

Psychose pour tous : la jeunesse au risque du « syndrome de psychose atténuée » ?

Evrard, R., & Rabeyron, T. (2014). Psychose pour tous : la jeunesse au risque du « syndrome de psychose atténuée » ?
Psychiatrie de l'Enfant, 57(1), 331-348.

HALLUCINATIONS ET DELIRES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

De nombreux cliniciens sont amenés à se poser la délicate question d'un diagnostic différentiel des hallucinations et des délires chez l'enfant et l'adolescent (Askenazy et al., 2009 ; Larøi, van der Linden et Goëb, 2009 ; Symann et Hayez, 2008). Ces vécus, généralement associés au spectre de la psychose, ont majoritairement été étudiés chez l'adulte. Un grand nombre d'études ont ainsi établi que les hallucinations et les idées délirantes peuvent être observées dans des populations cliniques très diverses de même que dans la population générale (Larøi, van der Linden et Goëb, 2006). Ce n'est que récemment que les chercheurs ont étudié leur prévalence pour des catégories d'âges plus jeunes. Il a ainsi été observé que des enfants *a priori* non-psychotiques peuvent manifester des hallucinations dès l'âge de cinq ans (Schreier, 1998 ; Edelsohn, 2006).

Outre les troubles psychotiques, Sophie Symann et Jean-Yves Hayez (2008, p. 28) relèvent de nombreuses situations dans lesquelles des hallucinations peuvent se produire chez de jeunes patients (par exemple : stress post-traumatique, deuil, épilepsie, environnement empreint de croyances mystiques). De fait, l'hallucination chez l'enfant et l'adolescent constitue un enjeu clinique important pour la pédopsychiatrie pour deux raisons essentielles (Larøi, van der Linden et Goëb, 2009, p. 26). Tout d'abord, la non-reconnaissance de l'hallucination comme symptôme peut être lourde de conséquences en raison des risques évolutifs, rares mais délétères, vers la schizophrénie infantile. Cependant, tirer des conclusions trop hâtives face à la découverte de ce symptôme peut conduire à un traitement des symptômes par des psychotropes dont les effets encore mal connus risquent non seulement de masquer l'évolution des troubles, mais encore d'avoir une action sur le développement psychique de l'enfant.

Or, les classifications actuelles ne prennent pas en compte l'existence d'hallucinations chez l'enfant non-psychotique : elles occasionneraient trop d'erreurs dites de « faux positifs », c'est-à-dire des enfants et des adolescents qui rapportent des hallucinations et sont traités pour psychose ou schizophrénie infantiles alors que les cliniciens les prenant en charge ne confirment pas ce diagnostic (Stayer et al., 2004 ; Kotsopoulos et al., 1987 ; Symann et Hayez, 2008). Les pédopsychiatres y perçoivent donc un problème crucial : la nécessité d'une critériologie spécifique pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent tenant compte à la fois du problème développemental, de la spécificité de l'enfant par rapport à l'adulte, et des avancées en neurobiologie et en génétique (Larøi, van der Linden et Goëb, 2009, p. 30).

Plus généralement, les éléments de diagnostic différentiel attendus impliquent que soient mieux différenciés un « fonctionnement limite » d'un « fonctionnement psychotique ». L'adolescence est de ce point de vue représentée comme une période où la cartographie psychopathologique propre aux adultes doit être mise « en suspens ». Ainsi, la conception de l'adolescence comme état limite est un lieu propice pour penser des vécus du déréel aux frontières des symptômes positifs de la psychose (Rassial, 1996 ; Le Maléfan, 2008 ; Le Maléfan et Lemercier, 2012).

LES MODELES DU CONTINUUM PSYCHOTIQUE

Les modèles du « continuum psychotique » visent à rendre compte d'un ensemble de données épidémiologiques et psychométriques montrant la présence de délires et d'hallucinations – réputés peu fréquents et assimilés à la psychose – dans une portion importante de la population générale (Evrard, 2011). Certaines maladies mentales graves telles que la schizophrénie sont alors perçues comme les extrémités d'un continuum de la psychose (van Os, Hanssen, Bijl et Vollenbergh, 2011). La problématique centrale consiste alors à comprendre comment un individu passe d'un bout

à l'autre de ce continuum.

Des études mettent en évidence la forte corrélation entre ces expériences réputées psychotiques à l'enfance et à l'adolescence et le développement d'une psychose clinique à l'âge adulte. L'étude prospective la plus longue sur ce sujet est la *Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study*, dans laquelle des enfants ayant relaté des expériences psychotiques à l'âge de 11 ans étaient évalués sur le plan clinique à 26 ans. Le risque d'avoir développé un trouble schizophrénoïforme était 16 fois plus important qu'avec d'autres enfants de 11 ans sans expérience réputées psychotiques (Poulton et al., 2000). Cependant, de nombreuses données psychométriques appuient aussi l'idée que les expériences réputées psychotiques ne sont pas spécifiques ou hautement prédictives des psychoses, puisqu'elles se produisent chez de nombreux sujets sans psychopathologie associée (Chapman et al., 1994). Ceci est particulièrement vrai pour les jeunes : par exemple, McGorry et al. (1995) administrèrent un questionnaire sur les symptômes prodromiques de la schizophrénie à 657 lycéens et trouvèrent que près de la moitié d'entre eux répondaient aux critères prodromiques.

