sur les perturbations cognitives. Elle comprend les dix symptômes principaux qui ont été mis en évidence par Klosterkötter comme les marqueurs prédictifs d'un trouble schizophrénique (interférence de la pensée ; persévération de la pensée ; sentiment de pression de la pensée ; sentiment de blocage de la pensée ; trouble du langage réceptif ; diminution de la capacité à discriminer les idées des perceptions ; difficulté à différencier souvenir et imagination ; idées de référence fluctuante ; déréalisation ; troubles de la perception acoustique et visuelle).

La SPI-A a été développée afin de compléter l'approche UHR (Ultra Haut Risque, évalués par les échelles CAARMS (25) et SIPS [Structured Interview for Prodromal symptoms (37)]) qui était jugée trop restrictive et se centrait principalement sur les symptômes psychotiques positifs atténués. **Les premiers résultats ont montré que 17% des patients chez lesquels on retrouve, à l'aide de cette échelle, au moins un symptôme de base, ont développé une schizophrénie dans les douze mois (38).** Le taux de transition chez les patients présentant des symptômes de base est de 34.9% dans les 3 ans et de 70% dans les 10 ans (39) . La sensibilité de l'échelle est de 98% et la spécificité de 59%. De plus, une version adaptée aux enfants et adolescents (SPI-CY) a été élaborée. Elle cible les enfants entre 8 et 18 ans et utilise également des informations

rapportées par les parents.

b) EASE (Examination of Anomalous Self-Experience).

L'échelle EASE, Examination of Anomalous Self-Experience (Evaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi) [Annexe 5] est une échelle semi-structurée développée par J. Parnas (40) . Elle est inspirée de l'approche par les symptômes de base d'Huber. Depuis une quinzaine d'années, on observe un intérêt grandissant pour l'approche phénoménologique des psychoses débutantes. En effet, **il s'agit de déterminer le phénomène essentiel qui pourrait expliquer l'ensemble de la symptomatologie à partir de l'expérience subjective du patient.** Ainsi, les troubles de la subjectivité observés de manière empirique dans la schizophrénie pourraient permettre, s'ils étaient mieux caractérisés, de comprendre et de relier entre eux les différents symptômes positifs, négatifs et de désorganisation spécifiques à la schizophrénie (41).

Ces troubles de la subjectivité ont été décrits par de nombreux auteurs, de Kraepelin qui évoque « un orchestre sans chef », « une perte de l'unité intérieure » (42) à Minkowski qui décrit une « perte du contact vital avec la réalité » (43) comme altération à l'origine des autres manifestations cliniques. Concernant la schizophrénie débutante, Henri Grivois élabore le concept de centralité afin de rendre compte de l'expérience vécue par le patient dans la phase précédant la schizophrénie établie (44). Ce phénomène regroupe **le sentiment d'être seul au centre de la totalité des autres et la surprise d'être l'objet singulier de l'intérêt général.** Une étude rétrospective portant sur 20 patients schizophrènes rapporte que tous les patients en phase prodromique décrivent des troubles profonds de la perception d'eux-mêmes, « quelque chose en moi était devenu inhumain ». La majorité d'entre eux sont dans l'incapacité de définir ces altérations et la plupart développent des préoccupations pour la métaphysique, la philosophie et le surnaturel (45). D'un point de vue cognitif, Barnaby Nelson formule l'hypothèse que le sujet tente de s'adapter à ses expériences anormales (46). Rejoignant les conceptions de

Minkowski et Grivois, ces modèles laissent supposer que c'est la forme même de l'expérience vécue par le schizophrène qui est différente et que les anomalies du contenu comme les idées délirantes n'en seraient que la conséquence (41) . Selon Sass et Parnas, **ce changement dans la forme de l'expérience vécue par le schizophrène serait lié à des modifications de ce qui fait qu'un être est lui-même, qui correspond à la notion d'ipséité.** Ils font l'hypothèse d'une modification de la conscience pré-réflexive de soi, c'est-à-dire le niveau de conscience de soi le plus basique qui nous permet de considérer nos expériences comme nôtres sans avoir besoin d'y réfléchir (47) . Ces anomalies de l'ipséité et leur caractère de « nouveauté » durant la phase prodromique seraient terriblement inquiétants pour le patient (45). Elles s'accompagnent d'une attitude hyperréflexive qui se traduit par la nécessité d'une analyse constante des pensées, des perceptions et des actes, ceux-ci ayant perdu leurs fondements naturels. Dans cette perspective, les symptômes psychotiques ne seraient qu'une tentative de compensation de ces troubles de l'ipséité (41).

Contrairement aux échelles présentées plus haut comme la BSAPS et la SPI-A, l'échelle EASE n'a pas été spécifiquement développée pour évaluer un éventuel état prodromique d'un trouble psychotique. Elle explore des phénomènes considérés comme primordiaux durant la période précédant l'éclosion d'un trouble psychotique(41) mais aussi dans les schizophrénies avérées ou encore chez les patients schizotypiques. **L'échelle EASE se focalise sur des anomalies de la conscience de soi et des troubles de perception de la subjectivité.** Il s'agit d'une exploration phénoménologique des anomalies subjectives de la représentation d'une perturbation de l'être à soi. L'évaluation consiste en 57 items répartis en cinq sous-groupes [Annexe 5] qui ne s'excluent pas mutuellement et reprend plusieurs symptômes de base : cognition et cours de la pensée (17 items), conscience de soi et présence (18 items), expériences corporelles (9 items) , délimitation/transitivisme (5 items), et réorientation existentielle (8 items). Les symptômes peuvent être côtés de façon

binaire (présent ou absent) ou continue (sur une échelle de sévérité). Cette échelle a démontré une bonne fiabilité interjuge (coefficient de Spearman 0,78 ;  $p < 0.001$ ) et permettait de prédire de manière significative la transition psychotique dans l'étude de Nelson et al (46). Les études indiquent que l'exploration des anomalies de l'expérience subjective permettent de prédire l'émergence d'un trouble psychotique (48) et que ces altérations sont caractéristiques du statut « Ultra Haut Risque » et peuvent prédire la transition psychotique chez les patients UHR (46). De plus, elle permet de distinguer les troubles du spectre schizophrénique des autres troubles psychotiques (49). L'échelle EASE permet de détecter les individus avec un risque accru de développer un trouble psychotique dans une population clinique, cependant la valeur prédictive positive faible ne permet pas de l'utiliser seule. Des outils issus des différentes approches théoriques doivent être utilisés simultanément dans le but d'améliorer leur valeur prédictive. Enfin, cet outil explorant les aspects phénoménologiques des expériences subjectives contribue à préciser les mécanismes en jeu au cours de la phase prodromique.

## **II. Analogie avec les troubles de la personnalité schizotypique et schizoïde ainsi que symptômes négatifs de la schizophrénie**

### **1. Troubles de personnalité selon le DSM-V**

Le DSM-V (1) présente également une section concernant les troubles de personnalité du spectre schizophrénique : le trouble de personnalité schizotypique ainsi que le trouble de personnalité schizoïde. Ces entités diagnostiques catégorielles peuvent être rapprochées de la notion de psychose blanche, latente sur le plan de l'expression clinique.

#### **a) Trouble de personnalité schizotypique**

Selon le DSM-V (1):

A. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins 5 des manifestations suivantes :

1. idées de référence (à l'exception des idées délirantes de référence) c'est-à-dire, croyances erronées selon lesquelles les événements, les objets ou les autres personnes de l'environnement immédiat de la personne ont une signification particulière et inhabituelle ;
2. croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel (par exemple superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un « sixième » sens ; chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres) ;
3. perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles ;
4. pensée et langage bizarres (par exemple vagues, circonstanciés, métaphoriques, alambiqués ou stéréotypés) ;
5. idéation méfiante ou persécutoire ;
6. inadéquation ou pauvreté des affects ;
7. comportements ou aspects bizarres, excentriques ou singuliers ;
8. absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré ;
9. anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand la personne se familiarise avec la situation et qui est due à des craintes persécutrices plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.

B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement.

Ce trouble de la personnalité correspondait dans le DSM-III-R au syndrome prodromique avec la présence :

- D'un isolement social ou un repli sur soi nets

- Un handicap net du fonctionnement professionnel, domestique, scolaire ou universitaire
- Un comportement nettement bizarre
- Un manque important d'hygiène et de soins apportés à sa personne
- Des Affects émoussés ou inappropriés
- Un discours digressif, vague, trop élaboré, circonstancié ou pauvreté du discours ou pauvreté du contenu du discours
- Des croyances bizarres ou une pensée magique, influençant le comportement et en désaccord avec les normes culturelles
- Des expériences perceptives inhabituelles, illusions récurrentes, sensation de présence d'une force ou d'une personne en réalité absente
- Un manque important d'initiative, d'intérêt, d'énergie

La bizarrerie/pauvreté du discours seraient la conséquence pour Green des processus de déliaison et du vide (« blanc ») de la pensée de la psychose blanche (2) qui entraîneraient une pauvreté des affects, et l'idéation méfiante ou persécutoire est retrouvée avec la certitude d'une influence néfaste de la mère chez ce patient, Z.

