HAL
open science

L'ambivalence schizophrénique conception d'un outil d'auto-évaluation

Paul Rahmani

To cite this version:

Paul Rahmani. L'ambivalence schizophrénique conception d'un outil d'auto-évaluation. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02151539

HAL Id: dumas-02151539

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02151539

Submitted on 8 Jun 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

RAHMANI Paul

Né le 28/09/1989 à La Ferté Bernard (72)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22/08/2018

L'AMBIVALENCE SCHIZOPHRENIQUE
CONCEPTION D'UN OUTIL D'AUTO-EVALUATION

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Jean-Baptiste DUBOC

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie

Mr Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)*	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale

Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale

Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie

Mr Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique

Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**	Pharmacognosie
M. Jonathan **HEDOUIN**	Chimie Organique
Mme Barbara **LAMY-PELLETER**	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Marianne **LAINE**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

A Monsieur le Professeur O. GUILLIN

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury.
Pour avoir porté intérêt à ce travail et accepté de le juger.
Pour nous avoir fait partager vos connaissances et votre enthousiasme lors de vos enseignements.
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur P. GERARDIN

Pour avoir porté intérêt à ce travail et avoir accepté de le juger.

Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur G. APTER

Pour nous faire l'honneur de juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

Remerciements

A Monsieur le Docteur Jean-Baptiste Duboc,

Pour l'honneur que vous me faites et la confiance que vous me portez en acceptant d'encadrer ce travail de thèse. Pour l'apport précieux de votre enseignement dans la pratique clinique, pour votre disponibilité.

Veuillez accepter mes plus sincères remerciements ainsi que l'expression de mon respect le plus profond.

Aux Praticiens Hospitaliers m'ayant encadré dans mon parcours d'internat de médecine,

Pour la transmission de vos savoirs, pour votre dévouement envers la médecine.

Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Madame Constance Prieur,

D'avoir collaborer à ce travail dans sa partie statistique avec ta précieuse aide et critique.

A mes Amis,

Pour leur confiance et sincérité.

A mes Parents, mon Frère et ma Famille,

Pour leur soutien et amour indéfectible.

L'AMBIVALENCE SCHIZOPHRENIQUE

CONCEPTION D'UN OUTIL D'AUTO-EVALUATION

Introduction ..... **Erreur ! Signet non défini.**

I L'ambivalence de Bleuler à la lumière des neurosciences et de la psychologie cognitive..... 6

1 - Introduction à la notion d'ambivalence 6

1.1. La création de l'ambivalence en tant que symptôme fondamental dans la schizophrénie par Eugen Bleuler..... 6

1.2. Le développement de la notion d'ambivalence par la psychanalyse..... 9

1.3. Le point de vue phénoménologique 10

1.4. Place et interaction de l'ambivalence dans la clinique actuelle de la schizophrénie 11

1.4.1. Du point de vue de Bleuler..... 11

1.4.2. Du point de vue actuel..... 18

1.4.3. Place de l'ambivalence dans la clinique actuelle de la schizophrénie 20

2 - Cognition dans la schizophrénie et ambivalence 25

2.1. Le problème de l'intégration de l'information 25

2.2. Les modèles cognitifs..... 27

2.3. La problématique du binding 29

3 - Notions de neuro-anatomie fonctionnelle appliquée au symptôme d'ambivalence 30

3.1. Généralités..... 30

3.2. Neuropsychologie des émotions..... 32

3.3. Neuropsychologie de la cognition sociale..... 32

II Conception d'une échelle d'auto évaluation du symptôme d'ambivalence 34

1 - Les instruments d'évaluation actuels de l'ambivalence..... 34

1.1. Les échelles spécifiques 34

1.1.1. La SAS 34

1.1.2. La rSAS 36

1.1.3. Limites..... 36

1.2. Les échelles non spécifiques 37

1.2.1. Echelles d'hétéro évaluation 37

1.2.2. Echelles d'auto évaluation 40

1.2.3. Limites..... 41

1.3. Discussion 41

2 – Proposition d'un nouvel outil d'auto évaluation de l'ambivalence 42
2.1. Intérêt général d'un instrument de mesure de l'ambivalence des sujets atteints de schizophrénie 42
2.2. L'ambivalence schizophrénique pour les psychiatres du CH du Rouvray 44
2.2.1. Résultats du questionnaire 44
2.2.2. Analyses des résultats et discussion 52
2.3. Psychométrie des échelles d'évaluation 55
2.3.1. Rappels 55
2.3.2. Caractéristiques des échelles d'évaluation 56
2.3.3. Propriétés des échelles d'évaluation 57
2.3.4. Qualités métrologiques des échelles d'évaluation 58
2.4. Conception de l'échelle 60
2.4.1. Première version de l'échelle 60
2.4.2. Deuxième version de l'échelle 65
III Etude préliminaire 67
1. Introduction 67
2. Objectifs 67
3. Méthode 67
5. Résultats 70
6. Discussion 74
Conclusion 76
Bibliographie 77
Annexes 82

Introduction

Ambivalence : *mot formé à partir de deux termes latins*
-ambi : *préfixe exprimant l'idée de deux à la fois*
-valentia : puissance, valeur

Dans l'utilisation courante du mot, être ambivalent signifie hésiter entre plusieurs choix sans parvenir à décider : ce qui relève alors du doute est souvent perçu comme signe de réflexion et de santé mentale. Rester dans le doute et l'ambivalence ne l'est cependant pas.
Le raisonnement permet de soupeser les parties en jeu et l'homme sain parvient toujours à s'affranchir de son ambivalence tout en s'y voyant obligé.
L'apport philosophique à la psychopathologie nous apprend que nous nous orientons dans le monde par notre syntonie avec l'environnement et devons développer notre rationalité en harmonie avec notre affectivité et l'intersubjectivité spontanée qui fait défaut dans certaines pathologies mentales.
Eugen Bleuler affirmait ainsi que tout sujet sain a la capacité de se déterminer en se basant sur la logique et l'expérience afin de tendre à la meilleure adaptation en trouvant une issue positive au conflit après bilan des points positifs et négatifs.(1)
La psychanalyse a quant à elle affirmé que les déterminants des choix humains sont plus complexes et soumis à des forces psychiques opposées, en majeure partie inconscientes, que sont les pulsions de vie et les pulsions de mort, faisant ainsi de l'ambivalence une partie intégrante de tout conflit intrapsychique.

Cependant le terme ambivalence provient à l'origine de l'observation et de l'étude psychopathologique de patients atteints de schizophrénie.

Eugen Bleuler dans son ouvrage de 1911 fondateur du concept de la schizophrénie intitulé « Démentia praecox ou groupe des schizophrénie » (1) forge ainsi les concepts d'ambivalence et d'autisme. Si ce dernier se retrouve dans la sémiologie actuelle l'ambivalence, dans son sens

premier, a quasiment disparu de la symptomatologie schizophrénique alors qu'il lui était réservé une place particulière. En effet ce symptôme était regroupé parmi les symptômes fondamentaux de la schizophrénie que sont l'autisme, les affects inappropriés et le relâchement des associations.
Il s'agit pour Bleuler d'un symptôme fondamental car se produisant lorsque les processus associatifs sont bloqués sous l'effet de la scission. Ainsi l'idée novatrice fut d'expliquer ce blocage par la présence simultanée de deux idées contraires dans l'esprit du malade. Les conséquences en sont que le sujet peut rester figé entre deux attitudes contraires, apragmatique, perplexe, quasi catatonique ou bien essayer de réaliser deux alternatives en même temps comme rire et pleurer.

L''année suivant la présentation de la théorie de l'ambivalence par Eugen Bleuler au Congrès de la Société des Médecins Aliénistes Suisses à berne en 1910, Carl Jung répond en critiquant le lien entre négativisme et ambivalence puis en affirmant que l'ambivalence est l'expression d'une résistance qui signe la proximité d'un complexe psychologique.
Dès lors le symptôme perdra son sens originaire et sera utilisé pour rendre compte d'enjeux conflictuels intrapsychiques des patients névrosés notamment par Sigmund Freud.

Pour la psychanalyse les conflits entre motions tendres et agressives ont lieu dans la névrose obsessionnelle, certaines phobies, lors d'un deuil ou d'un sentiment de jalousie mais également chez les sujets états limites ou psychotiques. Ainsi l'ambivalence serait intégrée chez les sujets névrotiques, non intégrée et sujette aux mécanismes de défense borderline et narcissique chez les sujets état limites et paradoxale chez les sujets psychotiques.

Plus tard, l'intérêt porté aux processus cognitifs et à leurs dysfonctionnements dans la schizophrénie a contribué à mettre en lumière des défaillances dans les processus de planification et d'organisation des tâches mentales impliquées dans l'analyse des choix dans le but de décisions. On trouve ainsi dans ces modélisations des liens avec les interrogations soulevées par Eugen Bleuler au sujet de l'ambivalence schizophrénique notamment entre le concept de scission et l'hypothèse d'un déficit transversal de *binding*.

Actuellement l'ambivalence n'est pas un symptôme retenu par la CIM-10 (2) ni le DSM-5 (3).

La progressive mise à distance de la psychopathologie d'Eugen Bleuler avec entre autre l'adoption des critères de Kurt Schneider (4) privilégiant les symptômes productifs dits de premier rang, le rattachement de l'ambivalence à la névrose et au conflit intrapsychique normal par la psychanalyse ont contribué à la mise en désuétude de ce symptôme.
Les classifications françaises et allemandes sont quant à elles restées fidèles à la clinique d'Eugen Bleuler et de Philippe Chaslin faisant figurer l'ambivalence dans les critères diagnostiques du syndrome dissociatifs et parmi les symptômes de bases de la schizophrénie.

Dans la première partie de cette thèse nous ferons le point sur la notion clinique d'ambivalence et les hypothèses neurocognitives pouvant la sous tendre. Nous décrirons ensuite les possibilités d'évaluation du symptôme par des outils de mesures existant et justifieront notre proposition de nouvel outil d'auto évaluation. Enfin nous exposerons notre étude préliminaire cherchant via notre outil à spécifier ce symptôme et discuterons des résultats obtenus.

I L'ambivalence de Bleuler à la lumière des neurosciences et de la psychologie cognitive

1 - Introduction à la notion d'ambivalence

1.1. La création de l'ambivalence en tant que symptôme fondamental dans la schizophrénie par Eugen Bleuler

L'ambivalence s'inscrit dans la tradition de l'analyse psychologique des symptômes.

Philippe Chaslin à Paris et Eugen Bleuler à Zürich ont tous deux séparé la schizophrénie du groupe des démences précoces d'Emil Kraepelin (5). Ces deux premiers s'accordaient en effet sur le constat d'une désorganisation du fonctionnement psychique des sujets atteints de schizophrénie

Dans son ouvrage fondateur « Dementia praecox ou groupe de schizophrénies » Eugen Bleuler classe l'ambivalence parmi les symptômes fondamentaux du groupe de maladie schizophréniques tout en admettant l'existence d'une ambivalence physiologique chez le sujet sain (1). Il écrit ainsi que chaque pensée a deux côtés, l'un positif et l'autre négatif. Ainsi dans l'ambivalence du sujet sain la personne est en mesure de comparer les deux aspects de son expérience, les aspects positifs l'emportant alors le plus fréquemment. Différemment le sujet atteint de schizophrénie est obligé de passer d'une position à l'autre, les deux étant présentes au même moment ou en alternances rapides rapprochées, sans que l'une puisse prendre le dessus sur l'autre.
Une de ses patientes schizophrènes exprimait ainsi « Quand on exprime une pensée, on voit toujours une pensée contraire. Et ceci se renforce et va si vite qu'on ne sait plus laquelle était la première » (1).

L'ambivalence est donc un défaut de synthèse qui est la conséquence directe du relâchement associatif et de la scission : elle n'a pas de sens pour le sujet qui la vit, ce qui la différencie et la rend plus grave que la rumination obsessionnelle ou anxieuse.
Eugen Bleuler distingue par ailleurs dans la schizophrénie les symptômes primaires des secondaires.

Les symptômes primaires sont l'expression directe de la faille organique qui causerait la scission (*Spaltung*) et la disparition (*Zerspaltung*) des pensées et des complexes affectifs. Les symptômes secondaires sont quant à eux chargés de sens parce qu'ils sont une amplification et/ou une réaction de l'esprit du sujet aux événements. Ainsi la maladie peut se présenter sans signes secondaires qui sont le résultat de la rencontre d'une vulnérabilité et de la réaction psychologique du sujet.

Par ailleurs il distingue les symptômes fondamentaux que sont l'autisme, l'ambivalence, le relâchement des associations et les affects inappropriés, des symptômes accessoires que sont les hallucinations et idées délirantes mais aussi les altérations de la personnalité et les troubles de la mémoire.

Pour Eugen Bleuler le trouble fondamental de la schizophrénie est la scission des fonctions psychiques qui consiste en un processus organique provoquant le relâchement de la tension entre les associations. Deux intensités sont rapportées : la scission (*Spaltung*) qui peut disloquer les complexes idéo-affectifs et la disparition (*Zerspaltung*) qui détruit complètement la pensée et les complexe idéo affectifs (1).

Dans la schizophrénie existe une faiblesse des affinités associatives qui induit un relâchement des associations se manifestant par des troubles du cours de la pensée comme le barrage, le fading mental, les réponses à côté, les incohérences, les généralisations arbitraires, les réponses par assonances, les condensation d'idées… Ainsi plus la pensée est désorganisée plus le langage l'est (et ce jusqu'à la schizophasie), plus le comportement moteur et relationnel est inadapté (négativisme, catatonie, pensée autistique), plus l'affect est discordant, superficiel et abrasé.

L'ambivalence est ainsi observable dans les cas les plus légers ou dans les situations les plus anodines.

Par ailleurs il ne faut pas omettre de préciser que ces troubles de la pensée sont présents chez tout sujet dans un contexte particulier : état de relaxation, association libre à partir d'un stimulus, dépravation de sommeil ou d'oxygène, traumatismes majeurs…

Eugen Bleuler était fondamentalement partisan de l'organogénèse des troubles psychiatriques, réservant l'analyse psychologique aux seuls symptômes secondaires.
Il a ainsi été influencé dans sa théorisation par Charles Scott Sherrington, neurologiste renommé pour ses travaux de neurophysiologie et ayant créé le concept d'innervation réciproque qui statue que la stimulation des muscles agonistes est associée à l'inhibition concomitante des muscles antagonistes (6). Cette théorie propose ainsi l'hypothèse d'une balance entre inhibition et activation comme princeps fondamental du système nerveux central. Par analogie chaque fait psychologique peut être contrebalancé par son opposé, l'action à valeur positivive qui en résulte provient alors de la prévalence, même infime, entre les deux tendances.

Un autre modèle permettant de contextualiser l'ambivalence bleulérienne est celui de l'associationnisme issu de la pensée d'Aristote et repris par Hume (7).

Ce modèle stipule que la vie mentale des malades est élucidée au moyen de l'observation et des tests d'associations de mots : l'association libre. Les idées suivent ainsi divers chemins qui convergent vers un but : une idée directrice. Ce sont des associations fortes issues de l'expérience, pensée empirique, et elles sont de nature logique. Lorsque l'affect prend le dessus sur la logique on constate un manque de but. Si le processus se déroule correctement l'association fonctionne en inhibant les autres systèmes idéiques pour s'enchaîner dans une direction donnée et un rétrécissement de la conscience est donc nécessaire. Quand toutes ces conditions se trouvent réunies et que les idées s'enchainent vers un but avec la bonne tension, alors la pensée est cohérente. C'est en raison de l'hypothèse d'une pensée opérant par inhibition et sélection que l'esprit humain ne peut pas normalement penser deux choses simultanément avec la même puissance.

Eugen Bleuler développera ainsi son concept d'ambivalence en trois déclinaisons (1) :

-L'**ambivalence affective** est le fait qu'une même représentation donne lieu à des sentiments positifs et négatifs.
-L'**ambivalence volitive,** ou *ambitendance*, est le fait qu'un sujet puisse vouloir et ne pas vouloir quelque chose. A chaque étape entre la pensée et le modèle d'action, une impulsion

d'un modèle contraire à l'action souhaitée peut surgir et entraver le processus associatif. Cela prédispose au négativisme interne pour Eugen Bleuler.
-L'**ambivalence intellectuelle** est celle du registre des idées et des mots.
Enfin ces trois formes peuvent se recouper dans une ambivalence mixte.

1.2. Le développement de la notion d'ambivalence par la psychanalyse

Si la paternité du terme ambivalence revient à Eugen Bleuler, Sigmund Freud et Carl Jung reconnaissent l'importance des apports de sa théorie et vont transformer malgré eux l'utilisation du terme ambivalence. Dans un sens différent le terme d'autisme sera lui aussi transformé (8).

Pour Carl Jung l'ambivalence et le négativisme sont des manifestations d'une résistance psychologique et non pas d'un relâchement des associations. Il considère que l'ambivalence est issue de la proximité entre séries psychologiques opposées qui se contrarient en raison d'une résistance et que cela vaut pour la névrose comme pour la psychose. Il postule ainsi pour l'ambivalence normale, qu'il universalise comme étant le propre de tout conflit intra psychique, pathologique comme physiologique (9).

De son côté Sigmund Freud publie en 1910 un article sur l'ambivalence intellectuelle et affirme en 1912 emprunter à Eugen Bleuler l'adjectif ambivalent qu'il utilise uniquement sous sa forme affective. « C'est l'ambivalence de l'afflux de sentiments qui nous permet le mieux de comprendre l'aptitude des névrosés à mettre leur transfert au service de la névrose (10) ».

Plus tard Karl Abraham décrit l'aspect développemental de l'ambivalence qui apparaitrait au stade sadique oral lorsque l'enfant montre des signes d'hostilité envers l'objet : c'est le stade pré ambivalent. Ensuite la libido atteint un stade d'ambivalence pour disparaitre plus ou moins complètement après la phase de latence : c'est le stade post ambivalent (11).

S'appuyant sur ces théories Mélanie Klein fait de l'intégration de l'ambivalence le point de mire de la position dépressive, lorsque le petit enfant s'aperçoit qu'il peut aimer et haïr sa mère et qu'elle n'est pas détruite par lui (12).

En résumé :

Dans l'ambivalence des sujets névrotiques le Moi du patient est capable de tolérer la coexistence de désirs opposés et inconciliables au sein d'un même objet. Cela signifie qu'il peut mentaliser ses conflits et penser à son ambivalence sans cliver, dénier ou passer à l'acte. Si la charge entre des motions tendres et les motions agressives est trop importante, des mécanismes de défense tels que le refoulement, l'annulation rétroactive ou la sublimation vont prendre le relais.

L'ambivalence des sujets états limites est quant à elle affective et anaclitique, le patient clive les aspects contradictoires de son expérience affective avec les objets d'investissement. En situation de conflit affectif relationnel il n'y a donc pas de coexistence mentalisée de deux attitudes opposées.

Enfin l'ambivalence des sujets psychotiques porte sur des objets inanimés ou des besoins très primaires et archaïques. Le Moi du psychotique se clive en parties dont certaines sont expulsées. Les objets sont donc investis de parties du moi : c'est la diffusion de l'identité. L'ambivalence serait alors concrétisée dans un monde d'objets réunissant des qualités opposées paradoxales. C'est pour cette raison que Paul Claude Racamier proposait de remplacer le terme d'ambivalence, qu'il réservait au fonctionnement normal, par celui de paradoxe (13).

1.3. Le point de vue phénoménologique

La psychiatrie phénoménologique s'intéresse à la schizophrénie comme à une forme d'altération de la présence à soi-même et au monde.
Sous l'influence de Bergson, Minkowski considère que le trouble fondamental de la schizophrénie est la perte de contact vital avec la réalité.

L'attitude interrogative de Minkowski désigne ainsi un comportement de type schizophrénique au cours duquel le sujet se questionne sans cesse, ne poursuit aucun but réel et devient alors passif (14) .

Ce qui est décrit par Minkowski comme une perte de contact vital avec la réalité renvoie au trouble de l'évidence naturelle qui se constitue de trois aspects : l'ipséité (sens préréflexif de soi), l'immersion dans le monde (intentionnalité) et l'intersubjectivité (ajustement préréflexif dans un monde partagé). Si ces aspects sont perturbés le monde cesse de fonctionne comme un fond stable de l'expérience. Au lieu de vivre simplement les choses, toute expérience est source de questionnement et de théorisation. La perte du sens commun peut conduire les patients à adopter des perspectives multiples, comme une polyvalence plus qu'une ambivalence (14).

1.4. Place et interaction de l'ambivalence dans la clinique actuelle de la schizophrénie

Afin de mieux saisir la place sémiologique du symptôme d'ambivalence il nous faut détailler en premier lieu la conception clinique de la schizophrénie forgée par E.Bleuler telle que publiée dans l'ouvrage historique de 1911 « Dementia praecox ou groupe des schizophrénies » puis la conception actuelle communément admise.

1.4.1. Du point de vue de Bleuler

1.4.1.1-Définition de l'ambivalence

Pour Bleuler les symptômes de schizophrénie se divisent en deux dimensions : les symptômes fondamentaux étant spécifiques de la maladie et les symptômes accessoires ne l'étant pas. Les symptômes fondamentaux se sous divisent eux-mêmes en symptômes affectant d'une part les fonctions élémentaires et d'autres part les fonctions complexes.

Cela donne schématiquement :

Symptômes Fondamentaux

-Fonctions élémentaires : *Troubles des associations, Ambivalence, Troubles des affects*

-Fonctions Complexes : *Autisme, Attention, Volonté, « Démence schizophrénique »*

Symptômes Accessoires

-Troubles sensoriels, Idées délirantes, Troubles mnésiques, Désorganisation de la personnalité, Troubles de l'écriture et du langage, Symptômes somatiques neurovégétatifs, Catatonie, Actes automatiques, Symptômes thymiques maniaques ou mélancoliques

Les « ***4A de Bleuler »*** étant : *Troubles des associations, Ambivalence, Troubles des affects, Autisme*

Ainsi l'ambivalence est rangée au sein des symptômes fondamentaux, ce que Bleuler justifie par :

« L'ambivalence n'est pas toujours très apparente. Mais une observation patiente la décèle presque toujours, même dans les cas où elle est légère ; et c'est une conséquence si directe du trouble de l'association schizophrénique qu'il est douteux que ce signe puisse manquer complètement. Nous le mettons donc au rang des symptômes fondamentaux » (1) .

Il continue en détaillant les trois formes de l'ambivalence :

-Ambivalence Affective

« La même représentation peut être en même temps être colorée de sentiments agréables et désagréables : l'époux aime et hait sa femme. Des hallucinations montrent à une mère la mort souhaitée de l'enfant qu'elle a eu d'un homme non aimé ; elle s'abandonne à une lamentation interminable (1).

-Ambivalence Volitionelle ou Ambitendance :

« Il y a ambivalence de la volonté quand le malade veut en même temps manger et ne pas manger ; cent fois il recommence à porter sa cuiller à sa bouche, n'arrive pas à terminer ce geste ou fait d'autres gestes inutiles. Il veut sortir de l'asile mais résiste avec force imprécations si on veut le faire sortir. Des voix lui conseillent de se noyer, et se moquent de lui, à son grand étonnement, dans la même phrase, parce qu'il veut se noyer (1) ».

-Ambivalence Intellectuelle

« Il y a ambivalence intellectuelle quand le patient sans reprendre haleine dit : « Je suis le Dr B… ; Je ne suis pas le Dr B » ou « je suis un homme comme vous, bien que je ne sois pas un homme ». On entend souvent des paroles de ce genre et sans que dans la deuxième phrase les mêmes mots aient un autre sens que dans la première. On peut même constater couramment que les malades ne remarquent même pas la contradiction, quand on leur prend leur réponse négative comme affirmative. Je demande à un patient « Entendez-vous des voix » Il répond fermement que non. Je continue « Qu'est-ce qu'elle disent » - « Oh ! Toutes sortes de choses ! ». Plus souvent encore, on voit par les paroles et le comportement des malades que la même pensée est à la fois négative et affirmative. La même chose apparaît quand une idée est exprimée par son contraire : un malade se plaint qu'on lui a pris le passe partout de l'asile, alors qu'il veut qu'on lui donne un passe partout (1) ».

