



DÉPRESSION, SCHIZOPHÉNIE ET TROUBLES SCHIZO-AFFECTIFS

Recherche menée par **Chrystel BESCHE-RICHARD**

Professeure à l'université de Reims Champagne-Ardenne, Membre de l'Institut universitaire de France, REIMS.



FONDATION
Pierre Deniker
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE

Dépression, schizophrénie et troubles schizo-affectifs

Les relations entre les troubles de l'humeur, tels que les troubles dépressifs ou bipolaires, et les troubles schizophréniques n'ont cessé d'être complexes, remises en cause soit en faveur de leur indépendance soit, au contraire, en faveur de leur appartenance à un continuum clinique et étiopathogénique allant des troubles bipolaires aux troubles schizophréniques, et situant, au milieu de ce continuum, le trouble schizo-affectif au statut fragile et contesté. Le débat autour de la place diagnostique des troubles schizo-affectifs et des liens entre troubles schizophréniques et bipolaires n'est toujours pas clos. Dans la nouvelle classification américaine, le DSM-5, les troubles schizo-affectifs restent un diagnostic indépendant au sein des troubles du spectre schizophrénique et bipolaire. La recherche neurocognitive pourrait renouveler les termes de ces débats en interrogeant le fonctionnement de la cognition et les processus pathophysiologiques sous-tendant la cognition sociale dans ces pathologies. Le Pr. Chrystel Besche-Richard expose les termes et les enjeux de ces débats.

SOMMAIRE

De quels résultats communément admis disposons-nous ?	p.3
Comment les obtenons-nous ?	p.7
Qu'en tirons-nous comme connaissances ?	p.7
Qu'en faisons-nous concrètement ?	p.8
Références	p.9
Biographie	p.12

NOTA BENE : Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple: [1] correspond à Ref. [1] sur la page 9).

De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. La psychiatrie kræpelinienne fait référence à l'œuvre d'Emil Kraepelin, psychiatre allemand du 19^{ème} siècle, considéré comme le fondateur de la psychiatrie contemporaine.

2. **Etiopathogénie** : concerne l'étude des causes et des processus des maladies.

3. Voir l'article n°23 : « **Dépression Bipolaire, aspects Cliniques** » (Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression.

4. Voir l'article n°23 : « **Dépression Bipolaire, aspects Cliniques** » (Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression.

5. **Éléments thymiques** : liés à l'humeur.

6. **Symptômes négatifs** : Les symptômes négatifs reflètent le déclin des fonctions cognitives normales et se traduisent par une altération des fonctions cognitives complexes d'intégration : altération des fonctions mnésiques, difficultés de concentration, pauvreté du langage spontané, du comportement moteur : aboulie, amimie, apragmatisme, mais aussi du fonctionnement social ou émotionnel : altération de la vie en relation, émoussement des affects et de la motivation (athymhormie) ou encore une absence de plaisir (anhédonie).

7. **EDM** : épisode dépressif majeur. Pour connaître les symptômes de la dépression chez l'adulte et en avoir une illustration, voir l'article n°20-1 : « **Comment se fait un diagnostic de dépression** », Tableau n°1 (Dr. David Gourion), Le Livre Blanc de la Dépression.

Les relations entre les troubles de l'humeur, tels que les troubles dépressifs ou bipolaires, et les troubles schizophréniques n'ont cessé d'être complexes, remises en cause soit en faveur de leur indépendance (héritée de la psychiatrie kræpelinienne¹) soit, au contraire, en faveur de leur appartenance à un continuum clinique et étiopathogénique² allant des troubles bipolaires³ aux troubles schizophréniques, et situant, au milieu de ce continuum, le trouble schizo-affectif (SA) au statut fragile et contesté. Les hallucinations, les idées délirantes et le comportement désorganisé sont les marques de troubles schizophréniques (SZ), les fluctuations d'humeur sont centrales des troubles bipolaires⁴ type I (BD-I) ; néanmoins, des symptômes communs peuvent être observés au cours de l'évolution de ces troubles : il s'agit des éléments psychotiques (symptômes positifs [principalement, idées délirantes et hallucinations] et troubles formels de la pensée composés de troubles du discours, du langage et de la communication) dans le décours évolutif des BD-I ou de symptômes thymiques (épisode dépressif ou épisode maniaque) au cours de l'évolution des SZ. La présence d'éléments psychotiques dans l'expression d'un trouble de l'humeur pose aussi la question d'un continuum, y compris neurobiologique, entre les troubles de l'humeur et les troubles schizophréniques [1]. Concernant l'articulation entre troubles de l'humeur, schizophrénies et troubles schizo-affectifs, nous disposons de résultats autour de 2 questions essentielles :

