

LA SCHIZOPHRENIE

CLINIQUE

1 – Les expressions cliniques de la schizophrénie sont très variées d'un malade à l'autre et fluctuent avec le temps.

2 – Il n'y a pas de symptôme pathognomonique.

3 – Les expressions cliniques s'ordonnent autour de trois grandes dimensions sémiologiques

- ❶ la dissociation ↗de la pensée
 →de l'affectivité
 ↘ du comportement
- ❷ le délire paranoïde
- ❸ l'autisme

1 - LA DISSOCIATION : →REACTION AFFECTIVE PARADOXALE

La dissociation de la vie mentale, elle, correspond à une dislocation, à une perte d'unité de la personnalité du sujet qui se traduit dans le domaine de la pensée, de l'affectivité et du comportement. Elle est très variable et peut faire cohabiter des attitudes opposées (incohérence/finesse intellectuelle).

❶ La dissociation de la pensée :

1 – BARRAGE : le déroulement de la pensée est souvent ralenti voire suspendu.

2 – STEREOTYPIE : on retrouve des répétitions de mêmes idées.

3 – LES FACULTES D'ATTENTION ET DE CONCENTRATION SONT AFFAIBLIES : elles empêchent le sujet de limiter son champ d'attention.

4 – TROUBLE DU LANGAGE qui est :

- a) ralenti : fading
- b) perte de la spontanéité du langage avec répétition : stéréotypie
- c) altération sémantique avec néologisme : mot créé de toute pièce
- d) le langage perd sa valeur communicative
- e) la pensée schizophrénique est très détachée de la pensée réelle avec
 - une tendance au symbolisme donnant une tendance de bizarrerie, flou, manières
 - abstractionnisme ou tendance à la manipulation « gratuite » de concept abstrait
 - rationalisme morbide : activité pseudo-mentale où la pensée se perd dans des raisonnements d'allure scientifique ou philosophique totalement détaché du réel.

② - LA DISSOCIATION AFFECTIVE

Appauvrissement de l'affectivité et des réactions émotionnelles avec

- 1 – indifférence à autrui, froideur dans le contact
- 2 – athymormie ou perte de l'élan vital
- 3 – hypersensibilité avec attitude défensive de retrait affectif et d'attitude négative de mise à distance
- 4 – réaction émotionnelle brutale
 - colère lors d'une frustration minime
 - réaction affective paradoxale
 - rires immotivés
- 5 – ambivalence affective et volitionnelle

- Tous les mécanismes délirants peuvent être retrouvés mais les plus fréquents sont :

- les hallucinations
- l'automatisme mental

– Les hallucinations

- Acoustico-verbales+++ mais aussi visuelle, olfactive, cinesthésique,

- Psychiques : caractérisées par les voix intérieures.

– Le syndrome d'automatisme mental

- Perception par le sujet de l'énoncé ou du commentaire de ses actes

- Impression que sa pensée est devinée, devancée par une voix intérieure étrangère à lui-même, vol de la voie, parasitée.

- Sentiment que sa pensée et ses actes sont soumis à une influence extérieure.

- LE DELIRE

1 – Il est à thèmes multiples : centré sur des idées de persécution, de menace – il peut s'enrichir d'expérience, de dépersonnalisation, de déréalisation, de « déjà vécu » et de transformation corporelle.

2 – Il est immédiatement vécu sans aucune distance ni critique

3 – Il est sans cohérence, logique, variable, contradictoire avec une absence de structure et de systématisation.

<p>Le terme de paranoïde fait référence à cette absence de structure et de systématisation par apposition à celui de paranoïaque.</p>



3 - L'AUTISME

C'est une conséquence de la dissociation.

Correspond à une évasion hors de la réalité avec reconstitution d'un monde où les désirs sont exaucés et où les obstacles sont exclus. Régi par des productions fantasmatiques et faisant abstraction des autres. Correspond à une perte du sens de la réalité.

L'autisme explique :

- 1 – Le repli sur soi-même
- 2 – L'indifférence
- 3 – L'impénétrabilité du monde des schizophrènes

LES FORMES CLINIQUES

A – Les formes cliniques classiques

- 1 – Schizophrénie paranoïde
- 2 – L'hébéphrénie (décrite par KRAEPELIN)
- 3 – Forme catatonique
- 4 – Schizophrénie simple

1 – LA SCHIZOPHRENIE PARANOÏDE

- a – la plus fréquente et la plus floride
- b – relativement sensible aux chimiothérapies qui favorise des réaménagements pseudonévrotiques ou caractériels
- c – non traitée, elle évolue par poussées successives et conduit à une désagrégation de la personnalité

2 – L'HEBEPHRENIE ✕

- a – représente 20 % des schizophrènes
- b – début précoce à l'adolescence de façon insidieuse (baisse intellectuelle)
- c – perte des intérêts et repli progressif

- d – recours à l'alcool ou aux drogues pour lutte contre l'angoisse
- e – souvent dans les formes débutantes, se retrouvent des manifestations névrotiques : pseudo-phobiques – inquiétude hypocondriaque concernant le fonctionnement d'un organe ou l'identité
Il s'installe un syndrome dissociatif.
- f – évolue par poussées délirantes avec des intervalles dominés par des états déficitaires
- g – peu sensible au traitement.