Afin de mieux comprendre les formes d'intégration de ces expériences hallucinatoires dans la population générale, les chercheurs ont analysé leurs corrélats à différentes périodes de la vie (Pearson et al., 2001). Dans une étude suivant l'évolution sur trois ans de 80 adolescents relatant des expériences d'hallucinations acoustico-verbales, Sandra Escher et ses collègues (2002a, 2002b, 2003, 2004) établirent précisément que le facteur permettant de prédire l'arrêt des hallucinations (ce qui se produisit dans 60 % des cas) était l'interprétation de ces voix comme étant plus positives, moins intrusives et moins omnipotentes. Si le sujet développait une stratégie de « coping » très défensive et passive, il était submergé par ces voix et avait de fortes chances de développer des troubles dépressifs. Ainsi, l'interaction avec l'expérience des voix est plus importante que l'expérience elle-même.

Une autre étude récente (De Loore et al., 2011) a trouvé un taux d'arrêt des voix encore plus important qu'Escher et ses collègues sur près de 2 000 adolescents de la région de Maastricht. 5% de ces adolescents reconnurent entendre des voix. Au bout de deux ans, les voix s'étaient maintenues chez 27 % de ces adolescents seulement. Ces chercheurs remarquent que si l'hallucination verbale est courante et majoritairement transitoire chez l'adolescent, elle ne doit pas être banalisée pour autant. En effet, dans cette étude, les hallucinations verbales sont associées à une humeur plus dépressive et à des troubles psychopathologiques, qui, s'ils se maintiennent, favorisent le développement d'une idéation délirante. Ce ne serait donc pas la présence de ces expériences hallucinatoires qui doit inquiéter, mais leur persévérance et leurs effets délétères au cours du temps (De Loore et al., 2011 ; Dominguez et al., 2011 ; Mackie, Castellanos-Ryan et Conrod, 2010 ; Smeets et al., 2012).

Le psychiatre néerlandais Jim van Os s'est pour sa part beaucoup interrogé sur le continuum psychotique et a finalement proposé le modèle synthétique dit *proneness-persistence-impairment* (van Os, Linscott, et al., 2009) qui suppose que l'expression de dimensions psychotiques est commune et transitoire, sous la forme des expériences réputées psychotiques d'hallucinations et de délires. Ce sont ainsi 75 % à 90 % de ces expériences qui disparaissent au cours du temps sans représenter des risques significatifs pour la santé mentale. Toutefois, ces mêmes vécus pourraient persister à travers des mécanismes psychologiques et biologiques particuliers donnant lieu à une « sensibilisation » spécifique. Cette persistance accentuerait à son tour la probabilité d'une éventuelle décompensation ultérieure.

Cependant, les transitions d'une forme de psychose à une autre restent encore mal connues (Esterberg et Compton, 2009). Peu d'études précisent quelle fréquence, durée ou intensité des expériences psychotiques fait pencher un individu d'un côté à l'autre du continuum, et des recherches chez l'enfant et l'adolescent pourraient permettre de mieux comprendre ces transitions.

Un petit détour s'impose alors vers la cinquième version du *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (DSM-5), prévue pour mi-2013, dans lequel a été proposé d'inclure un « syndrome de psychose atténuée » (*attenuated psychosis syndrome*). Nous allons analyser certains enjeux de ce nouveau syndrome pour la clinique des enfants et adolescents, en nous attardant sur la clinique et la recherche contemporaine sur le risque de psychose qui poursuivent les recherches présentées précédemment.

Développées depuis une vingtaine d'années en Australie et depuis environ une dizaine d'années aux États-Unis, les cliniques des risques de psychose cherchent à détecter des symptômes avant-coureurs de la psychose, qui apparaîtraient de un à six ans (moyenne 1,5 an) avant la psychose « franche », généralement chez des jeunes adultes (14-30 ans). Un pionnier, dans ce domaine, est le psychiatre Patrick McGorry de l'Université de Melbourne. Depuis 1992, McGorry a mis en place une clinique, la *Personal Assessment and Crisis Evaluation* (PACE), au sein de laquelle il propose une « intervention précoce sur les prodromes de la schizophrénie » pour les adolescents et les jeunes adultes (Yung, Philipps et McGorry, 2004).