Et de résumer :

« Les trois formes de l'ambivalence ne se laissent pas séparer nettement, comme on le voit déjà par quelques-uns de ces exemples. Affectivité et volonté ne sont jamais que deux aspects différents d'une même fonction ; mais les oppositions intellectuelles, elles aussi, sont rarement à séparer des oppositions affectives : le mélange d'idée de grandeur avec un délire de persécution et un délire d'humilité se forme de désir et de crainte, ou du fait que la valeur personnelle du malade est tantôt admise, tantôt niée. Le malade est très puissant, et en même temps tout à fait dépourvu de puissance, la personne aimée ou le protecteur deviennent tout naturellement des persécuteurs sans perdre leur premier rôle. Le cas est le même quand beaucoup de malades se plaignent de persécution, mis croient en même temps que celle-ci sert à leur éducation, à leur amélioration, ou qu'elle est une étape précédant leur élévation.
L'ambivalence permet tous les passages au négativisme sous la forme de l'ambitendance (1) ».

A partir des définitions de Bleuler nous pouvons définir ce qui suit :

L'ambivalence est une disposition de l'esprit du patient schizophrène à réaliser simultanément des états psychiques opposés.
Il est alors distingué deux formes d'ambivalence :

-L'ambivalence est simple si les états rapprochés sont de même nature : deux sentiments, deux idées ou deux actes par exemple.

-L'ambivalence est mixte dans les autres situations

Par ailleurs le symptôme se manifeste spontanément ou relevé par l'entretien clinique. Un des exemples en est la facilité avec laquelle le malade accepte qu'on lui attribue une réponse opposée à celle qu'il vient d'affirmer.

Bleuler fait également état de la limite du sain et du pathologique en exposant à ce sujet comment l'ambivalence fait partie intégrante de la vie psychique du sujet sain :

« Même pour l'être normal chaque chose se présente sous deux aspects, presque toujours le normal fait la somme algébrique des valeurs positives et négatives. Il en est autrement pour le sujet schizophrène : en raison de la faiblesse des liens associatifs dans sa pensée, il ne sent pas le besoin de fondre ces divers aspects en une unité. Plusieurs notions simples ou composées peuvent ainsi exister avec les deux nuances affectives opposées, qui se présentent côte à côte, ou se mélangent dans des proportions diverses, ou se succède.
Mais même chez les individus normaux parfois la synthèse peut faire défaut, cela se justifie par la double façon dont le sujet peut envisager un même fait. Toutefois le normal voit bien ce système de valeurs relatives, alors que pour le sujet schizophrène, qui ne tient pas compte des relations, la valeur donnée à chaque aspect est absolue. (1) »

De cela découle la proposition de diverses formes d'ambivalence par Boutonnier dans sa thèse faisant référence sur l'étude du symptôme, parue en 1938 (15) :

Ambivalence complète :

« *Dans ce cas les deux tendances opposées se manifestent côte à côte et pour ainsi dire indépendamment l'une de l'autre, tantôt juxtaposées ou se succédant très rapidement, tantôts à intervalles plus éloignés. Mais toujours la personne ne paraît donner la prépondérance ni à l'une ni à l'autre, si ce n'est accidentellement.*

Il s'agit de l'ambivalence schizophrénique, très apparente pour l'observateur et dont le malade ne paraît réaliser le caractère paradoxal ni même l'existence (15) ».

Ambivalence incomplète :

« Les deux tendances opposées sont toutes les deux perçues par le moi, se manifestent tous les deux à la conscience. Mais l'une d'elles seulement est reconnue comme appartenant à la personnalité, l'autre est perçue comme inacceptable, étrangère à la personnalité.
Un des exemples en est l'obsession : le malade perçoit malgré lui et en la jugeant absurde la tendance qui, cependant, prouve sa vitalité en imposant à la conscience les idées, les sentiments, les impulsions qu'elle commande (15) ».

Ambivalence latente :

« Cachée à tous les regards : à l'observateur, s'il s'en tient à une vue superficielle, comme au malade, car elle existe sans qu'il en est conscience.
Un des exemples en est le délire de jalousie : le malade accuse la personne qu'il dit aimer d'avoir commis les actes les plus vils, il la croit capable de tous les mensonges, il lui inflige les pires humiliations… Il y a beaucoup de haine dans ce prétendu amour (15) ».

Le problème de l'ambivalence normale :

« Il y a une ambivalence normale mais celle-ci ne constitue pas une forme spéciale de l'ambivalence, elle se ramène généralement à l'ambivalence incomplète ou à l'ambivalence latente, seule l'ambivalence complète étant nettement pathologique.
Hors comment accepter la forme d'ambivalence normale sans faire perdre tout caractère spécifique de la notion d'ambivalence ? Il y a dans l'ambivalence une contradiction incompatible avec la conscience qui juge et raisonne ; c'est pourquoi il est impossible que l'ambivalence s'installe ainsi en pleine lumière dans la conscience, elle n'y parviendra que rationalisée, justifiée, ayant perdu sa véritable identité.Il est en effet possible d'hésiter, de douter, de ruminer, d'atermoyer entre deux tendances opposées, d'admettre leur conflit, mais il n'est possible de penser qu'elles ne font qu'un, or c'est là l'ambivalence.

C'est pourquoi des observateurs ont décrits des sentiments ambivalents en méconnaissant cette inavouable dualité, ou l'ont rationalisée, transposée, intellectualisée, de telle sorte que l'ambivalence elle-même est absente (15) ».

Bien que de réflexion intéressante ces propositions de définitions n'ont été retenues dans la postérité. Nous pouvons toutefois noter que Boutonnier va plus loin que Bleuler en proposant des explications quant à la psychopathologie obsessionnelle ou paranoïaque liées au symptôme d'ambivalence. Cela complexifie l'évaluation de ce dernier et notamment du continuum entre normal et pathologique. Il devient alors difficile de spécifier le symptôme d'ambivalence à la schizophrénie, ce qui rejoint l'idée de Bleuler que si l'ambivalence est présente chez le sujet normal, c'est le mode d'expression clinique qui diffère chez le patient schizophrène.

1.4.1.2. Place de l'ambivalence dans la clinique de la schizophrénie de Bleuler

Bleuler insiste sur le rôle, comme évoqué supra, que joue l'ambivalence dans l'explication du négativisme et dans la genèse des délires. Il écrit au sujet du négativisme :
« *Le passage du comportement ordinaire au négativisme paraît plus facile si l'on pense que chaque tendance à une composante négative, et réciproquement, comme l'indique la théorie de l'ambivalence (1) ».*

En effet il est facile de concevoir que chez le sujet sain la balance décisionnelle est généralement en faveur de la composante positive alors que chez un sujet schizophrène la composante négative va venir annuler la composante positive. Cela pourrait sous tendre le négativisme et induire le passage d'une forme passive à active de négativisme.
Ainsi il se produirait un négativisme interne (subsititution d'une pensée par son contraire) mais aussi un négativisme externe (réalisation de l'acte contraire à celui voulu)
Le rire immotivé et le mutisme se trouvent ainsi expliqués par cette théorie comme sous tendus par une ambivalence qui serait un des moteurs de la désorganisation.

Bleuler fait peu état du rôle de l'ambivalence dans le mécanisme des délires. Il fait cependant le constat que les délires sont empreints de désorganisation de la pensée et d'ambivalence en prenant pour exemple des délires ayant un syndrome d'influence.

Ceux-ci seraient une forme d'expression de l'ambivalence puisque la volonté contraire s'exprimerait à travers l'idée d'influence, forçant ainsi la volonté première du sujet.
Le même mécanisme est également proposé pour expliquer les thématiques contradictoires des hallucinations.

En résumé pour Bleuler l'ambivalence se révèle à travers la clinique de la schizophrénie en raison du processus fondamental de désorganisation. Elle n'est donc pas créée par la maladie schizophrénique puisqu'existant chez le sujet sain, mais va être intensifiée et dépourvue elle-même d'organisation cohérente. En fonction de son expression, de son intensité, l'ambivalence va pouvoir être un symptôme pathologique tout comme un des aspects du fonctionnement psychique sain, ce qui rejoint la notion de continuum normal-pathologique.

1.4.1.3. Rapprochement de la notion de discordance

Nous ne pouvons parler de l'ambivalence de Bleuler sans évoquer la notion de discordance devenue classique dans la psychiatrie française. Rappelons que la discordance peut être définie comme l'incohérence entre les divers aspects des comportements.
Nous allons voir en quoi elle correspond à l'ambivalence et en quoi elle s'en distingue.

Bleuler a dit en 1926 : « *Si le terme de Chaslin « folie discordante » avait déjà existé à ce moment-là (en 1911) j'aurais pu tout aussi bien le choisir (16)* ».Ainsi il aurait été possible pour Bleuler de nommer la Schizophrénie « Folie Discordante » ce qui montre la place centrale qu'il donnait à la désorganisation dans son concept. Il est en effet possible de rapprocher la discordance de l'ambivalence mixte de Bleuler quand on prend pour exemple les paramimies, la contradiction entre langage et comportement. Toutefois l'ambivalence simple ne rentre pas en totalité dans la définition de la discordance. Un des exemples en est l'ambivalence intellectuelle simple qui n'est qu'une forme particulière de discordance où se succèdent deux jugements contradictoires. De plus il est possible de rencontrer la discordance dans des situations dépourvues d'ambivalence.

Au-delà de ces exemples, ce qui diffère entre l'ambivalence et la discordance est leurs conceptions théoriques. En effet Chaslin reste dans la tradition de la clinique psychiatrique

française en étant purement descriptif là où Bleuler va proposer une théorie qui au-delà de la description du symptôme permet d'en comprendre les mécanismes le sous tendant. Autrement dit l'ambivalence rapproche des états opposés contradictoires alors que la discordance désigne un ensemble de manifestations disparates. L'ambivalence n'est donc qu'un des aspects de la discordance qui peut dans certains cas expliquer la discordance. Enfin une grande différence est que l'ambivalence existe chez le sujet sain ce qui fait d'elle un concept allant au-delà de la discordance et explique même le fonctionne psychique sain.

Ainsi il n'existe par d'équivalent exact du terme d'ambivalence créé par Bleuler. Ce terme n'est pas uniquement celui d'un symptôme mais également celui d'une théorie expliquant une partie de la symptomatologie de la schizophrénie. C'est cette dernière que nous allons maintenant explorer.

1.4.2. Du point de vue actuel

En prenant pour référence le traité de l'EMC (17) le diagnostic de la schizophrénie repose actuellement sur l'association de symptômes appartenant à trois grandes dimensions : positives, négatives et désorganisée.
Les signes appartenant à une quatrième dimension dite neurocognitive ne contribuent pas au diagnostic du fait de leur absence de spécificité mais jouent un rôle important dans le handicap psychique et fonctionnel de la schizophrénie.

Les signes positifs ont été dénommés ainsi du fait de leur caractère saillant par rapport à un comportement ou un discours dits normaux. Les signes négatifs se manifestent par la disparition de facultés dont l'existence fait partie d'une activité, d'une pensée ou d'une affectivité considérées comme normales. La désorganisation se caractérise par l'incapacité à construire un comportement et/ou un discours adapté.

La distinction entre signes positifs et signes négatifs est actuellement utilisée par commodité descriptive plutôt qu'en référence à la théorie jacksonienne dont elle émane indirectement (18).

En effet elle ne se rapporte pas nécessairement à une conception déficitaire de la schizophrénie où les signes négatifs seraient les seuls effets directs des lésions alors que les signes positifs correspondraient aux conséquences de la libération de fonctions normalement inhibées. Les termes positif et négatif sont en effet actuellement employés dans une acceptation athéorique. La locution symptômes positifs désigne ainsi typiquement les manifestations qui n'existent pas dans un comportement dit normal, alors que les symptômes négatifs sont ce que le sujet a en moins par rapport à un comportement dit normal.

Il faut noter qu'aucun symptôme ne permet d'affirmer le diagnostic de schizophrénie. Les classifications existantes prennent en compte ce paramètre puisqu'elles requièrent non seulement une association de symptômes, mais aussi la présence d'autres caractéristiques pour retenir ce diagnostic.

Cela donne schématiquement :

Symptômes Positifs :

-Idées délirantes, Hallucination verbales et cénesthésiques, Syndrome d'influence, Pensées imposées, Diffusion de la pensée, Vol de pensée

Symptômes Négatifs

-Apragmatisme, Aboulie, Anhédonie, Anergie, Apathie, Incurie, Emoussement affectif, Retrait social, Désintérêt

Symptômes de Désorganisation

-*<u>Troubles du cours de la pensée et du langage</u>*

Agrammatisme, Barrages, Discours circonlocutoire, Discours allusif, Discours diffluent, Incohérence du discours, Schizophasie, Néologisme, Paralogismes, Pensées illogiques, Tengeantialité

-*<u>Troubles de l'affect et du comportement</u>*

Actes insolites, Ambivalence, Bizarrerie, Désorganisation du comportement, Désorganisation émotionnelle, Impénétrabilité, Maniérisme, Négativisme

Symptômes Cognitifs

-Attentionnels, Exécutifs, Mnésiques, Métacognitif, Cognition sociale

1.4.3. Place de l'ambivalence dans la clinique actuelle de la schizophrénie

Nous venons ainsi de voir qu'il est fait peu de place à l'ambivalence dans l'acceptation clinique actuelle la plus fréquente.

En effet il n'est pas fait état de l'ambivalence intellectuelle et seule l'ambivalence sous sa forme affective et comportementale est retrouvée regroupée en un seul symptôme d'ambivalence. Cela se rapproche de l'idée de Bleuler qu'*« affectivité et volonté ne sont en effet que des aspects d'une même et unique fonction »;* cela signifiant qu'un comportement serait toujours sous tendu par une volonté affective.

Par ailleurs nous devons rappeler que dans ce même ouvrage Bleuler affirme que *« ces trois formes ne laissent pas d'être malaisément isolables »* et que l'on retrouve même *« l'ambivalence dans les délires avec fusions de plusieurs thèmes contradictoires. ».*

Ainsi l'ambivalence affective et comportementale se recoupent d'une part et d'autre part des idées ou thèmes délirants peuvent se manifester sous une forme ambivalente ; l'exemple donné étant des idées délirantes mégalomaniaques en contradiction avec des idées persécutives sous tendue par une estime de soi effondrée. Il affirme également que l'ambivalence peut « *offrir tous les degrés jusqu'au négativisme, en particulier dans sa forme d'ambitendance (1)* », ce qui signifierait que l'ambivalence volitionnelle serait le moteur sous tendant le négativisme ; un exemple donné étant celui du patient tendant la main au médecin pour le saluer puis la rétractant et recommençant sans arriver au but de serrer la main de l'autre.
Ainsi pour Bleuler l'ambivalence est un symptôme fondamental qui va sous tendre d'autres manifestations symptomatiques « positives » comme de « désorganisation » ou « négatives »

Rappelons également le texte historique d'Henri Ey « Schizophrénie, Description clinique de la forme typique (19) » paru en 1955 qui décrit dans les caractères généraux de la discordance l'ambivalence en faisant une synthèse de ce que nous venons d'évoquer :

« Ce symptôme majeur a été très bien analysé par E.BLEULER (1911). On le rencontre sur le plan intellectuel, sur le plan affectif et sur le plan volitionnel (ambitendance) sous forme d'un partage, en termes contradictoires (affirmation- négation ; désir – crainte ; amour – haine ; vouloir-ne pas vouloir ; etc.) de toutes les opérations ou états psychologiques. La pluralité des motifs, d'un choix, des aspects d'un jugement, des nuances d'un sentiment, au lieu de se fondre dans l'unité nécessaire à l'action, demeurent en conflit virtuellement et indéfiniment ouvert. De telle sorte que le schizophrène se montrera constamment hésitant, paradoxal, aboulique et contradictoire. »

Il nous faut pour introduire la suite de notre propos évoquer les notions méthodologiques d'approches catégorielle et dimensionnelle en psychiatrique.

L'approche catégorielle postule l'existence de déficits fondamentaux à l'origine de tout ou partie de la symptomatologie d'une catégorie diagnostique ou d'une forme clinique.
Ainsi elle étudie les phénomènes psychiques en terme de diverses catégories disctinctes.
C'est cette approche qui est utilisée dans les classifications du DSM IV (20) ou de la CIM 10 (2) .En ce qui concerne par exemple le cas de la schizophrénie, certains auteurs expliquent la production de l'ensemble de symptômes ou tout au moins celle des symptômes fondamentaux par une anomalie singulière, comme un trouble des associations, un déficit attentionnel, une anomalie du traitement de l'information contextuelle ou encore une dysmétrie cognitive.

L'approche dimensionnelle postule quant à elle l'existence de formes de passage entre les affections telles qu'elles sont classiquement décrites.
Elle étudie les phénomènes psychiques comme des grandeurs mesurables à partir d'items. C'est cette approche qui est utilisée dans la réalisation de d'échelles de sévérité cliniques comme l'échelle d'Hamilton dans la dépression(21). Par ailleurs la dernière classification du DSM-5 paru en 2011 (3) a ajouté une note dimensionnelle au sein d'un système catégorielle. Selon cette conception, il importe plus de situer les patients de manière relative que de les inclure dans des cadres strictement définis. Cette approche est étayée par le fait qu'aucune caractéristique n'a jusqu'à maintenant permis de décrire correctement les troubles dans leur ensemble et que tous

les symptômes sont de nature transnosographiques. Les déficits fondamentaux seraient donc sous-jacents aux symptômes plus qu'aux troubles.
Ces dernières décennies la pensée catégorielle en psychiatrie semble être tombée en disgrâce. La littérature spécialisée lui reproche de favoriser la stigmatisation des malades mentaux, d'endiguer la pensée clinique dans un schématisme caricatural, et d'escamoter la portée de résultats expérimentaux.

La théorie de Bleuler des symptômes fondamentaux de la schizophrénie s'apparente à une conception catégorielle. Toutefois, en affirmant comme Bleuler que le symptôme d'ambivalence puisse exister même chez les personnes saines, mais cela à moindre mesure, nous pouvons envisager de rapprocher ce symptôme de l'approche dimensionnelle.

Afin d'avancer dans notre réflexion, schématisons l'interaction des symptômes de la Schizophrénie par ce modèle (Figure 1):

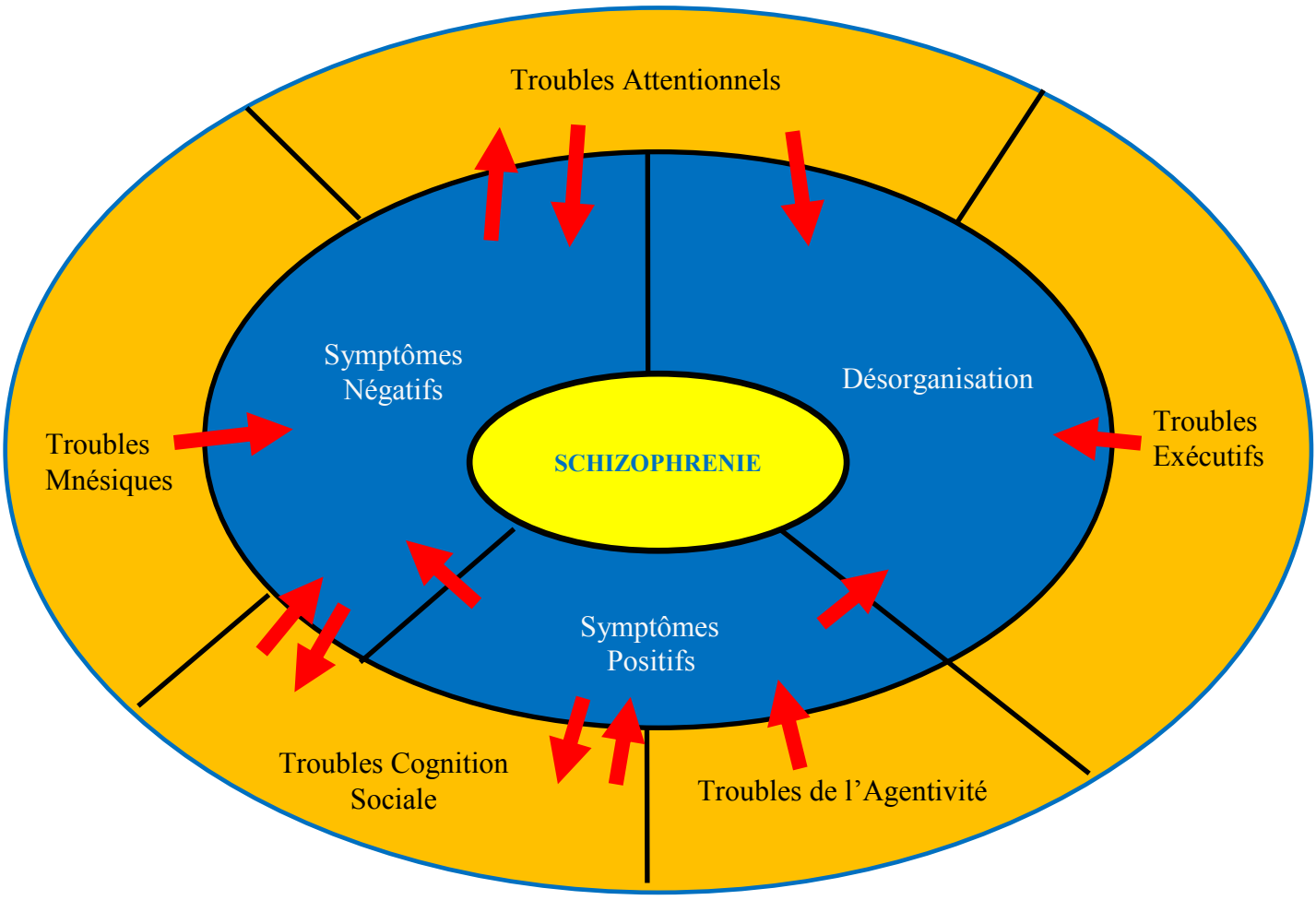


Figure 1- Interaction des symptômes de la Schizophrénie

Nous voyons ainsi que les symptômes interagissent entre eux et s'influencent mutuellement. Il devient ainsi difficile de concevoir qu'une seule anomalie singulière puisse expliquer l'ensemble des symptômes.