> Celle de l'apparition d'un épisode dépressif majeur (EDM) au cours de l'évolution d'un trouble schizophrénique.

> Celle du statut clinique et étiopathogénique des troubles schizo-affectifs ; l'apport des neurosciences cognitives est ici essentiel pour mieux définir la clinique de ces troubles et leur indépendance ou interdépendance [2].

Les symptômes dépressifs peuvent survenir à n'importe quel moment de l'évolution d'un trouble schizophrénique : durant la phase d'apparition des 1^{er} signes de la maladie (phase prodromale), la phase aigüe et la phase post-psychotique. Durant la phase prodromale et aigüe, la présence de symptômes dépressifs complique la démarche diagnostique entre un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et un trouble schizophrénique avec des éléments thymiques⁵ ceci sans compter avec la difficulté à bien distinguer les symptômes dépressifs des symptômes négatifs⁶ de la maladie schizophrénique. Les dépressions post-psychotiques concernent un tableau clinique complet d'EDM⁷ qui succède, dans un délai de 12 mois, à un épisode psychotique en phase de rémission ou à une SZ en phase résiduelle. Elles concerneraient 16 % des patients schizophrènes [3]. La difficulté essentielle consiste à distinguer les éléments dépressifs des symptômes négatifs (les fonctions sont appauvries et se traduisent par une pauvreté du langage, du comportement -émotionnel et social-)

8. **DSM** est l'acronyme de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; IV est le numéro de version (il s'agit ici de la quatrième version de ce manuel, publiée en 1994 ; la première version datait de 1952) ; TR est l'acronyme de Texte Révisé, qui correspond à une mise à jour du texte datant de 2000. La dernière version de la classification est le DSM -5.

9. **ICD-10 ou CIM-10** : La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision (connue sous la «CIM-10») est une liste de classifications médicales codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS).

10. **L'insight** correspond à la conscience des troubles, généralement altérée dans la schizophrénie.

persistants (cf. point II) dont les caractéristiques cliniques respectives contribuent à un chevauchement partiel entre les deux syndromes. Mais il s'agit bien d'un syndrome à part entière dans le sens où il nécessite un traitement pharmacologique, et éventuellement psychologique, spécifique. Néanmoins, le diagnostic de dépression post-psychotique ou post-schizophrénique a une visibilité restreinte au sein du DSM-IV⁸ : il figure dans les catégories à l'étude et finalement éliminé dans le DSM-5. Au sein de l'ICD-10⁹, il figure comme une catégorie spécifique. Bressan et al. (2003) montrent que si la dépression post-psychotique est correctement évaluée alors le diagnostic présente une bonne fidélité. Il est important de pouvoir bien la repérer car elle est associée à une augmentation des rechutes psychotiques, du risque suicidaire et elle semble péjorer le fonctionnement social et la qualité de vie des patients [2].

Les troubles schizo-affectifs, aussi appelés en France schizophrénies dysthymiques, constituent, sans doute, une entité nosographique frontière très discutée depuis sa 1ère description par Kasanin en 1933. Ils se caractérisent par la survenue d'épisodes thymiques avec présence simultanée d'éléments symptomatiques schizophréniques (hallucinations, idées délirantes, symptômes de désorganisation et symptômes négatifs - critère A du DSM-5 pour le trouble schizophrénique). La présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations pendant au moins deux semaines en l'absence d'un trouble thymique majeur (EDM ou manie) doit être observé au cours de l'évolution pour poser le diagnostic de SA et le distinguer des troubles dépressifs ou maniaques avec caractéristiques psychotiques. La prévalence est estimée à 0,3% avec un