#### b) Trouble de personnalité schizoïde

Selon le DSM-V(1) , le trouble de personnalité schizoïde est un :

A. Mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui, qui est présent au début de l'âge adulte dans des contextes divers, comme en témoignent au moins 4 des manifestations suivantes :

1. La personne ne recherche, ni n'apprécie, les relations proches y compris les relations intrafamiliales

2. choisit presque toujours des activités solitaires
3. n'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes
4. n'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune
5. n'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré
6. semble indifférente aux éloges et à la critique d'autrui
7. fait preuve de froideur, de détachement, ou d'émoussement de l'affectivité

B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble de l'humeur (dépression ou trouble bipolaire) avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Les caractéristiques de ce trouble de personnalité peuvent être mises en lien avec ce vide de la pensée de la psychose blanche et l'hallucination négative, qui s'exprimeraient spécifiquement au niveau de la sphère sociale.

## 2. Analogie avec les symptômes négatifs de la schizophrénie

### a) Au niveau de la sphère affective et sociale

D'après le Manuel de Psychiatrie de J. D. Guelfi et al. (7), les symptômes négatifs de la schizophrénie appartenant à la sphère affective et sociale sont représentées principalement par :

- un **émoussement affectif** se traduisant par une expression émotionnelle faciale (amimie), gestuelle, vocale réduite voire absente et une réactivité émotionnelle diminuée (7) p259
- Cet émoussement donne une impression de **froider affective**,
- Une **anhédonie** qui touche principalement **les relations sociales**, ce qui induit une vie sociale pauvre. Le sujet investit moins la relation à l'autre, bien qu'il puisse en être très dépendant. Il peut paraître indifférent. Il s'agit aussi d'une incapacité fréquente à appréhender ce que ressent autrui, ce dont le sujet peut parfois se

plaindre (expliqué par un défaut de mentalisation, ou déficit en « théorie de l'esprit »).

- une **athymormie** avec perte de l'élan vital se manifestant pas un désintérêt du patient pour son entourage, par une froideur du contact voire un négativisme vis-à-vis des sollicitations extérieures, aboutissant le plus souvent à :
- un **retrait d'allure autistique** en lien avec une perte du sens de la réalité qui serait l'illustration d'une rupture de la vie mentale du sujet avec le monde extérieur. Le repli sur soi et sur le monde intérieur du sujet, hermétique aux autres est à l'origine d'une grande difficultés dans les interactions sociales et une certaine maladresse dans les relations interpersonnelles, aboutissant à **l'isolement social**.

#### b) Symptômes de la sphère cognitive

Le sujet psychotique présentant des symptômes négatifs de la sphère cognitive serait victime d'un **trouble de la mentalisation**, c'est à dire un déficit dans la capacité de prêter aux autres et à soi une existence propre, des attentions, des intentions ... Pouvant aller jusqu'à un **déficit en théorie de l'esprit (50)**.

Le déficit en théorie de l'esprit se manifeste par une grande difficultés à appréhender et à interpréter les actions d'autrui en termes états mentaux, comme les souhaits, les intentions, les croyances ; une difficulté à considérer ce que l'autre pourrait penser, désirer, vivre émotionnellement est différent ce que qui est éprouvé par le soi. Ce déficit rend difficile pour le sujet la distinction entre soi et autrui, il entâche la perception, l'interprétation et l'intégration des codes sociaux et détermine alors le déficit en cognitions sociales.

D'autre part, le patient psychotique peut présenter des symptômes atteignant la pensée (7) p259 influençant la forme et le contenu du discours :

- le **discours sera laconique, au contenu pauvre** et manquant de mobilité. Il est éventuellement stéréotypé, répétitif ou laisse apparaître une persévération.

- Les réponses, retardées, sont peu informatives,
- On retrouve des **troubles du cours de la pensée** à type de barrage (interruption brusque, en apparence immotivée, du langage), de fading (ralentissement du débit verbal) semblant traduire une possibilité de suspension ou d'arrêt inexplicable de la pensée.
- La **compréhension du langage et des situations semble moins bonne**, la part implicite du langage et de la communication pouvant être mal comprise.
- Une **difficulté d'abstraction**, qui peut être observée chez le sujet s'il lui est demandé d'expliquer une expression ou un proverbe

D'après A. Green, cette hébétude affective, sorte de marasme de la pensée, est un régime d'hibernation mentale qui serait le fruit d'une persécution de la pensée, attaquée par la pulsion, se manifestant par un clivage incessant aboutissant au processus de déliaison de la pensée. Une des conséquences serait *cette dépression non affective, sans douleur psychique de perte, qui fait du psychotique retiré du monde un individu ayant perdu le contact avec la réalité* (2) avec un sentiment de vide par lequel la dépression se manifeste.

### c) Sur le plan comportemental

Les symptômes négatifs touchent également le comportement avec :

- un **retrait social** important pouvant aller jusqu'au repli de type autistique, conséquence de l'anhédonie sociale et de l'incapacité fréquente du sujet à appréhender ce que ressent autrui,
- une réduction marquée de l'activité, le sujet pouvant être **apragmatique**, perdant la capacité d'initier une action, ou **aboulique** lorsqu'il s'agit d'un définit de volonté. Dans les deux cas, le sujet semble perdre son initiative motrice, ne semble pas avoir d'énergie physique et peut rester longtemps sans bouger.

- Des difficultés dans l'initiation et le maintien d'activités régulières, d'apprentissage, professionnelle ou liée à des soins, qui peut aboutir à une clinophilie si les stimulations extérieures s'amenuisent
- La symptomatologie négative favorise **l'incurie**, le sujet négligeant alors son hygiène, sa présentation, son habillement. Si la personne ne s'engage pas spontanément dans une activité, elle peut en revanche poursuivre de façon prolongée une occupation passive.

Les caractéristiques de la psychose blanche sont surtout retrouvées au niveau des symptômes négatifs de la schizophrénie intéressant les cognitions et l'affectivité. En effet, le vide de la pensée serait la conséquence d'une attaque de la pensée par la pulsion entraînant un processus de déliaison des pensées, ayant pour conséquence cette dépression non affective. Il semble intéressant de se pencher sur l'étude d'éventuelles anomalies cérébrales sous tendant les déficits cognitifs de la schizophrénie, en particulier concernant la sphère sociale.

## **D) Quatrième partie : Regards des sciences cognitives dans les déficits cognitifs à visée sociale de la psychose.**

Klosterkötter (39) a rapporté les résultats de l'étude de Bonn sur les séquences transitionnelles aboutissant aux symptômes psychotiques positifs, selon une chronologie exacte, jusqu'à l'apparition de tableaux complets de schizophrénie tels que décrits dans le DSM-V [Annexe 1] (1). L'expérience subjective des troubles de la perception, du langage, des idées, de la mémoire, et des troubles du contrôle cognitif, tous ces symptômes « de base » définis par Huber ne peuvent être observés que par les patients eux-mêmes. Il est supposé qu'il y ait un début de la psychose, venant éclore sur un terrain vulnérable marqué par les déficits neuropsychologiques (26). La neuropsychologie étant un domaine des neurosciences cognitives, nous allons explorer les déficits neuro-cognitifs préexistants au développement de la schizophrénie.

Les neurosciences cognitives constituent un domaine de recherche étudiant les **mécanismes neurobiologiques qui sous-tendent la cognition et font appel à de nombreuses notions issues de la neuro-psychologie, des neurosciences ainsi que de l'imagerie cérébrale et de la modélisation.** Dans les troubles du spectre de la schizophrénie, il apparaît que les déficits cognitifs sont fréquents et pourraient être à l'origine des troubles de la cognition sociale (51), aboutissant aux symptômes de la lignée négative. Ces déficits cognitifs apparaissent précocément, comme l'on a pu le voir avec l'approche phénoménologique et les symptômes psychotiques « de base » selon Huber, et seraient en lien avec un défaut de mentalisation, un déficit en « théorie de l'esprit » (50)

## I. Neuro-psychologie cognitive : le déficit en théorie de l'esprit dans la schizophrénie

### 1. Définition et historique du concept de la théorie de l'esprit

En neuropsychologie cognitive, la « théorie de l'esprit » (Theory of Mind) désigne la **capacité cognitive d'un individu à prêter des états mentaux à autrui ainsi qu'à lui-même et à les comprendre** (50). Elle correspond à l'aptitude mentale d'une personne à attribuer une ou plusieurs représentations mentales inobservables aux autres individus. La théorie de l'esprit fait partie de la cognition sociale, et est nécessaire au bon déroulement des interactions avec autrui, qui mobilisent un ensemble de processus cognitifs tels que la perception de soi et des autres ainsi que l'utilisation des codes sociaux régissant les relations interpersonnelles.

