

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1502

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Melissa BELINGA

le 02 Février 2021

**INTÉRÊT DE LA DÉTECTION PRÉCOCE DES SUJETS À HAUT
RISQUE DE TRANSITION PSYCHOTIQUE CHEZ LES
ADOLESCENTS DÉSCOLARISÉS : UNE REVUE DE LA
LITTÉRATURE**

Directeur de thèse : Dr Ivan GICQUEL

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Président

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Assesseur

Monsieur le Docteur Antoine YRONDI

Assesseur

Monsieur le Docteur Michel VIGNES

Assesseur

Monsieur le Docteur Ivan GICQUEL

Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

P.U. - P.H.

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRÉ Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

2^{ème} classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie : Hygiène Hospitalière

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie		
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique		
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.	P.U. Médecine générale	
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie		
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. BOYER Pierre	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	M. STILLMUNKES André	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme CORRE Jill	Hématologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biosostatistiques et Informatique médicale
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique	Mme VALLET Marion	Physiologie
		M. VERGEZ François	Hématologie
		M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	
Mme DUPOUY Julie		Mme ESCOURROU Brigitte	

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

Remerciements

Aux membres du jury

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour la bienveillance et le soutien que vous m'avez manifestés.

Depuis les cours de psychiatrie des premières années de médecine, vous avez su communiquer votre passion pour la clinique de la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent à travers de nombreuses anecdotes. Votre implication dans la formation des étudiants et des internes m'a beaucoup apporté.

À Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse.

Vous avez été un coordinateur du diplôme d'études spécialisées de psychiatrie très accessible et bienveillant. Je vous remercie pour votre engagement dans la formation des internes.

À Monsieur le Docteur Antoine YRONDI

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury de thèse.

Depuis votre clinicat, où j'avais eu l'occasion de vous rencontrer, vous transmettez votre intérêt pour la recherche et son importance pour l'amélioration des pratiques, avec beaucoup de sympathie.

À Monsieur le Docteur Michel Vignes

C'est un plaisir de vous compter parmi les membres de ce jury de thèse.

Durant mes six mois de stage auprès de vous à l'Équipe Mobile de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent, où nous avons parfois fait de longues expéditions dans les couloirs des services de pédiatrie, vous m'avez partagé votre savoir clinique. Vous m'avez initiée au travail de crise et à la clinique adolescente. J'ai énormément apprécié apprendre et travailler avec vous.

À Monsieur le docteur Ivan Gicquel

Tu m'as fait l'honneur d'être mon directeur de thèse, je te remercie de m'avoir accompagnée et conseillée dans ce travail de thèse.

Merci pour ton soutien et ta bienveillance ces derniers mois. Merci également pour l'accueil qui m'a été fait à la Guidance Infantile avec ce rôle de tuteur que tu as eu pour moi les premiers mois à la ConsultAdo, et la confiance que tu m'as accordée quand nous avons commencé à travailler ensemble.

À mes maîtres de stages, à mes collègues soignants

À l'équipe du secteur Tarbes Nord du centre hospitalier de Lannemezan qui m'a accueillie pour mon tout premier stage d'internat.

À l'équipe du secteur Sud du centre hospitalier du Gers à Auch, ainsi qu'à celles des CMP de Lombez et l'Isle-Jourdain.

À l'équipe de l'UF3 du CHU de Toulouse du Dr Virginie Rouch.

Cela a été un réel plaisir de travailler avec vous, de vous découvrir, de partager tous ces moments avec vous, de vous préparer toutes ces pâtisseries.

À l'hôpital de jour pour adolescents Saint-Léon et aux docteurs Christian Vidal et Aurélia Scetbon avec qui j'ai pu confirmer mon affinité avec la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent.

À l'Équipe Mobile de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent qui m'a accompagnée pendant six mois à l'Hôpital des Enfants.

Aux docteurs Michel Vignes, Céline Basoul et Julie Collange, pour tout ce que vous m'avez appris au cours de ces six mois de travail intense.

Aux équipes du PAJA et de l'EMIC de l'hôpital Gérard Marchant et aux docteurs Zeynep Hukum, Samia Gouchène et Diane Fabre.

Aux PMI d'Aucamville et Empalot.

Au Dr Jeanne Mauries qui m'a permis de renouer temporairement avec la pédiatrie, mon rêve de petite fille. Mais aussi au Dr Marion Barbail que j'ai pu accompagner dans les évaluations des maternelles.

Aux équipes du LAPS et de l'unité TED.

Au Dr Julie Andanson : merci pour ta douceur et tout ce que j'ai appris avec toi sur l'autisme et la problématique institutionnelle.

Aux docteurs Anne-Laure Toureille, Thierry Maffre, Stéphanie Cussot-Charpentier, Marion Broquère, Cécile Mari, Emilie Maille, merci pour tout ce que vous m'avez transmis pendant mon dernier semestre.

Et à Frédéric Pourre pour son humour lors des groupes d'entraînement aux habiletés sociales.

À mes nouveaux collègues de la Guidance Infantile avec qui j'ai commencé à m'initier à la pratique après l'internat. Merci au Dr Laurence Carpentier d'avoir pensé à moi pour ce poste. Merci pour votre soutien ces derniers mois.

À mon équipe de la ConsultAdo avec qui j'ai découvert peu à peu le monde du post-internat et avec qui on a pu tenter de gérer (autant que faire se peut) les crises : Lydiane, Géraldine,

Fanette, Aurélie, Caroline, Emmanuelle, Damien qui a « retrouvé les bancs de l'université », et les nouveaux arrivés Alexandre et Christel.

À l'équipe du CMP Saint-Léon : heureuse de vous avoir rencontrés et merci pour ces mois de travail en commun.

À mes proches

À ma famille

À Régina, ma mère, pour ton amour, ta tendresse et ton dévouement. Tu m'as transmis des valeurs, des principes qui ont façonné ma façon d'être au monde. Tu m'as toujours soutenue pour que je puisse réaliser mes rêves. Tu as eu les exigences, mais aussi la confiance en moi et en mes capacités qui m'ont permis d'en arriver où je suis.

Loïk, Laureen et moi avons toujours été ta priorité. Toi, tu as toujours été là pour nous, et finalement c'est tout ce qui compte.

J'espère pouvoir un jour être à la hauteur de l'exemple que tu as été pour moi.

Je t'aime.

À mon frère et à ma sœur

À tous nos souvenirs d'enfance (la décapitation de nos poupées Barbie, les débats sans fin aux repas de famille, les soirées films d'horreur, ...) et aux moments que nous ne cesserons de partager. On a nos hauts et nos bas comme tous les frères et sœurs, mais je vous aime profondément et je suis fière de chacun de vous.

Loïk, le passionné : de livres, de musique, de vinyles, de tant de choses... Avec ton cynisme râleur qui me fera toujours sourire. Je te souhaite de continuer à t'épanouir dans tes divers projets !

Laureen, ma petite Glenda, mon Oompa Loompette. Influenceuse en devenir au sens du style affirmé. J'aime ta franchise, parfois acerbe, mais jamais dénuée d'humour. Et à Franck qui te rend heureuse et qui parvient à nous supporter...! J'espère que vos projets se réaliseront vite !

À Armel

Je sais que tu aurais aimé devenir docteur dans ton domaine, et j'aurais aimé que tu sois là pour partager ça avec toi. Ça et tant d'autres choses... Tu me manqueras toujours.

Et comme tu me le disais si souvent, n'oublie jamais que je t'aime.

À toute la famille Gbaguidi : Mémé, Lucette, Francis, et tous les cousins et cousines.

À Clément

Merci d'être entré dans ma vie, et d'avoir apporté une touche de bonheur à cette année 2020 si étrange. Merci de croire autant en moi, de me soutenir quand j'en ai besoin. Merci pour ce quotidien rempli d'échanges, de rires et de tendresse que tu m'apportes.

Je t'aime.

Et merci aussi à ta famille que je découvre peu à peu et qui m'a accueillie chaleureusement.

À mes amis

À mes amies du collège. Tant de temps est passé depuis notre première rencontre à Fermat. Les murs (et la murette !) du collège et du lycée nous ont vues grandir, nous avons partagé

tellement d'étapes importantes dans nos vies respectives. Notre amitié a bien évolué depuis, elle m'est toujours précieuse et vous occuperez toujours une place à part.

Laure, pour tout ce qu'on a partagé depuis vingt ans, et qu'on continue de partager lors de nos retrouvailles et notre quasi-tradition des courses de Noël de dernière minute en commun...

Clémence, que je retrouve toujours comme si le temps ne s'était pas écoulé depuis la fois précédente.

Mais aussi Mireille et Amélie.

Au « Girls talk », pour nos moments entre filles et toutes nos discussions. Je suis tellement ravie que nous nous soyons trouvées toutes les quatre. Merci d'être là dans les bons et mauvais moments.

Marion, « mon amie Marion », tu es sans doute la personne la plus gentille que je connaisse. Je me souviendrai toujours de notre rencontre à la pré-rentree du tutorat et de tout ce qu'elle m'a apportée depuis.

Fanny, entière et passionnée, je suis heureuse de t'avoir pour amie.

Sophie, toute en simplicité, et une amie sincère.

À mes amis de médecine, pour tous les moments partagés avec vous, parce que nous nous sommes réciproquement vus avancer dans nos vies personnelles et professionnelles. Et à ceux qui, intégrant vos vies, sont venus agrandir le groupe.

Joris mon petit frère de cœur, Vincent, Yannick, Claire, Carine et Thibaut, Gauthier et Cyrielle, Muriel et Aurélien, Laura.

Et forcément Gabriel et Rose, Jeanne et le petit bout à venir.

À tous mes amis rencontrés à travers mon internat de psychiatrie.

À Damien, et nos déclarations d'amour maintes fois répétées. Merci pour ton soutien et ta confiance, merci de parfois plus croire en moi que moi. Merci pour nos danses endiablées partagées en soirée.

À Sami pour ton amitié. Parce qu'au-delà des moments d'amusement passés ensemble, tu sais lire en moi de façon parfois troublante.

À Julie. Mon semestre à la liaison m'a permis de te connaître, de partager notre passion de la maroquinerie, du DIY et de me donner envie de me lancer dans la couture.

À tous les autres copains d'internat : Jeanne, Laureen, Lucie, Lucia, Nicolas, Louise, Célia.

À Alexis et Simon, mes deux uniques co-internes.

À Grégoire, avec qui au cours de mon tout dernier stage d'externat, aux urgences psychiatriques, j'ai pu mener mon tout premier entretien.

À tous ceux qui m'ont permis d'être celle que je suis, personnellement et professionnellement. À tous ceux que j'aurais eu la maladresse d'oublier...

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	15
2. LA SCHIZOPHRÉNIE	18
2.1. Éléments historiques	18
2.2. Clinique	19
2.2.1. Diagnostic de schizophrénie	19
2.2.2. Formes précoces	22
2.3. Physiopathologie	22
2.3.1. Hypothèse neurobiochimique	23
2.3.2. Hypothèse neuro-développementale	23
2.3.2.1. Facteurs de risque génétiques	23
2.3.2.2. Facteurs de risque environnementaux	23
2.3.2.2.1. Facteurs de risque précoces	23
2.3.2.2.2. Facteurs de risque tardifs	24
2.4. Prise en charge	25
3. LE CONCEPT DE TRANSITION PSYCHOTIQUE	27
3.1. Les différentes phases de la maladie	27
3.2. La phase prémorbide	28
3.3. La phase prodromique : dépistage des sujets à risque et transition vers un trouble psychotique	30
3.3.1. L'approche rétrospective : les prodromes	30
3.3.2. L'approche prospective : les sujets à risque de transition psychotique	32
3.3.2.1. Le modèle d'état mental à risque et ses outils d'évaluation	33
3.3.2.1.1. La CAARMS	33
3.3.2.1.2. Le SIPS	34
3.3.2.2. Le modèle des symptômes de base et son outil d'évaluation	35
3.3.2.3. Modélisation de la phase prodromique	38
3.3.2.4. Évolution des sujets à risque	38
3.3.3. Intervention précoce	39
4. EMERGENCE PSYCHOTIQUE ET DESCOLARISATION : REVUE DE LA LITTÉRATURE	41
4.1. Introduction	41
4.1.1. Le concept de déscolarisation	41
4.1.2. L'impact des troubles psychotiques émergents sur la scolarité	42
4.2. Matériel et méthode	43
4.3. Résultats	43

4.4. Discussion	47
5. PERSPECTIVES	49
6. CONCLUSION	51
7. BIBLIOGRAPHIE	52
8. ANNEXES	60
Annexe 1 : CAARMS	60
Annexe 2 : SOFAS	101
Annexe 3 : SIPS	102
Annexe 4 : SPI-A (extrait)	144
Annexe 5 : SPI-CY (extrait)	147
Annexe 6 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature	151
Annexe 7 : Global Functioning : Role scale	154

ABRÉVIATIONS

ACES : Atlanta Cohort on the Early course of Schizophrenia ou cohorte d'Atlanta sur les débuts de la schizophrénie

APS : Attenuated Psychotic Symptoms ou symptômes psychotiques atténués

APSS : Attenuated Psychotic Symptoms Syndrom ou syndrome des symptômes psychotiques atténués

ARMS-P : At Risk Mental State for Psychosis ou état mental à risque de psychose

BIPS : Brief Intermittent Psychotic Syndrom ou syndrome psychotique bref intermittent

BLIPS : Brief Limited or Intermittent Psychotic Symptoms ou symptômes psychotiques brefs, limités et intermittents

BSABS : Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms ou échelle de Bonn pour l'évaluation des symptômes de base

BSIP : Basel Screening Instrument for Psychosis ou instrument de dépistage pour la psychose de Bâle

CAARMS : Comprehensive Assessment of At Risk Mental State ou évaluation approfondie de l'état mental à risque

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et l'Adolescent

C'JAAD : Centre d'évaluation pour Jeunes Adultes et Adolescents

CHR-P : Clinical High-Risk state for Psychosis ou état à haut risque psychotique

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition

CNESCO : Centre National d'étude des systèmes scolaires

COGDIS : COGnitive DISturbances

COPER : COgnitive - PERceptions

COS : Chlidhood Onset Schizophrenia ou schizophrénie à début très précoce

DIPPEJAAD : Détection et Intervention Précoce des Pathologies Émergentes du Jeune Adulte et de l'Adolescent

DPNT : Durée de Psychose Non Traitée

DSM 5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^{ème} édition

EIPS : Early Initial Prodromal State ou phase prodromique précoce

EnCLASS : Enquête Collèges et Lycées chez les Adolescents sur la Santé et les Substance

EPPIC : Early Psychosis Prevention and Intervention Centre ou centre de prévention de la psychose et d'intervention précoce

EOS : Early Onset Schizophrenia ou schizophrénie à début précoce

ERlaos : Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the onset of schizophrenia ou inventaire de détection précoce pour l'évaluation rétrospective des débuts de la schizophrénie

ESCAP : European Society for Child and Adolescent Psychiatry ou société européenne de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent

FSE : Fonds Social Européen

GAF : Global Assessment of Functioning scale ou échelle d'évaluation du fonctionnement global

GF : R : Global Functioning : Role (scale) ou échelle de fonctionnement lié à l'activité

GF : S : Global Functioning : Social (scale) ou échelle de fonctionnement social

GRD : Genetic Risk and Deterioration ou risque génétique et dégradation fonctionnelle

HAS : Haute Autorité de Santé

HSV : Herpes Simplex Virus

LIPS : Late Initial Prodromal State ou phase prodromique tardive

NAPLS-1 : North American Prodrom Longitudinal Study 1 ou étude longitudinale des prodromes nord-américaine 1

NIMH : National Institute of Mental Health ou institut national de santé mentale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PANSS : Positive And Negative Symptoms Scale ou échelle des symptômes positifs et négatifs

QI : Quotient intellectuel

SCREEN : School Refusal Evaluation ou évaluation du refus scolaire

SIPS : Structured Interview of Prodromal Symptoms

SOFAS : Social and Occupational Functioning Assessment Scale ou échelle d'évaluation du fonctionnement social et occupationnel

SOPS : Scale Of Prodromal Symptoms ou échelle des symptômes prodromaux

SPI-A : Schizophrenia Proneness Instrument Adult version ou instrument pour la prédisposition à la schizophrénie version adulte

SPI-CY : Schizophrenia Proneness Instrument Child and Youth version ou instrument pour la prédisposition à la schizophrénie version enfant et adolescent

UHR-P : Ultra High-Risk state for Psychosis ou état à ultra haut risque de psychose

1. INTRODUCTION

La schizophrénie est un trouble psychiatrique chronique décrit depuis le début du XXe siècle. Elle est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une des dix maladies entraînant le plus d'invalidité en particulier chez les sujets jeunes.

L'apparition des traitements neuroleptiques 1950 a constitué une réelle évolution dans la prise en charge de la schizophrénie et une perspective de lutte contre la dégradation majeure du fonctionnement psychique induite par la maladie. Aujourd'hui, l'étude de la phase précoce de la maladie semble constituer un nouveau tournant dans la conception de la prise en charge des patients schizophrènes. En effet, le concept des états mentaux à risque qui s'est constitué depuis une vingtaine d'années vise à un repérage précoce des individus à risque de transition psychotique. Ce modèle représente une nouvelle évolution dans la conception des soins psychiatriques avec une ouverture à la prévention primaire et secondaire dans la prise en charge de la schizophrénie. Ce modèle a permis également le développement de programmes d'intervention spécifiques qui auraient une efficacité dans l'évolution des troubles et leurs conséquences psycho-sociales. Il est à noter, et nous le verrons dans la suite de ce travail de thèse, que si le concept des états mentaux à risque s'est constitué autour de la schizophrénie, ce modèle n'y est pas limité, il est élargi aux troubles psychotiques émergents de façon globale. Cela est lié au continuum entre les troubles schizophréniques, les troubles schizo-affectifs et les troubles bipolaires. Par ailleurs, les outils de repérage des sujets à risque de transition psychotique ne permettent pas à l'heure actuelle de discriminer les sujets qui évolueront vers la schizophrénie ou vers un autre trouble psychotique.

Dans ce travail de thèse nous avons souhaité parcourir la littérature concernant la détection précoce des sujets à risque de transition psychotique, et nous intéresser en particulier à une population spécifique, celle des adolescents déscolarisés. En effet les sujets déscolarisés constituent une population à risque psychosocial non négligeable en soi. Il pourrait sembler intéressant d'identifier dans cette population à risque les individus qui présenteraient un sur-risque par rapport à la transition psychotique afin de leur permettre un accès aux soins le plus précoce possible et limiter une désinsertion socio-professionnelle, qui est une des principales conséquences de la schizophrénie à l'heure actuelle. Cette approche semble intéressante à deux niveaux : d'une part, la déscolarisation peut être un signe précurseur de trouble psychotique émergent, d'autre part, le dépistage des sujets à risque de transition psychotique et l'intervention précoce associée pourraient éventuellement permettre de prévenir un risque de déscolarisation.

L'application de ce modèle à une population adolescente est également intéressante puisque la période de l'adolescence est une période de développement où s'opèrent de nombreux changements physiques, neurologiques, psychologiques et sociaux. C'est une phase de construction et d'évolutivité, et par conséquent également une période de fragilité.

Ainsi selon l'Enquête nationale en Collèges et en Lycées chez les Adolescents sur la Santé et les Substances (EnCLASS) 2018, on note un déclin du sentiment de bien-être mental à l'adolescence (7,4/10 en moyenne sur une échelle de 0 à 10 à 15 ans vs 8,3/10 à 11 ans)¹.

Par ailleurs, le cadre scolaire contribue au développement de l'adolescent dans différents domaines et il semble évident que l'émergence psychotique à l'adolescence peut entrer en conflit avec la dynamique du processus adolescent.

Sur le plan cognitif, la maturation cognitive à l'adolescence permet d'accéder à de nouveaux modes de pensée. L'adolescence est ainsi la période où se structure l'accès à une pensée formelle, pensée abstraite grâce à l'accès au symbolique². Ce détachement d'une pensée concrète signe le recours à un raisonnement hypothético-déductif, base de la pensée scientifique. Se met également en place une capacité réflexive qui permet le développement des méta-représentations et des métacognitions. Ces nouveaux modes de pensée permettent à l'adolescent de structurer le rapport à soi et aux autres. Les apprentissages scolaires visent à soutenir la structuration de la pensée, à développer de nouvelles modalités de raisonnement. Ainsi, l'adolescent devient progressivement acteur de ses apprentissages, avec une capacité de réflexion propre, il devient capable de se confronter à des concepts et d'imaginer des projets. Ce sont des éléments importants de l'autonomisation psychique adolescente.

Sur le plan affectif, l'adolescence représente le processus de séparation et d'individuation vis-à-vis des figures parentales. C'est une période où les relations avec les pairs sont particulièrement investies. Elles permettent de soutenir ce processus. La construction identitaire de l'individu vient s'appuyer sur ces relations sociales. La socialisation, en partie soutenue par l'environnement scolaire, est un élément clé du processus de développement psycho-affectif adolescent.

Dans un premier temps nous nous intéresserons à la schizophrénie puisque c'est à partir de cette pathologie que s'est construit le concept des états mentaux à risque. Nous aborderons l'apparition du concept de schizophrénie, sa description clinique, les connaissances sur sa physiopathologie et sa prise en charge actuelle.

Dans un second temps, nous développerons de façon plus précise le concept de transition psychotique, en étudiant les différents stades de la maladie, et le concept d'état mental à risque.

Enfin, dans un troisième temps, nous nous pencherons sur la déscolarisation dans le cadre de troubles psychotiques émergents, à travers une revue de la littérature. L'objectif de cette revue de la littérature est de montrer l'intérêt du repérage des sujets à haut risque de transition psychotique dans le contexte de la déscolarisation. La déscolarisation est-elle un facteur de risque de troubles psychotiques émergents ? Quelle est la proportion de jeunes déscolarisés parmi les sujets à haut risque de transition psychotique ? Serait-il pertinent de mettre en place une évaluation du risque de transition psychotique dans l'accompagnement des jeunes déscolarisés ? On peut repérer des intrications entre le concept d'état mental à

risque et les troubles de la scolarité dont la déscolarisation qui nous ont conduit à ces réflexions : tous deux ont un retentissement négatif sur l'intégration socio-professionnelle ultérieure, tous deux sont des problématiques complexes nécessitant une prise en charge précoce et pluridisciplinaire.

2. LA SCHIZOPHRENIE

La schizophrénie fait partie des troubles psychotiques chroniques caractérisés par une perte de contact avec la réalité. C'est la psychose la plus fréquente chez l'adulte. C'est une maladie ubiquitaire, qui concerne 0,7 à 1% de la population mondiale³, et environ 600000 personnes en France. Sa prévalence en 2017 a été évaluée à environ 20 millions de personnes dans le monde⁴.

2.1. Éléments historiques

Le concept de schizophrénie a été créé à travers la synthèse de différentes descriptions cliniques par Emil Kraepelin⁵, c'est alors la démence précoce. Kraepelin décrit une psychose chronique évolutive survenant chez un adolescent ou un jeune adulte, caractérisée par des troubles affectifs et intellectuels, dont l'évolution se fait vers un affaiblissement psychique. Le terme de schizophrénie apparaît en 1911 avec Eugen Bleuler⁶, du grec schizein (séparé) et phrên (esprit). Pour lui le fondement de la maladie n'est pas la démence mais la scission des fonctions psychiques. Les symptômes qu'il décrit comme principaux sont issus de cette scission : perturbation des associations, perturbation des affects et ambivalence. Il identifie un autre symptôme central, le repli sur soi, alors désigné « autisme ». Les idées délirantes ou hallucinations sont pour lui des symptômes accessoires dérivant de la scission psychique. Kurt Schneider, lui, définit les symptômes de premier rang⁷. Ce sont onze symptômes qu'il définit comme pathognomoniques de la maladie :

- Audition de voix ou pensées exprimées à voix haute ;
- Audition de voix argumentant entre elles ;
- Audition de voix commentant le comportement ou les pensées ;
- Perception délirante ;
- Expériences d'influences corporelles ;
- Expériences d'influences des pensées ;
- Impulsions venant d'influences extérieures ;
- Volonté contrôlée par des forces extérieures ;
- Vol des pensées ;
- Interférence des pensées ;
- Publication de pensées⁸.

La description clinique actuelle de la schizophrénie repose sur ces différents apports historiques.

2.2. Clinique

2.2.1. Diagnostic de schizophrénie

La schizophrénie est un trouble psychotique chronique dont les symptômes sont généralement regroupés en un trépied syndromique :

- Syndrome de désorganisation : troubles du cours de la pensée, altération du langage, altération du système logique ; ambivalence affective ou discordance idéo-affective ; désorganisation comportementale.
- Syndrome positif : idées délirantes ou hallucinations.
- Syndrome négatif : émoussement des affects ; pauvreté du discours ; avolition, apragmatisme et retrait social.

D'autres symptômes s'y associent, en particulier des altérations des fonctions cognitives.

Le diagnostic de la schizophrénie est un diagnostic clinique. Les classifications internationales, la classification internationale des maladies (CIM10)⁹ élaborée par l'OMS et le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5)¹⁰ élaboré par l'association américaine de psychiatrie, définissent des critères diagnostiques standardisés.

Tableau 1 : Critères diagnostiques de la schizophrénie DSM 5¹⁰

A	Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins si traités avec succès). Au moins une de celles-ci doit comporter 1, 2 ou 3. 1. Délires 2. Hallucinations 3. Discours désorganisé (déraillement fréquent ou incohérence) 4. Comportement globalement désorganisé ou catatonique 5. Symptômes négatifs (diminution de l'expression émotionnelle et perte de la volonté)
B	Pendant une grande partie du temps depuis la survenue du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que l'école, le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant le début (ou lorsque le début est dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau attendu de réalisation interpersonnelle, scolaire ou professionnelle).
C	Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins un mois de symptômes (ou moins si réponse favorable au traitement) qui répondent au critère A (phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la maladie peuvent se manifester par des symptômes négatifs ou par une forme atténuée de deux ou plusieurs des symptômes énumérés dans le critère A (par exemple, les croyances perçues comme étranges, des expériences perceptives inhabituelles).
D	Un trouble schizo-affectif ou un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristique psychotique ont été écartés, soit parce que (1) aucun épisode dépressif majeur, maniaque, ou mixte n'a eu lieu en même temps que les symptômes de la phase active, ou (2) si les épisodes thymiques ont eu lieu pendant la phase active des symptômes, leur durée totale est minime par rapport à la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
E	La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une drogue, un médicament) ou à ceux d'une affection médicale.
F	S'il y a des antécédents de trouble autistique ou un autre trouble envahissant du développement ou un autre trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou des hallucinations sont également prédominantes pendant au moins 1 mois (ou moins si traités avec succès).

Tableau 2 : Critères diagnostiques de la schizophrénie CIM 10⁹

<p>Symptômes caractéristiques ≥1 critère (1 à 4) ou ≥2 critères (5 à 8), pendant ≥1 mois, ou critère 9 pendant ≥12 mois</p>	1	Écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée.
	2	Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante.
	3	Hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps.
	4	Autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant p. ex. l'identité religieuse ou politique ou des pouvoirs surnaturels (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres...).
	5	Hallucinations persistantes de n'importe quel type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée.
	6	Interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée. Rendant le discours incohérent et hors de propos, ou <i>néologismes</i> .
	7	Comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur.
	8	Symptômes "négatifs" : <i>apathie</i> importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement neuroleptique.
	9	Modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.
<p>Critères d'exclusion</p>	1	Symptômes dépressifs ou maniaques au premier plan, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles de l'humeur. Ou symptômes affectifs d'importance à peu près égale aux symptômes schizophréniques et se développant simultanément : trouble schizo-affectif
	2	Atteinte cérébrale manifeste ou apparaissant au cours d'une épilepsie
	3	Intoxication ou un sevrage à une substance psychoactive

2.2.2. Formes précoces

La schizophrénie est une pathologie du jeune adulte, avec des symptômes précurseurs qui peuvent apparaître dès l'enfance et en particulier à partir de l'adolescence sur lesquels nous reviendrons plus en détail.

Cependant il existe des formes précoces de schizophrénie identifiées depuis longtemps. Ainsi, dès le XXe siècle, Sancte de Sanctis a décrit une « démence précocissime » par analogie avec la dénomination de démence précoce de Kraepelin, par la suite appelée schizophrénie infantile¹¹.

Aujourd'hui on différencie :

- La schizophrénie à début précoce, ou Early Onset Schizophrenia (EOS), débutant avant l'âge de 18 ans ;
- La schizophrénie à début très précoce, ou Childhood Onset Schizophrenia (COS) débutant avant l'âge de 12 ans.

Ces formes précoces sont plus rares. Leur étude retrouve une évolution clinique plus sévère que les troubles schizophréniques débutant plus tardivement, une présence plus importante d'anomalies neuro-développementales prémorbides et avec des anomalies plus sévères, et une plus forte dimension génétique des troubles¹¹.

Concernant la schizophrénie très précoce, le diagnostic différentiel avec les troubles envahissants du développement peut être difficile¹². Les délires chez l'enfant sont souvent moins construits ; les hallucinations chez l'enfants sont fréquentes, y compris en l'absence de trouble psychotique. Alaghband-Rad et al.¹³ ont observé que des symptômes de troubles envahissants du développement ont précédé le diagnostic pour 36% des sujets ayant été diagnostiqués comme présentant une schizophrénie à début très précoce, pour 13% les critères diagnostiques de troubles envahissants du développement étaient réunis.

2.3. Physiopathologie

Même si dans le concept de démence précoce Kraepelin faisait déjà l'hypothèse d'une origine neurodégénérative, l'absence de lésion organique identifiée avait contribué au développement de théories fondées sur des facteurs uniquement psychologiques. L'identification de facteurs génétiques, et la découverte des traitements neuroleptiques et de leur effet sur les symptômes de la schizophrénie, ont permis de soutenir l'hypothèse d'un substrat organique à la pathologie. Depuis, même si le mécanisme physiopathologique de la schizophrénie n'est toujours pas parfaitement identifié, l'interaction entre des facteurs de vulnérabilité génétiques et des facteurs environnementaux fait consensus.

2.3.1. Hypothèse neurobiochimique

Les traitements neuroleptiques ont été développés à partir des travaux sur les antihistaminiques. À partir de ces travaux, la chlorpromazine est le premier neuroleptique à avoir été synthétisé en 1951 par Paul Charpentier. On a progressivement identifié ses effets psychoactifs avec Jean Delay et Pierre Deniker, et une étude du NIMH en 1964¹⁴ a permis de confirmer l'effet des neuroleptiques sur les symptômes psychotiques de la schizophrénie.

Les neuroleptiques agissent sur les neurotransmetteurs en particulier la dopamine. C'est ainsi qu'une hypothèse d'hyperfonctionnement dopaminergique à l'origine des symptômes schizophréniques a émergé. Depuis, d'autres systèmes de neurotransmetteurs ont été associés à cette hypothèse neurobiochimique (système glutamatergique, système gabaergique, système sérotoninergique) qui repose sur un déséquilibre dans le fonctionnement et l'interaction de ces différents systèmes de neurotransmission.

2.3.2. Hypothèse neuro-développementale

L'hypothèse neuro-développementale est probablement l'hypothèse physiopathologique la plus retenue à l'heure actuelle, elle repose sur une interaction entre une vulnérabilité génétique et des facteurs de risques environnementaux.

2.3.2.1. Facteurs de risque génétiques

Dès Kraepelin, l'hypothèse de la participation de facteurs génétiques dans la schizophrénie a été soulevée¹⁵.

Les enquêtes épidémiologiques familiales ont permis de valider l'existence de facteurs génétiques dans la schizophrénie. En effet, les apparentés ont un sur-risque établi de schizophrénie, en lien avec le degré d'apparentement¹⁶. Les études chez les jumeaux ont mis en évidence le caractère polygénique et plurifactoriel de la maladie¹⁶.

Cette notion de maladie plurifactorielle et polygénique a conduit à la conception actuelle d'une interaction entre une vulnérabilité génétique avec laquelle viennent interagir des facteurs non génétiques (neuro-développementaux, environnementaux, sociaux et psychologiques).

2.3.2.2. Facteurs de risque environnementaux

2.3.2.2.1. Facteurs de risque précoces

Les facteurs de risque précoces identifiés à ce jour comprennent des expositions pendant la période gestationnelle et des complications obstétricales.

Les expositions périnatales sont liées en premier lieu à des infections. Plusieurs études ont été menées concernant le risque de schizophrénie lié à une infection par un agent infectieux ayant un neurotropisme¹⁷ : Influenza virus, virus de la rubéole, Herpes simplex virus, Cytomegalovirus, Toxoplasma gondii. L'étude de Brown et al.¹⁸ en particulier a mis en évidence une augmentation significative du risque de schizophrénie liée à une infection par le virus de la grippe pendant la grossesse. De même un risque augmenté de schizophrénie a été identifié en lien avec une infection au HSV-2¹⁹ ou à Toxoplasma gondii²⁰. Dans les expositions périnatales on retrouve également les expositions à des toxiques et les facteurs nutritionnels. Les toxiques gestationnels ont été peu étudiés en tant que facteurs de risque de schizophrénie²¹. En revanche le lien entre hypovitaminose D et risque de schizophrénie a été étudié du fait du rôle de la vitamine D dans le développement du système nerveux central²¹, mais la corrélation avec la schizophrénie n'a à ce jour pas été démontrée. Ces expositions à des agents infectieux (virus de la grippe) ou l'hypovitaminose D ont pu être évoquées comme des facteurs expliquant la saisonnalité des naissances qui a été repérée dans la schizophrénie. On retrouve en effet un plus grand risque de schizophrénie chez les sujets nés en période hivernale^{21,22}.

Une corrélation entre complications obstétricales et schizophrénie a également été retrouvée. La méta-analyse de Cannon et al.²³ a identifié les complications obstétricales associées à une augmentation significative du risque de schizophrénie : complications de la grossesse (saignement, pré-éclampsie, diabète et incompatibilité rhésus), anomalies de croissance et développement fœtal (poids de naissance <2,5 kg, malformations congénitales et faible périmètre crânien), et complications de l'accouchement (asphyxie néonatale, atonie utérine et césarienne en urgence).

Un risque attribuable de 23% a été mis en évidence pour l'ensemble de ces complications obstétricales. L'hypothèse actuelle est celle d'une hypoxie et/ou une activation immunitaire altérant le développement cérébral²².

2.3.2.2.2. Facteurs de risque tardifs

Il existe également des facteurs de risque dits tardifs, non liés à une altération du développement cérébral périnatal. Dans ces facteurs de risque tardifs on retrouve des facteurs psychosociaux, des traumatismes et l'exposition à des toxiques.

Les facteurs psychosociaux identifiés sont l'urbanité et la migration. Les mécanismes n'en sont pas encore bien élucidés. Certaines hypothèses évoquent dans les deux cas un lien avec la discrimination et le rejet social^{21,22}. Une revue de la littérature a permis de définir un risque attribuable de 35% concernant le mode de vie urbain et de 15% pour la migration²². Le risque lié à la migration diminuerait en cas de forte densité ethnique en lien avec une plus

forte cohésion sociale au sein de la communauté et donc un vécu d'exclusion moins important²².

Les facteurs traumatiques comportent à la fois des traumatismes physiques et psychiques. En effet, les antécédents de traumatismes crâniens dans l'enfance ou l'adolescence ont été identifiés comme des facteurs de risque de schizophrénie, par altération de la maturation du cortex préfrontal²¹. Par ailleurs, les traumatismes psychiques infantiles, en particulier les abus sexuels, sont associés à un sur-risque de schizophrénie. Cela pourrait s'expliquer par la mise en place de schémas cognitifs dysfonctionnels en lien avec le traumatisme ou par un dysfonctionnement dopaminergique dû au stress chronique²².

Les facteurs toxiques sont pour la schizophrénie principalement représentés par la consommation de cannabis. La revue de la littérature de Le Bec et al.²⁴ en 2007 a confirmé l'association significative entre la consommation de cannabis et l'émergence de troubles psychotiques en particulier chez les sujets vulnérables, avec un risque de 1,2 à 2,8 après ajustement sur les facteurs de confusion. Une relation dose-effet a également été mise en évidence dans la corrélation entre cannabis et psychose²⁵⁻²⁸. Par ailleurs, une consommation précoce était associée à une majoration du risque (4,5 fois plus de risque de schizophrénie avant 26 ans en cas de consommation de cannabis avant l'âge de 15 ans)²⁹.

À travers ce facteur de risque on retrouve la dimension d'interaction gène-environnement : l'exposition au cannabis vient potentialiser la vulnérabilité génétique au cannabis.

2.4. Prise en charge

Les principes de la prise en charge de la schizophrénie sont bien détaillés dans les recommandations internationales et dans les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS), nous ne ferons ici qu'en souligner les grandes lignes³⁰.

La prise en charge de la schizophrénie est globale et pluridisciplinaire, faisant intervenir le secteur sanitaire mais également le secteur social et médico-social.

Elle doit être ambulatoire autant que possible. Elle repose sur une relation thérapeutique de confiance afin de créer une alliance thérapeutique. La psychoéducation est essentielle : elle permet de soutenir la continuité des soins et prévenir les décompensations.

