

SCHIZOPHRENIE DEBUTANTE ET THEORIE DE L'ESPRIT



M. Cermolacce (1), M. Habib (2), A. Dos Santos (2), J. Naudin (1).

(1) Service de Psychiatrie Adultes, CHU La Timone, Marseille.

(2) Institut de Neurosciences Cognitives de la Méditerranée, CNRS, Marseille.



Introduction

Notion de théorie de l'esprit :

La théorie de l'esprit (TOM pour *theory of mind*) est l'aptitude à prévoir ou à expliquer le comportement de nos semblables, en leur attribuant des croyances, des souhaits ou des intentions, c'est-à-dire en considérant qu'ils ont des états mentaux différents des nôtres. Cette notion, initialement utilisée par Premack et Woodruff (1978) chez les primates, a depuis été explorée auprès d'enfants autistes, en psychologie du développement, auprès de patients schizophrènes ou cérébro-lésés.

Théorie de l'esprit et schizophrénie :

L'approche des phénomènes d'attribution d'intentions à autrui chez des patients atteints de schizophrénie demeure l'objet de nombreuses controverses. Pour Frith et l'école de Londres, le déficit en théorie de l'esprit est un processus pathologique précoce dans l'évolution schizophrénique, théoriquement présent dès le premier épisode, s'atténuant après régression des symptômes paranoïdes (Pickup et Frith, 2001), et peut notamment être évalué au moyen d'épreuves verbales (*fausses croyances* : FC), à la difficulté progressive mais à la spécificité discutée (Frith, 2004). Pour Sarfati et Hardy-Baylé, cette atteinte se limiterait au contraire à une symptomatologie désorganisée, lors de l'évaluation non verbale d'attribution d'intentions (AI), (Sarfati et al., 2000).

Schizophrénie débutante :

La schizophrénie débutante constitue un enjeu diagnostic, thérapeutique et étiologique crucial. Malgré de nombreux travaux sur la présence précoce et stable d'atteintes cognitives chez les patients schizophrènes en début de maladie (Addington et al., 2003), il n'existe pas, à notre connaissance, de travaux étudiant d'éventuels troubles en TOM chez ces mêmes patients.

Hypothèses

Hypothèse principale :

■ Hypothèse d'un trouble schizophrénique précoce en TOM, dès la première année de prise en charge.

Hypothèses secondaires :

- Homogénéité des performances en TOM (quelles que soient les modalités de présentation)
- Relation entre désorganisation clinique et trouble en TOM

Méthodologie

Participants :

- Groupe FE (premier épisode) : N=11
- en première année de prise en charge
- schizophrénie ou trouble schizophréniforme, en phase aiguë
- Groupe ME (multiples épisodes) : N=12
- Groupe T (témoins) : N=12

Appariement : en âge pour les groupes FE et T, en sévérité clinique pour les groupes ME et FE, en années d'éducation et en QI pour les 3 groupes.

		IMMENSE	GRAND	MILIEU	MOYEN	FAIBLE	TRÈS FAIBLE	TRÈS ÉLEVÉ	ÉLEVÉ	TRÈS ÉLEVÉ	TRÈS ÉLEVÉ	TRÈS ÉLEVÉ	BZD
FE	Moyenne	21,73	12,54	3	3	0	70,16	4,54	590,91	6,45			
	Ecart-type	2,37	1,748				8,4	2,618	255,439	6,289			
ME	Moyenne	44,5	11,58	0	7	2	68,75	7,33	612,33	8,17			
	Ecart-type	10,95	1,73				10,927	3,916	346,030	8,380			
Témoins	Moyenne	24,52	3,4										
	Ecart-type	1,676	1,205										

Caractéristiques sociométriques des participants

NL : neuroleptiques (équivalence en mg de chlorpromazine). BZD : benzodiazépines (équivalence en mg de Lorazepam)

Evaluations :

■ Evaluation clinique : DSM IV, PANSS et TLC

■ Epreuves en TOM :

- non verbales (école de Versailles : 14 planches à compléter, AI)



ci-dessus : séquence à compléter



(fréquence change) (similaire personne) (répéter correct)

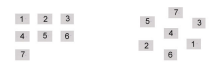
- verbales (école de Londres : 14 situations, FC, allusion, 2^{ème} °)

Frank a cinq cigarettes dans son paquet. Il pose son paquet sur la table et sort de la pièce. Pendant ce temps, Stéphanie rentre, prend une cigarette dans le paquet de Frank et ressort sans croquer Frank.
quand Frank revient, combien de cigarettes pense-t-il retrouver dans son paquet ? (combien de cigarettes reste-t-il en réalité ?)

