

Nicolas Georgieff

**QU'EST-CE QUE  
LA SCHIZOPHRÉNIE ?**

**DUNOD**

Une première édition de cet ouvrage est parue en 1995 aux Éditions Flammarion dans la collection «Dominos» sous le titre *La schizophrénie*. Cette édition a été actualisée et complétée par l'auteur.

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de

l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2004, 2021 pour la nouvelle présentation  
11, Rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
[www.dunod.com](http://www.dunod.com)  
ISBN 978-2-10-082218-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Sommaire

<b>Introduction</b>	7
---------------------	---

## **C**hapitre 1 **C**linique de la schizophrénie

<b>I.</b> La désorganisation de la pensée et de l'action	14
<b>II.</b> Hallucinations et délire : un trouble de la conscience de soi	16
<b>III.</b> Le trouble de la relation avec la réalité et avec autrui : la conscience de l'autre	19

## **C**hapitre 2 **P**sychopathologie de la schizophrénie

<b>I.</b> Discordance et dissociation : vers une psychopathologie de la schizophrénie	21
<b>II.</b> L'approche phénoménologie	26
<b>III.</b> Psychopathologie psychanalytique	29
1. Pensée schizophrénique et dissociation : les processus primaires	34
2. Pensée psychotique, inconscient et réalité	35
3. Le statut de la pensée dans la schizophrénie	39
4. « Moi », narcissisme et subjectivité	44
5. Après Freud	47
<b>IV.</b> Psychopathologie et neurosciences : cerveau et pensée schizophrénique	50

1. Anomalies cérébrales	50
2. Études neuropsychologiques et cognitives	50
3. L'imagerie cérébrale	52
4. Aspects neurobiologiques	55
5. Modèles étiologiques	57
6. L'hypothèse neurodéveloppementale	59
7. L'enfance du futur schizophrène	61
<b>V. Pour une psychopathologie pluraliste</b>	<b>63</b>
1. Pensée schizophrénique et cerveau	64
2. Les troubles de la pensée : du sens aux mécanismes	68
3. Comprendre, expliquer	70

### Chapitre 3

#### Actualité de la psychopathologie de la schizophrénie : vers une psychopathologie de l'action

<b>I.</b> La perspective des neurosciences cognitives	73
<b>II.</b> « Troubles cognitifs » et schizophrénie	77
<b>III.</b> Schizophrénie et contrôle de l'action : une relecture de la dissociation	80
<b>IV.</b> Trouble de la représentation de l'action et schizophrénie : une relecture des symptômes « positifs »	82
<b>V.</b> La schizophrénie, pathologie de la subjectivité et de l'intersubjectivité	88
1. Hallucinations, automatisme mental, syndrome d'influence : une pathologie de la distinction soi/autrui	89
2. Conscience d'agir et symptômes schizophréniques	90
3. De l'action à la conscience de soi : hypothèses cognitives	93
4. Conscience de soi, conscience de l'autre	98

<b>VI. La schizophrénie, pathologie de l'empathie ?</b>	102
1. Action et empathie	102
2. Schizophrénie et empathie	105
<b>Conclusions</b>	111
<b>Glossaire</b>	115
<b>Bibliographie</b>	121
<b>Index</b>	127



# Introduction

Dans l'histoire de la philosophie comme dans celle de la médecine, la folie est reliée à un désordre ou à une incohérence (Voltaire, 1764) de la pensée, et plus largement de l'action humaine. La nature de ce désordre, et ses motifs, ont été définis de manière variable au cours du temps, selon l'état des connaissances et selon les croyances. À une interprétation surnaturelle de la folie, s'exprimant dans la plupart des représentations sociales et justifiant une pratique magique, répond (sans être nécessairement contradictoire, dans l'Antiquité, avec la précédente) une démarche explicative rationnelle qui considère ces faits dans le champ des phénomènes naturels, objets de connaissance et relevant d'une thérapeutique. Parmi les représentations surnaturelles, la croyance, qu'elle résulte d'une possession démoniaque, témoigne du pouvoir (toujours) inquiétant de la pathologie mentale. Les approches médicales depuis l'Antiquité, fondées sur l'observation clinique, identifiant des signes (sémiologie) et des maladies (pathologie), puis les recherches cliniques, psychanalytiques, biologiques ou cognitives modernes, relèvent du second domaine. Ces différents abords sont complémentaires plutôt que contradictoires, à condition de distinguer les différents niveaux d'explication ou de description propre à chacun.