Le concept de « théorie de l'esprit » est issu du courant de la philosophie de l'esprit qui s'intéresse à la question de l'intentionnalité et à l'attribution de contenus mentaux. Le terme « théorie de l'esprit » est apparu pour la première fois en sciences cognitives dans le titre d'une étude de David Premack et Guy Woodruff datant de **1978** : « *Does the chimpanzee have a theory of mind?* » (52). Derrière cette expression, les auteurs désignaient la **capacité à comprendre les comportements d'un autre, supposant qu'elle s'appuyait sur l'attribution d'intentions inobservables**. Dans cette étude pionnière, ils mettaient en avant que le chimpanzé Sarah pouvait résoudre des problèmes qui impliquent de comprendre les états mentaux d'un comportement humain (comprendre que celui qui saute veut des bananes). La théorie de l'esprit, telle que définie par D. Premack et G. Woodruff, a ensuite fait l'objet de nombreuses recherches non seulement en éthologie mais également en sciences humaines.

**La théorie de l'esprit est une capacité de la métacognition** : avoir conscience et

se représenter l'état mental d'un autre individu correspond à la construction d'une métareprésentation. Alors que la représentation est une perception directe de l'environnement, la métareprésentation renvoie à une représentation d'une représentation. La théorie de l'esprit permet ainsi d'avoir des pensées concernant les états mentaux d'autrui et de raisonner sur ce que l'autre peut ressentir, croire, ainsi que sur son intentionnalité. La théorie de l'esprit implique un circuit relationnel, supposant une reconnaissance cognitive et/ou émotionnelle de soi-même et de l'autre. De nature cognitive ou affective, de premier ou de deuxième ordre, elle implique des processus de décodage ou de raisonnement sur des états mentaux. (50)

**Le modèle de l'autisme infantile a été déterminant dans la compréhension de la théorie de l'esprit (53) :** les manifestations caractéristiques que sont l'isolement autistique, les troubles de la communication et les difficultés au jeu de simulation seraient la conséquence de l'altération d'un unique mécanisme cognitif sous-jacent : le système neuronal permettant d'avoir une « théorie de l'esprit » ou de « mentaliser » (aptitude à anticiper ou expliquer le comportement d'autrui).

## 2. Implication dans la schizophrénie

La théorie de l'esprit correspond à ce que C. D. Frith nomme « la métareprésentation » (54). L'hypothèse de Frith est que « *les manifestations spécifiques de la schizophrénie pourraient résulter d'anomalies spécifiques de la métareprésentation, ce mécanisme cognitif qui nous permet de prendre conscience de nos buts, de nos intentions et de celles d'autrui* » (54). Dans le domaine de la neuropsychologie cognitive, « *la spécification des mécanismes cognitifs constitue le lien essentiel entre le comportement, l'expérience consciente et les structures cérébrales* » (26). La métareprésentation est le mécanisme principal qui sous-tend l'accès à la conscience de soi.

La schizophrénie comme **trouble de la conscience de soi** a pour conséquence trois anomalies principales : l'appauvrissement de l'action, les persévérations, les actions inappropriées par altération des processus de mentalisation.

A la différence du patient autiste, **le schizophrène sait parfaitement qu'autrui dispose d'une vie mentale**, mais il a perdu la capacité à attribuer ce que peut être le contenu de cette vie mentale (croyances et intentions d'autrui) ; il peut même perdre l'accès réflexif à ses propres contenus mentaux (les « introspects » de Rosolato) (55) tout en étant capable de conserver certains comportements et rituels permettant l'interaction avec d'autres individus... Ainsi on retrouve insight et conscience de soi, dont l'altération serait quasi constante dans la schizophrénie (56) qui pourraient être considérés comme des déficits communs des psychoses en général (57).

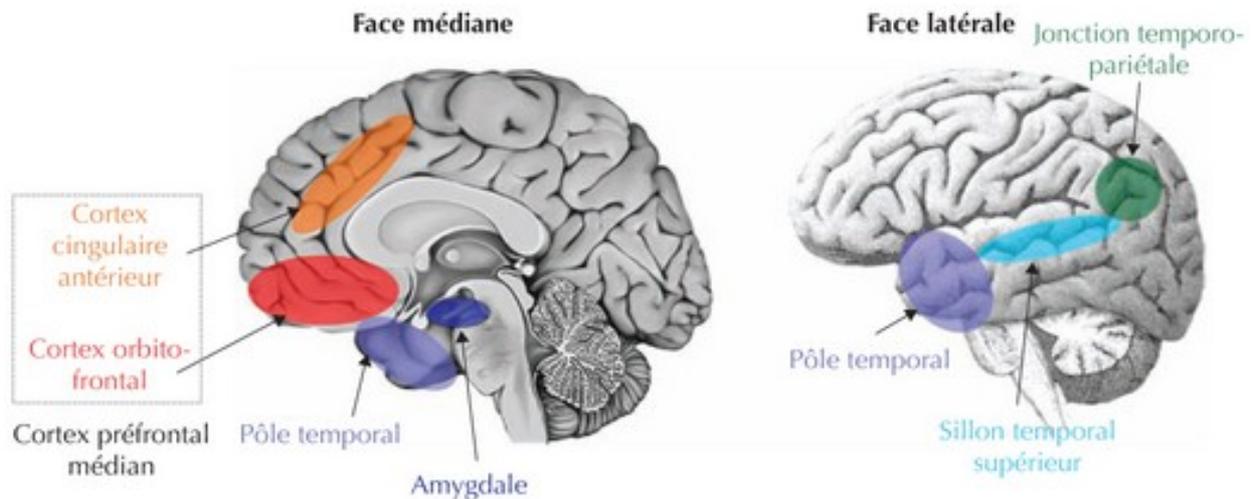
**Les déficits de la cognition sociale en lien avec l'altération de la théorie de l'esprit sont bien documentées chez les patients atteints de schizophrénie**, mais la base neurale reste mal comprise (58). À la lumière des preuves suggérant que le « système neuronal miroir » et le « réseau de mentalisation » sont des substrats essentiels de l'intersubjectivité et de l'action conjointe, il semblerait que le dysfonctionnement de ces réseaux neuronaux pourrait être à l'origine des difficultés sociales des patients psychotiques. De plus, ces deux types de réseaux neuronaux pourraient être associés différemment aux symptômes positifs par rapport aux symptômes négatifs de la psychose.

## **II. Neuro-anatomie : les réseaux neuronaux impliqués dans le déficit en théorie de l'esprit dans la schizophrénie**

### **1. Topographie des réseaux neuronaux impliqués dans la théorie de l'esprit**

Les travaux concernant la théorie de l'esprit ont amené les neuroscientifiques à

effectuer de nombreuses études concernant les corrélats neuro-anatomiques qui sous-tendent ce concept (59). Schématiquement, le système neuronal impliqué dans la théorie de l'esprit est composé de différentes régions corticales, telles le cortex préfrontal, le complexe pôle temporal/amygdale et le complexe sillon temporal supérieur/jonction temporo-pariétale (Figure 2)



**Figure 2. Schéma représentatif des zones corticales impliquées dans la théorie de l'esprit**

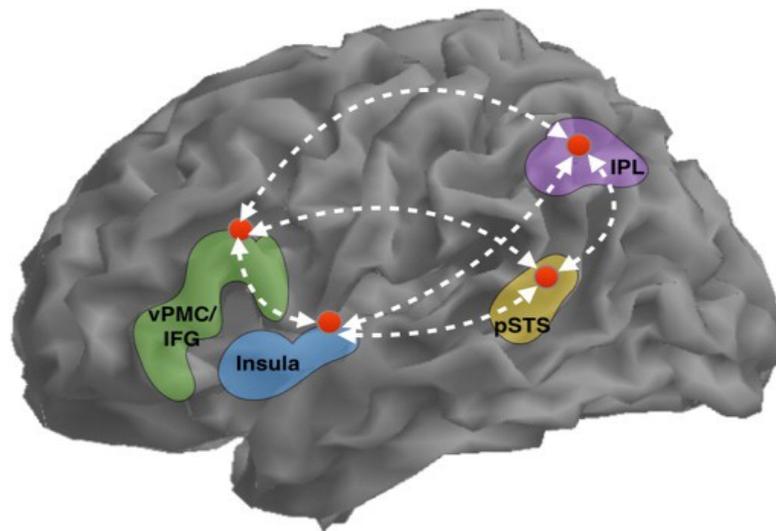
Source : *La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge* (50)

Une partie des zones corticales impliquées dans la théorie de l'esprit correspondrait à ce que Rizzolatti a découvert dans les années 1990 et a nommé le « réseau neuronal miroir » (60) grâce aux recherches effectuées par IRM fonctionnelle (Imagerie par Résonance Magnétique).

## 2. Description du système de neurones miroirs dans la cognition sociale

Le réseau impliquant les neurones miroirs (61) désigne une catégorie de neurones qui présentent une activité aussi bien lorsqu'une personne exécute une action que lorsqu'elle observe un autre individu exécuter la même action. En neurosciences cognitives, **ces neurones miroirs seraient impliqués dans les processus cognitifs à visée sociale, en particulier dans la « théorie de l'esprit »** (62) ainsi que dans les

processus de mentalisation (capacité à identifier les intentions d'autrui) (63), notamment grâce l'apprentissage par imitation, aussi bien dans les processus concernant l'action que dans les processus affectifs, tels que l'empathie. L'identification de neurones miroirs au cours des années 1990 est due à l'équipe de Giacomo Rizzolatti. Ils ont d'abord été observés dans le cortex prémoteur ventral du singe (aire F5) mais aussi, par la suite, dans la partie rostrale du lobule pariétal inférieur. Les travaux scientifiques récents confirment l'existence de ces neurones chez l'homme (62), et leur attribue un rôle dans la psychopathologie de certaines affections psychiatriques (64) (Figure 3).