sex-ratio en faveur des femmes. Il est généralement admis que les périodes inter-critiques sont souvent de bonne qualité avec un fonctionnement social souvent mieux conservé que dans les schizophrénies ; les troubles de l'insight¹⁰ seraient également moins sévères et moins durables que dans les schizophrénies. Généralement, le pronostic associé aux SA est meilleur que celui des schizophrénies et moins bon que celui des troubles thymiques. Le risque suicidaire y est particulièrement augmenté compte tenu de la présence des symptômes dépressifs. Les réticences quant à ce diagnostic, qui présente cependant une réalité clinique, concernent sa mauvaise stabilité temporelle et fidélité : une étude, évaluant l'évolution à 24 mois, montre qu'un peu plus de 42% des SA basculent vers un diagnostic de SZ et qu'un peu plus de 21% vers un diagnostic de BD [5]. Concernant l'absence de fidélité inter-juges, elle peut sans doute s'expliquer par le fait que le diagnostic de SA est un diagnostic par défaut [6]. En conséquence, le fait que son diagnostic reste difficile à poser soulève le problème de la prise en charge et du devenir des patients qui en souffrent [7]. D'un point de vue nosographique, plusieurs hypothèses ont été envisagées :

- > Les SA sont une forme atypique de schizophrénies.
- > Les SA sont une forme atypique de troubles bipolaires.
- > Les SA seraient « simplement » une comorbidité entre schizophrénies et BD.
- > Les SA sont indépendants des troubles schizophréniques et des troubles bipolaires et constitueraient une 3ème psychose ; les arguments étayant cette possibilité sont discrets compte tenu de la faible stabilité du diagnostic de SA, comparativement à celui des schizophrénies ou des BD [7].

11. La **prévalence** correspond à la part de la population atteinte par la pathologie à un moment donné.

12. Les **endophénotypes** sont des indices de vulnérabilité à un trouble et peuvent être de différente nature (endophénotype clinique, cognitif, cérébral, génétique, etc.).

13. La **période euthymique** ou **normothymique** correspond à une période sans symptômes maniaques ou dépressifs.

> Les SA seraient une catégorie hétérogène composée de patients schizophrènes et de patients bipolaires.

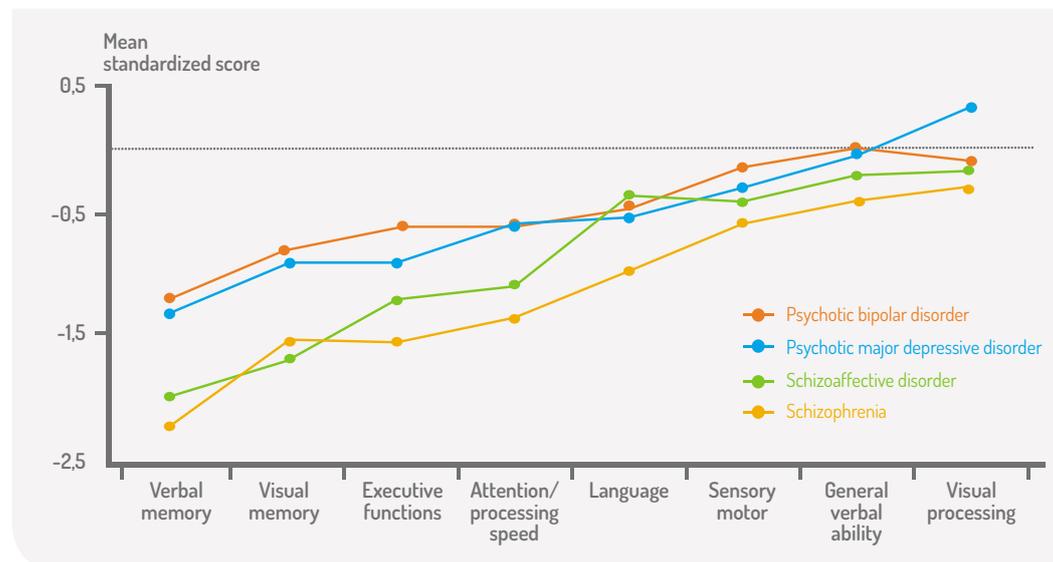
> Selon, une perspective dimensionnelle, les SA se placent sur un continuum entre les troubles schizophréniques et les troubles bipolaires les inscrivant sur un spectre unitaire et continu. Plusieurs caractéristiques relatives aux deux types de troubles alimentent cette conception : données démographiques, de prévalence,¹¹ d'âge de début des troubles, mais aussi de vulnérabilité génétique [8, 9]. En effet, certaines études génétiques (maudsley twin register study) [10] réalisées sur des couples de jumeaux mono- et di-zygotes argumentent en faveur d'éléments génétiques communs entre SZ, SA et BD-I.