3 – LA FORME CATATONIQUE

- Très rare actuellement du fait des progrès thérapeutiques.
- La stupeur catatonique réalise : un état d'immobilité et de mutisme presque total avec des attitudes d'opposition ou d'obéissance automatique.
- Des accès de fureur catatonique peuvent survenir.
- Le pronostic est sévère.
- Un état catatonique peut être secondaire à une affection somatique (infectieuse, neuroleptique ou toxique).

4 – LA SCHIZOPHRENIE SIMPLE

Pas d'hallucination, pas de délire, seulement l'installation insidieuse et progressive d'une perte des intérêts et des initiatives, ce qui entraîne un handicap social et une tendance à la marginalisation.

Evolution lente vers un déficit.

B – LES FORMES SELON L'EVOLUTION

1 – Episode délirant aigu inaugural

Il pose le problème de son devenir.
 1/3 guéri – 1/3 se répète de façon cyclique – 1/3 évolue vers une schizophrénie.

2 – Episode d'allure maniaque ou dépressive

Il peut être inaugural de la maladie
 Atypique devant l'absence de syntone
 (P.M.D. rare chez l'enfant)

3 – Les formes à début progressif, chez l'adolescent avec :

- Troubles des conduites alimentaires: particulièrement l'anorexie mentale
- Des conduites de délinquance et des déviations sexuelles

Le diagnostic ne peut en aucun cas porter sur la nature d'un symptôme initial mais plutôt sur son contexte psychologique.

S'appuyer sur les informations apportées par les tests psychométriques.

4 – Les formes terminales

Selon la prédominance du déficit schizophrénique.

5 – Les formes résiduelles

Elle ont été diminuées du fait du traitement

6 – Les formes intermittentes ou périodiques

On parle de schizophrénie dysthymique : associe des symptômes thymiques (excitation ou dépression) et des symptômes dissociatifs et délirants évoluant par poussées.

Apparaissent à l'âge adulte sur des personnalités repliées, socialement isolées.

Semblent peu répondre au Lithium : certains auteurs les assimilent aux P.M.D.

3 – LES FORMES ATYPIQUES ET FORMES MINEURES

1 – Les formes pseudo-névrotiques

Surtout au début de l'évolution : on observe des symptômes d'allure névrotique, tentative de dépense contre l'angoisse et la dissociation. Cela peut persister dans l'évolution.

On retrouve :

- des phobies : phobies sociales avec repli
- des obsessions à caractère stéréotypé
- des manifestations hystériques : toutes les manifestations hystériques peuvent se retrouver dans la schizophrénie. Cette hyper-excessivité hystérique se différencie du maniérisme par le caractère « gratuit » et autistique de ce dernier.

(Remarque : Syndrome de GANSER : accès de dépersonnalisation).

2 – L'héboïdophrénie : symptôme pseudo-psychopathique

Se caractérise par l'existence de troubles du comportement. Important : conduites antisociales.

3 – Symptômes et troubles thymiques

Il existe pratiquement toujours des troubles de l'humeur associés au délire.

L'état dépressif est souvent fréquent et peut conduire à un passage à l'acte suicidaire.

La symptomatologie dysthymique pose un problème nosographique pour certains auteurs, elle est rattachée à la P.M.D.

4 – Les formes mineures

Elles se situent à la limite de la pathologie du caractère.

Notion de schizophrénie incipiens, de schizose, de schizophrénie latente, avec traits schizophréniques sans potentialité évolutive importante.

5 – Les état limites

Ils se définissent par la coexistence de symptômes névrotiques divers, de symptômes d'allure psychotique très transitoire, de manifestations caractérielles.

Sur les différentes formes

On tend actuellement à privilégier, sur des critères évolutifs, l'opposition entre

Les formes aiguës dites « florides » et périodique – type I
Les formes chroniques où l'appauvrissement prédomine – type II

Cette opposition est également justifiée par la nette différence d'efficacité des neuroleptiques plus régulièrement efficaces dans les formes florides.

La classification américaine détermine le type I et le type II
Le type I correspondant aux formes aiguës
Le type II correspondant aux formes chroniques.