La schizophrénie est la plus fréquente des psychoses chroniques. Le terme de « psychose » désigne en psychiatrie un type de pathologie mentale, caractérisée par un trouble grave de la relation avec la réalité, des troubles de l'identité ou de la conscience de soi, des troubles des relations intersubjectives (donc de la communication), et des perturbations spécifiques de l'activité mentale, en particulier le délire et les hallucinations. Les psychoses sont opposées aux « névroses », comme l'hystérie ou la phobie, où la relation

avec la réalité est maintenue ; et où le sujet, contrairement au psychotique, reconnaît l'existence de son trouble.

Les psychoses ont longtemps été confondues avec d'autres troubles mentaux, en particulier les déficits intellectuels congénitaux (« idioties ») ou acquis (démences). L'ensemble de la pathologie mentale est en effet d'abord comprise, dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, comme l'expression univoque de « l'aliénation mentale » selon Pinel ; jusqu'à la reconnaissance de différentes « maladies mentales » (Falret). Esquirol distingue ainsi la « démence », affection acquise résultant d'une perte de la raison, de l'intelligence et de la volonté, et « l'idiotie », où ces troubles sont présents depuis l'origine et ne peuvent varier (Garrabé). Puis la pathologie mentale à proprement parler sera progressivement distinguée d'autres altérations intellectuelles, comme la démence (Alzheimer). Parmi les maladies mentales, les psychoses ou délires chroniques, pathologie durable et évolutive touchant la conscience et la relation avec le monde, retiennent particulièrement l'intérêt des psychiatres. Les travaux porteront d'abord, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, sur le mode évolutif de ces délires, leurs thèmes, l'évolution possible vers un déficit intellectuel ; puis ils s'orienteront dans un second temps (début du XX<sup>e</sup> siècle jusqu'à aujourd'hui) vers les mécanismes de la pensée délirante, les particularités du fonctionnement mental sous-jacent aux troubles cliniques. C'est là le domaine de la « psychopathologie ».

La pensée folle n'est plus alors seulement définie par ses contenus étranges, son incohérence logique ou sa fausseté au regard de la réalité (la croyance délirante), mais par des anomalies des mécanismes mêmes de la pensée. L'étude ne porte pas seulement sur les produits de l'activité mentale, pensées ou croyances, mais sur les opérations de production générant celles-ci. Les mécanismes sous-jacents au comportement, à la pensée et au langage, étant invisibles, il est nécessaire de construire des modèles de ce fonctionnement psychique non directement observable. On doit alors procéder par hypothèses, selon une démarche commune à toute approche scientifique (la physique par exemple).

Nous verrons que deux principaux abords théoriques proposent une compréhension de l'activité mentale et donc de ses perturbations dans la psychose. La psychanalyse, qui a longtemps été la principale théorie du fonctionnement psychique, proposera d'emblée une compréhension de l'activité mentale la plus complexe et de ses perturbations dans la psychose. La démarche scientifique objectivante classique en revanche s'est longtemps restreinte à la compréhension des faits biologiques ou du comportement (« behaviorisme »), à l'exclusion des processus mentaux jugés inaccessibles. Les neurosciences ont ainsi exploré les aspects biologiques du fonctionnement du cerveau.

Mais aujourd'hui les « sciences cognitives » ont pour objectif l'étude scientifique et « naturaliste » du psychisme lui-même. Pour la psychanalyse comme pour les sciences cognitives, l'activité psychique consciente et observable résulte d'opérations non conscientes — même s'il s'agit d'inconscients tout à fait différents dans l'un et l'autre cas. Nous retiendrons de ces approches que la pensée peut être considérée comme le produit d'une activité mentale selon une perspective « naturaliste », et qu'il est possible de formuler des hypothèses sur les opérations qui exécutent la production des « états » ou « actes mentaux ». La pathologie schizophrénique peut jouer un rôle important dans la compréhension de l'esprit par la science contemporaine, car la compréhension de ses symptômes amène à conjuguer ces approches, à confronter ces différents points de vue sur le psychique. C'est cette perspective psychopathologique actuelle, qui voit converger les approches psychanalytiques, cliniques et neuroscientifiques modernes sur des objets communs, comme la conscience, l'expérience de soi et d'autrui, ou l'intersubjectivité, et leurs anomalies dans la schizophrénie, que nous développerons surtout ici.