En essayant de schématiser dans le même esprit l'interaction du symptôme d'ambivalence avec les autres symptômes des différentes dimensions et ceux qu'il sous-tend, tel que l'affirmaient E.Bleuler (1) et H.Ey (19), nous arrivons à ce modèle (Figure2):

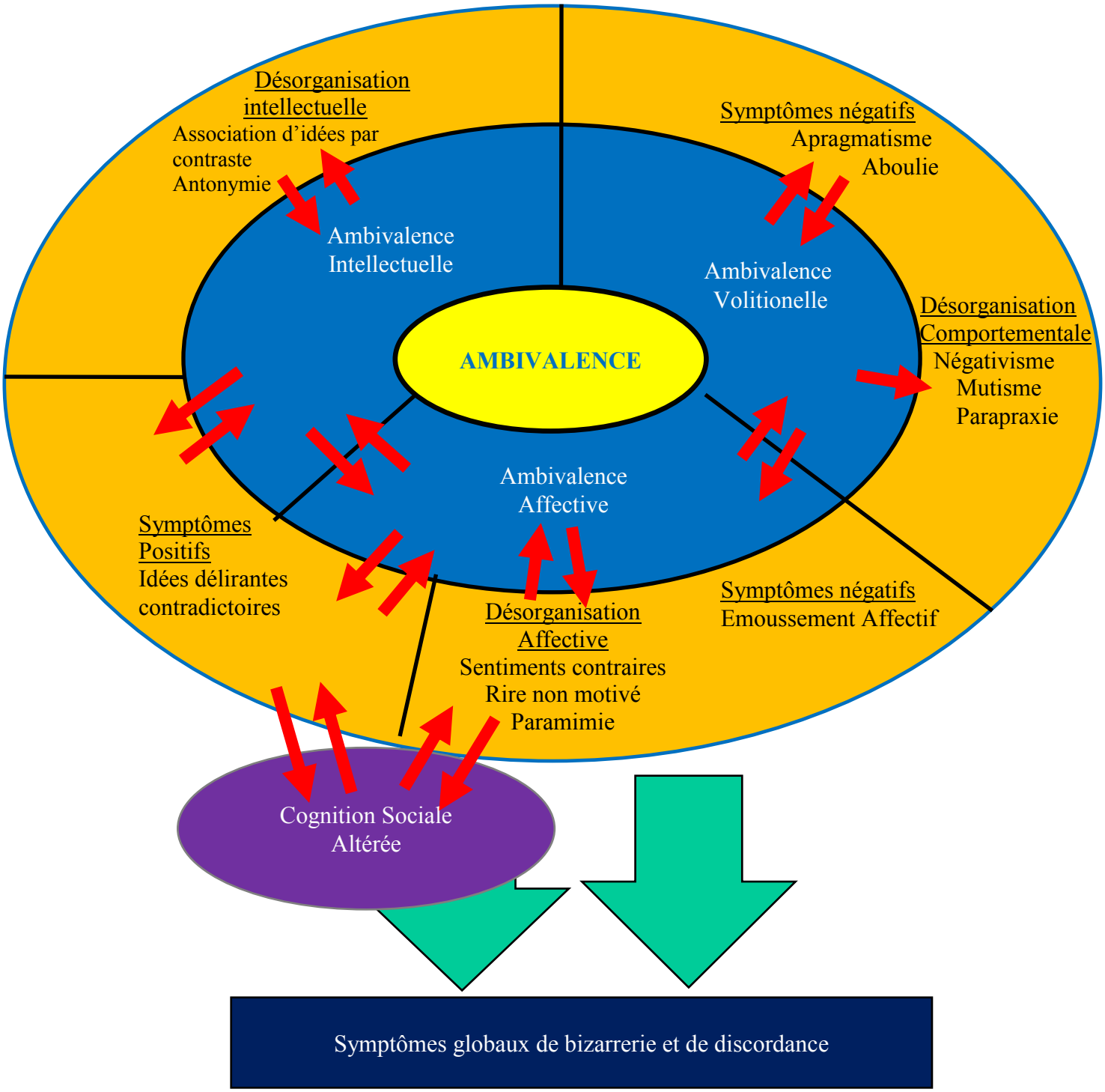


Figure 2 - Interactions inter-symptomatiques de l'ambivalence dans la Schizophrénie

NB :
Parapraxie : type de dyspraxie où l'idée principale est délogée par la représentation antagoniste
Paramimie : expression émotive opposée au sentiment éprouvé ou rire suivi de larmes, ce que Kraepelin appelait « l'absence de rapport entre l'humeur et les traits du visages »

Dans la compréhension de l'interaction symptomatique, il faut noter que Bleuler ne précise pas si les symptômes d'ambivalence sont la cause des événements en rapport avec lesquels elles se manifestent, ou si elles en sont la conséquence. Cela permet de comprendre facilement et sans étonnement que ce symptôme ait donné lieu à de multiples interprétations où chacun a vu ou trouvé ce que ses théories le portaient à comprendre.

Ainsi, gardons-nous d'affirmer que le seul symptôme d'ambivalence puisse expliquer l'ensemble des symptômes de la schizophrénie, ce qui nous rangerait dans une approche catégorielle pure.
Dans un esprit dimensionnel il nous faut concevoir l'ambivalence comme une dimension symptomatique de la maladie et qu'il existe un continuum entre le sujet sain et le sujet atteint de schizophrénie, ce qui était postulé par Bleuler (1).
Nous nous rapprochons dans notre proposition conceptuelle de celle de l'ajout d'une note dimensionnelle dans une perspective catégorielle.

2 - Cognition dans la schizophrénie et ambivalence

2.1. Le problème de l'intégration de l'information

La recherche des sciences cognitives dans le champ de la schizophrénie a en grande partie contribué à reconnaître la schizophrénie comme un trouble neurobiologique associé à des déficits cognitifs (22).
Ces troubles correspondraient à l'expression cognitive de dysfonctionnements cérébraux observés dans la schizophrénie, notamment à une altération des capacités d'intégration du système cognitif qui serait sous tendue au niveau cérébral par une altération de la connectivité fonctionnelle et structurelle.

Sur le plan intellectuel :

Un exemple du défaut d'intégration de l'information est l'altération du traitement contextuel qui apparaît lors d'épreuves d'interprétation d'ambiguïtés lexicales.
Les patients choisissent le sens du mot qui n'est pas le plus pertinent au vu du contexte.
Cela pourrait être dû à une difficulté à maintenir activée en mémoire de travail une représentation du contexte et à l'utiliser pour inhiber les réponses non pertinentes (23).
Selon Maher c'est donc une perturbation dans des processus actifs d'inhibition des items non pertinents qui expliquerait le défaut de traitement contextuel observé chez les patients souffrant de schizophrénie (24).
Cela consisterait en un défaut de synchronisation des réseaux neuronaux sémantique et donc de binding au niveau du traitement de l'information sémantique (25).

- ⇨ On pourrait alors supposer que l'ambivalence intellectuelle est sous tendue par un défaut d'inhibition d'une des valences qui s'exprimeraient alors simultanément ou bien un défaut de synchronisation qui ferait alterner rapidement les deux valences.

Sur le plan de l'organisation de l'action :

La problématique d'intégration des informations des patients souffrant de schizophrénie se situerait au niveau de leur exploitation au sein du système d'organisation de l'action et de sélection des réponses, guidé par l'intention : le patient arriverait à avoir une bonne représentation du contexte mais n'arriverait pas à sélectionner l'information pertinente du fait d'un défaut de son plan d'action.
De même il existerait un trouble des intentions qui correspondrait à un trouble plus central de l'organisation de l'action dont dépendraient les anomalies d'analyse du contexte (26). Le problème se situe donc avant l'exécution de l'action lors de sa phase de préparation.
Alors qu'au sein des modèles d'organisation de l'action, certains privilégient un trouble de la commande et du contrôle de l'action volontaire ou intentionnelle (27), d'autres privilégient un trouble de la planification de l'action intentionnelle (28)

- ⇨ Ainsi il est possible d'imaginer que le défaut de sélection de l'information ou d'analyse du contexte entrainerait dans le comportement une ambitendance.

2.2. Les modèles cognitifs

Trouble de la conscience intentionnelle et du self monitoring

Le modèle de Frith, ou modèle de Londres, fonde une théorie générale de la schizophrénie, basée sur un trouble de la représentation des actions intentionnelles qui entraînerait un trouble de l'initiation et du contrôle des actions volontaires (27).
L'absence de conscience de ses propres intentions peut également se répercuter sur le contrôle de l'action intentionnelle qui implique l'intervention d'un système cognitif de comparaison entre une information sur l'action engagée et sur son but. De la correspondance ou de l'écart entre ces deux types d'informations dépend la continuation de l'action ou bien son ajustement. Frith désigne ainsi ce système central sous le nom de *«self monitoring » (27).*
L'information ou la représentation du but est désignée sous le nom de « copie d'efférence » ou « décharge corollaire » et correspond à la représentation simulée de l'effet attendu de l'action sur l'organisme et le milieu.
Le modèle postule une altération du monitoring empêchant l'ajustement des actions intentionnelles en cours par rapport au but représenté. Ainsi, du fait d'un défaut de conscience de l'intention préalable, le contrôle ne peut s'effectuer que sur la base d'un rétrocontrôle perceptif, en observant les conséquences réelles (et non plus anticipées) de l'action volontaire après son exécution.
Dans le domaine du langage, le fait de ne prendre conscience de ses réponses et de ne pouvoir juger de leur pertinence qu'après les avoir formulées entraîne l'incapacité à écarter les réponses non pertinentes avant de les avoir formulées.

- ⇨ Le modèle de Frith offre ainsi une hypothèse intéressante quant aux possibles causes de l'ambivalence intellectuelle ou comportementale, qui serait centré sur l'altération du monitoring.

Trouble de la planification de l'action :

Le modèle de Hardy Baylé apporte des critiques relatives aux sources des perturbations de la conscience dans la schizophrénie (28).
Ce modèle, encore appelé modèle de Versailles, conteste la notion d'une conscience organisatrice, assimilée à une instance de contrôle. En effet l'expérience intentionnelle de l'action s'organiserait postérieurement à son initiation et non intérieurement comme le suggère Frith (27). Elle ne serait pas préalable à l'action mais témoignerait d'une contextualisation aboutie, c'est à dire de l'intégration réussie entre données contextuelles endogènes (mémoire), exogène (perceptions) et une intention d'action, dans la mesure où la pertinence des données contextuelles est évaluée en fonction de cette intention d'action. La fonction exécutive dévolue à ce type d'intégration ou d'ajustement contextuel dans le cadre de l'organisation de l'action est la planification de l'action. Le trouble de la conscience intentionnel ne serait pas alors causal, mais correspondrait plutôt à un épiphénomène rétrospectif et facultatif secondaire à un trouble de la planification de l'action. Cette fonction assez générale d'intégration contextuelle recouvre la représentation du contexte, la sélection des informations pertinentes et l'inhibition des informations non pertinentes, la comparaison entre l'intention et l'action réalisée. Elle renvoie à l'interdépendance entre le contrôle de l'action et l'analyse du contexte, par l'intermédiaire chacun de leur confrontation à l'intention ou plan d'action.

- ⇨ Le défaut de contextualisation désorganiserait l'ensemble des processus dévolus à la planification de l'action : ce qui correspondrait à une relecture cognitive de la dissociation décrite par Bleuler et de l'ambivalence.

Si le modèle de Frith permet d'aborder l'ensemble de la symptomatologie schizophrénique, celui de Hardy-Baylé se limite à l'explication de la désorganisation qu'il propose de définir cliniquement par l'existence de troubles de la communication en faisant abstraction des troubles comportementaux ou affectifs. (29)

Limites de ces modèles :

Il ressort de l'ensemble des données neuropsychologies actuellement disponibles qu'aucune fonction cognitive (perception, attention, mémoire, exécutivité…) ne correspond à « la fonction cognitive fondamentale » liée à la schizophrénie, c'est à dire spécifiquement altérée dans cette maladie et capable d'expliquer l'ensemble des autres déficits cognitifs.
Chaque profil d'altération cognitive au niveau individuel est différent d'un patient à l'autre.
La diversité des modèles théoriques de la cognition dans la schizophrénie renvoie finalement à l'hétérogénéité des déficits observés et à l'incapacité à mettre en évidence la primauté d'un trouble cognitif sur les autres (29).

Cependant tous les modèles insistent sur une difficulté de comparaison et de mise en lien entre différentes informations à traiter, entraînant une difficulté de représentation et/ou une difficulté d'organisation de l'action ce qui nous permet au final de faire facilement le lien avec le symptôme d'ambivalence.

2.3. La problématique du binding

Les différentes anomalies neurobiologiques constatées dans la schizophrénie et qui renvoient pour la plupart à des anomalies fonctionnelles et /ou structurelles de connexion des réseaux neuronaux, pourraient aboutir à la même voie finale commune, à savoir une perturbation du binding (30).

Les déficits cognitifs observés dans la schizophrénie pourraient alors être sous tendus par des erreurs de binding à différents niveaux du traitement de l'information. En compromettant l'intégration des différentes activités cognitives distribuées dans les régions cérébrales, ces erreurs seraient responsables d'une perte de cohérence dans la construction des perceptions, des souvenirs, des connaissances et des actions, ainsi que dans l'intégration entre toutes ces représentations et l'organisation de l'action.

De nombreuses données ont mis en évidence que ce type de binding opérant un niveau perceptif était lié à un mécanisme neurophysiologique de synchronisation des activités neuronales ou liage temporel par synchronie de l'activité neuronale (31).

Selon certains auteurs ce mécanisme permettrait d'expliquer comment le cerveau organise les différents émotions, perceptions, pensée et actions à partir d'un processus neuronal largement distribué et comment ces activités cérébrales distribuées se coordonnent pour former une activité cognitive unifiée (31).

Le problème central de la schizophrénie pourrait ainsi se résumer à un défaut d'intégration des différentes activités cérébrales émergeant de zones structurellement séparées, voire éloignées, ainsi que de l'intégration des différents réseaux neuronaux associatifs (32).

- ⇨ Cette théorie du binding permettrait alors d'expliquer en tout point le symptôme d'ambivalence dans ses dimensions intellectuelles, affective et comportementale.

3 - Notions de neuro-anatomie fonctionnelle appliquée au symptôme d'ambivalence

3.1. Généralités

La neuropsychologie a pour objet l'étude des perturbations cognitives et émotionnelles de même que les désordres de la personnalité provoqués par les lésions du cerveau, qui est l'organe de la pensée et ainsi le siège de la conscience. (33)
Ici nous allons étudier les différentes parties anatomiques du cerveau afin de faire différents hypothèses et lien avec le symptôme d'ambivalence.

Le lobe frontal désigne la partie du cerveau située en avant de la scissure de Rolando et comprend le gyrus central constituant l'aire motrice (*aire 4 de Brodmann*), le cortex pré-moteur (*aire d'association motrice*) avec l'aire motrice supplémentaire et le cortex pré-frontal lui même divisible en trois parties que sont la portion dorso latérale, la portion orbitaire ou ventrale et la portion interne ou médiale

Le cortex pré-frontal représente à lui seul entre un quart et un tiers de la masse du cortexte. Il n'est ni le départ ni l'aboutissement des voies motrices, les afférences frontales concernent des informations déjà élaborées et est l'interface entre la cognition et les sentiments de part ses connexions avec l'amygdale, l'hypothalamus, l'hippocampe et le cortex limbique

parahippocampique. Il faut ajouter à cela son implication dans la mémoire par l'intermédiaire du système limbique et dans les processus attentionnels par le thalamus.

La plupart des fonctions du lobe frontal sont rassemblées sous le terme de fonction exécutrices. Plus précisément le lobe frontal est chargé du contrôle de la mise en œuvre d'actions adaptées à un but, impliquant de dépasser les routines pour s'adapter à des situations nouvelles.

Le contrôle exécutif déploie et contrôle l'anticipation, le choix des buts à atteindre, la planification, la sélection adéquate (choix d'une réponse et inhibition des autres) la surveillance du déroulement et la vérification du résultat obtenu.

Ce système ne contrôle donc pas directement les actions mais module un système de niveau inférieur qui est le gestionnaire de l'organisation des contraintes. En effet, tant que l'activité à déployer est faite de routines ne nécessitant aucune spécificité attentionnelle, le répertoire d'habitudes met en œuvre des schémas d'actions compétitifs qui se succèdent de manière automatique. En cas d'événement imprévu le système attentionnel de supervision intervient en modulant le gestionnaire de l'organisation des contraintes. Ainsi le contrôle exécutif permet de modifier le plan directeur en modulant le niveau d'activité des schémas d'actions compétitifs. Il évite la distractibilité (en inhibant les schémas parasites) et la persévération (en inhibant des schémas dominants) et permet la flexibilité mentale.
Ce contrôle préfrontal dorsal des actions est lié aussi à la motivation sous tendue par la région frontale médiane (notamment le gyrus cingulaire) et à la capacité de se projeter dans l'avenir.

Au niveau de l'attention, c'est l'activation du cortex cingulaire antérieur qui apparaît essentiel au procédure de sélection des réponses compétitives permettant au sujet de surmonter l'interférence conflictuelle (34)

Le cortex frontal est le centre de convergence des perceptions venues du monde et des signaux émotionnels qu'elles véhiculent. Privé de cette assistance émotionnelle à la décision, le sujet ne peut plus sélectionner les choix positifs même s'il accède à la reconnaissance du sens des situations sociales et imagine les réponses possibles.

- ⇨ Nous pouvons ainsi aisément comprendre l'implication des structures cérébrales préfrontales dans l'organisation de l'action et de là faire l'hypothèse d'un dysfonctionnement de cette régulation, notamment inhibitrice, dans l'ambitendance.

3.2. Neuropsychologie des émotions

Les pensées et les actions de l'être humain résultent de la mise en œuvre des fonctions cognitives et des processus émotionnels. On peut considérer que les émotions se structurent autour de trois dimensions essentielles que sont la valence (paradigme positif-agréable/négatif-désagréable), l'alerte (calme/tendu) et le contrôle (possible ou impossible) (33).

Le système limbique est ainsi est le support de ces réactions émotionnelles en lien avec la substance réticulée (rôle de l'éveil) et avec les structures corticales permettant les représentations (visuelles et auditives) ainsi que les évaluations (lobe frontal) et adaptant le comportement émotionnel en fonction de l'histoire et de l'environnement propres à chaque individu.

L'amygdale est un élément central des structures de la gestion émotionnelle de part ses connexions multiples au cortex orbito frontal médian (ayant le rôle de la prise de décision), à l'hippocampe (le relais des circuits de mémorisation), les noyaux gris centraux…
Elle serait ainsi le lieu d'intégration de la composante émotionnelle des informations véhiculées par les voies sensitives et sensorielles dont elle permettrait, en lien avec la mémoire, d'en dégager la signification et de moduler les réponses biologiques et comportementales (33)

Le striatum ventral serait quant à lui l'interface entre la motivation et l'action convertissant les processus motivationnels en comportement (35). Cette structure dopaminergique est en effet le lieu de connexions avec l'amygdale (qui évalue la charge émotionnelle), l'hippocampe (qui a les références mnésiques) et les noyaux gris centraux (qui gèrent l'initiation et la fluidité des mouvements). Elle est incluse dans une boucle limbique striato-pallido-thalamo-corticale qui peut être conçue comme le système de la motivation
(35).

- ⇨ On voit ainsi comment l'affect, la motivation et les comportements sont reliés et de là comment une dysrégulation de ce système pourrait entrainer des symptômes d'ambivalence affective et comportementale.

3.3. Neuropsychologie de la cognition sociale

La cognition sociale désigne l'ensemble des compétences et des expériences cognitives et émotionnelles qui régissent les relations et rendent compte des comportements de l'être humain avec son entourage familial et social (33).

Elle se fonde sur l'histoire de chaque être humain donc sur sa mémoire qui est une condition nécessaire mais non suffisante à la cohérence identitaire. Il faut aussi avoir conscience de ses actions, de ses pensées, de ses émotions, exercer ensuite son jugement et prendre, en interaction avec l'entourage, les décisions adaptées. La mise en œuvre de jugements de sujets sur certains aspects de leur propre personnalité est ainsi liée au cortex préfrontal interne et cingulaire postérieur (36).

Quant à la prise de décision, elle nécessite une analyse de chaque situation en référence aux représentations cognitives et émotionnelles propres à chaque individu.

Ainsi de manière schématique toute prise de décision nécessite (33):

-un élan motivationnel, géré par le cortex cingulaire

-un état émotionnel, géré par les amygdales

-une planification, géré par le cortex préfrontal dorso latéral

-un levier émotionnel, par le biais d'activation de marqueurs somatiques en lien avec la circuiterie émotionnelle et mnésique, géré par le cortex fronto orbitaire et l'insula

⇨ Ici encore il est aisé de se rendre compte des différents niveaux organisationnels pouvant affecter la prise de décision si un ou plusieurs de ces derniers dysfonctionnent.

II Conception d'une échelle d'auto évaluation du symptôme d'ambivalence

1 - Les instruments d'évaluation actuels de l'ambivalence

1.1. Les échelles spécifiques

1.1.1. La SAS

L'échelle SAS (Schizoptipique Ambivalence Scale) ou EAS en français (Echelle d'ambivalence Schizotypique) se base sur le modèle de Schizotype proposé par Paul Meehl en 1962 (37).

Ce modèle de vulnérabilité postule que le Schizotype serait défini par quatre traits principaux que sont l'ambivalence, l'anhédonie, le dérapage cognitif et l'aversion pour les relations interpersonnelles. Cette vulnérabilité pourrait alors aboutir au développement d'une pathologie schizophrénique sous l'influence de plusieurs facteurs externes ou internes.
En 1989 Paul Meehl ajuste sa théorie (38) en insistant sur les facteurs de prédispositions génétiques majorant le risque de décompensation en schizophrénie des schizotypes.

C'est dans l'idée d'évaluer ces hypothèses que plusieurs auteurs ont construit des échelles d'auto évaluations (39) à partir de ces définitions qui serviront de comparaison pour la validité concourante de l'EAS dont nous allons parler.

En effet l'échelle mise au point par Raulin en 1984 (40) et nommée « Echelle d'Ambivalence Schizotypique » est la plus aboutie et la seule reprise par différentes études.

Celle-ci reprend la définition de l'ambivalence de Bleuler et mesure à travers un auto évaluation par 19 items cotés de 0 à 1 l'intensité du symptôme, le score total variant de 0 à 19. Il faut noter que cette échelle a été initialement évaluée chez des sujets schizotypiques.

Toutefois cette échelle n'a été l'objet que d'une seule étude de validation en 2002 par Kwapil(41). 997 étudiants ont ainsi été recrutés, puis 131 d'entre eux sélectionnés afin de passer l'Echelle Internationale des Désordres de Personalités (IPDE, (42)) échelle de diagnostic des personnalités schizoïdes, schizotypique et paranoïaque, en plus d'échelles d'aberrations perceptives et d'idéations magiques.

Dans le groupe de 131 étudiants, 25 avaient un score supérieur à 1,96 écart type au-dessus de la moyenne des échelles comparatives.

Dans le groupe général de 997 étudiants, la moyenne à l'EAS était de 6,45 (SD=4,32) avec un coefficient alpha de 0,84. La mesure de la validité concourante a été effectué par analyse des corrélations avec les autres échelles de schizotypie qui étaient toutes significatives.

Dans le groupe restreint de 131 étudiant, l'EAS corrélait avec les scores dimensionnels des personnalités schizoïdes, schizotypiques et paranoïaque de l'IPDE.

Nous pouvons ainsi constater que l'EAS présente de bonnes qualités métrologiques et a été traduite et validée en français en 2007 (43). (Annexe 1)

Toutefois cette échelle se centre principalement sur les symptômes affectifs de l'ambivalence et n'est en théorie qu'applicable aux sujets schizotypiques.

En effet il a été démontré qu'il s'agissait d'un bon outil d'évaluation de la schizotypie(44) mais que par ailleurs elle saisissait le concept d'ambivalence du sujet sain et n'apparaissait pas être cohérente avec la théorie de Bleuler (45).

1.1.2. La rSAS

Devant les limites évaluées objectivement, cités supra, mais constatées empiriquement par Raulin de manière précoce, ce dernier a proposé une version révisée de l'échelle qu'il a nommé rSAS (revised Schizotypal Ambivalence Scale) en retirant 12 items mesurant l'expression d'affects et en ajoutant 7 items censés capter l'ambivalence des sujets atteints de schizophrénie.

Il a ainsi été démonté qu'il y avait significativement plus d'ambivalence affective chez les sujets schizophrènes que chez les sujets contrôles sains lors d'une étude de mise en situation (46) et également lors de la réalisation d'une tache (47) . Cependant il faut noter dans ces deux études l'absence de groupe contrôle trouble de l'humeur.

Il faut également noter qu'il a été objectivé que la rSAS se positive chez les patients avec un trouble de l'humeur dépressif mais pas chez les patients atteints de schizophrénie ou trouble schizo affectif (47) et enfin qu'il n'y avait dans cette étude pas d'association significative entre l'échelle rSAS et les symptômes de schizophrénie évalués par la SANS et la SAPS (47).