**Figure 3. Représentation schématique des zones corticales impliquées dans le réseau neuronal miroir et leurs connexions**

Note: vPMC = Ventral premotor cortex (cortex prémoteur ventral), IFG = Inferior frontal gyrus (Gyrus frontal inférieur), pSTS = Posterior superior temporal sulcus (sulcus temporal supérieur, IPL = Inferior parietal lobule (lobule pariétal inférieur). vPMC/IFG, Insula and IPL are regions with mirror neuron activity. The pSTS relays polysensory information to these mirror neuron regions.

Source : *Mirror neuron dysfunction in schizophrenia and its functional implication : A systematic review. 2014 (64)*

Anatomiquement, plusieurs études d'imagerie fonctionnelle par IRMf (65) (60) ont permis une localisation précise des aires impliquées dans le réseau neuronal miroir. Les aires constamment actives lors de l'observation des actions d'autrui sont le sulcus intra-pariétal, une partie de l'aire de Broca, le gyrus temporal médial, le gyrus fusiforme et l'aire visuelle extra-striatale (V5 sur la figure 3). L'aire motrice supplémentaire peut également être activée.

Dans certaines conditions expérimentales impliquant des processus de mentalisation, on a

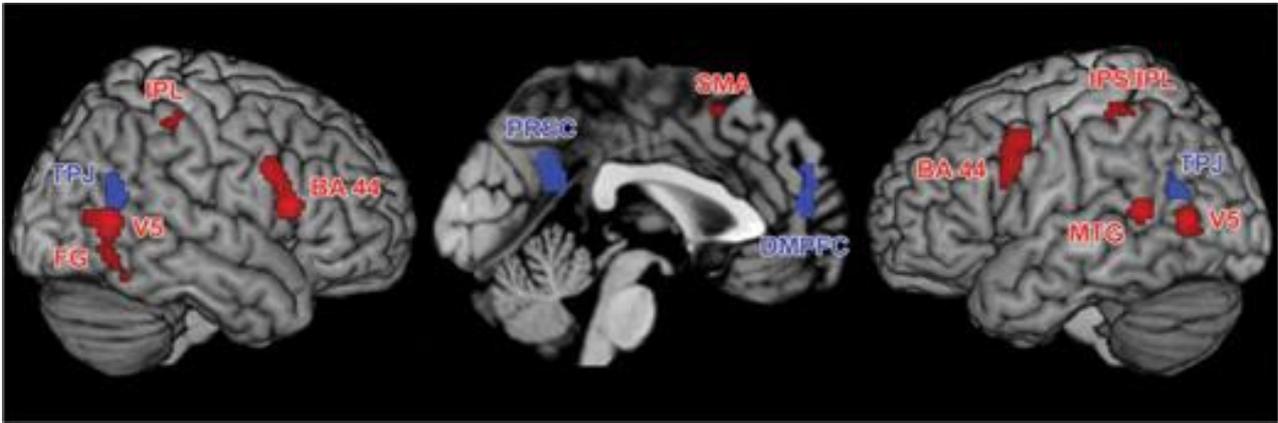
constaté également l'activation du précunéus, du cortex prémoteur dorso-médial ainsi que de la jonction temporo-pariétale. Enfin, une méta-analyse récente (65) a également mis en évidence une activité miroir dans des régions telles que le cortex visuel primaire, le cervelet et une partie du système limbique. Ces régions supplémentaires seraient recrutées lors de tâches qui engagent des fonctions non motrices, à composantes auditives, sensorielles et affectives.

### 3. Implication du système des neurones miroirs et du réseau de mentalisation dans la schizophrénie

Une **activité neuronale miroir dysfonctionnelle** a été postulée pour sous-tendre divers symptômes de la schizophrénie (comme les troubles de la limite du moi, certains symptômes négatifs, les troubles de la cognition sociale). Une revue de la littérature datant de 2014 a été effectuée (64) : elle recense douze études comparant de manière empirique l'activité du système neuronal miroir chez des patients schizophrènes et des sujets en bonne santé, en utilisant différentes sondes neurophysiologiques. La majorité des études (n = 9) ont rapporté **une réduction de l'activité neuronale miroir** chez les patients. Deux d'entre elles ont signalé une augmentation des résultats de l'activité neuronale miroir ou une association (une augmentation et une diminution), tandis qu'une seule étude a présenté des résultats normaux. **La réduction de l'activité neuronale miroir était associée à de plus grands symptômes négatifs et à un déficit de la théorie de l'esprit.** La technique neurophysiologique, les paradigmes de tâches utilisés, les régions spécifiques du cerveau étudiées et la latéralité n'ont pas influé sur ces résultats. En outre, il a été proposé un modèle global pour comprendre les dimensions des symptômes hétérogènes de la schizophrénie, dans lequel un déficit inhérent au système miroir sous-tendant des symptômes négatifs persistants, une instabilité affective, des troubles de la cognition sociale et des déficits liés à l'autosurveillance déclenche une réorganisation métaplasique pathologique de ce système, entraînant **un nombre excessif**

## **anormal de neurones miroirs.**

Une étude datant de 2016 (66) a été effectuée concernant le dysfonctionnement des réseaux neuronaux sous tendant la théorie de l'esprit tels que **le système neuronal miroir** (en rouge sur la figure 4) **et le réseau de mentalisation** (en bleu sur la figure 4). À la lumière des preuves suggérant que le «système neuronal miroir» et le «réseau de mentalisation» sont des substrats essentiels de l'intersubjectivité et de l'action conjointe, il a été suggéré que le dysfonctionnement de ces réseaux neuronaux pourrait être à l'origine des difficultés sociales des patients schizophrènes. De plus, **les deux systèmes neuronaux pourraient être associés différemment aux symptômes positifs par rapport aux symptômes négatifs, étant donné les associations entre cognitions sociales et symptômes cliniques.** Dans cette étude, les auteurs ont évalué la connectivité fonctionnelle à l'état de repos dans les réseaux du système neuronal miroir et du réseau de mentalisation définis méta-analytiquement dans le groupe de patients schizophrènes. Des examens d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ont été obtenus chez 116 patients et 133 témoins sains appariés pour l'âge, le sexe et les mouvements, sur 5 sites différents d'IRM fonctionnelle (Figure 4). La connectivité du réseau a été analysée pour les différences de groupe et les corrélations avec les symptômes cliniques. **Les résultats ont montré une diminution de la connectivité au sein du système neuronal miroir et du réseau de mentalisation chez les patients par rapport aux témoins.** Notamment, la dysconnectivité du système neuronal miroir était liée à la gravité des symptômes, alors qu'aucune relation de ce type n'a été observée pour le réseau de mentalisation. En résumé, ces résultats démontrent qu'il existe des schémas différentiels de dysconnectivité chez les patients atteints de schizophrénie, qui peuvent contribuer différemment aux difficultés interpersonnelles couramment observées dans le trouble.



**Figure 4. Aires cérébrales impliquées dans le système de neurones miroirs (en rouge) et le système de mentalisation (en bleu) par IRM fonctionnelle (66)**

BA 44: Broca's area (aire de Broca), DMPFC: dorso-medial prefrontal cortex (cortex dorso médial pré-frontal), FG: fusiform gyrus (gyrus fusiforme), MTG: middle temporal gyrus (gyrus temporal médial), IPL: inferior parietal lobe (lobe pariétal inférieur), IPS: intraparietal sulcus (sulcus intra pariétal), PREC: precuneus, SMA: supplementary motor area (aire motrice supplémentaire), TPJ: temporo-parietal junction (jonction temporo-pariétale), V5: extrastriate visual area (aire visuelle extrastriatale).

Source : *Differential Patterns of Dysconnectivity in Mirror Neuron and Mentalizing Networks in Schizophrenia- 2016 (66)*

Une étude datant de 2018 évaluant l'implication du réseau de mentalisation et du réseau de neurones miroirs dans les atteintes cognitives de la schizophrénie (58) a été réalisée auprès de 26 patients durant un premier épisode psychotique avec une population contrôle de 26 témoins. **L'évaluation portait sur la réalisation de tests neuropsychologiques évaluant la « théorie de l'esprit » de chacun des participants ainsi que sur la comparaison des imageries par IRM fonctionnelle.** Dans cette étude, la connectivité fonctionnelle à l'état de repos a été utilisée pour examiner le réseau de système de neurones miroirs a priori et le réseau de mentalisation et pour évaluer les connectivités intra et inter réseau des réseaux chez les patients présentant un premier épisode psychotique. La corrélation entre les mesures de connectivité fonctionnelle à l'état de repos et la performance de la théorie de l'esprit a également été évaluée. Les résultats ont montré que les patients présentant un premier épisode psychotique avaient une modification de la connectivité intra-réseau du système neuronal miroir et une connectivité aberrante inter-réseau entre le système neuronal miroir et le réseau de la voie de mentalisation (tous deux impliqués dans la théorie de l'esprit). La **connectivité intra-**

**réseau du système neuronal miroir était nettement corrélée à la performance des tâches de la théorie de l'esprit** chez les patients présentant un premier épisode psychotique. Or, ces déficits cognitifs occurreraient avant le premier épisode psychotique, on pourrait donc supposer que ces anomalies des systèmes miroir et de mentalisation seraient pré-existants à tout développement de la maladie.