Concernant le traitement médicamenteux de la schizophrénie, les antipsychotiques sont le traitement pharmacologique de référence. Ils ont fait la preuve de leur efficacité sur les symptômes psychotiques et sur la prévention des décompensations psychotiques aiguës. Ce sont désormais les traitements antipsychotiques de deuxième génération (Risperidone, Aripiprazole, Olanzapine) qui sont recommandés en première intention du fait d'un meilleur profil de tolérance.

La mise en place du traitement médicamenteux est un enjeu important puisqu'il a été montré

qu'elle permet d'améliorer le pronostic de la maladie en diminuant la durée de psychose non traitée (DPNT), soit la phase préclinique comprise entre l'apparition des premiers symptômes psychotiques et la mise en place du premier traitement. Les méta-analyses de Marshall et al.³¹, et Perkins et al.³² en 2005 ont montré qu'une DPNT plus courte était associée à une meilleure réponse au traitement antipsychotique définie par la sévérité globale de la maladie, les symptômes positifs, les symptômes négatifs, le taux de rémission, le risque de rechute, le niveau de fonctionnement global et la qualité de vie.

Sur le plan psychothérapeutique, divers abords peuvent être envisagés : des thérapies cognitives et comportementales, en particulier de remédiation cognitive, de réhabilitation psycho-sociale, d'entraînement aux habiletés sociales, ou des psychothérapies d'inspiration psychanalytique.

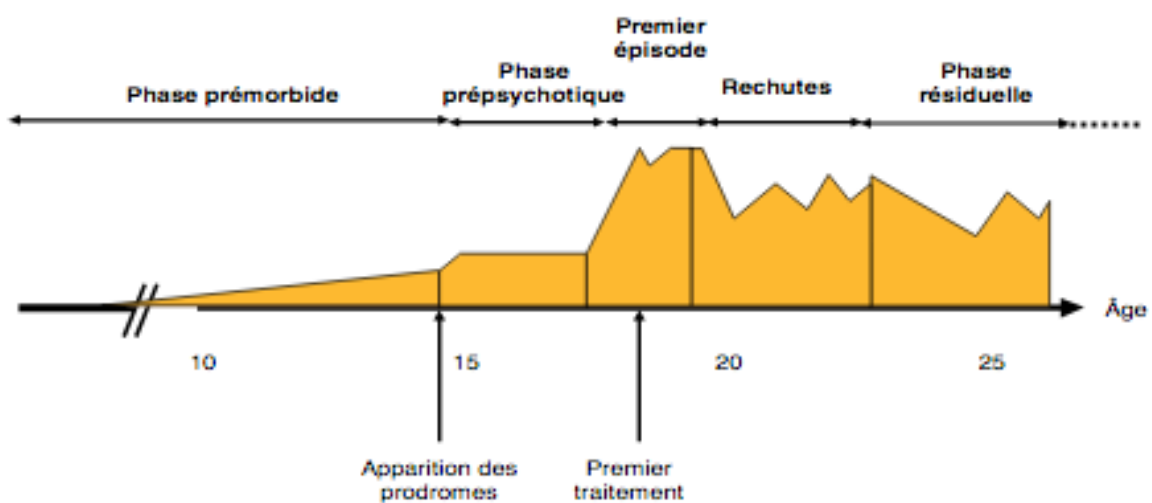
3. LE CONCEPT DE TRANSITION PSYCHOTIQUE

3.1. Les différentes phases de la maladie

L'hypothèse neuro-développementale de la schizophrénie que nous avons abordée précédemment décrit ainsi une interaction entre une vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux avec un continuum temporel dans l'apparition des symptômes.

Le schéma de l'histoire naturelle de la schizophrénie de Keshavan³³ symbolise bien les différentes étapes de la maladie.

Figure 1 : Schéma de l'histoire naturelle de la schizophrénie de Keshavan³³



La phase pré-morbide est définie comme la période qui précède la maladie. Pour la schizophrénie elle va donc de la naissance à l'apparition des premiers signes ou prodromes de la maladie. Elle consiste en une vulnérabilité aux troubles schizophréniques, et ne définit pas une évolution inéluctable vers la schizophrénie. Sur le plan clinique, on peut retrouver de façon rétrospective des troubles neuro-développementaux, neurologiques, morphologiques associés à cette phase.

La phase prodromique correspond à l'apparition des premiers symptômes. Ce sont alors des symptômes peu spécifiques, identifiés comme tels de façon rétrospective. Cette phase précède de quelques mois ou de quelques années la première décompensation de la schizophrénie.

Le premier épisode psychotique représente la période où le patient présente des symptômes psychotiques francs. C'est à ce moment que les critères diagnostiques du trouble sont réunis pour la première fois.

La transition psychotique est définie par le passage de la phase prodromique à la première décompensation psychotique.

Dans la suite de ce travail de thèse nous nous appuyons principalement sur les travaux basés sur l'hypothèse neuro-développementale de la schizophrénie. Cependant les psychanalystes se sont également penchés sur cette dimension évolutive de la schizophrénie à travers le concept de « prépsychose »³⁴.

Mauritz Katan³⁵ définit une phase prépsychotique et une phase psychotique proprement dite, qui pour lui ne débute que quand le contact avec la réalité est rompu ; la phase prépsychotique pouvant ne jamais aboutir à une psychose. Cette phase prépsychotique « englobe toute cette phase au cours de laquelle les symptômes (...) ne pouvaient être rapportés ni à une névrose classique (...) ni à une psychose ».

Jacques Lacan³⁶ relie la phase prépsychotique à la dimension de perplexité. C'est une fois que cette perplexité est dépassée, avec une certitude et un signifiant donné par le sujet à ses perceptions étranges qu'il y a entrée dans la psychose.

Henri Ey, Bernard et Brisset³⁷ identifient deux types de caractères préschizophréniques : la schizoïdie évolutive, où des traits de personnalité sont déjà présents et se majorent en évoluant vers une symptomatologie négative (retrait social, indifférence affective,...) et les névroses préschizophréniques, où une symptomatologie à l'allure de névrose hystérique évoluerait par poussées.

3.2. La phase prémorbide

Si la schizophrénie est la conséquence d'anomalies neuro-développementales, il serait logique de penser que ces anomalies neuro-développementales se manifestent elles-mêmes durant l'enfance.

Des études rétrospectives, des études de cohorte et des études prospectives d'enfants à risque de schizophrénie car ayant un parent atteint de schizophrénie ont montré une association entre une schizophrénie à l'âge adulte et des retards ou anomalies du développement émotionnel, cognitif, moteur et/ou social durant l'enfance ou l'adolescence³⁸. La phase prémorbide est ainsi considérée pour la plupart des auteurs de la littérature, comme étant une phase durant laquelle les sujets expriment certains signes d'anomalies neuro-développementales qui reflètent une vulnérabilité à la schizophrénie³⁹⁻⁴¹.

Il y a moins d'études sur la phase prémorbide de la schizophrénie que sur la phase prodromique. Le caractère peu spécifique de ces manifestations en limiterait en effet l'utilisation dans une prise en charge préventive de la schizophrénie. En effet, on les retrouve dans d'autres troubles psychiatriques à l'âge adulte. Par ailleurs, leur prévalence reste faible : seulement le tiers des sujets schizophrènes aurait présenté des manifestations prémorbides durant leur enfance⁴².

L'équipe finlandaise de Niemi et al.³⁸ en particulier a réalisé une revue de la littérature à partir de différentes études prospectives concernant les sujets à risque (sujets ayant un apparenté atteint de schizophrénie). Ces travaux ont repéré différents signes cliniques que l'on peut retrouver dans la phase prémorbide.

On retrouve donc :

- Des troubles du développement moteur et neurologique ;
- Des anomalies du fonctionnement cognitif ;
- Des troubles du comportement et des interactions sociales ;
- Des symptômes dits psychiatriques ;
- Des difficultés scolaires, sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement.

Pour le développement moteur, plusieurs troubles ont été décrits. Un retard aux grandes étapes de développement a pu être identifié^{38,43,44}.

Un profil spécifique de retard a pu être décrit, c'est la pandysmaturation. Elle est caractérisée par l'association d'un retard de développement moteur et/ou visuo-moteur, des anomalies des fonctions neurocomportementales et un retard de croissance du squelette⁴⁵.

Ont aussi été décrits des troubles de la latéralisation, de l'équilibre ou de la coordination^{46,47}.

Par ailleurs les signes neurologiques mineurs ou soft signs ont été identifiés comme des marqueurs de la schizophrénie⁴⁸. Ces signes sont décrits comme des anomalies neurologiques peu sévères, diffuses : parmi eux on note des troubles de la coordination motrice, de l'équilibre, de l'intégration sensorielle, de la latéralisation, des mouvements anormaux⁴⁹. Ils ne sont pas être directement liées au dysfonctionnement d'une région précise du cerveau et ne font pas parties d'un syndrome spécifique⁵⁰.

Sur le plan cognitif, de nombreuses études retrouvent une corrélation entre quotient intellectuel (QI) bas et schizophrénie^{39,43,51}. Pour autant, la revue de la littérature de Niemi et al.³⁸ met en avant des résultats assez hétérogènes. Par ailleurs, selon Hijman et al.⁵², le niveau de QI ne serait pas modifié par l'émergence des symptômes psychotiques, et un faible niveau de QI serait ainsi un marqueur de vulnérabilité et non une conséquence de la maladie.

Des troubles de l'attention^{53,54}, des troubles de la concentration, des troubles mnésiques et des fonctions exécutives⁵⁵ ont également été identifiés en phase prémorbide.

Des troubles du langage sont fréquemment retrouvés³⁹. Mouridsen et al.⁵⁶ ont mis en évidence que les sujets atteints de troubles schizophréniques avaient significativement plus de troubles du langage dans l'enfance que les sujets témoins. De même, Jones et al.⁵⁷ ont trouvé environ 10% d'évolution vers un trouble schizophrénique chez des sujets ayant présenté un trouble du langage dans l'enfance.

Des difficultés de socialisation dans l'enfance sont décrites. Des difficultés relationnelles avec les pairs sont rapportées^{58,59}. On note une tendance à l'isolement et au repli, avec des jeux solitaires⁵⁷. Selon Cannon et al.⁴³, la méfiance et la susceptibilité seraient des traits plus spécifiques des enfants qui allaient évoluer vers la schizophrénie par rapport aux autres troubles psychiatriques. À l'adolescence, ce serait le retrait social qui aurait le meilleur caractère prédictif.

Des manifestations comportementales à type d'impulsivité, d'agitation, d'agressivité et d'irritabilité sont décrites³⁹. Ces manifestations comportementales sont cependant peu spécifiques puisqu'elles représentent 36% des consultations de pédopsychiatrie entre 3 et 10 ans.

Concernant les symptômes psychiatriques, Ross et al.⁶⁰ ont montré que 55% des sujets ayant présenté une schizophrénie à début précoce ont présenté au moins un trouble anxieux. Les troubles anxieux semblent être un symptôme aspécifique retrouvé dans les débuts de divers troubles psychiatriques. Leur caractère prédictif est donc assez faible. Ils tendent à être considérés comme une comorbidité plus qu'un symptôme prémorbide.

Des traits schizotypiques dans l'enfance ont été fréquemment retrouvés chez les sujets qui développent une schizophrénie à l'âge adulte⁶¹.

3.3. La phase prodromique : dépistage des sujets à risque et transition vers un trouble psychotique

3.3.1. L'approche rétrospective : les prodromes

Les prodromes sont les signes avant-coureurs d'une maladie. Ce sont les symptômes précoces, qui apparaissent avant les manifestations caractéristiques de celle-ci. On peut donc les identifier de façon rétrospective en interrogeant des patients ayant développé la maladie.

Dès les débuts de la psychiatrie, la phase prodromique des troubles psychotiques, en particulier la schizophrénie, a été décrite⁶².

L'équipe australienne de Yung et McGorry a réalisé une revue de la littérature sur la phase prodromique de la schizophrénie⁶³. Ils ont ainsi pu identifier différents symptômes et changements comportementaux :

- Symptômes névrotiques :
 - Anxiété
 - Impatience
 - Colère, irritabilité

- Symptômes thymiques :
 - Dépression
 - Anhédonie
 - Culpabilité
 - Idées suicidaires
 - Labilité émotionnelle

- Changement de la volition :
 - Apathie, perte des pulsions
 - Ennui, perte d'intérêt
 - Fatigue, perte d'énergie

- Changements cognitifs :
 - Troubles de l'attention et de la concentration
 - Préoccupation hermétique
 - Troubles du cours de la pensée
 - Réduction de l'abstraction

- Symptômes physiques :
 - Plaintes somatiques
 - Perte de poids
 - Perte d'appétit
 - Troubles du sommeil

- Autres :
 - Symptômes obsessionnels compulsifs
 - Symptômes de désorganisation
 - Augmentation de la sensibilité interpersonnelle

- Changement de la perception de soi, des autres ou du monde
 - Anomalie du discours
 - Perceptions anormales
 - Méfiance
 - Changement des affects

- Changements de comportement :
 - Détérioration du fonctionnement scolaire ou professionnel
 - Retrait social
 - Impulsivité
 - Bizarrerie de comportement
 - Agressivité en rupture avec le comportement normal

Suite à cette revue de la littérature, Yung et McGorry⁶⁴ ont réalisé une étude rétrospective afin de définir plus précisément les symptômes de la phase prodromique chez des patients suivis dans un service spécialisé pour adolescents et jeunes adultes de 16 à 30 ans ayant présenté un trouble psychotique (Early Psychosis Prevention and Intervention

Centre - EPPIC). Ils ont identifié un grand nombre de symptômes prodromiques dont les plus fréquents sont :

- Troubles du sommeil : 100%
- Anxiété : 85,7%,
- Colère / irritabilité : 85,7%,
- Humeur dépressive : 76,2%,
- Détérioration du fonctionnement scolaire ou professionnel : 76,2%,
- Retrait social : 71,4%,
- Difficultés de concentration : 71,4%,
- Méfiance : 71,4%,
- Apathie / perte des pulsions : 66,7%,
- Perplexité : 66,7%.

Ils ont ainsi pu mettre en évidence le caractère aspécifique et la grande variabilité des symptômes de la phase prodromique, aussi bien dans leur nature, leur durée, leur fréquence et leur intensité. L'étude rétrospective ne permettant pas de définir une chronologie de l'apparition des symptômes, elle ne permet pas non plus de préciser la transition vers un trouble psychotique. Plusieurs auteurs ont alors développé le concept d'état mental à risque de transition vers un trouble psychotique, avec une approche prospective que nous allons voir par la suite.

3.3.2. L'approche prospective : les sujets à risque de transition psychotique

À partir des années 1990 on observe une révolution conceptuelle dans l'approche de la phase initiale des troubles psychotiques dans la recherche. Les premières études prospectives⁶⁵ mettent en évidence la possibilité que les symptômes identifiés comme des prodromes n'évoluent pas nécessairement vers un trouble psychotique. Ces symptômes aspécifiques et variés peuvent évoluer vers un trouble psychotique, en particulier la schizophrénie, mais aussi vers un trouble non psychotique⁶⁶.

À la notion rétrospective de prodromes succède donc le concept probabiliste d'états mentaux à risque de transition vers un trouble psychotique (At Risk Mental State for Psychosis (ARMS-P) ou Clinical High-Risk state for Psychosis (CHR-P)) ou d'état à Ultra-Haut Risque de transition vers un trouble psychotique (Ultra-High Risk state for Psychosis (UHR-P))⁶⁷.

Cette évolution conceptuelle permet d'introduire une approche préventive⁶⁸ par le biais d'une intervention précoce. La prévention consiste à diminuer le risque de transition vers un trouble psychotique ou a minima d'atténuer la sévérité des symptômes et leur impact fonctionnel. Pour cela la démarche repose sur un repérage des sujets à haut risque et une prise en charge spécifique visant à diminuer le taux de transition vers la psychose et à traiter rapidement dès l'apparition de signes psychotiques francs.

Deux modèles, complémentaires, ont été développés pour mieux appréhender ce concept.

3.3.2.1. Le modèle d'état mental à risque et ses outils d'évaluation

Plusieurs outils d'évaluation des états mentaux à risque ont été développés au fil des années. Les outils les plus largement utilisés sont la CAARMS et le SIPS/SOPS, que nous présenterons spécifiquement. Mais il existe notamment la Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the onset of schizophrenia (ERIRaos) utilisée dans certaines études allemandes ou italiennes, et la Basel screening Instrument for Psychosis (BSIP) utilisée dans des études suisses⁶⁹.

3.3.2.1.1. La CAARMS

Le concept d'état mental à risque a particulièrement été développé par l'équipe australienne de McGorry.

Leurs travaux de Yung et McGorry⁶³ ont identifié plusieurs symptômes prodromiques tardifs (comme nous le détaillerons plus tard), dont certains sont associés à un risque de transition élevé (contenu inhabituel de la pensée, suspicion, désorganisation conceptuelle, hallucinations, convictions délirantes)⁷⁰.

À partir de ces travaux, ils ont pu élaborer de 1996 à 2005 un entretien semi-structuré, la **Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS)**⁷¹, qui évalue l'intensité (score de sévérité de 0 à 6), la fréquence (score de fréquence de 0 à 6), la durée et la récurrence des symptômes à partir de 28 items divisés en 7 catégories (symptômes positifs, attention/concentration, perturbation émotionnelle, symptômes négatifs, modification du comportement, changements physiques/moteurs, psychopathologie générale), utilisable avec des individus entre 14 et 30 ans.

Elle permet de repérer trois groupes d'individus à Ultra Haut Risque de transition psychotique :

- Groupe 1 ou groupe de vulnérabilité :
Il comprend des sujets à risque de psychose car présentant :
 - Un facteur de risque : un antécédent familial de psychose chez un parent au premier degré et/ou un trouble de la personnalité schizotypique
 - Associée une détérioration significative de l'état mental ou du fonctionnement : une détérioration du fonctionnement global au cours de la dernière année pendant au moins 1 mois, évaluée par la SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) (Annexe 2).

- Groupe 2 ou Groupe Psychose atténuée :
Il comprend des sujets à risque de psychose car présentant des symptômes psychotiques atténués (Attenuated Psychotic Symptoms (APS), désignés comme syndrome des symptômes psychotiques atténués dans le DSM 5), c'est-à-dire des symptômes n'atteignant pas le seuil fixé pour la psychose par leur fréquence ou leur intensité. Les symptômes doivent être présents au cours de la dernière année mais exister depuis moins de 5 ans, et doivent être associés à une baisse du fonctionnement global.

- Groupe 3 ou groupe BLIPS (Brief Limited or Intermittent Psychotic Symptoms, ou symptômes psychotiques brefs limités ou intermittents)
Il comprend des sujets à risque de psychose car présentant des épisodes psychotiques francs spontanément résolutifs (sans traitement antipsychotique) en moins d'une semaine. Les symptômes doivent être présents au cours de la dernière année mais exister depuis moins de 5 ans, et doivent être associés à une baisse du fonctionnement global.

La CAARMS est à ce jour la seule échelle d'évaluation des états mentaux à risque traduite et validée en français⁷² (Annexe 1).

3.3.2.1.2. Le SIPS

L'équipe de Miller et McGlashan aux Etats-Unis a mis au point un autre outil diagnostique, le **Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS)** (Annexe 3), basé sur l'échelle de sévérité SOPS (Scale of Prodromal Symptoms). Le SOPS regroupe 19 items répartis en 4 catégories (symptômes positifs, symptômes négatifs, désorganisation et symptômes généraux), avec un score de sévérité allant de 0 à 6.

Elle permet également de distinguer trois groupes de sujets à risque :

- Groupe BIPS (Brief Intermittent Psychotic Syndrom)
Il comprend des sujets à risque de psychose car présentant des symptômes psychotiques francs (mais non sérieusement désorganisant ou dangereux = critères de psychose) au cours des trois derniers mois, pendant plusieurs minutes par jour au moins une fois par mois (mais moins d'une heure par jour, et moins de quatre jours par semaine sur le mois = critères de psychose).

- Groupe APSS (Attenuated Positive Symptoms Syndrom)
Il comprend des sujets à risque de psychose car présentant des symptômes psychotiques n'atteignant pas le seuil d'intensité fixé pour la psychose à la SOPS,

apparus ou aggravés durant la dernière année, pendant plus d'une semaine au cours du dernier mois.

- Groupe GRD (Genetic Risk and Deterioration)

Il comprend des sujets à risque de psychose car présentant un trouble de la personnalité schizotypique et/ou un antécédent familial au premier degré de trouble psychotique associé à une baisse du fonctionnement évalué par l'échelle GAF (Global Assessment of Functioning scale).

3.3.2.2. Le modèle des symptômes de base et son outil d'évaluation

Les symptômes de base ont été étudiés par les phénoménologues allemands et les travaux de Huber^{65,73,74}. Ils se différencient en ce sens qu'ils ne sont pas des symptômes psychotiques propres puisqu'il y a une perception de ces symptômes par le sujet comme une altération de son propre processus psychique. Ils reflètent le processus neurobiologique évoluant vers la schizophrénie et sont donc prédicteurs des symptômes psychotiques à venir. Ce sont les premiers symptômes à apparaître dans la phase prodromique et ils peuvent être retrouvés tout au long de la maladie.

Ils consistent en des expériences subjectives perçues par le sujet et non observables par un tiers dans les différents domaines : énergie, affects, pensée, discours, perceptions, motricité, fonctions végétatives et tolérance au stress⁷³⁻⁷⁵.

Tableau 3: Les symptômes de base de Huber (Gross et Huber 1985)⁶⁵

Affaiblissement des fonctions cognitives : troubles de l'attention, de la concentration, de la mémorisation
Altération des capacités à ressentir les émotions : irritabilité, excitabilité, impressionnabilité, émoussement affectif
Perte d'énergie : fatigue, épuisement soudain, hypersensibilité à tout effort
Altération des fonctions motrices
Altération des sensations corporelles
Altération des perceptions sensorielles
Altération des fonctions autonomes
Intolérance au stress

Un outil d'évaluation des symptômes de base a été mis au point par l'équipe allemande de Gross : la **Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS)**. C'est un entretien semi-structuré qui a été validée comme outil spécifique du dépistage précoce des troubles psychotiques⁶⁵.

Elle n'est à ce jour par encore traduite en français.

Elle comprend 66 items répartis en 5 catégories de symptômes^{76,77} :

- Catégorie 1 : Perturbations des pensées, du langage, des perceptions, de la motricité
- Catégorie 2 : Altérations des sensations corporelles
- Catégorie 3 : Altérations de la tolérance au stress quotidien
- Catégorie 4 : Troubles des émotions et des affects, incluant l'altération des pensées, de l'énergie, de la concentration et de la mémoire
- Catégorie 5 : Augmentation de la réactivité émotionnelle, altération des capacités à maintenir ou initier des contacts sociaux, et troubles de l'expression non-verbale

Des échelles réduites et simplifiées de la BSPAS, par classe d'âge ont ensuite été établies^{77,78} :

- la **Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version (SPI-A)** (Annexe 4)

Elle comprend 34 items répartis en 6 catégories avec un score de sévérité allant de 0 à 7 en fonction de la fréquence des symptômes au cours des trois derniers mois :

- Perturbations affectivo-dynamiques : altérations de la tolérance à certains facteurs de stress, changement dans l'humeur générale, diminution de la réponse émotionnelle générale ;
 - Obstacles cognitivo-attentionnels : distractibilité, perturbations de la mémoire à court terme et de la concentration, bradypsychie, troubles de l'attention divisée ;
 - Perturbations cognitives : pensées intrusives, blocage de pensées, perturbations de la réception et l'expression du langage ;
 - Perturbations dans l'expérience de soi et de l'environnement : pensées oppressantes, idées instables de référence, perturbations des perceptions visuelles, diminution de la capacité à discriminer les émotions, augmentation de la réactivité émotionnelle ;
 - Perturbations de la perception corporelle
 - Perturbations des perceptions sensorielles : hypersensibilité à la lumière/au bruit, altération de la vision et de l'audition, dépersonnalisation.
- la **Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version (SPI-CY)** pour les enfants et adolescents âgés de 8 à 18 ans (Annexe 5).

Elle comprend 4 items répartis en 4 catégories avec un score de sévérité allant de 0 à 7 en fonction de la fréquence des symptômes au cours des trois derniers mois :

- Adynamie : baisse de l'énergie et de la tolérance au stress, augmentation de la réactivité émotionnelle, perturbations aspécifiques de la concentration, de la mémoire et des pensées. Elle comprend des items similaires à ceux des

perturbations affectivo-dynamiques et des obstacles cognitivo-attentionnels de la SPI-A.

- Perturbations des perceptions : perturbation des perceptions visuelles, acoustiques et corporelles, déréalisation, idées instables de référence, perturbations dans l’appréhension des perceptions, diminution de la capacité à discriminer entre les idées et les perceptions. Ses items sont similaires à ceux des perturbations dans l’expérience de soi et de l’environnement, des perturbations de la perception corporelle et des perturbations des perceptions de la SPI-A.
- Neuroticisme : diminution du désir de contact social, augmentation de la réactivité en réponse à l’inconnu, irritabilité, comportement obsessionnel-compulsif et phobique, dépersonnalisation et altération de la perception de la douleur. Cette dimension est assez spécifique de la version pour enfants et adolescents.
- Perturbations de la pensée et de la motricité : perturbations aspécifiques de la pensée et de la mémoire, perturbations cognitives motrices, augmentation de la réflexivité/diminution de la spontanéité et perturbation des compétences interpersonnelles. Elle correspond aux items des obstacles cognitivo-attentionnels et des perturbations cognitives de la SPI-A.

À partir des différents items de ces échelles, des critères ont été repérés afin d’identifier les sujets à risque de transition psychotique :

- Les critères à risque COPER (COgnitive-PERceptive)
- Les critères à haut risque COGDIS (COgnitive DISTurbances)

Tableau 3 : Critères COPER et COGDIS^{77,78}

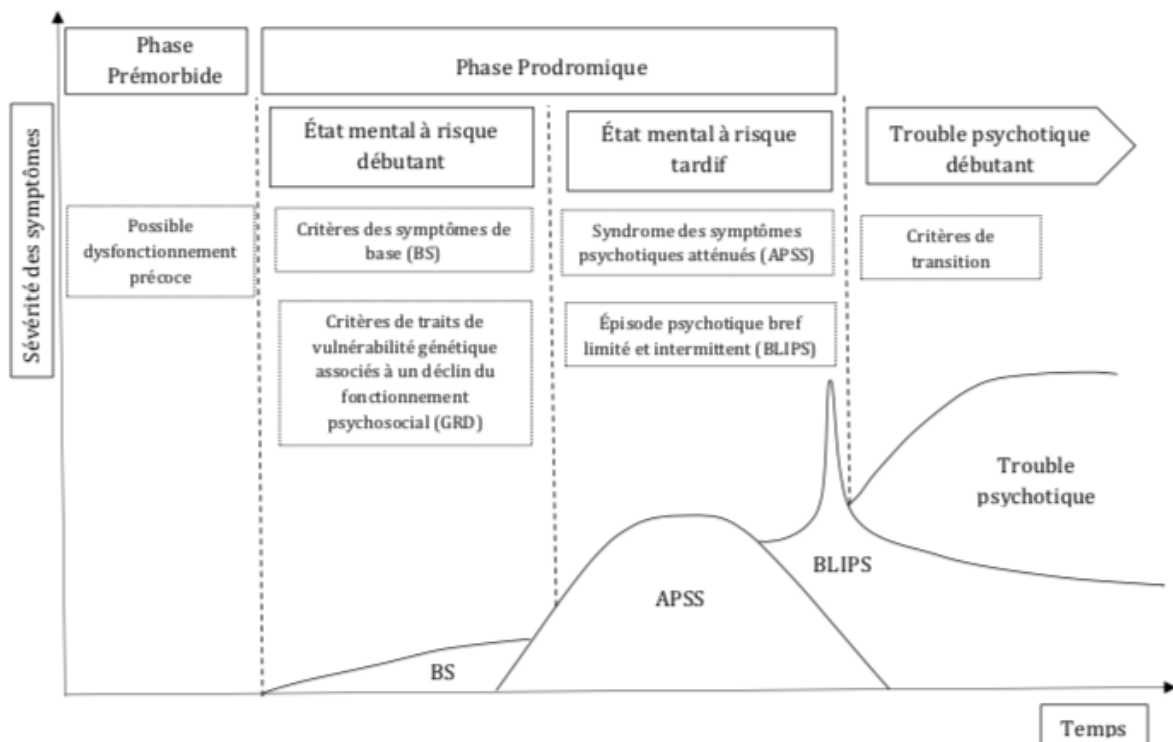
Critères COPER	Critères COGDIS
Présence de ≥ 1 des symptômes suivants, plusieurs fois par semaine au cours des 3 derniers mois, apparus pour la première fois il y a 12 mois	Présence de ≥ 2 des symptômes suivants, plusieurs fois par semaine au cours des 3 derniers mois
<ul style="list-style-type: none"> - Pensées intrusives - Persévérance des pensées - Pensée oppressante - Trouble du cours de la pensée - Perturbation de la réception du langage - Diminution de la capacité à discriminer les idées et les perceptions - Idées instables de référence - Déréalisation - Perturbations des perceptions visuelles - Perturbations de la perception acoustique 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensées intrusives - Incapacité à partager son attention - Pensée oppressante - Trouble du cours de la pensée - Perturbation de la réception du langage - Perturbation de l’expression du langage - Idées instables de référence - Perturbations de la pensée abstraite - Fascination de l’attention par des détails du champ visuel

3.3.2.3. Modélisation de la phase prodromique

L'équipe de Schultze-Lutter a soutenu la complémentarité des deux approches des états mentaux à risque de transition psychotique⁷⁹ et proposé une modélisation de la phase prodromique à partir des symptômes de base et des critères UHR-P qui définit la séquence d'apparition des symptômes au cours de la phase prodromique⁶⁶. Cette modélisation distingue deux périodes dans la phase prodromique :

- Un état mental à risque débutant (Early Initial Prodromal State (EIPS)) défini par la présence de symptômes de base (critères COPER) ou un terrain de vulnérabilité (groupe de vulnérabilité de la CAARMS ou groupe du SIPS).
- Un état mental à risque tardif (Late Initial Prodromal State (LIPS)) défini par la présence de symptômes psychotiques atténués ou de symptômes psychotiques brefs limités ou intermittents (critères APSS et/ou BLIPS).

Figure 2 : Modèle de transition vers un trouble psychotique à partir d'un état mental à risque⁷⁷



3.3.2.4. Évolution des sujets à risque

On a ainsi pu noter un continuum dans les troubles du spectre schizophrénique, une évolutivité de la symptomatologie dans le temps. Un seuil de transition psychotique a donc été défini afin de distinguer un état mental à risque de l'entrée réelle dans la maladie. Ce seuil

a été défini dans chaque outil d'évaluation selon des critères reposant principalement sur des symptômes positifs.

Une méta-analyse réalisée Fusar-Poli et al.⁸⁰ en 2012 sur la transition psychotique des sujets à haut risque, a identifié un taux de transition psychotique d'environ un tiers à 3 ans dans les études utilisant la CAARMS ou la SIPS. Dans une revue de littérature de 2020 Fusar-Poli et al.⁸¹ retrouvent un taux de transition de 22% à 3 ans. Le risque de transition est plus important pour les sujets présentant des symptômes brefs et intermittents (38%).

En ce qui concerne la population adolescente, moins étudiée, le taux de transition chez les sujets à haut risque semble similaire en fin d'adolescence^{82,83} ; chez l'enfant et en début d'adolescence le taux de transition est plus faible^{82,84,85}.

Une étude de Klosterkötter et al.⁷⁶, réalisée en 2001 et basée sur le modèle des symptômes de base, a mis en avant une exclusion à 96% du risque de transition psychotique en l'absence de symptômes de base identifiés.

Concernant les diagnostics des sujets ayant fait une transition, la méta-analyse de Fusar-Poli et al.⁸⁰ en 2012 rapporte un diagnostic de trouble du spectre schizophrénique et autres troubles psychotiques pour environ 80 % d'entre eux, et un diagnostic de trouble bipolaire pour les 20 % restants. Selon la revue de littérature de Fusar-Poli et al.⁸¹ en 2019, 73% des sujets ayant transité avaient un diagnostic de trouble du spectre schizophrénique, 11% de trouble bipolaire, 16% d'autre trouble psychotique.

Enfin, les sujets qui ne transitent pas, continuent pour la majorité à présenter des symptômes psychotiques infraliminaires persistants, des troubles anxieux ou de l'humeur, et une altération du fonctionnement⁸⁶. Au-delà du risque de schizophrénie, les sujets à haut risque présentent donc une vulnérabilité psychiatrique non négligeable.

3.3.3. Intervention précoce

L'intervention précoce auprès des sujets à risque de transition psychotique a plusieurs grands objectifs :

- Retarder ou prévenir la transition psychotique⁸⁷,
- Prendre en charge les comorbidités (anxiété, dépression, abus de substance)^{88,89},
- Favoriser l'alliance thérapeutique, l'inscription dans le soin et la psychoéducation afin de réduire la durée de psychose non traitée⁹⁰.

Les études sur l'évolution des sujets à risque ont mis en évidence un risque de transition élevé jusqu'à trois ans après l'apparition des premiers symptômes prodromiques. Les programmes d'intervention précoce durent entre 18 et 36 mois mais il n'y a à ce jour pas de consensus sur la durée nécessaire des soins.

Les stratégies d'intervention précoce reposent sur la stratégie du Staging de Young et McGorry⁹¹, détaillée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Modélisation du staging, d'après Yung et McGorry (2007)⁹²

Stade clinique	Définition	Population cible	Intervention potentielle
0	Risque augmenté, aucun symptôme	Adolescents apparentés de 1 ^{er} degré	Promouvoir la santé, éducation de la famille, éducation sur les drogues, training cognitif
1a	Symptômes légers, non spécifiques, déclin fonctionnel modeste	Screening des adolescents, adressage par les médecins généralistes et les écoles	Psychoéducation familiale, Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC), réduction active des drogues
1b	UHR: symptômes subliminaires, déclin fonctionnel	Adressage par les médecins généralistes, les urgences	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
2	Premier épisode psychotique	Adressage par les médecins généralistes, les urgences, les spécialistes des addictions	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues, antipsychotiques atypiques

Cette stratégie vise à une prise en charge adaptée à chaque stade clinique afin d'éviter toute iatrogénie dans la prise en charge.

Ainsi l'introduction d'un traitement antipsychotique n'est envisagée que si les symptômes psychotiques atteignent le seuil de psychose.

Encore plus que pour celle de la schizophrénie, la prise en charge des sujets à risque dans le cadre de l'intervention précoce est ambulatoire et adaptée au mode de vie du patient. C'est une prise en charge globale pluridisciplinaire visant à préserver l'insertion sociale et professionnelle, les activités scolaires et de loisirs. Le case management est privilégié par les services de détection et d'intervention précoce afin de favoriser cette coordination des soins et l'alliance thérapeutique^{93,94}.

4. EMERGENCE PSYCHOTIQUE ET DÉSCOLARISATION : REVUE DE LA LITTÉRATURE

4.1. Introduction

Le lien entre la déscolarisation et la santé de façon globale a bien été établi⁹⁵. Concernant la santé mentale, la déscolarisation est un motif de consultation fréquent en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. Elle représente 2 à 5% des consultations en pédopsychiatrie^{96,97}.

Après avoir défini le concept de déscolarisation, nous nous intéresserons à la question de la scolarité à l'adolescence et l'impact de l'émergence des troubles psychotiques sur cette scolarité adolescente. Enfin à travers une revue de la littérature nous nous centrerons sur le lien entre déscolarisation et troubles psychotiques émergents.

4.1.1. Le concept de déscolarisation

La déscolarisation est un concept qui a émergé à partir de l'obligation scolaire instaurée par Jules Ferry dans la loi du 21 mars 1882⁹⁸. Elle est définie par l'arrêt de la scolarité durant la période d'obligation scolaire, soit avant 16 ans. En pratique, si l'instruction est bien obligatoire jusqu'à 16 ans actuellement, la fréquentation d'un établissement scolaire ne l'est pas. L'instruction peut ainsi se poursuivre par des dispositifs d'enseignement à distance comme le CNED ou via les dispositifs d'instruction en famille.

La notion de déscolarisation peut être reliée à celle de décrochage scolaire. Un jeune « décrocheur » est défini comme un jeune de 16 à 24 ans ne suivant pas de formation et n'ayant pas achevé l'enseignement secondaire. Selon le Centre national d'étude des systèmes scolaires (CNESCO), en 2016, 450000 jeunes âgés de 18 à 24 ans n'étaient pas diplômés ou n'avaient pas obtenu plus que le diplôme national du brevet en France, soit environ 100000 de moins qu'en 2011⁹⁹. Il y a une volonté nationale et européenne à travers le Fonds social européen (FSE) de lutter activement contre le décrochage scolaire. Plusieurs stratégies ont été développées en France : des stratégies de prévention, des stratégies d'intervention (groupe de prévention du décrochage scolaire, dispositifs relais, mission de lutte contre le décrochage scolaire,...) et des stratégies de compensation (missions locales, dispositifs de seconde chance,...)¹⁰⁰.