1.1.3. Limites

Nous pouvons ainsi constater de par cette revue de littérature que d'une part il n'existe que peu d'études sur cette échelle et que d'autres part celles ci s'accordent pour constater l'absence d'outil de mesure fiable permettant l'évaluation de l'ambivalence spécifiquement chez les schizophrènes (47).

Par ailleurs la version française de l'échelle de Raulin concerne la SAS et ne se limite pas qu'aux symptômes d'ambivalence, ainsi les résultats peuvent être biaisés et cet outil ne peut être utilisé de manière pragmatique pour évaluer l'intensité de l'ambivalence.

1.2. Les échelles non spécifiques

Voyons maintenant comment est évalué le symptôme d'ambivalence au sein des différentes échelles d'hétéro et d'auto évaluation de la schizophrénie qui font consensus.

1.2.1. Echelles d'hétéro évaluation

BPRS

La Brief Psychiatric Rating Scale, ou Echelle de Cotation Psychiatrique brève, conçue par Overall et Gorham en 1962 (48), bien qu'étant destinée à l'évaluation de la psychopathologie générale, est utile pour obtenir une vision d'ensemble des symptômes cliniques de la schizophrénie mais aussi des symptômes comorbides ; elle contenait initialement 16 items.

Une version étendue de la BPRS contenant 24 items, appelée BPRS 24 ou BPRS – E, a par ailleurs été réalisée initialement en 1986 puis adaptée à plusieurs reprises.
La traduction française de la quatrième version a été validée par Mouaffak en 2009 (49). (Annexe 2)

<u>Items se rapportant à l'ambivalence :</u>

<u>-De manière directe :</u>
-Aucun

<u>-De manière indirecte :</u>
-Item 12 *Comportement Bizarre* peut être sous tendu par l'ambivalence affective et volitionnelle.
-Item 15 *Désorganisation conceptuelle (ex « incohérence, perturbations importantes »)* peut être sous tendu par l'ambivalence intellectuelle.
-Item 20 *Absence de coopération (ex « Résiste verbalement mais se plie néanmoins »)* peut être sous tendu par l'ambivalence affective et volitionnelle.
-Item 24 *Maniérisme et attitude (ex manière ou activité que les personnes ordinaires auraient de la difficulté à expliquer)* peut être sous tendu par l'ambivalence volitionnelle.

SANS

La Scale for the Assessment of Negative Symptoms, ou *Echelle d'Evaluation des Symptômes Négatifs*, conçue par Andreasen en 1983 permet grace à de nombreux items, 25 au total répartis en 4 sous échelles, une évaluation précise de la symptomatologie négative de la schizophrénie.

La traduction française a été réalisée par Lecrubier et Boyer en 1987 (50). (Annexe 3)

Items se rapportant à l'ambivalence :

-De manière directe :

-Item 6 *Affect Inapproprié (ex « sourires lors de conversation sérieuse ou triste)* se rapporte à l'ambivalence affective.

-De manière indirecte :

-Item 12 Augmentation de la latence des réponses (ex « le sujet a du mal à ordonner sa pensée pour formuler une réponse adéquate ») peut dans certains cas être sous tendu par l'ambivalence intellectuelle ou affective, le sujet arrivant finalement à exprimer une des valences.

SAPS

La Scale for the Assessment of Positive Symptoms, ou *Echelle d'évaluation des Symptômes Positifs*, également conçue par Andreasen en 1984 permet grâce à de nombreux items, 34 au total répartis en 4 sous échelles, une évaluation précise de la symptomatologie positive de la schizophrénie.

La traduction française a été réalisée par Lecrubier et Boyer en 1987 (51). (Annexe 4)

Items se rapportant à l'ambivalence :

-De manière directe :

-Aucun

-De manière indirecte :

-La présence simultanée des items 8 *Idées Délirantes de Persécution* et Item 11 *Idées Délirantes de Grandeur* peut être sous tendue par une ambivalence si la persécution est due à un défaut d'estime de soi et non à une mégalomanie.

-Item 23 *Comportement agressif ou agité* peut dans certains cas être sous tendu par l'ambivalence affective quand il s'agit de comportement agressif envers une personne aimée par exemple. *(ex « disputes déplacées avec ses amis ou avec les membres de la famille »)*

-Item 25 *Evaluation globale de la sévérité du comportement bizarre* peut être sous tendu en tout ou partie par les trois formes de l'ambivalence.

-Item 26 *Relâchement des associations* peut être sous tendu par l'ambivalence intellectuelle quand deux idées opposées sont exprimés simultanés ou dans leur suite immédiate.

-Item 28 *Incohérence* peut être sous tendu par l'ambivalence intellectuelle (*ex « certains mots sont remplacés par d'autre de telle sorte que le sens général de la phrase est déformé ou annulé)*

-Item 34 *Evaluation globale du trouble positif de la pensée formelle bizarre* peut être sous tendu en tout ou partie par l'ambivalence intellectuelle ou affective

PANSS

La Positive And Negative Syndrome Scale, ou *Echelle des Symptômes Positifs et Négatifs,* conçue par Kay en 1987 (52) permet quant à elle d'évaluer spécifiquement les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie. Elle comprend 30 items, répartis en 3 sous échelles,et en intègre certains de la BPRS.

La traduction française a été réalisée par Lépine en 1988 (53). (Annexe 5)

Items se rapportant à l'ambivalence :

- De manière directe :

-Aucun

-De manière indirecte :

-La présence simultanée des Items P5 *Idées de Grandeurs* et *P6 Méfiance/Persécution* peut être sous tendue par une ambivalence si la persécution est due à un défaut d'estime de soi et non à une mégalomanie.

-Item G8 *Non coopération* et G13 *Manque de volition* et G14 *Mauvais contrôle pulsionnel* peuvent être sous tendus par l'ambivalence volitionnelle.

1.2.2. Echelles d'auto évaluation

MCQ

Le Metacognition Questionnaire de Cartwright et Wells réalisé en 1997 (54) est une échelle permettant d'évaluer la métacognition. Cette dernière peut se définir comme étant la capacité à élaborer une représentation mentale concernant d'autres représentation mentales et permet ainsi d'avoir conscience de ses propres buts et intentions, faculté fréquemment altérée dans la schizophrénie (55).

La traduction française a été réalisée par Laroi en 2009 (56).

Items se rapportant à l'ambivalence :

-Aucun de manière directe ni indirecte.

Citons simplement le MCQ pour dire qu'il est intéressant de constater que dans ce long questionnaire de 65 items se focalisant sur l'organisation de la pensée et de l'affect chez le sujet, il n'est à aucun moment fait référence à une quelconque forme d'ambivalence.

1.2.3. Limites

En résumé, nous avons vu à travers ce panorama des différentes échelles utilisées le plus couramment en clinique et à travers les études que le symptôme d'ambivalence est très peu évalué par les échelles classiques, ce qui nous amène loin du caractère fondamental de la conception de Bleuler. En effet si l'ambivalence affective est la seule qui se retrouve évaluée par la SANS, les autres dimensions de l'ambivalence ne le sont que de manière indirecte et parfois même lointaine.

1.3. Discussion

Il apparaît du constat que nous faisons que les outils disponibles ne sont pas adaptés pour saisir spécifiquement le symptôme d'ambivalence et de cela nous pouvons émettre différentes pistes de réflexion.

En effet comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce travail, l'histoire du symptôme et son devenir ont fait qu'il a perdu sa spécifié et son utilisation première, ceci peut être une explication du faible nombre d'échelles ou d'items évaluant l'ambivalence.

Une autre explication peut être la difficulté d'évaluation du symptôme, de par sa manifestation clinique indirecte, l'exemple en est des idées délirantes contradictoires, mais également de par sa présence chez le sujet sain, bien que moindre et avec une résolution de la problématique ambivalente qui n'existe pas chez le sujet schizophrène.

Une hypothèse sur le symptôme lui-même peut également être que l'ambivalence n'existe pas en soi et qu'il s'agirait d'une des manifestations de la désorganisation : le hasard faisant que des idées, affects ou comportements n'étant pas seulement disparates mais également en parfaite opposition et ainsi menant à l'interprétation par le clinicien de manifestations d'ambivalence.

Nous prenons le parti que cette hypothèse n'est qu'une vue de l'esprit et que ce sont les outils d'évaluation disponibles qui ne correspondent pas à la théorie de l'ambivalence décrite par Bleuler.

⇨ Nous nous proposons ainsi dans le cadre de ce travail de thèse d'étudier la conception d'un nouvel outil d'évaluation du symptôme d'ambivalence schizophrénique en cohérence avec l'idée de Bleuler.

2 – Proposition d'un nouvel outil d'auto évaluation de l'ambivalence

2.1. Intérêt général d'un instrument de mesure de l'ambivalence des sujets atteints de schizophrénie

Comme nous venons d'en discuter dans la conclusion de la partie précédente, la réalisation d'un nouvel outil d'évaluation de l'ambivalence des sujets atteints de schizophrénie s'impose devant le constat de la mauvaise ou insuffisante évaluation du symptôme par les outils disponibles actuellement.
L'intérêt en est, au-delà de l'hommage à Bleuler, une meilleure appréhension et compréhension de la clinique de la schizophrénie et de l'ambivalence aussi bien dans sa valeur diagnostique que pronostique pour le patient. En effet l'ambivalence aux soins engage le pronostique de tout patient et d'autant chez plus le sujet schizophrène à travers la psychoéducation comme nous l'avons vu auparavant (57).

Dans l'élaboration de cet outil, nous nous devrons de garder en tête la théorie de Bleuler et tout particulièrement la part dimensionnelle du symptôme. Car comme nous l'avons vu, si l'ambivalence existe chez le sujet sain, l'ambivalence du sujet schizophrène diffère de par sa présupposée intensité mais surtout par son expression à travers la clinique, rendant le tableau d'autant plus discordant et difficile à saisir, ainsi que par l'impossibilité de résolution de la problématique ambivalente et son absence de sens pour le sujet lui même. La question de la mesure qualitative et quantitative est ainsi engagée.

Nous faisons le choix pour cet outil d'une auto évaluation et allons l'argumenter.
Pour cela rappelons que la schizophrénie est une maladie mentale chronique et que l'intérêt de la psychoéducation n'y est plus à démontrer, ce qui nous renvoie à la question de l'autoévaluation dans cette dernière. Autrement dit, apprendre à connaître et repérer ses symptômes à travers l'autoévaluation.

Ainsi la psychoéducation est une approche fonctionnelle et critique de sa propre maladie qui permet la diminution de la fréquence des hospitalisations et du recours à la surenchère chimio thérapeutique (57).

L'auto évaluation permet également ces différentes approches de par l'introspection qu'elle amène à faire.

Ainsi un outil d'autoévaluation peut s'intégrer de façon très pertinente dans un travail de psychoéducation en induisant une évaluation clinique active de la part du patient (58). Il permet également, de par un nouveau point de vue, l'obtention d'un tableau clinique le plus complet possible (59) mais aussi de constituer une base de travail au soignant pour la gestion des symptômes (60).

Aussi un instrument d'autoévaluation sera d'autant plus profitable pour la compréhension et l'évaluation s'il est concis et simple tout en conservant ses propriétés psychométriques (61).

Il existe de nombreux outils d'auto évaluations pour la mesure d'autres symptômes de la schizophrénie qui sont utilisés aussi bien en pratique courante que dans de nombreuses études internationales (62). Citons par exemple l'échelle d'insight de Birchwood (63), un questionnaire simple de huit items auxquels le sujet répond par trois possibilités (d'accord, pas d'accord, incertain).

Cela nous conforte dans le choix de ce type d'instruments qui sont entièrement réalisables chez les sujets schizophrènes (64) et cela même chez ceux ayant un mauvais insight (65) ou des troubles des fonctions exécutives (66).

Enfin il a par ailleurs été démontré que les instruments de ce type sont aussi fiables que les instruments d'hétéro évaluations, que ceux-ci soient réalisés par les soignants ou des proches (67).

En somme l'auto évaluation apporte une information des plus pertinentes sur les symptômes du sujet tout en permettant une meilleure implication dans le soin et l'échange avec les soignants, aboutissant à une meilleure prise en charge.

2.2. L'ambivalence schizophrénique pour les psychiatres du CH du Rouvray

Afin d'évaluer la conception du symptôme d'ambivalence chez les patients schizophrènes, de mettre en lumière d'éventuelles difficultés dans l'évaluation en pratique clinique quotidienne et de nourrir les items de l'échelle avec le verbatim de patients, il a été décidé d'interroger les psychiatres du CH du Rouvray.

2.2.1. Résultats du questionnaire

Un questionnaire web a ainsi été envoyé à la centaine de psychiatre travaillant au CH du Rouvray, par le biais de leur adresse email professionnelle. Au bout de 3 mois 27 praticiens avaient répondus.

En voici les résultats :

Figure 3 – Répartition de pratique

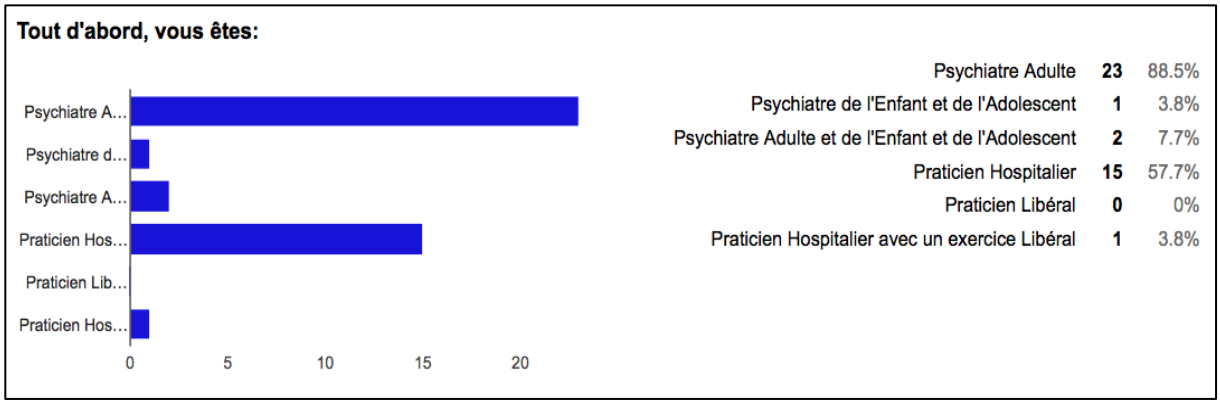


Figure 4 – Age des praticiens

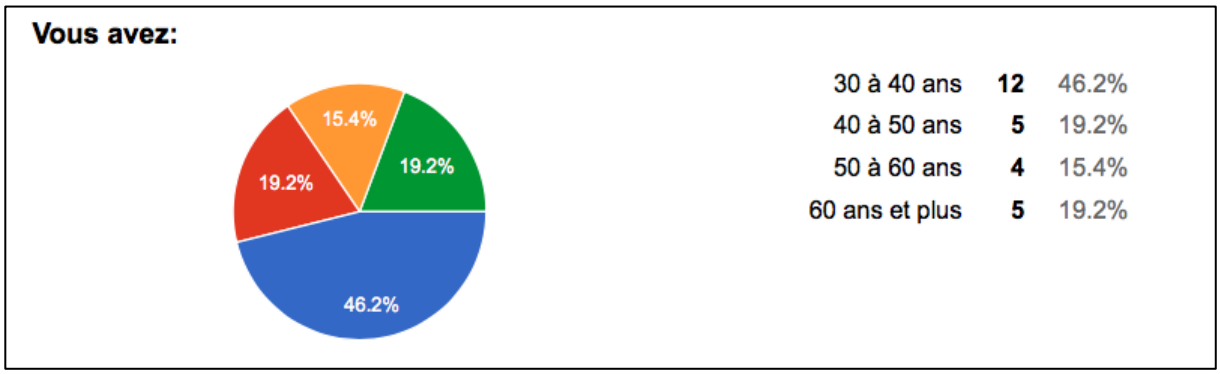


Figure 5 – Evocation du symptôme d'ambivalence

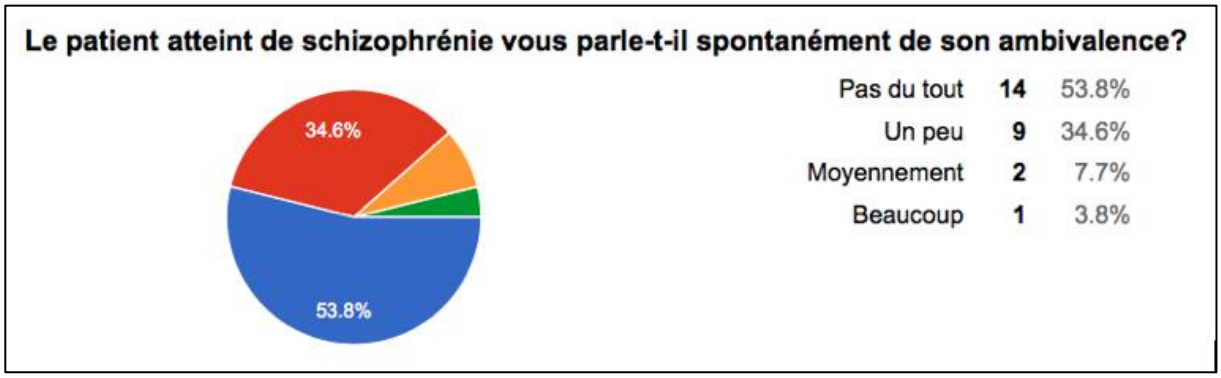


Figure 5 – Domaine symptomatique

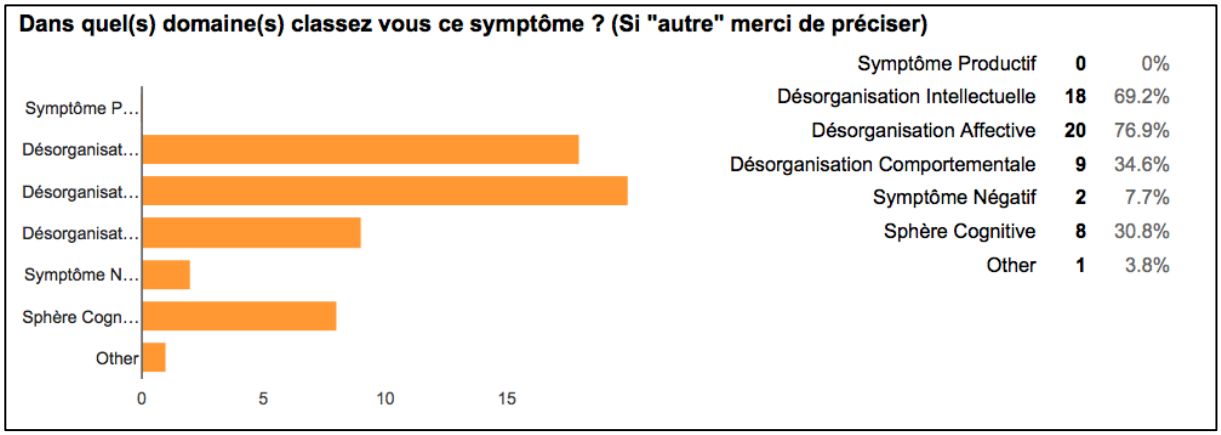


Figure 6 – Aide au diagnostique

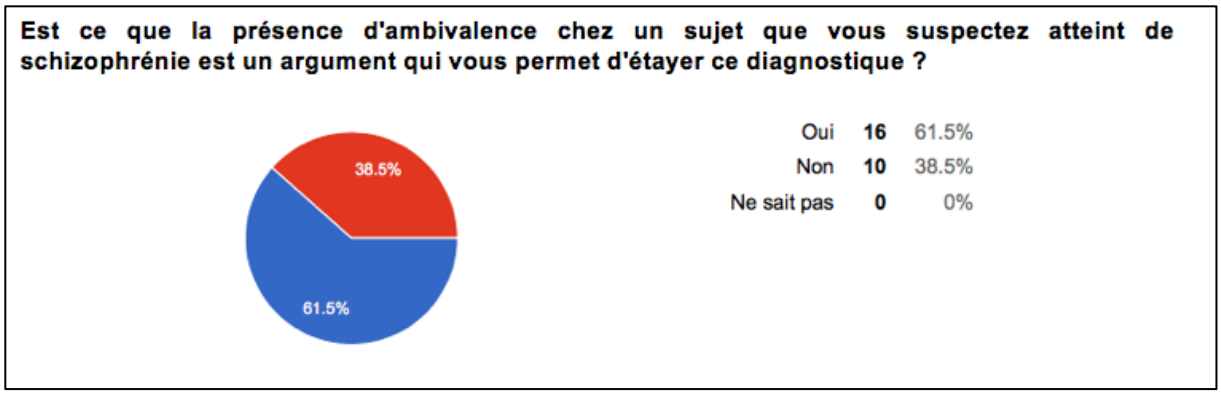


Figure 7 – Recherche du symptôme par les cliniciens

Par quelles questions ou observations recherchez-vous ce symptôme ?

-Vous arrive-t-il d'avoir des sentiments contraires ?
-La prise de décision est-elle difficile ?
-Observation clinique
-Non, elle se voit dans l'entretien, sans avoir besoin de chercher par des questions
-Observations de difficultés à se positionner par rapport aux projets d'orientation, par rapport aux sentiments pour l'entourage (amour/haine)
-Je ne le cherche pas car il n'a aucun intérêt spécifique
-Etes-vous ambivalent sur les choses ?
-Êtes-vous souvent hésitant ? Est-il difficile de faire des choix ? Il y a-t-il des sentiments contradictoires ? Il y a-t-il des gestes que vous initiez que vous n'êtes pas en mesure de terminer ?
-Capacité à prendre des décisions, émotions contraires, doute
-Pas de questions directes mais observations de la cohérence entre les réponses.
-Réponses contradictoires discordantes ou incompatibles aux mêmes questions/questions proches au décours de l'entretien
-Vous arrive-t-il d'éprouver de l'affection pour quelqu'un ou quelque chose et en même temps du rejet ?
-Difficultés à la prise de décisions, pensées contradictoires
-Recherche dans toutes les sphères qu'elles soient intellectuelles, affectives ou comportementales
-Gestuelle du contact peut révéler (ébauche main tendue /retrait), des questions peu directives sur les relations sur les sentiments familiaux encore plus prudent sur le désir du sujet
-Observation d'attributions de valeurs affectives différentes à un même objet, observation d'une ambitendance comportementale, sans que le patient semble saisir le caractère contradictoire de cela
-Sujets précis où la réponse varie, dans un sens comme dans l'autre
-Capacité de décision / maintient soins
-Par l'observation de la communication non verbale (discours et expression émotionnelle), dans le discours du sujet en repérant les énoncés contradictoires
-Sa présentation et son habillement
-Ecoute et observation du discours et du comportement
-Constat d'une difficulté pour le patient à se positionner sur un sujet
-Alternance d'opinion ou de discours
-Opposition apparente entre cognitions, affects ou comportements envers un objet

Figure 8 – Verbatim des patients

Par quels mots les patients vous en parlent ?