L'étude cognitive des troubles schizophréniques, schizo-affectifs et thymiques contribue à l'étayage de ces différentes hypothèses. D'un point de vue cognitif, la question essentielle est de savoir si la nature et/ou la sévérité des troubles cognitifs est identique ou différente dans les psychoses affectives et les schizophrénies, où le SA va occuper une place de choix pour étudier les particularités. Dans cette perspective, les troubles

cognitifs sont considérés comme des endophénotypes¹² marqueurs de la vulnérabilité aux troubles du spectre schizophrénique considérés sur un continuum clinique avec les EDM/BD avec signes psychotiques et les SA. Concernant la comparaison des profils cognitifs entre les schizophrénies et les SA, les résultats sont mitigés et dépendent non seulement des études mais aussi des fonctions cognitives évaluées : quelques études montrent peu de différences de sévérité entre les deux pathologies, d'autres montrent un fonctionnement cognitif plus sévèrement altéré chez les schizophrènes. Les troubles cognitifs des patients bipolaires seraient qualitativement semblables mais quantitativement différents de ceux identifiés chez les patients schizophrènes [11] et persisteraient durant les phases de rémission des troubles bipolaires (période euthymique¹³). Les profils cognitifs, durant les périodes euthymiques, seraient néanmoins variables en fonction de la présence ou non de symptômes psychotiques [12, 13]. Comme le montre la Figure 1, la sévérité des troubles cognitifs est relativement proche entre les EDM/BD avec caractéristiques psychotiques et les SA par rapport aux schizophrénies.

Figure 1
(ci-contre)

Variabilité des profils cognitifs, durant périodes euthymiques, en fonction de la présence ou non de symptômes psychotiques [14].