Un autre acteur majeur de ce champ est le psychiatre Américain de l'Université de Yale, Thomas H. McGlashan. Dans les années 1990, il a mené des études controversées d'administration d'antipsychotiques à des adolescents « à risque » pour prévenir ou retarder leur entrée dans la psychose, sans grand succès (McGlashan et al., 2006). Il est également conseiller du *Psychosis Work Group* de l'*American Psychiatric Association DSM-5 Task Force*. McGlashan et son équipe ont notamment rédigé un manuel de détection des premiers symptômes de psychose (McGlashan, Walsh & Woods, 2010). Le diagnostic se fait en deux heures d'un entretien semi-structuré (*Structural Interview for Psychosis-Risk Syndrome*, ou SIPS ; Miller et al., 2002), avec des questions comme : « Pensez-vous que certains disent que vos centres d'intérêt sont inhabituels ou que vous êtes un excentrique ? », « Pensez-vous que le monde pourrait ne pas exister ? » ou encore « Avez-vous souvent des rêves éveillés ou vous trouvez-vous préoccupés par des histoires, des fantasmes ou des idées ? ». A noter qu'une autre échelle existe, la *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS) de Yung et McGorry (1996).

Ces outils sont employés pour mesurer la sévérité et la fréquence de « symptômes prodromiques », évaluant au final le potentiel de « conversion » (ou transition) des prodromes à la psychose déclenchée. Le SIPS contient la *Scale Of Prodromal Symptoms* (SOPS), composée de 19 items répartis selon cinq composantes : sévérité des symptômes prodromiques, évaluation globale du fonctionnement, critères du trouble de la personnalité schizotypique, histoire familiale des maladies mentales et présence de symptômes prodromaux.

A partir de ces recherches et de ces pratiques cliniques, des propositions ont été faites au sein du *Psychosis Work Group* qui travaille à la révision des modèles de la psychose dans le DSM-5. Les chercheurs du *Psychosis Work Group* ont fait une proposition publique en février 2010 qu'ils ont révisé en août 2010 en fonction des critiques (DSM-5 Task Force, 2010a, 2010b). Le syndrome de psychose atténuée serait diagnostiqué lorsque la personne remplit les six critères suivants :

- (a) Symptômes caractéristiques : des *délires* ou des *hallucinations* ou un *discours désorganisé* qui se manifestent sous une forme atténuée avec une capacité intacte à tester la réalité, mais dont la sévérité et/ou la fréquence incitent à ne pas les minimiser ou les ignorer.
- (b) Fréquence/Actualité : ces symptômes doivent être présents dans le mois précédent et survenir à une fréquence moyenne d'au moins une fois par semaine durant le mois précédent.
- (c) Progression : ces symptômes doivent avoir commencé ou s'être aggravés dans l'année précédente.
- (d) Détresse/Invalidité/Recherche de traitement : ces symptômes sont suffisamment stressants ou invalidants pour que le patient et/ou son parent/tuteur soit conduit à chercher de l'aide.
- (e) Ces symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre diagnostic du DSM-5, notamment

les troubles liés à des substances.

- (f) (Les critères cliniques pour n'importe quel trouble psychotique du DSM-5 n'ont pas encore été rassemblés.

Ce syndrome interpelle d'emblée car il cible des symptômes qui sont des hallucinations et des délires compatibles avec un fonctionnement apparemment normal¹.

Adolescence et psychose atténuée

Cette proposition a engendré un certain nombre de résistances, conduisant, à l'heure actuelle, à placer le syndrome de psychose atténuée en annexe du DSM-5 dans l'attente de davantage de recherches. Ces résistances proviennent notamment du risque qu'il pourrait y avoir à pathologiser certains processus et fonctionnements courants. Voyons plus précisément ces risques appliqués à de jeunes patients.

On peut tout d'abord remarquer qu'un nombre élevé de symptômes psychotiques atténués sont détectés chez des adolescents (McGorry et al., 1995 ; van Os, Linscott et al., 2009), ce qui fait penser que plus les sujets sont jeunes, plus le taux de « faux-positifs » apparaît élevé car « les caractéristiques prodromiques pourraient éventuellement être "normales" à l'adolescence » (Kobayashi et al., 2008, p. 361). Ainsi, certaines réorganisations psychologiques et socio-relationnelles pourraient être confondues avec des prodromes (Yung, McGorry et al., 1996 ; Meyer et al., 2005). C'est également l'avis critique de Daniel Marcelli (2005) pour qui « à ce jour, aucun symptôme, pas plus positif que négatif, n'apparaît spécifique. Toutes les manifestations dites prémorbides identifiées au plan statistique se rencontrent dans de nombreuses autres situations ou pathologies ».

Cependant, ces résultats semblent contredits en partie par une étude de Scott W. Woods et al. (2010, p. 202) portant sur une trentaine de jeunes de moyenne d'âge 25 ans : si ces jeunes reconnaissent effectivement de nombreuses expériences d'allure psychotique, seul 1 sur 30 correspondait à tous les critères de psychose atténuée, laissant ainsi toute sa spécificité à ce diagnostic. Néanmoins, on peut suspecter que l'application rigoureuse des critères contextuels (c'est-à-dire les critères (b), (c) et (d)), qui qualifient les contextes et les modes d'expression des symptômes caractéristiques, ne soit pas assurée dans la pratique clinique quotidienne. Ces critères permettraient d'obtenir de tels résultats sur des échantillons sélectionnés mais pas lorsqu'ils sont appliqués à la population générale.