(fausse croyance, d'après Frith & Corcoran, 1996)

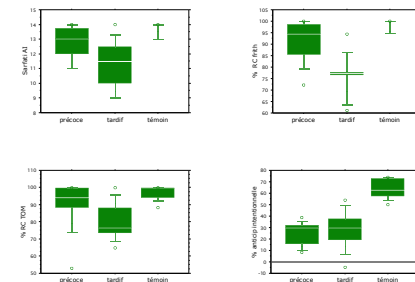
- épreuve originale : « séquençage intentionnel »

- 7 images présentées dans le désordre (d'après Leboeuf)
- séquençage, récit spontané, et récit structuré
- scores « intentionnels » :
TOM (AI, FC, tromperie, 2^{ème} degré)
valence émotionnelle, intention gestuelle
score d'« anticipation intentionnelle »



séquence classique séquence initialement présentée

Résultats



Performances aux épreuves de TOM auprès des trois groupes :

(FE : groupe « précoce », ME : groupe « tardif », et groupe témoins) ; en haut à gauche, épreuves non verbales d'attribution d'intentions de Sarfati et al. (sur 14) ; en haut à droite, épreuves verbales de Frith et al. (% de réponses correctes) ; épreuve de séquençage intentionnel : en bas à gauche, score total, et en bas à droite, score d'anticipation intentionnelle

3 profils de performance en TOM

Performances ME = FE < T :
Épreuve de « séquençage intentionnel » (anticipation intentionnelle) **

Performances ME < FE < T :
Non verbales AI **
Verbales (score total et 2nd degré) **

Performances ME < FE = T :
Épreuve de « séquençage intentionnel »
(second degré **, score global **, valence émotionnelle *)
Erreurs non verbales par fréquence d'usage **

(significativité des comparaisons * : p < 0.05 ; ** : p < 0.01)

3 profils sont distingués en comparant les performances des groupes FE, ME et T.

- un profil d'altération précoce (ME = FE < T)
- un profil d'altération intermédiaire (ME < FE < T)
- un profil d'altération tardive (ME < FE = T)

Autres résultats :

- Corrélation entre les performances des différentes épreuves en théorie de l'esprit, malgré des modalités distinctes.
- Corrélation entre désorganisation clinique (TLC) et mauvaises performances en théorie de l'esprit (toutes modalités).
- Absence de corrélation entre performances en théorie de l'esprit et :
- nombre ou durée des hospitalisations,
- âge de début de la maladie,
- traitements médicamenteux,
- sous-scores cliniques (PANSS).

Conclusion

Confirmation des hypothèses :

Notre étude démontre la présence de performances perturbées à des épreuves en TOM auprès de patients schizophréniques dès la première année de prise en charge. Si cette notion est classiquement admise (Frith 2004), elle n'avait pas été explorée de façon expérimentale. Les performances observées auprès du groupe FE témoignent d'une atteinte intermédiaire entre sujets du groupe ME et du groupe témoin (*hypothèse principale*).

De plus, ces perturbations apparaissent indépendantes des modalités de présentation proposées, confirmant de précédents travaux (Sarfati et al., 2000 ; Gallagher et al., 2000). Enfin, si les perturbations en TOM sont significativement liées à la désorganisation clinique (selon l'hypothèse de Sarfati et al., 2000), aucune relation n'est significativement observée avec la symptomatologie délirante. Ce dernier résultat s'oppose à l'hypothèse initiale du modèle de Frith (Gallagher et al., 2000).

Limites méthodologiques de l'étude :

- taille des échantillons et hétérogénéité du groupe ME
- manque de spécificité des épreuves de 2^{ème} degré
- absence d'évaluation de la sur-attribution d'intentions
- absence d'hallucinations lors des épreuves
- absence de contrôles psychiatriques jeunes
- doute diagnostic et absence de suivi longitudinal
- biais de sélection population ME

Limites théoriques de l'étude :

- la capacité à attribuer des états mentaux chez autrui existe-t-elle en tant que processus cognitif authentique, homogène, cohérent ?
- cette capacité constitue-t-elle la base des phénomènes intersubjectifs, et résume-t-elle à elle seule les interactions sociales ? (Zahavi, 2005)

Perspectives :

- évaluation des fonctions exécutives et relations avec TOM
- suivi longitudinal des patients du groupe FE
- évaluation de la sur-attribution d'intentions
- exploration de la notion d'anticipation intentionnelle
- comparaison des performances en TOM et de l'expérience subjective des patients.

Bibliographie

- Addington J, Brooks BL, Addington D. Cognitive functioning in first episode psychosis: initial presentation. *Schizophr Res*. 2003 Jul; 1:62(1-2):59-64.
- Frith CD. Schizophrenia and theory of mind. *Psychol Med*. 2004 Apr; 34(3):385-9.
- Gallagher HL, Happe F, Brunswick N, Fletcher PC, Frith U, Frith CD. Reading the mind in cartoons and stories: an fMRI study of 'theory of mind' in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia*. 2000; 38(1):11-21.
- Pickup GI, Frith CD. Theory of mind impairments in schizophrenia: symptomatology, severity and specificity. *Psychol Med*. 2001 Feb; 31(2):207-20.
- Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav Br Sci*. 1978; 4: 515-526.
- Sarfati Y, Passerieux C, Hardy-Bayle M. Can verbalization remedy the theory of mind deficit in schizophrenia? *Psychopathology*. 2000 Sep-Oct; 33(5):246-51.
- Zahavi D. Theory of mind, autism and embodiment. In: Subjectivity and Selfhood : Investigating the first-person perspective. Cambridge, MA: MIT Press. 2005. In press.