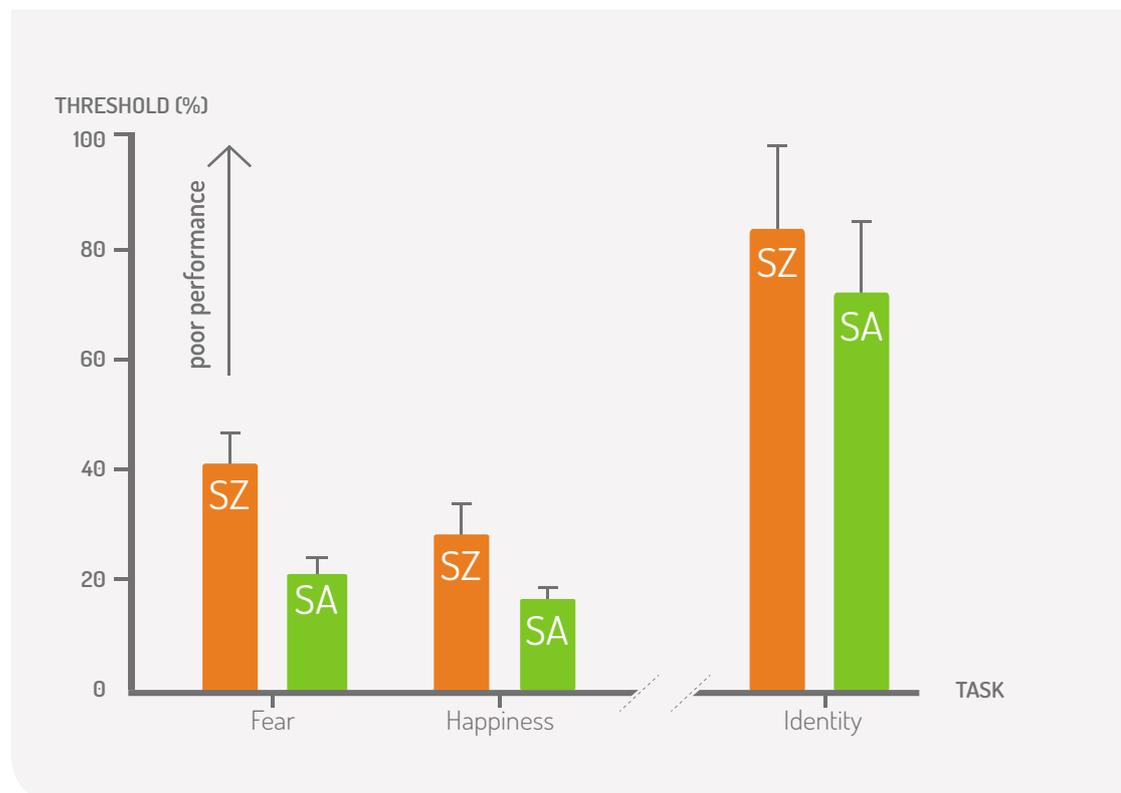
Il convient de constater néanmoins que ces différences sont plus ou moins marquées selon les fonctions cognitives explorées [16, 17]. Nous savons que certaines fonctions cognitives sont altérées par la présence d'un trouble psychiatrique, quelle que soit sa nature, ce qui constitue des troubles cognitifs non spécifiques. D'autres fonctions cognitives sont altérées de façon plus spécifique par certaines pathologies mentales, c'est particulièrement le cas du champ de la cognition sociale regroupant la compréhension des émotions, des états mentaux d'autrui et de l'empathie. Les troubles de la cognition sociale peuvent, en partie, rendre compte des difficultés de communication et de relations sociales dans les pathologies concernées. C'est la raison pour laquelle, de façon récente, sont apparues des études s'intéressant à ces dysfonctionnements dans les troubles dépressifs, les troubles bipolaires et les troubles schizo-affectifs ; dans ce dernier

cas, afin d'alimenter l'hypothèse d'un endophénotype cognitif au spectre des troubles schizophréniques. Compte tenu des caractéristiques thymiques des troubles SA, une question intéressante, mais peu explorée, consiste à étudier le traitement cognitif des informations émotionnelles et non émotionnelles.

Seulement deux études ont été à ce jour conduites dans l'objectif de comparer le fonctionnement neuropsychologique et celui de la cognition sociale chez des patients SA et SZ. La 1ère étude conduite par Fiszdon et al. (2007) [18] met en évidence que les performances des SZ et des SA sont non différentes sur les fonctions neuropsychologiques, alors qu'elles diffèrent sur le fonctionnement de la théorie de l'esprit qui semble mieux préservé chez les SA. Chen et al. (2012) [15] confirment ces résultats au moyen de tâche d'identification et de discrimination des émotions de peur et de joie (Figure 2 ci-dessous).

Figure 2
(ci-contre)

Comparaison entre des patients schizophrènes (SZ) et des patients avec un trouble schizo-affectif (SA) à l'identification et la discrimination des émotions de peur et de joie.



14. Une « échelle » est une liste de questions, portant en l'occurrence sur les symptômes de la dépression, dont les réponses sont associées à des scores numériques. L'addition des scores de chacune des réponses fournit un score numérique global, qui donne une évaluation de la sévérité de la dépression.

15. Une étude transversale permet l'observation d'une population dans sa globalité (ou d'un échantillon représentatif), à un instant donné dans le temps.