Dans le même temps, différentes recherches visent à comprendre les causes des troubles schizophréniques. Schématiquement, se sont opposés sur ce point les tenants d'une causalité « psychologique » environnementale s'originant dans les événements relationnels ou psychologiques (« psychogenèse ») concernant le sujet et son entourage, et

ceux d'une cause biologique, constitutionnelle ou acquise (« organogénèse »). Nous proposerons ici de confronter ces différents points de vue et de mettre en question ces apparentes contradictions.

Nous ne discuterons pas ici la validité de la notion même de schizophrénie : comme de nombreuses pathologies décrites en médecine, celle-ci est née d'un découpage particulier des faits, d'un mode donné d'observation et de compréhension des comportements, dépendants de l'état historique des connaissances et des modes de pensée d'une époque. L'existence de malades considérés aujourd'hui comme « schizophrènes », et des troubles de la personnalité et de la pensée dont ils souffrent, ne fait plus guère de doute. Il a été confirmé que cette pathologie s'observe dans différentes cultures de par le monde, et non seulement en occident où Bleuler l'a initialement décrite (étude pilote de l'OMS, 1966). Par contre, l'existence de la schizophrénie elle-même comme une « maladie » autonome, et par conséquent d'un « modèle » schizophrénique univoque de perturbation de l'activité psychique, est contestée et suscite de nombreux débats. On ne doit en effet pas oublier qu'il s'agit là de constructions scientifiques opérées à partir de réalités naturelles, et non de simples descriptions ou observations de ces réalités. En effet, la réalité dont il s'agit en psychiatrie est d'une nature très particulière, celle du comportement au sens le plus large, moteur, mental et affectif, et plus particulièrement du comportement relationnel. Toute description d'un comportement est déjà une interprétation de celui-ci, car le comportement humain est doté d'une propriété spécifique : l'intentionnalité, c'est-à-dire qu'il exprime un sens ou une intention. Décrire le comportement normal ou pathologique, ne serait-ce que dans un souci de simple catégorisation, c'est déjà en inférer le sens, donc procéder par hypothèses. Toute séméiologie ou nosographie psychiatrique s'inscrit donc dans une dimension intersubjective elle-même dépendante de déterminants culturels et sociaux, c'est-à-dire dans un contexte historique qui détermine l'état des représentations admises de l'individu, du comportement et de la vie mentale. Sans céder à un relativisme quant à l'objet, bien réel

et naturel, de la psychiatrie, on doit être attentif à ces influences culturelles et contextuelles dont l'approche historique éclaire l'impact.

L'histoire de la psychiatrie montre bien en effet comment ces constructions théoriques que sont les symptômes, les syndromes et les pathologies, évoluent au fil du temps, des idées et des connaissances. Il s'agit souvent de constructions scientifiques temporaires, de catégories d'attente définies sur la base de connaissances seulement empiriques, catégories destinées à évoluer ou disparaître au gré du progrès des connaissances scientifiques. Il est probable qu'on regroupe sous le terme « schizophrénie » des pathologies hétérogènes, que des études à venir aideront à différencier sur des indices plus précis que ceux de la clinique actuelle. Les différents troubles que nous décrirons s'observent donc dans la schizophrénie, mais parfois aussi dans d'autres troubles mentaux.

Aujourd'hui l'acception du terme « schizophrénie » est d'ailleurs différente en France et dans les pays anglo-saxons, où il recouvre des psychoses (paranoïaques et hallucinatoires chroniques) qui sont ici nettement distinguées des schizophrénies. Cette définition élargie explique que la plupart des recherches menées aujourd'hui dans les psychoses de l'adulte concernent « la schizophrénie », à entendre alors comme un objet théorique, un paradigme plus qu'une réalité clinique indiscutable. En évoquant « la schizophrénie », nous prétendons seulement aborder différents aspects de la vie mentale que le terme de schizophrénie recouvre en l'état actuel des choses, pour au moins certaines de ses acceptions.