-Ils n'en parlent pas
-Ils n'en ont pas conscience
- « Je suis perdu, je ne sais pas quoi choisir, suis-je fou ? »
-L'ambivalence n'est pas que verbale elle peut être comportementale émotionnelle et intellectuelle.
- « Je ne sais pas choisir, ni décider... »
-Doute hésitation incertain
-Difficulté à se décider, doute
-Pas assez d'insight chez les patients rencontrés pour qu'ils l'évoque spontanément
-Difficultés à la prise de décision
-Les deux affects souvent exprimés avec discordance
-Généralement, ils n'en parlent pas explicitement, n'en ayant pas conscience.
-N'en parlent pas car anosognosiques
- « Indécision, angoissant »
- « Je n'arrive pas à prendre de décision", "je me fatigue", "je suis perdu", "c'est le bazar dans ma tête »
-Difficultés de communication
-Ils ne l'expriment pas comme telle mais ont l'impression d'être écartelés entre deux émotions, deux sentiments...
-Perplexité anxieuse
- « Je suis changeant, je ne sais pas ce que je veux, je suis imprévisible »
- « J'ai du mal à savoir ce que je veux" "C'est comme s'il y avait plusieurs volontés ou plusieurs personnalités en moi »

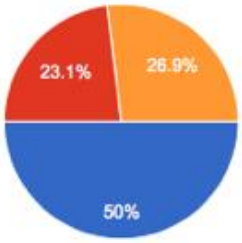
Figure 9 – Verbatim de l'entourage

Par quels mots l'entourage vous en parle ?

-Difficultés à prendre des décisions et adhérer au suivi médical
-La famille décrit l'ambitendance, les discours d'allure contradictoires par leur soubassement affectif implicites
- « Il faut toujours faire à sa place, il dit tout et son contraire, on n'a pas confiance »
- Ils décrivent une désorganisation globale n'utilisent pas de mots particuliers mais décrivent des comportements et des idées qui sont manifestement ambivalentes
- « Il ne sait pas choisir, ni décider... »
- « Il n'arrive pas à se décider à faire des choix »
- Proches évoquant plutôt la bizarrerie de façon globale à laquelle l'ambivalence participe.
- Sentiment l'amour et la haine
- Difficultés à la prise de décision
- Angoisse sur cet aspect étrange des formulations
- « Il nous aime mais nous déteste dans le même temps, il veut une chose et simultanément son contraire. »
- Il fait des choix opposés, change d'avis
- « Il ou elle ne sait pas s'organiser", "je ne le ou la comprends pas"
- « Il change d'avis, il commence une chose puis ne la finit pas, propos incohérents »
- Etrangeté, incompréhension

Figure 10 – Evaluation du symptôme

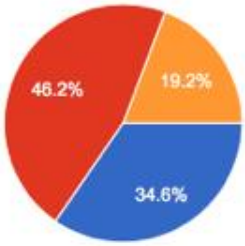
Pouvez vous évaluer l'intensité de l'ambivalence chez vos patients atteints de schizophrénie?



Oui	13	50%
Non	6	23.1%
Ne sait pas	7	26.9%

Figure 11 – Lien symptôme et maladie

Pensez vous que l'intensité de l'ambivalence est directement liée à la sévérité de la maladie?



Oui	**9**	34.6%
Non	**12**	46.2%
Ne sait pas	**5**	19.2%

Figure 12 – Distinctions sémiologique de l'ambivalence

Quelle différence faites-vous entre l'ambivalence des patients atteints de schizophrénie et celle des autres patients (Trouble Thymique, Trouble Anxieux, Trouble de Personnalité Obsessionnelle) ?

-Ressenti douloureux et handicapant du symptôme chez les autres patients
-Présence d'autre symptômes schizophrénique, autres A de Bleuler...
-Mauvais insight, anosognosie, chez le schizophrène, bon insight chez les autres
-Désorganisation de la pensée, association à la méfiance et à la schizoïdie, à une ambitendance
-Non pensée et construite mais effective et plus massive chez les patients schizophrènes
-L'impression clinique est différente uniquement à cause du sentiment de bizarreries chez le schizophrène
-Absence d'autocritique
-Reconnaissance de la souffrance engendrée
-Simultanéité des sentiments contraires
-Pas sous tendu par les mêmes mécanismes sous-jacents : dysfonctionnement exécutif, manque de cohérence centrale
-Chez les patients non psychotiques élaboration possible de l'ambivalence et des causes qui la sous-tendent
-Pas de trouble cognitifs aussi important dans les autres troubles, et meilleur insight
-Le schizophrène n'a pas conscience de son ambivalence
-Différence fondamentale avec les hésitations, revirements et atermoiements
-Anosognosie, simultanéité chez le schizophrène
-Critique du trouble
-L'impact de l'ambivalence s'exprime dans toutes les sphères du sujet et est beaucoup plus problématique
-Ambivalence bizarre portant sur des sujets éclectiques, totalement inadaptée à la réalité, pas congruente
-Absence d'angoisse du choix. Non conscience de la contradiction
-Chez les autres cela semble plus lié au doute, à l'hésitation, à un manque de volonté ou d'assurance
-L'ambivalence psychotique témoigne de la fragmentation de la personnalité, tandis que l'ambivalence névrotique traduit les conflits et oppositions inconscientes

Figure 13 – Insight et ambivalence

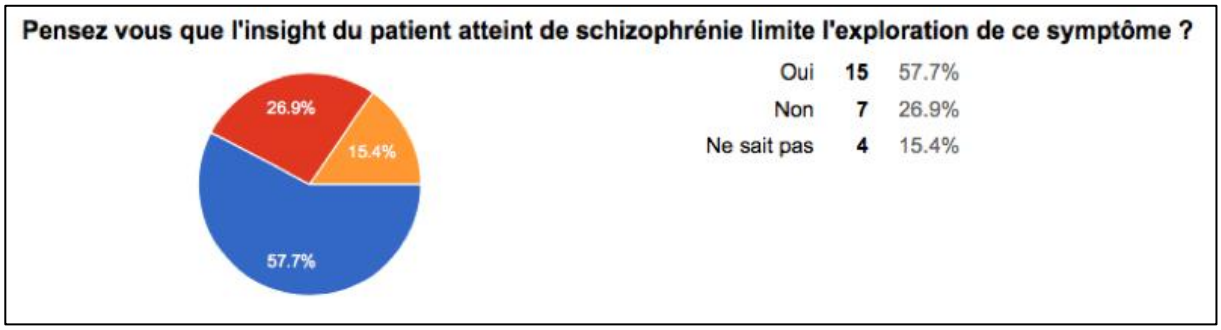


Figure 14 – Outil d'évaluation de l'ambivalence

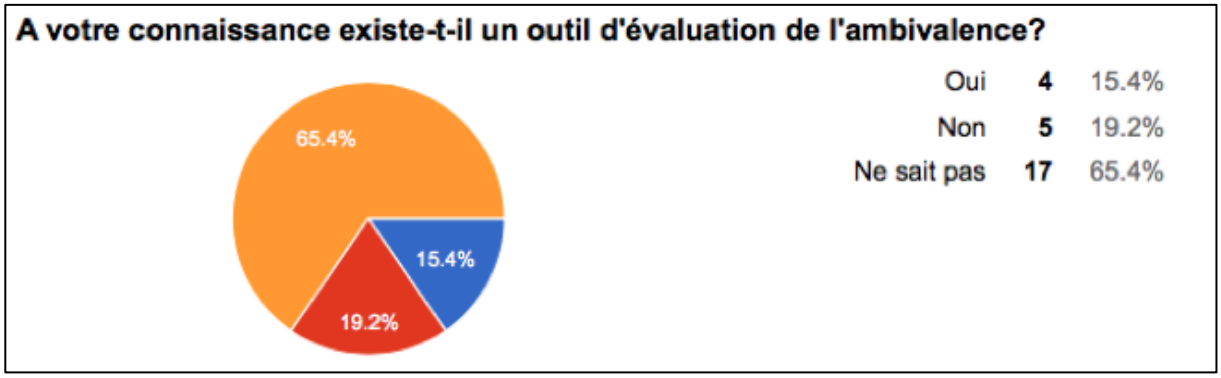


Figure 15 – Evaluation neuropsychologique

Lorsqu'une évaluation neuropsychologique a été réalisée chez un patient atteint de schizophrénie, quelles altérations vous semblent associées à la notion d'ambivalence ?

-Altération des fonctions exécutives
-Fonctions exécutive, mémoire de travail
-Flexibilité mentale, mémoire
-Trouble des associations
-Cognition sociale, évaluation émotionnelle, prise de décision (gambling task)
-Lenteur de traitement
-Manque de cohérence centrale
-Capacités attentionnelles
-Fonctions exécutives
-Les symptômes exécutifs : initions, inhibition, organisation
-Déficits cognitifs : attention, concentration, planification, etc...
-Biais cognitifs : erreur d'attribution d'intention, saut à la conclusion, etc...

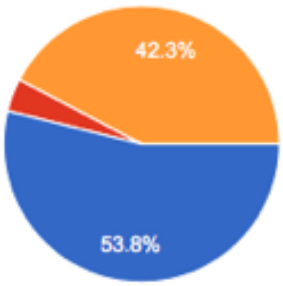
Figure 16 – Traitement

A votre connaissance, par quels moyens peut-on traiter ce symptôme si cela est possible ?

-Remédiation cognitive
-Traitement pharmacologique des symptômes productifs : antipsychotiques
-Limiter les symptômes productifs et anxiogènes, avoir une relation thérapeutique de qualité, suivi au long cours et travail avec l'entourage (thérapie familiale...)
-Traitement de l'étiologie
-Education thérapeutique
-TCC
-Antipsychotique
-Suggestibilité, entretien motivationnel
-Explicitation et clarification de la pensée
-Positionnement soignant clair et cohérent

Figure 17 – Transfert et ambivalence

L'ambivalence s'évalue-t-elle dans le transfert?



Oui	**14**	53.8%
Non	**1**	3.8%
Ne sait pas	**11**	42.3%

Figure 18 – Importance du symptôme

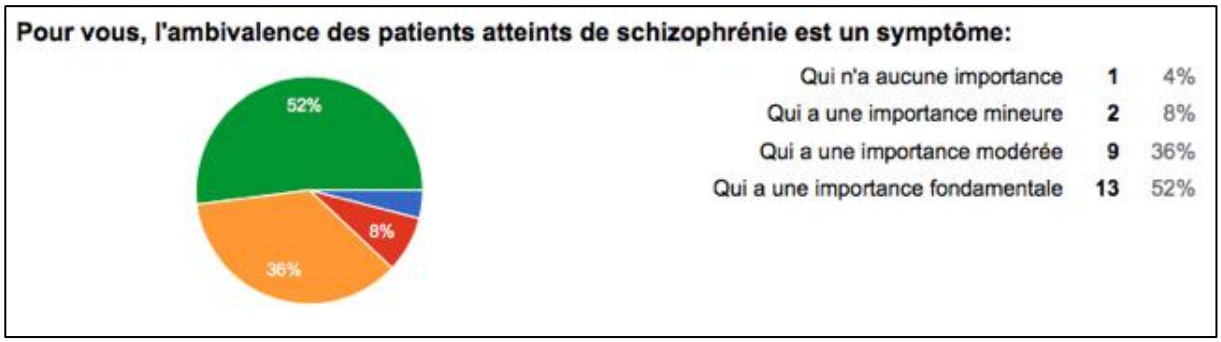
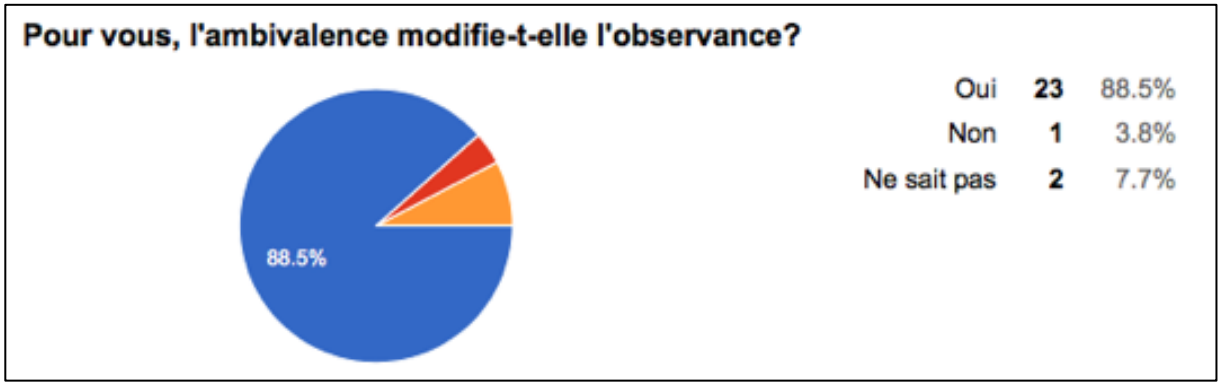


Figure 19 – Ambivalence et observance thérapeutique



2.2.2. Analyses des résultats et discussion

La première observation à faire est celle du faible nombre de participant (27%). Cela pouvait être attribué au support web que certains psychiatres n'utilisent pas mais également à la longueur du questionnaire. Un point important que de nombreux psychiatres ont rapportés hors questionnaires est la difficulté de répondre et de nommer précisément tout comme de détailler le symptôme. En effet si tous les praticiens savent ce qu'est l'ambivalence il est plus difficile pour la majorité des personnes de la définir précisément.

Un autre point intéressant est la classification du symptôme en grande partie dans la dimension de désorganisation (intellectuelle 69,2%, affective 76,9% et comportementale 34,6%) qui contraste avec la classification dans la dimension négative (7,7%) ou cognitive (30,8%).

Aucun psychiatre n'a classé le symptôme dans la dimension positive, ce qui ne corrobore pas avec la définition de Bleuler.

Un autre désaccord est la présence de l'ambivalence comme argument diagnostique retenue chez 61,5% des praticiens, alors que l'ambivalence est pour Bleuler un symptôme fondamental présent chez tous les patients atteints de schizophrénie, même sous des formes minimes. A la réponse de l'importance du symptôme seulement 52% des psychiatres estiment que celui-ci à une importance fondamentale.

Tous s'accordent sur l'importance du symptôme dans le pronostique de la maladie via l'observance, à 88,5% et seulement 15,4% connaissent l'existence d'un outil d'évaluation.

Sur la description des symptômes à la fois par le praticien, le patient et l'entourage, les idées, notions et mots clés ressortant le plus souvent sont :

-contradiction, contraire, tout et son contraire
-inverse, opposé
-en même temps, simultanément, coïncident, indissociable
-indécision, incertain, hésitant, ambigu
-doute, choix, préférence
-incohérent, désordonné, décousu, bizarre

La question de l'insight revient également fréquemment avec comme idée que les patients ne peuvent évoquer le symptôme d'ambivalence du fait d'un manque d'insight.

Nous pouvons ainsi conclure que ce questionnaire révèle donc la difficulté pour les psychiatres à identifier, rechercher et classer le symptôme d'ambivalence schizophrénique.

Toutefois cela ne constitue en rien un étonnement. En effet de manière identique à d'autres symptômes le concept d'ambivalence est bien plus large que le phénomène d'ambivalence en lui-même, qui va comprendre une part de facteurs interprétatifs dus au cliniciens mais aussi des facteurs interactionnels.

Nous pouvons schématiser cette idée sous la forme suivante :

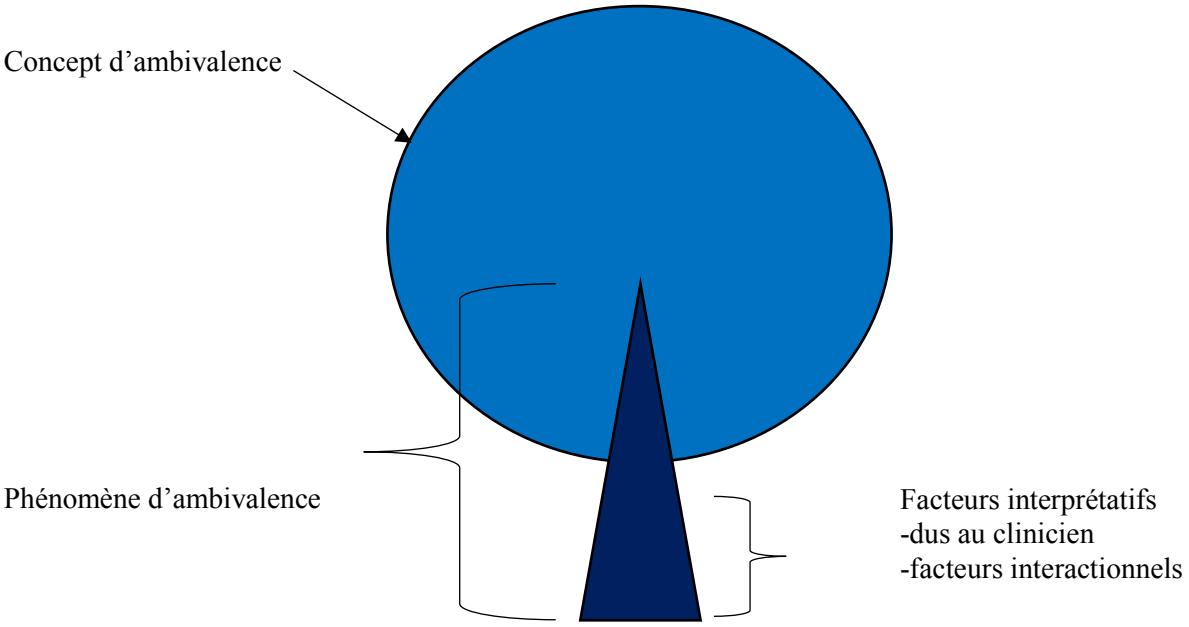


Figure 20 – Concept, Phénomènes et Facteurs Interprétatifs (*d'après Pr Jaafari*)

Nous pouvons ainsi avancer que dans un tel contexte un recours à des instruments d'évaluation standardisés soit pertinent.

Un instrument d'évaluation doit alors posséder de bonnes qualités psychométriques. La psychométrie consiste en effet en l'élaboration de concepts, de méthodes et de techniques régissant les opérations de mesure en psychopathologie. Cela nécessite la mise au point de procédures permettant d'assurer à cette démarche les qualités techniques et métriques nécessaires qui seront détaillés dans la partie suivante.

2.3. Psychométrie des échelles d'évaluation

2.3.1. Rappels

Différentes caractéristiques de mesures existent, celles-ci peuvent être normatives, ipsatives ou solipistes (68).

Mesure normative :
-Se réfère à des normes. La mesure peut donc être mise en rapport avec la moyenne d'un groupe et éventuellement étalonnée en étudiant les écarts par rapport à celle ci

Mesure ipsative :
-Se réfère à un phénomène que l'on enregistre dans son intensité. Les résultats d'un sujet ne seront alors comparables qu'aux résultats qu'il donnera ultérieurement avec, par exemple, ajout ou suppression d'un traitement. La mesure ne peut donc pas être en toute rigueur confrontée à la moyenne d'un groupe mais en référence à une norme individuelle définie par la confrontation de plusieurs mesures du même individu ou du même groupe.
La norme est ainsi intra-individuelle.

Mesure solipiste :
-Se distingue des mesures normatives et ipsative par l'impossibilité d'être rapportée à aucun point de référence, ni à une norme de groupe, ni à aucune norme intra individuelle. A l'origine, le concept à la base de la mesure est celui de test de niveau, par exemple le degré d'intelligence ou de l'aptitude étant proportionnel au nombre d'éléments ou d'items du test auquel le sujet réagit d'une certaine manière. Les premiers outils proposent ainsi aux sujets des items auxquels ils doivent répondre. Des instruments permettant d'évaluer des comportements observés sous la forme d'échelles d'hétéro évaluation ainsi que des échelles d'auto-évaluation sont créés dans un second temps.

Ainsi différents types de mesure existent : les mesures biologiques, les mesures psychophysiologiques, les tests de niveaux, les tests projectifs, les questionnaires de personnalité et les échelles d'évaluation…

2.3.2. Caractéristiques des échelles d'évaluation

Les échelles d'évaluation sont différentes des tests de niveaux ou projectifs. Les tests représentent en effet une situation standardisée expérimentale qui sert de stimulus à un comportement. Ce comportement est alors évalué par comparaison statistique à celui d'autres individus placés dans la même situation. Cela permet de classer le sujet évalué soit qualitativement soit typologiquement.

Les échelles d'évaluations cherchent à apprécier le comportement du sujet dans une situation semi standardisée (entretien, observation simple ou répétées). De cette situation d'observation va dériver le jugement de l'évaluateur quant à la présence, l'intensité ou encore la fréquence des comportements ou des symptômes relevés par l'évaluateur ou le sujet lui-même s'il s'agit d'auto évaluation. Elles représentent ainsi plus des questionnaires d'état que des tests.

Elles peuvent être remplies par un cotateur entraîné, souvent après une prise en main préalable ou par le sujet lui-même. Ces échelles d'évaluation impliquent que le cotateur indique à quel niveau le sujet présente un comportement décrit au préalable par un item. Elles reposent sur plusieurs nécessités. Il s'agit d'abord de définir les symptômes psychiques par des mots et de regrouper les symptômes d'une entité diagnostique que l'on considère comme étant autonome. Il est ensuite nécessaire d'attribuer une valeur à l'intensité supposée par le cotateur ou alléguée par le sujet des symptômes repérés. Il s'agit dans ce cas d'échelles d'hétéro évaluation.

Ces échelles d'hétéro évaluations alors s'opposent aux échelles d'auto évaluation qui sont-elles, remplies par le sujet évalué lui-même.

Les échelles d'autoévaluations consistent donc à proposer au sujet de les remplir lui-même. Il peut s'agir de questionnaires le plus souvent aux questions fermées ou d'échelles visuelles analogiques comportant par exemple deux mots situés à une distance de dix centimètres et qui expriment des caractéristiques extrêmes et opposées. Il est demandé au sujet d'indiquer où il se situe entre ces deux extrêmes au moment de l'examen.

Ces évaluations impliquent intrinsèquement que tous les éléments mesurés sont des expressions diverses d'une même domaine d'évaluation.

Il convient cependant de construire un outil obéissant à une procédure d'utilisation permettant une validation et possédant de bonnes qualités métrologiques.

2.3.3. Propriétés des échelles d'évaluation

- Les <u>données qualitatives</u> définissent soit des échelles nominales soit ordinales :

<u>Echelle nominale :</u>
-Simple dénomination ou règle de classification permettant de différencier les groupes d'événements. L'échelle nominale comporte un certain nombre de catégories, dont la seule propriété est qu'elles soient toutes différentes les unes des autres.
Exemple : les axes diagnostiques du DSM-5

<u>Echelle ordinale :</u>
-La mesure effectuée est mise en ordre ou rangée le long d'une dimension, soit plus grand soit plus petit. Les catégories qui la composent sont munies d'une structure d'ordre, établie en fonction d'un critère donné (de moins à plus). Il s'agit de rang dans une distribution.
Exemple : le Quotient Intellectuel

- Les <u>données quantitatives</u> se réfèrent à des variables d'intervalle ou de rapport :

<u>Echelle d'intervalle :</u>
-Consiste à présenter les données en catégories égales. Les intervalles entre deux points adjacents de l'échelle sont de valeurs égales. Elle permet la comparaison d'intervalles.

<u>Echelle de rapport :</u>
-Permet non seulement la comparaison d'intervalles, mais également la comparaison de rapports. La différence fondamentale avec une échelle d'intervalle est liée au statut de la valeur nulle : sur une échelle d'intervalle, le zéro est situé de manière arbitraire, sur une échelle de rapport le zéro à sa propre signification puisqu'il désigne l'absence du caractère considéré.

Lorsque l'on effectue des analyses statistiques, il est indispensable de distinguer ces différents types d'échelles. Compte tenu des données recueillies en psychopathologie il est ainsi principalement utilisé des échelles ordinales.

2.3.4. Qualités métrologiques des échelles d'évaluation

La validité

Validité de contenu :
-Se définit comme la capacité de l'outil à évaluer ce qu'il est censé évaluer.

Validité empirique :
-Se définit comme la correspondance des résultats aux classifications cliniques

Validité de critère :
-Permet de vérifier la performance obtenue à l'évaluation par rapport à un critère.
-Compare les résultats obtenus par un groupe de sujets présentant la caractéristique évaluée par l'instrument en question aux résultats d'un groupe qui ne l'a pas.