Par ailleurs, dans une étude portant sur 48 adolescents (entre 14 et 20 ans), présentant des hallucinations subcliniques, Andor E. Simon, Katja Cattapan-Ludewig et al. (2009) ont montré que pour la majorité d'entre eux les symptômes censés être caractéristiques du syndrome de psychose atténuée avaient disparu un an après. Ces adolescents avaient été adressés à une clinique spécialisée dans l'apparition de la psychose, et avaient accepté de répondre aux évaluations classiques sur le risque psychotique (notamment la SOPS et la SIPS). Les hallucinations subcliniques ainsi objectivées allaient de visions d'ombres ou de figures monstrueuses à l'audition de voix, de sons ou de musiques.

Le seul paramètre permettant de prédire le maintien de ces hallucinations un an plus tard était le niveau de fonctionnement global initial. Ni la prise de cannabis, ni le traitement psychothérapeutique ou pharmacologique n'ont semblé jouer un rôle décisif. Les auteurs de cette étude concluent que ces expériences réputées psychotiques à l'adolescence devraient être considérés comme bénignes car transitoires tant qu'elle n'impliquent pas une forme de détresse (Simon, Cattapan-Ludewig et al., 2009, p. 269). Isolés, ces symptômes ne signifieraient donc pas une vulnérabilité psychopathologique (Simon, Roth et al., 2007 ; Schreier, 1999). Il y aurait donc une dérive possible dans la conceptualisation de ce syndrome : la recherche décrit des risques

¹ Une analyse plus détaillée de ce syndrome a fait l'objet d'un autre travail (Evrard et Rabeyron, 2012).

psychotiques en identifiant des expressions mineures du phénotype étendu de la psychose, des expériences d'allure psychotique interprétés comme des symptômes subcliniques de la psychose. Des chercheurs supposent ensuite que ces manifestations réputées pré-psychotiques sont le signe d'un horizon psychotique et la « conversion » vers la psychose franche est conçue comme une aggravation de ces symptômes atténués. Or, il ne s'agit que d'un des destins possibles et apparemment le moins fréquent.

Dans la même perspective, Férodja Hocini (2008) suppose que parler de « première expérience psychotique » n'est pas pertinent car cela alimente la peur de la récurrence. Hocini pense que les données scientifiques ne sont pas suffisantes pour proposer un tel diagnostic prodromique. Selon elle, les théories actuelles sur le traitement précoce du risque psychotique ne prennent pas en compte les spécificités adolescentes :

Nous partageons l'idée que, pour une psychopathologie clinique, la problématique vise à saisir en quoi un épisode psychopathologique à l'adolescence constitue pour un sujet le moment où il interroge – non sans logique – son essence et sa façon d'être au monde. (Hocini, 2008, p. 644)

Par ailleurs, il a pu être montré que les traumatismes dans l'enfance augmentaient la probabilité de vivre des expériences d'allure psychotique à l'adolescence (Larkin et Read, 2008) et dans l'ensemble de la vie (Read, van Os, Morrison, et Ross, 2005). Certains chercheurs pensent donc que l'exposition à des facteurs de risque environnementaux (dont les traumatismes et les abus sexuels) joue un rôle dans le développement d'une psychose atténuée (Larkin et Marshall, 2010). Une étude de Judy L. Thompson et al. (2009) confirme que la sévérité de certains symptômes prodromiques serait corrélée à des traumatismes dans l'enfance, en particulier à des abus sexuels ou des maltraitements physiques. Ainsi, dans les études d'Escher et ses collègues (2004), dans 75 % des cas, les voix sont apparues aux adolescents suite à une expérience traumatisante associée à un sentiment d'impuissance ou de perte de contrôle. Deux études récentes confirment que les traumatismes influencent la survenue de telles expériences sans impliquer directement l'émergence de troubles psychotiques associés à une demande de soin (Andrew, Gray, Snowden, 2008 ; Lovatt, Mason, Brett, et Peters, 2010).

Pédiatrie et antipsychotiques

La question se pose alors d'administrer des traitements potentiellement inadaptés à de jeunes patients supposées être dans une phase supposée prodromique (Askenazy et al., 2009). Qui plus est, la médication par antipsychotiques est source de nombreuses interrogations lorsqu'elle est appliquée pour *prévenir* des maladies mentales. Les psychotropes pourraient en effet, dans certains cas, avoir des conséquences négatives sur le développement cérébral de l'adolescent (Bental et Morrison, 2002).

Un usage élargi des médications par antipsychotiques a néanmoins vu le jour auprès des enfants et des adolescents au cours des dernières années (Crystal et al., 2009), notamment aux Etats-Unis où une étude récente met ainsi en évidence le fait que la prescription d'antipsychotiques à des moins de 18 ans avait doublé sur cinq ans, alors que 41 % de ces traitements n'avaient pas fait leurs preuves pour les troubles concernés (Pathak et al., 2010). Officiellement, les tenants de la psychose atténuée s'opposent à un usage des antipsychotiques qui ne serait pas empiriquement fondé (Carpenter, 2009 ; McGlashan et Woods, 2011). Toutefois, s'il est facile de critiquer des traitements qui sont « hors des clous », que se passera-t-il une fois que ces traitements viendront répondre à une demande en s'appuyant sur un diagnostic en bonne et due forme comme le montre l'exemple récent du *trouble bipolaire pédiatrique (pediatric bipolar disorder)* (Robbins, Higgins, Fisher, et Over, 2011) ?