La psychose blanche comme entité infra-clinique caractérisée par les processus de déliaison de la pensée ainsi que le vide mentalisationnel pourrait être sous tendue par des déficits en théorie de l'esprit. En effet, cette sidération de la pensée semble être la conséquence d'une altération de la capacité mentale à attribuer des représentations inobservables à autrui. Les réseaux neuronaux impliqués dans la fonction de théorie de l'esprit présentent une connectivité aberrante entre eux (58). Par ailleurs, la diminution de l'activité du réseau neuronal miroir en particulier est associée à de plus grands symptômes négatifs(64), cette activité serait donc diminuée dans la psychose blanche.

## **E)Discussion**

### **I.La psychose blanche au regard des connaissances actuelles en phénoménologie et dans les neurosciences cognitives**

Les vignettes cliniques présentées au début de ce travail ont inspiré les recherches dans différents domaines de la santé mentale concernant la clinique que présentent certains patients. A travers le concept de psychose blanche se pose la question de l'organisation psychique de certains sujets confrontés à une problématique psychotique sans signe schizophréniques positifs tels que décrits par le DSM-V. La psychose blanche et les autres concepts psychanalytiques proposés en deuxième partie de ce travail interrogent la notion de psychose latente, potentielle, s'exprimant essentiellement à travers des signes cliniques apparentés aux symptômes négatifs de la schizophrénie (tels que la sensation de vide intérieur, le vécu persécutif à l'œuvre, le sentiment de « marasme » de la pensée ). Ces patients à la clinique si particulière sont à risque de transition vers un trouble psychotique avéré (35)

L'approche phénoménologique permet d'actualiser la notion de psychose latente avec le vécu subjectif de ces patients qui vivent une modification de leur être de façon intime. Les symptômes de base décrits par Huber ont inspirés les échelles comme la BSABS ou la SPI-A ou encore l'échelle EASE, et permettent une détection des sujets à risque de développer une schizophrénie avec l'évaluation des signes subjectifs apparentés aux symptômes négatifs de la schizophrénie (6), qui occurreraient avant les symptômes positifs atténués. En effet, Häfner et al ont montré que les signes négatifs, le sentiment dépressif ainsi que la stagnation ou le déclin social précédait d'environ deux à quatre ans le déclenchement d'une schizophrénie (30) et correspondraient à la phase précoce des prodromes d'une schizophrénie.

Les signes cliniques de la lignée négative sont probablement en lien avec des

altérations cognitives : le déficit en théorie de l'esprit que nous avons développé avec les neurosciences cognitives expliquerait certaines anomalies de la conscience de soi et de la représentation de la vie mentale d'autrui. Il est sous-tendu par des anomalies neuro-anatomiques qui pré-existeraient à la psychose.

## **II. Perspectives : les centres de prévention et d'intervention précoce**

Les études récentes portant sur la phase prodromique de la schizophrénie ont démontré la présence d'une période de prodromes d'une durée de 3 à 5 ans, marquée par diverses modifications peu spécifiques du fonctionnement psychique ou du comportement psycho-social. Ces modifications n'atteignent pas le seuil permettant de poser un diagnostic, mais sont perceptibles soit par le sujet lui-même, soit par son entourage (67). Ces résultats suggèrent la présence d'une « période critique » de 3 à 5 ans avant le début de la maladie (68), au cours de laquelle un traitement soutenu pourrait éventuellement permettre d'en infléchir l'évolution.

C'est à partir de ce constat que des centres de prévention et d'intervention précoce ont vu le jour (69). Les centres d'intervention précoce ont été initialement développés au Royaume-Uni à la fin des années 80. Il en existe en Australie, aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, en Allemagne ainsi qu'en France. Ces structures sont dédiées au dépistage et à la prise en charge des sujets présentant des facteurs de vulnérabilité ou des facteurs de risque au développement d'une psychose ainsi qu'aux sujets présentant des symptômes prodromiques. Confrontés aux difficultés du diagnostic différentiel entre les diverses formes de psychoses dans leur phase initiale, la plupart des centres développant des soins spécialisés dans ce domaine ont élargi leur cible pour passer de programmes spécialisés dans la prise en charge de la schizophrénie débutante à des programmes d'intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques en général.

Les centres spécialisés dans la prévention et l'intervention précoce ont deux missions principales :

- le **repérage et le suivi attentif des sujets à risque** afin de surveiller l'apparition éventuelle de symptômes avérés de la maladie, et de les prendre en charge
- le **développement de programmes de recherches** permettant un travail prospectif et descriptif au niveau clinique et psychopathologique ayant une utilité collective.

A Paris dans le 15ème arrondissement, le Centre d'évaluation pour Jeunes Adultes et les Adolescents (C'JAAD) reçoit des patients de 16 à 25 ans qui rencontrent des difficultés psychologiques (70). L'équipe du Pr Krebs y accueille des jeunes présentant des symptômes psychiatriques préoccupants (troubles psychiques émergents) retentissant sur leur scolarité, leur activité professionnelle, ou leur vie sociale. Les jeunes patients et/ou leur entourage peuvent être adressés par les médecins des centres médico-psychologiques, ils peuvent aussi être orientés par les médecins généralistes, scolaires ou psychiatres (des hôpitaux ou libéraux). Enfin, ils peuvent directement prendre contact avec le centre. Au travers d'entretiens, de consultations, de tests psychologiques et d'explorations biologiques et neurologiques (parfois au cours d'une hospitalisation courte dans le cadre d'un hôpital de semaine), un diagnostic de la situation est réalisé et restitué au patient. Le bilan réalisé chez les patients présentant des symptômes évoquant un trouble psychotique émergent comprend :

- la CAARMS (critères UHR) (25), seuls les quatre premiers items de cette échelle sont utilisés dans un premier temps car il s'agit de ceux qui permettent une évaluation psychométrique du statut du patient (non à risque de trouble psychotique/ à risque de développer un trouble psychotique/ trouble psychotique constitué). En fonction des résultats, la suite de l'échelle est utilisée ou non.
- la SPI-A (critères symptômes de base)

- l'échelle EASE
- certaines échelles spécifiques afin d'évaluer le fonctionnement social
- différentes échelles permettant de mettre en évidence une symptomatologie psychiatrique autre (échelles de dépression, de trouble psychotique avéré comme la PANSS etc)
- un examen somatique avec recherche de signes neurologiques mineurs
- différentes échelles retraçant l'anamnèse, utilisées en fonction de la symptomatologie et des données recueillies.
- des tests neuropsychologiques évaluant la fluence, capacités attentionnelles, mémoire épisodique et de travail, cognition sociale.

Le centre TIPP (71) (Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques) à Lausanne en Suisse, dirigé par le Pr Cornus, utilise préférentiellement d'autres échelles pour dépister les individus à risque de psychose : la SPI-A (ou SPI-CY pour les enfants et adolescents), l'échelle SPIS, la PANSS ainsi que des tests évaluant d'autres pathologies psychiatriques. Les patients répondant aux critères « à risque » peuvent participer à un protocole d'étude où d'autres examens sont effectués (biopsie de peau, IRMf, électro-encéphalogramme ainsi qu'une évaluation cognitive).

D'autres centres encore utilisent principalement la CAARMS (dont les 4 premiers items permettent une évaluation psychométrique du statut du patient (non à risque de trouble psychotique/ à risque de développer un trouble psychotique/ trouble psychotique constitué)) associés à d'autres échelles en fonction des pratiques : au Royaume-Uni, le Centre Oasis (72) (Outreach and Support in South-London), ou le Centre PACE (73) (Personnal Assessment and Crisis Evaluation) à Melbourne, le VRINT (VRoeg

INterventieTeam voor snelle opvang van vroege psychose) en Belgique ou encore le FETZ (74) (Früherkennungs und TherapieZentrum für psychische Krisen) en Allemagne.

Certains programmes de prévention ont montré que l'aggravation d'un état mental à risque de transition psychotique, présentant quelques symptômes, vers un épisode psychotique caractérisé ou d'un épisode psychotique vers un trouble schizophrénique chronique n'est pas inéluctable. Ils ont aussi montré la spécificité des stratégies thérapeutiques à adopter (75), d'où l'importance de la détection précoce de ces sujets à risque et l'intérêt de centres spécialisés dans la détection précoce.