Validité faciale :
-Compréhension de l'item par la population concernée

Validité prédictive :
-Emet un pronostic à partir des résultats obtenus

Validité concourante :
-Repose sur la comparaison des résultats d'un instrument d'évaluation aux résultats d'autres instruments d'évaluation du même type déjà validé. Se calcule par la corrélation de l'instrument à d'autres formes de mesure des mêmes variables.

Validité convergente :
-Corrélation entre deux instruments évaluant le même trait

Validité divergente :

-Absence de corrélation entre deux instruments évaluant des traits distincts

Validité de construit :

-Accumulation de données concernant la validité convergente et la validité divergente

Validité factorielle :

-Révèle la structure des items et permet de les regrouper en sous-ensemble. Ces regroupements d'items représentent des facteurs dont le nom est donné par les items regroupés. Les facteurs représentent des dimensions fondamentales sous-jacentes à la symptomatologie.

La question de la validité peut se poser pour le score global obtenu pour un instrument ou pour le score de chacun des items qui le composent. Dans ce cas-là, la recherche de corrélation des items entre eux par analyse factorielle s'avère nécessaire.

Pour la validité globale, la comparaison de groupes témoins à des groupes présentant la pathologie que l'échelle est supposée mesurer est généralement utilisée.

La fidélité

La fidélité concerne la constance de la mesure

Fidélité inter-juge :

-représentée par la corrélation obtenue par plusieurs observateurs avec le même instrument et en cotant les mêmes patients. Un même résultat doit être obtenu par ces observateurs utilisant le même instrument au même moment.

Fidélité test-retest :

-consiste à répéter l'évaluation sur les mêmes sujets mais à des temps différents sans qu'aucune procédure thérapeutique ne soit intervenue. Toutes les conditions externes étant égales, la répétition d'une mesure doit donner le même résultat.

La sensibilité

La sensibilité se définit comme la finesse discriminative de l'outil d'évaluation.

Sensibilité inter-individuelle :

-représente la capacité d'un instrument à discriminer des individus différents

Sensibilité intra-individuelle :

-représente la capacité d'un instrument à détecter des différences chez un même individu au cours de mesures répétées

La cohérence interne

-corrélation des différents items entre eux ainsi qu'avec la note totale.

-permet de vérifier que les différents items mesurent la même chose.

Par ailleurs il convient d'ajouter à ces qualités métrologiques les notions d'innocuité, de rapidité de passation et de faible coût pour qu'un instrument de mesure soit satisfaisant.

2.4. Conception de l'échelle

A partir de notre discussion clinique, du questionnaire adressé aux cliniciens et des notions de psychométrie évoqués précédemment nous avons conçu un outil d'auto évaluation.

2.4.1. Première version de l'échelle

Une première version de l'échelle d'ambivalence a été réalisée à partir du verbatim de patients et des suggestions des praticiens cliniciens. La forme de l'échelle et de ses items a été réalisé en s'inspirant d'outils pré-existants validés et qui avaient pour qualités d'être simple et facile à comprendre pour les sujets ; entre autres l'échelle d'insight de Birchwood (63) mais également l'échelle d'évaluation des symptômes négatifs ou SNS (69).

Des différents items élaborés, les plus concis, simples et pertinents ont été retenus pour évaluer les 3 dimensions de l'ambivalence dans l'ordre suivant : intellectuelle, affective, volitionelle. Il a été retenu pour chaque dimension 3 items et l'échelle se présentait sous la forme d'un auto questionnaire composés d'au total 9 items.

Il a été décidé dans le but d'évaluer de manière dimensionnelle la symptomatologie que la cotation de la réponse se ferait en quatre niveaux d'intensité, sur la même idée que la PANSS qui en compte 7 (52). Ainsi le niveau 0 était l'absence totale de symptôme ressenti. Le niveau 1 était la présence d'une intensité légère, faiblement ressenti, ou occasionnellement. Le niveau 2 était une intensité moyenne (ou médiane), ressentie modérément et qui ne perturbe pas le fonctionnement du sujet, ou régulièrement. Le niveau 3 était une intensité importante, pouvant entraver le fonctionnement du sujet, ou fréquemment.

En voici l'échelle obtenue pour la première version :

Figure 21 - Echelle d'ambivalence, première version

Consignes :

Evaluez s'il vous plait votre ressenti des énoncés suivants

0 = Absent ; 1=Léger ou occasionnellement, 2= Modéré ou régulièrement, 3=Important ou fréquemment

	0	1	2	3
1-Mes pensées se contredisent et je n'arrive pas à savoir ce que je pense				
2-Quand j'ai une pensée, sa pensée opposée prend sa place				
3-On me dit souvent que mes paroles se contredisent				
4-Il m'arrive de sourire lorsqu'on parle d'un sujet grave ou triste				
5-Parfois je n'aime pas les choses que j'aime				
6-Il m'arrive d'aimer et de haïr en même temps sans comprendre pourquoi				
7- Quand je veux faire un choix, il me vient plein de choix opposés en tête qui ne vont pas ensemble				
8- Parfois mes faits et gestes se contredisent si bien que j'ai du mal à faire les choses				
9-Il m'arrive de faire l'inverse de ce que je veux faire				

Cette première version a été testée afin d'évaluer la pertinence de l'outil dans la population cible. Nous avons ainsi fait passer l'échelle chez un groupe de 15 sujets atteints de schizophrénie d'après les critères DSM-5 en comparaison à 15 sujets sains. L'objectif était de

rejeter l'hypothèse nulle de l'équivalence des groupes afin de mettre en évidence une différence significative entre un groupe de sujets schizophrènes et un groupe de sujets sains.

Analyse Statistique

Dans un premier temps une analyse de l'outil d'auto évaluation a été menée et objectivait de bonnes qualités psychométriques de l'outil :
-le Scree Plot rapportait un phénomène mesuré de manière homogène par les différents items de l'échelle (*Figure 22*)
-le coefficient de Cronbach objectivait quant à lui une bonne cohérence interne de l'échelle ($\alpha = 0,78$) et donc la bonne fiabilité des questions posées.

Dans un deuxième temps nous avons réalisé un Test de Student apparié appliqué à la différence des moyennes des groupes obtenus et objectivé une différence significative entre les deux groupes avec un $p = 0,003$ *(Figure 21).* Nous pouvons ainsi supposer qu'il existait un phénomène mesuré qui existait dans le groupe schizophrène en comparaison du groupe contrôle.

Figure 22 : Scree Plot de l'échelle PASS

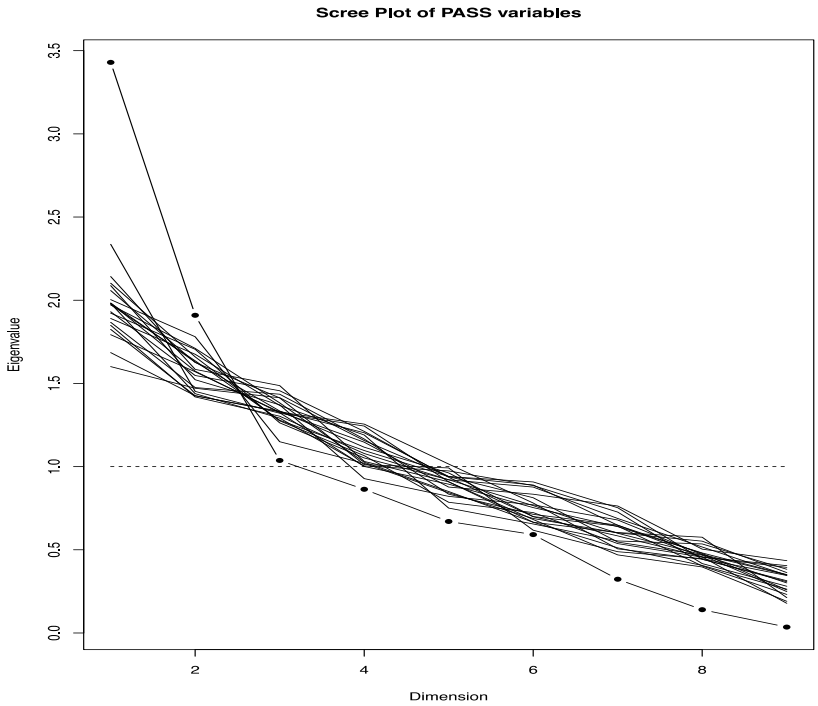
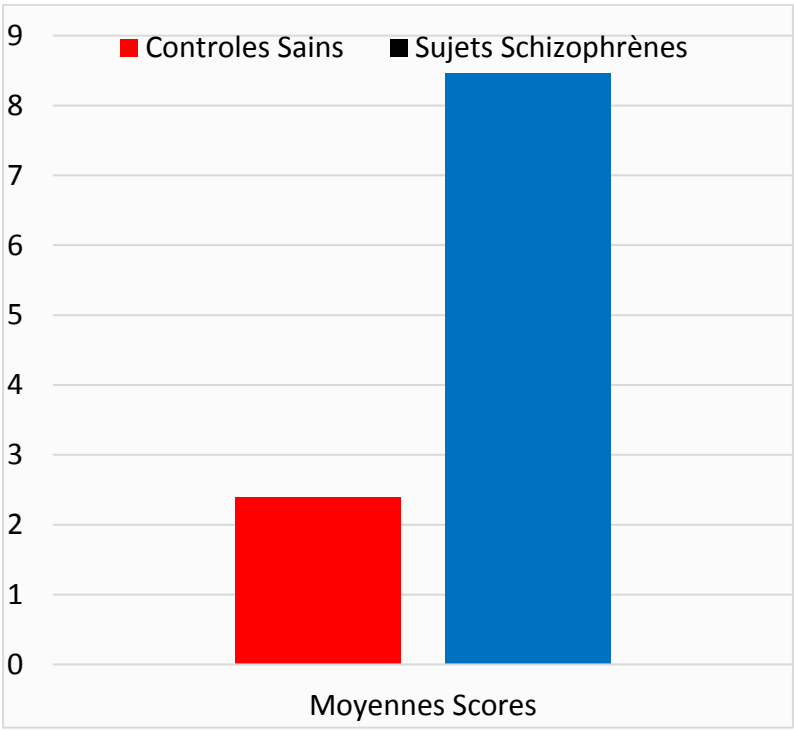


Figure 23 : Résultats test de Student (p=0,003)



2.4.2. Deuxième version de l'échelle

Suite aux remarques faites par différents professionnels de santé travaillant auprès de patients schizophrènes en hôpital de jour et de psychiatres cliniciens une deuxième version a été réalisée.

En premier lieu une simplification de certains items a été faite dans le but de clarifier l'idée principale et d'en faciliter la compréhension pour les patients.

Le système de cotation a été lui aussi simplifié. Il est en effet absolument nécessaire d'obtenir une simplification maximale de l'échelle tout en gardant la pertinence des items évalués du fait de la population étudiée et du symptôme d'ambivalence en lui même.

Enfin un titre a été donné afin d'identifier clairement l'auto questionnaire et l'acronyme « PASS » pour « Paradoxal Ambivalence Schizophrenia Scale» a été retenu.

Voici donc le résultat de cette deuxième échelle avec laquelle nous mènerons l'étude statistique préliminaire dans la partie suivante :

Figure 24 - Echelle d'ambivalence, deuxième version

PASS

Evaluez les énoncés suivants

	Pas du tout	Un peu	Moyen	Beaucoup
1-Mes pensées se contredisent et je n'arrive pas à savoir ce que je pense				
2-Quand j'ai une pensée, une pensée opposée prend sa place				
3-Mes proches me disent que mes paroles se contredisent				
4- Mon entourage me dit qu'il m'arrive de sourire lorsqu'on parle d'un sujet grave ou triste				
5- Je n'aime pas les choses que j'aime				
6-Il m'arrive d'aimer et de haïr en même temps sans comprendre pourquoi				
7-Quand je veux faire un choix, il me vient en tête un ou des choix opposés				
8-Je fais quelque chose puis je fais le contraire				
9-Il m'arrive de faire l'inverse de ce que je veux faire				

III Etude préliminaire

1. Introduction

L'étude que nous allons présenter dans le cadre de ce travail constitue un travail préliminaire à une possible future étude de validation de l'échelle, cela dans un but premier de tester notre échelle et de discuter des résultats que nous pourrons mettre en évidence.

2. Objectifs

Notre objectif principal sera d'arriver à saisir spécifiquement le symptôme d'ambivalence chez les sujets atteints de schizophrénies dans notre groupe étudié.
Autrement dit il nous faudra trouver une différence significative d'ambivalence mesurée par la PASS entre un groupe de sujets schizophrènes et un groupe contrôle.

3. Méthode

Afin de répondre à l'objectif énoncé ci dessus nous avons procédé schématiquement comme suit d'après la méthodologie exposée par Bruno Falissard (70):

3.1 Groupes étudiés

Sujets contrôles sains :

-30 sujets sains ont été recrutés par technique de *snowballing* : il a été demandé à 10 personnes ne se connaissant pas de remettre l'échelle à 2 autres personnes chacune et qui ne se connaissaient également pas entre elles. Cela afin d'éviter un biais de recrutement.
-Le critère sain été validé par la simple déclaration du sujet d'absence d'antécédent psychiatrique.

Sujet atteints de schizophrénies :

-30 sujets atteints de schizophrénie ont été recrutés.
-Il s'agissait de patient hospitalisés ou suivis en ambulatoire au CH du Rouvray dans le secteur G03 (Centre de jour St Gervais) et le secteur G09 (Unité Lacan), avec un diagnostic de schizophrénie selon le DSM-5.
-Il fallait que l'état clinique des patients soit stabilisé (pas de décompensation des symptômes ni de changement de traitement psychotrope dans les 2 mois précédent l'évaluation).
-Absence de majeurs protégés.

3.2 Passation d'échelle

Différentes échelles, que nous avons évoquées dans la deuxième partie de cette thèse, ont été soumises aux sujets des deux groupes, réparties comme suit :

Sujets contrôles sains :

-Echelle d'ambivalence PASS

-Sujet schizophrènes :

-Echelle d'ambivalence PASS
-Echelle symptôme positifs et négatif de la schizophrénie PANSS
-Echelle de psychopathologie générale BPRS
-Echelle de dépression chez les patients schizophrènes CDSS
-Echelle d'insight schizophrénique BIS

4. Analyse statistique

Critère principal :

-Le critère principal retenu était la recherche différence significative d'ambivalence entre le groupe de sujets schizophrènes et le groupe contrôle.

Test Statistique :

-Dans le cadre de variable quantitative de comparaison de moyenne un Test de Student était indiqué. Il a été choisi une analyse unilatérale dans le cadre d'une hypothèse qu'un des deux groupes soit supérieur à l'autre, cela augmentant la puissance du test.
-Nous avons donc pris pour hypothèses dans le cadre de ce test :

-*Hypothèse H0* = les moyennes des deux groupes à l'échelle PASS sont égales.

-*Hypothèse H1* = les moyennes des deux groupes à l'échelle PASS ne sont pas égales, il existe une différence significative des moyennes entre les groupes dont un est supérieur à l'autre.

Critères secondaires :

Validité convergente :

-Il nous fallait comparer les scores de l'échelle PASS avec les scores de BPRS afin de s'assurer de la présence de symptômes psychopathologiques chez les patients évalués.
-Nous devions nous assurer que l'on mesurait une symptomatologie positive et négative de la schizophrénie en comparant avec les échelles de références en schizophrénie : PANSS, BPRS
-L'échelle SAS que nous avons évoquée précédemment n'a pas été utilisée, celle-ci n'étant pas une échelle de référence fiable comme nous l'avons vu.

Cohérence interne :

-Le calcul du coefficient alpha de Cronbach était indiqué afin de s'assurer de la bonne fiabilité des questions posées.

Validité divergente :

-Il nous fallait nous assurer de l'absence de relation entre l'échelle d'ambivalence et celles évaluant d'autres dimensions : la dépression pour la CDRS et l'insight pour la BIS.
- Le calcul du coefficient de corrélation de Pearson était indiqué afin de mesurer l'intensité de la divergence entre ces variables quantitatives.

5. Résultats

Population

Pour le groupe sujets contrôle sains Il y avait 30 participants âgés de 22 à 56 ans (âge moyen 37,33 ans) dont 19 hommes et 11 femmes.
Pour le groupe sujets atteints de schizophrénie il y avait 30 participants âgés de 18 à 52 ans (âge moyen 40,16 ans) dont 20 hommes et 10 femmes.

Critère principal

La moyenne à l'échelle PASS du groupe contrôle était de 2,2 et celle du groupe de sujets atteints de schizophrénie était de 11,0333. *(*Figure 25*)*
Le Test de Student réalisé a objectivé un $p = 1,7810.\mathbf{10^{-10}}$ soit un $\boldsymbol{p < 0,001}$.

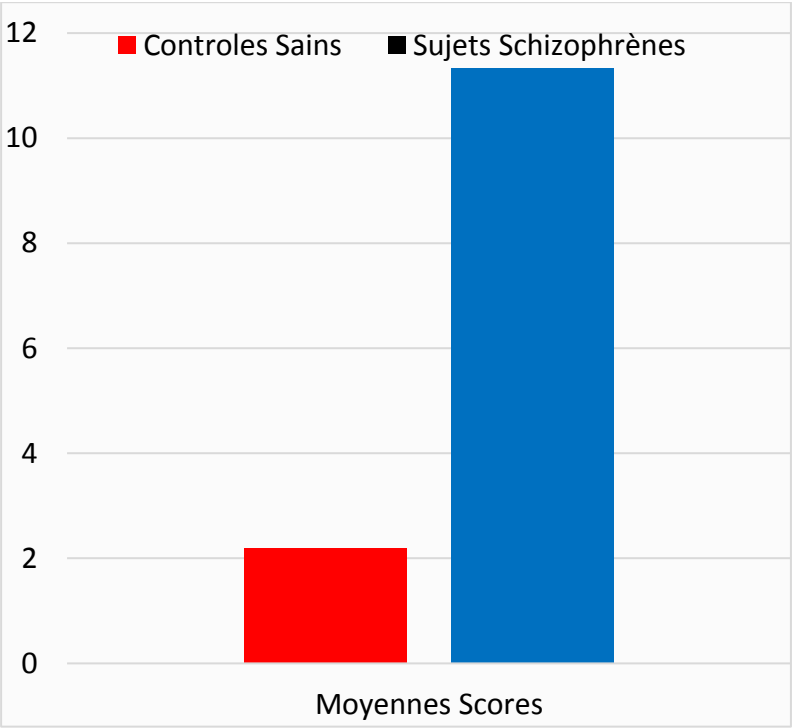


Figure 25 : Résultats test de Student (p<0,001)

L'hypothèse H0 a ainsi pu être rejetée et rend très probable une différence significative de moyenne entre les deux groupes en faveur du groupe de sujets atteints de schizophrénie.

Critères secondaires

Cohérence Interne

Le calcul du coefficient de Cronbach ($\alpha = 0,83$) a permis d'objectiver une bonne cohérence interne de l'échelle (tous les items mesurant la même dimension) et donc la bonne fiabilité des questions posées.

Validité convergente

Du fait que la distribution ne soit pas normale dans le cadre de notre petit échantillon de sujets il n'était pas pertinent de calculer les corrélations car nous aurions dû utiliser la méthode de Spearman, ce qui aurait fait perdre en rigueur statistique et aurait mené à l'impossibilité de prouver quoique ce soit dans un petit échantillon.

Nous avons donc choisi modestement de représenter les tendances des scores dans la population de sujets atteints de schizophrénie par un graphique qui suggèrerait ainsi une certaine convergence des trois scores mesurés à la PASS, PANSS et BRPS. *(Figure 25)*

Cela suggèrerait que la symptomatologie mesurée par la PASS est en lien avec la symptomatologie schizophrénique mesurée par la PANSS et la psychopathologie générale mesurée par la BPRS.

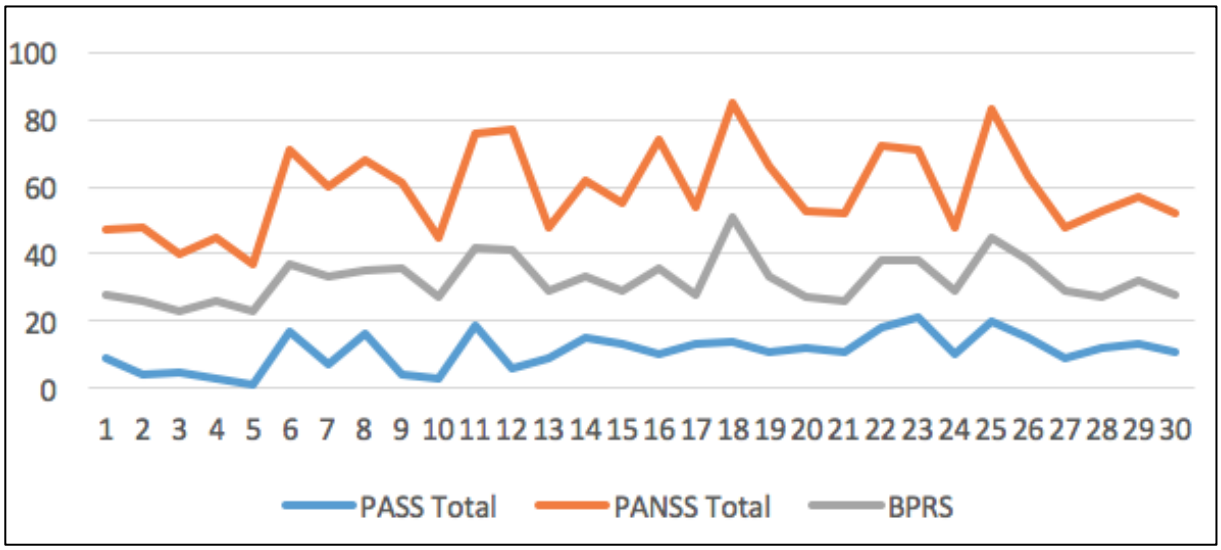


Figure 25 : Tendance des scores PASS, PANSS et BPRS mesurés dans la population de patients atteints de schizophrénie

Validité divergente :

Pour la raison évoquée précédemment nous avons également choisi modestement de représenter les tendances des scores dans la population de sujets atteints de schizophrénie par un graphique qui suggèrerait ainsi une certaine divergence des trois scores à la PASS, CDSS, BIS.
Cela suggèrerait que la symptomatologie mesurée par la PASS n'a aucun lien avec la symptomatologie dépressive mesurée par la CDSS ni l'insight mesuré par la BIS.

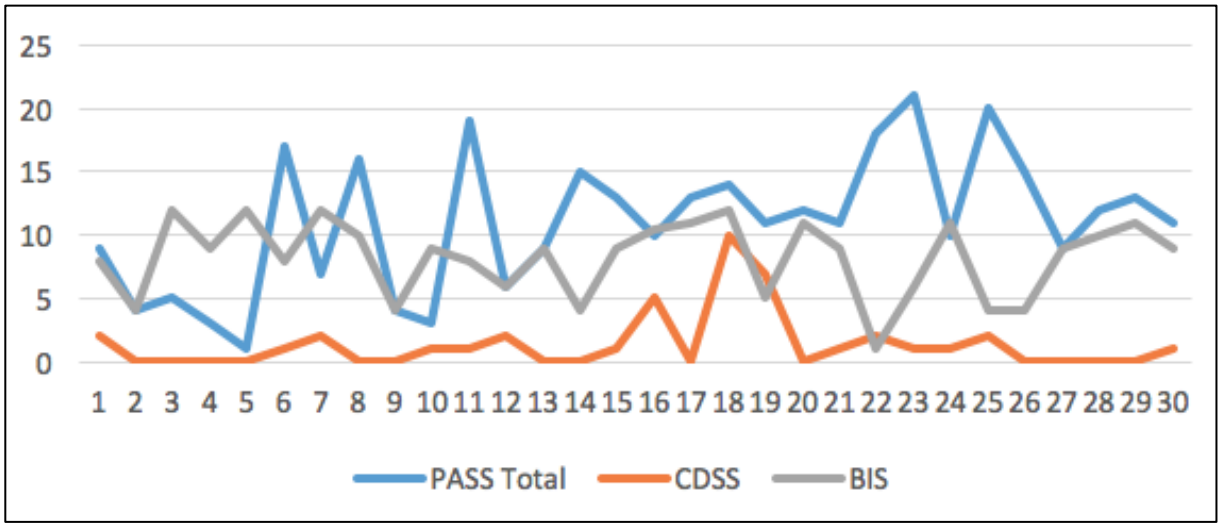


Figure 26 Tendance des scores PASS, CDSS et BIS mesurés dans la population de patients atteints de schizophrénie

6. Discussion

Rappelons premièrement que la réflexion menée n'est qu'un travail préliminaire à une éventuelle étude statistique rigoureuse de plus grande puissance.