L'existence d'une forme particulière de psychose apparaissant chez le sujet jeune, évoluant rapidement vers l'aggravation jusqu'à un état d'allure démentielle, sera soulignée par différents psychiatres dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle : Morel d'abord, Kahlbaum et Hecker ensuite. Ceux-ci décrivent une *paraphrénia hebética* ou « hébéphrénie » (Hecker) avec troubles du langage, apparaissant à la puberté et aboutissant à un état terminal d'affaiblissement intellectuel ; une « catatonie » (Kahlbaum), caractérisée par des troubles de la motricité (une rigidité « cireuse » avec conservation des attitudes) ; une « héboïdophrénie » (Kahlbaum) où les trou-

bles du comportement sont majeurs. Puis le psychiatre allemand E. Kraepelin regroupe en 1900 ces différentes formes sous l'appellation *dementia praecox*, en y adjoignant une forme « paranoïde ». À cette époque, ce qui définit la maladie est, plus que les symptômes observés, l'âge d'apparition et l'évolution chronique vers l'affaiblissement intellectuel (*Verblödung*). La paranoïa représente alors l'autre grande psychose, caractérisée par un trouble circonscrit de la raison ou de la pensée, un « délire » chronique ordonné et d'apparence logique, à thème de persécution (délire d'interprétation), respectant l'intelligence ; mais dont la thématique et les mécanismes peuvent être retrouvés aussi dans certaines formes de démence précoce (définies par leur évolution et leur âge de début), qualifiées alors de « paranoïdes ». Historiquement, la schizophrénie s'étend donc au détriment de la paranoïa, et la frontière entre ces deux formes de psychose reste un objet de débat, même si la schizophrénie s'est aujourd'hui imposée dans les diverses classifications diagnostiques internationales.

# Chapitre 1

---

## Clinique de la schizophrénie

La schizophrénie (ou plutôt le groupe des schizophrénies, compte tenu des aspects variés de cette pathologie) touche environ 1 % de la population des deux sexes. Elle débute chez l'adolescent ou le jeune adulte avant trente ans, et évolue de manière chronique (un traitement prolongé est nécessaire) en perturbant gravement la vie relationnelle, sociale et professionnelle. L'évolution est cependant variable selon les cas, se faisant vers l'aggravation (25 % des cas), la stabilisation ou l'amélioration progressive (50 %), une amélioration nette ou une rémission (25 %). Le traitement associe les médicaments (surtout les neuroleptiques) et la psychothérapie, c'est-à-dire différentes méthodes thérapeutiques fondées sur la parole et la relation. L'hospitalisation est nécessaire à certains moments, mais le traitement à long terme est le plus souvent ambulatoire. Il a pour but la réduction des troubles, le retour à une vie relationnelle, une réhabilitation socio-professionnelle, la restauration de l'autonomie. Il s'associe donc nécessairement à des mesures sociales, et à une relation avec la famille. Long et régulier, ce traitement doit être mis en œuvre le plus tôt possible.

L'expression de la maladie est très variable. Prenons cependant un cas typique : celui d'un jeune homme de moins de vingt ans, qui parfois à la suite d'un événement marquant (un deuil, une séparation), montre une dégradation massive et rapide de ses études, une tendance à l'isolement, une perte d'intérêt pour ses activités et pour ses proches. La bizarrerie du comportement, des actes étranges ou incohérents conduisent plus ou moins vite selon les cas à une première consultation ou à l'hospitalisation. Sinon les troubles s'aggravent, entraînant la désocialisation. Mais l'entrée dans

la maladie peut parfois se faire de manière brutale et bruyante, par une bouffée délirante aiguë ou un acte spectaculaire. Le diagnostic de la maladie, souvent difficile, repose uniquement sur la clinique, c'est-à-dire la reconnaissance des symptômes. Il impose de distinguer la schizophrénie de troubles moins graves ou temporaires, liés à l'adolescence en particulier, ou à d'autres pathologies (dépression).

La symptomatologie schizophrénique peut être schématiquement définie à trois différents niveaux d'observation : d'abord celui de la production et de l'organisation de la pensée, du langage, ou plus généralement des actions ; ensuite celui de l'expérience subjective ou de la conscience de soi, de « l'identité », enfin celui de la relation avec la réalité et surtout avec autrui : l'interaction.

## **I. LA DÉSORGANISATION DE LA PENSÉE ET DE L'ACTION**

Le premier point de vue privilégie la désorganisation et l'incohérence caractéristiques de la pensée ou du discours schizophréniques, responsable de leur caractère énigmatique (la « bizarrerie » schizophrénique). Un patient définit ainsi sa maladie : « c'est une transformation changeante, un changement, une modification progressive ; c'est un glissement de l'ambiance ». Le délire est lui même incohérent et peu compréhensible, contrairement à celui plus crédible des paranoïaques.