## Conclusion

La notion de psychose blanche nous fait accéder à « l'ombilic de la psychose » (2) comme structure psychique vulnérable à la transition psychotique, avec pour caractéristiques une clinique représentée par le négatif. L'hallucination négative, le blanc de la pensée et les processus de déliaison, le vécu persécutif à l'oeuvre nous évoquent certains symptômes cliniques apparentés à la lignée négative de la schizophrénie comme l'appauvrissement du discours, les troubles du cours de la pensée, l'émoussement affectif ainsi qu'une certaine anhédonie sociale (7). Ces signes négatifs seraient en lien avec un trouble de la mentalisation, un déficit en « théorie de l'esprit » qui correspond aux anomalies de l'aptitude mentale de ces individus à attribuer à autrui des états mentaux par défaut de reconnaissance cognitive et émotionnelle (50). Ce déficit en théorie de l'esprit est sous-tendu par un dysfonctionnement de réseaux neuronaux spécifiques (tel que le système neuronal miroir (61) et de mentalisation)

Cliniquement, la phénoménologie propose une évaluation des expériences subjectives du patient et se rapproche de la clinique des sujets vulnérables à la transition psychotique. Les symptômes de base permettent de détecter les processus de transformation infra-cliniques à l'oeuvre dans le discours du patient par certaines échelles spécifiques comme la BSABS, la SPI-A (pour les signes apparentés aux symptômes négatifs de la schizophrénie) ou encore l'échelle EASE (qui évalue les phénomènes primordiaux durant la période précédant l'éclosion d'un trouble psychotique).

L'intérêt d'une attention particulière pour la clinique de ces sujets vulnérables à la psychose réside dans une détection plus précoce de ceux-ci afin de leur proposer une prise en charge spécifique, permettant de prévenir voire d'empêcher une évolution vers une schizophrénie avérée, qui n'est pas inéluctable.

## Bibliographie

1. ....Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Elsevier Masson; 2015. 1176 p.
2. ....Donnet J-L, Green A. L'enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche. Les Editions de Minuit. 1973.
3. Deutsch H. Un type de pseudo-affectivité. In: Les « comme si » et autres textes. 1934. p. 53-70.
4. ....Kestemberg É. La psychose froide. Presses Universitaires de France; 2018. 261 p.
5. ....Miller J. La psychose ordinaire - La convention d'Antibes. Navarin; 2018. 353 p.
6. Gross G, Huber G. The history of the basic symptom concept. Acta Clin Croat. 2010;49(2):47-59.
7. ....Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson; 2017. 975 p.
8. ..Walter M, Dejean P, Kress J-J. La psychose blanche, une psychose sans délire ? Inf Psychiatr. 1994;70(3):280-3.
9. ..PIRLOT Gérard, CUPA Dominique. Approche psychanalytique des troubles psychiques. 2e éd. Paris: Armand Colin; 2017. 381 p. (U Psychologie).
10. ....Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Les Editions de Minuit; 384 p.
11. ....Green A. Le Travail du négatif. Paris: Les Editions de Minuit; 2011. 405 p.
12. ....Kraepelin E. Dementia Praecox and Paraphrenia... Hardpress Publishing; 1919. 358 p.
13. ..Deutsch H. Aspects cliniques et théoriques des personnalités « comme si ». In: Les « comme si » et autres textes. Le Seuil; 2007.
14. ....Zucker D. Pour introduire le faux self. In: Penser la crise. 2012. p. 19-21.
15. Deutsch H. Quelques formes de troubles affectifs et leur relation à la schizophrénie. Psychanal Névroses. 1963;
16. ...Deutsch H, Hamon M-C, Zilberfarb S, Orsot-Naveau C. Les" comme si": et autres textes. Ed. du Seuil; 2007.
17. ....Evelyne K, Jean K, Simone D, Serge L. La faim et le corps : Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale. 7<sup>e</sup>éd. Paris: Presses universitaires de France; 2005. 306 p. (Fil rouge).
18. ....De Luca M, Chenivresse P. Psychose froide, relation fétichiste : réflexions à propos d'un cas. L'Évolution Psychiatr. 1 oct 2003;68(4):551-62.
19. ....Jeanneau A, Braconnier R. Les actes du XIII<sup>e</sup>, Psychoses non délirantes et états limites. Colloque 10-11 novembre 1982,. Uhl;
20. ....EY H. Études psychiatriques. De Brouwer et Cie. Vol. II. 1951.
21. Rueff-Escoubès C. " La psychose froide " d'Evelyne Kestemberg. Rev Fr Psychanal. 2004;Vol. 68(1):299-303.
22. ....Miller J, Monnier J-L, Brousse M-H, Grigg R. Retour sur la psychose ordinaire. Bruxelles: Huysmans; 2009. 156 p.
23. ....Lacan J. D'une question préliminaire à tout traitement de la psychose. La psychanalyse. déc 1957;(4):1-50.
24. ....Lucchelli JP, Fajnwaks F. Une clinique de la psychose ordinaire. Inf Psychiatr. 2010;me 86(5):405-11.
25. ...Krebs M-O, Magaud E, Willard D, Elkhazen C, Chauchot F, Gut A, et al. Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique : validation de la version française de la CAARMS. L'Encéphale. 1 déc 2014;40(6):447-56.
26. Bourgeois ML. Qu'est-ce qu'il y a de psychotique dans la (les) psychose(s) ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mai 2001;159(4):315-23.
27. ....Husserl E. Recherches logique, tome 1 : Prolégomènes à la logique pure. Presses Universitaires de France - PUF; 1913. 298 p.
28. ....Tatossian A. La phénoménologie des psychoses. Le Cercle Herméneutique. 1979.
29. Blankenburg W, Pelicier Y, Azorin J-M, Totoyan Y, Tatossian A. La perte de l'évidence naturelle : une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques. Paris: Presses universitaires de France; 1991. 237 p. (Psychiatrie ouverte).
30. ....Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, an der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. août 1999;100(2):105-18.
31. ....Süllwold L, Huber G. Schizophrene Basisstörungen. Springer-Verlag; 1986. 186 p.
32. ...Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. Schizophr Bull. janv 2009;35(1):5-8.

33. . François P, M M-C. Schizophrénie débutantes: Diagnostics et modalités thérapeutiques. John Libbey Eurotext; 2005. 456 p.
34. ....Huber G, Gross G, Schüttler R, Linz M. Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophr Bull.* 1980;6(4):592-605.
35. ...Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Gross G, Huber G, Steinmeyer EM. Early self-experienced neuropsychological deficits and subsequent schizophrenic diseases: an 8-year average follow-up prospective study. *Acta Psychiatr Scand.* mai 1997;95(5):396-404.
36. Yon V, Loas G. Intérêt du concept de G. Huber dans le diagnostic précoce des schizophrénies. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2001;159(4):324-9.
37. ....Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Somjee L, Markovich PJ, Stein K, et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *Am J Psychiatry.* mai 2002;159(5):863-5.
38. ...Phillips LJ, McGorry PD, Yung AR, McGlashan TH, Cornblatt B, Klosterkötter J. Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders: recent progress and future opportunities. *Br J Psychiatry Suppl.* août 2005;48:s33-44.
39. ...Klosterkötter J. The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear syndrome. *Jpn J Psychiatry Neurol.* sept 1992;46(3):609-30.
40. . Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE : Évaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi. *L'Encéphale.* déc 2012;38:S121-45.
41. ....Davidsen KA. Anomalous self-experience in adolescents at risk of psychosis. *Clinical and conceptual elucidation. Psychopathology.* 2009;42(6):361-9.
42. ....Haustgen T, Sinzelle J. Emil Kraepelin (1856–1926) – III. Les grandes entités cliniques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 18 nov 2010;168(10):792-5.
43. Minkowski E. La schizophrénie: psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. Payot; 1927. 290 p.
44. Grivois H. Le fou et le mouvement du monde. 1995.
45. ....Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull.* 2003;29(3):427-44.
46. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic Self-Disturbance Predicts Psychosis Onset in the Ultra High Risk for Psychosis "Prodromal" Population. *Schizophr Bull.* nov 2012;38(6):1277-87.
47. ....Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry.* avr 2003;44(2):121-34.
48. ....Parnas J, Raballo A, Handest P, Jansson L, Vollmer-Larsen A, Saebye D. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry.* oct 2011;10(3):200-4.
49. ....Parnas J, Handest P, Saebye D, Jansson L. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand.* août 2003;108(2):126-33.
50. ....Duval C, Piolino P, Bejanin A, Laisney M, Eustache F, Desgranges B. La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Rev Neuropsychol.* 2011;Volume 3(1):41-51.
51. ....Clare ME. Social cognition and self-other distinctions in neuropsychiatry: Insights from schizophrenia and Tourette syndrome. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2018;82:69-85.
52. ...Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav Brain Sci.* déc 1978;1(4):515-26.
53. ..Baron-Cohen S. Theory of mind and autism: A review. In: *International Review of Research in Mental Retardation.* Academic Press; 2000. p. 169-84. (Autism; vol. 23).
54. ....Frith CD. Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1996. 208 p.
55. ....Raffard S, Bayard S, Capdevielle D, Garcia F, Boulenger J-P, Gely-Nargeot M-C. La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique: Partie II : modèles explicatifs et hypothèses psychopathologiques. *L'Encéphale.* 1 oct 2008;34(5):511-6.
56. . Ribeyre J-M. Le syndrome de schizophrénie déficitaire selon Carpenter. Paris: Doin Editions; 2000. 65 p.
57. . Scotto JC, Bougerol T. LES SCHIZOPHRENIES. : Aspects actuels. Paris: Médecine Sciences Publications; 1998. 290 p.
58. ....Choe E, Lee TY, Kim M, Hur J-W, Yoon YB, Cho K-IK, et al. Aberrant within- and between-network connectivity of the mirror neuron system network and the mentalizing network in first episode psychosis. *Schizophr Res.* 2018;199:243-9.