Sur la constitution des groupes les critères de recrutement et les données générales pourraient être améliorés.

Les données sociodémographiques des deux groupes pourraient être complétées par le statut marital, le lieu de vie (appartement, maison, institution, appartement thérapeutique), le niveau d'étude (primaire, secondaire, bac ou plus) et le statut professionnel (emploi milieu ordinaire, emploi milieu protégé, formation, sans emploi). Ces données ainsi recueillies permettraient de s'assurer de la comparabilité des groupes.

Le groupe témoin pourrait être constitué de volontaires sains issus d'un Centre d'Investigation Clinique. Cela permettrait, en plus de compléter les données socio démographiques, de réaliser une courte échelle d'hétéro évaluation de symptomatologie psychiatrique telle que la M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) (71) afin de d'assurer de manière objective de l'absence de symptôme psychiatrique, sur la vie entière, des sujets du groupe contrôle.

Les données du groupe de patients atteints de schizophrénie pourraient être complétées par l'âge de début de la maladie, la date de la première hospitalisation, la durée d'évolution de la maladie et les traitements en cours et notamment antipsychotiques avec le calcul de dose moyenne équivalente chlorpromazine. Tout cela afin d'étudier la cohérence interne du groupe de patients schizophrènes.

Sur l'analyse des résultats nous pouvons supposer de ce travail qu'il existerait un symptôme d'ambivalence que nous avons saisi au sein de notre groupe de sujets atteints de schizophrénie puisque la différence statistique est significativement en faveur du dit groupe, que la converge semble indiquer que nous avons saisi un symptôme du registre schizophrénique et que la divergence semble écarter l'attribution du symptôme mesuré à un état dépressif. La divergence semble également indiquer également qu'il serait possible d'évaluer le symptôme d'ambivalence indépendamment d'un bon insight ou d'un symptomatologie dépressive associée.

Sur la forme en elle-même du questionnaire l'absence de données manquantes semble indiquer une bonne compréhension de ce dernier et une facilité d'utilisation de l'outil.

Toutefois différentes critiques sont à apporter. Il apparaît en effet que la moyenne du groupe de sujets atteints de schizophrénie reste faible et ne dépasse pas la note médiane de l'échelle de 15/30. L'absence d'échelle scientifiquement valide faisant office de référence, tel un gold standard, pour le symptôme d'ambivalence rend la validité convergente faible, dans de telles conditions une comparaison de l'échelle à une évaluation par un psychiatre clinicien expérimenté faisant office de gold standard pourrait être pertinente et être envisagée dans un éventuel travail ultérieur.
De plus aucune corrélation n'a pu être calculée entre les différents scores de convergence ni de divergence étant donné les conditions restrictives de l'étude préliminaire. Un autre critère de divergence non étudié ici serait d'étudier l'échelle dans une population de sujet anxieux et une population de sujets dépressifs.

Il faut ajouter enfin que la mesure de la différence groupe sain et groupe pathologique ne nous permet pas de dire que l'échelle PASS est bonne discriminante, en particulier sur un petit nombre de sujets.

L'intérêt de la réflexion menée est de suggérer une échelle simple et compréhensible pour mesurer l'ambivalence des patients atteints de schizophrénie, ce qui semble être le cas. La capacité de l'échelle PASS à réellement mesurer ce qu'on veut mesurer est à prouver, il faudrait pour cela que le seuil de discrimination soit fixé à l'issue d'une étude avec un plus grand nombre de sujets et donc de plus grande puissance statistique.

Ainsi aucun test ne nous permet de prouver quoi que ce soit dans les conditions de réalisation de cette étude préliminaire de petit échantillon. Nous ouvrons par ce travail une simple réflexion à un éventuel protocole de validation de l'échelle d'ambivalence PASS.

Conclusion

Dans sa description initiale de la schizophrénie en 1911 par E.Bleuler il était fait une part importante au symptôme d'ambivalence, qualifié de fondamental, qui se définit comme l'existence, simultanée ou rapprochée, chez un sujet de deux valences intellectuelles, affectives ou comportementales que le sujet ne peut départager et qui ne font pas sens pour lui.

Cependant au cours du XXème siècle ce symptôme est tombé en désuétude et peu d'études s'y sont intéressé. Actuellement le diagnostic de schizophrénie par le DSM-5 repose sur les symptômes dits « positifs » et « négatifs » sans que soit mentionné le symptôme d'ambivalence. Il faudra alors attendre la création d'une échelle d'auto évaluation de ce symptôme en 1984, nommée SAS, pour qu'un nouvel intérêt émerge discrètement. Toutefois cet outil ne se montrera pas spécifique du symptôme schizophrénique.

Dans ce contexte nous avons réfléchi à la conception d'une nouvelle échelle d'auto évaluation spécifique du symptôme d'ambivalence chez les patients schizophrènes afin de tenter de lui redonner toute sa pertinence et spécificité.
En s'inspirant des données de la littérature actuelle, de la pertinence des échelles d'auto évaluation dans la schizophrénie et du verbatim de patients par le biais d'un questionnaire envoyé à l'ensemble des praticiens hospitaliers du CH du Rouvray, nous avons conçu une échelle nommée PASS afin de tester notre hypothèse de l'existence spécifique de ce symptôme chez les sujets schizophrènes.

Le test de cette échelle dans le cadre d'une étude statistique préliminaire nous a permis une nouvelle approche de l'évaluation du symptôme avec des résultats prometteurs et des critiques à considérer pour l'éventuelle conception ultérieure d'un outil plus robuste.

Bibliographie

1. Bleuler E. Dementia Precox oder Gruppe der Schizophrenien Handbuch der Psychiatrie. Leipzig: Franz Deuticke; 1911.
2. OMS. Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes CIM-10. 2008.
3. American Psychiatric Association. DSM-V. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Elsevier Masson; 2015.
4. Schneider K. Psychopathologie clinique. 4 éd. revue et mise à jour [d'après la 108 éd. allemande]. Paris: Maloine; 1976.
5. Kraepelin E. Introduction a la psychiatrie clinique. Traduction de la seconde édition allemande par Albert Devaux et Prosper Merklen. Vigot; 1907.
6. Sherrington CS. The integrative action of the nervous system. New Haven Yale University Press; 1920
7. Hume D. Enquête sur l'entendement humain. 1748
8. Bourdin D. La Psychanalyse, de Freud à aujourd'hui. Bréal; 2007.
9. Beretta V, Alameda L, Empson LA, Tozzi AS. L'ambivalence selon Bleuler : les nouvelles trajectoires d'un symptôme oublié, Ambivalence according to Bleuler: new trajectories for a forgotten symptom. Psychothérapies. 2 avr 2015;35(1):5‑19.
10. Freud S. Trois essais sur le théorie de la sexualité. 1905.
11. Abraham karl. Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux. Paris: Payot; 2000.
12. Athanassiou-Popesco C. Étude du concept d'ambivalence. In: Ambivalence. Presses Universitaires de France; 2006
13. Robert P. PAUL-CLAUDE RACAMIER, « Les paradoxes des schizophrènes » (1978), RFP, n° 5-6, p. 877-969 Les Schizophrènes, Payot et Rivages, 2001.
14. Martin B, Piot M-A. Approche phénoménologique de la schizophrénie. Inf Psychiatr. 2011;me 87(10):781‑90.
15. Boutonier J. La notion d'ambivalence : étude critique, valeur séméiologique. 1938.
16. Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langues française, Genève Lausanne. 1926.
17. Franck N. Clinique de la schizophrénie. EMC Psychiatr. 15 déc 2012

18. Pringuey. Les symptômes négatifs de la schizophrénie : aspects historiques. L'Encephale. 2015;
19. Ey H. Schizophrénies. Description clinique de la forme typique. EMC Psychiatrie. 1955;37-282-NaN-10.
20. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4ème édition révisée, 2000, Traduction francaise. Masson; 2003.
21. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;
22. Keshavan MS, Tandon R, Boutros NN, Nasrallah HA. Schizophrenia, « just the facts »: what we know in 2008 Part 3: neurobiology. Schizophr Res. déc 2008;106(2‑3):89‑107.
23. Zaragoza Domingo S, Bobes J, García-Portilla M-P, Morralla C, EPICOG-SCH Study Group. Cognitive Performance associated to functional outcomes in stable outpatients with schizophrenia. Schizophr Res Cogn. sept 2015;2(3):146‑58.
24. Maher BA, Manschreck TC, Redmond D, Beaudette S. Length of illness and the gradient from positive to negative semantic priming in schizophrenic patients. Schizophr Res. 15 nov 1996;22(2):127‑32.
25. Steinhauer SR, Condray R. Psychophysiology of language processes in psychopathology: an overview of the special issue. Int J Psychophysiol Off J Int Organ Psychophysiol. févr 2010;75(2):63‑5.
26. Franck N, Daprati E, Michel F, Saoud M, Dalery J, Marie-Cardine M, et al. [Basic cognitive-perceptive module in schizophrenics]. L'Encephale. déc 1998;24(6):550‑6.
27. Frith C. Neuropsychology of schizophrenia, what are the implications of intellectual and experiential abnormalities for the neurobiology of schizophrenia? Br Med Bull. juill 1996;52(3):618‑26.
28. Hardy-Baylé M. The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: toward a pathogenetic approach to disorganization. Schizophr Bull. 2003;
29. Prouteau A. Neuropsychologie Clinique de la Schizophrénie. Paris: Dunod; 2011.
30. Williamson P. Mind, Brain, and Schizophrenia. New York: Oxford University Press; 2006.
31. Engel AK, Roelfsema PR, Fries P, Brecht M, Singer W. Role of the temporal domain for response selection and perceptual binding. Cereb Cortex N Y N 1991. sept 1997;7(6):571‑82.

32. Alderson-Day B, Diederen K, Fernyhough C, Ford JM, Horga G, Margulies DS, et al. Auditory Hallucinations and the Brain's Resting-State Networks: Findings and Methodological Observations. Schizophr Bull. 2016;42(5):1110‑23.

33. Gil R. Neuropsychologie. Paris: Elsevier Masson; 2014.

34. Pardo JV, Pardo PJ, Janer KW, Raichle ME. The anterior cingulate cortex mediates processing selection in the Stroop attentional conflict paradigm. Proc Natl Acad Sci U S A. janv 1990;87(1):256‑9.

35. Mogenson GJ, Jones DL, Yim CY. From motivation to action: functional interface between the limbic system and the motor system. Prog Neurobiol. 1980;14(2‑3):69‑97.

36. Fervaha G, Siddiqui I, Foussias G, Agid O, Remington G. Motivation and Social Cognition in Patients with Schizophrenia. J Int Neuropsychol Soc JINS. juill 2015;21(6):436‑43.

37. Meehl P. Schizotaxia, schizotypie, schizophrenia. AmPsychologist. 1962;17 : 827-38.

38. Meehl P. Schizotaxia revisited. Arch Gen Psychiatry. 1989;46 : 935-44.

39. Erlenmeyer L. The New York high-risk project : anhedonia, attentional deviance and psychopathology. Schizophr Bull. 1993;19 (1) : 141-53.

40. Raulin M. Development of a scale to measure intense ambivalence. J Consult Clin Psychol. 1984;52:63–72.

41. Kwapil T, Raulin M. Psychometric properties and concurrent validity of the Schizotypal Ambivalence Scale. J Nerv Ment Dis. 2002;190 : 290-5.

42. AW L, Sartorius N, A A, P B, Buchheim P, SM C, et al. The International Personality Disorder Examination. Arch Gen Psychiatry. 1 janv 1994;5:215‑24.

43. Yon V. Traductions françaises et validations des échelles de dérapage cognitif (Cognitive Slippage Scale, Miers et Raulin, 1987) et d'ambivalence schizotypique (Schizotypal Ambivalence Scale, Raulin, 1986). L'Encéphale. 2007;33 : 249-55.

44. Mann MC, Vaughn AG, Barrantes-Vidal N, Raulin ML, Kwapil TR. The schizotypal ambivalence scale as a marker of schizotypy. J Nerv Ment Dis. mai 2008;196(5):399‑404.

45. MacAulay RK, Brown LS, Minor KS, Cohen AS. Conceptualizing schizotypal ambivalence: factor structure and its relationships. J Nerv Ment Dis. nov 2014;202(11):793‑801.

46. Trémeau F, Antonius D, Cacioppo JT, Ziwich R, Jalbrzikowski M, Saccente E, et al. In support of Bleuler: objective evidence for increased affective ambivalence in schizophrenia based upon evocative testing. Schizophr Res. févr 2009;107(2‑3):223‑31.

47. Docherty AR, Cicero DC, Becker TM, Kerns JG. Self-reported ambivalence in schizophrenia and associations with negative mood. J Nerv Ment Dis. janv 2014;202(1):70‑3.
48. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. Psychol Rep. 1962;10:799-812, .
49. Mouaffak F, Krebs MO. Validation de la version française de l'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique étendue avec ancrage, BPRS-E(A). [Internet].
50. Lecrubier Y, Boyer P. Fiche descriptive et traduction française de la SANS. Psychiatrie et Psychobiologie. 1987;2, 414‑423.
51. Lecrubier Y, Boyer P. Fiche descriptive et traduction française de la SAPS. Psychiatrie et Psychobiologie. 1987;6, 425‑438.
52. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261‑76.
53. Lépine J-P. Manuel de cotation de la PANSS, traduction française. 1988;
54. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther. avr 2004;42(4):385‑96.
55. Farrer C, Franck N. The architecture of cognitive control in schizophrenia. Brain. 2008;131, 962‑970.
56. Laroi F. Validity and reliability of a French version of the Metacognitions Questionnaire in a nonclinical population. Swiss Journal of Psychology. 2009;68, 125–132.
57. Motlová L. Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia. Pharmacopsychiatry. sept 2000;33 Suppl 1:47‑8.
58. Ascher-Svanum H, Rochford S, Cisco D, Claveaux A. Patient education about schizophrenia: initial expectations and later satisfaction. Issues Ment Health Nurs. mai 2001;22(3):325‑33.
59. Bembenek A, Schaeffer E, Wciórka J. [Assessment and self-assessment of patients' attitudes toward their psychotic disorders]. Psychiatr Pol. juin 1997;31(3):249‑55.
60. Edward H. Taylor PhD L. Using Self-Rating Scales for Assessing the Severely Mentally Ill Client. J Hum Behav Soc Environ. 12 oct 2005;11(3‑4):23‑40.
61. Schaeffer E, Wciórka J. [Self-rating scales in schizophrenia: assessment of the practical applicability of the Paranoid-Depression Scale (PD-S), the Frankfurt Self-feeling Scale (FBS) and of two visual analogue scales]. Psychiatr Pol. avr 2003;37(2):315‑35.
62. Niv N, Cohen AN, Mintz J, Ventura J, Young AS. The validity of using patient self-

report to assess psychotic symptoms in schizophrenia. Schizophr Res. févr 2007;90(1‑3):245‑50.

63. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. Acta Psychiatr Scand. janv 1994;89(1):62‑7.

64. Ohata H, Yotsumoto K, Taira M, Kochi Y, Hashimoto T. Reliability and validity of a brief self-rated scale of health condition with acute schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci. janv 2014;68(1):70‑7.

65. Bell M, Fiszdon J, Richardson R, Lysaker P, Bryson G. Are self-reports valid for schizophrenia patients with poor insight? Relationship of unawareness of illness to psychological self-report instruments. Psychiatry Res. 30 mai 2007;151(1‑2):37‑46.

66. Baumstarck K, Boyer L, Boucekine M, Aghababian V, Parola N, Lançon C, et al. Self-reported quality of life measure is reliable and valid in adult patients suffering from schizophrenia with executive impairment. Schizophr Res. juin 2013;147(1):58‑67.

67. Dickerson FB, Ringel NB, Parente F. Ratings of social functioning in outpatients with Schizophrenia: Patient self-report versus caregiver assessment. Eval Program Plann. nov 1997;20(4):415‑20.

68. Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. Elsevier Masson; 2010. 372 p.

69. Dollfus S, Mach C, Morello R. Self-Evaluation of Negative Symptoms: A Novel Tool to Assess Negative Symptoms. Schizophr Bull. mai 2016;42(3):571‑8.

70. Falissard B. Analysis of Questionnaire Data with R. New York: CRC Press; 2011.

71. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998;59 Suppl 20:22-33-57.

Annexes

ANNEXE 1

Schizotypal Ambivalence scale, Raulin, 1986
Cognitive Slippage Scale, Miers & Raulin, 1987 ;
traduction française par Yon et Loas

S'il vous plaît, répondez par « vrai » ou « faux » à chaque question. Il est important que vous répondiez à chaque question même si vous n'êtes pas tout à fait certain que c'est la meilleure réponse. Dans le cas où certaines questions se rapporteraient à des expériences vécues uniquement après avoir consommé de l'alcool ou une drogue quelconque, nous vous demandons de répondre à ces questions en fonction de ce que vous éprouvez en dehors de toute consommation d'alcool ou de drogue.
Certaines questions peuvent se ressembler, mais elles sont toutes au moins légèrement différentes. Répondez à chaque question sans vous soucier de la manière dont vous avez répondu précédemment aux questions.
Mettez une croix sur la proposition qui vous semble la plus proche de ce que vous ressentez.

1. Mes pensées sont ordonnées la plupart du temps.
2. Souvent j'ai l'impression que je déteste même mes activités favorites.
3. Presque toujours j'ai le sentiment que mes pensées sont sur une longueur d'onde différente de celles de 98 % de la population.
4. Mes pensées et mes sentiments semblent toujours être en contradiction.
5. Souvent lorsque je parle j'ai l'impression que cela n'a pas de sens.
6. Ce que je pense de moi en tant que personne varie constamment d'un sens à l'autre.
7. Souvent les gens me posent une question et je ne sais pas ce qu'ils me demandent.
8. Très souvent lorsque j'ai envie de faire quelque chose, au même moment je n'ai pas envie de le faire.
9. Souvent je ne sais même pas ce que signifie ce que je viens juste de dire.
10. Quand je cherche à prendre une décision, j'ai presque l'impression de ne pas tenir en place.
11. Je ne me retrouve presque jamais dire l'opposé de ce que je voulais.
12. C'est impossible de savoir comment vous vous sentez parce que les personnes qui vous entourent changent constamment.
13. Je me sens rarement déboussolé au point d'avoir des difficultés pour fonctionner.
14. J'ai toujours l'impression de douter le plus de moi au moment où j'ai le plus confiance en moi.
15. Mes pensées sont habituellement claires, tout du moins pour moi-même.
16. J'ai toujours l'impression d'avoir des difficultés pour décider de ce que je voudrais faire.
17. Mes pensées sont plus liées au hasard qu'ordonnées.
18. La plupart des gens semblent savoir ce qu'ils ressentent plus facilement que moi.
19. La manière dont je perçois les choses est très proche de celle des autres personnes.
20. L'amour et la haine ont tendance à aller ensemble.
21. Parfois mes pensées s'évanouissent simplement.
22. L'amour ne semble jamais durer très longtemps.
23. Je peux habituellement garder mes pensées autour d'un même axe.
24. Plus je me rapproche des gens, plus je suis énervé par leurs défauts.

25. Mes pensées sont si vagues et imprécises que je souhaite pouvoir les saisir et les remettre en ordre.
26. Chacun a beaucoup de ressentiment caché à l'égard des gens qu'ils aiment.
27. J'ai habituellement l'impression que les gens comprennent ce que je dis.
28. J'ai remarqué que des sentiments de tendresse se transforment souvent en sentiments de colère.
29. Il y a eu des fois où je suis resté un jour entier ou plus sans parler.
30. Mes expériences en amour ont toujours été mélangées à d'importantes frustrations.
31. Normalement je ne deviens pas désorienté par la survenue des choses.
32. Je trouve fréquemment que des sentiments de haine s'interfèrent quand je suis arrivé à aimer quelqu'un.
33. Il est habituellement facile de garder en tête une idée que je cherche à éclaircir.
34. Un sentiment de honte m'a souvent créé des difficultés pour accepter les compliments des autres.
35. Mes pensées vont si vite que je ne peux pas les saisir.
36. J'éprouve normalement du doute une fois que j'ai terminé quelque chose sur lequel j'ai travaillé depuis très longtemps.
37. Je n'ai habituellement pas l'impression que je divague inutilement quand je parle.
38. Je doute de ne jamais pouvoir être sûr exactement de ce que sont mes vrais intérêts.
39. Parfois lorsque j'essaie de fixer mon attention sur une idée, tant d'autres pensées viennent à mon esprit que je me trouve dans l'impossibilité de me concentrer uniquement sur une seule.
40. Je n'ai aucune difficulté pour contrôler mes pensées.
41. Ma pensée souvent devient « brumeuse » sans aucune raison.
42. Je pense que je suis assez bon pour communiquer mes idées aux autres.
43. Je me trouve souvent en train de dire quelque chose qui signifie l'inverse de ce que je voulais dire.
44. Mes pensées sautent souvent d'un sujet à l'autre sans aucun lien logique.
45. Je suis assez bon pour suivre l'écoulement du temps.
46. Souvent durant la journée, je me sens comme si j'étais noyé par des pensées.
47. La façon dont je traite les informations est très différente de celle des autres personnes.
48. Je n'ai aucune difficulté pour séparer le passé du présent.
49. Je trouve souvent que ce que je dis rend les gens perplexes.
50. Mes pensées semblent aller et venir si rapidement que je ne peux pas les suivre.
51. Je peux habituellement réfléchir aux choses jusqu'au bout de façon claire.
52. Souvent je me sens confus quand je cherche à expliquer mes idées.
53. Habituellement le cheminement de mes pensées n'est pas difficile à suivre.
54. Je n'ai pas de difficultés à contrôler mes pensées.

Instructions de cotation : Comptez un point lorsque le sujet a donné les réponses suivantes (V : Vrai – F : Faux) Question 1 : F, Question 2 : V, Question 3 : V, Question 4 : V, Question 5 : V, Question 6 : V, Question 7 : V, Question 8 : V, Question 9 : V, Question 10 : V, Question 11 : F, Question 12 : V, Question 13 : F, Question 14 : V, Question 15 : F, Question 16 : V, Question 17 : V, Question 18 : V, Question 19 : F, Question 20 : V, Question 21 : V, Question 22 : V, Question 23 : F, Question 24 : V, Question 25 : V, Question 26 : V, Question 27 : F, Question 28 : V, Question 29 : V, Question 30 : V, Question 31 : F, Question 32 : V, Question 33 : F, Question 34 : V, Question 35 : V, Question 36 : V, Question 37 : F, Question 38 : V, Question 39 : V, Question 40 : F, Question 41 : V, Question 42 : F, Question 43 : V, Question 44 : V, Question 45 : F, Question 46 : V, Question 47 : V, Question 48 : F, Question 49 : V, Question 50 : V, Question 51 : F, Question 52 : V, Question 53 : F, Question 54 : F.