Proposé au milieu des années 1990, ce trouble a été étudié au sein des prestigieuses universités d'Harvard et Washington (Olfman, 2007) menant à des descriptions – par ailleurs contradictoires – d'un trouble bipolaire spécifique chez les enfants, impliquant des cycles hyper-rapides. Une inflation record du nombre de diagnostic a eu lieu (Parens et Johnston, 2010) et, en

juin 2009, la *Food and Drug Administration* a approuvé l'utilisation de certains antipsychotiques atypiques avec des enfants et des adolescents (Reinberg, 2009). Pour justifier cette médication, la *Task Force* du DSM-5 examina l'inclusion de ce nouveau diagnostic dans son manuel (DSM-5 Task Force, 2010b), mais les dérives potentiels de ce diagnostic ont conduit à son rejet. Cependant, Brent Dean Robbins et al. (2011, p. 41) suggèrent qu'il peut y avoir un effet de vases communicants car la *Task Force* du DSM-5 a dès lors accentué son intérêt concernant deux diagnostics voisins qui peuvent également créer une inflation des prescriptions d'antipsychotiques pour les enfants et les adolescents : le trouble de dérégulation du tempérament (*temper dysregulation disorder*) et le syndrome de psychose atténuée.

ADOLESCENCE, PSYCHOSE ET PARANORMALITE

Au-delà de la question controversée de la médicalisation de ces vécus, un autre aspect potentiellement déroutant de ces expériences réputées psychotiques chez les jeunes est leur manière d'être liée au registre du paranormal. Par exemple, les adolescents de la cohorte d'Escher et al. (2004) interprétèrent majoritairement leurs voix en termes paranormaux : don paranormal (39 %), fantôme (20 %), message en provenance d'autres mondes (18 %). Alors que ces adolescents bénéficiaient de soins, seuls 3 % d'entre eux accordaient du crédit à l'explication psychopathologique des voix. Ainsi, au cours du développement psychologique des adolescents, ceux-ci pourraient investir une *quête d'un au-delà des apparences* (Roussillon et al., 2007, p. 204) afin de faire face aux énigmes concernant le secret du sexuel. L'adolescent s'intéresserait alors à l'étude de forces cachées qui gouvernent le monde de manière non immédiatement perceptive, ce qui peut le conduire dans ces zones marginales comme le paranormal.

François Mathijsen (2010, 2011) a pour sa part montré que les adolescents intéressés par ces questions avaient un profil de personnalité anxieux associé à la recherche d'un meilleur contrôle sur leur environnement. Les croyances au paranormal, par exemple des croyances spirites, apparaissent alors comme un mode de coping spécifique afin de maintenir une stabilité interne. Mathijsen fait du passage par le paranormal un processus cognitif utile pour intégrer des vécus inexpliqués, qu'il ne situe pas à un niveau psychopathologique. Caroline Watt, Suzannah Watson et Lindsey Wilson (2007) ont également mis en évidence une corrélation entre le développement de croyances paranormales à le besoin de contrôle interpersonnel, lui-même associé à de l'anxiété et à ce qui est perçu comme un manque de contrôle durant l'enfance.

Pascal Le Maléfan (2008) considère dans la même perspective le lien de l'adolescent au paranormal comme la mise en place de stratégies structurantes sur le plan de la subjectivité en situation limite. Même s'il existe des risques de décompensation suite à des pratiques occultes, l'intérêt pour celles-ci peut être abordé comme une solution adolescente par le « paranormal ». Celle-ci serait l'une de ses résolutions possibles, sous forme de mythologie signifiante et transitoire, qui sera refoulée par la suite (même si de telles « solutions » peuvent toujours être observées chez des adultes, voir (Rabeyron, 2012)). Cela peut se constater dans les rapports complexes qu'entretient l'adolescent avec la mort (Evrard, 2010). Ces travaux conduisent à penser qu'il existe ainsi un rapport particulier entre adolescence, paranormalité et psychose, rapport qu'une clinique différentielle et une analyse détaillée des processus associés aux expériences réputées psychotiques pourraient permettre de mieux comprendre.

CONCLUSION

La volonté d'anticiper la possibilité que survienne une « décompensation » existe depuis plus d'un siècle (Trichet, 2011). Ce point de vue prophylactique a perduré, se déployant davantage avec les technologies modernes de dépistage et d'épidémiologie. Il peut aujourd'hui s'étendre avec un raisonnement basé sur la notion de *populations à risque* (Castel, 1981), s'appliquant notamment sur

les enfants et les adolescents.