16. Les fonctions exécutives désignent un ensemble assez hétérogène de processus cognitifs de haut niveau permettant un comportement flexible et adapté au contexte. Cela regroupe des capacités liées à l'anticipation, la planification, l'organisation, la résolution de problème, le raisonnement logique, la mémoire de travail, le contrôle cognitif, la pensée abstraite, l'apprentissage de règles, l'attention sélective, la sélection de réponses motrices, la motivation, l'initiative, etc. Les fonctions exécutives sont principalement associées au fonctionnement des lobes frontaux du cerveau.

Comment les obtenons-nous ?

Des outils comme l'échelle¹⁴ de dépression de Calgary (calgary depression scale for schizophrenia - CDSS) [19] ou l'échelle de dépression psychotique [20] permettent, mieux que les outils standards d'évaluation de la dépression, de repérer les symptômes dépressifs des patients schizophrènes, notamment durant la phase résiduelle.

Le suivi longitudinal des patients schizo-affectifs reste la meilleure méthodologie pour évaluer l'évolution clinique des patients ayant été initialement diagnostiqués et ainsi apporter des résultats sur la stabilité du diagnostic ou, à défaut, le tableau clinique vers lequel les patients évoluent. Les études transversales¹⁵ comparent, quant à elles,

des patients schizophrènes, bipolaires et SA sur des marqueurs de vulnérabilité tels que les indices de fonctionnement cognitif. A ce sujet, les épreuves cognitives et neuropsychologiques utilisées pour étudier les similitudes et différences éventuelles entre SZ et SA concernent de nombreux domaines cognitifs : vitesse de traitement de l'information (trail making test - partie A), fonctions exécutives¹⁶ (wisconsin card sorting test), mémoire de travail (mémoire des chiffres), mémoire sémantique (fluences sémantiques, amorçage sémantique), mémoire visuelle (figure de rey), reconnaissance des émotions et des états mentaux (Tâche d'Eckman ; eyes test).

Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

Considérer le SA comme un diagnostic intermédiaire d'un continuum entre SZ et BD-I consiste à adopter une perspective dimensionnelle et à considérer l'existence d'une psychose unique. Le débat autour de la place diagnostique des troubles SA et des liens entre troubles SZ et BD n'est toujours pas clos. Les critères retenus dans la récente publication du DSM-5 (dans sa version anglophone) (APA, 2013) amélioreront probablement assez peu la fidélité de ce diagnostic. Les troubles SZ et BD demeurent deux diagnostics distincts, les

SA restent un diagnostic indépendant au sein des troubles du spectre schizophrénique [21].

Concernant les résultats sur le fonctionnement de la cognition, il est probable que des processus pathophysiologiques différents sous-tendent la cognition sociale dans les SA et les SZ. Il n'y a pas, à l'heure actuelle, suffisamment d'études ni d'arguments pour considérer les troubles de la cognition et des émotions comme un marqueur d'une dimension psychotique indépendamment du diagnostic.

17. La remédiation cognitive à visée thérapeutique prend la forme d'un traitement rééducatif - pratiqué sous forme d'exercices ludiques - destiné à améliorer le fonctionnement attentionnel, mnésique, langagier, exécutif, visuospatial, métacognitif ou social. Une action indirecte sur les déficits fonctionnels affectant la vie quotidienne est attendue, ce qui peut contribuer à améliorer l'insertion sociale et professionnelle des patients traités.

Qu'en faisons-nous concrètement ?

Il n'existe pas de traitement ni de prise en charge spécifiques des SA. La plupart des thérapies utilisées pour le traitement des SA sont celles utilisées dans les SZ et les BD; d'un point de vue pharmacologique, les thymo-régulateurs et les anti-psychotiques sont classiquement utilisés : les données de la pratique clinique montrent que le traitement le plus souvent prescrit dans le cas de SA est, pour 22 % un anti-psychotique, pour 20 % un anti-psychotique associé à un thymo-régulateur, pour 19 % un anti-psychotique associé à un anti-dépresseur [22].

Il semble, par ailleurs, que les patients SA puissent bénéficier d'une approche psycho-éducative pour traiter les symptômes psychotiques persistants [23].