ANNEXE 2

ECHELLE DE COTATION PSYCHIATRIQUE BREVE

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Version élargie

INSTRUCTIONS : Ce formulaire consiste en 24 symptômes, dont chacun doit être évalué sur une échelle de sévérité de 7 points, allant de "absent" à "extrêmement sévère". Si un symptôme particulier n'est pas évalué, écrire PE pour Pas Evalué. Entourer le numéro qui correspond le mieux au terme décrivant la condition du patient pendant l'interview.

SCORE : PE : Pas Evalué 1 : Absent 2 : Très léger 3 : Leger 4 : Modéré 5 : Modérément sévère 6 : Sévère 7 : Extrêmement sévère

Questions 1 à 12 basées sur l'auto-observation du patient pendant l'interview.

Les questions 12 et 13 sont également évaluées sur le comportement ou langage observé pendant l'interview. Citer des exemples.

1. Préoccupation somatique 2. Anxiété 3. Dépression 4. Tendances suicidaires

5. Sentiment de culpabilité 6. Hostilité 7. Humeur élevée 8. Mégalomanie

9. Suspicion 10. Hallucinations 11. Pensées inhabituelles 12. Comportement bizarre

13. Négligence personnelle 14. Désorientation

Questions 15 à 24 basées sur le comportement et le l'interview.

15. Désorganisation conceptuel.

16. Affect émoussé 17. Retrait émotionnel 18. Ralentissement moteur

19. Tension 20. Absence de coopération

21. Excitation 22. Distractibilité 23. Hyperactivité motrice

24. Maniérismes et attitudes

ANNEXE 3

SANS

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Andreasen)

Traduction française : Lecrubier et Boyer

SCORE : 0 – Absent(e), aucun(e), inexistant(e) 1 – Doute, discutable 2 – Léger(e) 3 – Moyen(ne) 4 – Important(e) 5 – Sévère, grave

Retrait ou pauvreté affective			Intensité
1	Expression figée du visage	L'expression faciale paraît rigide, figée, mécanique. On note une absence ou une diminution des changements d'expression en rapport avec le contenu du discours	
2	Diminution des mouvements spontanés	Le patient est assis immobile durant l'entretien et présente peu ou pas de mouvements spontanés. Il ne change pas de position, ne bouge pas ses membres...	
3	Pauvreté de l'expression gestuelle	La malade n'utilise pas les mouvements de son corps pour aider à l'expression de ses idées tels que gestes des mains, posture penchée en avant.	
4	Pauvreté du contact visuel	Le malade éviter de regarder l'autre, ou d'utiliser ses yeux pour s'exprimer. Son regard semble perdu dans le vide même lorsqu'il parle.	
5	Absence de réponses affectives	Ne rit ou ne sourit pas lorsqu'il y est incité.	
6	Affect inapproprié	L'affect exprimé est inapproprié ou incongru et non simplement pauvre et émoussé.	
7	Monotonie de la voix	Lorsqu'il parle, le malade ne présente pas les modulations vocales normales. Le discours est monotone.	
8	Évaluation globale de la pauvreté affective	L'évaluation globale prend en compte la gravité de l'ensemble de L'émoussement affectif. Une importance particulière doit être donnée au noyau représenté par l'absence de réactivité, une diminution globale du vécu émotionnel et son caractère inapproprié	
Alogie			Intensité
9	Pauvreté du discours	C'est la réduction de la quantité de propos spontanés, aboutissant à des réponses brèves, concrètes et non élaborées aux questions.	
10	Pauvreté du contenu du discours (idéique)	Bien que les réponses soient suffisamment longues pour que le discours soit normal en quantité, il comporte peu d'informations. Le langage tend à être vague, souvent trop abstrait ou concret, répétitif ou stéréotypé.	
11	Barrages	Le malade décrit spontanément, ou à partir d'une question, une interruption du cours de sa pensée (pas nécessairement observée).	
12	Augmentation des latences des réponses	La durée qui s'écoule avant que le malade ne réponde aux questions est plus longue que normalement. Il peut sembler "ailleurs". Il a cependant compris la question.	
13	Évaluation globale de l'alogie	Les signes nucléaires de l'alogie étant la pauvreté du discours et celle de son contenu, l'évaluation globale doit particulièrement en tenir compte.	
Avolition, apathie			Intensité
14	Toilette, hygiène	Vêtements négligés ou sales cheveux graisseux, odeur corporelle...	
15	Manque d'assiduité au travail ou à l'école	Le malade a des difficultés à trouver et à garder un emploi ou une insertion scolaire en rapport avec son age, à effectuer les travaux ménagers S'il est hospitalisé, il ne participe pas de façon durable aux activités du service.	

16	Anergie physique	L'inertie est physique : le sujet peut rester des heures assis sur une chaise sans entreprendre spontanément une activité.	
17	Évaluation globale de l'avolition et de l'apathie	Un poids important peut être accordé à un ou deux symptômes prédominants dans l'évaluation globale s'ils sont particulièrement frappants.	
Anhédonie, retrait social			Intensité
18	Intérêts et activités de loisirs	Le malade présente peu de centres d'intérêts, peu d'activités ou de "hobbies". L'évaluation doit prendre en compte les aspects qualitatifs de ces intérêts.	
19	Intérêts et activités sexuels	Le malade peut présenter une diminution des intérêts sexuels ou du plaisir correspondant.	
20	Incapacité à vivre des relations étroites ou intimes	Le malade peut présenter une incapacité à développer des relations étroites ou intimes en particulier avec sa famille ou des sujets du sexe opposé.	
21	Relation avec les amis et collègues	Le malade peut avoir peu ou pas d'amis et faire peu d'effort pour y remédier, choisissant d'être pratiquement tout le temps seul.	
22	Évaluation globale de l'anhédonie et du retrait social	L'évaluation globale doit prendre en compte la sévérité de l'ensemble de la symptomatologie anhédonie et retrait social en tenant compte des normes attendues selon l'age, le sexe et le statut social.	
Attention			Intensité
23	Inattention dans les activités sociales	Au cours de ses activités ou relation sociales, le malade paraît inattentif, semble perdu.	
24	Inattention durant la cotation	Pour l'évaluer on demande au sujet d'épeler le mot monde à l'envers ou proposer des épreuves arithmétiques simples du niveau scolaire (5 niveaux de décomptage de 7 en 7 à partir de 100). Score 0 = 0 erreur Score 1 = 0 erreur, hésite Score 2 = 1 erreur Score 3 = 2 erreurs Score 4 = 3 erreurs Score 5 = > 3 erreurs	
25	Évaluation globale de l'inattention	L'évaluation globale des possibilité attentionnelle ou de concentration doit tenir compte des éléments cliniques et des performances aux tests.	

Total des 25 items

ANNEXE 4

SAPS

Scale for the Assessment of Positive Symptoms (Andreasen)

Traduction française : Lecrubier et Boyer

SCORE : 0 – Absent(e), aucun(e), inexistant(e) 1 – Doute, discutable
2 – Léger(e) 3 – Moyen(ne) 4 – Important(e) 5 – Sévère, grave

Hallucinations			Intensité
1	Hallucinations auditives	Le malade rapporte qu'il a entendu des voix, des bruits ou d'autres sons que personne d'autre n'a entendu.	
2	Commentaires des actes et de la pensée	Le malade fait mention d'une voix qui commente son comportement et ses pensées.	
3	Hallucinations de conversation	Le malade rapporte qu'il a entendu deux ou plusieurs voix parler entre elles.	
4	Hallucinations somatiques ou tactiles	Le malade fait mention de sensations physiques bizarres au niveau de son corps.	
5	Hallucinations olfactives	Le malade sent des odeurs inhabituelles que personne d'autre n'a remarquées.	
6	Hallucinations visuelles	Le malade voit des formes ou des personnes qui ne sont pas réellement présentes.	
7	Évaluation globale des hallucinations	Cette évaluation doit prendre en compte la durée et la sévérité des hallucinations et leur retentissement sur la vie du patient.	

I

Idées délirantes			Intensité
8	Idées délirantes de persécution	Le malade pense qu'il est, d'une façon ou d'une autre, persécuté ou victime d'un complot.	
9	Idées délirantes de jalousie	Le malade pense que son conjoint a une relation amoureuse avec quelqu'un d'autre.	
10	Idées délirantes de culpabilité ou de péché	Le malade croit qu'il a commis un terrible péché ou fait quelque chose d'impardonnable.	
11	Idées délirantes de grandeur	Le malade pense qu'il est détenteur de pouvoirs spéciaux ou doué de capacités exceptionnelles.	
12	Idées délirantes religieuses	Le malade est préoccupé par des croyances erronées de nature religieuse.	
13	Idées délirantes somatiques	Le patient est convaincu que d'une façon ou d'une autre son corps est malade, anormal ou modifié.	
14	Idées délirantes de référence	Le malade a le sentiment que des remarques ou des événements sans importance le concernent ou possèdent une signification spéciale.	
15	Idées délirantes d'influence	Le malade a le sentiment que ses impressions ou ses actions sont contrôlées par une force extérieure.	
16	Idées délirantes de lecture de la pensée	Le malade croit que les autres sont capables de lire ou de connaître ses pensées.	
17	Divulgation de la pensée	Le malade croit que ses pensées sont divulguées de telle sorte que lui- même ou les autres peut ou peuvent l'entendre.	
18	Idées délirantes de pensée imposée	Le malade croit que des pensées qui ne sont pas les siennes ont été introduites dans son cerveau.	

19	Idées délirantes de vol de la pensée	Le malade pense que des pensées lui ont été dérobées.	
20	Évaluation globale des idées délirantes	L'évaluation globale doit prendre en compte la durée et la persistance des idées délirantes et leur retentissement sur la vie du malade.	
Comportement bizarre			Intensité
21	Habillement et présentation	Le malade s'habille de façon inhabituelle ou fait des choses étranges pour modifier son apparence.	
22	Conduite sociale et sexuelle	Le malade se comporte d'une façon inappropriée par rapport aux normes sociales en cours (par exemple se masturbe en public).	
23	Comportement agressif ou agité	Le malade peut être agressif, agité de façon souvent imprévisible.	
24	Comportement répétitif ou stéréotypé	Le malade met en place des séries d'action ou de rituels répétitifs qu'il est oblige de faire et refaire.	
25	Évaluation globale de la sévérité du comportement bizarre	Cette évaluation doit prendre en compte le type de comportement et sa déviance par rapport aux normes sociales.	
Trouble de la pensée formelle non-déficitaire			Intensité
26	Relâchement des associations	Modalité de discours où les idées dévient vers d'autres sujets n'ayant avec elles que des rapports lointains (voire inexistants).	
27	T angentialité	Façon de répondre à une question de manière indirecte ou inappropriée.	
28	Incohérence (salade de mots, schizophasie)	Type de discours qui, à certains moments, est fondamentalement incompréhensible.	
29	Pensée illogique	Type de discours ou les articulations n'ont pas d'organisation logique.	
30	Discours circonlocutoire (digressive)	Type de discours (ou de pensées) prenant des voies très indirectes et tardant à atteindre son objectif.	
31	Logorrhée	Le discours du patient est rapide et difficile à interrompre ; la quantité de discours produite spontanément est plus importante que de coutume.	
32	Distractibilité du discours	Le patient est distrait par des stimuli de l'environnement qui interrompent son discours.	
33	Associations par assonances	Type de discours dans lequel ce sont les sons plutôt que les relations sémantiques qui gouvernent le choix des mots.	
34	Évaluation globale du trouble positif de la pensée formelle	Cette évaluation doit prendre en compte la fréquence de l'anomalie et son retentissement sur la capacité du patient à communiquer.	

Total des 34 items

ANNEXE 5 **PANSS**

KAY S.R., OPLER L.A. et FISZBEIN A.

Traduction française : J.P. Lépine

CONSIGNES

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation

Echelle positive

1. **P1** Idées délirantes.
2. **P2** Désorganisation conceptuelle.
3. **P3** Activité hallucinatoire.
4. **P4** Excitation.
5. **P5** Idées de grandeur.
6. **P6** Méfiance/Persécution.
7. **P7** Hostilité.

Echelle négative

1. **N1** Emoussement de l'expression des émotions
2. **N2** Retrait affectif.
3. **N3** Mauvais contact.
4. **N4** Repli social passif/apathique.
5. **N5** Difficultés d'abstraction.
6. **N 6** Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.
7. **N 7** Pensée stéréotypée.

Echelle psychopathologique générale

1. **G1** Préoccupations somatiques.
2. **G2** Anxiété
3. **G3** Sentiments de culpabilité.
4. **G4** Tension
5. **G5** Maniérisme et troubles de la posture.
6. **G6** Dépression.
7. **G7** Ralentissement psychomoteur.
8. **G8** Manque de coopération.
9. **G9** Contenu inhabituel de la pensée.
10. **G10** Désorientation.
11. **G11** Manque d'attention.
12. **G12** Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.
13. **G13** Trouble de la volition.
14. **G14** Mauvais contrôle pulsionnel.
15. **G15** Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques).
16. **G16** Evitement social actif.

ANNEXE 6

BIS – (échelle d'insight actuel)

Traduction française : Jaafari

Lisez, s'il vous plaît les énoncés suivants attentivement et cochez ensuite la case qui vous correspond le mieux.

	D'accord	Pas d'accord	Incertain(e)
1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination			
2. Je me sens psychologiquement bien			
3. Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux			
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire			
5. Le médecin a raison de me prescrire un traitement médicamenteux			
6. Je n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre			
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison			
8. Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie			

ANNEXE 7

ÉCHELLE de DÉPRESSION de CALGARY pour la SCHIZOPHRÉNIE

Dr. Donald Addington & Dr. Jean Addington

Le cadre temporel concerne ***les 2 dernières semaines****.*
Evaluer chaque item de 0 absent , 1 léger, 2 modéré à 3 sévère.

1) Dépression
Comment pourriez-vous décrire votre humeur durant les 2 dernières semaines : avez-vous pu demeurer raisonnablement gai ou est ce que vous avez été très déprimé ou plutôt triste ces derniers temps ? Combien de fois vous êtes-vous senti ainsi, tous les jours ? toute la journée ?

2) Désespoir
Comment entrevoyez-vous le futur pour vous-même? Est ce que vous pouvez envisager un avenir pour vous ? Ou est-ce que la vie vous paraît plutôt sans espoir ? Est ce que vous avez tout laissé tomber ou est ce qu'il vous paraît y avoir encore des raisons d'essayer ?

3) Auto-dépréciation
Quelle est votre opinion de vous-même, en comparaison avec d'autres personnes ? Est ce que vous vous sentez meilleur ou moins bon, ou à peu près comparable aux autres personnes en général ? Vous sentez-vous inférieur ou même sans aucune valeur ? Si oui quel serait le pourcentage de temps durant lequel vous ressentez ce sentiment ?

4) Idées de référence associées à la culpabilité
Avez-vous l'impression que l'on vous blâme pour certaines choses ou même qu'on vous accuse sans raison ? A propos de quoi ? (ne pas inclure ici des blâmes ou des accusations justifiées. Exclure les délires de culpabilité ou les propos des hallucinations en tant que tels).

5) Culpabilité pathologique
Avez-vous tendance à vous blâmer vous-même pour des petites choses que vous pourriez avoir faites dans le passé ? Pensez-vous que vous méritez d'être aussi préoccupé de cela ?

6) Dépression matinale
Lorsque vous vous êtes senti déprimé au cours des deux dernières semaines, avez-vous remarqué que la dépression était pire à certains moments de la journée ?

7) Éveil précoce
Vous réveillez-vous plus tôt le matin qu'à l'accoutumée ? Combien de fois par semaine cela vous arrive-t-il ?

8) Suicide
Avez-vous déjà eu l'impression que la vie ne valait pas la peine d'être vécue ? Avez-vous déjà pensé mettre fin à tout cela ? Qu'est ce que vous pensez que vous auriez pu faire ? Avez-vous effectivement essayé ?

9) Dépression observée
Se baser sur l'ensemble de l'entretien. Est-ce que vous ressentez parfois l'envie de pleurer ?

TOTAL / 27

ANNEXE 8

HDRS / HAM-D

Hamilton Depression Rating Scale

Traduction française :Guelfi

1	Humeur dépressive (tristesse, désespoir, autodépréciation)	Quelle a été votre humeur au cours de la semaine écoulée ? Vous êtes-vous senti(e) abattu(e) ou déprimé(e) ? Triste ? Désespéré(e) ? Au cours de la semaine dernière, combien de fois vous êtes-vous senti(e)... ? Chaque jour ? Pendant toute la journée ? Vous est-il arrivé de pleurer ?	01234
2	Sentiments de culpabilité	Vous êtes-vous senti(e) particulièrement critique vis-à-vis de vous-même au cours de la semaine, en ayant l'impression de faire tout de travers ou de laisser tomber les autres ? Si oui : quelles ont été vos pensées ? Vous êtes-vous senti(e) coupable d'avoir fait ou de ne pas avoir fait quelque chose ? Avez-vous pensé que vous étiez en quelque sorte la cause de votre propre dépression ? Avez-vous le sentiment que votre maladie est une punition ?	01234
3	Tendance suicidaire	Au cours de la semaine écoulée, vous est-il arrivé de penser que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, que vous préféreriez être mort ? Avez-vous eu envie de vous faire du mal ? Si oui : à quoi avez-vous pensé exactement ? Avez-vous fait quelque chose pour vous faire du mal ?	01234
4	Insomnie lors de l'endormissement	Comment avez-vous dormi au cours de la dernière semaine ? Avez-vous eu des difficultés à vous endormir après vous être couché(e) ? Combien de temps vous a-t-il fallu avant de vous endormir ? Au cours de cette dernière semaine, combien de fois avez-vous eu du mal à vous endormir en début de nuit ?	012
5	Insomnie au milieu de la nuit	Toujours la dernière semaine, vous est-il arrivé de vous réveiller en pleine nuit ? Si oui : vous êtes-vous levé(e) ? Qu'avez-vous fait ? Êtes-vous allé(e) simplement aux toilettes ? Quand vous retournez au lit, êtes- vous capable de vous rendormir immédiatement ? Avez-vous la sensation que votre sommeil est agité ou perturbé au cours de certaines nuits ?	012
6	Insomnie du petit matin	Pendant la semaine dernière, à quelle heure vous êtes-vous réveillé(e) le matin (sans vous rendormir ensuite) ? Si très tôt : est-ce à cause d'un réveil-matin ou vous réveillez-vous tôt habituellement ? (c'est-à- dire quand vous n'êtes pas déprimé) ?	012
7	Travail et activités	Comment avez-vous passé votre temps la semaine dernière (lorsque vous n'étiez pas en train de travailler) ? Vous êtes-vous intéressé(e) à ce que vous faisiez, ou aviez-vous l'impression de devoir vous forcer pour faire les choses ? Avez-vous arrêté de faire quelque chose que vous aviez l'habitude de faire ? Si oui : pourquoi ? Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire ou que vous attendez avec impatience ?	01234
8	Ralentissement	Ralentissement de la pensée, du langage. Aucune question nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien.	01234
9	Agitation	Aucune question nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien.	01234
10	Anxiété psychique	Vous êtes-vous senti(e) particulièrement tendu(e) ou irritable au cours de cette dernière semaine ? Vous êtes-vous inquiété(e) d'une multitude de petits détails qui ne vous auraient pas inquiété(e) en temps normal ? Si oui : quelles choses, par exemple ?	01234
11	Anxiété somatique	avez-vous eu la bouche sèche, du mal à digérer, une indigestion, une diarrhée, des crampes, des renvois, des palpitations, des maux de tête, du mal à respirer, des problèmes urinaires, une transpiration ? A quel point ces symptômes vous ont-ils gêné(e) au cours de la dernière semaine ? Ont-ils été très intenses ? Les avez-vous ressentis souvent ? A quelle fréquence ? (sauf origine médicamenteuse)	01234
12	Symptômes gastro-intestinaux	Avez-vous eu de l'appétit au cours de la semaine ? Était-il comparable à votre appétit habituel ? Avez-vous dû vous forcer à manger ? D'autres personnes ont-elles dû vous pousser à manger ?	012
13	Symptômes somatiques généraux	Avez-vous eu suffisamment d'énergie au cours de la semaine écoulée ? Vous êtes-vous senti(e) constamment fatigué(e) ? Avez-vous ressenti des lourdeurs dans les membres, le dos ou la tête ?	012
14	Symptômes sexuels	Au point de vue sexuel, y a-t-il eu des modifications de votre intérêt pour la sexualité au cours de la dernière semaine ? Je ne parle pas de votre activité sexuelle mais de votre intérêt pour la sexualité. Cet intérêt a-t-il subi une modification (par rapport à avant la dépression) ? Avez-vous beaucoup pensé au sexe ? Si non : est-ce habituel pour vous ?	012
15	Hypocondrie	Au cours de la semaine écoulée, vos pensées se sont-elles souvent centrées sur votre santé physique ou sur la façon dont votre corps fonctionne (par rapport à votre état d'esprit habituel) ? Vous plaignez-vous souvent de votre état physique ? Vous est-il arrivé de demander de l'aide pour des choses que vous auriez pu faire vous-même ? Si oui : quoi, par exemple ? Combien de fois est-ce arrivé ?	01234
16	Amaigrissement	**A**. Sur les dire du patient : Avez-vous perdu du poids récemment ? Si oui : combien ? En cas de doute : avez-vous l'impression que vous flottez plus qu'avant dans vos vêtements ? **B**. Lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées	AB 012
17	Insight	Évaluation fondée sur l'observation au cours de l'entretien.	012

Total des 17 premiers items (score de sévérité)

Items 18 à 21 : *Ne pas inclure dans le score de sévérité, sert à définir le sous-type de dépression*

18	Variations dans la journée	**A**. Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée. **B**. Quand il y a variation diurne, indiquer sa sévérité.	Non Matin Après-midi 012
19	Dépersonnalisation et déréalisation		01234
20	Symptômes délirants		0123
21	Symptômes obsessionnels et compulsifs		012

RESUME

Dans la description initiale de la Schizophrénie en 1911 par E.Bleuler il est fait une part importante au symptôme d'ambivalence, qualifié de fondamental, se définissant comme l'existence, simultanée ou rapprochée, chez un sujet de deux valences intellectuelles, affectives ou comportementales qu'il ne peut départager et qui ne font pas sens pour lui.

Cependant au cours du XXème siècle la spécificité de ce symptôme tombe en désuétude et peu d'études s'y intéressent. En 1984 est alors créée une échelle d'auto évaluation de l'ambivalence, nommée SAS, qui n'arrive cependant pas à saisir spécifiquement ce symptôme chez les sujets atteints de Schizophrénie.

Actuellement le diagnostic de schizophrénie par le DSM-5 repose sur les symptômes dits « positifs » et « négatifs » sans que soit mentionné le symptôme d'ambivalence

Dans ce contexte nous avons réfléchi à la conception d'une nouvelle échelle d'auto évaluation spécifique du symptôme d'ambivalence chez les patients schizophrènes afin de tenter de lui redonner toute sa pertinence et spécificité.

En s'inspirant des données de la littérature actuelle, de la pertinence des échelles d'auto évaluation dans la schizophrénie et du verbatim de patients par le biais d'un questionnaire envoyé à l'ensemble des praticiens hospitalier du CH du Rouvray, nous avons conçu une échelle nommée PASS afin de tester notre hypothèse de l'existence spécifique de ce symptôme chez les sujets schizophrènes.

Ainsi le test de cette échelle dans le cadre d'une étude statistique préliminaire nous a permis une nouvelle approche de l'évaluation du symptôme avec des résultats prometteurs et des critiques à considérer pour l'éventuelle conception ultérieure d'un outil plus robuste.

MOTS CLES

Ambivalence – Schizophrénie -Désorganisation –Discordance - Eugène Bleuler
Echelle d'auto évaluation