Si le besoin d'une nouvelle critériologie se fait sentir concernant plus spécifiquement les hallucinations chez de jeunes patients, celle-ci doit néanmoins remplir plusieurs conditions afin d'éviter certaines dérives. Elle doit tout d'abord permettre de déstigmatiser les expériences réputées psychotiques en montrant en quoi ces manifestations sont courantes et déterminées par des mécanismes qui gouvernent le fonctionnement de tout un chacun (Larøi, van der Linden et Goëb, 2009, p. 36). Une telle approche devrait également s'attacher à dégager les principes d'un travail thérapeutique, en lien avec les hallucinations subcliniques et les croyances qui leur sont associées, prenant en compte l'anxiété qui leur est sous-jacente. Le risque serait en effet que se développe uniquement une pratique de prescription en cas d'hallucinations chez l'enfant ou l'adolescent, assimilant les processus générant l'hallucination à « un état de folie » faisant l'économie de l'étude de la particularité et des destins variables de ces vécus (Larøi, van der Linden et Goëb, 2009, p. 36).

La réalité clinique de ces vécus paraît en effet subtile et complexe, et leur stigmatisation, à laquelle pourrait éventuellement conduire le syndrome de psychose atténuée, participe paradoxalement à leur évolution vers des troubles psychopathologiques et une médicalisation inappropriée dans certains cas. Il semble préférable d'aborder ces vécus de façon ouverte en ce centrant sur leur singularité et sur les processus de subjectivation dont ils peuvent être les supports.

REFERENCES

- Andrew E.M., Gray N.S, Snowden R.J. (2008), « The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: A study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers », *Psychol Med*, 38, pp. 1409-1417.
- Askenazy F., Dupuis G., Dor E., Lestideau K., Meynadier A., Myquel A. (2009), « Clinique des hallucinations auditives chez l'enfant non-psychotique », *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 57, pp. 25-31.
- Bentall R.P., Morrison A.P. (2002), « More harm than good: the case against using anti-psychotic drugs to prevent severe mental illness », *J Ment Health*, 11, 351-356.
- Carpenter W.T. (2009), « Anticipating DSM-V: Should Psychosis Risk Become a Diagnostic Class? », *Schizophr Bull*, 35, pp. 841-843.
- Castel R. (1981), *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Les Editions de Minuit.
- Chapman L.J., Chapman J.P., Kwapil T.R., Eckblad M., Zinser M.C. (1994), « Putatively psychosis-prone subjects 10 years later », *J Abnormal Psychol*, 103, pp. 171-183.
- Crystal S., Olfson M., Huang C., Pincus H., Gerhard T. (2009), Broadened use of atypical antipsychotics: safety, effectiveness, and policy challenges, *Health Affairs*, 28(5), w770-w781.
- De Loore E., Gunther N., Drukker M., Feron F., Sabbe B., Deboutte D., van Os J., Myin-Germeys I. (2011), « Persistence and outcome of auditory hallucinations in adolescence: A longitudinal general population study of 1800 individuals », *Schizophr Res*, 127, pp. 252-256.
- Dominguez M.D., Wichers M., Lieb R., Wittchen H.U., Van Os J. (2011), « Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: an 8-year cohort study », *Schizophr Bull*, 37, pp. 84-93.
- DSM-5 Task Force (2010a), *Text for the Risk Syndrome for First Psychosis*; <http://www.schizophreniaforum.org/images/livedisc/RiskSyndrome.pdf> Site consulté le 25/03/11
- DSM-5 Task Force (2010b), *Proposed draft revisions to DSM disorders and criteria: attenuated psychotic symptoms syndrome*. American Psychiatric Association.
- Edelsohn G.A. (2006), « Hallucinations in children and adolescents: Considerations in the emergency setting », *Am J Psychiatr*, 163, pp. 781-785.
- Escher A., Delespaul P., Romme M., Buiks A., Van Os J. (2003), « Coping defence and depression in adolescents hearing voices », *J Mental Health*, 12(1), pp. 91-99.
- Escher A., Morris M., Buiks A., Delespaul P., Van Os J., Romme M. (2004), « Determinants of outcome in the pathways through care for children hearing voices », *International Journal of Social Welfare*, 13, pp. 208-222.
- Escher A., Romme M., Buiks A., Delespaul P., Van Os J. (2002a), « Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study », *Br J Psychiatry*, 181, pp. 10-18.
- Escher A., Romme M., Buiks A., Delespaul P., Van Os J. (2002b), « Formation of delusional ideation in adolescents hearing voices: a prospective study », *Am J Med Genet*, 114, pp. 913-920.
- Esterberg M., Compton M. (2009), « The psychosis continuum and categorical versus dimensional diagnostic approaches », *Curr Psychiatr Reports*, 11(3), pp. 179-184.
- Evrard R. (2010), « Psychiser le Maître absolu : solutions pubertaires par le paranormal », *Adolescence*, 28(4), n°74,

pp. 841-854.