- EVOLUTION ET PRONOSTIC

- 1 – Evolution vers la détérioration
- 2 – Evolution vers un état démentiel ou une hospitalisation continue
- 3 – Les trois quarts des patients se stabilisent en quelques années, évolution d'autant plus favorable que le début survient tard.
- 4 – L'existence de symptômes thymiques et délirants sont des facteurs de bon pronostic ainsi qu'un milieu socio-familial antérieurement bien adapté.

- LES CRITERES DE DIAGNOSTIC varient en fonction des écoles

Le diagnostic de schizophrénie est dépendant des conceptions de chaque école.

KRAEPELIN a insisté sur la valeur diagnostique de l'évolution

BLEULER a insisté sur la valeur de la symptomatologie dissociative et autistique

Kurt SCHNEIDER établit onze critères de bonne valeur diagnostique dit symptôme de premier rang où dominant les éléments de l'automatisme mental

Le D.S.M.4 établit des critères de diagnostic bien précis.

- ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

- L'étiologie de la schizophrénie est inconnue.
 - 2 à 3 pour mille de la population)
 - Surmortalité due au suicide) Données épidémiologiques
 - Survenue 15-35 ans)
 - Modification de l'environnement (acculturation...))
 - Pas de variation de fréquence de la)
- schizophrénie d'une culture à l'autre. C'est le mode d'expression)
qui change :)
- dans les pays sous-développés,)Facteur
- les épisodes sont plus courts et les rémissions plus longues,)Socio
peut-être à cause de la qualité de l'entourage familial et)Culturel
du peu d'intervenants sociaux.)
- L'intervention de facteurs génétiques paraît)Facteur
actuellement bien démontrée)Génétique

Augmentation du risque si :

- antécédents familiaux
 - dans les jumeaux monozygotes
 - enfant schizophrène adopté par parents non schizophrènes
- évolution vers la schizophrénie

- LE TRAITEMENT



Pas de traitement unique et schématisable de la schizophrénie valable pour tous les patients

La pluralité des facteurs intervenant dans la maladie suggère la pluralité des abords thérapeutiques.

Trois dimensions doivent être intégrées dans le traitement :

1. L'intervention sur le milieu
2. La psychothérapie individuelle
3. Le traitement biologique (dominé par les neuroleptiques)

LE MILIEU ET LES INTERVENTIONS

a) Hospitalisation :

- du fait des risques encourus par le patient,
- du fait de la tension familiale ou professionnelle,
- tout en se gardant de provoquer une rupture avec l'extérieur ce qui entraîne un risque de régression du patient.

b) Adapter l'environnement du patient pour une meilleure réinsertion. Le mode d'intervention comporte :

- entretiens avec la famille,
- visites à domicile,
- utilisation de structures intermédiaires à l'hospitalisation, telles que hôpital de jour, appartements thérapeutiques, ateliers protégés pour favoriser la réinsertion professionnelle.

LES PSYCHOTHERAPIES

- ⊕ Il n'y a pas de méthode exclusive.
- ⊕ Développement des thérapies du comportement.
- ⊕ La perte de cohérence et la projection des représentations du patient sur le thérapeute rend la relation difficile.

TRAITEMENT BIOLOGIQUE

Les neuroleptiques

- ⊕ Globalement les neuroleptiques réduisent l'excitation et les troubles du comportement.
- ⊕ Ils diminuent la symptomatologie floride.
- ⊕ Ils sont moins efficaces sur les symptômes négatifs.
- ⊕ Le choix de la dose est sans doute aussi important que le choix du produit.

- ⊛ Actuellement le contrôle et l'ajustement des posologies restent empiriques et reposent sur deux critères cliniques : efficacité – tolérance.
- ⊛ Le traitement de maintenance correspond à la dose minimum efficace
- ⊛ L'arrêt prématuré des neuroleptiques entraîne dans 2/3 des cas une rechute.
- ⊛ Le surdosage accentue l'inertie et limite la réinsertion sociale.
- ⊛ La durée du traitement de maintenance reste discutée selon les auteurs, dans tous les cas l'arrêt d'un traitement doit être progressive.
- ⊛ Les neuroleptiques à action prolongée ont démontré leur efficacité dans la prévention des rechutes et dans les traitements au long cours.
 - ils garantissent une continuité du traitement,
 - ils diminuent les arrêts intempestifs ou les surdosages.
- ⊛ Les médicaments associés aux neuroleptiques seront réduits au minimum pour éviter de multiplier les interactions toxiques.
 - les correcteurs de type antiparkinsoniens,
 - les anxiolytiques,
 - les antidépresseurs.

* anti psychotiques de 1^{re} et 2^{de} génération

* Abi-lif, nouvelles molécules