La déscolarisation a été l'objet de recherches dans les sciences sociales et en sciences de l'éducation initialement. La déscolarisation est une problématique du lien social, puisque, la scolarisation étant le mode dominant de socialisation de la jeunesse, elle peut induire une réelle rupture sociale¹⁰¹.

Dans le débat public elle a été un objet de préoccupations par rapport à son lien supposé avec la montée de l'insécurité, et à l'augmentation et au rajeunissement de la délinquance juvénile. Elle est également devenue un sujet d'études puisque son coût économique est important. En effet elle majore les difficultés d'insertion socio-professionnelle à l'âge adulte¹⁰².

Dans un second temps, dans les années 80-90, les praticiens et les chercheurs ont été mobilisés autour de la question du diagnostic des troubles en lien avec la déscolarisation et de la mise en place de recommandations de santé publique sur la prise en charge des jeunes déscolarisés. La prise en charge des jeunes déscolarisés implique désormais des partenaires assez variés : scolaires, sociaux, sanitaires et judiciaires en fonction des problématiques spécifiques de chaque jeune¹⁰¹.

4.1.2. L'impact des troubles psychotiques émergents sur la scolarité

La période de l'adolescence est une période de remaniements importants à la fois sur le plan physique, hormonal, cognitif et psycho-affectif. C'est aussi la période à partir de laquelle commencent à apparaître les troubles psychiatriques de l'adulte. L'arrivée des troubles dans cette période de transition n'est pas anodine. En effet, elle vient se confronter au processus adolescent, caractérisé par la construction de la personnalité du sujet et par un potentiel évolutif non négligeable.

Les pathologies psychiatriques émergentes de l'adolescence ont ainsi fréquemment un impact sur la scolarité qui a une place centrale dans la vie et le quotidien des adolescents dans nos sociétés.

L'impact sur la scolarité de la schizophrénie est bien connu. Il fait d'ailleurs partie des critères diagnostiques dans l'altération du fonctionnement (altération majeure du fonctionnement scolaire depuis le début des troubles ou incapacité à atteindre le niveau attendu de réalisation scolaire (DSM 5)¹⁰).

La conférence de consensus de 2013 sur les schizophrénies débutantes¹⁰³ a mis en évidence plusieurs difficultés scolaires antérieures à l'entrée dans la maladie chez les patients schizophrènes. Elles ont été regroupées selon trois catégories différentes :

- Retard ou difficultés scolaires
- Résultats faibles aux tests d'efficiency ou QI faible
- Difficultés de scolarisation ou troubles du comportement

Concernant les résultats scolaires en phase prodromique, les données de la littérature sont assez hétérogènes. Jones et al.⁵⁷ ont retrouvé un niveau scolaire plus faible chez les garçons à risque de schizophrénie, mais il n'a pas été mis en évidence de différence significative chez les

filles.

4.2. Matériel et méthode

Les recherches bibliographiques pour cette thèse ont été effectuées en interrogeant différentes bases de données en ligne (Medline, GoogleScholar, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Cairn). Les recherches ont été effectuées en combinant les mots-clés suivants : « school dropout », « clinical high-risk », « ultra-high risk », « at risk mental state », « psychosis », « transition », « adolescents » en anglais et « déscolarisation » « sujets à haut risque », « état mental à risque », « transition psychotique » « adolescents » en français. Des recherches supplémentaires ont également été menées en incorporant des citations potentiellement pertinentes dans des articles déjà identifiés.

Les articles publiés entre le 01/01/2010 et le 01/09/2020 afin d'étudier la littérature récente sur le sujet. Tous les articles qui n'ont pas été publiés en langue française ou anglaise ont été exclus.

Au total, 6 articles publiés entre le 01/01/2010 et le 01/09/2020 ont été sélectionnés pour cette revue de la littérature (Annexe 6).

4.3. Résultats

L'étude de Tarbox et al.¹⁰⁴ en 2013 a étudié une population de 270 sujets à risque participant au North American Prodrome Longitudinal Study-I (NAPLS1) dont 78 ayant fait une transition psychotique et 192 n'ayant pas évolué vers la psychose. Cette étude sur le fonctionnement prémorbide et la transition psychotique chez des jeunes à haut risque s'est intéressée à une échelle de mesure la Premorbid Assessment Scale (PAS). Cette échelle évalue le défaut d'ajustement social, le défaut d'ajustement scolaire et le défaut d'ajustement global à différentes étapes de développement (enfance 5-11 ans, début d'adolescence 12-15 ans, fin d'adolescence 16-18 ans) avec un score allant de 0 (ajustement optimal) à 7 (plus grand défaut d'adaptation).

Les sujets avec le plus faible niveau d'éducation, ayant arrêté le plus tôt leur scolarité, ont présenté plus de difficultés scolaires à chaque étape de développement (enfance $p < 0,001$, début d'adolescence $p < 0,001$, fin d'adolescence $p = 0,002$), montrant une évolution ancienne des difficultés scolaires. Les sujets à risque les plus jeunes, ayant ou non fait une transition psychotique, ont montré de façon significative un moins bon ajustement scolaire ($p < 0,001$) et un moins bon ajustement global ($p = 0,002$) en début d'adolescence. Les sujets avec les premiers symptômes positifs les plus précoces ont présenté également un moins bon ajustement scolaire dans l'enfance ($p = 0,006$) et le début d'adolescence ($p < 0,001$), et une moins bonne adaptation globale en début d'adolescence ($p < 0,001$). Néanmoins les données sur les symptômes positifs n'étaient pas présentes pour l'ensemble des sujets.

Il n'a pas été identifié de lien entre un mauvais ajustement scolaire et le risque de transition psychotique. L'ajustement social en début d'adolescence a été significativement différent entre les sujets ayant fait ou non une transition psychotique : un mauvais fonctionnement social en début d'adolescence prédisait statistiquement une transition psychotique (HR = 1,38, p=0,014).

Cette étude montre une ancienneté des difficultés scolaires, qui pourrait favoriser la déscolarisation en diminuant la motivation et l'engagement scolaire. Cependant le niveau d'éducation n'étant pas précisé il n'est pas possible d'évaluer réellement le statut de déscolarisation des participants à l'étude.

L'étude de Cornblatt et al.¹⁰⁵ en 2012 s'est centrée sur l'altération du fonctionnement social et du fonctionnement lié à l'activité (défini comme la capacité à avoir une activité scolaire ou professionnelle) en tant que facteurs de risque de psychose. Cette étude s'est basée sur l'utilisation de la Global Functioning : Social (GF : S) et de la Global Functioning : Role (GF : R). Cette échelle a été mise au point et validée par Cornblatt et al.¹⁰⁶ de façon à obtenir une évaluation du fonctionnement plus adaptée à la phase prodromique, et à la problématique adolescente et des jeunes adultes, et moins liées aux symptômes positifs.

Cette étude a pu mettre en évidence l'altération du fonctionnement social comme un facteur de risque de transition psychotique précoce (OR, 3.82; 95% CI, 1.08–13.51) ou tardive (OR, 5.83; 95% CI, 1.15–29.54) chez des sujets à risque par rapport à d'autres sujets à risque n'ayant pas évolué vers la psychose. L'altération du fonctionnement lié à l'activité a montré la même tendance, mais l'étude n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative. Les symptômes négatifs ont pour ce critère représenté un facteur de confusion, ceci pouvant s'expliquer par leur impact sur la capacité à maintenir une activité scolaire ou professionnelle ordinaire.

Par ailleurs, dans cette étude, les sujets ayant eu une transition psychotique tardive ont présenté des niveaux de fonctionnement lié à l'activité plus faibles. L'équipe de Cornblatt a fait l'hypothèse que l'altération majeure du fonctionnement lié à l'activité pouvait être prédictive de la chronicité du trouble. Cette notion semble intéressante puisqu'un score de fonctionnement lié à l'activité plus bas tend vers les situations de déscolarisations et d'absence d'activité professionnelle ou structurée. (Annexe 7)

L'étude de Carrion et al.¹⁰⁷ en 2019 est venue conforter ces résultats. Elle a montré une dégradation significative (p<0,001) des scores de fonctionnement chez les sujets à haut risque par rapport aux sujets sains sur cette même échelle. Elle a également mis en évidence le caractère prédictif de l'altération du fonctionnement social en phase prodromique sur le risque de transition psychotique. De même l'altération du fonctionnement lié à l'activité n'est pas identifiée comme un facteur de risque de transition psychotique mais un marqueur d'une invalidité fonctionnelle long terme chez les sujets à risque.

Concernant la déscolarisation de façon plus spécifique, quelques études ont évalué sa prévalence chez les sujets à risque de transition psychotique.

C'est le cas de l'étude transversale australienne de Waghorn et al.¹⁰⁸ en 2012 menée auprès de 1825 personnes âgées de 18 à 64 ans ayant un diagnostic de psychose (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble bipolaire de l'humeur et dépression avec caractéristiques psychotiques). Celle-ci a étudié principalement l'activité professionnelle des participants mais dans les objectifs secondaires elle a retrouvé une prévalence de déscolarisation (définie par le fait de ne pas avoir terminé le cursus secondaire) de 68,15%. Cette prévalence évaluée par le même schéma d'étude en 1997 était alors 47,8%, alors qu'elle était évaluée à 36,8% en population générale. Cela suggérerait une augmentation de la déscolarisation dans le parcours scolaire des sujets présentant une psychose.

C'est également le cas de l'étude de Goulding et al.¹⁰⁹ en 2010 menée auprès de 109 patients âgés de 18 à 39 ans ayant présenté un premier épisode de psychose non affective dans le cadre du projet ACES (Atlanta Cohort on the Early course of Schizophrenia). La déscolarisation concernait 44,0% des participants, pour 17,8% dans une population générale comparable sur le plan démographique entre 2004 et 2008, période où a été conduite l'étude. La déscolarisation était également corrélée à une consommation quotidienne de nicotine ($p < 0,001$), de cannabis ($p = 0,01$) – les deux étant des facteurs de risque de déscolarisation retrouvés dans la littérature –, à l'importance des symptômes négatifs (évalués par la Positive and Negative Symptoms Scale PANSS ; $p = 0,02$), mais aussi à un plus mauvais fonctionnement scolaire en fin d'adolescence (évalué par la Premorbid Assessment Scale ; $p < 0,001$) et un moins bon fonctionnement social (évalué par la Social Functioning Scale ; $p = 0,01$).

La revue narrative de la littérature de Bowman et al.¹¹⁰ en 2020 est partie du principe que la recherche psychiatrique ayant à ce jour peu étudié le sujet, il serait intéressant de s'appuyer sur les recherches dans l'éducation. Cette revue de la littérature combine donc la littérature psychiatrique et la littérature de l'éducation afin d'étudier les liens entre les états mentaux à risque, en se basant sur les stades 0 à 1b du modèle de staging défini par Yung et McGorry⁹¹ en 2007, et l'inscription et la réussite scolaire.

Les caractéristiques de chaque stade clinique sont redéfinies, puis les données relatives issues de la littérature psychiatrique des états mentaux à risque sur la prévalence ou l'impact des troubles sont étudiées ainsi que les données des sciences de l'éducation sur l'impact sur les performances scolaires des différentes symptomatologies.

Ainsi le stade 0, asymptomatique, est caractérisé par les traumatismes dans l'enfance et les antécédents familiaux chez des apparentés au premier degré.

Les traumatismes dans l'enfance sont fréquents chez les sujets présentant un trouble psychiatrique de façon générale. Une prévalence importante a également été identifiée chez les sujets à risque de transition psychotique, et ils sont comme nous l'avons déjà présenté dans ce travail de thèse un facteur de risque de psychose. Les sciences de l'éducation ont retrouvé un impact des traumatismes infantiles au niveau neurobiologique, cognitif (troubles de l'attention, troubles des apprentissages), social (relation avec les pairs et avec l'enseignant) et émotionnel, ce qui altère l'engagement scolaire.

Les antécédents de troubles psychiatriques chez les parents impactent également la scolarité du fait du rôle de l'implication parentale dans la réussite scolaire. Une étude en particulier a mis en évidence un risque plus élevé de déscolarisation, en particulier chez les jeunes dont la mère présente une maladie mentale.

Le stade 1a est lui caractérisé par les troubles du sommeil, la dégradation du fonctionnement et les symptômes anxieux et dépressifs.

Les troubles du sommeil sont un symptôme fréquent chez les sujets à risque. Les recherches dans l'éducation se sont intéressées à l'impact des troubles du sommeil sur les capacités d'apprentissage. Elles ont identifié son association à une dégradation des performances scolaires et à un risque de déscolarisation.

L'altération du fonctionnement est un symptôme majeur des états mentaux à risque et un des motifs principaux de la demande de soin. Le fonctionnement cognitif est altéré et entrave les activités scolaires, occupationnelles et sociales.

Les symptômes anxieux et dépressifs sont des symptômes aspécifiques des états mentaux à risque et des symptômes très fréquents en psychiatrie. Ils ont un impact négatif sur les performances scolaires et le maintien de la scolarité. Ce sont des problématiques bien retrouvées dans la littérature de l'éducation car bien identifiées par les professionnels de l'éducation.

Le stade 1b est celui des sujets à haut risque présentant des symptômes psychotiques atténués ou intermittents. Dans cette étude Bowman et al.¹¹⁰ distinguent les sujets à haut risque de psychose non affective et ceux à haut risque de trouble bipolaire de l'humeur dont la symptomatologie comprend des symptômes dépressifs ou hypomanes, ou des symptômes psychotiques atténués.

Il n'y a pas de recherches dans l'éducation sur l'impact de ces troubles sur les performances scolaires. Bowman et al.¹¹⁰ relient cela à une méconnaissance de la symptomatologie par les professionnels de l'éducation qui identifieraient ces symptômes comme des troubles du comportement, des symptômes dépressifs ou anxieux simples, ou en lien avec des troubles du sommeil.

Certaines études tendraient à dire que les sujets à haut risque de trouble bipolaire de l'humeur auraient moins de difficultés à terminer le lycée que ceux à haut risque de psychose non affective. L'étude de Waghorn et al.¹⁰⁸ est citée pour la mise en évidence d'une prévalence importante de déscolarisation chez ces sujets (68 %). Le fait de ne pas avoir de diplôme d'études secondaires est plus fréquent chez les sujets présentant une schizophrénie (36,6%) ou un trouble schizo-affectif (36,8%) que chez ceux présentant un trouble bipolaire de l'humeur (27,6%).

Bowman et al.¹¹⁰ soulignent l'importance du lien entre les services de santé mentale et les services scolaires. Une meilleure information des professionnels de l'éducation sur les services de santé mentale sur lesquels s'appuyer et sur les symptômes de troubles émergents permettrait en effet d'améliorer le parcours de soins des jeunes concernés et de faciliter l'accès aux soins. L'étude transversale de Langeveld et al.¹¹¹ en 2011 est venue souligner que

l'accès à un service de santé mentale dédié à l'intervention précoce a amélioré la confiance des enseignants dans le repérage et le soutien des élèves à risque.

4.4. Discussion

À ce jour, la littérature reste assez faible concernant les sujets à risque de transition psychotique chez les adolescents déscolarisés.

Les résultats de ce travail de thèse sont similaires aux données retrouvées dans la revue narrative de Bowman et al.¹¹⁰ en 2020, celle-ci ayant l'intérêt de s'enrichir de la littérature de l'éducation.

Du fait du peu de littérature sur le sujet, les études retenues dans notre revue de la littérature comportent des schémas d'études assez diversifiés et le niveau de preuve est faible.

Plusieurs raisons peuvent expliquer le peu de recherches actuelles sur ce sujet spécifique.

Tout d'abord la déscolarisation est une problématique psychosociale complexe, avec des causes diverses et pas uniquement psychiatriques.

La déscolarisation est également un sujet de recherche dans les sciences de l'éducation, afin d'améliorer l'accompagnement pédagogique et ainsi prévenir le risque de déscolarisation chez les adolescents à risque de déscolarisation. En ce sens, la revue narrative de la littérature de Bowman et al.¹¹⁰ est particulièrement intéressante puisqu'elle rapproche les deux disciplines afin d'enrichir la réflexion. Elle permet de renforcer l'hypothèse d'un risque de déscolarisation et de difficultés scolaires chez les sujets à risque de transition psychotique, même si, et en particulier chez les sujets à haut risque, il semble particulièrement nécessaire de poursuivre la recherche.

On retrouve également dans la littérature médicale un grand nombre d'articles s'intéressant à la déscolarisation et son lien avec les pathologies chroniques diverses, les grossesses précoces, ou la consommation de drogues. Ce sont des problématiques plus courantes et dont l'impact socio-économique est également important. Elles peuvent également être des comorbidités des troubles psychiatriques émergents, en particulier la consommation de cannabis.

Concernant l'étude des troubles psychiatriques en lien avec la déscolarisation, on retrouve un certain nombre d'études autour des troubles anxieux et dépressifs, aussi dits troubles internalisés, ou des troubles du comportements, dits troubles externalisés, dont la prévalence est plus importante que les troubles psychotiques émergents¹¹²⁻¹¹⁴. Concernant les troubles anxieux ou dépressifs cela peut être un biais de confusion puisque comme nous l'avons vu ce sont des comorbidités fréquentes des symptômes prodromiques. Il est possible, comme souligné dans l'étude de Bowman et al.¹¹⁰, que des troubles psychotiques émergents soient négligés dans la symptomatologie anxieuse et dépressive. À ce sujet il pourrait être intéressant d'avoir un éclairage spécifique sur les refus scolaires anxieux. C'est un trouble de plus en plus fréquent en consultation de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, et un sujet de

recherche important. Dans ce travail de thèse nous avons fait le choix de ne pas retenir les articles sur la corrélation entre troubles anxieux ou dépressifs et la déscolarisation du fait du caractère aspécifique des troubles, afin de limiter le biais de confusion.

Cela peut par ailleurs s'expliquer par le caractère relativement récent du concept d'état mental à risque, que les soignants doivent progressivement s'approprier. Les limites de ce concept et en particulier le risque de stigmatisation des patients du fait des représentations négatives liées à la schizophrénie en particulier, et à la psychose de façon plus large, ont longtemps été mises en avant. Des dispositifs de détection et d'intervention précoce se développent de plus en plus. Il a d'ailleurs pu être mis en évidence une majoration de l'alliance thérapeutique auprès des patients via la passation de la CAARMS au sein d'un dispositif d'évaluation et d'intervention précoce¹¹⁵ ce qui vient soutenir l'utilisation de cet outil et cette démarche d'évaluation.

De plus, ce paradigme est d'abord venu de la psychiatrie adulte, alors que ce sont plutôt les services de pédopsychiatrie qui sont interpellés pour les problématiques de déscolarisation. Les troubles psychotiques émergents apparaissent dans une tranche d'âge qui mobilise à la fois les services de psychiatrie adulte et ceux de pédopsychiatrie et une étroite collaboration entre les savoirs faire de chacun semblerait pertinente. Il est intéressant de noter que la Classification Française des Troubles Mentaux de L'Enfant et l'Adolescent (CFTMEA)¹¹⁶ consacre dans les troubles schizophréniques de l'adolescent une catégorie diagnostique spécifique pour les aspects prodromiques, prenant ainsi pleinement en compte la dimension évolutive des troubles.

Plusieurs études que nous n'avons pas retenu dans ce travail de thèse apportent des éléments importants.

Nous avons déjà cité l'étude de Langeveld et al.¹¹¹ sur l'importance pour les professionnels de l'éducation de pouvoir s'appuyer sur des services de santé mentale. Cette collaboration entre système scolaire et soins psychiatriques est signifiée dans de nombreuses études^{117,118}. Les services de soins peuvent faciliter le repérage des élèves nécessitant une évaluation précoce par les professionnels de l'éducation en améliorant leurs connaissances sur les symptômes en faveur d'une évaluation psychiatrique pour un trouble psychotique émergent¹¹⁹. Une meilleure connaissance des réseaux de soins par les partenaires de l'Éducation Nationale, en particulier infirmière ou médecin scolaire, permet de faciliter le parcours de soins des patients.

5. PERSPECTIVES

Jusqu'alors les dispositifs et les compétences d'évaluation et d'intervention précoce ont principalement été développés à partir de psychiatrie adulte, via des services prenant en charge les jeunes adultes (15-25 ans). Le Centre d'évaluation pour Jeunes Adultes et Adolescents (C'JAAD)¹²⁰, du Groupe Hospitalier Universitaire Paris psychiatrie et neurosciences, a été le premier centre d'évaluation et d'intervention précoce en France. Un état des lieux des dispositifs de prise en charge précoce de troubles psychotiques en 2017 a pu identifier 18 structures fonctionnelles, 8 en cours de création et 11 en projet¹²¹.

En pédopsychiatrie le modèle des états mentaux à risque a pu sembler plus difficile à transposer dans un premier temps. Les pédopsychiatres ont pu mettre en avant la difficulté à s'appuyer sur un pronostic stable et le risque d'induire des troubles chez des jeunes en pleine maturation psychique en leur signifiant un risque de maladie¹²². Par ailleurs, comme nous l'avons évoqué, le diagnostic différentiel entre schizophrénie à début très précoce et trouble envahissant du développement peut être parfois complexe. Dans la mise en place de stratégies de détection précoce il peut ainsi être plus difficile d'identifier les sujets à cibler préférentiellement.

Dans un article récent, Armando et al.⁸⁵ s'intéressent à l'intérêt du diagnostic et de l'intervention précoce auprès des sujets à haut risque en pédopsychiatrie. Ils y développent le positionnement de la société européenne de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent (European Society for Child and Adolescent Psychiatry – ESCAP) sur la nécessité de créer des outils adaptés aux spécificités développementales des enfants et adolescents, ou d'y ajuster des outils existants. Ils y évoquent aussi la nécessité de développer les compétences sur le modèle des sujets à risque auprès de soignants de psychiatrie infanto-juvénile.

Pour la formation à la détection et l'intervention précoce, il semble important de citer le réseau Transition en France formé en 2006, qui vise à développer les pratiques. Il est ainsi impliqué dans le diplôme universitaire Détection et intervention précoce des pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte et de l'adolescent (DIPPEJAAD)¹²³.

Concernant l'engagement de la pédopsychiatrie dans le diagnostic et l'intervention précoces auprès des sujets à haut risque, un dispositif de soin intersectoriel se construit entre les trois secteurs de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent de Haute-Garonne, à savoir le CHU de Toulouse, le Centre Hospitalier Gérard Marchant et la Guidance Infantile (ARSEAA). C'est un dispositif visant à accompagner les familles et les aidants des jeunes présentant des pathologies psychotiques émergentes. Cet accompagnement vise à limiter l'errance diagnostique et à constituer un appui pour les familles dans le parcours de soins, en s'appuyant sur la psychoéducation et la pair-aidance.

L'émergence de ce genre de dispositif pourra sans doute permettre de mieux accompagner les situations des jeunes déscolarisés dans un contexte de trouble émergent en s'appuyant sur des compétences dans l'accompagnement à l'inscription scolaire bien repérées en

psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, et des compétences sur le diagnostic et l'intervention précoce dans le cadre de psychose émergente, plus développées en psychiatrie adulte. Ce partage de pratiques vient rejoindre l'objectif d'améliorer la continuité de la prise en charge des patients entre pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte du programme pluriannuel de psychiatrie et santé mentale 2018-2023 de la Haute Autorité de Santé¹²⁴. Le projet européen MILESTONE (Managing the link and strengthening transition from child to adult mental healthcare)¹²⁵ vise à améliorer la transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte pour les jeunes nécessitant un relais de soins. Pour cela, une étude incluant 1000 jeunes, 900 parents et/ou représentants légaux, avec la collaboration de services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de psychiatrie adulte dans huit pays européens est menée depuis 2015. Les résultats de cette étude sont encore attendus.

Nous insistions auparavant sur la nécessité de collaboration entre services de soins et services scolaires. Il existe déjà des dispositifs de pédopsychiatrie en articulation avec les établissements scolaires visant à une évaluation psychiatrique de cas complexes afin de faciliter l'orientation vers les soins appropriés. C'est le cas par exemple du dispositif Parenthèse qui existe sous l'égide du CHU de Toulouse^{126,127}. Il associe des intervenants scolaires et des intervenants de pédopsychiatrie pour l'accompagnement de jeunes de 6 à 16 ans, n'ayant pas de prise en charge sanitaire ou médico-sociale, présentant des difficultés complexes qui entravent leur scolarité.

Par ailleurs la mise en place d'outils de repérage à l'usage des professionnels scolaires pourrait être pertinente. Pour exemple, dans le cadre des refus scolaires anxieux, une échelle de repérage et de mesure et du refus scolaire anxieux, la School REfusal Evaluation (SCREEN), est un auto-questionnaire qui est utilisée aussi bien par des professionnels de l'Éducation Nationale (infirmiers scolaires, médecins et psychologues de l'Éducation Nationale), par des médecins traitants et des pédiatres, et par des psychologues ou pédopsychiatre¹²⁸.

6. CONCLUSION

Il n'y a pas, dans la littérature actuelle, d'étude permettant d'affirmer un sur-risque de transition psychotique au sein d'une population d'adolescents déscolarisés.

Cependant ce travail de revue de la littérature a pu mettre en avant la fréquence des difficultés scolaires et des situations de déscolarisation dans la phase prodromique des troubles psychotiques. Les études qui se sont intéressées au sujet ont retrouvé une prévalence importante de déscolarisation. Ceci semble plutôt en faveur de la pertinence de la détection précoce des sujets à risque de transition psychotique auprès d'adolescents déscolarisés.

Pour autant, la recherche chez les sujets à haut risque de transition psychotique nécessite des approfondissements sur la corrélation entre déscolarisation et troubles émergents afin de répondre à cette hypothèse.

La détection précoce est un préalable à une intervention précoce permettant de faciliter l'accès aux soins et donc diminuer le délai de soin pour les sujets à haut risque de transition psychotique. Comme nous l'avons abordé, l'intervention précoce consiste en une prise en charge pluridisciplinaire adaptée au mieux aux besoins du sujet. Des programmes spécifiques comprenant une adaptation de la scolarité pourraient y être inclus afin de prévenir la chronicité ou le caractère définitif de la déscolarisation et la désinsertion socio-professionnelle ultérieure. Le rôle du case manager, pivot de l'intervention précoce pourrait être d'assurer l'articulation avec la scolarité, en lien avec les services de santé scolaire et en intervenant durant des équipes éducatives. Cette collaboration entre services scolaires et services de santé mentale est essentielle dans la prise en charge.

Les déficits cognitifs étant un facteur pronostique négatif dans la schizophrénie, il est particulièrement important de stimuler les capacités cognitives, à travers la remédiation cognitive mais aussi à travers le maintien d'une scolarité ou un accompagnement vers une réinscription scolaire. Il semble aussi important de penser la réinscription sur un projet professionnel chez un sujet à risque de transition psychotique déjà identifié, que de détecter les sujets à risque de transition psychotique chez les adolescents déscolarisés afin de leur proposer la prise en charge la plus adaptée à leurs besoins. La prévention des troubles scolaires permet de diminuer l'impact psycho-social de pathologies psychiatriques, et la prévention des troubles mentaux est un moyen de prévenir les troubles scolaires^{114,129}. Il y a ainsi un cercle vertueux dans la prise en compte conjointe de ces deux problématiques.

Vu, et lu de tout de bon
le 14 01 2021.
Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Vu, et lu de tout de bon
Le 14 01 2021
D. SERRANO
E. SERRANO
UNIVERSITÉ DE LA MER
UNIVERSITÉ DE LA MER

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Godeau E, Spilka S, Ehlinger V, Sentenac M, Pacoricona Alfaro DL. Comportements de santé et bien-être des élèves de 11,13 & 15 ans dans 44 pays ou régions d'Europe et au Canada. Résultats de l'enquête internationale Health behaviour in school-aged children (HBSC) et EnCLASS France 2018. Rennes : EHESP. Published online 2020:12 p.
2. Piaget J. *Psychologie et pédagogie*. Denoël/Gonthier; 1988.
3. Os J van, Kapur S. Schizophrenia. *The Lancet*. 2009;374(9690):635-645.
4. James SL, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858.
5. Kraepelin E. *Introduction à La Psychiatrie Clinique*. Vigot frères; 1907.
6. Bleuler E. *Dementia Praecox ou Groupe des schizophrénies*. Epel Éditions; 2012.
7. Schneider K. *Clinical Psychopathology*. Grune & Stratton; 1959.
8. Franck N. Les symptômes de premier rang de la schizophrénie: de la clinique à l'approche expérimentale. *Psychiatr Sci Hum Neurosci*. 2004;2(1):10-25.
9. Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Elsevier Masson; 1993.
10. Association américaine de psychiatrie. *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson; 2015.
11. Dor-Nedonsel E. Les schizophrénies précoces: épidémiologie, exploration clinique et neurocognitive, phénotypage de familles d'enfants avec schizophrénie et autisme. Th. Sciences
12. Da Fonseca D. La schizophrénie de l'enfance. *L'Encéphale*. 2009;35:S6-S9.
13. Alaghband-Rad J, McKenna K, Gordon CT, et al. Childhood-onset schizophrenia: the severity of premorbid course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(10):1273-1283.
14. Guttmacher MS. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia; effectiveness: the National Institute of Mental Health psychopharmacology service center collaborative study group. *Arch Gen Psychiatry*. 1964;10:246-261.
15. Gorwood P, Dubertret C, Hamdani N. Schizophrénie et génétique : concepts et évidences. *L'Évolution Psychiatrique*. 2002;67(1):113-121.
16. Thibaut F. Données génétiques de la schizophrénie. *EMC Psychiatrie*.
17. Brown AS, Derkits EJ. Prenatal Infection and Schizophrenia: A Review of Epidemiologic and Translational Studies. *Am J Psychiatry*. 2010;167(3):261-280.
18. Brown AS, Begg MD, Gravenstein S, et al. Serologic Evidence of Prenatal Influenza in the Etiology of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(8):774.
19. Buka SL, Cannon TD, Torrey EF, Yolken RH, Collaborative Study Group on the Perinatal Origins of Severe Psychiatric Disorders. Maternal exposure to herpes simplex virus and risk of psychosis among adult offspring. *Biol Psychiatry*. 2008;63(8):809-815.
20. Brown AS, Schaefer CA, Quesenberry CP, Liu L, Babulas VP, Susser ES. Maternal exposure to toxoplasmosis and risk of schizophrenia in adult offspring. *Am J Psychiatry*. 2005;162(4):767-773.
21. Demily C, Thibaut F. Facteurs de risque environnementaux à la schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2008;166(8):606-611.

22. Vilain J, Galliot A-M, Durand-Roger J, et al. Les facteurs de risque environnementaux de la schizophrénie. *L'Encéphale*. 2013;39(1):19-28.
23. Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry*. 2002;159(7):1080-1092.
24. Le Bec P-Y, Fatséas M, Denis C, Lavie E, Auriacombe M. [Cannabis and psychosis: search of a causal link through a critical and systematic review]. *Encephale*. 2009;35(4):377-385.
25. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Mirken Refuted: Reasons for Believing that the Association Between Cannabis Use and Risk of Psychosis is Probably Causal. *Addiction*. 2005;100(5):715-716.
26. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ*. 2005;330(7481):11.
27. Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol*. 2002;156(4):319-327.
28. Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 1977;86(2):103-126.
29. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002;325(7374):1212-1213.
30. Haute Autorité de Santé. ALD n°23 - Schizophrénies. Haute Autorité de Santé.
31. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9):975-983.
32. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1785-1804.
33. Keshavan MS. Development, disease and degeneration in schizophrenia: a unitary pathophysiological model. *J Psychiatr Res*. 1999;33(6):513-521.
34. Brémaud N. Prépsychose : revue de la littérature et approche critique. *L'information psychiatrique*. 2008;Volume 84(5):383-393.
35. Katan M. Aspects structuraux d'un cas de schizophrénie. *Psychanalyse : revue de la société française de psychanalyse*. 1958;4:179-225.
36. Lacan J. *Le Séminaire de Jacques Lacan: Les Psychoses, 1955- 1956. Livre III*. Seuil; 1981.
37. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Manuel de psychiatrie*. Elsevier Masson; 2011.
38. Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lönnqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophr Res*. 2003;60(2-3):239-258.
39. Da Fonseca D. L'enfance du schizophrène. *L'Encéphale*. 2009;(L'Encéphale. 2009; supp 1):S2-S5.
40. Cougnard A, Verdoux H. Faut-il mettre en place des programmes de dépistage des troubles psychotiques débutants ? //www.em-premium.com/data/revues/07554982/00353-C2/469/. Published online March 1, 2008.

41. Tordjman S, S M, M B. L'enfance des adolescents schizophrènes. *NERVURE*. 2001;(7 vol 14):40-46.
42. Thibaut F. Hypothèse neuro-développementale de la schizophrénie. *L'Encéphale*. 2006;32(5, Part 4):879-882.
43. Cannon M, Caspi A, Moffitt TE, et al. Evidence for Early-Childhood, Pan-Developmental Impairment Specific to Schizophreniform Disorder: Results From a Longitudinal Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(5):449.
44. Isohanni M, Lauronen E, Moilanen K, et al. Predictors of schizophrenia: Evidence from the Northern Finland 1966 Birth Cohort and other sources. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;187(S48):s4-s7.
45. Fish B, Marcus J, Hans SL, Auerbach JG, Perdue S. Infants at risk for schizophrenia: sequelae of a genetic neurointegrative defect. A review and replication analysis of pandsymaturation in the Jerusalem Infant Development Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(3):221-235.
46. Marcus J, Hans SL, Lewow E, Wilkinson L, Burack CM. Neurological findings in high-risk children: childhood assessment and 5-year followup. *Schizophr Bull*. 1985;11(1):85-100.
47. Rieder RO, Nichols PL. Offspring of Schizophrenics III: Hyperactivity and Neurological Soft Signs. *Arch Gen Psychiatry*. 1979;36(6):665-674.
48. Mechri A, Slama H, Bourdel M-C, et al. Signes neurologiques mineurs chez les patients schizophrènes et leurs apparentés non malades. *L'Encéphale*. 2008;34:483-489.
49. Krebs MO, Gut-Fayand A, Bourdel M, Dischamp J, Olié J. Validation and factorial structure of a standardized neurological examination assessing neurological soft signs in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2000;45(3):245-260.
50. Krebs M-O, Mouchet-Mages S. Signes neurologiques mineurs et schizophrénie : revue des données actuelles. *Revue Neurologique - REV NEUROL*. 2007;163:1157-1168.
51. Schulz J, Sundin J, Leask S, Done DJ. Risk of adult schizophrenia and its relationship to childhood IQ in the 1958 British birth cohort. *Schizophr Bull*. 2014;40(1):143-151.
52. Hijman R, Hulshoff Pol HE, Sitskoorn MM, Kahn RS. Global intellectual impairment does not accelerate with age in patients with schizophrenia: a cross-sectional analysis. *Schizophr Bull*. 2003;29(3):509-517.
53. Erlenmeyer-Kimling L, Cornblatt BA. A summary of attentional findings in the New York high-risk project. *Journal of Psychiatric Research*. 1992;26(4):405-426.
54. Erlenmeyer-Kimling L, Rock D, Roberts SA, et al. Attention, memory, and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses: the New York High-Risk Project. *Am J Psychiatry*. 2000;157(9):1416-1422.
55. Byrne M, Hodges A, Grant E, Owens DC, Johnstone EC. Neuropsychological assessment of young people at high genetic risk for developing schizophrenia compared with controls: preliminary findings of the Edinburgh High Risk Study (EHRIS). *Psychol Med*. 1999;29(5):1161-1173.
56. Mouridsen SE, Hauschild K-M. A longitudinal study of schizophrenia- and affective spectrum disorders in individuals diagnosed with a developmental language disorder as children. *J Neural Transm (Vienna)*. 2008;115(11):1591-1597.
57. Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet*. 1994;344(8934):1398-1402.

58. Ayalon M, Merom H. The teacher interview. *Schizophrenia Bulletin*. 1985;11(1):117-120.
59. Garmezy N, Devine V. Project Competence: The Minnesota studies of children vulnerable to psychopathology. In: *Children at Risk for Schizophrenia: A Longitudinal Perspective*. Cambridge University Press; 1984:289-303.
60. Ross RG, Heinlein S, Tregellas H. High rates of comorbidity are found in childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Res*. 2006;88(1-3):90-95.
61. Erlenmeyer-Kimling L, Squires-Wheeler E, Adamo UH, et al. The New York High-Risk Project. Psychoses and cluster A personality disorders in offspring of schizophrenic parents at 23 years of follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(10):857-865.
62. Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Hambrecht M, Schultze-Lutter F. Modeling the early course of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2003;29(2):325-340.
63. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull*. 1996;22(2):353-370.
64. Yung AR, McGorry PD. The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996;30(5):587-599.
65. Gross G, Huber G. Psychopathology of basic stages of schizophrenia in view of formal thought disturbances. *Psychopathology*. 1985;18(2-3):115-125.
66. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(1):107-120.
67. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull*. 1996;22(2):283-303.
68. Insel TR. The arrival of preemptive psychiatry. *Early Intervention in Psychiatry*. 2007;1(1):5-6.
69. Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(4):273-282.
70. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*. 2004;67(2):131-142.
71. Yung AR, Yung AR, Pan Yuen H, et al. Mapping the Onset of Psychosis: The Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(11-12):964-971.
72. Krebs M-O, Magaud E, Willard D, et al. Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique : validation de la version française de la CAARMS. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/00137006/v40i6/S0013700614000335/>. Published online November 24, 2014.
73. Gross G. The “basic” symptoms of schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*. 1989;(7):21-25; discussion 37-40.
74. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti Prog Med*. 1989;80(12):646-652.
75. Schultze-Lutter F. Subjective Symptoms of Schizophrenia in Research and the Clinic: The Basic Symptom Concept. *Schizophr Bull*. 2009;35(1):5-8.
76. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(2):158-164.