- Evrard R. (2011), « Les expériences réputées psychotiques dans la population générale : essai de problématisation », *Ann Med Psychol*, 169(5), pp. 282-287.
- Evrard R., Rabeyron T. (2012), « Risquer la psychose : objections faites au « syndrome de psychose atténuée » », *Psychiatrie, Sciences Humaines et Neurosciences*, 10(2), pp. 45-67.
- Fawcett J. (2009), *Report of the DSM-V mood disorders work group*, American Psychiatric Association. <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/DSM-V-Work-Group-Reports/Mood-Disorders-Work-Group-Report.aspx> Site consulté le 04/04/11
- Hocini F. (2008), « Malaise dans la médication : délire à l'adolescence, passes et impasses », *Info Psychiatr*, 84(7), pp. 637-644.
- Kobayashi H., Nemoto T., Koshikawa H., Osono Y., Yamazawa R., Murakami M., Kashima H., Mizuno M. (2008), « A self-reported instrument for prodromal symptoms of psychosis: Testing the clinical validity of the PRIME Screen—Revised (PS-R) in a Japanese population », *Schizophr Res*, 106(2008), pp. 356-362.
- Kotsopoulos S., Kanigsberg J., Cote A., Fiedorowicz C. (1987), « Hallucinatory experiences in nonpsychotic children », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 26(3), pp. 375-380.
- Larkin W., Marshall M. (2010), « DSM-5 and the 'Psychosis Risk Syndrome': no different than any other diagnostic test », *Psychosis*, 2(3), pp. 191-195.
- Larkin W., Read J. (2008), « Childhood trauma and psychosis: Evidence, pathways, and implications », *J Postgraduate Med*, 54(4), pp. 287-293.
- Larøi F., Van der Linden M., Goëb J.-L. (2006), « Hallucinations and delusions in children and adolescents », *Curr Psychiatr Review*, 2, pp. 473-485.
- Larøi F., Van der Linden M., Goëb J.-L. (2009), « Hallucinations et idées délirantes chez les enfants et adolescents : mise en perspective avec les travaux réalisés chez l'adulte », *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 57, pp. 32-37.
- Le Maléfan P. (2008), « « La vérité est ailleurs » : La place du paranormal à l'adolescence comme mode de traitement du réel pubertaire », *Adolescence*, 26(3), pp. 709-721.
- Le Maléfan P., Lemerrier D. (2012), « Clinique lacanienne du « fantôme » chez un adolescent en deuil », *Evol Psychiatr*, Doi : 10.1016/j.evopsy.2012.08.011.
- Lovatt A., Mason O., Brett C., Peters E. (2010), « Psychotic-like experiences, appraisals, and trauma », *J Nerv Ment Dis*, 198(11), pp. 813-819.
- Mackie C.J., Castellanos-Ryan N., Conrod P.J. (2010), « Developmental trajectories of psychotic-like experiences across adolescence: impact of victimization and substance use », *Psychol Med*, 41, pp. 47-58.
- Marcelli D. (2005), « Psychose à l'adolescence », *Adolescence*, 23, pp. 213-223.
- Mathijssen F. (2010), « Young people and paranormal experiences: Why are they scared? A cognitive pattern », *Arch Psychol Religion*, 32(3), pp. 345-361.
- Mathijssen F. (2011), « Adolescents and spiritualism: is this a good way to cope with fear? A qualitative approach », *Ment Health, Religion & Culture*, 15(5), pp. 1-10.
- McGlashan T.H., Walsh B., Woods S.W. (2010), *The Psychosis-Risk Syndrome Handbook for Diagnostic and Follow-Up*, Oxford University Press.
- McGlashan T.H., Woods S.W. (2011), « Early Antecedents and Detection of Schizophrenia. Understanding the Clinical Implications », *Psychiatric Times*, <http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/content/article/10168/1822847> Site consulté le 25/03/11
- McGlashan T.H., Zipursky R.B., Perkins D., Addington J., Miller T., Woods S.W., Hawkins K.A., Hoffman R.E., Preda A., Epstein I., Addington D., Lindborg S., Trzaskoma Q., Tohen M., Breier A. (2006), « Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis », *Am J Psychiatr*, 163, pp. : 790-799.
- McGorry P.D., McFarlane C., Patton G.C., Bell R., Hibbert M.E., Jackson H.J., et al. (1995), « The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey », *Acta Psychiatr Scand*, 92(4), pp. 241-249.
- Meyer S.E., Bearden C.E., Lux S.R., Gordon J.L., Johnson J.K., O'Brien M.P., Niendam T.A., Loewy R.L., Ventura J., Cannon T.D. (2005), « The psychosis prodrome in adolescent patients viewed through the lens of DSM-IV », *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 15(3), pp. 434-451.
- Miller T.J., McGlashan T.H., Rosen J.L., Somjee L., Markovic, P.J., Stein K., Woods S.W. (2002), « Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity », *Am J Psychiatr*, 159, pp. 863-865.
- Olfman S. (2007), « Bipolar children: Cutting-edge controversy », in S. Olfman (Ed.), *Bipolar children: Cutting-edge controversy, insights, and research*, Westport, Praeger, pp. 1-11.
- Parens E., Johnston J. (2010), « Controversies concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder in children », *Child Adolesc Psychiatr Ment Health*, 4.