La place des pratiques de remédiation cognitive¹⁷ augmente dans la prise en charge des troubles SZ et BD voire des troubles dépressifs. Les SA bénéficient, à l'instar des SZ, des techniques de remédiation pour améliorer

leur fonctionnement cognitif. Plusieurs programmes ont récemment été élaborés autour de la remédiation de la reconnaissance et compréhension des émotions.

Les deux programmes principaux sont : le training of affect recognition (TAR) et le social cognition and interaction training (SCIT). Le TAR, développé par Fromman et al. (2003) [24] est un entraînement à la reconnaissance des émotions faciales utilisant l'apprentissage par l'erreur, le renforcement positif, l'abstraction et la verbalisation des différentes caractéristiques faciales. Les patients apprennent à identifier, discriminer, verbaliser les 6 émotions de base, puis à intégrer ce décryptage émotionnel dans des contextes sociaux. C'est sans doute dans ce sens que se développeront rapidement ces techniques en faveur des patients SA une fois acquises davantage de connaissances stables sur leur fonctionnement cognitif et émotionnel. ■

Références

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **MÖLLER HJ.**
"Bipolar disorder and schizophrenia: distinct illnesses or a continuum?"
J Clin Psychiatry 2003 • 64 Suppl 6: 23-7
- Ref. [2] **MEYNARD JA.**
« Le continuum schizophrénie-troubles bipolaires et le trouble schizo-affectif »
Encephale 2005 • 31(Pt 2):S31-4
- Ref. [3] **BRESSAN RA, CHAVES AC, PILOWSKY LS, SHIRAKAWA I, MARI JJ.**
"Depressive episodes in stable schizophrenia: critical evaluation of the DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria"
Encephale 2005 • 31(Pt 2):S31-4
- Ref. [4] **SCHWARTZ JE, FENNIG S, TANENBERG-KARANT M, CARLSON G, CRAIG T, GALAMBOS N, ET AL.**
"Congruence of diagnoses 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis"
Arch Gen Psychiatry 2000 • 57(6):593-600
- Ref. [5] **DEROSSE P, BURDICK KE, LENCZ T, SIRIS SG, MALHOTRA AK.**
"Empirical support for DSM-IV schizoaffective disorder: clinical and cognitive validators from a large patient sample"
Arch Gen Psychiatry 2000 • 57(6):593-600
- Ref. [6] **DEMILY C, FRANCK N.**
« Place du trouble schizoaffectif dans la nosographie actuelle »
Ann Med Psychol 2009 • 167:256-63
- Ref. [7] **CHENIAUX E, LANDEIRA-FERNANDEZ J, LESSA TELLES L, LESSA JL, DIAS A, DUNCAN T, ET AL.**
"Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders"
J Affect Disord 2008 • 106(3):209-17
- Ref. [8] **CRADDOCK N, OWEN MJ.**
"The Kraepelinian dichotomy - going, going... but still not gone"
Br J Psychiatry 2010 • 196(2):92-5
- Ref. [9] **VAN OS J, KAPUR S.**
"Schizophrenia"
Lancet 2009 • 22;374(9690):635-45
- Ref. [10] **CARDNO AG, RIJSDIJK FV, WEST RM, GOTTESMAN II, CRADDOCK N, MURRAY RM, ET AL.**
"Twin study of schizoaffective-mania, schizoaffective-depression, and other psychotic syndromes"
Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2012 • 159B(2):172-82