77. Durandea R. Évolution des états mentaux à risque de transition vers un trouble psychotique : une revue de la littérature. Th.D Médecine, 2018
78. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Fusar-Poli P, Bechdolf A, Schimmelmann BG, Klosterkötter J. Basic symptoms and the prediction of first-episode psychosis. *Curr Pharm Des.* 2012;18(4):351-357.
79. Schultze-Lutter F, Klosterkötter J, Picker H, Steinmeyer E-M, Ruhrmann S. Predicting first-episode psychosis by basic symptom criteria. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation.* 2007;4(1):11-22.
80. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(3):220-229.
81. Fusar-Poli P, salazar de pablo G, Correll C, et al. Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention. *JAMA Psychiatry.* 2020;77.
82. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry.* 2015;30(3):405-416.
83. Zhang T, Xu L, Chen Y, et al. Conversion to psychosis in adolescents and adults: similar proportions, different predictors. *Psychol Med.* Published online April 6, 2020:1-9.
84. Armando M, Pontillo M, De Crescenzo F, et al. Twelve-month psychosis-predictive value of the ultra-high risk criteria in children and adolescents. *Schizophr Res.* 2015;169(1-3):186-192.
85. Armando M, Klauser P, Anagnostopoulos D, et al. Clinical high risk for psychosis model in children and adolescents: a joint position statement of ESCAP Clinical Division and Research Academy. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020;29(4):413-416.
86. Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS, et al. At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *Am J Psychiatry.* 2011;168(8):800-805.
87. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry.* 2015;30(3):388-404.
88. Fusar-Poli P, Nelson B, Valmaggia L, Yung AR, McGuire PK. Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophr Bull.* 2014;40(1):120-131.
89. Hui C, Morcillo C, Russo DA, et al. Psychiatric morbidity, functioning and quality of life in young people at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res.* 2013;148(1-3):175-180.
90. Johannessen JO, Larsen TK, Joa I, et al. Pathways to care for first-episode psychosis in an early detection healthcare sector: Part of the Scandinavian TIPS study. *The British Journal of Psychiatry.* 2005;187(S48):s24-s28.
91. Yung AR, McGorry PD. Prediction of psychosis: setting the stage. *The British Journal of Psychiatry.* 2007;191(S51):s1-s8.
92. Krebs M-O. *Signes précoces de schizophrénie.* Dunod; 2015.
93. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin.* 1996;22(2):305-326.
94. Marion-Veyron R, Mebdouhi N, Baumann PS, Thonney J, Crespi S, Conus P. Les premiers épisodes psychotiques : de l'importance du case management. *L'Évolution Psychiatrique.* 2013;78(1):41-51.

95. De Ridder KAA, Pape K, Johnsen R, Holmen TL, Westin S, Bjørngaard JH. Adolescent health and high school dropout: a prospective cohort study of 9000 Norwegian adolescents (the Young-HUNT). *PLoS One*. 2013;8(9):e74954.
96. Girardon N, Guillonnet J. Phobie scolaire à l'adolescence. *Perspectives Psy*. 2009;48(4):375-381.
97. Zugaj L, Gotheil N, Delpech S, Jung C, Delmas C. La déscolarisation : étude rétrospective d'une cohorte de 63 patients soignés en ambulatoire dans un secteur de pédopsychiatrie. <https://www-em--premium-com>. Published online March 12, 2016.
98. Geay B. Catégorisation des trajectoires et méconnaissance institutionnelle. La construction du regard sur le "déscolarisé." *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*. 2003;(2):21-42.
99. Centre national d'étude des systèmes scolaires (CNESCO). État des lieux en France. Accessed January 13, 2021. <http://www.cnesco.fr/fr/daccrochage-scolaire/indicateurs/>
100. Centre national d'étude des systèmes scolaires (CNESCO). Politiques en France. Accessed January 13, 2021. <http://www.cnesco.fr/fr/daccrochage-scolaire/politiques-publiques-francaises/>
101. Geay B, Meunier A. Enjeux et usages de la "déscolarisation." *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*. 2003;(2):7-19.
102. Plunus G. Un référentiel commun pour une meilleure prise en charge des mineurs en situation d'absentéisme ou de décrochage scolaire. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*. 2011;(56):193-202.
103. Fédération française de psychiatrie. Schizophrénies débutantes : recommandations longues - Conférence de consensus. In : ; 2003.
104. Tarbox SI, Addington J, Cadenhead KS, et al. Premorbid functional development and conversion to psychosis in clinical high-risk youths. *Dev Psychopathol*. 2013;25(4 0 1):1171-1186.
105. Cornblatt BA, Carrión RE, Addington J, et al. Risk Factors for Psychosis: Impaired Social and Role Functioning. *Schizophr Bull*. 2012;38(6):1247-1257.
106. Cornblatt BA, Auther AM, Niendam T, et al. Preliminary Findings for Two New Measures of Social and Role Functioning in the Prodromal Phase of Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2007;33(3):688-702.
107. Carrión RE, Auther AM, McLaughlin D, et al. The Global Functioning: Social and Role Scales—Further Validation in a Large Sample of Adolescents and Young Adults at Clinical High Risk for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2019;45(4):763-772.
108. Waghorn G, Saha S, Harvey C, et al. "Earning and learning" in those with psychotic disorders: the second Australian national survey of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46(8):774-785.
109. Goulding SM, Chien VH, Compton MT. Prevalence and Correlates of School Drop-Out Prior to Initial Treatment of Non-affective Psychosis: Further Evidence Suggesting a Need for Supported Education. *Schizophr Res*. 2010;116(2-3):228.
110. Bowman S, McKinstry C, Howie L, McGorry P. Expanding the search for emerging mental ill health to safeguard student potential and vocational success in high school: A narrative review. *Early Interv Psychiatry*. 2020;14(6):655-676.
111. Langeveld J, Joa I, Larsen TK, Rennan JA, Cosmovici E, Johannessen JO. Teachers'

- awareness for psychotic symptoms in secondary school: the effects of an early detection programme and information campaign. *Early Interv Psychiatry*. 2011;5(2):115-121.
112. Lee S, Tsang A, Breslau J, et al. Mental disorders and termination of education in high-income and low- and middle-income countries: epidemiological study. *Br J Psychiatry*. 2009;194(5):411-417.
113. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry*. 1995;152(7):1026-1032.
114. Butterworth P, Leach LS. Early Onset of Distress Disorders and High-School Dropout: Prospective Evidence From a National Cohort of Australian Adolescents. *Am J Epidemiol*. 2018;187(6):1192-1198.
115. Larrieu P. Evaluation des sujets à ultra haut risque de transition psychotique par la Comprehensive assessment of at-risk mental states (CAARMS): impact sur l'alliance thérapeutique. Th.D Médecine 2017
116. Misès R. *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2020 Correspondances et transcodage CIM 10: classification psychopathologique et développementale*. 6e éd. Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2020.
117. Kerns SEU, Pullmann MD, Walker SC, Lyon AR, Cosgrove TJ, Bruns EJ. Adolescent use of school-based health centers and high school dropout. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(7):617-623.
118. Park S, Lee D, Jung S, Hong HJ. Four-year trajectory of Korean youth mental health and impacts of school environment and school counselling: a observational study using national schools database. *BMJ Open*. 2019;9(11):e027578.
119. Masillo A, Monducci E, Telesforo L, et al. Evaluation of secondary school teachers' knowledge about psychosis: A contribution to early detection. *Early intervention in psychiatry*. 2011;6:76-82.
120. Krebs M-O. Détection et intervention précoce : un nouveau paradigme. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2018;176(1):65-69.
121. Gozlan G, Meunier-Cussac S, Lecardeur L, Duburcq A, Courouve L. Prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques en France : cartographie des programmes spécialisés en 2017. *L'information psychiatrique*. 2018;Volume 94(5):393-401.
122. Benoit L. Penser le risque de schizophrénie. Th D. Psychiatrie 2016.
123. Krebs M-O. Le réseau Transition : une initiative nationale pour promouvoir l'intervention précoce des psychoses débutantes chez l'adolescent et l'adulte jeune. *L'information psychiatrique*. 2019;Volume 95(8):667-671.
124. Haute Autorité de Santé. Programme "psychiatrie et santé mentale" de la HAS. Haute Autorité de Santé. Published 2018.
125. Tuomainen H, Singh SP, Consortium TM. Novel research on transition from child to adult mental health services in Europe: The MILESTONE project. *European Psychiatry*. 2016;33(S1):S58-S59.
126. Coussot Y, Charpentier SC. Le dispositif « Parenthèse », répondant à une logique d'inclusion scolaire. *Empan*. 2017;n° 108(4):63-69.
127. Hazane F, Raynaud J-P. Quand l'école devient difficile, un dispositif, une parenthèse. *Empan*. 2006;63.
128. Gallé-Tesson M, Dahéron L. « Je ne veux pas aller à l'école » : perspectives

actuelles sur le repérage du refus scolaire anxieux et présentation de la School Refusal Evaluation (SCREEN). *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2020;68.

129. Dever BV, Kamphaus RW, Dowdy E, Raines TC, Distefano C. Surveillance of middle and high school mental health risk by student self-report screener. *West J Emerg Med*. 2013;14(4):384-390.

8. ANNEXES

Annexe 1 :



ÉVALUATION DÉTAILLÉE DES ÉTATS MENTAUX À RISQUE

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF AT RISK MENTAL STATES

CAARMS version Française

Traduction française : M.O. Krebs, D. Willard, C. Elkhazen, M. Kazès
M.J. Marois, P. Conus

Version originale : A. Yung, L. Phillips, M.B. Simmons, J. Ward, K. Thompson, P. French,
P. McGorry
The PACE Clinic
DEPARTMENT OF PSYCHIATRY;
UNIVERSITY OF MELBOURNE,
MELBOURNE, AUSTRALIA.

L'UTILISATION DE CE DOCUMENT DOIT FAIRE REFERENCE A L'ARTICLE DE VALIDATION FRANÇAISE :
Krebs, M. O., Magaud, E., Willard, D., Elkhazen, C., Chauchot, F., Gut, A., Morvan, Y., Bourdel, M.C.,
Kazes, M. (2014). Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique: validation de la
version française de la CAARMS. *L'Encéphale*, 40(6), 447-456.

© 2006 Yung, Phillips, Simmons, Ward, Thompson, French, McGorry

NOM DU SUJET :

DOSSIER N° :

DATE :

ÉVALUATEUR :

DESCRIPTION DE LA CAARMS

Objectifs :

- Déterminer si le sujet remplit les critères d' "état mental à risque".
- Exclure ou confirmer les critères d' une psychose aiguë.
- Explorer l' évolution au cours du temps d' un ensemble de facteurs psychopathologiques et fonctionnels chez des sujets jeunes à risque extrêmement élevé de développer un trouble psychotique.

Structure de la CAARMS

- Les cotations sont faites sur une série de sous-échelles qui ciblent différents domaines psychopathologiques et fonctionnels. A partir de ces cotations, il est possible d' extraire l' information relative aux objectifs décrits ci-dessus.

Description des Symptômes et du fonctionnement général – Évolution :

- Lors du premier entretien (et non lors des entretiens de suivi), la CAARMS permet d' obtenir une description de la chronologie des changements depuis la phase prémorbide. Toute l' information disponible doit être utilisée.

- Déterminer le moment où le premier changement a été observé – date et âge du sujet en années :

Date :

Âge :

- Noter les tous premiers signes et symptômes :

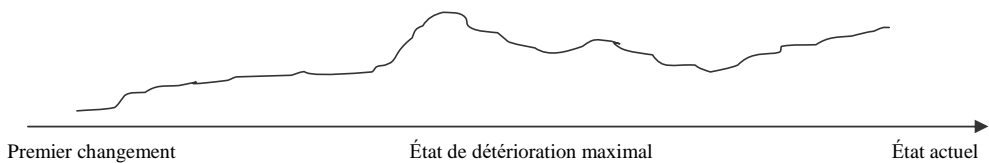
.....

.....

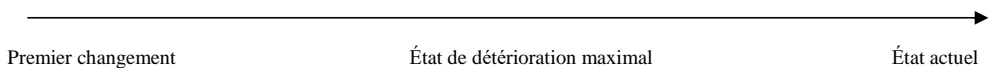
.....

.....

- Évolution depuis ces premiers signes et symptômes - représentés sur la ligne de temps, par ex. :



- Évolution du sujet évalué



INDEX

	page
1. SYMPTÔMES POSITIFS	4
1.1 TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE	4
1.2 IDÉES NON-BIZARRES	6
1.3 ANOMALIES DE LA PERCEPTION	8
1.4 DISCOURS DÉSORGANISÉ	10
2. CHANGEMENT COGNITIF : ATTENTION / CONCENTRATION	12
2.1 CHANGEMENTS COGNITIFS SUBJECTIFS	12
2.2 CHANGEMENTS COGNITIFS OBJECTIFS	14
3. PERTURBATION ÉMOTIONNELLE	15
3.1 PERTURBATION ÉMOTIONNELLE SUBJECTIVE	15
3.2 ÉMOUSSEMENT DE L'AFECT OBSERVÉ	17
3.3 AFFECT INAPPROPRIÉ OBSERVÉ	18
4. SYMPTÔMES NÉGATIFS	19
4.1 ALOGIE	19
4.2 AVOLITION / APATHIE	20
4.3 ANHÉDONIE	21
5. MODIFICATION DU COMPORTEMENT	22
5.1 ISOLEMENT SOCIAL	22
5.2 ALTÉRATION DU COMPORTEMENT	23
5.3 COMPORTEMENTS DÉSORGANISÉS, BIZARRES, STIGMATISANT	24
5.4 COMPORTEMENT AGRESSIF / DANGEREUX	25
6. CHANGEMENTS PHYSIQUES / MOTEURS	26
6.1 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DU FONCTIONNEMENT MOTEUR	26
6.2 CHANGEMENTS DANS LE FONCTIONNEMENT MOTEUR OBSERVÉ	27
6.3 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS CORPORELLES	28
6.4 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES FONCTIONS VÉGÉTATIVES	29
7. PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE	30
7.1 MANIE	30
7.2 DÉPRESSION	32
7.3 INTENTION SUICIDAIRE ET AUTOMUTILATION	34
7.4 LABILITÉ DE L'HUMEUR	35
7.5 ANXIÉTÉ	36
7.6 TROUBLES OBSESSIONNELS ET COMPULSIFS (TOC)	37
7.7 SYMPTÔMES DISSOCIATIFS	38
7.8 DIMINUTION DE LA TOLÉRANCE AU STRESS HABITUEL	39
8. CRITERES D'INCLUSION	40
9. SEUIL DE PSYCHOSE	41
10. EXCLUSION DE L'ETUDE	41

1 : SYMPTÔMES POSITIFS

1.1 TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE

Humeur Délirante et Perplexité ("Idées Non Cristallisées")

- Avez-vous déjà eu le sentiment que quelque chose d'étrange que vous ne pouvez pas expliquer se produit ? Comment est-ce ? _____
- Êtes-vous troublé par quelque chose ? Votre environnement familier vous paraît-il étrange ? _____
- Avez-vous l'impression d'avoir changé d'une quelconque façon ? _____
- Avez-vous l'impression que les autres, ou le monde en général, avaient changé d'une quelconque façon ? _____

Idées de Référence

- Idées de référence : Avez-vous déjà eu le sentiment que les choses qui se passaient autour de vous avaient une signification spéciale, ou que les gens tentaient de vous transmettre des messages ? Pouvez-vous m'en parler ? Comment cela a-t-il commencé ? _____

Idées Bizarres "Idées Cristallisées"

- Pensées, sentiments et pulsions imposées : Avez-vous eu l'impression que quelqu'un, ou quelque chose, à l'extérieur de vous contrôlait vos pensées, vos sentiments, vos actions ou vos pulsions ? Avez-vous déjà eu des sentiments ou des impulsions qui ne semblaient pas venir de vous ? _____
- Passivité somatique : Vous arrive-t-il d'avoir des sensations étranges dans votre corps ? Savez-vous ce qui les cause ? Pourraient-elles être provoquées par d'autres personnes ou par des forces en dehors de vous ? _____
- Pensées insérées : Avez-vous ressenti que des idées ou des pensées qui ne sont pas les vôtres ont été implantées dans votre tête ? Comment savez-vous que ce ne sont pas les vôtres ? D'où proviennent-elles ? _____
- Vol de la pensée : Avez-vous déjà eu l'impression que des idées ou des pensées ont été retirées de votre tête ? Comment cela se produit-il ? _____
- Émission de la pensée : Vos pensées sont-elles diffusées permettant à d'autres personnes de savoir ce que vous pensez ? _____
- Lecture de la pensée : D'autres personnes peuvent-elles lire dans vos pensées ? _____

TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE - ÉCHELLE DE COTATION GLOBALE

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Psychotique et sévère
Absence de trouble du contenu de la pensée.	Légère élaboration des croyances conventionnelles partagées par une partie de la population.	Vague impression que quelque chose dans le monde est différent, ou pas tout à fait normal, l'impression que les choses ont changé mais incapable d'être clairement énoncées. Le sujet n'est pas préoccupé / inquiet par cette expérience.	Un sentiment de perplexité. Une plus forte impression d'incertitude à propos des pensées qu'en 2	Idées de référence que certains événements, objets ou personnes ont une signification particulière et inhabituelle. Sentiment que l'expérience peut provenir de l'extérieur de soi. Croyance non entretenue avec conviction, le sujet est capable de douter. Ne provoque pas de modification du comportement	Pensées peu communes avec un contenu complètement original et hautement improbable Le sujet peut douter (non entretenues avec une conviction délirante), ou auxquelles le sujet ne croit pas tout le temps. Pouvant entraîner quelques changements mineurs du comportement	Pensées peu communes avec un contenu complètement original et hautement improbable entretenues avec une conviction délirante (absence de doute). Pouvant avoir un impact marqué sur le comportement.

Date de début : Date de fin :

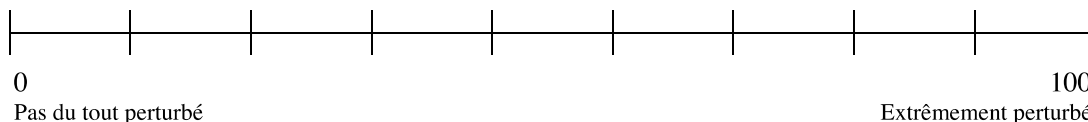
Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

Intensité de la Perturbation (En Fonction des Symptômes)



1.2 IDÉES NON-BIZARRES

Idées Non-Bizarres ("Idées Cristallisées")

- Méfiance, Idées de Persécution : Est-ce que quelqu'un vous embête ou essaye de vous faire du mal ? Avez-vous eu l'impression que des gens parlent de vous, rient de vous, ou vous observent ? Comment cela se passe-t-il ? Comment le savez-vous ?

- Idées de Grandeur : Avez-vous le sentiment d'être quelqu'un de particulièrement important dans un certain domaine, d'avoir le pouvoir de faire des choses que les ne peuvent pas faire ?

- Idées Somatiques : Avez-vous déjà eu l'impression que quelque chose de bizarre que vous ne pouvez pas expliquer se passe dans votre corps ? Que se passe-t-il ? Avez-vous l'impression que votre corps a changé d'une quelconque façon ou qu'il y a un problème avec son aspect ?

- Idées de Culpabilité : Avez-vous le sentiment que vous méritez d'être puni pour quelque chose de mal que vous avez fait ?

- Idées Nihilistes : Avez-vous déjà eu l'impression que vous, ou une partie de vous, n'existait pas ou était morte ? Avez-vous déjà eu le sentiment que le monde n'existait pas ?

- Idées de Jalousie : Êtes-vous une personne jalouse ? Vous préoccupez vous des relations que votre conjoint / petit ami a avec d'autres personnes ?

- Idées Religieuses : Êtes-vous très croyant ? Avez-vous eu des expériences religieuses ?

- Idées Érotomaniaques : Est-ce que quelqu'un est amoureux de vous ? Qui ? Comment le savez-vous ? Est-ce que vous partagez ces sentiments ?

IDÉES NON BIZARRES - ÉCHELLE DE COTATION GLOBALE

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Psychotique et sévère
Pas d'idées non-bizarres	Changements subtils qui pourraient être basés sur la réalité. Par exemple, très gêné	Gêne augmentée. Par ex. : pense que les autres l'observent ou parlent de lui. Ou un sentiment accru de sa propre importance. Le sujet est capable de s'interroger quant à ses expériences.	Des pensées étranges ou inhabituelles mais dont le contenu n'est pas entièrement impossible - il peut exister une certaine logique. Plus de logique qu'en 4. Contenu des pensées non surprenantes, par ex. : jalousie, légère paranoïa.	Croyances clairement particulières, qui, même si elles étaient "possibles", se sont développées sans raison logique. Moins d'arguments logiques qu'en 3. Par ex. : idées que d'autres veulent du mal au sujet, qui peuvent être facilement repoussées. Pensées d'avoir des pouvoirs spéciaux, qui peuvent être facilement repoussées.	Pensées inhabituelles à propos desquelles il existe un certain doute (non entretenues avec une conviction délirante), ou auxquelles le sujet ne croit pas tout le temps. Pouvant entraîner quelques changements mineurs du comportement	Pensées inhabituelles à contenu surprenant et fortement improbable, entretenues avec une conviction délirante (absence de doute). Pouvant avoir un impact marqué sur le comportement.

Date de début : Date de fin :

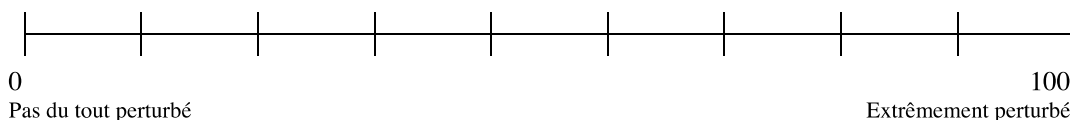
Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

Intensité de la Perturbation (En Fonction des Symptômes)



1.3 ANOMALIES DE LA PERCEPTION

Changements Visuels

- Distorsions, illusions : Y a-t-il un changement dans la façon dont vous percevez les choses ? Est-ce que les choses vous paraissent parfois différentes, ou anormales ? Y a-t-il une altération des couleurs, de la clarté des objets (les choses semblent plus claires, ou de couleur plus terne) ? Y a-t-il une altération de la taille ou de la forme des objets ? Est-ce que les choses semblent bouger ?
- Hallucinations : Avez-vous des visions, ou voyez-vous des choses qui ne sont peut-être pas vraiment là ? Vous arrive-t-il de voir des choses que les autres ne peuvent pas voir ou ne semblent pas voir ? Que voyez-vous ? Au moment où vous voyez ces choses, vous semblent-elles réelles ? Réalisez-vous qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou seulement un peu plus tard ?

Changements Auditifs

- Distorsions, illusions : Y a-t-il des changements dans la façon dont vous entendez les choses ? Est-ce que ce que vous entendez vous apparaît parfois différent, ou anormal ? Est-ce que votre ouïe vous semble plus fine, ou plus sensible ? Est-ce que votre ouïe vous semble sourde, ou moins sensible ?
- Hallucinations : Entendez-vous parfois des choses qui ne sont pas vraiment là ? Entendez-vous parfois des choses que les autres personnes ne semblent pas entendre (comme des sons ou des voix) ? Qu'est-ce que vous entendez ? Au moment où vous entendez ces choses, à quel point semblent-elles réelles ? Réalisez-vous qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou seulement plus tard ?

Changements Olfactifs

- Distorsions, illusions : Est-ce que votre sens de l'olfaction vous semble différent, plus ou moins intense qu'à l'habitude ?
- Hallucinations : Vous arrive-t-il de sentir des choses que personne d'autre ne sent ? A ce moment, est-ce que ces odeurs semblent réelles ? Réalisez-vous qu'elles ne sont pas réelles tout de suite, ou seulement plus tard ?

Changements Gustatifs

- Distorsions, illusions : Est-ce que votre sens gustatif vous semble différent, plus ou moins intense que d'habitude ?
- Hallucinations : Vous arrive-t-il d'avoir des goûts bizarres dans la bouche ? Au moment où vous goûtez ces choses, à quel point vous paraissent-elles réelles ? Vous rendez-vous compte qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou seulement plus tard ?

Changements Tactiles

- Distorsions, illusions, hallucinations : Vous arrive-t-il d'avoir des sensations étranges sur, ou juste sous votre peau ? Au moment où vous éprouvez ces sensations, à quel point vous apparaissent-elles réelles ? Réalisez-vous qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou seulement plus tard ?

Changements Somatiques

NOTE : Questions également utilisées pour coter les Sensations Corporelles Altérées, p.26

- Distorsions, illusions : Vous arrive-t-il d'éprouver des sensations étranges dans votre corps (par ex. : sentir que des parties de votre corps ont changé d'une quelconque façon, ou que les choses fonctionnent différemment) ? Est-ce que vous pensez qu'il y a un problème avec une partie de votre corps ou avec votre corps tout entier, par ex. qu'il vous paraît tout à fait différent des autres, ou seulement différent d'une certaine façon ? A quel point cela vous paraît-il réel ?
- Hallucinations : Avez-vous remarqué un quelconque changement dans vos sensations corporelles, tel qu'une augmentation ou une réduction de l'intensité sensorielle ? Ou des sensations corporelles inhabituelles, telles que des sensations de tractions, de douleurs, de brûlures, d'engourdissements, des vibrations ?

ANOMALIES DE LA PERCEPTION - ÉCHELLE DE COTATION GLOBALE

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Psychotique mais non sévère	6 Psychotique et sévère
Aucune expérience anormale de la perception.		Perceptions intensifiées ou atténuées, distorsions, illusions (par ex. : lumières / ombres). Pas particulièrement angoissant Expérience hypnagogique / hypnopompique.	Expériences plus perturbantes : distorsions / illusions plus intenses / frappantes, murmures indistincts, ombres fugitives, etc. Sujet incertain de la nature de ses expériences. Capable de les chasser. Non angoissant (Aucune détresse psychologique) Déréalisation / dépersonnalisation	Expériences plus claires qu'en 3 telles que : être appelé par son nom, entendre le téléphone sonner, etc., mais pouvant être fugace. Capable de donner une explication plausible à l'expérience. Peut être associé à une légère détresse.	Hallucinations véritables, par ex. : entendre des voix ou des conversations, sentir quelque chose toucher son corps. Moyennant un certain effort, le sujet est capable de critiquer son expérience. Pouvant être effrayantes ou associées à une certaine détresse.	Hallucinations véritables, que le sujet croit réelles sur le moment, ainsi qu'après les avoir expérimentées. Pouvant être très angoissantes.

Date de début : Date de fin :

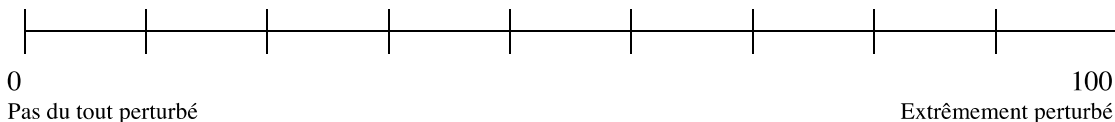
Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

Intensité de la Perturbation (En Fonction des Symptômes)



1.4 DISCOURS DESORGANISÉ

NOTE : Questions également utilisées pour coter l'Alogie, p.16

Changement subjectif

- Avez-vous remarqué avoir eu des difficultés avec votre discours, ou votre capacité à communiquer avec les autres ? _____
- Avez-vous de la difficulté à trouver le mot juste au bon moment ? _____
- Vous arrive t-il d'utiliser des mots qui ne sont pas tout à fait corrects ou qui sont complètement inappropriés ? _____
- Quand vous parlez, vous êtes-vous déjà retrouvé à prendre la "tangente" (une direction qui vous éloigne du sujet de votre discussion) et ne jamais arriver au but ? Est-ce est un changement récent ? _____
- Êtes-vous conscient que vous parlez de choses inappropriées, ou que vous perdez le fil de la discussion ? _____
- D'autres personnes semblent-elles avoir parfois de la difficulté à comprendre ce que vous voulez dire, ou avez vous des difficultés à faire passer votre message ? _____
- Répétez-vous les mots d'autres personnes ? _____
- Devez-vous parfois utiliser des gestes ou des mimiques pour communiquer parce que vous avez de la difficulté à faire passer votre message ? A quel point ? _____
- Est-ce cela vous oblige à rester silencieux et à ne rien dire du tout. _____

Cotation Objective du Discours Désorganisé

- Est-il parfois difficile de suivre le cours du discours du sujet parce qu'il utilise des mots incorrects, inappropriés, ou que son discours est trop circonstancié ou tangent ? _____
- Le sujet est-il vague, trop abstrait ou au contraire trop concret ? Est-ce que les réponses pourraient être plus courtes ? _____
- Est-ce qu'il s'éloigne souvent du sujet et se perd dans son discours ? Est-ce qu'il semble avoir de la difficulté à trouver les mots justes ? _____
- Est-ce qu'il répète des mots que vous avez utilisés ou utilise-t-il des mots étranges (ou des néologismes) pendant une conversation ordinaire ? _____

DISCOURS DESORGANISÉ - ÉCHELLE DE COTATION GLOBALE

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Psychotique
Discours logique normal, sans désorganisation, pas de problème à communiquer ou à être compris.		Légères difficultés subjectives, par ex. : des problèmes pour faire passer un message. Non perceptible par d'autres.	Discours vague avec des mots inappropriés ou trop circonstanciés. Sentiment de ne pas être compris.	Preuve claire de légères déconnexions du discours et des schémas de pensée. Liens entre les idées plutôt tangentiels. Sentiment croissant de frustration pendant les conversations.	Circonstantalité marquée ou discours tangentiel mais la structure de l'entretien l'améliore. Peut avoir besoin de recourir aux gestes ou aux mimiques pour communiquer	Manque de cohérence, discours inintelligible, difficultés significatives à suivre une ligne de pensée. Associations vagues dans les propos

Date de début : Date de fin :

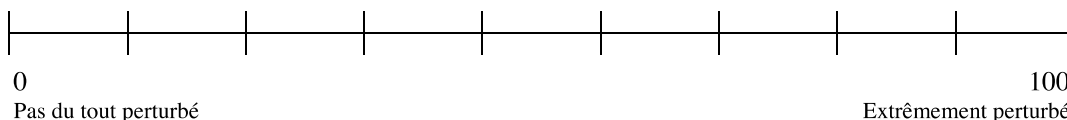
Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

Intensité de la Perturbation (En Fonction des Symptômes)



2 : CHANGEMENT COGNITIF - ATTENTION / CONCENTRATION

2.1 EXPÉRIENCE SUBJECTIVE (SYMPTÔME DE BASE DE HUBER)

Trouble de l'Attention et de Concentration

- Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer (difficulté à écouter les autres, à regarder la télévision, à lire) ?
- Est-ce que penser ou vous concentrer sur des choses vous demande un effort ?

Troubles de l'Attention Sélective :

- Avez-vous eu des difficultés à faire attention à une seule chose ?
- Êtes-vous facilement distrait par d'autres choses ?
- Vous êtes-vous senti dépassé, ou confus par toutes les choses qui se passaient autour de vous ?

Troubles Formels de la Pensée

NOTE : Voir aussi l'Alogie, p.16

- Est-ce que vos pensées semblent parfois s'arrêter, se bloquer, ou disparaître (par ex. : avez-vous des "trances", ou des "blancs")? Pouvez-vous décrire ceci de façon plus approfondie ?
- Parfois, est-ce que vos pensées s'accroissent, deviennent confuses ou s'emmêlent ?
- Est-ce que d'autres choses semblent s'arrêter en même temps que vos pensées, par ex. : l'attention, l'ouïe, la vue, la mémoire, le discours ou le mouvement ?
- Vous arrive t-il parfois de perdre le sens de votre identité personnelle ? Selon vous, qu'est-ce qui aurait pu provoquer ce phénomène ?

Difficultés de Compréhension

- Avez-vous de la difficulté à suivre ce que les autres disent ?
- Vous arrive t-il de demander que des phrases soient répétées, surtout les phrases longues ?
- Vous arrive t-il parfois de ne pas comprendre le langage figuré Est-ce nouveau pour vous, ou cela a-t-il toujours été ainsi ?
- Vous arrive t-il parfois d'avoir de la difficulté à percevoir la tonalité émotionnelle des conversations (par ex. : ne pas reconnaître le sarcasme, ou l'ironie) ?
- Est-ce parfois difficile de comprendre des formes non verbales de communication, par ex. : des gestes ? A quel point est-ce difficile ?

Problèmes de Mémoire

NOTE : Voir aussi les symptômes dissociatifs, p.34

- Avez-vous eu des problèmes de mémoire ?
- Avez-vous déjà eu l'impression d'avoir des grands trous dans votre mémoire ?
- Ces trous sont-ils présents tout le temps ou de manière intermittente ? Avez-vous remarqué si vos problèmes de mémoire surviennent en période de stress ?

EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DE CHANGEMENT COGNITIF - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucune difficulté subjective d'attention ou de concentration.	Le sujet est conscient de quelques changements, mais qui peuvent être attribués à des facteurs extérieurs. Le sujet a de la difficulté à identifier les changements	Problèmes légers mais définis, par ex. : quelques difficultés à se concentrer pour lire, ou regarder la TV. Se concentrer nécessite plus d'effort. OU Mémoire légèrement altérée mais de façon temporaire	Sentiment subjectif d'être brouillé, confus, avec accélération, ou ralentissement de la pensée, difficulté à comprendre les conversations. Épisodes occasionnels de blocage de la pensée. OU Problèmes de mémoire plus évidents mais n'interférant pas avec le fonctionnement quotidien.	Sentiment subjectif d'être incapable de penser correctement, d'être confus, incapable de comprendre les autres. Épisodes plus réguliers de blocage de la pensée OU Difficultés de mémoire gênant la conversation, les objets sont souvent égarés.	Inattention marquée, sensation d'être confus et dépassé par moments, distrait par d'autres éléments de l'environnement Fréquents épisodes de blocage de la pensée. OU Difficultés de mémoire notées par les autres, angoissant.	Le sujet rapporte une difficulté extrême à se concentrer sur l'entretien. Entretien arrêté à cause de l'impossibilité du sujet à se concentrer ou à cause d'un sévère blocage de la pensée. OU Sévères problèmes de mémoire.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

2.2 CHANGEMENTS COGNITIFS OBSERVÉS

Inattention Observée Durant l'Entretien

- Le sujet paraît inattentif - regarde ailleurs durant l'entretien, ne saisit pas le sujet d'une discussion, change rapidement son centre d'attention.
- L'attention peut être attirée par le bruit de la salle voisine, des objets dans la pièce, les vêtements de l'investigateur, etc.

Inattention Observée Durant le "Mini Mental State" (MMS)

- Le sujet peut présenter une performance médiocre à des tests simples du fonctionnement intellectuel malgré un niveau éducatif et des capacités intellectuelles corrects
- Ceci est évalué en demandant au sujet d'épeler le mot «monde» à l'envers ainsi que de compter de 7 en 7 ou de 3 en 3 pour une série de 5 soustractions.
- EDNOM
- 100, 93, 86, 79, 72
- 100, 97, 94, 91, 88.

CHANGEMENTS COGNITIFS OBSERVÉS - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucune anomalie observée.	Quelques marques d'inattention - pouvant être expliquées par d'autres événements	Légers problèmes de concentration. Observation objective d'un changement de l'attention entre 1 et 3 fois durant l'entretien. Ne comprend pas parfaitement ce que les autres disent ou la tonalité émotionnelle des conversations.	Problèmes de concentration modérés durant l'entretien. Entraîne une légère perturbation du cours de l'entretien.	Attention et concentration médiocres affectant significativement la possibilité de réaliser des tâches. Distractibilité clairement observée qui perturbe le cours de l'entretien.	Sévères difficultés d'attention et de concentration. Extrêmement difficile de mener l'entretien, ou de maintenir un sujet car le sujet s'intéresse à des stimuli sans importance.	Incapacité totale à se concentrer. Impossibilité de mener l'entretien car le sujet s'intéresse à des stimuli sans importance.

3 : PERTURBATION ÉMOTIONNELLE

3.1 EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DE PERTURBATION ÉMOTIONNELLE (SYMPTÔME DE BASE DE HUBER)

Fonctionnement Émotionnel Altéré

NOTE : Voir aussi l'Anhédonie, p.18 ; Dépression, p.29.

- Avez-vous remarqué un quelconque changement dans vos sentiments, ou émotions, par ex. : l'impression de ne pas avoir de sentiment, l'impression que vos émotions sont "vides", ou que vos émotions ne sont pas authentiques ? _____
- Y a-t-il eu un quelconque changement dans la façon dont vous vivez vos émotions ? _____
- Êtes-vous toujours capable d'apprécier des choses, ou d'avoir du plaisir ? _____
- Avez-vous l'impression que lorsque quelque chose de triste vous arrive, vous n'êtes plus capable de ressentir de la tristesse? Ou lorsque quelque chose d'heureux arrive, vous n'êtes plus capable de vous sentir heureux ? _____

Modification de l'Affect

Expressions du visage

- Avez-vous remarqué un quelconque changement dans votre expression faciale ? _____
- Des gens ont-ils fait des commentaires sur vos mimiques en disant qu'elles ne sont pas expressives ou qu'il est difficile de savoir ce que vous pensez ? _____

Contact visuel

- Y a-t-il eu un changement dans vos interactions avec les autres, par ex. : trouvez-vous difficile de regarder les gens lorsque vous leur parlez ? _____
- A-t-on déjà fait des commentaires à ce sujet ? _____

Discours

- Avez-vous remarqué un changement dans la façon dont vous parlez, par ex. : que votre voix devenait monotone ? _____
- Est-ce que des gens vous ont dit que vous aviez un ton monotone ? _____
- Est-ce qu'on semble vous trouver ennuyeux ? _____

Affect inapproprié

- Vous êtes-vous déjà senti différent intérieurement de ce que les autres voient de vous ? _____
- Comme si votre apparence n'était pas en accord avec vos émotions ? Vous arrive-t-il de sourire ou de rire lorsque vous parlez de quelque chose qui est triste ou pas drôle du tout ? _____

EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DE PERTURBATION ÉMOTIONNELLE - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement subjectif des sentiments ou des émotions.		<p>Le sujet rapporte des problèmes légers et sporadiques, mais bien présents, par ex. : incapable d'apprécier les choses autant qu'auparavant.</p> <p>Ressent des impressions d'émoussement des réponses émotionnelles.</p> <p>L'affect est inapproprié mais pas de façon prolongée.</p>	<p>Problèmes subjectivement évalués comme plus fréquents ou continus.</p> <p>Parfois l'impression que les réponses émotionnelles sont émoussées.</p> <p>Sentiment plus envahissant du caractère inapproprié de l'affect mais sur lequel le sujet conserve un certain contrôle.</p>	<p>Le sujet décrit un changement marqué des émotions, par ex. : incapable d'exprimer ou de ressentir les sentiments comme avant.</p> <p>Impression de distance quand il est avec d'autres.</p> <p>Affect inapproprié plus difficile à cacher aux autres.</p>	<p>Le sujet décrit l'impression de ne pas avoir de sentiments ou que ses émotions lui semblent vides ou sans sincérité.</p> <p>Incapacité totale à ressentir de la tristesse.</p> <p>Sévère sentiment de distance avec les autres.</p> <p>Affect inapproprié interfère sur ses relations avec les autres.</p>	<p>Le sujet rapporte un émoussement émotionnel constant,</p> <p align="center">OU</p> <p>Un affect constamment inapproprié.</p>

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

3.2 ÉMOUSSEMENT DE L'AFFECT OBSERVÉ

NOTE : Inclure l'information d'un proche et l'impression de l'évaluateur

- Noter les éléments objectifs de l'émoussement affectif. Par exemple :
diminution de l'expression du visage, réduction de la tonalité émotionnelle
du discours, réduction des gestes et des mouvements expressifs. _____
- L'évaluateur peut également percevoir une diminution de la capacité à
accrocher le sujet. _____

ÉMOUSSEMENT DE L'AFFECT OBSERVÉ - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère, non psychotique	6 Extrême / Psychotique
Pas d'affect anormal observé par l'évaluateur ou par les autres.		Léger degré de diminution de l'affect pouvant être observé.	Diminution observable du champ émotionnel. Évite ou n'arrive pas à montrer ses sentiments. Expression émotionnelle réduite. L'évaluateur ressent une "distance" ou une mauvaise relation.	Degré plus marqué d'émoussement ou de blocage. Nette diminution du sens de la relation observée par l'évaluateur. Peut être décrit ou commenté par des proches.	Manifestations affectives réduites au minimum.	Émoussement affectif flagrant. Aucune expression émotionnelle spontanée observée durant l'entretien. Clairement rapporté par les proches

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

3.3 AFFECT INAPPROPRIÉ OBSERVÉ

NOTE : Inclure à la fois l'information fournie par les proches et les impressions de l'évaluateur

- Coter également l'affect inapproprié franc (affect clairement discordant du contenu du discours ou de l'idée, par ex. : ricane en parlant de quelque chose de triste).

AFFECT INAPPROPRIÉ OBSERVÉ - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucune anomalie observée par l'évaluateur ou par les autres.		Léger affect inapproprié pendant l'entretien ou occasionnellement rapporté par les autres. Le sujet semble capable de contrôle.	Expression d'émotions inappropriées plus intense. Ne domine pas l'entretien. Le sujet semble capable d'un certain contrôle.	Plus souvent rapporté par les autres – perturbant l'entretien.	Affect inapproprié fréquemment rapporté. Interfère avec les relations sociales et le cours de l'entretien.	Affect inapproprié tout au long de l'entretien. Impact majeur sur la possibilité de conduire l'entretien. Rapporté par les autres comme ayant lieu la plupart du temps.

Date de début : **Date de fin :**
(Ne pas coter si l'information provient uniquement de l'évaluateur)

Fréquence et Durée
(Ne pas coter si l'information provient uniquement de l'évaluateur)

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

4 : SYMPTÔMES NÉGATIFS

4.1 ALOGIE

NOTE : Se rapporter également au Changement Cognitif, p.9 ; Discours Désorganisé, p.7.

- Avez-vous remarqué des problèmes pour entamer des conversations, c'est-à-dire, vous est-il difficile de trouver les mots, avez-vous un blocage de la pensée ?
- Est-ce que les réponses du sujet aux questions sont vagues ou transmettent peu d'information. Le sujet met-il du temps pour répondre aux questions, mais, quand on l'y incite, il montre qu'il a entendu la question ?

ALOGIE - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement observé ou rapporté du discours.	Le sujet n'est pas certain de changements récents. Les changements peuvent être attribuables à des facteurs externes mais le sujet n'en est pas sur.	Très légers changements dans la capacité à parler spontanément. Le sujet signale qu'il se sent <i>bloqué</i> dans sa pensée. Difficulté à trouver les mots pour exprimer ses pensées. Non rapporté par les autres.	Difficulté à s'exprimer avec les mots, à trouver les mots, ou périodes plus régulières de blocage de la pensée. Observable par les autres mais ne constitue pas une difficulté constante. Le sujet répond aux incitations.	Pauvreté du discours ou blocage de la pensée plus marqué. N'interfère pas significativement avec le fonctionnement à l'école ou au travail.	Incapable de s'exprimer de façon appropriée ou important blocage de la pensée. Peut présenter des périodes de mutisme dues à ses difficultés à trouver les mots et à s'exprimer mais de façon peu fréquente.	Pauvreté du discours ou blocage de la pensée marquée. Retarde sérieusement le cours de l'entretien. Le sujet peut être mutique par moments. Interfère significativement avec le fonctionnement social, professionnel et/ou éducatif.

Date de début : **Date de fin :**
(Ne pas coter si l'information provient uniquement de l'évaluateur)

Fréquence et Durée
(Ne pas coter si l'information provient uniquement de l'évaluateur)

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

4.2 AVOLITION / APATHIE (Symptômes de Base de Huber)

Expérience Subjective

- Avez-vous eu l'impression de manquer d'énergie, mentalement et physiquement ?
Êtes-vous fatigué ou manquez-vous de motivation ? Êtes-vous prêt à démarrer dès que vous vous levez, au "saut du lit" ? Manque de volonté ? Manque de force physique ? _____
- Jusqu'à quel point est-ce que ceci interfère avec vos activités telles qu'aller à l'école / au travail ou d'autres tâches du quotidien ? Comment passez-vous vos journées ? _____

Avolition / Apathie Observées

NOTE : Voir aussi Comportements Désorganisés / Bizarres / Stigmatisant p.20

- Est-ce que le sujet présente des difficultés à maintenir ses engagements sociaux, éducatifs, ou occupationnels à leur niveau habituel ? _____
- Est-ce que le sujet semble prendre soin de lui / d'elle suffisamment (propreté / hygiène / soins personnels) _____

AVOLITION / APATHIE - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement observé ou rapporté en ce qui concerne l'énergie.	Sujet incertain à propos de changements récents. Les changements peuvent être attribuables à des facteurs externes, mais ce n'est pas certain.	Se sent fatigué, tout est un effort. Peut ne pas débiter autant d'activités qu'auparavant. Encore capable de remplir les tâches quotidiennes. N'interfère pas avec le travail scolaire ou la présence au travail.	Impression d'une baisse de l'énergie ou de la volonté. Absentéisme au travail / école ou difficultés pour effectuer les tâches habituelles aussi bien que d'habitude. Pas tous les jours et non rapporté par les autres.	Réduction plus marquée de l'énergie ou de la motivation. Quelques interférences avec le fonctionnement normal, par ex. : les tâches prennent plus de temps à être exécutées, le sujet ne se donne pas la peine de faire certaines choses. Peut manquer l'école ou le travail quelques fois par semaine ou arrive en retard fréquemment. Peut ne plus être capable de s'occuper de son hygiène personnelle comme d'habitude.	Réduction quotidienne de l'énergie, de la volonté, de la force physique, ou de la motivation. Interfère avec le fonctionnement normal, par ex. : absent de l'école ou du travail la plupart des jours. Passe une partie importante de son temps couché. Net impact sur l'hygiène personnelle.	Incapacité extrême et continue, par ex. : incapable d'effectuer les tâches normales, confiné à la maison, aucune volonté ou envie. Absolument incapable de fréquenter l'école ou le travail du fait du manque de motivation. Impact marqué sur l'hygiène personnelle

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

4.3 ANHÉDONIE

NOTE : Se rapporter également à la Dépression, p.29.

- Êtes-vous capable d'apprécier les activités sociales / le travail / les études autant que d'habitude ? _____
- Avez-vous remarqué une diminution de votre intérêt pour ce que vous appréciez d'habitude ? _____
- Est-ce que cela a interféré avec votre capacité à accomplir vos activités, par ex. : aller à l'école / au travail / participer à des événements ? _____

ANHÉDONIE - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement observé ou rapporté concernant l'affect, le discours, le niveau d'activité ou l'attention.	Quelques légères diminutions de l'intérêt pour des événements mais pouvant être attribuées à des causes externes (par ex. : n'aime pas une matière à l'école).	Quelques légères diminutions de l'intérêt ou du plaisir à participer à des activités. N'interfère pas avec la capacité à accomplir ces activités.	Réduction modérée de l'intérêt ou du plaisir à participer à des activités telles que l'école ou le travail. Pouvant affecter la performance à l'école ou au travail.	Quelques expériences régulières de plaisir ou d'humour mais diminuées en durée et en qualité. Pouvant avoir un impact sur la présence à l'école ou au travail. Les autres sont préoccupés par le retrait et l'isolement du sujet.	A rarement le sentiment d'amusement / d'intérêt procuré par les tâches. Capable d'apprécier certaines choses par moment mais seulement pendant un court moment. Rare fréquentation de l'école ou du travail. Très remarqué par les autres.	Absolument aucun plaisir ou intérêt pour des activités. Manque d'intérêt marqué. Isolé et replié sur lui-même

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

5 : CHANGEMENT COMPORTEMENTAL

Prendre en compte de la même façon le récit subjectif et l'information fournie par le proche

5.1 ISOLEMENT SOCIAL

- Êtes-vous récemment resté à la maison plus que d'habitude ? Est-ce par choix ? _____
Vous êtes-vous senti mal à l'aise avec les autres dernièrement ? _____
- Avez-vous récemment souhaité être seul plus que d'habitude ? Y avait-il une raison ? _____
- Est-ce que les autres l'ont remarqué ? _____
- Avez-vous manqué des événements sociaux importants, l'école ou le travail à cause de cela ? _____

Questions pour les proches :

- Êtes-ce que le sujet est resté à la maison, parfois seul dans sa chambre, plus souvent que par le passé ? Si c'est le cas, en connaissez vous la raison ? _____
- A-t-il manqué des événements sociaux / du travail / de l'école à cause de cela ? _____
Est-ce qu'il semble actuellement vouloir passer son temps seul (plus que d'habitude) ? _____

ISOLEMENT SOCIAL - COTATION DE LA SÉVÈREté

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement du niveau d'activité sociale.		Le sujet sent qu'il ne souhaite pas remplir toutes ses fonctions sociales. Voudrait être seul mais capable de se motiver.	S'isole par moments mais pas de façon marquée. Capable de remplir les principales fonctions impliquant des interactions avec les autres. Peut manquer quelques activités sociales	Intolérance à être avec d'autres pour de longues périodes de temps. Retrait social commenté par les autres. Peut manquer l'école ou le travail 2-3 jours par semaine parce qu'il veut être seul.	Manque la plupart des jours d'école ou de travail, en passant seul la majeure partie de la journée.	Isolé des autres pendant des périodes prolongées (c'est-à-dire des jours).

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

5.2 ALTÉRATION DU COMPORTEMENT

NOTE : Voir aussi Dépression, p.29.

- Avez-vous été capable récemment d'aller à l'école / au travail comme d'habitude ? _____
- Est-ce que votre performance scolaire ou professionnelle a décliné récemment ? _____
- Avez-vous eu moins d'intérêt pour votre travail ou l'école récemment ? _____
Est-ce que d'autres personnes ont fait des commentaires à ce sujet ? Y a-t-il une raison pour cela ? (Poser la question de façon appropriée, par ex. la modifier pour les personnes en recherche d'emploi, etc.) _____

Questions pour les proches :

- Avez-vous remarqué un changement dans l'assiduité à l'école ou au travail récemment ? _____
- Est-ce que le sujet semble capable d'accomplir des tâches habituelles aussi bien qu'auparavant ? _____

ALTÉRATION DU COMPORTEMENT - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement récent de comportement.		Le sujet rapporte une légère altération de sa performance aux activités habituelles. Non remarqué par les proches.	Tâches habituelles réalisées avec moins de soin qu'à l'habitude. Manque occasionnellement une journée de travail ou d'école. Noté comme léger par les proches	Passe environ la moitié du temps requis à la réalisation des tâches quotidiennes habituelles. Baisse de la qualité lors de la réalisation des tâches. Remarqué par les autres.	Altération marquée du fonctionnement. Passe environ la moitié de la journée à des activités sans but.	Le sujet n'assure plus aucune fonction.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

5.3 COMPORTEMENTS DÉSORGANISÉS, BIZARRES, STIGMATISANT

NOTE : Voir aussi Avolition, p.16 ; TOC, p.33 ; Isolement Social, p.18.

- Y a t-il récemment quelque chose dans votre style de vie que les autres pourraient qualifier d'inhabituel ou de bizarre ? (Tenter d'évaluer avec sensibilité des comportements particuliers tels qu'amasser, se parler, faire des mouvements bizarres, etc.) _____
- Avez-vous été capable de prendre soin de vous aussi bien qu'à l'habitude (se laver, manger, etc.) ? Est-ce que cela a été remarqué par d'autres ? _____

Questions pour les proches :

- Avez-vous remarqué que le sujet se comporte d'une manière bizarre récemment ? _____
- Avez-vous senti qu'il y a quelque chose d'étrange à propos de son comportement ? Est-ce que cela a été commenté par d'autres ? _____
- Avez-vous remarqué qu'il amassait des choses, se parlait, se mouvait d'une façon bizarre, etc. ? _____

COMPORTEMENTS DÉSORGANISÉS, BIZARRES, STIGMATISANT - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement du comportement noté par le sujet, les proches ou pendant l'entretien.		Une certaine diminution des soins personnels ou un isolement social mais pas de façon marquée. Le sujet est capable de se motiver pour rectifier ce changement. Comportement légèrement étrange qui normalement n'attirerait pas l'attention des autres ou qui est réalisé en privé.	Peut nécessiter d'être poussé par les autres pour maintenir des engagements sociaux, ses occupations ou ses soins personnels. Capable d'être incité. Comportement bizarre occasionnel qui est repéré par les autres (par ex. : rigoler tout seul).	Comportement légèrement excentrique - facilement repéré par les autres, par ex. : se parler, amasser. Pas permanent.	Comportement clairement bizarre qui attire l'attention des autres. Occasionnant parfois des interventions de la part des autres.	Ne prend pas soin de lui / d'elle. Les comportements excentriques dominent le tableau clinique. Peut donner lieu à des interventions de la part des autres. Les comportements bizarres peuvent avoir un impact négatif sur la santé physique. Isolement social extrême.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

5.4 COMPORTEMENT AGRESSIF / DANGEREUX

- Vous êtes-vous senti fâché ou irritable récemment ? Y a-t-il une raison à cela ? Vous êtes-vous senti plus irrité que d'habitude par des petites choses ? Avez-vous récemment été impliqué dans plus de disputes avec les autres que d'habitude ? Avez-vous récemment pris davantage de risques (par ex. : en conduisant) que d'habitude ? Est-ce que les autres vous font remarquer que votre comportement devient risqué ou dangereux ? Avez-vous eu l'envie de frapper des personnes ou des objets récemment (plus que d'habitude) ? _____
- Avez-vous été si en colère contre quelqu'un que vous avez eu envie de le blesser ou de détruire ses biens ? Avez-vous mis vos pensées en acte ? _____

Questions pour les proches :

- Est-ce que le sujet a agi de manière agressive ou dangereuse récemment ? Y a-t-il eu de récents épisodes d'explosion de colère ou de confrontation physique ? Est-ce la façon dont le sujet se comporte normalement ? Est-ce que les autres vous remarquent une augmentation de l'intensité de sa colère, ou de son irritabilité ? Récemment, vous êtes-vous senti en sécurité avec le sujet (par ex. : en conduisant ou à d'autres moments) ? _____

COMPORTEMENT AGRESSIF / DANGEREUX - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun comportement agressif ou dangereux rapporté par le sujet ou par les autres.		Légère irritabilité mais non associée à une montée du comportement agressif. Peut être attribuée à des événements par le sujet.	Augmentation plus marquée de l'irritabilité / colère envers soi ou les autres. Peut être exprimé verbalement ou physiquement mais de manière contenue (par ex. : coup de poing dans l'oreiller, etc.). Peut être noté seulement par le sujet.	Augmentation marquée de l'irritabilité envers les autres exprimée par une augmentation de la propension aux confrontations verbales avec menaces d'agression physique. Noté par les autres et le sujet.	Comportement agressif entraînant des dommages aux biens ou causant des blessures aux autres. Le sujet rapporte un certain niveau de contrôle sur sa colère.	Dangerosité, colère associées à un très haut niveau de destruction, pouvant donner lieu à d'importants préjudices physiques ou matériels. Domine le tableau clinique. Peut attirer l'attention de la police etc.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

6 : CHANGEMENT PHYSIQUES / MOTEURS

6.1 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DU FONCTIONNEMENT MOTEUR (SYMPTÔME DE BASE DE HUBER)

Mouvements Désorganisés :

- Avez-vous remarqué des changements dans la façon dont vous bougez, par ex. :
maladresse, manque de coordination, difficulté à organiser vos activités ou vos
mouvements, perte des mouvements spontanés ? _____
- Avez-vous remarqué si votre capacité à faire certains mouvements est perturbée par
autre chose ? _____
- Est-ce que cela vous demande plus d'effort ou d'énergie pour faire certains
mouvements ? _____

Maniérismes, Attitude :

- Avez-vous développé de nouveaux mouvements ou de nouvelles attitudes (par ex. :
des tics, une façon particulière de faire les choses, imiter les autres ou prendre
certaines poses) ? Pouvez-vous l'expliquer ? _____

CHANGEMENT MOTEUR SUBJECTIF - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun mouvement anormal ou difficulté somatique rapportée par le sujet.		Légers changements seulement. Se sent plus maladroit, manque davantage de coordination que d'habitude, se sent légèrement ralenti. Grimace occasionnellement, allure légèrement inhabituelle.	Mêmes expériences que celles notées en 2 mais, le sujet a l'impression que le changement est plus perceptible. Rapporte pouvoir contrôler ces changements	Changements tels que perte de coordination. Mouvements perturbés par certaines choses. Allure différente, nouvelles attitudes, tics, maniérisme. Perte de certaines habiletés antérieures.	Mêmes expériences que celles notées en 4 mais plus angoissantes. Peut inclure des épisodes de mutisme, des attitudes bizarres, peut copier les mouvements des autres (échoïmie).	Mouvements idiosyncrasiques ou clairement déformés, qui dominent le tableau clinique. Maniérisme flagrant, attitudes bizarres. Muet ou quasi muet avec seulement de très occasionnels mouvements spontanés

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

6.2 ALTÉRATION DU FONCTIONNEMENT MOTEUR OBSERVÉ OU RAPPORTÉ PAR LES PROCHES

Mouvements Désorganisés :

- Avez-vous remarqué des changements dans la façon dont le sujet bouge, par ex. : maladresse, manque de coordination, difficulté à organiser vos activités ou vos mouvements, perte des mouvements spontanés ?
- Avez-vous remarqué si sa capacité à faire certains mouvements est perturbée par autre chose ?
- Est-ce que cela lui demande plus d'effort ou d'énergie pour faire certains mouvements ?

Maniérismes, Attitude :

- A-t-il développé de nouveaux mouvements ou de nouvelles attitudes (par ex. : des tics, une façon particulière de faire les choses, imiter les autres ou prendre certaines poses) ? Peut-on l'expliquer ?

CHANGEMENT MOTEUR SUBJECTIF - COTATION DE LA SÉVÈREté

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun mouvement anormal ou difficulté somatique rapportée par les proches.		Les proches rapportent de légers changements tels que plus maladroit, manque davantage de coordination qu'à l'habitude ou allure légèrement inhabituelle.	Mêmes expériences que celles notées en 2 mais plus marquées. Le sujet semble avoir un certain contrôle.	Les proches rapportent que le sujet a des difficultés à faire des tâches habituelles, par ex. : conduire. Le sujet a aussi développé de nouveaux mouvements, par ex. : démarche, nouvelles attitudes, maniérismes. Une échomimie peut aussi être rapportée	Épisodes de mutisme et des attitudes bizarres sont rapportés. Non continu -. le sujet est capable de s'arrêter avec de l'aide et en faisant des efforts.	Mouvements idiosyncrasiques ou clairement déformés, qui dominent le tableau clinique. Maniérisme flagrant, attitudes bizarres. Muet ou quasi muet avec seulement de très occasionnels mouvements spontanés

6.3 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS CORPORELLES (SYMPTÔME DE BASE DE HUBER)

NOTE : Se rapporter également aux Anomalies de la Perception, p.4.

- Les sujets disent qu'il y a quelque chose qui ne va pas avec leurs sensations corporelles. _____
- Ceci inclut les sensations désagréables mais qualitativement normales, par ex. : sensations de traction, de douleur, de démangeaison ou de brûlure. _____
- d'engourdissement, ou des sensations qualitativement anormales, inhabituelles, ou bizarres pouvant être décrites comme des sensations de "bruissement" dans les yeux, des vibrations ou des sensations de reptation. _____
- Vous arrive-t-il d'éprouver des sensations étranges dans votre corps (par ex. : sentir que des parties de votre corps ont changé d'une quelconque façon, ou qu'elles fonctionnent différemment) ? _____
- Est-ce que vous pensez/sentez qu'il y a un problème avec une partie de votre corps ou avec votre corps tout entier, c'est-à-dire qu'il vous paraît différent des autres, ou qu'il est différent d'une certaine façon ? A quel point cela vous apparaît-il réel ? _____

PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS CORPORELLES - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Le sujet n'a remarqué aucun changement dans ses sensations corporelles.		Le sujet remarque occasionnellement de légères différences dans ses sensations corporelles. Non continuels, capable de les ignorer.	Changements plus intenses dans les sensations corporelles rapportées. Moins capable de les ignorer.	Sensations corporelles bizarres occasionnelles. Le sujet est incertain de cette expérience.	Le sujet rapporte plus de sensations bizarres ou inhabituelles. Très perturbant.	Le sujet rapporte des sensations corporelles extrêmement bizarres et inhabituelles. Peut être angoissant

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

6.4 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS VEGETATIVES
(SYMPTÔME DE BASE DE HUBER)

Les sujets peuvent se plaindre que quelque chose ne va pas avec un, ou plusieurs éléments de leur système végétatif tel que :

- Sensation que le cœur bat trop vite ou trop lentement, de respirer trop rapidement, ou trop profondément,
- Nausées,
- Sensibilité accrue aux conditions météo
- Devoir uriner plus souvent, constipation,
- Sommeil perturbé, etc.

PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS VEGETATIVES -
COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Rien n'est rapporté.		Le sujet rapporte des changements occasionnels de son système végétatif, par ex. : des sensations fugaces de panique. Pas de réel impact sur ses activités.	Perception de changements plus persistants, par ex : sommeil perturbé pendant quelques nuits. Légère interférence avec ses activités habituelles.	De nombreux changements peuvent être expérimentés simultanément. Interférence modérée avec les activités habituelles	Les perturbations du système végétatif sont angoissantes. Entraîne plus de bouleversements des activités habituelles	Le sujet rapporte des perturbations intenses et permanentes du système végétatif Très angoissant.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7 : PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

7.1 MANIE

NOTE : Se rapporter également au Comportement Agressif / Dangereux p.22.

- Décriez-vous votre humeur comme "élevée", ou "très élevée" récemment ? _____

- Vous êtes-vous senti(e) excessivement joyeux(se) et avec plus d'énergie que d'habitude ? Pendant combien de temps cette sensation a-t-elle duré ? _____

- Avez-vous ressenti une perte de contrôle à ces moments ? _____

- Est-ce que cette sensation est survenue en réponse à la consommation d'une substance, ou après un événement, par ex. : fin des examens, nouveau / nouvelle petit(e) ami(e) etc. ? _____

- Avez-vous été capable de rester éveillé(e) plus longtemps que d'habitude en poursuivant vos activités ? _____

- Dormez-vous moins que d'habitude ? _____

- Avez-vous constaté que vous dépensez plus d'argent que d'habitude ou que vous vous comportez différemment que d'habitude (par ex. : plus grand désir sexuel, prise de risque, comportement téméraire, etc.) ? _____

- Avez-vous constaté, ou, est-ce que d'autres vous ont dit que vous parliez plus rapidement que d'habitude ? _____

- Les gens font-ils des commentaires sur votre humeur ou votre énergie, disant que vous semblez plus énergique que d'habitude ou excité ? _____

- Vous êtes-vous récemment senti(e) plus irritable que d'habitude ? Y a-t-il une raison pour cela ? _____

- Vous êtes-vous senti(e) plus en forme récemment ? _____

- Avez-vous eu l'impression d'être génial(e) dans certains domaines ou d'avoir des pouvoirs spéciaux ou des compétences particulières ? _____

MANIE - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<p>Aucune élévation de l'humeur observée ou rapportée.</p> <p>Aucun changement dans l'opinion de soi-même ou dans l'énergie.</p>		<p>Joyeux sans trop de raison.</p> <p>Innombrables sentiments de bien-être qui persistent ou légère labilité de l'humeur</p> <p>Fait preuve d'une assurance importante (sans raison valable) mais encore dans des limites normales.</p> <p>OU</p> <p>Légère irritabilité</p>	<p>Rapporte d'excessifs sentiments de bien-être, ou de joie sans raison sous-jacente.</p> <p>Quelques fois inapproprié aux circonstances.</p> <p>Niveau d'excitation plus marqué.</p> <p>Sentiment d'importance de soi plus prononcé.</p> <p>Idées surestimées non délirantes</p> <p>OU</p> <p>Modérément irritable.</p>	<p>Sentiments d'optimisme, de joie ou d'élévation de l'humeur plus persistants.</p> <p>Humeur capable d'être changée seulement avec difficulté.</p> <p>Sujet conscient de la nature inappropriée de ses sentiments.</p> <p>Le comportement peut refléter l'élévation de l'humeur.</p> <p>Véritables idées de grandeur ou certitude en des pouvoirs spéciaux mais pas tout le temps.</p> <p>Irritabilité plus marquée flagrante ou rapportée par les autres.</p>	<p>Humeur élevée et inappropriée la plupart du temps.</p> <p>Quelques certitudes délirantes à propos de ses propres pouvoirs / habiletés.</p> <p>Très distractible / associations relâchées.</p> <p>Entretien difficile.</p>	<p>Le sujet rapporte se sentir exalté, euphorique, augmentation marquée de l'énergie, agitation.</p> <p>Le comportement peut être destructeur : dépenses, activités sexuelles excessives, etc.</p> <p>Croyances délirantes de grandeur, de pouvoir.</p> <p>Facilement distractible, entretien très difficile.</p> <p>Le sujet est manifestement irritable.</p>

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7.2 DÉPRESSION

NOTE : Se rapporter également à Avolition, p.17, Anhédonie p.18, Comportement p.20, Suicide p.31.

- Comment décririez-vous votre humeur ces derniers jours ?

- Vous êtes-vous senti triste ou à plat ? Est-ce que vous vous sentez souvent ainsi ?

- Sur une échelle de 0 à 10, à combien serait votre humeur moyenne ? Votre humeur la plus basse ?

- Avez-vous été capable d'apprécier des activités ou de vous sentir bien avec vous-même ?

- Comment vous sentez-vous par rapport au futur (évaluer impuissance / désespoir) ?

- Est-ce que votre intérêt pour les activités / événements a été plus faible que d'habitude ?

- Avez-vous été capable de mener à bien des tâches que vous aviez entreprises (évaluer la motivation) ?

- Comment est votre sommeil récemment (évaluer le changement du cycle de sommeil, l'insomnie) ?

- Comment est votre appétit récemment? Avez-vous perdu du poids ?

- Est-ce que des événements ayant eu lieu récemment pourraient être responsables de ces sentiments (décès / problèmes relationnels / emploi / école) ?

DÉPRESSION - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<p>Aucune humeur dépressive rapportée.</p> <p>Aucun signe physique de dépression.</p>		<p>Quelques sentiments de tristesse.</p> <p>Ne domine pas le tableau clinique.</p> <p>Capable de se distraire de ses pensées dépressives.</p> <p>Les thèmes dépressifs ne sont pas abordés spontanément.</p>	<p>Baisse de l'humeur plus apparente et plus soutenue.</p> <p>Plus difficile de changer d'humeur.</p> <p>La baisse de l'humeur peut avoir de l'impact sur le niveau de motivation, mais n'interfère pas avec le fonctionnement.</p> <p>Peut verser quelques larmes ou montrer de la tristesse lors de l'entretien.</p>	<p>Signes forts en faveur d'une baisse de l'humeur.</p> <p>Baisse de la capacité à réagir aux événements agréables.</p> <p>Accès de larmes plus réguliers.</p>	<p>Dépression sévère - incapable de changer d'humeur</p> <p>Aucune évidence d'une composante délirante.</p> <p>Idées de suicide mais pas de passage à l'acte.</p> <p>Changements biologiques compatibles avec une baisse de l'humeur (troubles du sommeil, de l'appétit).</p> <p>Très peu d'énergie.</p>	<p>Se sent abject, misérable.</p> <p>Composante délirante de l'humeur, par ex., nihiliste.</p> <p>Intentions suicidaires plus marquées et comportements associés</p>

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7.3 INTENTION SUICIDAIRE ET AUTOMUTILATION

- Avez-vous eu récemment l'intention de vous faire du mal ou de vous tuer ? Combien de fois avez-vous eu ces pensées ? _____
- Avez-vous pensé à ce que vous feriez pour cela ? _____
- Êtes-vous déjà passé à l'acte ? Que s'est-il passé ? Avez-vous mis certaines de ces idées en acte ? _____
- Pensez-vous réellement que vous risquiez de mourir ? _____

INTENTION SUICIDAIRE - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Non présent.		<p>Pensées occasionnelles d'être fatigué de vivre.</p> <p>Pensées occasionnelles d'automutilation.</p> <p>Aucune idée ou plan de suicide.</p>	<p>Sentiment que ce serait mieux d'être mort.</p> <p>Idées suicidaires avec plan vague.</p> <p>Capable d'être distrait de ses pensées avec un certain effort.</p> <p>OU</p> <p>Actes mineurs d'automutilations (légères égratignures, etc.)</p>	<p>Idées suicidaires plus fréquentes avec plan associé.</p> <p>Peut envisager une tentative avec un plan défini.</p> <p>OU</p> <p>Tentatives impulsives utilisant une méthode non - létale ou en sachant pouvoir être sauvé.</p>	<p>Expression claire d'une volonté de mourir (de se tuer).</p> <p>OU</p> <p>Tentative potentiellement sérieuse ou mortelle mais il existait une possibilité d'être sauvé.</p>	<p>Plan et tentative spécifique-ment définis.</p> <p>OU</p> <p>Tentative sérieuse qui aurait pu être fatale.</p>

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7.4 SAUTES D'HUMEUR / LABILITÉ DE L'HUMEUR

- Avez-vous eu des sautes d'humeur récemment ? _____
- Avez-vous senti que votre humeur variait de haut en bas sans raison apparente ? _____
- Vous sentez-vous joyeux un moment puis triste (ou irritable) la minute suivante, sans pouvoir l'expliquer ? _____
- A quelle fréquence cela se produit-il ? _____
- Est-ce que cela survient en réponse à une prise de drogue ou à certains événements ? Est-ce que les autres ont fait des commentaires à ce sujet ? _____
- Combien de fois est-ce arrivé ? _____

SAUTES D'HUMEUR - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Pas de sautes d'humeur rapportées ou constatées.		Le sujet rapporte ressentir des changements d'humeur plus facilement que d'habitude. Changements plus marqués en réponse à des événements externes. Non remarqué / rapporté par les autres.	Le sujet rapporte des changements d'humeur plus extrêmes. Sentiment que l'humeur est quelquefois hors contrôle.	Expériences de sautes d'humeur plus envahissantes. Notées par les autres. Pénibles. Interfèrent avec les activités normales.	Sautes d'humeur expérimentées presque tous les jours. Interférence significative avec les activités normales.	Le sujet rapporte que l'humeur change constamment et est complètement hors contrôle. Incapable de maintenir un niveau d'activité normal.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7.5 ANXIÉTÉ

- Vous êtes-vous senti nerveux ou anxieux récemment ? Y a-t-il une raison pour cela ? Combien de fois vous êtes-vous senti ainsi ? _____
- Pendant combien de temps ce sentiment a-t-il duré ? _____
- Avez-vous eu des moments de panique dernièrement ? _____
- Avez-vous eu des moments où votre souffle était coupé, le cœur battant rapidement, les mains humides, un picotement des doigts, etc. sans raison apparente ? _____
- Avez-vous une phobie / avez-vous peur des chiens, des araignées, des endroits clos, de la foule, etc.? _____
- Vous êtes-vous senti nerveux en présence des autres récemment (différencier l'anxiété sociale de la méfiance) ? _____

ANXIÉTÉ - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun signe d'anxiété, aucune anxiété rapportée.		Préoccupations mineures. Capable de s'en distraire, d'oublier. OU Légers signes physiques d'anxiété.	Préoccupations modérées mais le niveau de l'anxiété reste dans une gamme appropriée à l'événement. OU Symptômes physiques modérés d'anxiété.	Niveau d'anxiété interférant légèrement avec les activités normales. Quelques préoccupations sur le déclenchement possible d'une crise OU Signes physiques plus marqués.	Préoccupations plus marquées avec de la peur, un sentiment de crainte. OU Symptômes physiques d'anxiété et d'angoisse. Envahissant.	Niveau d'anxiété invalidant, sentiment de panique, terrifié.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7.6 TOC

- Avez-vous eu des pensées intrusives ou angoissantes qui tournent dans votre tête ou qui reviennent sans cesse dans votre esprit et que vous ne pouvez pas arrêter ? _____
- Avez-vous certains comportements répétitifs que vous vous sentez obligé de faire ? _____
- Est-ce qu'il y a des choses que vous faites pour éviter aux "mauvaises choses" d'arriver (rituels, superstitions, etc.) ? _____
- Est-ce que vous devez faire les choses d'une certaine façon, sinon vous vous sentez extrêmement anxieux ? _____
- Est-ce que vous vérifiez des choses de façon répétitive, comme fermer la lumière, vérifier les appareils électriques ou à gaz, vérifier que la porte soit bien fermée, etc. ? _____

TOC - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<p>Aucune pensée obsessionnelle ou rumination.</p> <p>Aucun comportement compulsif.</p>		<p>Quelques ruminations ou compulsions rapportées mais n'interférant pas avec les activités normales.</p> <p>Peu de temps passé</p> <p>Capable d'en être distrait.</p>	<p>Quelques comportements compulsifs en réponse aux pensées obsessionnelles mais le sujet est capable de les contrôler.</p> <p>OU</p> <p>Les compulsions ne gênent pas les autres activités.</p>	<p>Pensées obsessionnelles qui déconcentrent le sujet.</p> <p>Interfèrent avec la capacité à accomplir le travail / les études</p> <p>OU</p> <p>Les compulsions ne sont pas restreintes à la maison ou à l'environnement privé.</p>	<p>Pensées ou compulsions obsessionnelles très pénibles.</p> <p>OU</p> <p>Compulsions presque constamment remarquées par les autres.</p>	<p>Pensées obsessionnelles de nature quasi-déirante.</p> <p>OU</p> <p>Compulsions qui interfèrent avec les autres activités ou menacent la santé physique (c'est-à-dire amasser des ordures, nettoyage excessif du corps).</p>

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7.7 SYMPTÔMES DISSOCIATIFS

Dépersonnalisation :

Avez-vous déjà eu l'impression d'être irréel, comme si vous étiez à l'extérieur de votre propre corps ?

Ou qu'une partie de votre corps ne vous appartenait pas ?

Déréalisation :

Note : voir aussi Idées Nihilistes, p.2.

Avez-vous déjà eu l'impression que les choses autour de vous étaient irréelles ?

Problèmes de dissociation de la mémoire :

Note : voir aussi Changements Cognitifs, p.8

Vous êtes-vous retrouvé loin de vos déplacements habituels sans vous rappeler comment vous vous étiez retrouvé là-bas ?

Étiez-vous stressé à ce moment là ?

SYMPTÔMES DISSOCIATIFS - COTATION DE LA SÉVÈREté

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Pas de sentiment de dépersonnalisation / dissociation		Légers sentiments de dépersonnalisation / déréalisation. Pas gênant, ni angoissant.	Expériences dissociatives plus marquées. Quelques préoccupations exprimées par le sujet mais pas de façon marquée.	Expériences dissociatives associées avec un accroissement des préoccupations. Angoisse à propos de ces expériences.	Détresse due aux expériences dissociatives. Interfère d'une certaine façon avec les activités habituelles (c'est-à-dire doit quitter le travail / l'école / l'événement social).	Sentiments de dépersonnalisation / de déréalisation extrêmement angoissant. Sentiment d'une extrême distance d'avec les autres. Périodes où le sujet est incapable de décrire ce qu'il était en train de faire, où il était, etc.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7.8 DIMINUTION DE LA TOLÉRANCE AU STRESS HABITUEL
(SYMPTÔME DE BASE DE HUBER)

- Avez-vous remarqué un changement dans la façon dont vous gérez le stress quotidien ? _____
- Vous êtes-vous senti moins capable de gérer ou de moins bien tolérer le stress quotidien qu'auparavant ? _____
- Lorsque vous êtes soumis aux stress du quotidien, êtes-vous devenu plus irritable, inquiet, tendu, nerveux ou anxieux ? _____
- Avez-vous trouvé que des stress ordinaires augmentent les autres difficultés que vous ressentez ? _____

DIMINUTION DE LA TOLÉRANCE AU STRESS - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucune baisse subjective de la tolérance au stress normal.		Rares ou légers sentiments de ne pas gérer aussi bien qu'auparavant.	Se sent légèrement stressé face aux situations qui seraient normalement gérées facilement. Légère anxiété face au stress quotidien mais encore capable de le gérer.	Sentiments plus marqués de grande anxiété ou de tension face au stress quotidien mais capable d'assumer les tâches quotidiennes. Se sent incapable de gérer des situations plus stressantes. Peut se sentir anxieux sans raison mais peu fréquemment.	Sentiments de grande anxiété ou de tension face au stress quotidien. Quelquefois anxieux sans aucune raison.	Extrême incapacité, même pour des événements banaux ou des préoccupations mineures aboutissant au sentiment d'être dépassé et paniqué. Très anxieux tout le temps, même sans raison apparente. Incapable de s'adapter à des situations nouvelles.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

8 : CRITÈRES D'INCLUSION

CHECKLIST DES CRITÈRES D'INCLUSION

GROUPE 1 : GROUPE DE VULNÉRABILITÉ

Ce critère identifie des jeunes sujets à risque de psychose à cause de l'association d'un facteur de risque "trait" et d'une détérioration significative de l'état mental ou du fonctionnement.

	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> Histoire familiale de psychose chez des parents du premier degré OU Personnalité Schizotypique du sujet 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
<ul style="list-style-type: none"> Chute de plus de 30 % du score de la SOFAS par rapport au niveau pré morbide, avérée pendant un mois qui s'est produite durant les 12 derniers mois OU un score de la SOFAS inférieur ou égal à 50 pendant au moins les 12 derniers mois 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRITÈRE POUR LE GROUPE 1 - Groupe de Vulnérabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GROUPE 2 : GROUPE PSYCHOSE ATTÉNUÉE

Ce critère identifie des jeunes sujets à risque de psychose à cause d'un syndrome psychotique infraliminaire. C'est à dire qu'ils présentent des symptômes qui n'atteignent pas le seuil fixé pour la psychose à cause d'une intensité inférieure au seuil (les symptômes ne sont pas assez sévères) ou ils présentent des symptômes psychotiques mais avec une fréquence inférieure au seuil (les symptômes ne se manifestent pas assez souvent).

	OUI	NON
2a) Intensité infraliminaire		
<ul style="list-style-type: none"> Score de la sévérité de 3-5 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 3-5 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 3-4 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 4-5 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
<ul style="list-style-type: none"> Score de la fréquence de 3-6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ pendant au moins 1 semaine OU Score de la fréquence de 2 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ pendant plus de 2 occasions (éprouvées au moins 4 fois en tout). 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b) Fréquence infraliminaire		
<ul style="list-style-type: none"> Score de la sévérité de 6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 6 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 5-6 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 6 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
<ul style="list-style-type: none"> Score de la fréquence de 3 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS (pour les 2 catégories)		
<ul style="list-style-type: none"> Symptômes présents pendant l'année précédente 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS (pour les 2 catégories)		
<ul style="list-style-type: none"> Chute de plus de 30 % du score de la SOFAS par rapport au niveau pré morbide, avérée pendant un mois qui s'est produite durant les 12 derniers mois OU un score de la SOFAS inférieur ou égal à 50 pendant au moins les 12 derniers mois 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRITÈRE POUR LE GROUPE 2 - Groupe de Psychose Atténuée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GROUPE 3 : GROUPE BLIPS

(Brief, Limited or Intermittent Psychotic Symptoms / Symptômes Psychotiques Brefs, Limités ou Intermittents)

Ce critère identifie des jeunes sujets à risque de psychose à cause d'une histoire récente de symptômes psychotiques francs qui ont disparu spontanément (sans médicaments antipsychotiques) en moins d'une semaine.

	OUI	NON
• Score de la sévérité de 6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 6 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 5-6 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 6 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
• Score de la fréquence de 4-6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
• Chaque épisode symptomatique est présent pendant moins d'une semaine et les symptômes disparaissent spontanément à chaque fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
• Symptômes présents pendant l'année précédente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
• Chute de plus de 30 % du score de la SOFAS par rapport au niveau prémorbide, avérée pendant un mois qui s'est produite durant les 12 derniers mois OU un score de la SOFAS inférieur ou égal à 50 pendant au moins les 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRITÈRE POUR LE GROUPE 3 - Groupe BLIPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 : SEUIL DE PSYCHOSE / SEUIL DE TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE

	OUI	NON
• Score de la sévérité de 6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 6 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 5-6 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 6 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
• Score de la fréquence de 4-6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
• Les symptômes sont présents pendant plus d'une semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRITÈRE POUR LE SEUIL DE PSYCHOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 : SEUIL DE RETRAIT DE L'ÉTUDE (LEVÉE DE L'AVEUGLE)

	OUI	NON
• Score de la sévérité de 5 ou plus pour les COMPORTEMENT AGRESSIF / DANGEREUX ou INTENTION SUICIDAIRE ET AUTOMUTILATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• NOTE : Ceci doit être considéré indépendamment du degré de psychose		
CRITÈRE DE RETRAIT DE L'ÉTUDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 2 : SOFAS

ECHELLE D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL (SOFAS)

Évaluer le fonctionnement social et professionnel sur un continuum allant d'un fonctionnement excellent à un fonctionnement altéré de façon massive. Inclure les altérations du fonctionnement dues à des causes physiques au même titre que celles dues à des causes psychiques. Pour être prise en compte, l'altération doit être la cause directe de problèmes de santé mentale et physique. Ne pas tenir compte des conséquences d'un manque d'occasions ou d'autres facteurs limitants d'ordre environnemental.

NOTE (NB : Utiliser des notes intermédiaires lorsque cela est justifié, par exemple 45, 68, 72)

100	Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités
91	
90	Fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, professionnellement et socialement efficace
81	
80	Légère altération du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p.ex., conflit interpersonnel occasionnel, retard temporaire dans le travail scolaire).
71	
70	Quelques difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.
61	
60	Difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p.ex., peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).
51	
50	Altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p.ex., absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
41	
40	Altération majeure du fonctionnement dans plusieurs domaines comme le travail, l'école ou les relations familiales (p.ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille, et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).
31	
30	Incapacité à fonctionner dans presque tous les domaines (p.ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
21	
20	Incapacité intermittente à maintenir une hygiène corporelle minimum. Incapable de fonctionner de façon autonome.
11	
10	Incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum. Incapable de fonctionner sans se faire du mal ou faire du mal à autrui ou en l'absence d'une assistance par des tiers importante (p.ex., nursing et surveillance).
1	
0	Information inadéquate

Score ACTUEL: | _ | _ | _ |

STRUCTURED INTERVIEW FOR
PSYCHOSIS-RISK SYNDROMES
ENGLISH LANGUAGE

Thomas H. McGlashan, M.D.
Barbara C. Walsh, Ph.D.
Scott W. Woods, M.D.

***PRIME Research Clinic
Yale School of Medicine
New Haven, Connecticut
USA***

Contri

CONTRIBUTORS

Jean Addington, PhD, Kristin Cadenhead, MD, Tyrone Cannon, PhD,
Barbara Cornblatt, PhD, Larry Davidson, PhD,
Robert Heinssen, PhD, Ralph Hoffman, MD, TK Larsen, MD,
Tandy Miller, PhD, Diane Perkins, MD, Larry Seidman, PhD,
Joanna Rosen, PsyD, Ming Tsuang, MD, PhD, Elaine Walker, PhD

Copyright ©2001 Thomas H. McGlashan, M.D.

January 1, 2010
Version 5.0

Patient I.D.: _____ Date: _____

Interviewer: _____ Rater: _____ Other Raters Present: _____

Table of Contents

<u>SIPS OVERVIEW</u>	Page 1
<u>INSTRUCTIONS FOR USING THE RATING SCALES</u>	Page 3
<u>SUBJECT OVERVIEW</u>	Page 4
<u>FAMILY HISTORY OF MENTAL ILLNESS</u>	Page 6
<u>P. POSITIVE SYMPTOMS</u>	Page 7
P.1 Unusual Thought Content/Delusional Ideas.....	Page 7
P.2 Suspiciousness/Persecutory Ideas.....	Page 11
P.3 Grandiose Ideas.....	Page 13
P.4 Perceptual Abnormalities/Hallucinations.....	Page 15
P.5 Disorganized Communication.....	Page 18
<u>N. NEGATIVE SYMPTOMS</u>	Page 20
N.1 Social Anhedonia.....	Page 20
N.2 Avolition.....	Page 22
N.3 Expression of Emotion.....	Page 23
N.4 Experience of Emotions and Self.....	Page 24
N.5 Ideational Richness.....	Page 25
N.6 Occupational Functioning.....	Page 27
<u>D. DISORGANIZATION SYMPTOMS</u>	Page 29
D.1 Odd Behavior of Appearance.....	Page 29
D.2 Bizarre Thinking.....	Page 30
D.3 Trouble with Focus and Attention.....	Page 31
D.4 Impairment in Personal Hygiene.....	Page 32
<u>G. GENERAL SYMPTOMS</u>	Page 33
G.1 Sleep Disturbance.....	Page 33
G.2 Dysphoric Mood.....	Page 34
G.3 Motor Disturbances.....	Page 36
G.4 Impaired Tolerance to Normal Stress.....	Page 37
<u>GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING: A MODIFIED SCALE</u>	Page 38
<u>SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER CRITERIA</u>	Page 41
<u>SUMMARY OF SIPS DATA</u>	Page 42
<u>SUMMARY OF SIPS SYNDROME CRITERIA</u>	Page 43

STRUCTURED INTERVIEW FOR PSYCHOSIS-RISK SYNDROMES

OVERVIEW:

The aims of the interview are to:

- I. Rule out past and/or current psychosis
 - II. Rule in one or more of the three types of psychosis-risk syndromes
 - III. Rate the current severity of the psychosis-risk symptoms
- I. Rule out a past and/or current psychotic syndrome

A past psychosis should be ruled out using information obtained through either the initial screen or the Overview (pp. 5-6) and evaluated using the Presence of Psychotic Symptoms criteria (POPS).

Current psychosis is defined by the presence of Positive Symptoms. Ruling out a current psychosis requires the questioning of and rating on the five Positive Symptom items outlined in the measure: Unusual Thought Content/Delusions, Suspiciousness, Grandiosity, Perceptual Abnormalities/Hallucinations, and Disorganized Speech.

PRESENCE OF PSYCHOTIC SYMPTOMS CRITERIA (POPS)

Current psychosis is defined as follows:
Both (A) and (B) are required.

- (A) Positive Symptoms are present at a psychotic level of intensity (*Rated at level "6"*):
- Unusual thought content, suspiciousness/persecution, or grandiosity with delusional conviction
AND/OR
 - Perceptual abnormality of hallucinatory intensity
AND/OR
 - Speech that is incoherent or unintelligible
- (B) Any (A) criterion symptom at sufficient frequency and duration or urgency:
- At least one symptom from (A) has occurred over a period of one month for at least one hour per day at a minimum average frequency of 4 days per week
OR
 - Symptom that is seriously disorganizing or dangerous

Positive Symptoms are rated on scales P1-P5 of the Scale of Psychosis-risk Symptoms (SOPS). A score of "1" to "5" on one or more of scales P1-P5 indicates a Positive Symptoms that is at a non-psychotic level intensity. A score of "6" on one or more of scales P1-P5 indicates that a Positive Symptom is at a "*Severe and Psychotic*" level of intensity and thus, the (A) criteria is met.

The presence of a current psychosis, however, depends also upon the frequency or urgency of the (A) criterion symptom(s). If a Positive Symptom also satisfies the (B) criterion, a current psychosis is defined.

II. Rule in one or more of the three types of psychosis-risk syndromes (Criteria Summaries on p. 40).

PLEASE NOTE THAT THE THREE PSYCHOSIS-RISK STATES ARE NOT MUTUALLY EXCLUSIVE. PATIENTS CAN MEET CRITERIA FOR ONE OR MORE SYNDROME TYPES.

Patients not meeting criteria for a past or current psychosis are evaluated on the Criteria of Psychosis-risk Syndromes (COPS) for the presence of one or more of the three psychosis-risk syndromes: Brief Intermittent Psychotic Syndrome, Attenuated Positive Symptom Syndrome, and Genetic Risk and Deterioration Syndrome.

CRITERIA OF PSYCHOSIS-RISK SYNDROMES:

1. Brief Intermittent Psychotic Syndrome (BIPS)
The Brief Intermittent Psychotic Syndrome is defined by frankly psychotic symptoms that are recent and very brief. To meet criteria for BIPS, a psychotic intensity symptom (SOPS score = 6) must have begun in the past three months and must be present at least several minutes a day at a frequency of at least once per month. Even if these Positive Symptoms are present at a psychotic level of intensity (SOPS score = 6), a current psychotic syndrome can be ruled out if the POPS (B) criteria for sufficient frequency and duration or urgency are not met (See p. 1).

2. Attenuated Positive Symptom Syndrome (APSS)
The Attenuated Positive Symptom Syndrome is defined by the presence of recent attenuated positive symptoms of sufficient severity and frequency. To meet criteria for an attenuated symptom, a patient must receive a rating of level "3", "4", or "5" on scales P1-P5 of the SOPS. A rating in this range indicates a symptom severity that is at a psychosis-risk level of intensity.

Also, the symptom must either have begun in the past year or must currently rate at least one scale point higher than it would if rated 12 months ago. Second, the symptom must occur at the current intensity level at an average frequency of at least once per week in the past month.

3. Genetic Risk and Deterioration Syndrome (GRDS)
The Genetic Risk and Deterioration Syndrome is defined by a combined genetic risk for a schizophrenic spectrum disorder and recent functional deterioration. The genetic risk criterion can be met if the patient has a first degree relative with any affective or nonaffective psychotic disorder (See p. 7, item 3) and/or the patient meets criteria for DSM-IV Schizotypal Personality Disorder criteria (See p. 38).

Functional deterioration is operationally defined as a 30% or greater drop in the GAF score during the last month compared to the patient's highest GAF score in the prior 12 months (See p. 37).

III. Rate the current severity of the psychosis-risk symptoms

Patients meeting criteria for one or more psychosis-risk syndromes are further evaluated using the SOPS rating scales for Negative Symptoms, Disorganizing Symptoms, and General Symptoms. While this additional information will not contribute to the diagnosis of a psychosis-risk syndrome, it will provide both a descriptive and quantitative estimate of the diversity and severity of psychosis-risk symptoms. Some investigators may wish to obtain a full SOPS with all patients.

SCALE OF PSYCHOSIS-RISK SYMPTOMS (SOPS)

INSTRUCTIONS FOR USING THE RATING SCALES:

The SOPS describes and rates psychosis-risk and other symptoms that have occurred in the past month (or since the last rating if more recently).

The SOPS is organized in four primary sections: (P.) Positive Symptoms, (N.) Negative Symptoms, (D.) Disorganized Symptoms, (G.) General Symptoms. The SOPS final ratings are recorded on a summary sheet located at the end of the SIPS (See p. 40).

INQUIRY

Within each section of the SOPS, a series of questions are listed with space provided for recording responses (“N” = No; “NI”= No Information; “Y” = Yes). All boldface inquiries should be asked. Questions that are not printed in boldface are optional and can be included for clarification or elaboration of positive responses.

QUALIFIERS

Following each set of questions, a series of qualifiers is listed. Each question that elicits a positive (i.e. “Y”) response should be followed by these qualifiers in order to obtain more detailed information. The qualifier box is listed below:

<p><u>QUALIFIERS: For all “Y” responses, record:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> DESCRIPTION-ONSET-DURATION-FREQUENCY <input type="checkbox"/> DEGREE OF DISTRESS: What is this experience like for you? Does it bother you? <input type="checkbox"/> DEGREE OF INTERFERENCE WITH LIFE: Do you ever act on this experience? Does having the experience ever cause you to do anything differently? <input type="checkbox"/> DEGREE OF CONVICTION/MEANING: How do you account for this experience? Do you ever feel that it could just be in your head? Do you think this is real?

SCALES

Two different severity scales are used for measuring indicated symptoms. Positive Symptoms are rated on one severity scale while Negative, Disorganized, and General Symptoms are rated using a second severity scale.

Anchors in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. When patients meet some criteria within one anchor and some criteria within an adjacent anchor such that a clear anchor cannot be chosen, rate to the extreme. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports. Third party reports alone do not qualify.

Both scales are listed below.

Positive Symptoms Scale:

Positive Symptoms are rated on a SOPS scale that ranges from 0 (Absent) to 6 (Severe and Psychotic):

Positive Symptom SOPS						
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe but Not Psychotic	6 Severe and Psychotic

Negative/Disorganized/General Symptoms Scale:

Negative/Disorganized/General Symptom Symptoms are rated on a SOPS scale that ranges from 0 (Absent) to 6 (Extreme):

Negative/Disorganized/General Symptom SOPS						
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme

RATING RATIONALE

Each severity scale is followed by a “Rating based on:” section. After a rating is assigned, provide a brief description of the symptom(s) and the rationale for assigning the specific rating.

SYMPTOM ONSET, WORSENING, AND FREQUENCY

Following each Rating based on: section, a four-part rating box is shown.

For Positive symptoms rated at a level 3 or higher, under Symptom Onset record the date when the earliest symptom first occurred in the 3-6 range.

Under Symptom Worsening, record the most recent date when the symptom increased in severity by one point.

Under Symptom Frequency, check the boxes that map onto the COPS criteria. For Negative, Disorganized, and General Symptoms, an abbreviated symptom onset box is listed.

Under Better Explained, also rate for positive symptoms whether the symptom is better explained by an Axis I or Axis II disorder. There are two tests.

The first test is temporal sequence. If the positive symptoms were present before onset of the co-occurring disorder or persist when the co-occurring diagnosis is in remission,, rate NOT better explained. If the co-occurring diagnosis has been present continuously during the period of positive symptoms, the second test is applied.

The second test is whether the positive symptoms are more characteristic of a psychosis risk syndrome or of the co-occurring disorder. When the positive symptoms are more characteristic of the other disorder, the symptoms are considered better explained by the other disorder. For example: feelings of impending death during a panic attack are better explained by panic disorder than by a psychosis risk syndrome, feelings of personal worthlessness in a depressed patient are better explained by depression than by a psychosis risk syndrome, feelings of personal superiority in a patient with frank mania is better explained by the mania, and feelings of personal disintegration precipitated by stress and relieved by wrist-cutting in a borderline patient is better explained by the personality disorder. The sole exception is for schizotypal personality disorder: Positive symptoms that are worsening are always rated as NOT better explained by the disorder.

In cases of ambiguity, tend toward rating NOT better explained. For example, momentary illusions of “black shadows” with vague persecutory intent in a patient with comorbid depression is rated as NOT better explained, because such illusions are more characteristic of a risk syndrome than depression, despite the possibility that the “black” quality could relate to depressive themes.

For Symptoms Rated at Level 3 or Higher			
Symptom Onset	Symptom Worsening	Symptom Frequency	Better Explained
Record date when a positive symptom first reached at least a 3: <input type="checkbox"/> “Ever since I can recall” <input type="checkbox"/> Date of onset ____/____ Month/Year	Record most recent date when a positive symptom currently rated 3-6 experienced an increase by at least one rating point: Date of worsening ____/____ Month/Year	Check all that apply: <input type="checkbox"/> ≥ 1h/d, ≥ 4d/wk <input type="checkbox"/> ≥ several minutes/d, ≥ 1x/mo <input type="checkbox"/> ≥ 1x/wk <input type="checkbox"/> none of above	Symptoms are better explained by another Axis I or II disorder. Check one: <input type="checkbox"/> Likely <input type="checkbox"/> Not likely

FAMILY HISTORY OF MENTAL ILLNESS

1. Who are your first-degree relatives (i.e. parent, full sibling, child)?

Relationship	Age	Name	History of mental illness? (Y/N)

2. For those first-degree relatives who have a history of mental illness:

Name of relative	Name of problem	Symptoms	Duration	Treatment history

3. Does the patient have any first degree relatives with a psychotic disorder (Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, Brief Psychosis, Delusional Disorder, Psychotic Disorder NOS, Schizoaffective Disorder, Psychotic Mania, Psychotic Depression)? Yes___ No___

FIRST RANK SYMPTOMS

INQUIRY:

- 1. Have you felt that you are not in control of your own ideas or thoughts? N NI Y (Record Qualifiers)
- 2. Do you ever feel as if somehow thoughts are put into your head or taken away from you? **Do you ever feel that some person or force may be controlling or interfering with your thinking?** N NI Y (Record Qualifiers)
- 3. Do you ever feel as if your thoughts are being said out loud so that other people can hear them? N NI Y (Record Qualifiers)
- 4. Do you ever think that people might be able to read your mind? N NI Y (Record Qualifiers)
- 5. Do you ever think that you can read other people's minds? N NI Y (Record Qualifiers)
- 6. Do you ever feel the radio or TV is communicating directly to you? N NI Y (Record Qualifiers)

QUALIFIERS: For all "Y" responses record:

- DESCRIPTION-ONSET-DURATION-FREQUENCY
- DEGREE OF DISTRESS: What is this experience like for you? (Does it bother you?)
- DEGREE OF INTERFERENCE WITH LIFE: Do you ever act on this experience? Does having the experience ever cause you to do anything differently?
- DEGREE OF CONVICTION/MEANING: How do you account for this experience? Do you ever feel that it could just be in your head? Do you think this is real?

OVERVALUED BELIEFS

INQUIRY:

- 1. Do you have strong feelings or beliefs that are very important to you, about such things as religion, philosophy, or politics? N NI Y (Record Qualifiers)
- 2. Do you daydream a lot or find yourself preoccupied with stories, fantasies, or ideas? **Do you ever feel confused about whether something is your imagination or real?** N NI Y (Record Qualifiers)
- 3. Do you know what it means to be superstitious? Are you superstitious? Does it affect your behavior? N NI Y (Record Qualifiers)
- 4. Do other people tell you that your ideas or beliefs are unusual or bizarre? If so, what are these ideas or beliefs? N NI Y (Record Qualifiers)
- 5. Do you ever feel you can predict the future? N NI Y (Record Qualifiers)

QUALIFIERS: For all "Y" responses record:

- DESCRIPTION-ONSET-DURATION-FREQUENCY
- DEGREE OF DISTRESS: What is this experience like for you? (Does it bother you?)
- DEGREE OF INTERFERENCE WITH LIFE: Do you ever act on this experience? Does having the experience ever cause you to do anything differently?
- DEGREE OF CONVICTION/MEANING: How do you account for this experience? Do you ever feel that it could just be in your head? Do you think this is real?

OTHER UNUSUAL THOUGHTS/DELUSIONAL IDEAS

INQUIRY:

- 1. Somatic Ideas: Do you ever worry that something might be wrong with your body or your health? N NI Y (Record Qualifiers)
- 2. Nihilistic Ideas: Have you ever felt that you might not actually exist?
Do you ever think that the world might not exist? N NI Y (Record Qualifiers)
- 3. Ideas of Guilt: Do you ever find yourself thinking a lot about how to be good or begin to believe that you deserve to be punished in some way? N NI Y (Record Qualifiers)

NON-PERSECUTORY IDEAS OF REFERENCE

INQUIRY:

- 1. Have you felt that things happening around you have a special meaning for just you? N NI Y (Record Qualifiers)
- 2. Have you had the sense that you are often the center of people's attention?
Do you feel they have hostile or negative intentions? N NI Y (Record Qualifiers)

<p><u>QUALIFIERS: For all "Y" responses record:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> DESCRIPTION-ONSET-DURATION-FREQUENCY<input type="checkbox"/> DEGREE OF DISTRESS: What is this experience like for you? (Does it bother you?)<input type="checkbox"/> DEGREE OF INTERFERENCE WITH LIFE: Do you ever act on this experience? Does having the experience ever cause you to do anything differently?<input type="checkbox"/> DEGREE OF CONVICTION/MEANING: How do you account for this experience? Do you ever feel that it could just be in your head? Do you think this is real?

P. 1. DESCRIPTION: UNUSUAL THOUGHT CONTENT/DELUSIONAL IDEAS

- a. Perplexity and delusional mood. Mind tricks, such as the sense that something odd is going on or puzzlement and confusion about what is real or imaginary. The familiar feels strange, confusing, ominous, threatening, or has special meaning. Sense that self, others, the world have changed. Changes in perception of time. Déjà vu experience.
- b. Non-persecutory ideas of reference.
- c. First rank phenomenology. Mental events such as thought insertion/interference/withdrawal/broadcasting/telepathy/external control/radio and TV messages.
- d. Overvalued beliefs. Preoccupation with unusually valued ideas (religion, meditation, philosophy, existential themes). Magical thinking that influences behavior and is inconsistent with subculture norms (e.g. being superstitious, belief in clairvoyance, uncommon religious beliefs).
- e. Unusual ideas about the body, guilt, nihilism, jealousy and religion. Delusions may be present but are not well organized and not tenaciously held.

Anchor in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

UNUSUAL THOUGHT CONTENT/DELUSIONAL IDEAS Severity Scale (circle one)

0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe but Not Psychotic	6 Severe and Psychotic
	"Mind tricks" that are puzzling. Sense that something is different.	Overly interested in fantasy life. Unusually valued ideas/beliefs. Some superstitions beyond what might be expected by the average person but within cultural norms.	Unanticipated mental events that are puzzling, unwilled, but not easily ignored. Experiences seem meaningful because they recur and will not go away. Functions mostly as usual.	Sense that ideas/experiences/beliefs may be coming from outside oneself or that they may be real, but doubt remains intact. Distracting, bothersome. May affect functioning.	Experiences familiar, anticipated. Doubt can be induced by contrary evidence and others' opinions. Distressingly real. Affects daily functioning.	Delusional conviction (with no doubt) at least intermittently. Interferes persistently with thinking, feeling, social relations, and/or behavior.

Rating based on: _____

For Symptoms Rated at Level 3 or Higher			
Symptom Onset	Symptom Worsening	Symptom Frequency	Better Explained
Record date when a positive symptom first reached at least a 3: <input type="checkbox"/> "Ever since I can recall" <input type="checkbox"/> Date of onset ____/____ Month/Year	Record most recent date when a positive symptom currently rated 3-6 experienced an increase by at least one rating point: Date of worsening ____/____ Month/Year	Check all that apply: <input type="checkbox"/> ≥ 1h/d, ≥ 4d/wk <input type="checkbox"/> ≥ several minutes/d, ≥ 1x/mo <input type="checkbox"/> ≥ 1x/wk <input type="checkbox"/> none of above	Symptoms are better explained by another Axis I or II disorder. Check one: <input type="checkbox"/> Likely <input type="checkbox"/> Not likely

P. 2. SUSPICIOUSNESS/PERSECUTORY IDEAS

The following questions probe for paranoid ideas of reference, paranoid thinking or suspiciousness. They are rated on the SOPS P2 Scale at the end of the queries.

SUSPICIOUSNESS/PERSECUTORY IDEAS

INQUIRY:

- 1. Do you ever feel that people around you are thinking about you in a negative way?
Have you ever found out later that this was not true or that your suspicions were unfounded? N NI Y (Record Qualifiers)
- 2. Have you ever found yourself feeling mistrustful or suspicious of other people? N NI Y (Record Qualifiers)
- 3. Do you ever feel that you have to pay close attention to what's going on around you in order to feel safe? N NI Y (Record Qualifiers)
- 4. Do you ever feel like you are being singled out or watched? N NI Y (Record Qualifiers)
- 5. Do you ever feel people might be intending to harm you? **Do you have a sense of who that might be?** N NI Y (Record Qualifiers)

QUALIFIERS: For all "Y" responses, record:

- ▣ DESCRIPTION-ONSET-DURATION-FREQUENCY
- ▣ DEGREE OF DISTRESS: What is this experience like for you? (Does it bother you?)
- ▣ DEGREE OF INTERFERENCE WITH LIFE: Do you ever act on this experience? Does having the experience ever cause you to do anything differently?
- ▣ DEGREE OF CONVICTION/MEANING: How do you account for this experience? Do you ever feel that it could just be in your head? Do you think this is real?

P.2 DESCRIPTION: SUSPICIOUSNESS/PERSECUTORY IDEAS

- a. Persecutory ideas of reference.
- b. Suspiciousness or paranoid thinking.
- c. Presents a guarded or even openly distrustful attitude that may reflect delusional conviction and intrude on the interview and/or behavior.

Anchors in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports

SUSPICIOUSNESS/PERSECUTORY IDEAS						
Severity Scale (circle one)						
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe but Not Psychotic	6 Severe and Psychotic
	Wariness.	Concerns about safety. Hypervigilance without clear source of danger.	Concerns that people are untrustworthy and/or may harbor ill will. Sense of unease and need for vigilance (often unfocused). Mistrustful. Recurrent (yet unfounded) sense that people might be thinking or saying negative things about person..	Thoughts of being the object of negative attention. Sense that people may wish harm. Self-generated skepticism present. Preoccupying, distressing. May affect daily functioning. May appear defensive in response to questioning.	Beliefs about danger from hostile intentions of others. Skepticism and perspective can prevail with non-confirming evidence or other's opinion. Anxious, unsettled. Daily functioning affected. Guarded presentation may diminish information gathered in the interview.	Delusional paranoid conviction (no doubt) at least intermittently. Frightened, avoidant, watchful. Interferes persistently with thinking, feeling, social relations, and/or behavior.

Rating based on: _____

For Symptoms Rated at Level 3 or Higher			
Symptom Onset	Symptom Worsening	Symptom Frequency	Better Explained
Record date when a positive symptom first reached at least a 3: <input type="checkbox"/> "Ever since I can recall" <input type="checkbox"/> Date of onset ____/____ Month/Year	Record most recent date when a positive symptom currently rated 3-6 experienced an increase by at least one rating point: Date of worsening ____/____ Month/Year	Check all that apply: <input type="checkbox"/> ≥ 1h/d, ≥ 4d/wk <input type="checkbox"/> ≥ several minutes/d, ≥ x/mo <input type="checkbox"/> ≥ 1x/wk <input type="checkbox"/> none of above	Symptoms are better explained by another Axis I or II disorder. Check one: <input type="checkbox"/> Likely <input type="checkbox"/> Not likely

P.3 DESCRIPTION: GRANDIOSE IDEAS

- a. Exaggerated self-opinion and unrealistic sense of superiority.
- b. Some expansiveness or boastfulness.
- c. Occasional clear-cut grandiose delusions that can influence behavior.

Anchors in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

GRANDIOSE IDEAS						
Severity Scale (circle one)						
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe but Not Psychotic	6 Severe and Psychotic
	Private thoughts of being better than others.	Mostly private thoughts of being talented, understanding, or gifted.	Notions of being unusually gifted, powerful or special and have exaggerated expectations. May be expansive but can redirect to the everyday on own.	Beliefs of talent, influence, and abilities. Unrealistic goals that may affect plans and functioning, but responsive to other's concerns and limits.	Compelling beliefs of superior intellect, attractiveness, power, or fame. Skepticism and modesty can only be elicited by the efforts of others. Affects functioning.	Delusions of grandiosity with conviction (no doubt) at least intermittently. Interferes persistently with thinking, feeling, social relations, or behavior.

Rating based on: _____

For Symptoms Rated at Level 3 or Higher			
Symptom Onset	Symptom Worsening	Symptom Frequency	Better Explained
Record date when a positive symptom first reached at least a 3: <input type="checkbox"/> "Ever since I can recall" <input type="checkbox"/> Date of onset ____/____ Month/Year	Record most recent date when a positive symptom currently rated 3-6 experienced an increase by at least one rating point: Date of worsening ____/____ Month/Year	Check all that apply: <input type="checkbox"/> ≥ 1h/d, ≥ 4d/wk <input type="checkbox"/> ≥ several minutes/d, ≥ 1x/mo <input type="checkbox"/> ≥ 1x/wk <input type="checkbox"/> none of above	Symptoms are better explained by another Axis I or II disorder. Check one: <input type="checkbox"/> Likely <input type="checkbox"/> Not likely

P. 4. PERCEPTUAL ABNORMALITIES/HALLUCINATIONS

The following questions probe for both hallucinations and nonpsychotic perceptual abnormalities. They are rated on the SOPS P4 Scale at the end of the queries.

PERCEPTUAL DISTORTIONS, ILLUSIONS, HALLUCINATIONS

INQUIRY:

1. Do you ever feel that your mind is playing tricks on you? N NI Y (Record Qualifiers)

<p><u>QUALIFIERS: For all "Y" responses record:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> DESCRIPTION-ONSET-DURATION-FREQUENCY<input type="checkbox"/> DEGREE OF DISTRESS: What is this experience like for you? (Does it bother you?)<input type="checkbox"/> DEGREE OF INTERFERENCE WITH LIFE: Do you ever act on this experience? Does having the experience ever cause you to do anything differently?<input type="checkbox"/> DEGREE OF CONVICTION/MEANING: How do you account for this experience? Do you ever feel that it could just be in your head? Do you think this is real?

AUDITORY DISTORTIONS, ILLUSIONS, HALLUCINATIONS

INQUIRY:

1. Do you ever feel that your ears are playing tricks on you? N NI Y (Record Qualifiers)
2. Have you been feeling more sensitive to sounds? **Have sounds seemed different? Louder or softer?** N NI Y (Record Qualifiers)
3. Do you ever hear unusual sounds like banging, clucking, hissing, clapping, ringing in your ears? N NI Y (Record Qualifiers)
4. Do you ever think you hear sounds and then realize that there is probably nothing there? N NI Y (Record Qualifiers)
5. Do you ever hear your own thoughts as if they are being spoken outside your head? N NI Y (Record Qualifiers)
6. Do you ever hear a voice that others don't seem to or can't hear? **Does it sound clearly like a voice speaking to you as I am now? Could it be your own thoughts or is it clearly a voice speaking out loud?** N NI Y (Record Qualifiers)

VISUAL DISTORTIONS, ILLUSIONS, HALLUCINATIONS

INQUIRY:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1. Do you ever feel your eyes are playing tricks on you? | N NI Y (Record Qualifiers) |
| 2. Do you seem to feel more sensitive to light or do things that you see ever appear different in color, brightness or dullness, or have they changed in some other way? | N NI Y (Record Qualifiers) |
| 3. Have you ever seen unusual things like flashes, flames, vague figures or shadows out of the corner of your eye? | N NI Y (Record Qualifiers) |
| 4. Do you ever think you see people, animals, or things, but then realize they may not really be there? | N NI Y (Record Qualifiers) |
| 5. Do you ever see things that others can't or don't seem to see? | N NI Y (Record Qualifiers) |

QUALIFIERS: For all "Y" responses, record:

- DESCRIPTION-ONSET-DURATION-FREQUENCY
- DEGREE OF DISTRESS: What is this experience like for you? (Does it bother you?)
- DEGREE OF INTERFERENCE WITH LIFE: Do you ever act on this experience? Does having the experience ever cause you to do anything differently?
- DEGREE OF CONVICTION/MEANING: How do you account for this experience? Do you ever feel that it could just be in your head? Do you think this is real?

SOMATIC DISTORTIONS, ILLUSIONS, HALLUCINATIONS

INQUIRY:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1. Have you noticed any unusual bodily sensations such as tingling, pulling, pressure, aches, burning, cold, numbness, vibrations, electricity, or pain? | N NI Y (Record Qualifiers) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|

OLFACTORY AND GUSTATORY DISTORTIONS, ILLUSIONS, HALLUCINATIONS

INQUIRY:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1. Do you ever smell or taste things that other people don't notice? | N NI Y (Record Qualifiers) |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|

QUALIFIERS: For all "Y" responses, record:

- DESCRIPTION-ONSET-DURATION-FREQUENCY
- DEGREE OF DISTRESS: What is this experience like for you? (Does it bother you?)
- DEGREE OF INTERFERENCE WITH LIFE: Do you ever act on this experience? Does having the experience ever cause you to do anything differently?
- DEGREE OF CONVICTION/MEANING: How do you account for this experience? Do you ever feel that it could just be in your head? Do you think this is real?

- P. 4. DESCRIPTION: PERCEPTUAL ABNORMALITIES/HALLUCINATIONS
- a. Unusual perceptual experiences. Heightened or dulled perceptions, vivid sensory experiences, distortions, illusions.
 - b. Pseudo-hallucinations or hallucinations into which the subject has insight (i.e. is aware of their abnormal nature.)
 - c. Occasional frank hallucinations that may minimally influence thinking or behavior.

Anchor's in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

PERCEPTUAL ABNORMALITIES/HALLUCINATIONS Severity Scale (circle one)

0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe but Not Psychotic	6 Severe and Psychotic
	Minor, but noticeable perceptual sensitivity (e.g. heightened, dulled, distorted, etc.).	Unformed perceptual experiences/ changes that are noticed but not considered to be significant.	Recurrent, unformed, images (e.g., shadows, trails, sounds, etc.), illusions, or persistent perceptual distortions that are puzzling and experienced as unusual.	Illusions or momentary formed hallucinations that are ultimately recognized as unreal yet can be distracting, curious, unsettling. May affect functioning.	Hallucinations experienced as external to self though skepticism can be induced by others. mesmerizing, distressing. Affects daily functioning.	Hallucinations perceived as real and distinct from the person's thoughts. Skepticism cannot be induced. Captures attention, frightening. Interferes persistently with thinking, feeling, social relations and/or behavior.

Rating based on: _____

For Symptoms Rated at Level 3 or Higher			
Symptom Onset	Symptom Worsening	Symptom Frequency	Better Explained
Record date when a positive symptom first reached at least a 3: <input type="checkbox"/> "Ever since I can recall" <input type="checkbox"/> Date of onset ____/____ Month/Year	Record most recent date when a positive symptom currently rated 3-6 experienced an increase by at least one rating point: Date of worsening ____/____ Month/Year	Check all that apply: <input type="checkbox"/> ≥ 1h/d, ≥ 4d/wk <input type="checkbox"/> ≥ several minutes/d, ≥ 1x/mo <input type="checkbox"/> ≥ 1x/wk <input type="checkbox"/> none of above	Symptoms are better explained by another Axis I or II disorder. Check one: <input type="checkbox"/> Likely <input type="checkbox"/> Not likely

P. 5. DESCRIPTION: DISORGANIZED COMMUNICATION

- a. Odd speech. Vague, metaphorical overelaborate, stereotyped.
- b. Confused, muddled, racing or slowed down speech, using the wrong words, talking about things irrelevant to context or going off track.
- c. Speech is circumstantial, tangential or paralogical. There is some difficulty in directing sentences toward a goal.
- d. Loosening or paralysis (blocking) of associations may be present and make speech hard to follow or unintelligible.

Anchors in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

DISORGANIZED COMMUNICATION						
Severity Scale (circle one)						
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe but Not Psychotic	6 Severe and Psychotic
	Occasional word or phrase doesn't make sense.	Speech that is slightly vague, muddled, overelaborate or stereotyped.	Incorrect words, irrelevant topics. Goes off track, but redirects on own.	Speech is circumstantial (i.e. eventually getting to the point). Difficulty directing sentences toward a goal. Sudden pauses. Can be redirected with occasional questions and structuring.	Speech tangential (i.e. never getting to the point). Some loosening of associations or blocking. Can reorient briefly with frequent prompts or questions.	Communication persistently loose, irrelevant, or blocked and unintelligible when under minimal pressure or when the content of the communication is complex. Not responsive to structuring of the interview.

Rating based on: _____

For Symptoms Rated at Level 3 or Higher			
Symptom Onset	Symptom Worsening	Symptom Frequency	Better Explained
Record date when a positive symptom first reached at least a 3: <input type="checkbox"/> "Ever since I can recall" <input type="checkbox"/> Date of onset ___/___/___ Month/Year	Record most recent date when a positive symptom currently rated 3-6 experienced an increase by at least one rating point: Date of worsening ___/___/___ Month/Year	Check all that apply: <input type="checkbox"/> ≥ 1h/d, ≥ 4d/wk <input type="checkbox"/> ≥ several minutes/d, ≥ 1x/mo <input type="checkbox"/> ≥ 1x/wk <input type="checkbox"/> none of above	Symptoms are better explained by another Axis I or II disorder. Check one: <input type="checkbox"/> Likely <input type="checkbox"/> Not likely

N. NEGATIVE SYMPTOMS

N. 1. SOCIAL ANHEDONIA

INQUIRY:

- 1. Do you usually prefer to be alone or with others? (If prefers to be alone, specify reason.) **Social apathy? Ill at ease with others? Anxiety? Other?** Record Response
- 2. What do you usually do with your free time? **Would you be more social if you had the opportunity?** Record Response
- 3. How often do you spend time with friends outside of school/work? **Who are your three closest friends? What sorts of activities do you do together?** Record Response
- 4. Who tends to initiate social contact, you or others? Record Response
- 5. How often do you spend time with family members? **What do you do with them?** Record Response

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

N. 1. DESCRIPTION: SOCIAL ANHEDONIA

- a. Lack of close friends or confidants other than first degree relatives.
- b. Prefers to spend time alone, although participates in social functions when required. Does not initiate contact.
- c. **Passively goes along with most social activities but in a disinterested or mechanical way. Tends to recede into the background.**

Anchors in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

SOCIAL ANHEDONIA OR WITHDRAWAL Negative Symptom Scale

0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	Slightly socially awkward but socially active.	Ill at ease with others. Only mildly interested in social situations but socially present.	Participates socially only reluctantly due to disinterest. Passively goes along with social activities	Few friends outside of extended family. Socially apathetic. Minimal social participation	Significant difficulties with relationships or no close friends. Prefers to be alone. Spends most time alone or with first-degree relatives.	No friends. Prefers being alone.

Rating based on:

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

Entire lifetime or "ever since I can remember"

Cannot be determined

Date of onset _____ / _____

Month Year

N. 2. AVOLITION

INQUIRY:

- 1. Do you find that you have trouble getting motivated to do things? N NI Y (Record Response)
- 2. Are you having a harder time getting normal daily activities done?
Sometimes? Always? Does prodding work? Sometimes? Never? N NI Y (Record Response)
- 3. Do you find that people have to push you to get things done? Have you
stopped doing anything that you usually do? N NI Y (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

N. 2. DESCRIPTION: AVOLITION

- a. Impairment in the initiation, persistence, and control of goal-directed activities.
- b. Low drive, energy, or productivity.

Anchor s in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

AVOLITION		Negative Symptom Scale				
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	Focus on goal-directed activities but less than what would be considered average.	Low drive or energy level. Simple tasks require effort or take longer than what would be considered normal. Productivity is considered average or is within normal limits.	Low levels of motivation to participate in goal-directed activities. Impairment in task initiation and/or persistence. Initiation or task completion requires some prodding.	Minimal levels of motivation to participate in or complete goal-directed activities. Prodding needed regularly.	Lack of drive/energy results in a significantly low level of achievement. Most goal-directed activities relinquished. Prodding is needed all of the time, but may not be successful.	Prodding unsuccessful. Not participating in virtually any goal-directed activities.

Rating based on:

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

- Entire lifetime or "ever since I can remember"
- Cannot be determined
- Date of onset _____ / _____
Month Year

N. 3. EXPRESSION OF EMOTION

INQUIRY:

1. Has anyone pointed out to you that you are less emotional or connected to people than you used to be? N N I Y (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

Note: **Basis for rating includes:** Observed flattened affect as well as reports of decreased expression of emotions.

N. 3. DESCRIPTION: EXPRESSION OF EMOTION

- a. Flat, constricted, diminished emotional responsiveness as characterized by a decrease in expression, modulation of feelings (e.g. monotone speech) and communication gestures (e.g. dull appearance).
- b. Lack of spontaneity and flow of conversation. Reduction in the normal flow of communication. Conversation shows little initiative. Patient’s answers tend to be brief and unembellished, requiring direct and sustained questions by interviewer.
- c. Poor rapport. Lack of interpersonal empathy, openness in conversation, sense of closeness, interest, or involvement with the interviewer. This is evidenced by interpersonal distancing and reduced verbal and non-verbal communication.

Anchor in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

EXPRESSION OF EMOTION Negative Symptom Scale

0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	Emotional responsiveness slightly delayed or blunted.	Conversation lacks liveliness, feels stilted.	Emotional expression minimal at times but maintains flow of conversation.	Difficulty in sustaining conversation. Speech mostly monotone. Minimal interpersonal empathy. May avoid eye contact.	Starting and maintaining conversation requires direct and sustained questioning by the interviewer. Affect constricted. Total lack of gestures.	Flat affect, monotone speech. Unable to become involved with interviewer or maintain conversation despite active questioning by the interviewer.

Rating based on:

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

Entire lifetime or “ever since I can remember”

Cannot be determined

Date of onset _____ / _____

Month Year

N. 4. EXPERIENCE OF EMOTIONS AND SELF

INQUIRY:

1. Do your emotions feel less strong in general than they used to? **Do you ever feel numb?** N NI Y (Record Response)
2. Do you find yourself having a harder time distinguishing different emotions/feelings? N NI Y (Record Response)
3. Are you feeling emotionally flat? N NI Y (Record Response)
4. Do you ever feel a loss of sense of self or feel disconnected from yourself or your life? **Like a spectator in your own life?** N NI Y (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

N. 4. DESCRIPTION: EXPERIENCE OF EMOTIONS AND SELF

- a. Emotional experiences and feelings less recognizable and genuine, appropriate.
- b. Sense of distance when talking to others, not feeling rapport with others.
- c. Emotions disappearing, difficulty feeling happy or sad.
- d. Sense of having no feelings: Anhedonia, apathy, loss of interest, boredom.
- e. Feeling profoundly changed, unreal, or strange.
- f. Feeling depersonalized, at a distance from self.
- g. Loss of sense of self.

Anchor s in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

EXPERIENCE OF EMOTIONS AND SELF

Negative Symptom Scale

0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	Feeling distant from others. Everyday feelings muted.	Lack of strong emotions or clearly defined feelings.	Emotions feel like they are blunted or not easily distinguishable.	Sense of deadness, flatness or undifferentiated aversive tension. Difficulty feeling emotions, even emotional extremes, (e.g. happy/sad).	Feeling a loss of sense of self. Feeling depersonalized, unreal or strange. May feel disconnected from body, from world, from time. No feelings most of the time.	Feeling profoundly changed and possibly alien to self. No feelings.

Rating based on: _____

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

Entire lifetime or "ever since I can remember"

Cannot be determined

Date of onset _____/_____
Month Year

N.5 IDEATIONAL RICHNESS

INQUIRY:

1. Do you sometimes find it hard to understand what people are trying to tell you because you don't understand what they mean? N NI Y (Record Response)
2. Do people more and more use words you don't understand? N NI Y (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME

ABSTRACTION QUESTIONS:

- Similarities—How are the following alike? Proverbs—“What does this saying mean?”
- A ball and an orange? _____ a. Don't judge a book by its cover. _____
- An apple and a banana? _____
- A painting and a poem? _____ b. Don't count your chickens before they hatch. _____
- Air and water? _____

N. 5. DESCRIPTION: IDEATIONAL RICHNESS

- a. Unable to make sense of familiar phrases or to grasp the “gist” of a conversation or to follow everyday discourse.
- b. Stereotyped verbal content. Decreased fluidity, spontaneity, and flexibility of thinking, as evidenced in repetitious, or simple thought content. Some rigidity in attitudes or beliefs. Does not consider alternative positions or has difficulty shifting from one idea to another.
- c. Simple words and sentence structure; paucity of dependent clauses or modifications (adjectives/adverbs).
- d. Difficulty in abstract thinking. Impairment in the use of the abstract-symbolic mode of thinking, as evidenced by difficulty in classification, forming generalizations, and proceeding beyond concrete or egocentric thinking in problem-solving tasks; often utilizes a concrete mode.

Anchors in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

IDEATIONAL RICHNESS Negative Symptom Scale						
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	Some conversational awkwardness.	Trouble grasping nuances of conversation. Diminished conversational give and take.	Correctly interprets most similarities and proverbs. Uses few modifiers (adjectives and adverbs). May miss some abstract comments.	At times misses the “gist” of reasonably uncomplicated conversation. Verbal content may be repetitious and perseverative. Uses simple words and sentence structure without many modifiers. Misses or interprets many similarities and proverbs concretely.	Able to follow and answer simple statements and questions, but has difficulty independently articulating thoughts and experiences. Verbal content restricted and stereotyped. Verbal expression limited to simple, brief sentences. May be unable to interpret most similarities and proverbs.	Unable, at times, to follow any conversation no matter how simple. Verbal content and expression mostly limited to single words and yes/no responses.

Rating based on: _____

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

Entire lifetime or “ever since I can remember”

Cannot be determined

Date of onset _____ / _____

Month Year

N. 6. OCCUPATIONAL FUNCTIONING

INQUIRY:

- 1. Does your work take more effort than it used to? N NI Y (Record Response)
- 2. Are you having a hard time getting your work done? N NI Y (Record Response)
- 3. Have you been doing worse in school or at work? **Have you been put on probation or otherwise given notice due to poor performance? Are you failing any classes or considering dropping out of school? Have you ever been "let go" from a job, or are otherwise having trouble keeping a job?** N NI Y (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

N. 6. DESCRIPTION: OCCUPATIONAL FUNCTIONING

- a. Difficulty performing role functions (e.g. wage earner, student, homemaker) that were previously performed without problems.
- b. Having difficulty in productive, instrumental relationships with colleagues at work or school.

Anchors in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports

OCCUPATIONAL FUNCTIONING

Negative Symptom Scale

0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	More than average effort and focus required to maintain usual level of performance at work, school.	Difficulty in functioning at work or school that is becoming evident to others.	Definite problems in accomplishing work tasks or a drop in Grade Point Average.	Failing one or more courses. Receiving notice or being on probation at work.	Suspended, failing out of school, or other significant interference with completing requirements. Problematic absence from work. Unable to work with others.	Failed or left school, left employment or was fired.

Rating based on:

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

Entire lifetime or "ever since I can remember"

Cannot be determined

Date of onset _____ / _____

Month Year

D. DISORGANIZATION SYMPTOMS

D. 1. ODD BEHAVIOR OR APPEARANCE

INQUIRY:

- 1. What kinds of activities do you like to do? (Record Response)
- 2. Do you have any hobbies, special interests or collections? N NI Y (Record Response)
- 3. Do you think others ever say that your interests are unusual or that you are eccentric? N NI Y (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

Note: Basis for rating includes: Interviewer observations of unusual or eccentric appearance as well as reports of eccentric, unusual, or bizarre behavior or appearance.

D. 1. DESCRIPTION: ODD BEHAVIOR OR APPEARANCE

- a. Behavior or appearance that is odd, eccentric, peculiar, disorganized, or bizarre.
- b. Appears preoccupied with and/or interactive with own thoughts.
- c. Inappropriate affect.

Anchors in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

ODD BEHAVIOR/APPEARANCE		Disorganization Symptom Scale				
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	Questionably unusual appearance, behavior.	Behavior or appearance that appears minimally unusual or odd.	Odd, unusual behavior, interests, appearance, hobbies, or preoccupations that are likely to be considered outside of cultural norms. May exhibit some inappropriate behavior.	Behavior or appearance, that is unconventional by most standards. May appear distracted by apparent internal stimuli. May seem disengaging or off-putting.	Highly unconventional strange behavior or appearance. May, at times, seem preoccupied by apparent internal stimuli. May provide noncontextual responses, or exhibit inappropriate affect. May be ostracized by peers.	Grossly bizarre appearance or behavior (e.g. collecting garbage, talking to self in public). Disconnection of affect and speech.

Rating based on:

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

Entire lifetime or "ever since I can remember"

Cannot be determined

Date of onset _____ / _____

Month Year

D. 2. BIZARRE THINKING

INQUIRY:

1. Do people ever say your ideas are unusual or that the way you think is strange or illogical? N N I Y (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

Note: Basis for rating includes: Observations of unusual or bizarre thinking as well as reports of unusual or bizarre thinking.

D.2. DESCRIPTION: BIZARRE THINKING

- a. Thinking characterized by strange, fantastic or bizarre ideas that are distorted, illogical, or patently absurd.

Anchor(s) in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

BIZARRE THINKING		Disorganization Symptom Scale				
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	“Quirky” ideas that are easily abandoned.	Unusual ideas, illogical or distorted thinking.	Unusual ideas, illogical or distorted thoughts that are held as a belief or philosophical system within the realm of subcultural variation.	Unusual ideas or illogical thinking that is embraced but which violates the boundary of most conventional religious or philosophical thoughts.	Strange ideas that are difficult to understand.	Thoughts that are fantastic, patently absurd, fragmented, and impossible to understand.

Rating based on:

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

Entire lifetime or “ever since I can remember”

Cannot be determined

Date of onset _____ / _____

Month Year

D. 3. TROUBLE WITH FOCUS AND ATTENTION

INQUIRY:

1. Have you had difficulty concentrating or being able to focus on a task?
Reading? Listening? Is this getting worse than it was before? N NI Y (Record Response)
2. Are you easily distracted? Easily confused by noises, by other people speaking? Is this getting worse? Have you had trouble remembering things? N NI Y (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

Note: Basis for rating includes: Interviewer observations or patient reports of trouble with focus and attention.

D. 3. DESCRIPTION: TROUBLE WITH FOCUS AND ATTENTION

- a. Failure in focused alertness, manifested by poor concentration, distractibility from internal and external stimuli.
- b. Difficulty in harnessing, sustaining, or shifting focus to new stimuli.
- c. Trouble with short-term memory including holding conversation in memory.

Anchor s are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes interviewer observations and patient reports.

TROUBLE WITH FOCUS AND ATTENTION Disorganization Symptom Scale						
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	Lapses of focus under pressure.	Inattention to everyday tasks or conversations.	Problems maintaining focus and attention. Difficulty keeping up with conversations.	Distracted and often loses track of conversations.	Can maintain attention and remain in focus only with outside structure or support.	Unable to maintain attention even with external refocusing.

Rating based on:

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

Entire lifetime or "ever since I can remember"

Cannot be determined

Date of onset _____/_____
Month Year

D. 4. IMPAIRMENT IN PERSONAL HYGIENE

INQUIRY:

- 1. Are you less interested in keeping clean or dressing well? N I Y (Record Response)
- 2. How often do you shower? (Record Response)
- 3. When is the last time you went shopping for new clothes? (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

D. 4. DESCRIPTION: IMPAIRMENT IN PERSONAL HYGIENE
 a. Impairment in personal hygiene and grooming. Self neglect.

anchors in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

IMPAIRMENT IN PERSONAL HYGIENE Disorganization Symptom Scale						
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	Low attention to personal hygiene, but still concerned with appearances.	Low attention to personal hygiene and little concern with physical or social appearance, but still within bounds of convention and/or subculture.	Indifference to conventional and/or subcultural conventions of dress and social cues.	Neglect of social or subcultural norms of hygiene.	Does not bathe regularly. Clothes unkempt, unchanged, unwashed. May have developed an odor.	Poorly groomed and appears not to care or even notice. No bathing and has developed an odor. Inattentive to social cues and unresponsive even when confronted.

Rating based on: _____

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

Entire lifetime or "ever since I can remember"

Cannot be determined

Date of onset _____ / _____

Month Year

G. GENERAL SYMPTOMS

G. 1. SLEEP DISTURBANCE

INQUIRY:

1. How have you been sleeping recently? What kinds of difficulty have you been having with your sleep? (include time to bed, to sleep, and to awake, hours of sleep in a 24-hour period, difficulty falling asleep, early awakening, day/night reversal). (Record Response)
2. Do you find yourself tired during the day? Is your problem with sleeping making it difficult to get through your day? Do you have trouble waking up? N N I Y (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

Note: Basis for rating includes: Hypersomnia and hyposomnia.

G.1. DESCRIPTION: SLEEP DISTURBANCE

- a. Having difficulty falling asleep.
- b. Waking earlier than desired and not able to fall back asleep.
- c. Daytime fatigue and sleeping during the day.
- d. Day night reversal.
- e. Hypersomnia.

Anchor's in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

SLEEP DISTURBANCE General Symptom Scale

0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	Restless sleep.	Some mild difficulty falling asleep or getting back to sleep.	Daytime fatigue resulting from difficulty falling asleep at night or early awakening. Sleeping more than considered average.	Sleep pattern significantly disrupted and has intruded on other aspects of functioning (e.g. trouble getting up for school or work). Difficult to awaken for appointments. Spending a large part of the day asleep.	Significant difficulty falling asleep or awakening early on most nights. May have day/night reversal. Usually not getting to scheduled activities at all.	Unable to sleep at all for over 48 hours.

Rating based on:

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

Entire lifetime or "ever since I can remember"

Cannot be determined

Date of onset _____/_____/_____

Month Year

G.2 DYSPHORIC MOOD

INQUIRY:

- 1. What has your mood been like recently? (Record Response)
- 2. Do you ever generally just feel unhappy for any length of time? N NI Y (Record Response)
- 3. Have you ever been depressed? Do you find yourself crying a lot? Do you feel sad/bad/worthless/hopeless? Has your mood affected your appetite? Your sleep? Your ability to work? N NI Y (Record Response)
- 4. Have you had thoughts of harming yourself or ending your life? Have you ever attempted suicide? N NI Y (Record Response)
- 5. Have you had thoughts of harming anyone else? N NI Y (Record Response)
- 6. Do you find yourself feeling irritable a lot of the time? Do you get angry often? Do you ever hit anyone or anything? N NI Y (Record Response)
- 7. Have you felt more nervous, anxious lately? Has it been hard for you to relax? N NI Y (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

G. 2. DESCRIPTION: DYSPHORIC MOOD

- a. Diminished interest in pleasurable activities.
- b. Sleeping problems.
- c. Poor or increased appetite
- d. Feelings of loss of energy.
- e. Difficulty concentrating.
- f. Suicidal thoughts.
- g. Feelings of worthlessness and/or guilt.

ALSO:

- a. Anxiety, panic, multiple fears and phobias.
- b. Irritability, hostility, rage.
- c. Restlessness, agitation, tension.
- d. Unstable mood.

Anchor s in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

DYSPHORIC MOOD

General Symptom Scale

0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	Feeling "down" or edgy often.	Occasional unstable and/or unpredictable periods of sad, bad, or dark feelings that may be a mixture of depression, irritability, or anxiety.	Feelings like the "blues" or other anxieties or discontents have "settled in."	Recurrent periods of sadness, irritability, or depression.	Persistent unpleasant mixtures of depression, irritability or anxiety. Avoidance behaviors such as substance use or sleep.	Painfully unpleasant mixtures of depression, irritability, or anxiety that may trigger highly destructive behaviors like suicide attempts or self-mutilation.

Rating based on:

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

Entire lifetime or "ever since I can remember"

Cannot be determined

Date of onset _____ / _____

Month Year

G. 3. MOTOR DISTURBANCES

INQUIRY:

1. Have you noticed any clumsiness, awkwardness, or lack of coordination in your movements? N N I Y (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

G. 3. DESCRIPTION: MOTOR DISTURBANCES

- a. Reported or observed clumsiness, lack of coordination, difficulty performing activities that were performed without problems in the past.
- b. The development of a new movement such as a nervous habit, stereotypes, characteristic ways of doing something, posture, or copying other peoples' movements (echopraxia).
- c. Motor blockages (catatonia).
- d. Loss of automatic skills.
- e. Compulsive motor rituals.
- f. Dyskinetic movements of head, face, extremities.

Anchor's in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

MOTOR DISTURBANCES		General Symptom Scale				
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	Awkward.	Reported or observed clumsiness.	Poor coordination. Difficulty performing fine motor movements.	Stereotyped, often inappropriate movements.	Nervous habits, tics, grimacing. Posturing. Compulsive motor rituals.	Loss of natural movements. Motor blockages. Echopraxia. Dyskinesia.

Rating based on:

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)
Record date when the earliest symptom first occurred: <input type="checkbox"/> Entire lifetime or "ever since I can remember" <input type="checkbox"/> Cannot be determined <input type="checkbox"/> Date of onset _____ / _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"> Month Year </div>

G. 4. IMPAIRED TOLERANCE TO NORMAL STRESS

INQUIRY:

- 1. Are you feeling more tired or stressed than the average person at the end of a usual day? N NI Y (Record Response)
- 2. Do you get thrown off by unexpected things that happen to you during the day? N NI Y (Record Response)
- 3. Are you finding that you are feeling challenged or overwhelmed by some of your daily activities? **Are you avoiding any of your daily activities?** N NI Y (Record Response)
- 4. Are you finding yourself too stressed, disorganized, or drained of energy and motivation to cope with daily activities? N NI Y (Record Response)

FOR ALL RESPONSES, RECORD: DESCRIPTION, ONSET, DURATION, AND CHANGE OVER TIME.

G. 4. DESCRIPTION: IMPAIRED TOLERANCE TO NORMAL STRESS

- a. Avoids or exhausted by stressful situations that were previously dealt with easily.
- b. Marked symptoms of anxiety or avoidance in response to everyday stressors.
- c. Increasingly affected by experiences that were easily handled in the past. More difficulty habituating.

Anchor s in each scale are intended to provide guidelines and examples of signs for every symptom observed. It is not necessary to meet every criterion in any one anchor to assign a particular rating. Basis for ratings includes both interviewer observations and patient reports.

IMPAIRED TOLERANCE TO NORMAL STRESS			General Symptom Scale			
0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
	Tired or stressed at end of usual day.	Daily stress brings on symptoms of anxiety beyond what might be expected.	Thrown off by unexpected happenings in the usual day.	Increasingly "challenged" by daily experiences.	Avoids or is overwhelmed by stressful situations that arise during day.	Disorganization, panic, apathy, or withdrawal in response to everyday stress.

Symptom Onset (for symptoms rated at a level 3 or higher)

Record date when the earliest symptom first occurred:

Entire lifetime or "ever since I can remember"

Cannot be determined

Date of onset _____ / _____

Month Year

GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING

GAF-M: When scoring consider psychological, social, and occupational functioning on a hypothetical continuum of mental health/illness. Do not include impairment in functioning due to physical health (or environmental) limitations.

<p>NO SYMPTOMS: 100 - 91</p> <p>Superior functioning in a wide range of activities Life's problems never seem to get out of hand Sought out by others because of his or her many positive qualities <i>A person doing exceptionally well in all areas of life = rating 95-100</i> <i>A person doing exceptionally well with minimal stress in one area of life = rating 91-94</i></p>
<p>ABSENT OR MINIMAL SYMPTOMS: 90 - 81</p> <p>Minimal or absent symptoms (e.g. mild anxiety before an examination) Good functioning in all areas and satisfied with life Interested and involved in a wide range of activities Socially effective No more than everyday problems or concerns (e.g. an occasional argument with family members) <i>A person with no symptoms or everyday problems = rating 88-90</i> <i>A person with minimal symptoms or everyday problems = rating 84-87</i> <i>A person with minimal symptoms and everyday problems = rating 81-83</i></p>
<p>SOME TRANSIENT SYMPTOMS: 80 - 71</p> <p>Mild symptoms are present, but they are transient and expectable reactions to psychosocial stressors (e.g. difficulty concentrating after family argument) Slight impairment in social, work, or school functioning (e.g. temporarily falling behind in school or work) <i>A person with EITHER mild symptom(s) OR mild impairment in social, work, or school functioning = rating 78-80</i> <i>A person with mild impairment in more than 1 area of social, work, or school functioning = rating 74-77</i> <i>A person with BOTH mild symptoms AND slight impairment in social, work, and school functioning = rating 71-73</i></p>
<p>SOME PERSISTENT MILD SYMPTOMS: 70 - 61</p> <p>Mild symptoms are present that are NOT just expectable reactions to psychosocial stressors (e.g. mild or lessened depression and/or mild insomnia) Some persistent difficulty in social, occupational, or school functioning (e.g. occasional truancy, theft within the family, or repeated falling behind in school or work) BUT has some meaningful interpersonal relationships <i>A person with EITHER mild persistent symptoms OR mild difficulty in social, work, or school functioning = rating 68-70</i> <i>A person with mild persistent difficulty in more than 1 area of social, work, or school functioning = rating 64-67</i> <i>A person with BOTH mild persistent symptoms AND some difficulty in social, work, and school functioning = rating 61-63</i></p>
<p>MODERATE SYMPTOMS: 60 - 51</p> <p>Moderate symptoms (e.g. frequent, depressed mood and insomnia and/or moderate ruminating and obsessing; or occasional anxiety attacks; or flat affect and circumstantial speech; or eating problems and below minimum safe weight without depression) Moderate difficulty in social, work, or school functioning (e.g. few friends or conflicts with co-workers) <i>A person with EITHER moderate symptoms OR moderate difficulty in social, work, or school functioning = rating 58-60</i> <i>A person with moderate difficulty in more than 1 area of social, work, or school functioning = rating 54-57</i> <i>A person with BOTH moderate symptoms AND moderate difficulty in social, work, and school functioning = rating 51-53</i></p>

Global Assessment of Functioning (cont'd)

<p>SOME SERIOUS SYMPTOMS OR IMPAIRMENT IN FUNCTIONING: 50 - 31</p> <p>Serious impairment with work, school, or housework if a housewife/househusband (e.g. unable to keep a job or stay in school, or failing school, or unable to care for family and house)</p> <p>Frequent problems with the law (e.g. frequent shoplifting, arrests) or occasional combative behavior</p> <p>Serious impairment in relationships with friends (e.g. very few or no friends, or avoids what friends s/he has)</p> <p>Serious impairment in relationships with family (e.g. frequent fights with family and/or neglects family or has no home)</p> <p>Serious impairment in judgment (including inability to make decisions, confusion, disorientation)</p> <p>Serious impairment in thinking (including constant preoccupation with thoughts, distorted body image, paranoia)</p> <p>Serious impairment in mood (including constant depressed mood plus helplessness and hopelessness, or agitation, or manic mood)</p> <p>Serious impairment due to anxiety (panic attacks, overwhelming anxiety)</p> <p>Other symptoms: some hallucinations, delusions, or severe obsessional rituals</p> <p>Passive suicidal ideation</p> <p><i>A person with 1 area of disturbance = rating 48-50</i></p> <p><i>A person with 2 areas of disturbance = rating 44-47</i></p> <p><i>A person with 3 areas of disturbance = rating 41-43</i></p> <p><i>A person with 4 areas of disturbance = rating 38-40</i></p> <p><i>A person with 5 areas of disturbance = rating 34-37</i></p> <p><i>A person with 6 areas of disturbance = rating 31-33</i></p>
<p>INABILITY TO FUNCTION IN ALMOST ALL AREAS: 30 - 21</p> <p>Suicidal preoccupation or frank suicidal ideation with preparation</p> <p>OR behavior considerably influenced by delusions or hallucinations</p> <p>OR serious impairment in communication (sometimes incoherent, acts grossly inappropriately, or profound stuporous depression)</p> <p>Serious impairment with work, school, or housework if a housewife/househusband (e.g. unable to keep a job or stay in school, or failing school, or unable to care for family and house)</p> <p>Frequent problems with the law (e.g. frequent shoplifting, arrests) or occasional combative behavior</p> <p>Serious impairment in relationships with friends (e.g. very few or no friends, or avoids what friends s/he has)</p> <p>Serious impairment in relationships with family (e.g. frequent fights with family and/or neglects family or has no home)</p> <p>Serious impairment in judgment (including inability to make decisions, confusion, disorientation)</p> <p>Serious impairment in thinking (including constant preoccupation with thoughts, distorted body image, paranoia)</p> <p>Serious impairment in mood (including constant depressed mood plus helplessness and hopelessness, or agitation, or manic mood)</p> <p>Serious impairment due to anxiety (panic attacks, overwhelming anxiety)</p> <p>Other symptoms: some hallucinations, delusions, or severe obsessional rituals</p> <p>Passive suicidal ideation</p> <p><i>A person with any 1 of the first 3 (unique) criteria = rating 21</i></p> <p><i>OR a person with 7 of the combined criteria = rating 28-30</i></p> <p><i>A person with 8-9 of the combined criteria = rating 24-27</i></p> <p><i>A person with 10 of the combined criteria = rating 20-23</i></p>

Global Assessment of Functioning (cont' d)

<p>IN SOME DANGER OF HURTING SELF OR OTHERS: 20 - 11</p> <p>Suicide attempts without clear expectation of death (e.g. mild overdose or scratching wrists with people around) Some severe violence or self-mutilating behaviors Severe manic excitement, or severe agitation and impulsivity Occasionally fails to maintain minimal personal hygiene (e.g. diarrhea due to laxatives, or smearing feces) Urgent/emergency admission to the present psychiatric hospital In physical danger due to medical problems (e.g. severe anorexia or bulimia and some spontaneous vomiting or extensive laxative/diuretic/diet pill use, but without serious heart or kidney problems or severe dehydration and disorientation) <i>A person with 1-2 of the 6 areas of disturbance in this category = rating 18-20</i> <i>A person with 3-4 of the 6 areas of disturbance in this category = rating 14-17</i> <i>A person with 5-6 of the 6 areas of disturbance in this category = rating 11-13</i></p>
<p>IN PERSISTENT DANGER OF SEVERELY HURTING SELF OR OTHERS: 10 - 1</p> <p>Serious suicidal act with clear expectation of death (e.g. stabbing, shooting, hanging, or serious overdose, with no one present) Frequent severe violence or self-mutilation Extreme manic excitement, or extreme agitation and impulsivity (e.g. wild screaming and ripping the stuffing out of a bed mattress) Persistent inability to maintain minimal personal hygiene Urgent/emergency admission to present psychiatric hospital In acute, severe danger due to medical problems (e.g. severe anorexia or bulimia with heart/kidney problems, or spontaneous vomiting WHENEVER food is ingested, or severe depression with out-of-control diabetes) <i>A person with 1-2 of the 6 areas of disturbance in this category = rating 8-10</i> <i>A person with 3-4 of the 6 areas of disturbance in this category = rating 4-7</i> <i>A person with 5-6 of the 6 areas of disturbance in this category = rating 1-3</i></p>

Adapted from: Hall, R. (1995). Global assessment of functioning: A modified scale, *Psychosomatics*, 36, 267-275.

Current Score: _____ Highest Score in past year: _____

SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER CRITERIA

Genetic Risk and Deterioration Prodromal State - Genetic risk involves meeting DSM-IV criteria for Schizotypal Personality Disorder (See below) and/or having a first degree relative with a psychotic disorder (See p. 7).

DSM IV - Schizotypal Personality Disorder:

A pervasive pattern of social and interpersonal deficits marked by acute discomfort with, and reduced capacity for close relationships as well as by cognitive or perceptual distortions and eccentricities of behavior. Onset can be traced back at least to adolescence or early adulthood. In persons under age 18 years, features must have been present for at least 1 year.

CURRENT SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER as indicated by five (or more) of the following:

DSM IV - Schizotypal Personality Disorder Criteria - Rated based on responses to the interview.	Yes	No
a. Ideas of reference (excluding delusions of reference)		
b. Odd beliefs or magical thinking that influences behavior and is inconsistent with subculture norms (e.g. superstitiousness, belief in clairvoyance, telepathy, or "sixth sense"; in children and adolescents, bizarre fantasies or preoccupations)		
c. Unusual perceptual experiences, including bodily illusions		
d. Odd thinking and speech (e.g. vague, metaphorical, over elaborate, stereotyped)		
e. Suspiciousness or paranoid ideation		
f. Inappropriate or constricted affect		
g. Behavior or appearance that is odd, eccentric, or peculiar		
h. Lack of close friends or confidants other than first-degree relatives		
i. Excessive social anxiety that does not diminish with familiarity and tends to be associated with paranoid fears rather than negative judgments about self		
Does the patient meet criteria for DSM IV - Schizotypal Personality Disorder?		

SUMMARY OF SIPS DATA

Positive Symptom Scale

0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe but Not Psychotic	6 Severe and Psychotic
-------------	------------------------------	-----------	---------------	---------------------------	----------------------------------	------------------------------

Positive Symptoms

P1. Unusual Thought Content/Delusional Ideas (p. 11)	0	1	2	3	4	5	6
P2. Suspiciousness/Persecutory Ideas (p. 13)	0	1	2	3	4	5	6
P3. Grandiosity (p. 15)	0	1	2	3	4	5	6
P4. Perceptual Abnormalities/Hallucinations (p. 18)	0	1	2	3	4	5	6
P5. Disorganized Communication (p. 20)	0	1	2	3	4	5	6

Negative, Disorganized, General Symptom Scale

0 Absent	1 Questionably Present	2 Mild	3 Moderate	4 Moderately Severe	5 Severe	6 Extreme
-------------	------------------------------	-----------	---------------	---------------------------	-------------	--------------

Negative Symptoms

N1. Social Anhedonia (p. 21)	0	1	2	3	4	5	6
N2. Avolition (p. 22)	0	1	2	3	4	5	6
N3. Expression of Emotion (p. 23)	0	1	2	3	4	5	6
N4. Experience of Emotions and Self (p. 24)	0	1	2	3	4	5	6
N5. Ideational Richness (p. 25)	0	1	2	3	4	5	6
N6. Occupational Functioning (p. 26)	0	1	2	3	4	5	6

Disorganization Symptoms

D1. Odd Behavior or Appearance (p. 27)	0	1	2	3	4	5	6
D2. Bizarre Thinking (p. 28)	0	1	2	3	4	5	6
D3. Trouble with Focus and Attention (p. 29)	0	1	2	3	4	5	6
D4. Personal Hygiene (p. 30)	0	1	2	3	4	5	6

General Symptoms

G1. Sleep Disturbance (p. 31)	0	1	2	3	4	5	6
G2. Dysphoric Mood (p. 32)	0	1	2	3	4	5	6
G3. Motor Disturbances (p. 33)	0	1	2	3	4	5	6
G4. Impaired Tolerance to Normal Stress (p. 34)	0	1	2	3	4	5	6

GAF (p. 37) Current _____ Highest in Past Year _____

Schizotypal Personality Disorder (p. 38) yes _____ no _____

Family History of Psychotic Illness (p. 7) yes _____ no _____

SUMMARY OF SIPS SYNDROME CRITERIA

I. Rule out current and past psychosis: PRESENCE OF PSYCHOTIC SYNDROME (POPS)

Psychotic Syndrome		Yes	No
A.	Are any of the SOPS P1-P5 Scales scored 6, or have they ever been?		
B.	If Yes to A, are the symptoms seriously disorganizing or dangerous, or were they ever?		
C.	If Yes to A, did the symptoms occur for at least one hour per day at an average frequency of four days per week over one month?		

If Yes to A and B or A and C, the subject meets criteria for current psychosis.

Note: Date when criteria first achieved (mm/dd/yy): _____

II. Rule in psychosis risk syndrome: CRITERIA OF PSYCHOSIS-RISK SYNDROMES (COPS 3.0)

Brief Intermittent Psychotic Symptom Psychosis-Risk Syndrome		Yes	No
1.	Are any of the SOPS P1-P5 Scales scored 6?		
2.	If Yes to 1, have the symptoms reached a psychotic level of intensity in the past three months?		
3.	If Yes to 1 and 2, are the symptoms currently present for at least several minutes per day at a frequency of at least once per month?		
4.	Are all otherwise qualifying symptoms better explained by another DSM-IV disorder (Axis I or 2)?		

If 1-3 are Yes and 4 is No, the subject meets criteria for Brief Intermittent Psychotic Syndrome.

Note: Date when criteria first achieved (mm/dd/yy): _____

Attenuated Positive Symptom Psychosis-Risk Syndrome		Yes	No
1.	Are any of the SOPS P1-P5 Scales scored 3-5?		
2.	If Yes to 1, have any of these symptoms begun within the past year or do any currently rate one or more scale points higher compared to 12 months ago?		
3.	If Yes to 1 and 2, have the symptoms occurred at an average frequency of at least once per week in the past month?		
4.	Are all otherwise qualifying symptoms better explained by another DSM-IV disorder (Axis I or 2)?		

If 1-3 are Yes and 4 is a No, the subject meets criteria for Attenuated Positive Symptom Prodromal Syndrome.

NOTE: Date when criteria first achieved (mm/dd/yy): _____

Genetic Risk and Deterioration Psychosis-Risk Syndrome		Yes	No
1.	The patient meets criteria for Schizotypal Personality Disorder.		
2.	The patient has a first degree relative with a psychotic disorder.		
3.	The patient is experiencing at least a 30% drop in GAF score over the last month as compared to 12 months ago.		

If any of the following conditions are met:

1. 1 and 3
2. 2 and 3
3. 1 and 2 and 3

The subject meets criteria for Genetic Risk and Deterioration Psychosis-Risk Syndrome.

NOTE: Date when criteria first achieved (mm/dd/yy): _____

Please check yes or no.

- No Yes Psychotic Syndrome
 No Yes Brief Intermittent Psychotic Symptom Psychosis-Risk Syndrome
 No Yes Attenuated Positive Symptom Psychosis-Risk Syndrome
 No Yes Genetic Risk and Deterioration Psychosis-Risk Syndrome
 No Yes Other DSM-IV Disorders
 Axis I _____
 Axis II _____

Annexe 4 : SPI-A (extrait)

Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
via Archimede 179, 00197 Roma
tel. 068072063 - fax 0686703720.
E-Mail info@fioriti.it – www.fioriti.it
www.clinicalneuropsychiatry.org



Psychiatry: directed by Alfonso Troisi

SCHIZOPHRENIA PRONENESS INSTRUMENT, ADULT VERSION (SPI-A)

by

Frauke Schultze-Lutter, Jean Addington, Stephan Ruhrmann, Joachim Klosterkötter

The Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version (SPI-A), assesses a wide range of subtle, self-experienced disturbances first described as basic symptoms. Primarily designed to support the prediction of first-episode psychosis, it also facilitates a broad range of clinical and research issues across the different states of the illness.

The SPI-A provides important insight into subclinical complaints and deficits that often precede frank psychotic episodes and maintain during remission. Hence, it mainly targets psychiatrists and psychologists with a clinical and scientific interest in psychoses but it may be relevant for other professionals, students, patients and families involved in the care of those with psychosis. Patients themselves might be supported by the SPI-A in expressing their subjective experiences that often appear to be hard to describe spontaneously.

The SPI-A has its origins in the basic symptom concept first described by Gerd Huber. Basic symptoms are subtle, subclinical self-experienced disturbances in drive, stress tolerance, affect, thinking, speech, perception and motor action, which are phenomenologically clearly distinct from psychotic symptoms. They can be present before the first psychotic episode, between and after psychotic episodes, even during psychotic episodes themselves. They were thought to be the most immediate psychopathological expression of the somatic disturbance underlying the development of psychosis – thus the term ‘basic’. Basic symptoms are phenomenologically different from mental states known to the patient/subject from what s/he considers his/her ‘normal’ self and thus are clearly distinguishable from subtle disturbances described as traits in those at genetic high-risk. In addition, basic symptoms are phenomenologically clearly distinct from attenuated or frank psychotic symptoms – employed in the ‘ultra-high risk’ (UHR) criteria of an imminent risk of first-episode psychosis – as they are not necessarily observable by others as are odd thinking and speech, negative symptoms and formal thought disorders. They are regarded as having originating in the subject, unlike schizotypal perceptual disturbances and hallucinations, and do not primarily affect thought content as do magical thinking, ideas of reference, paranoid ideation and delusions.

AUTHORS

Frauke Schultze-Lutter, PhD, is the scientific-psychological head of the Early Recognition and Intervention Centre for mental crises (FETZ) at the Department of Psychiatry of the University of Cologne, Germany, Europe’s first early detection service starting its work in 1997. Her interest in subjective experiences in psychoses dates back to her student’s days in Göttingen where she graduated in clinical psychology with the diploma thesis on basic symptoms in persons with mental retardation, schizophrenia and both.

Jean Addington, PhD, is a Professor in the Department of Psychiatry at the University of Toronto; Canada, and the Director of the PRIME Clinic, a research clinic for individuals at risk of psychosis, at the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto, Canada. She is currently the President of the International Early Psychosis Association.

Stephan Ruhrmann, MD, is the medical head of the FETZ and assistant medical director of the Department of Psychiatry of the University of Cologne. He had coordinated the pharmacological multi-centre early intervention trial within the German Research Network on Schizophrenia and the European Prediction of Psychosis Study (EPOS) and has special interest in the biological correlates of the prodromal phase.

Joachim Klosterkötter, Professor, MD, is the medical director of the Department of Psychiatry and dean of the Medical Faculty of the University of Cologne. As a co-author of the Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) and with his postdoctoral lecture qualification on transition sequences from basic to psychotic symptoms, he has a long standing interest in the early detection of psychoses and is the PI of several national and international mono- and multi-centre studies on this topic.

INTRODUCTION	5
<i>Basic symptoms and criteria for predicting psychosis</i>	5
<i>The Schizophrenia Proneness Instrument</i>	7
General assessment criteria	9
MANUAL, EXAMPLES, QUESTIONS AND RATING CRITERIA	13
<i>Affective-dynamic disturbances (A, ADYN)</i>	13
A1 Impaired tolerance to certain stressors (A.8./B.1.)	13
A1.1 ... unusual, unexpected or specific novel demands (A.8.1./B.1.2.)	14
A1.2 ... certain social everyday situations (A.8.2./B.1.3.)	15
A1.3 ... working under pressure of time or rapidly changing different demands (A.8.3./B.1.4.)	17
A2 Change in mood and emotional responsiveness (A.6.1.)	18
A2.1 Change in mood	18
A2.2 Change in emotional responsiveness	19
A3 Decrease in positive emotional responsiveness towards others (A.6.3.)	19
<i>Cognitive-attentional impediments (B, ATTENT)</i>	22
B1 Inability to divide attention (A.8.4.)	22
B2 Feeling overly distracted by stimuli (C.2.8.)	23
B3 Difficulties concentrating (C.1.5.)	24
B4 Difficulties to hold things in mind for less than an hour (C.1.9.)	25
B5 Slowed-down thinking (C.1.12.)	26
B6 Lack of ‘thought energy’ or goal-directed thoughts (C.1.13.)	27
<i>Cognitive disturbances (C, COGNIT)</i>	29
C1 Increased indecisiveness with regard to insignificant choices between equal alternatives (A.5.)	29
C2 Thought interference (C.1.1.)	30
C3 Thought blockages (C.1.4.)	31
C4 Disturbance of receptive speech (C.1.6.)	33
C5 Disturbance of expressive speech (C.1.7.)	35
C6 Disturbance of immediate recall (C.1.8.)	36
<i>Disturbances in experiencing the self and surroundings (D, SELF)</i>	38
D1 Decreased capacity to discriminate between different kinds of emotions (A.6.2.)	38
D2 Increased emotional reactivity in response to routine social interactions that affect the patient or his/her significant others (B.2.2.)	39

D3	Thought pressure (C.1.3.)	40
D4	Unstable ideas of reference, 'subject-centrism' (C.1.17.)	42
D5	Changed perception of the face or body of others (C.2.3.5.)	43
Body perception disturbances (E, BODY)		45
General comments		45
E1	Unusual bodily sensations of numbness and stiffness (D.1.)	46
E2	Unusual bodily sensations of pain in a distinct area (D.3.)	47
E3	Migrating bodily sensations wandering through the body (D.4.)	48
E4	Electric bodily sensations, feelings of being electrified (D.5.)	49
E5	Bodily sensations of movement, pulling or pressure inside the body or on its surface (D.7.)	50
E6	Sensations of the body or parts of it extending, diminishing, shrinking, enlarging, growing or constricting (D.9.)	52
Perception disturbances (F, PERCEPT)		54
General comments		54
F1	Hypersensitivity to light or certain optic stimuli (C.2.2.1.)	54
F2	Photopsia (C.2.2.2.)	55
F3	Micropsia, macropsia (C.2.3.2.)	56
F4	Hypersensitivity to sounds or noise (C.2.4.1.)	57
F5	Changes in the perceived intensity or quality of acoustic stimuli (C.2.5.1.)	57
F6	Somatopsychic bodily depersonalization (D.1.1.)	59
Optional: Additional items with a positive predictive value of equal or greater 0.70 according to the prospective CER-study (O)		61
O1	Thought perseveration (C.1.2.)	61
O2	Decreased ability to discriminate between ideas and perception, fantasy and true memories (C.1.15.)	62
O3	Disturbances of abstract thinking (C.1.16.)	64
O4	Other visual perception disturbances	65
O4.1	Near and tele-vision (C.2.3.1.)	65
O4.2	Metamorphopsia (C.2.3.3.)	66
O4.3	Changes in colour vision (C.2.3.4.)	66
O4.4	Changed perception of the patient's own face (C.2.3.6.)	66
O4.5	Pseudomovements of optic stimuli (C.2.3.7.)	67
O4.6	Diplopsia, oblique vision (C.2.3.8.)	67
O4.7	Disturbances of the estimation of distances or sizes (C.2.3.9.)	67
O4.8	Disturbances of the perception of straight lines or contours (C.2.3.10.)	68
O4.9	Maintenance of visual stimuli, 'visual echoes' (C.2.3.12.)	68
O4.10	Partial seeing including tubular vision (C.2.1.3.)	68
O5	Other acoustic perception disturbances	69
O5.1	Acoasms (C.2.4.2.)	69
O5.2	Maintenance of acoustic stimuli, 'acoustic echoes' (C.2.5.2.)	70
O6	Disturbances of olfactoric, gustatoric or tactile perception (C.2.6.)	70
O7	Captivation of attention by details of the visual field (C.2.9.)	71
O8	Derealization (C.2.11.)	72
O9	Motor interference exceeding simple lack of co-ordination (C.3.1.)	73
O10	Motor blockages (C.3.2.)	75
O11	Loss of automatic skills (C.3.3.)	76
REFERENCES		77
Appendix 1: Rating criteria in order of relevance		80

Annexe 5 : SPI-CY (extrait)

Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
via Archimede 179, 00197 Roma
tel. 068072063 - fax 0686703720.
info@fioriti.it – www.fioriti.it
www.clinicalneuropsychiatry.org



res ipsa loquitur

Psychiatry: directed by Alfonso Troisi

Frauke Schultze-Lutter, Max Marshall, Eginhard Koch

Schizophrenia Proneness Instrument, Child and Youth version

(SPI-CY)

PREFACE

THE SPI-CY - DIAGNOSTICALLY INDISPENSABLE

Unfortunately, the clinical significance of schizophrenic psychoses with onset in childhood or adolescence is still widely underestimated. They pose a substantial developmental risk to those affected, because their social prognosis is considerably worse than that of first-episode psychoses with adult-onset. About a third of schizophrenic psychoses start at a young age, and these numbers are augmented by drug-induced and atypical psychoses as well as schizoaffective disorders of adolescence with alternating relation to mood disorders. Furthermore, the prodromal phase of a number of schizophrenic disorders with an adult-onset starts in adolescence.

In early-onset psychosis, as in adult-onset, the duration of untreated psychosis is significantly correlated with clinical outcome and later psychosocial adaptation. Therefore early detection and treatment of psychosis is of critical importance in childhood and adolescence. Basic symptoms have a vital part to play in assessing prodromal symptoms, not least because they are experienced as irritating and burdensome departures from their normal subjective experience. Patients often regard the elicitation of basic symptoms as a supportive and empathetic process, because it demonstrates that the clinician has an understanding of the unusual worries, problems and perceptual changes that have been troubling them. Moreover, it is often the case that, following the assessment of basic symptoms, patients are more ready to speak about classic psychotic symptoms such as hallucinations and delusions, because they have developed trust into the interviewer.

In adults, it is well established that basic symptoms are of great importance in the diagnosis of psychotic transitional phenomena. In addition, we have demonstrated several times (Resch 1992; Koch et al. 2001; Resch et al. 2002a,b; Meng et al. 2009) that basic symptoms help to distinguish between early-onset psychoses and other non-psychotic disorders and may assist in the early detection of psychosis. However, when working with children and adolescents, one cannot rely exclusively on prodromal criteria developed on adult samples, but must take into account the peculiarities of adolescent development, so as to be able to distinguish normal age-related variations in mental state from pathognomonic clinical phenomena.

I am therefore delighted that Dr. Schultze-Lutter (Bern, Switzerland) and my colleague Dr. Koch (Heidelberg, Germany) have developed this child and adolescent version of the “Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version” (SPI-A; Schultze-Lutter et al. 2007a) based on pooled data from samples of young people. The “Schizophrenia Proneness Instrument, Child & Youth Version (SPI-

CY) can be used with children of 8 years and above, because, from then on, the cognitive development of children is sufficient to support the objective detachment of phenomenal self, which underpins the ability to report self-experiences.

I would also like to highlight improvements in the use of time and severity criteria in the assessment of basic symptoms. For how long does a basic symptom last? How frequently is it consciously recognized? How burdensome is it? Such dimensional self-ratings will certainly help to shed further light on the processes underlying the development from normal experiences to psychoses in adolescence.

I am convinced that this instrument will be widely used in research in child and adolescent psychiatry; moreover, I also hope that new interventions for adolescents based on the SPI-CY will be developed in the not too distant future. Although psychosis constitutes a terrible disruption in the life of an adolescent, the long term effects can be considerably ameliorated by rapid diagnosis and decisive therapeutic action. The SPI-CY will prove to be a vital piece of equipment in helping us revolutionise the care of young people with early-onset psychosis.

Heidelberg, October 2009

Univ.-Prof. Dr. Franz Resch
Director of the Department of Child and Adolescent Psychiatry
University Hospital Heidelberg

CONTENTS

PREFACE	IX
INTRODUCTION	1
BASIC SYMPTOMS AND THEIR ROLE IN THE EARLY DETECTION OF PSYCHOSES	1
BASIC SYMPTOMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS	5
APPLICATIONS OF THE BASIC SYMPTOM ASSESSMENT	8
THE SCHIZOPHRENIA PRONENESS INSTRUMENT	9
ADAPTING THE SCHIZOPHRENIA PRONENESS INSTRUMENT FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS	10
MANUAL AND RATING GUIDELINES	13
GENERAL ASSESSMENT CRITERIA	13
Age range	13
Self-experience and novelty	14
General exclusion criteria	14
GENERAL ASSESSMENT GUIDELINES	15
Prompt-questions and sample statements	15
Conducting the interview	15
Differentiating longer-standing basic symptoms from trait characteristics	16
Use of supplementary reports from parents and other carers	17
Severity criteria	17
Additional scoring options	19
DIMENSION A: ADYNAMIA	19
A1 Reduced energy and vitality	20
A2 Reduced persistence and patience	22
A3 Reduced drive and initiative	23
A4 Impaired tolerance to certain stressor	25

A4.1	Physical and/or mental labour	26	
A4.2	Unusual, unexpected or specific novel demands	27	
A4.3	Certain social everyday situations	29	
A4.4	Working under pressure of time or rapidly changing different demands		31
A5	Change in mood and emotional responsiveness	32	
A6	Decrease in positive emotional responsiveness towards others	33	
A7	Intermittent, recurrent depressive mood swing	35	
A8	Disturbance in presenting oneself	36	
A9	Increased emotional reactivity in response to everyday events	38	
A10	Increased emotional reactivity in response to routine social interactions that affect the young person directly or indirectly		39
A11	Difficulties concentrating	41	
A12	Being forgetful or scatterbrained	42	
A13	Slowed-down thinking	44	
A14	Lack of 'thought energy' or goal-directed thoughts (from age 13 onwards)	45	
DIMENSION B: PERCEPTION DISTURBANCES		47	
B1	Decreased ability to discriminate between ideas and perception, fantasy and true memories	47	
B2	Unstable ideas of reference	49	
	General comments on visual and acoustic perception disturbances		51
B3	Visual perception disturbances	52	
B3.1	Near and tele-vision	52	
B3.2	Micropsia, macropsia	53	
B3.3	Metamorphopsia	53	
B3.4	Changes in colour vision	54	
B3.5	Changed perception of the face or body of others	55	
B3.6	Changed perception of one's own face	56	
B3.7	Pseudomovements of optic stimuli	56	
B3.8	Diplopsia, oblique vision	57	
B3.9	Disturbances of the estimation of distances or sizes	58	
B3.10	Disturbances of the perception of straight lines or contours	58	
B3.11	Dysmegalopsia	59	
B3.12	Maintenance of visual stimuli, 'visual echoes'	59	
B4	Hypersensitivity to sounds and acoasms	60	
B4.1	Hypersensitivity to sounds or noise	60	
B4.2	Acoasms	61	
B5	Other acoustic perception disturbances	62	
B5.1	Changes in the perceived intensity or quality of acoustic stimuli	62	
B5.2	Maintenance of acoustic stimuli, 'acoustic echoes'	63	
B6	Disturbance of the comprehension of visual or acoustic stimuli	64	
B7	Derealization (from age 13 onwards)	65	
B8	Body perception disturbances (cenesthesias)	67	
B8.1	Unusual bodily sensations of numbness and stiffness	68	
B8.2	Somatopsychic bodily depersonalization	69	
B8.3	Migrating bodily sensations wandering through the body	70	
B8.4	Electric bodily sensations, feelings of being electrified	71	
B8.5	Bodily sensations of movement, pulling or pressure inside the body or on its surface	72	
B8.6	Bodily Sensations of abnormal heaviness, lightness,		

emptiness, falling, sinking, levitation or elevation	74
DIMENSION C: NEUROTICISM	76
C1 Decreased need for social contacts	76
C2 Increased emotional reactivity in response to adversities of strangers	77
C3 Increased excitability and irritability	79
C4 Obsessive-compulsive phenomena	80
C5 Phobic phenomena	81
C6 Autopsychic depersonalization (from age 13 onwards)	82
C7 Unusual bodily sensations of pain in a distinct area	84
C8 Dysesthesias caused by touch or perceptions	85
DIMENSION D: THOUGHT AND MOTOR DISTURBANCES	87
D1 Increased indecisiveness with regard to insignificant choices between equal alternatives (from age 13 onwards)	87
D2 Impaired social skills	88
D3 Decreased spontaneity, increased self-reflection (from age 13 onwards)	90
D4 Disturbance of immediate recall	91
D5 Difficulty holding things in mind for less than an hour	92
D6 Disturbance in retrieving knowledge from long-term memory (from age 13 onwards)	94
D7 Disturbances of abstract thinking (from age 13 onwards)	95
D8 Inability to divide attention	97
D9 Thought interference	98
D10 Thought pressure	99
D11 Disturbance of receptive speech	101
D12 Disturbance of expressive speech	103
D13 Decreased capacity to discriminate between different kinds of emotions	104
D14 Thought perseveration	106
D15 Thought blockages (from age 13 onwards)	108
D16 Feeling overly distracted by stimuli	111
D17 Motor interference exceeding simple lack of co-ordination	112
D18 Motor blockages	113
D19 Loss of automatic skills	114
REFERENCES	116
APPENDIX 1: Optional Items	122
O1 Partial seeing including tubular vision	122
O2 Captivation of attention by details of the visual field	123
O3 Photopsia	124
APPENDIX 2: Comparison of items included in SPI-CY and SPI-A	127
APPENDIX 3: Rating criteria in order of relevance	139
Score Sheet	140
Evaluation of basic symptom criteria	153

Annexe 6 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature

Titre de l'étude	Auteurs (année)	Population étudiée	Caractéristique de l'étude	Principaux résultats
Prevalence and correlates of school drop-out prior to initial treatment of nonaffective psychosis: Further evidence suggesting a need for supported education	Goulding et al. (2010)	109 patients âgés de 18 à 39 ans ayant présenté un premier épisode de psychose non affective	Étude épidémiologique descriptive Objectif principal : Évaluer la prévalence de la déscolarisation et les variables associées chez des patients avec un premier épisode psychotique.	44,0% de sujets déscolarisés, pour 17,8% dans une population générale comparable sur le plan démographique entre 2004 et 2008
'Earning and learning' in those with psychotic disorders: the second Australian national survey of psychosis	Waghorn et al. (2012)	1825 participants âgés de 18-64 ans avec diagnostic de psychose (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble bipolaire de l'humeur, dépression avec caractéristiques psychotiques)	Étude épidémiologique descriptive Objectifs : Évaluer l'activité professionnelle de patients psychotiques Évaluer le niveau d'études et lien avec le niveau d'emploi	68,15% n'ont pas fini le niveau secondaire en 2010 (47,8% en 1997, vs 36,8% en population générale)
Risk Factors for Psychosis: Impaired Social and Role Functioning	Cornblatt et al. (2012)	100 participants du NAPLS1 26 CHR ayant fait une transition à court terme, appariés à 26 CHR n'ayant pas fait de transition 24 CHR ayant fait une transition à long terme, appariés à 24 CHR n'ayant pas fait de transition	Étude analytique Évaluer l'altération du fonctionnement chez des sujets à haut risque. Prouver que l'altération du fonctionnement est en lien avec le risque de transition psychotique, qu'elle soit précoce ou tardive.	Fonctionnement social prédictif de la transition psychotique précoce (OR, 3.82; 95% CI, 1.08–13.51) ou tardive (OR, 5.83; 95% CI, 1.15–29.54) Très bas niveau de fonctionnement lié à l'activité dans les transitions tardives : pas de caractère prédictif de la transition, lien avec chronicité des troubles

Premorbid functional development and conversion to psychosis in clinical high-risk youths	Tarbox et al. (2013)	270 CHR du NAPLS1 dont 78 ayant fait une transition psychotique et 192 n'ayant pas transitionné	Étude analytique Objectifs : Évaluer le fonctionnement selon PAS pour prouver son caractère prédictif de la transition psychotique	Pas de caractère prédictif de la transition psychotique pour le défaut d'ajustement scolaire Ajustement social au début de l'adolescence prédictif du risque de transition (HR = 1,38, p=0,014). ++ si associé à suspicion Difficultés scolaires anciennes chez sujets à faible niveau d'éducation (enfance p<0,001, début d'adolescence p<0,001, fin d'adolescence p=0,002)
The Global Functioning: Social and Role Scales—Further Validation in a Large Sample of Adolescents and Young Adults at Clinical High Risk for Psychosis	Carrion et al. (2019)	12-35 ans 764 CHR et 278 sujets témoins	Étude cas-témoins, validité d'une échelle de mesure Objectifs : Évaluer la fiabilité inter-juge, la stabilité et la concordance avec les autres échelles de mesures Évaluer le caractère prédictif du risque de transition psychotique	Validation de l'échelle de mesure Altération significative du fonctionnement social et du fonctionnement lié à l'activité par rapport aux sujets témoins (p<0,001) Caractère prédictif de la transition pour le fonctionnement social
Expanding the search for emerging mental ill health to safeguard student potential and vocational success in highschool: A narrative review	Bowman et al. (2020)	12-18 ans (enseignement secondaire) présentant des critères d'état mental à risque	Revue narrative de la littérature : croisement littérature psychiatrique et littérature de l'éducation	Stade 0 : Troubles de l'attention, troubles des apprentissages, altération de l'engagement scolaire. Risque plus élevé de déscolarisation. Stade 1a : Dégradation des performances scolaires et risque de déscolarisation. Stade 1b :

				Pas de recherches spécifiques dans l'éducation. En faveur d'une prévalence élevée de déscolarisation.
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Annexe 7 : GF: Role Scale (GF: Role)

Current _____ Lowest Past Year _____ Highest Past Year _____

- Check here if this is a retrospective rating.

Please rate the patient's "lowest" level of functioning in occupational, educational, and/or homemaker roles, as appropriate, within specified time frame. For "current," rate most impaired level of functioning for the "past month." Rate actual functioning regardless of etiology of occupational/educational problems.

Note: This scale emphasizes the level of support provided within the individual's environment and the individual's performance given such support. The term "independently" as used throughout this instrument implies that an individual is functioning at an "age-appropriate level" without the assistance of external supports or accommodations. Examples of independent functioning include (1) age-appropriate functioning in a mainstream school without requiring extra help, special classes, or special accommodations for testing; (2) competitive full-time employment without additional guidance, support, job coaching, or other forms of special assistance; and (3) full-time homemaker responsible for generating, organizing, and pacing of household tasks and activities for a family without additional guidance, support, or supervision.

Prompts for GF: Role Scale

Specific questions to aid in rating the GF: Role scale are provided below. Be sure to assess for changes in role functioning over the previous year (to rate highest and lowest) as well as current functioning within the past month. Determine and rate functioning for "primary role" setting (work, school, or home) based upon questions below. However, if the subject is engaged in multiple roles, consider total amount of time spent in role-related activities (ie, part-time school plus part-time work equals full-time role status).

1. How do you spend your time during the day?
2. If currently working:
 - a. Where do you work? What are your job responsibilities?
 - b. How many hours a week do you work?
 - c. How long have you been in your current job? Have you had any recent changes in your job status (eg, lost job, stopped working, changed position, or workload)?
 - d. Do you usually need assistance or regular supervision at work? How often do you need extra help? Are there any tasks that you are not able to do alone?
 - e. Do you ever have trouble keeping up? Are you able to catch up if you fall behind?
 - f. Have you received any comments (positive or negative) or formal reviews regarding your performance? Have others pointed out things that you have done well or poorly?
3. If currently attending school:
 - a. What type of school do you attend? (general education, nonpublic school, residential/hospital)
 - b. Have you ever been in special education classes or other nongeneral education classes?
 - c. How long have you been at this school? Have you had any recent changes in your school placement?
 - d. Do you receive any extra help or accommodations in your classes? Do you receive tutoring or extra help in school or after school? Do you receive extra time to take tests or are you able to leave the classroom to take tests in a quiet place?
 - e. Do you have trouble keeping up with your coursework? Are you able to catch up if you fall behind?
 - f. How are your grades? Are you failing any classes?
4. If a homemaker:
 - a. What are your responsibilities around the house or for the family?
 - b. How long have you been in charge of the home?
 - c. How many hours per week do you spend working on household tasks?

- d. Are you able to keep up with the demands of your household? Do you ever fall behind? If so, are you able to catch up or do you need others' help? Are you avoiding any tasks? Do you need regular assistance or supervision for any tasks within the home?
- e. Have you received any comments (positive or negative) regarding your performance? Have others pointed out things that you have done well or poorly?

GF : Role rates

Superior role functioning

Independently maintains superior functioning in demanding roles. Obtains only superior performance 10 evaluations at competitive work placement. Obtains all A's in mainstream school. Generates, organizes, and completes all homemaking tasks with ease.

Above average role functioning

Independently maintains very good functioning in demanding roles. Rarely absent or unable to perform. 9 Obtains good to superior performance evaluations at competitive work placement. Obtains grades in A and B range in all courses in mainstream school. Generates, organizes, and completes all homemaking tasks.

Good role functioning

Independently maintains good role functioning in demanding roles. Occasionally falls behind on tasks but always catches up; obtains satisfactory performance evaluations at competitive work placement; obtains grades of C and above in mainstream school; occasional difficulty generating or organizing homemaking 8 tasks; or maintains above average performance with minimal support (eg, tutoring, reduced academic course load at 4-year university, attends community college, may receive additional guidance at work less than 1–2 times a week). Receives As and Bs, good work/school evaluations, and completes all tasks with this level of support.

Mild impairment in role functioning

Mildly impaired functioning in demanding roles independently. Frequently behind on tasks or unable to perform; frequently obtains poor performance evaluations at competitive work placement or grades of Ds 7 or better in mainstream school; frequent difficulty generating or organizing homemaking tasks; or maintains good performance with minimal support (eg, minimal accommodations in general education classroom, receives additional guidance/support at work 1–2 times a week). Receives Cs or higher, satisfactory work/school evaluations, and completes most homemaking tasks with this level of support.

Moderate impairment in role functioning

Moderate impairment independently. May receive occasional F in mainstream courses, persistently poor performance evaluations at competitive work placement; may change jobs because of poor performance, persistent difficulty generating, or organizing homemaking tasks; or requires partial support (some 6 resource or special education courses, receives guidance/support at work 2+ times per week). May require less demanding or part-time jobs and/or some supervision in home environment but functions well or adequately given these supports (may fall behind but eventually completes assigned tasks, obtains satisfactory evaluations at work or passing grades in school).

Serious Impairment in Role Functioning

Serious impairment independently. Failing multiple courses in mainstream school, may lose job, or unable to complete most homemaking tasks independently; or in entirely special education classes, requires less 5 demanding job/daily support or guidance, may require vocational rehabilitation, and/or some supervision in home environment but maintains "above average" performance—receives As and Bs, good evaluations at work/school, completes all tasks.

Major impairment in role functioning

Very serious impairment independently. All Fs in mainstream school or failing out of school; cannot obtain or hold independent job or unable to complete virtually any homemaking tasks independently; or adequate to good functioning with major support. Requires assisted work environment, entirely special 4 education classes, nonpublic or psychiatric school, home schooling for the purpose of a supportive school environment, and/or supported home environment but functions adequately given these supports (may fall behind but completes assigned tasks, obtains satisfactory performance evaluations at work or passing grades).

Marginal ability to function

- 3 Impaired functioning with major support. Requires supported work environment, entirely special education classes, nonpublic or psychiatric school, home schooling for the purpose of a supportive school environment, and/or supported home environment but functions poorly despite these supports (persistently behind on tasks, frequently unable to perform, obtains poor performance evaluations at work or fails courses at school).

Inability to function

- 2 Disabled but participates in structured activities. On disability or equivalent non independent status. Not working for pay, attending classes for grades, or living independently. Spends 5 or more hours a week in structured role-related activities (eg, residential treatment, volunteering, tutoring, sheltered work programs).

Extreme role dysfunction

- 1 Severely disabled. On disability or equivalent non independent status. Not working for pay, attending classes for grades, or living independently. Spends fewer than 5 hours a week in structured role-related activities.

**EARLY DETECTION HIGH-RISK SUBJECTS AMONG
ADOLESCENTS WHO HAVE DROPPED OUT OF SCHOOL : A
REVIEW OF THE LITERATURE**

ABSTRACT :

Introduction : Psychotic disorders have a major socio-economic impact due to the frequent socio-professional disinsertion among patients. With the development of early detection of subjects at high-risk of psychotic transition, the possibility of identifying among adolescents who've dropped out of school, those at risk of psychotic transition, seems to be an opportunity to limit the psychosocial consequences of the disease.

Method : This thesis is a review of the literature of articles published from 2010, about school dropout in the context of emerging psychotic disorders.

Results : Even if the data are insufficient thus far, we've found an alteration in school functioning and a high prevalence of school dropout in subjects at risk of psychotic transition. This is in favor of a correlation between dropping out of school and emerging psychotic disorders among teenagers.

Conclusion : Early detection in adolescents who have dropped out of school seems relevant, especially since there is a mutual benefit in these two issues' caring. The indication of this early detection needs to be refined by further research.

KEYWORDS : high-risk subjects of psychotic transition, early detection, schizophrenia, adolescents, school dropout

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Thesis research director : Ivan GICQUEL

INTÉRÊT DE LA DÉTECTION PRÉCOCE DES SUJETS À HAUT RISQUE DE TRANSITION PSYCHOTIQUE CHEZ LES ADOLESCENTS DÉSCOLARISÉS : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

RESUME EN FRANÇAIS :

Introduction : Les troubles psychotiques ont un impact socio-économique majeur du fait de la désinsertion socio-professionnelle fréquente chez les malades. Avec le développement de la détection précoce des sujets à risque de transition psychotique, la possibilité de repérer chez les adolescents déscolarisés ceux à risque de transition psychotique semble être une opportunité pour limiter les conséquences psychosociales de la maladie avec la mise en place d'une prise en charge spécifique.

Méthode : Cette thèse propose une revue de la littérature d'articles publiés à partir de 2010 sur la déscolarisation dans un contexte de troubles psychotiques émergents.

Résultats : Même si les données de la littérature sont insuffisantes à ce jour, on retrouve une altération du fonctionnement scolaire et une prévalence importante de déscolarisation chez les sujets à risque de transition psychotique, en faveur d'une corrélation entre déscolarisation et troubles psychotiques émergents chez les adolescents.

Conclusion : La détection précoce chez les adolescents déscolarisés semble pertinente, d'autant plus qu'il y a un bénéfice réciproque à prendre en charge ces deux problématiques. L'indication de cette détection précoce doit être affinée par des recherches complémentaires.

TITRE EN ANGLAIS : Early detection of subjects at high risk of psychotic transition among adolescents who have dropped out of school : a review of the literature

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : sujet à haut risque de transition psychotique, détection précoce, schizophrénie, adolescents, déscolarisation

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Ivan GICQUEL