- Pathak P., West D., Martin B.C., Helm M.E., Henderson C. (2010), « Evidence-based use of second-generation antipsychotics in a state Medicaid pediatric population, 2001–2005 », *Psychiatr Services*, 61, pp. 123-129.
- Pearson D., Burrow A., FitzGerald C., Green K., Lee G., Wise N. (2001), « Auditory hallucinations in normal child populations », *Pers Individ Diff*, 31, pp. 401-407.
- Poulton R., Caspi A., Moffitt T.E., Cannon M., Murray R., Harrington H. (2000), « Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study », *Arch Gen Psychiatry*, 57(11), pp. 1053-1058.
- Rabeyron T. (2012), « Psychopathological and psychodynamic approaches to anomalous experiences: The concept of a paranormal solution », in C.D. Murray (ed.), *Mental Health and Anomalous Experience*, Londres, Nova Publishers, pp. 125-140.
- Rassial J.-J. (1996), *L'adolescent et le psychanalyste*, Paris, Payot-Rivages.
- Read J., van Os J., Morrison A.P., Ross CA. (2005), « Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications », *Acta Psychiatr Scand*, 112, pp. 330-350.
- Reinberg S. (2009), « FDA panel OKs newer antipsychotics for children », *Bloomberg Business week*, http://www.businessweek.com/lifestyle/content/healthday/627975.html?chan=autos_executive+health++lifestyle+subindex+page_health+news Site consulté le 04/04/11
- Robbins B.D., Higgins M., Fisher M., Over K. (2011), « Conflicts of Interest in Research on Antipsychotic Treatment of Pediatric Bipolar Disorder, Temper Dysregulation Disorder, and Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome: Exploring the Unholy Alliance Between Big Pharma and Psychiatry », *J Psychol Issues in Organizational Culture*, 1(4), pp. 32-49.
- Roussillon R., Chabert C., Ciccone A., Ferrant A., Georgieff N., Roman P. (2007), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson.
- Schreier H.A. (1998). « Auditory hallucinations in non-psychotic children with affective syndromes and migraines: Report of 13 cases », *J Child Neurol*, 13, pp. 377-82.
- Schreier H.A. (1999). « Hallucinations in nonpsychotic children: more common than we think? », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 38, pp. 623-625.
- Simon A.E., Cattapan-Ludewig K., Gruber H., Ouertani J., Zimmer A., Roth B., Isler E., Umbricht D. (2009), « Subclinical hallucinations in adolescent outpatients: An outcome study », *Schizophr Res*, 108, pp. 265-271.
- Simon A.E., Roth B., Zmilacher S., Isler E., Umbricht D.S. (2007), « Developing services for the early detection of psychosis: a critical consideration of the current state of the art », *European Child Adolesc Psychiatr*, 16, pp. 96-103.
- Smeets F., Lataster T., Dominguez M.-d-G., Hommes J., Lieb R., Wittchen H.-U., van Os J. (2012), « Evidence that onset of psychosis in the population reflects early hallucinatory experiences that through environmental risks and affective dysregulation become complicated by delusions », *Schizophr Bull*, 38(3), pp. 531-542.
- Stayer C., Sporn A., Gogtay N., Tossel J., Lenane M., Gochman P., et al. (2004), « Looking for childhood schizophrenia: case series of false positives », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 43(8), 1026-1029.
- Symann S., Hayez J.-Y. (2008), « Hallucinations chez un enfant non-psychotique », *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 56, pp. 27-31.
- Thompson J.L., Kelly M., Kimhy D., Harkavy-Friedman J.M., Khan S., Messinger J.W., Schobel S., Goetz R., Malaspina D., Corcoran C. (2009), « Childhood trauma and prodromal symptoms among individuals at clinical high risk for psychosis », *Schizophr Res*, 108, pp. 176-181.
- Trichet Y. (2011), *L'entrée dans la psychose. Approches psychopathologiques, clinique et (auto-)traitements*, Paris, Presses Universitaires de Rennes.
- Van Os J., Hanssen M., Bijl R.V., Vollenbergh W. (2011), « Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison », *Arch Gen Psychiatry*, 58, pp. 663-668.
- Van Os J., Linscott R., Myin-Germeys I., Delespaul P., Krabbendam L. (2009), « A Systematic Review and Meta-Analysis of the Psychosis Continuum: Evidence for a Psychosis Proneness – persistence – impairment Model of Psychotic Disorder », *Psychol Med*, 39(02), pp. 179-195.
- Watt C., Watson S., Wilson L. (2007), « Cognitive and psychological mediators of anxiety: Evidence from a study of paranormal belief and perceived childhood control », *Pers Ind Diff*, 42(2), pp. 335-343.
- Woods, S.W., Walsh, B.C., Saksa, J.R., McGlashan, T.H. (2010). « The case for including Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome ». *Schizophrenia Research*, 123, 199-207.
- Yung A.R., McGorry P.D. (1996), « The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations », *Schizophr Bull*, 22, pp. 353-370.
- Yung A.R., McGorry P.D., McFarlane C.A., Jackson H.J., Patton G.C., Rakkar A. (1996), « Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis », *Schizophr Bull*, 22(2), pp. 283-303.
- Yung A.R., Philipps L.J., McGorry P.D. (2004), *Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase*, Londres, Taylor & Francis.