Historiquement, la prise en compte de cette désorganisation formelle et logique de l'activité mentale a défini la « démence précoce », puis la schizophrénie. L'incohérence schizophrénique a été décrite ensuite comme une « discordance » entre les représentations ou et les affects, ou comme l'effet d'un trouble fondamental des associations mentales et du cours de la pensée. Le discours et la pensée révèlent des associations incompréhensibles, illogiques, parfois comparables à celles du rêve. Des associations par associations ou par dérivations sémantiques et des néologismes rendent le discours inintelligible. Parfois, une rupture brutale interrompt le flux de la pensée (« barrages »), avant un

passage « du coq à l'âne ». À l'extrême, la pensée et le discours se réduisent, le sujet restant mutique, inaccessible ; ou bien son discours perd toute forme intelligible et devient un jargon. « Ce sont vos affaires : aide de camp, c'est la mare en Simée ; l'azène vous l'envoiez promener, toujours courir, pour loger quelque part, si vous faites courir de l'argile, il se logera dans l'azène » (patient de P. Chaslin, cité par Lanteri-Laura).

Le comportement dans son ensemble exprime cette désorganisation : les gestes, les attitudes sont étranges, maniérés, parfois irrationnels, de même que les réactions émotionnelles.

Les anomalies de la vie affective, qui appartiennent à l'expérience vécue du malade, se laissent moins facilement décrire dans le cadre médical que les troubles « formels » de la pensée. Mais cela ne doit pas faire négliger leur importance. L'une des plus patente de ces perturbations s'exprime dans « l'autisme » schizophrénique évoqué plus loin : un retrait qui donne parfois lieu à une sorte d'extinction affective, de « détachement » ou d'indifférence apparents. Tout désir ou motivation semblent alors s'éteindre (« athymormie »). Le patient reste apragmatique et figé, sans initiatives motrices ni vécu émotionnel manifeste, coupé de la communication. Il ne manifeste plus d'intérêts pour le monde.

Mais la désorganisation observée au niveau du langage ou de la pensée s'exprime aussi dans la vie affective, par des mouvements émotionnels excessifs ou incompréhensibles : rires dits « immotivés » ou sourires « discordants ». Des sentiments ou émotions opposés (amour et haine) peuvent coexister de manière simultanée et profondément contradictoire (ambivalence schizophrénique). Des affects apparaissent de manière incompréhensible, sans lien manifeste avec la situation ou avec les pensées du sujet. Mais le trouble majeur est l'angoisse, lorsque le sujet perd le sentiment de la réalité du monde environnant (déréalisation) ou de sa propre personne et existence (dépersonnalisation). Les tentatives de suicide sont alors particulièrement fréquentes et redoutables.

Cette double lecture, privilégiant soit les représentations mentales, soit l'affectivité, peut susciter une controverse sur la nature de la maladie : du trouble de la pensée ou de l'affectivité, lequel serait premier ? Considérer l'affect comme cause de la désorganisation de la pensée rapproche la folie de la passion : la pensée serait folle du fait de son « intention », des motifs qui l'animent. Inversement, une explication plus mécaniciste voit, dans le dérèglement formel des processus associatifs, la cause des troubles affectifs. On peut cependant supposer que la dissociation de ces deux dimensions, de la représentation et de l'affect, ne rend pas compte de deux événements mentaux de nature distincte et que l'on pourrait opposer. Tout événement mental se laisse décrire selon une dimension de « représentation », et aussi selon une dimension « affective » prenant en compte la charge de plaisir ou de déplaisir qui lui est liée. L'affect serait inhérent à l'acte de pensée et à la « représentation », il serait une « qualité » de celle-ci. L'opposition affect-représentation témoigne alors de deux modes de description d'un même événement mental sous-jacent, qui ne se laisse lui-même réduire ni à l'une, ni à l'autre. Les perturbations des deux registres chez le schizophrène seraient nécessairement corrélatives, et ne pourraient donc être expliquées l'une par l'autre. Il faut plutôt rechercher le trouble sous-jacent qui les conditionne l'un et l'autre ensemble.

## **II. HALLUCINATIONS ET DÉLIRE : UN TROUBLE DE LA CONSCIENCE DE SOI**

Si ce premier point de vue soulignait la désorganisation de l'activité mentale et de l'action, le second éclaire l'expérience vécue par le sujet et les troubles de la « conscience de soi ». Pour cela, il prend en compte une seconde série de symptômes psychotiques typiques, relativement spécifiques de la schizophrénie : les hallucinations et la croyance délirante.

Le délire est défini par une croyance absolue et inébranlable, et que le sujet ne partage pas avec autrui, dans la réalité de contenus de pensée « imaginaires ». Les plus fréquentes