- Ref. [11] **JABBEN N, ARTS B, VAN OS J, KRABBENDAM L.**
"Neurocognitive functioning as intermediary phenotype and predictor of psychosocial functioning across the psychosis continuum: studies in schizophrenia and bipolar disorder"
J Clin Psychiatry 2010 • 71(6):764-74
- Ref. [12] **GLAHN DC, BEARDEN CE, BARGUIL M, BARRETT J, REICHENBERG A, BOWDEN CL, ET AL.**
"The neurocognitive signature of psychotic bipolar disorder"
Biol Psychiatry 2007 • 62(8):910-6
- Ref. [13] **MARNEROS A, RÖTTIG S, RÖTTIG D, TSCHARNTKE A, BRIEGER P.**
"Bipolar I disorder with mood-incongruent psychotic symptoms: a comparative longitudinal study"
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009 • 259(3):131-6
- Ref. [14] **BARCH DM.**
"Neuropsychological abnormalities in schizophrenia and major mood disorders: similarities and differences"
Curr Psychiatry Rep 2009 • 11(4):313-9
- Ref. [15] **CHEN Y, CATALDO A, NORTON DJ, ONGUR D.**
"Distinct facial processing in schizophrenia and schizoaffective disorders"
Schizophr Res 2012 • 134(1):95-100
- Ref. [16] **BORA E, YUCEL M, PANTELIS C.**
"Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study"
Br J Psychiatry 2009 • 195(6):475-82
- Ref. [17] **GRUBER O, GRUBER E, FALKAI P.**
"Articulatory rehearsal in verbal working memory: a possible neurocognitive endophenotype that differentiates between schizophrenia and schizoaffective disorder"
Neurosci Lett 2006 • 405(1-2):24-8
- Ref. [18] **FISZDON JM, RICHARDSON R, GREIG T, BELL MD.**
"A comparison of basic and social cognition between schizophrenia and schizoaffective disorder. A comparison of basic and social cognition between schizophrenia and schizoaffective disorder"
Schizophr Res 2007 • 91(1-3):117-21
- Ref. [19] **ADDINGTON D, ADDINGTON J, MATICKA-TYNDAL E.**
"Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics"
Schizophr Res 1994 • 11(3):239-44
- Ref. [20] **AZORIN JM, BLIN O, PHILIPPOT P.**
"Clinical aspects of depression in the psychotic patient"
Encephale 1994 • 20 Spec No 4:663-6
- Ref. [21] **COSGROVE VE, SUPPES T.**
"Informing DSM-5: biological boundaries between bipolar I disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia"
BMC Med 2013 • 11:127.

- Ref. [22] **CASCADE E, KALALI AH, BUCKLEY P.**
"Treatment of schizoaffective disorder"
Psychiatry (Edgmont). 2009 • 6(3):15-7
- Ref. [23] **MURRU A, PACCHIAROTTI I, NIVOLI AM, GRANDE I, COLOM F, VIETA E.**
"What we know and what we don't know about the treatment of
schizoaffective disorder"
Eur Neuropsychopharmacol 2011 • 21(9):680-90
- Ref. [24] **FROMMANN N, STREIT M, WÖLWER W.**
"Remediation of facial affect recognition impairments in patients with
schizophrenia:a new training program"
Psychiatry Res 2003 • 17(3):281-4

REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR PUBMED

- Avec les mots-clés: **depression[TI] AND schizophrenia & schizoaffective disorder**
- Article au sujet du diagnostic de dépression, schizophrénie et trouble schizo-affectif :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19609099>

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR GOOGLE SCHOLAR

- Avec les mots-clés: **depression & schizophrenia & schizoaffective disorder**

AUTRES LIENS UTILES

- Le site de l'association mondiale de la schizophrénie et des maladies apparentées :
<http://français.world-schizophrenia.org/>
- **France Dépression**
- **SOS Dépression**
- **Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)**
- **Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)**

Biographie



Chrystel BESCHE-RICHARD

Professeure à l'université de Reims Champagne-Ardenne, membre de l'Institut universitaire de France Professeure des Universités, Psychopathologie cognitive - 16^{ème} section, Université de Reims Champagne-Ardenne, Département de Psychologie, Membre de l'Institut Universitaire de France; Responsable de l'équipe «Cognition, Emotions, Vulnérabilité» du laboratoire C2S, EA 6291.

.....

THÈMES DE RECHERCHE

Approche cognitive des troubles de la communication dans la schizophrénie et troubles apparentés; étude du fonctionnement de la cognition sociale (émotions, théorie de l'esprit, empathie) dans les troubles schizophréniques ou thymiques (troubles dépressifs, troubles bipolaires); langage et émotions dans la schizophrénie et les troubles bipolaires théorie de l'esprit, émotions, empathie.

COORDINATION SCIENTIFIQUE

Galina IAKIMOVA, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.



FONDATION
Pierre Deniker
.....
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE