

Traits schizotypiques et souffrance psychologique en population estudiantine tunisienne

Sahar Boubaker

boubaker.sahar@hotmail.com

Service de psychiatrie, Faculté de Médecine, Monastir, Tunisie

Anwar Mechri

anwar_mec@yahoo.fr

Résumé

Des liens étroits entre schizotypie et schizophrénie ont été observés notamment en termes de facteurs de risque partagés et de dimensions cliniques communes. Toutefois, des relations entre les traits ou les dimensions schizotypiques et les troubles psychologiques mineurs et/ou les troubles des conduites ont été suggérées. Nos objectifs étaient d'évaluer les différentes dimensions de la schizotypie chez un groupe d'étudiants et d'explorer les liens entre dimensions de la schizotypie et des indicateurs de la souffrance psychologique. Une étude transversale a concerné des étudiants volontaires (n=891; âge moyen: 20.56 ±1.94 et 62% de sexe féminin). L'évaluation a consisté en la passation du Schizotypal Personality Questionnaire-Brief version (SPQ-B) et du General Health Questionnaire-12 items (GHQ-12) dans leurs versions arabes. Le score total moyen pour le SPQ-B était de 10.7 ± 4.1. La dimension négative de la schizotypie avait le sous score le plus élevé. Une corrélation positive était constatée entre le score total du GHQ-12 et les scores de schizotypie; cette corrélation était constatée pour le score total de schizotypie (r=0.35; p<0.001) et pour les sous-scores de dimensions positive (r=0.11; p=0.001), négative (r=0.31; p<0.001) et de désorganisation (r=0.33; p<0.001). La prise de substances psychoactives (cannabis, médicaments ou autres) a été rapportée par 4% des étudiants et a été associée au score total de schizotypie et au sous score de la dimension désorganisation. L'association entre les traits schizotypiques et la souffrance ou la détresse psychologique pourraient favoriser l'éclosion des troubles psychotiques, surtout avec la prise de substances psychoactives, soulignant l'importance des efforts de dépistage en milieu universitaire.

Mots-clés: personnalité schizotypique; dimensions schizotypiques; étudiants; souffrance psychologique.

Schizotypal dimensions and psychological distress in Tunisian university students

Sahar Boubaker

boubaker.sahar@hotmail.com

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Monastir, Tunisia

Anwar Mechri

anwar_mec@yahoo.fr

Abstract

Close links between schizotypy and schizophrenia has been observed, particularly in terms of shared risk factors and common clinical dimensions. However, relationships between schizotypal traits or dimensions and minor psychological disorders and/or addictive disorders were suggested. Our objectives were to assess the schizotypy dimensions among a sample of university students and to explore the links between schizotypy dimensions and indicators of psychological distress. A cross-sectional study was conducted on volunteer students (n = 891, mean age: 20.56 ± 1.94 and 62% women). The assessment consisted of the Schizotypal Personality Questionnaire Brief-version (SPQ-B) and the General Health Questionnaire-12 items

(GHQ-12) in their Arabic versions. The results found a mean total score for SPQ-B of 10.7 ± 4.1 . The negative dimension of schizotypy had the highest sub-score. A positive correlation was found between the GHQ-12 total score and the SPQ-B scores. These correlations were found for the total SPQ-B score ($r=0.35$, $P<0.001$) and for the positive ($r=0.11$, $P=0.001$), negative ($r=0.31$, $P<0.001$) and disorganization ($r=0.33$, $P<0.001$) sub-scores. The use of psychoactive substances (cannabis, drugs or others) was reported by 4% of students. These psychoactive substances use was associated with the total score of schizotypy and especially with the disorganization dimension subscore. The association between schizotypal traits and psychological distress could lead to emergence of psychotic disorders, especially with psychoactive substances use, highlighting the importance of screening efforts in universities.

Keywords: schizotypal personality, schizotypal dimensions, university students, psychological distress.

Introduction

Le concept de schizotypie désigne une structure particulière de la personnalité traduisant une prédisposition à la schizophrénie (Raine, 2006; Laguerre et al., 2008; Badcock et al., 2016). Le terme de schizotypie conçu par Sandor Rado (Rado, 1953) se proposait de décrire un trouble de la personnalité, correspondant à l'expression phénotypique d'une vulnérabilité à la schizophrénie, lié à une interaction entre prédisposition génétique et environnement. En pratique clinique et dans le domaine de la recherche, la notion de schizotypie a donné lieu à des approches et théories psychopathologiques riches et complexes (Ferchiou et al., 2017).

Le manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux dans sa cinquième version (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) définit la personnalité schizotypique comme "un mode général de déficit social et interpersonnel marqué par des perturbations dans les relations proches avec distorsions cognitives et perceptives et des conduites excentriques".

La notion de schizotypie reste toujours débattue. Des liens étroits entre schizotypie et schizophrénie ont été mis en évidence notamment en termes de facteurs de risque partagés qu'ils soient génétiques ou environnementaux (Barrantes-Vidal et al., 2015). Sur un plan clinique, il a été montré que les symptômes positifs et négatifs chez les sujets schizophrènes prédisaient des traits schizotypiques équivalents chez leurs apparentés non malades (Mata et al., 2003). La plupart des analyses factorielles ont également montré que la schizotypie est composée des trois mêmes dimensions que celles retrouvées dans la schizophrénie, à savoir les dimensions positives, négatives et de désorganisation (Laguerre et al., 2008).

Toutefois, la littérature récente (Fonseca-Pedrero et al., 2019; Raynal et al., 2016; Wang et al., 2018) a montré que les traits schizotypiques sont présents dans la population générale sans être nécessairement associés avec un trouble de la personnalité ou avec une condition psychopathologique telle que la schizophrénie. Ces traits sont distribués le long d'un continuum de sévérité variable où la condition clinique serait située à son extrémité finale. En effet, peu de données sont actuellement disponibles sur la santé mentale des sujets ayant des traits schizotypiques et qui ne développent pas de trouble psychotique. Toutefois, des interactions probables existent entre ces traits et le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie des individus (Mohr & Claridge, 2015).

Ainsi, nous nous sommes proposé d'étudier les indicateurs de santé mentale en relation avec les différentes dimensions de la schizotypie. Notre hypothèse était l'existence d'interactions différentes entre chacune des dimensions de la schizotypie et la santé mentale en général.

Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les différentes dimensions de la schizotypie chez une population non clinique composée d'étudiants universitaires et d'explorer les liens entre les dimensions de la schizotypie et des indicateurs de la souffrance psychologique.

Méthode

Il s'agit d'une étude transversale concernant des étudiants volontaires inscrits aux facultés de médecine et des sciences d'ingénieur de Monastir durant l'année universitaire 2017-2018. Après information sur les objectifs et les principes de l'étude, 1100 étudiants ont été invités à remplir un questionnaire évaluant respectivement la schizotypie et la santé mentale. Au total, nous avons colligé 891 questionnaires correctement remplis, correspondant à un taux de réponse de 81%. Les participants étaient âgés de $20,56 \pm 1,94$ ans, avec prédominance féminine (62%) et appartenaient en majorité à la faculté de médecine de Monastir (72,5%).

Le recueil des données s'est basé sur un questionnaire anonyme en langue arabe composé de trois parties: la première partie a concerné les données sociodémographiques, la seconde a évalué les dimensions schizotypiques et la troisième partie a exploré la souffrance ou la détresse psychologique.

Le questionnaire de personnalité schizotypique dans sa version brève (Schizotypal Personality Questionnaire-Brief, SPQ-B) (Raine & Benishay, 1995), composé de 22 items, a été administré après sa traduction en arabe. Il a permis le calcul d'un score total et d'un sous-score pour chacune des trois dimensions de la schizotypie. La version arabe du SPQ-B a montré une bonne consistance interne avec un coefficient de Cronbach (α) de 0,76. L'analyse en composantes principales (ACP) a permis de dégager un modèle à trois facteurs adaptés à nos données ainsi qu'à celles de la littérature (Tableau 1). Ce modèle à trois facteurs (positif, négatif et de désorganisation) comptait pour 33,2% de la variance totale de l'échelle.

Tableau 1. Structure tridimensionnelle du SPQ-B

Dimension du SPQ-B	Items du SPQ-B
Dimension positive ou cognitivo-perceptuelle	2, 4, 5, 9,10, 12, 16, 17
Dimension négative ou sociale-interpersonnelle	1, 7, 11, 14, 15, 18, 21, 22
Dimension de désorganisation	3, 6, 8, 13, 19, 20

Le questionnaire de santé mentale dans sa version arabe à 12 items (General Health Questionnaire, GHQ-12) (Daradkeh et al., 2001) a permis l'évaluation globale de la santé mentale des participants. Le calcul du score s'est effectué par addition des valeurs ainsi obtenues pour chacun des 12 items. Le score total variait de 0 à 36, les scores les plus élevés représentant des niveaux plus élevés de détresse psychologique. Un score seuil (GHQ-12=10) définissant l'existence d'une détresse psychologique a été utilisé. Cette valeur seuil avait une sensibilité de 100% et une spécificité de 55% selon les auteurs de la version arabe (Daradkeh et al., 2001). La consistance interne de la version utilisée du GHQ-12 était satisfaisante avec un coefficient (α) de Cronbach de 0,83. L'analyse en composantes principales (ACP) a montré qu'une solution à trois facteurs avait la meilleure description des items du GHQ-12 et expliquait 56% de la variance totale de l'échelle: facteur 1 (Dysfonction sociale/cognitive, 6 items); facteur 2 (Dépression/faible estime de soi, 3 items) et facteur 3 (Anxiété/insomnie, 2 items).

Le recueil des données a respecté le principe de l'anonymat. Un consentement éclairé a été obtenu pour l'ensemble des participants. Une autorisation des deux établissements universitaires concernés a été obtenue avant le déroulement de l'enquête. En cas de soucis en rapport avec le remplissage du questionnaire, le participant avait la possibilité de contacter l'investigateur principal par téléphone ou par e-mail pour des informations supplémentaires.

L'analyse statistique a été effectuée par le logiciel SPSS 21.0, en utilisant des statistiques descriptives et analytiques. Pour la partie descriptive, nous avons calculé des fréquences simples et des fréquences relatives (pourcentages par rapport à l'effectif total) pour les variables qualitatives. Des moyennes et des écart-types (déviations standards) ont été calculées en déterminant l'étendue (maximum et minimum) pour les variables quantitatives.

Pour la partie analytique, nous avons utilisé le test de "khi²", le test "t" de Student afin de mettre en évidence les relations possibles entre les paramètres sélectionnés. Le test de Pearson a été utilisé afin de dégager le type de corrélations statistiques entre les paramètres. Enfin, une analyse multivariée par régression linéaire multiple ou par régression logistique a aussi été réalisée afin de rechercher les variables associées à la souffrance psychologique et à la consommation de toxiques chez les étudiants. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

Résultats

Le score total moyen de schizotypie selon le SPQ-B était de 10.7 ± 4.1 (rang: 0-22). Selon les dimensions, le sous score de schizotypie négative était le plus élevé ($4,7 \pm 2,13$), suivi par celui de schizotypie positive ($3,4 \pm 1,52$) et désorganisée ($2,5 \pm 1,79$) (Tableau 2).

Il n'y avait pas de corrélation entre les différents scores de schizotypie et l'âge des étudiants. De même, aucune différence significative n'a été constatée au niveau des scores de schizotypie selon le genre des étudiants ou la filière d'étude.

Tableau 2. Scores moyens du SPQ-B

Dimension SPQ	Nombre d'items	Score moyen	Ecart-type
Positive	8	3,4	1,52
Négative	8	4,7	2,13
désorganisation	6	2,5	1,79
Score total	22	10,7	4,1

Le score total moyen au questionnaire de santé mentale GHQ-12 était de $13,06 \pm 5,58$ (range: 0-33). En considérant la note seuil, 65,4% des participants avaient une détresse psychologique. Il n'y avait pas de différence significative au niveau des scores du GHQ-12 selon l'âge ou le genre des étudiants. La consommation de substances toxiques (cannabis en particulier) a été rapportée par 3,8% des étudiants, majoritairement de sexe masculin (71%).

L'étude des relations entre les scores de schizotypie et le score de santé mentale a montré que tous les scores de schizotypie étaient significativement plus élevés dans le groupe "avec détresse psychologique" par rapport au groupe "sans détresse psychologique" (Tableau 3).

Tableau 3. Scores moyens de schizotypie en fonction de la détresse psychologique

	Détresse psychologique		p
	Non (n= 308)	Oui (n= 583)	
SPQ positif	3,25± 1,46	3,5 ±1,56	0,01
SPQ négatif	4,01 ±2,10	5,12± 2,06	<0,001
SPQ désorganisation	1,92 ±1,62	2,89 ± 1,79	<0,001
SPQ total	9,19 ± 3,73	11,55±4,07	<0,001

De même, une corrélation positive était trouvée entre le score total du GHQ-12 et les scores de schizotypie; cette corrélation était constatée pour le score total de schizotypie ($r=0.35$; $p<0.001$) et pour les sous-scores de dimensions positive ($r=0.11$; $p=0.001$), négative ($r=0.31$; $p<0.001$) et de désorganisation ($r=0.33$; $p<0.001$).

Par ailleurs, les items du GHQ-12 appartenant aux facteurs "anxiété/insomnie" et "dépression/faible estime de soi" ont montré des corrélations positives avec le score total du SPQ-B, ainsi qu'avec les trois sous scores des différentes dimensions. Par contre, les items du facteur "dysfonction sociale/cognitive" du GHQ-12 étaient corrélés aux sous scores SPQ-B négatif et SPQ-B désorganisation, mais pas avec le SPQ-B positif.

L'analyse multivariée a retenu une association particulière du score total du GHQ-12 avec les sous scores des dimensions négative et de désorganisation (Tableau 4). Ces deux composantes de la schizotypie expliqueraient donc mieux la souffrance psychologique chez les étudiants.

Tableau 4. Variables indépendantes associées avec le score total du GHQ-12

	Coefficient bêta	t	p
SPQ désorganisation	0,23	6,10	<0,001
SPQ négatif	0,19	5,54	<0,001

Le score total de schizotypie et les sous scores des dimensions positive et surtout de désorganisation étaient significativement plus élevés chez les étudiants ayant rapporté la consommation des substances toxiques (Tableau 5).

Tableau 5. Scores de schizotypie en fonction de la consommation de substances

	Consommation de substances		p
	Non (n=857)	Oui (n=34)	
SPQ positif	3,41 ±4,10	4,02 ±1,62	0,02
SPQ négatif	4,74 ±2,14	5,11± 1,87	0,37
SPQ désorganisation	2,53 ±1,78	4 ±1,41	<0,001
SPQ total	10,68± 4,10	13,14 ± 3,28	0,001

En analyse multivariée, la consommation de substances toxiques a été associée à la dimension de désorganisation du SPQ-B et au sexe masculin (Tableau 6).

Tableau 6. Variables indépendantes associées avec la consommation de toxiques

	wald	p
Sexe masculin	13,34	<0,001
SPQ désorganisation	8,79	0,003

Discussion

Nos résultats ont montré le caractère multidimensionnel de la schizotypie dans une population non clinique composée d'étudiants universitaires et ont établi des liens entre les dimensions de la schizotypie et la souffrance psychologique et la prise de substances.

Le score total moyen au questionnaire SPQ-B dans notre échantillon (10,7±4,1) était supérieur aux scores trouvés par d'autres travaux. Dans l'étude originale de Raine et Benishay, ces auteurs ont rapporté un score total moyen de 9,6±5,3 chez une population estudiantine (Raine & Benishay, 1995). D'autres travaux menés également chez des étudiants dans différents pays ont trouvé des scores SPQ-B moins élevés. Dans leur étude portant sur 114 étudiants musulmans appartenant à 16 pays différents, Johnstone et Tiliopoulos (2008) ont trouvé un score SPQ-B total de 8,02±3,85. Axelrod et al. (2001) ont trouvé un score total SPQ-B moyen de 8,6±5,5 chez une population clinique de 237 adolescents hospitalisés en psychiatrie. Les différences observées dans les scores de schizotypie pourraient être dues à des facteurs démographiques et psychosociaux. En effet, les échantillons explorés étaient hétérogènes avec une répartition différente selon l'âge et le sexe (Boyda et al., 2013). Les origines ethniques des populations pourraient également influencer l'expression des traits schizotypiques (Morgan et al., 2009). Les conditions sociales défavorisées ainsi que la consommation de cannabis pourraient aussi avoir un effet significatif sur les scores de schizotypie (Boyda et al., 2013).

Dans notre étude, il y avait une prédominance de la dimension négative de la schizotypie par rapport aux deux autres dimensions (score moyen=4,7±2,13); les scores les plus élevés étaient trouvés pour certains items de cette dimension. Il s'agissait en particulier des items de "pauvreté des affects": l'item 7 "sur mes gardes même avec mes amis" et l'item 14 "ne pas laisser les gens en savoir sur moi", et de deux items appartenant à la "méfiance": l'item 1 "les gens me trouvent parfois détaché ou distant" et l'item 22 "Tendance à garder mes sentiments pour moi".

La revue de la littérature portant sur la schizotypie et utilisant le SPQ-B comme instrument de mesure a montré des sous scores de la dimension négative inférieurs à la notre. Une étude antérieure menée en Tunisie sur une population d'étudiants (Lahmar et al., 2014) pour la validation de la version arabe du SPQ à 74 items a abouti au même résultat. En fait, les sous scores les plus élevés étaient trouvés pour certains traits de schizotypie négative comme "l'anxiété sociale excessive", "l'absence d'amis proches" et la "pauvreté des affects" (Lahmar et al., 2014). Des résultats similaires ont été trouvés dans une étude menée au Maroc chez une population estudiantine (Manoudi et al., 2010), où les scores les plus élevés ont concerné les

sous échelles de la schizotypie négative comme "l'anxiété sociale excessive" et "l'absence d'amis proches".

Dans une étude transnationale (Fonseca-Pedrero et al., 2018) sur la validité du SPQ-B dans des échantillons d'étudiants appartenant à douze pays différents, l'échantillon d'étudiants Tunisiens (n=458) a montré des scores de schizotypie plus élevés par rapport aux autres pays (européens, américains, asiatiques et australiens). Egalement le sous score de la dimension négative était le plus exprimé ($3,9 \pm 2,11$), suivi par celui de la dimension positive ($3,08 \pm 1,81$) puis de la dimension désorganisation ($2,29 \pm 1,61$). Dans cette étude, plusieurs items ont montré des différences en fonction du pays. Les auteurs ont expliqué ces différences par le fait que les traits schizotypiques reflèteraient les émotions, les comportements et les traits cognitifs de l'individu qui seraient aussi différents selon la culture. Plusieurs auteurs ont étudié les associations probables entre schizotypie et certains symptômes psychopathologiques incluant l'anxiété, la dépression, l'abus de substances, le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie. Dans notre étude, tous les items du GHQ-12 explorant les deux facteurs "dépression/faible estime de soi" et "anxiété/insomnie" étaient associés au score total de schizotypie, ainsi qu'aux sous scores des dimensions positive, négative et de désorganisation. Plusieurs études récentes ont examiné la relation entre les symptômes de l'anxiété et de la dépression et la schizotypie chez des populations non cliniques. L'étude de Raynal et al. (2016) a montré que le groupe de "schizotypie élevée" avait des scores de symptômes dépressifs plus élevés par rapport au groupe de "schizotypie basse". Une étude récente réalisée dans un échantillon de 1541 étudiants (Wang et al., 2017) a montré que les individus appartenant au groupe "schizotypie élevée" avaient des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression; et qu'ils adoptaient significativement plus de stratégies négatives et moins de stratégies positives face au stress.

Dans notre étude, une association entre détresse psychologique et sous scores des dimensions négative et de désorganisation du SPQ-B a été retenue après analyse multivariée. Contrairement à nos résultats, l'étude de Lewandowski et al. (2006) menée chez un échantillon d'étudiants (n=1258) a conclu que les symptômes de la dépression et de l'anxiété étaient plus fortement associés avec la dimension positive de la schizotypie. Ces résultats étaient en fait en analogie avec les études menées chez des patients schizophrènes. En effet, bien que la dépression et l'anxiété paraissent partager des similarités phénotypiques avec les symptômes de la dimension négative de la schizophrénie (anhédonie, retrait social...), elles sont plus fortement associées avec le facteur positif de la schizophrénie qu'au facteur négatif (Emsley et al., 1999).

Deux études longitudinales ont montré que la schizotypie positive (Chapman et al., 1994) et les expériences "psychotiques-like" (Verdoux et al., 1999) étaient associées avec des taux élevés de troubles de l'humeur. Dans l'étude de Barrantes-Vidal et al. (2010), le groupe des étudiants appartenant au cluster de schizotypie positive a également rapporté davantage d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs. Varghese et al. (2011) ont trouvé que le risque d'avoir des symptômes "psychotiques-like" augmente dans la population avec les antécédents de dépression majeure ou de trouble anxieux durant la vie. Ainsi, la liaison préférentielle des symptômes anxieux et dépressifs avec la dimension positive a supporté la notion que la schizotypie positive ainsi que l'anxiété/dépression mettent en jeu une dysrégulation de l'affect. La dimension négative de la schizotypie impliquerait par contre une diminution de la tonalité de la réponse affective qui serait incompatible avec l'expérience de l'anxiété et de la dépression (Lewandowski et al. 2006).

Dans notre étude, la plupart des items du GHQ-12 référant au facteur "dysfonction sociale/cognitive" étaient corrélés au score total du SPQ-B et aux sous scores des dimensions négative et de désorganisation, mais pas avec celui de la dimension positive. Des résultats semblables ont été décrits par d'autres auteurs (Fonseca-Pedrero et al, 2019; Fonseca-Pedrero

et al., 2017; Wang et al., 2018). Dans une étude menée chez des étudiants (Wang et al., 2018) a montré que les individus appartenant au groupe de "schizotypie élevée" étaient caractérisés par un fonctionnement social pauvre qui a été présumé à partir d'une réduction des expériences plaisantes, de l'expressivité émotionnelle et la présence d'idées de référence.

Dans une autre étude (Barrantes-Vidal et al., 2010), les participants appartenant au cluster de "schizotypie négative" étaient caractérisés par une déconnexion et un handicap social. Alors que dans l'étude de Raynal et al. (2016), le groupe de "schizotypie positive" a rapporté une qualité des relations interpersonnelles similaire à celle du groupe "non schizotypique". D'autres auteurs ont trouvé des résultats similaires avec des niveaux de satisfaction du support social et des relations positives avec les autres comparables entre le groupe de schizotypie positive et le groupe contrôle (non schizotypique) (Horan et al., 2007; Tabak & De Mamani, 2013). Par contre, Kwapil et al. (2008) ont constaté que les deux dimensions positive et négative étaient associées à un fonctionnement social pauvre.

Dans notre étude, la consommation de substances toxiques (essentiellement le cannabis) a concerné 3,8% des étudiants. Une association statistiquement significative a été retenue entre la consommation des substances et les scores du SPQ-B total et du SPQ-B désorganisation. Conformément à nos résultats, certains auteurs ont constaté chez les sujets ayant des scores de schizotypie élevés une impulsivité marquée et une association avec la consommation de toxiques (Kwapil, 1996; Dinn et al., 2002). Selon les dimensions schizotypiques, la revue des données de la littérature a trouvé des résultats divergents. Bailey et Swallow (2004) ont examiné la relation entre les traits schizotypiques et la consommation de cannabis dans une population non clinique. Ils ont trouvé des scores de schizotypie (total, et des trois dimensions) significativement plus élevés dans le groupe des consommateurs. Cependant, le sens de cette relation n'a pas encore été connu. D'un côté, les sujets ayant des traits schizotypiques seraient plus prédisposés à expérimenter les drogues. De l'autre côté, les symptômes de la dimension positive du SPQ-B pourraient refléter une utilisation récente de cannabis. Dans l'étude de Raynal et al. (2016), le groupe de "schizotypie positive" n'avait pas une consommation plus marquée de cannabis qui pourrait expliquer les symptômes positifs. Ainsi, ces auteurs ont conclu que les symptômes de la dimension positive n'étaient pas nécessairement le reflet de l'utilisation de substances toxiques.

Notre travail a comporté quelques limites qui devraient être prises en considération. Parmi lesquels, les participants étaient des jeunes étudiants avec un intervalle d'âge restreint de 18 à 29 ans; ceci pourrait limiter la généralisation des résultats à la population générale. Cependant, la plupart des travaux explorant la schizotypie ont porté sur des populations estudiantines.

L'évaluation de la schizotypie dans notre population s'est basée seulement sur un auto-questionnaire. Des études futures devraient considérer l'utilisation d'informateurs externes, d'interviews ou même l'étude de marqueurs biologiques ou bio-comportementaux. Des études récentes ont analysé la schizotypie en clusters plutôt qu'en dimensions avec identification de groupes distincts selon la prédominance d'une dimension donnée. Cette analyse a pour avantages de pouvoir classer les participants manifestant simultanément les deux dimensions positive et négative et de rechercher des associations distinctes avec la psychopathologie (Barrantes-Vidal et al., 2010; Raynal et al., 2016).

L'étude de la santé mentale s'est basée sur le questionnaire GHQ-12 permettant une appréciation globale de la santé mentale de l'individu. L'analyse d'autres variables psychopathologiques ayant des liens probables avec la schizotypie devraient être investiguées dans des études futures. Par ailleurs, la structure multidimensionnelle du GHQ-12 n'a pas fait le consensus; certains auteurs ont avancé qu'une structure unidimensionnelle correspondait mieux au GHQ-12 (Shevlin & Adamson, 2005).

Conclusion

Ces résultats confirment le caractère multidimensionnel de la schizotypie dans des populations non cliniques, en suggérant l'existence de liens différents entre les dimensions de la schizotypie et la souffrance mentale. Peu de données sont actuellement disponibles sur ce sujet avec absence d'unanimité entre les différents résultats. Si la relation entre les dimensions négative et de désorganisation et la détresse psychologique a été rapportée par la plupart des auteurs, celle avec la dimension positive reste encore controversée. En effet, certains traits schizotypiques appartenant à la dimension positive pourraient être avantageux au fonctionnement de l'individu avec en particulier un sentiment de bien-être, un mode de pensée flexible et non conventionnel favorisant la créativité (Mohr & Claridge, 2015).

Des études futures analysant la schizotypie en clusters plutôt qu'en dimensions permettront de rechercher des associations distinctes avec la psychopathologie. Ceci paraît intéressant, puisque les différentes composantes pourraient impliquer des voies étiologiques et développementales distinctes.

Enfin, l'association entre les traits schizotypiques et la souffrance ou la détresse psychologique pourraient favoriser l'éclosion des troubles psychotiques, surtout avec la prise de substances, soulignant l'importance des efforts de dépistage en milieu universitaire.

Références

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington (US): American Psychiatric Publishing.

Axelrod, S.R., Girlo, C.M., Sanislow, C., & McGlashan, T.H., (2001). Schizotypal personality questionnaire-brief: Factor structure and convergent validity in inpatient adolescents. *J Personal Disord.*15, 168–179.

Badcock, J. C., Panton, K., Cohen, A., & Badcock, D. R. (2016). Both harmful and (some) helpful behaviours from others are associated with increased expression of schizotypal traits. *Psychiatry Research*, 239, 308–314. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.046>

Bailey, E.L., & Swallow, B.L. (2004). The relationship between cannabis use and schizotypal symptoms. *Eur Psychiatry*. 19(2), 113-114.

Barrantes-Vidal, N., Grant, P., Kwapil, T.R. (2015). The role of schizotypy in the study of the etiology of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull.* 41(2), S408–416.

Barrantes-Vidal, N., Lewandowski, K. E., & Kwapil, T. R. (2010). Psychopathology, social adjustment and personality correlates of schizotypy clusters in a large nonclinical sample. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 219–225. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.01.006>

Boyda, D., Shevlin, M., Mallett, J., Murphy, J., & Houston, J. (2013). Confirmatory factor analysis of the Schizotypal Personality Questionnaire—Brief: An alternative models approach. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 5(2), 187–196. <https://doi.org/10.1080/17522439.2012.670259>

Chapman, L. J., Chapman, J. P., Kwapil, T. R., Eckblad, M., & Zinser, M. C. (1994). Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 171–183. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.2.171>

Daradkeh, T.K., Ghubash, R., & El-Rufaie, O.E. (2001). Reliability, validity, and factor structure of the Arabic version of the 12-item general health questionnaire. *Psychological Reports*. 89(1), 85-94.

Dinn, W. M., Harris, C. L., Aycicegi, A., Greene, P., & Andover, M. S. (2002). Positive and negative schizotypy in a student sample: Neurocognitive and clinical correlates. *Schizophrenia Research*, 56(1-2), 171–185. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00230-4](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00230-4)

Emsley, R. A., Oosthuizen, P. P., Joubert, A. F., Roberts, M. C., & Stein, D. J. (1999). Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizophreniform disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(11), 747–751. <https://doi.org/10.4088/JCP.v60n1105>

Ferchiou, A., Todorov, L., Lajnef, M., Baudin, G., Pignon, B., Richard, J.R., Leboyer, M., Szöke, A., & Schürhoff, F. (2017). Schizotypal Personality Questionnaire-Brief-Likert format: Factor structure analysis in general population in France. *Encéphale*. 43(6), 558-563.

Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Muñiz, J., & Bobes, J. (2019). Latent profile analysis of psychosis liability in a community-derived sample of adolescents: Links with mental health difficulties, suicidal ideation, bipolar-like experiences and psychotic-like experiences. *Early Interv Psychiatry*. 13(5), 1111-1120.

Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., de Álbéniz, A.P., Muñiz, J., & Cohen, A.S. (2017). A latent profile analysis of schizotypal dimensions: Associations with psychopathology and personality. *Psychiatry Res.* 253, 110-115.

Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Lucas-Molina, B., Debbané, M., Chan, R. C. K., Cicero, D. C., Zhang, L. C., Brenner, C., Barkus, E., Linscott, R. J., Kwapil, T., Barrantes-Vidal, N., Cohen, A., Raine, A., Compton, M. T., Tone, E. B., Suhr, J., Bobes, J., Fumero, A., . . . Voracek, M. (2018). Brief assessment of schizotypal traits: A multinational study. *Schizophrenia Research*, 197, 182–191. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.043>

Horan, W. P., Brown, S. A., & Blanchard, J. J. (2007). Social anhedonia and schizotypy: The contribution of individual differences in affective traits, stress, and coping. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 147–156. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.06.002>

Kwapil, T.R., Barrantes-Vidal, N., & Silva, P.J. (2008). The dimensional structure of the Wisconsin Schizotypy Scales: factor identification and construct validity. *Schizophr Bull.* 34, 444–457.

Kwapil, T. R. (1996). A longitudinal study of drug and alcohol use by psychosis-prone and impulsive-nonconforming individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(1), 114–123. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.1.114>

Laguerre, A., Leboyer, M., & Schürhoff, F. (2008). The schizotypal personality disorder: historical origins and current status. *Encephale*. 34(1), 17–22.

Lahmar, M.A., Gassab, L., Beltaief, F., & Mechri, A. (2014). Psychometric properties of the arabic version of the schizotypal personality questionnaire in Tunisian university students. *Tunis Med.* 92, 318–322.

Lewandowski, K. E., Barrantes-Vidal, N., Nelson-Gray, R. O., Clancy, C., Kepley, H. O., & Kwapil, T. R. (2006). Anxiety and depression symptoms in psychometrically identified schizotypy. *Schizophrenia Research*, 83(2-3), 225–235. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.11.024>

Manoudi, F., Asri, F., Boutabia, S., Haida, I., & Tazi, I. (2010). Schizotypal personality in academia. *Encephale*. 36(6), 478–483.

Mata, I., Gilvarry, C. M., Jones, P. B., Lewis, S. W., Murray, R. M., & Sham, P. C. (2003). Schizotypal personality traits in nonpsychotic relatives are associated with positive symptoms in psychotic probands. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 273–283. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007004>

Mohr, C., & Claridge, G. (2015). Schizotypy-Do Not Worry, It Is Not All Worrisome. *Schizophr Bull.* 41(2), S436–443.

Morgan, C., Fisher, H., Hutchinson, G., Kirkbride, J., Craig, T.K., Morgan, K., Dazzan, P., Boydell, J., Doody, G.A., Jones, P.B., Murray, R.M., Leff, J., Fearon, P. (2009). Ethnicity, social disadvantage and psychotic-like experiences in a healthy population based sample. *Acta Psychiatr Scand.* 119(3), 226–235.

Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *Am J Psychiatry.* 110(6), 406–441.

Raine, A. (2006). Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annu Rev Clin Psychol.* 2; 291–326.

Raine, A., & Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *J Personal Disord.* 9, 346–355.

Raynal, P., Goutaudier, N., Nidetch, V., & Chabrol, H. (2016). Typology of schizotypy in non-clinical young adults: Psychopathological and personality disorder traits correlates. *Psychiatry Res* 246, 82–87.

Shevlin, M., & Adamson, G. (2005). Alternative Factor Models and Factorial Invariance of the GHQ-12: A Large Sample Analysis Using Confirmatory Factor Analysis. *Psychological Assessment*, 17(2), 231–236. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.2.231>

Tabak, N.T., & De Mamani, W.A. (2013). Latent profile analysis of healthy schizotypy within the extended psychosis phenotype. *Psychiatry Res.* 210(3), 1008–1013.

Varghese, D., Scott, J., Welham, J., Bor, W., Najman, J., O'Callaghan, M., Williams, G., & Mc Grath, J. (2011). Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: a population-based survey in young adults. *Schizophr Bull.* 37(2), 389–393.

Verdoux, H., Van Os, J., Maurice-Tison, S., Gay, B., Salamon, R., & Bourgeois, M. L. (1999). Increased occurrence of depression in psychosis-prone subjects: A follow-up study in primary care settings. *Comprehensive Psychiatry*, 40(6), 462–468. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90091-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90091-3)

Wang, Y., Shi, H.S., Liu, W.H., Xie, D.J., Geng, F.L., Yan, C. (2018). Trajectories of schizotypy and their emotional and social functioning: An 18-month follow-up study. *Schizophr Res.* 193, 384–390.