59. . Duval C, Desgranges B, Eutache F, Piolino P. Le Soi à la loupe des neurosciences cognitives. De la conscience de soi à la conscience de l'autre. 2009;
60. ....Bucino G, Binkofski F, Fink G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V, et al. Action observation activates premotor and parietal areas in a somatotopic manner: an fMRI study. *Eur J Neurosci.* 2001;2(13).
61. ....Mathon B. Les neurones miroirs : de l'anatomie aux implications physiopathologiques et thérapeutiques. *Rev Neurol (Paris).* 1 avr 2013;169(4):285-90.
62. ....Bonini L, Ferrari PF. Evolution of mirror systems: a simple mechanism for complex cognitive functions. *Ann N Y Acad Sci.* avr 2011;1225:166-75.
63. ...Rochat MJ, Serra E, Fadiga L, Gallese V. The Evolution of Social Cognition: Goal Familiarity Shapes Monkeys' Action Understanding. *Curr Biol.* 12 févr 2008;18(3):227-32.
64. ....Mehta UM, Thirthalli J, Aneelraj D, Jadhav P, Gangadhar BN, Keshavan MS. Mirror neuron dysfunction in schizophrenia and its functional implications: a systematic review. *Schizophr Res.* déc 2014;160(1-3):9-19.
65. ....Molenberghs P, Cunnington R, Mattingley JB. Brain regions with mirror properties: A meta-analysis of 125 human fMRI studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 1 janv 2012;36(1):341-9.
66. Schilbach L, Derntl B, Aleman A, Caspers S, Clos M, Diederer KMJ, et al. Differential Patterns of Dysconnectivity in Mirror Neuron and Mentalizing Networks in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2016;42(5):1135-48.
67. ....Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):353-70.
68. ....Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl.* 1998;172(33):53-9.
69. ....Henckes N. Attentes et promesses du risque de psychose. *L'Évolution Psychiatr.* janv 2016;81(1):43-52.
70. . Oppetit A. The C'JAAD: A French team for early intervention in psychosis in Paris. *Early Interv Psychiatry.* sept 2016;12(2).
71. .Conus P, Polari A, Bonsack C. Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne. *Inf Psychiatr.* 2010;Volume 86(2):145-51.
72. ....Raffin M, McGuire PK, Valmaggia LR. OASIS (Outreach And Support in South London), évaluation et traitement des adolescents et jeunes adultes, « à haut risque » de développer un trouble psychotique. *L'Encéphale.* 1 déc 2008;34:S168-70.
73. Yung AR, McGorry PD, Francey SM, Nelson B, Baker K, Phillips LJ, et al. PACE: a specialised service for young people at risk of psychotic disorders. *Med J Aust.* 1 oct 2007;187(7 Suppl):S43-46.
74. ..Schultze-Lutter F, Picker H, Ruhrmann S, Klosterkötter J. The Cologne Early Recognition and Intervention Center for mental crises (FETZ). Evaluation of service use. *Med Klin Munich Ger* 1983. 15 févr 2008;103(2):81-9.
75. ....Michel C, Toffel E, Schmidt SJ, Eliez S, Armando M, Solida-Tozzi A, et al. Détection et traitement précoce des sujets à haut risque clinique de psychose : définitions et recommandations. *L'Encéphale.* 25 mars 2017;

## Annexes

### **Annexe 1. Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-V (code F20)**

**A.** Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé (incohérence, coq à l'âne ...)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs (réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)

**B.** Pendant une partie significative du temps depuis la survenue le début du trouble, un 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 dans l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

**C.** 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 (symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromique et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère A présents sous une forme atténuée (ex : croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

**D.** Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit 1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque 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, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.

**E.** La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.

**F.** En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

## Annexe 2. Echelle BSAPS Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms

Table 1: Five Main categories of the Bonn Schedule (BSABS – [49, 58])

BSABS (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms) Five main categories, 178 items
A. Dynamic deficiencies with direct (partly indirect) minus symptoms
B. Increased impressionability, excitability, reflectivity; obsessive-compulsive, phobic, depersonalization phenomena
C. Cognitive thought, perception and action disorders
D. Cenesthesias
E. Central-vegetative disturbances
<i>Additional category:</i>
F. Coping strategies

Table 2: The 24 most frequent level-2-basic symptoms at index investigation in patients who developed later on a first rank psychosis (stepwise discriminant analysis – [37; see also 54, 58])

BSABS-Items	Df	X <sup>2</sup>	P
A.6.2 Incapacity to discriminate different emotional qualities	2	7.813	0.020
A.7.2 Disturbances to present oneself in facialexpression and gestures	2	10.426	0.005
A.8.4 Inability to split attention	2	11.249	0.004
C.1.1 Interference of thoughts	2	19.605	0.000
C.1.3 Pressure of thoughts	2	30.974	0.000
C.1.4 (Subjective) blocking of thoughts	2	7.974	0.024
C.1.6.1 Disturbances of receptive speech (reading)	2	14.450	0.001
C.1.6.2 Disturbances of receptive speech (hearing)	2	8.125	0.017
C.1.7 Disturbances of expressive speech	2	9.996	0.007
C.1.13 Disturbances of thought initiative and intentionality	2	9.275	0.010
C.1.15 Disturbances to discriminate between imaginations and perceptions	2	8.291	0.016
C.1.17 Immediately corrected tendency to self-reference(»subject centrism«)	2	24.173	0.000
C.2.1.3 Partial seeing	2	6.813	0.033
C.2.2.1 Hypersensitivity to light or optic stimuli	2	6.849	0.033
C.2.2.2 Photopsias	2	9.184	0.010
C.2.3.2 Micropsias	2	7.680	0.041
C.2.3.5 Changes in perception of face and/or body of others	2	10.370	0.001
C.2.3.6 Changes in perception of the own face (so-called mirror phenomenon)	2	6.470	0.039
C.2.4.2 Auditory hypersensitivity, acoasms	2	5.514	0.036
C.2.8 Hypervigilance	2	10.426	0.005
C.2.9 Enthralment by details of perception	2	5.657	0.017
C.2.11 Derealization	2	4.389	0.036
C.3.1 Motor interference; automaton syndrome (»Automatosesyndrom«)	2	5.657	0.017
C.3.3 Loss of automatic skills	2	7.983	0.018

**Annexe 3. Echelle SPI-A (Schizophrenia Proneness Instrument)– critères COGDIs (COGNitive DISturbances) et COPER (Cognitive Perceptive)**

<p align="center"><b>Critères COPER</b></p> <p>Présence de <math>\geq 1</math> des symptômes suivants, plusieurs fois par semaine au cours des 3 derniers mois, et apparus pour la première fois il y a <math>\geq 12</math> mois :</p>	<p align="center"><b>Critères COGDIS</b></p> <p>Présence de <math>\geq 2</math> des symptômes suivants, présents, plusieurs fois par semaine au cours des 3 derniers mois :</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensées intrusives</li> <li>• Persévérance de pensées</li> <li>• Pensée oppressante</li> <li>• Trouble du cours de la pensée</li> <li>• Perturbation de la réception du langage (entendu ou lu)</li> <li>• Diminution de la capacité à discriminer entre les idées et la perception, entre l'imaginaire et de vrais souvenirs</li> <li>• Idées instables de références (centrées sur le sujet)</li> <li>• Déréalisation</li> <li>• Perturbations des perceptions visuelles (vision floue, aveuglement transitoire, vision partielle, hypersensibilité à la lumière, ...)</li> <li>• Perturbations de la perception acoustique (hypersensibilité aux sons, aux bruits, ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensées intrusives</li> <li>• Incapacité à partager son attention</li> <li>• Pensée oppressante</li> <li>• Trouble du cours de la pensée</li> <li>• Perturbation de la réception du langage (entendu ou lu)</li> <li>• Perturbation de l'expression du langage</li>   <li>• Idées instables de référence (centrées sur le sujet)</li> <li>• Perturbations de la pensée abstraite</li> <li>• Fascination de l'attention par des détails du champ visuel</li> </ul>

Abréviations : COGDIS (COgnitive DISturbances) ; COPER (COgnitive-PERceptive)

## **Annexe 4. Echelle EASE :Liste des items et grille de cotation**

### **1. Cognition et cours de la conscience**

- 1.1 Interférence de la pensée
- 1.2 Perte de l'ipséité de la pensée
- 1.3 Pression de la pensée
- 1.4 Blocage de la pensée
  - 1.4.1 Sous-type 1 : barrage
  - 1.4.2 Sous-type 2 : fading
  - 1.4.3 Sous-type 3 : fading et interférence de la pensée
- 1.5 Echo silencieux de la pensée
- 1.6 Ruminations – Obsessions
  - 1.6.1 Sous-type 1 : ruminations primaires
  - 1.6.2 Sous-type 2 : ruminations secondaires
  - 1.6.3 Sous-type 3 : obsessions authentiques
  - 1.6.4 Sous-type 4 : pseudo obsessions
  - 1.6.5 Sous-type 5 : rituels/compulsions
- 1.7 Perceptualisation du discours intérieur, ou de la pensée
  - 1.7.1 Sous-type 1 : perceptualisation interne
  - 1.7.2 Sous-type 2 : équivalent d'une perceptualisation
  - 1.7.3 Sous-type 3 : perceptualisation interne avec symptôme de premier rang
  - 1.7.4 Sous-type 4 : perceptualisation externe
- 1.8 Spatialisation de l'expérience
- 1.9 Ambivalence
- 1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité
- 1.11 Perturbation de l'initiative ou de l'intentionnalité de la pensée
- 1.12 Perturbations attentionnelles
  - 1.12.1 Sous-type 1 : captation par un détail
  - 1.12.2 Sous-type 2 : incapacité à diviser son attention
- 1.13 Trouble de la mémoire à court terme
- 1.14 Perturbation de l'expérience du temps
  - 1.14.1 Sous-type 1 : perturbation de l'expérience subjective du temps
  - 1.14.2 Sous-type 2 : perturbation du temps existentiel
- 1.15 Conscience interrompue de sa propre action
- 1.16 Discordance entre expression intentionnée et réellement exprimée
- 1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage

### **2. Troubles de la conscience de soi et de la présence**

- 2.1 Sentiment amoindri du soi de base
  - 2.1.1 Sous-type 1 : précoce
  - 2.1.2 Sous-type 2 : depuis l'adolescence
- 2.2 Distorsion de la perspective en première personne
  - 2.2.1 Sous-type 1 : mienneté/qualité de sujet
  - 2.2.2 Sous-type 2 : distance expérientielle/phénoménologique

- 2.2.3 Sous-type 3 : spatialisation du soi
- 2.3 Dépersonnalisation psychique
  - 2.3.1 Sous-type 1 : dépersonnalisation mélancoliforme
  - 2.3.2 Sous-type 2 : dépersonnalisation non spécifiée
- 2.4 Présence diminuée
  - 2.4.1 Sous-type 1 : diminution spécifique
  - 2.4.2 Sous-type 2 : diminution non spécifique
  - 2.4.3 Sous-type 3 : associée à une déréalisation ou à un changement perceptif
- 2.5 Dérealisation
  - 2.5.1 Sous-type 1 : déréalisation fluide, globale
  - 2.5.2 Sous-type 2 : déréalisation intrusive
- 2.6 Hyperréflexivité, réflexivité accentuée
- 2.7 Dissociation du « Je » (Ich-Spaltung)
  - 2.7.1 Sous-type 1 : suspectée
  - 2.7.2 Sous-type 2 : expérience 'comme si'
  - 2.7.3 Sous-type 3 : expérience spatialisée
  - 2.7.4 Sous-type 4 : élaboration délirante
- 2.8 Dépersonnalisation dissociative
  - 2.8.1 Sous-type 1 : phénomène imaginatif 'comme si'
  - 2.8.2 Sous-type 2 : hallucination visuelle dissociative
- 2.9 Confusion d'identité
- 2.10 Sentiment de changement par rapport à l'âge chronologique
- 2.11 Sentiment de changement en rapport avec le genre
  - 2.11.1 Sous-type 1 : peur occasionnelle d'être homosexuel
  - 2.11.2 Sous-type 2 : sensation d'être du sexe opposé
- 2.12 Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle
- 2.13 Anxiété
  - 2.13.1 Sous-type 1 : attaque de panique avec symptomatologie du système nerveux autonome
  - 2.13.2 Sous-type 2 : anxiété psychique, mentale
  - 2.13.3 Sous-type 3 : anxiété phobique
  - 2.13.4 Sous-type 4 : anxiété sociale
  - 2.13.5 Sous-type 5 : angoisse diffuse, envahissante, flottante
  - 2.13.6 Sous-type 6 : angoisse paranoïde
- 2.14 Angoisse ontologique
- 2.15 Transparence de la conscience diminuée
- 2.16 Initiative diminuée
- 2.17 Hypohédonie
- 2.18 Vitalité diminuée
  - 2.18.1 Sous-type 1 : marqueur d'état
  - 2.18.2 Sous-type 2 : trait caractéristique
- 3 Expériences corporelles**
  - 3.1 Changements morphologiques
    - 3.1.1 Sous-type 1 : sensations d'un changement

- 3.1.2 Sous-type 2 : perceptions d'un changement
- 3.2 Phénomènes du miroir
  - 3.2.1 Sous-type 1 : recherche d'un changement
  - 3.2.2 Sous-type 2 : perception d'un changement
  - 3.2.3 Sous-type 3 : autres phénomènes
- 3.3 Dépersonnalisation somatique (étrangeté corporelle)
- 3.4 Inadéquation psychophysique et clivage psychophysique
- 3.5 Désintégration corporelle
- 3.6 Spatialisation des expériences corporelles
- 3.7 Expériences cénesthésiques
- 3.8 Perturbations motrices
  - 3.8.1 Sous-type 1 : pseudo-mouvements corporels
  - 3.8.2 Sous-type 2 : interférence motrice
  - 3.8.3 Sous-type 3 : blocage moteur
  - 3.8.4 Sous-type 4 : Sentiment d'une parésie motrice
  - 3.8.5 Sous-type 5 : Perte des automatismes moteur
- 3.9 Expérience mimétique
- 4. Transitivisme/troubles de la démarcation de soi**
  - 4.1 Confusion avec autrui
  - 4.2 Confusion avec sa propre image spéculaire
  - 4.3 Contact corporel menaçant
    - 4.3.1 Sous-type 1 : contact corporel désagréable ou anxiogène
    - 4.3.2 Sous-type 2 : sentiment d'une disparition, d'une annihilation de soi
  - 4.4 Sentiment d'influence/humeur de passivité
  - 4.5 Autres phénomènes de transitivisme
- 5. Réorientation existentielle**
  - 5.1 Phénomènes primaires de référence à soi
  - 5.2 Sentiment de centralité
  - 5.3 Champ d'expérience du sujet comme seule réalité qui existe encore
  - 5.4 Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire
  - 5.5 Sentiments 'comme si' le monde ressenti n'était pas réel
  - 5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet
  - 5.7 Changement existentiel ou intellectuel
  - 5.8 Grandeur solipsiste

### **Critères de cotation de l'échelle EASE**

	Fréquence/Sévérité	Score détaillé	Score binaire
Absence	(clairement absent)	0	0
Présence incertaine	Peut-être vécu, mais seulement à de rares occasions, ou de façon très atténuée durant la vie du patient	1	0
Présence légère	Clairement éprouvé, au moins trois fois en tout (souvent plus) mais irrégulièrement ; le symptôme ne représente pas un problème majeur, ni une source de détresse pour le patient	2	1
Présence modérée	Le symptôme est soit présent quotidiennement sur une certaine durée (par exemple quotidiennement pendant une semaine deux fois par an), soit fréquent mais sporadique, sur au moins 12 mois (peut constituer un problème ou une source de détresse)	3	1
Présence sévère	Presque constamment présent, par exemple tous les jours pendant les deux dernières semaines ; nettement stressant, source de souffrance et de perturbation du fonctionnement	4	1
Sans information	Manque d'information pour pouvoir coter	(vide)	

**AUTEUR : Nom : LAURENT**

**Prénom : Caroline**

**Date de Soutenance : 20 septembre 2019**

**Titre de la Thèse : Pertinence du concept de psychose blanche? Regards croisés de la phénoménologie et des neurosciences cognitives.**

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement : Psychiatrie**

**DES + spécialité : *Psychiatrie***

**Mots-clés : Psychose blanche, psychanalyse, psychose latente, phénoménologie, symptômes psychotiques de base, neurosciences cognitives, théorie de l'esprit.**

**Résumé :**

**Contexte** : En clinique psychiatrique actuelle, certains patients laissent les praticiens perplexes quant à la psychopathologie développée. En effet, certaines configurations cliniques nous évoquent un état de la psyché confronté à une problématique psychotique où le délire, les hallucinations sont absents.

**Méthodes** : à partir de la présentation de trois cas cliniques et d'une revue de littérature non exhaustive, la notion psychanalytique de psychose blanche est discutée, au regard de l'état des connaissances actuelles concernant la phénoménologie et les neurosciences cognitives.

**Résultats** : La notion de psychose blanche semble peu valide en psychiatrie clinique actuelle, mais la réflexion psychanalytique met en relief la notion de psychose latente, évaluée par l'approche phénoménologique, qui est apparentée aux symptômes négatifs de la schizophrénie. La psychose latente est caractérisée par des déficits cognitifs, en particulier un défaut de mentalisation, en « théorie de l'esprit », sous tendus par certains réseaux neuronaux, à l'origine de signes cliniques.

**Conclusion** : La psychose blanche au regard des connaissances actuelles interroge sur la notion de psychose latente, qu'on peut rapprocher de la phase précoce des psychoses émergentes, sur le versant négatif. La détection précoce de ces états mentaux à risque de transition psychotique améliorerait le pronostic fonctionnel de ces patients.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Monsieur le Maître de Conférence Docteur Ali AMAD**

**Monsieur le Docteur Christian ROCHE, directeur de thèse**