

Schizophrénies

Cours du Dr Cherik

le 05.02.2009

C'est une psychose chronique dissociative

Les autres psychoses non dissociatives

- Psychose paranoïaque
- psychose hallucinatoire chronique
- psychose paraphrénique

1 Généralité

- Le terme psychose a été créé par Ernst von Feuchtersleben pr designer l'aspect aigu de la folie
- L'usage du terme a été élargie et il s'applique maintenant aux patients présentant un délire et/ou une *importante altération du sens de la réalité et de soi*
- On distingue schématiquement 2 types de psychoses : la *schizophrénie* (= > fort handicap du fait des conséquences de la maladie sur les secteurs relationnels et professionnels) e les *délires chroniques* (moins destructurants et compatible avec une meilleure insertion)

2 Introduction

- Affection *fréquente*, généralement *sévère*, hétérogène, d'évolution prolongée et invalidante, appartenant au groupe des *psychose chroniques* (délire, perte du sens de la réalité)
- Symptomatologie variable d'un patient à l'autre
- plusieurs formes cliniques
- Plusieurs mode évolutifs possibles
- Facteurs étiologiques, mais pas d'étiologie unique à ce jour
- * Définition clinique
- “un ensemble de troubles ou dominant la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations affectives ds le sens du

détachement et de l'étrangeté des sentiments ; troubles qui ont tendance) évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité "(Ey)

- Au total, la schizophrénie peut affecter de façon sévère ts les domaines cognitifs et émotionnels

3 Définition critérielle (DSM IVTR)

critère A à F

4 Épidémiologie

- une des affections mentales les plus fréquentes
- sex-ratio proche de 1 (début + précoce chez l'homme et formes plus sévères)

5 Âge de début et caractéristique prémorbides

- A la *fin de l'adolescence* ou chez *l'adulte jeune* (Entre 15 et 35)
- Début plus précoce chez l'homme que chez la femme
- Avant la décompensation proprement dite, on a pu noter des difficultés chez les futurs schizophrènes : retard d'apprentissage, maladresse ; caractère rêveur, isolement (personnalité schizoïde) ;
- idées de référence, méfiance, pensée magique, croyances irrationnelles (personnalité schizotypique)

6 Début aigu

6.1 BDA polymorphe

- Écllosion brutale d'un délire polymorphe ds ses thèmes et mécanismes (cf cours BA)

Manie ou dépression atypique

- Asyntonie, froideur affective, réticence, incohérence, bizarrerie, agressivité
- Fugue, acte médico-légal automutilation, suicide

7 Début progressif

7.1 Fléchissement scolaire.

- Baisse du rendement intellectuel. Pas de contexte familial explicatif

7.2 Modification des croyances

- engouement pr des activités ésotériques (magie, activités occultes, ésotériques) pouvant s'accompagner de l'adhésion à une secte. Croyance à des phénomènes surnaturels

7.3 Modification de l'affectivité

- Isolement, opposition pensée allusive. Discours digressifs. Présentation bizarre. Hermétique. Agressivité

7.4 Trouble des conduites

- addiction, anorexie, errance pathologique). Caractère immotivé, étrangeté
- Apparition progressive ** d'*idée délirantes*, d'*hallucinations* ou de *symptômes dépressifs atypiques*
- *Hypocondrie et dysmorphophobie*. Plaintes changeantes, désorganisées, peu précises. Impressions de modifications corporelles (signes du miroir). Sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation
- *Pseudo-obsessionnel*. Pas de lutte. Bizarrerie
- *Pseudo-phobique*. Pas d'évitement ni réassurance
- *pseudo-hystérique*. Mais froid, pas de bénéfice secondaires
- *Pseudo-psychopatique*. Comportement inexplicable

8 Période d'état

8.1 Clinique

8.1.1 La dissociation psychique

Definition : rupture de l'unité psychique provoquant un *relâchement des processus associatifs* qui permettent le fctt mental. (cpt, intel, affec)

- Les nouveaux systèmes de classification emploient ce terme dans le cadre de la névrose hystérique et la schizophrénie.
- La dissociation affecte tous les secteurs de la vie relationnelle et mentale ; elle aboutit à la *discordance* (associations de pensée et d'affects qui devraient être incompatibles), incohérence, une impression de morcellement de la vie psychique. La dissociation est apparentée dans le *fonctionnement intellectuel, la vie affective et le comportement*.

8.1.2 La dissociation de pensée (intellectuel)

- *Cours de la pensée* : flou de la pensée, trouble du débit idéique (barrages, fading mental), phénomènes de répétitions idéiques, contaminations par d'autres idées, coq à l'âne.
- *Trouble de l'attention et de la concentration*.

- *Troubles du langage* perturbent les possibilités de communications : ralentissement intermittent du débit de la voix (fading), bredouillement, accès de mutisme, discours en aparté, accès de verbigération ou impulsion verbale.
- Perte de la spontanéité du langage (*latence des réponses*)
- *Altération sémantiques* nombreux néologisme jusqu'à la schizophasie.
- *Détachement de la logique commune*.
- > fading, barrages, néologisme

8.1.3 La dissociation affective

- *Emoussement affectif*, athymhormie.
- Pour Guiraud, l'athymhormie exprime l'importance pathologique du déficit affectif.
- Hypersensibilité très fréquente ce qui conduit svt à *un retrait affectif*.
- *Réactions émotives inappropriées*, paradoxales, imprévisibles. (rire imotivé)
- *Ambivalence affective* et volitionnelle qui est toujours présente selon Bleuler est la tendance à considérer ds le mm tps sous leur aspect négatif et positif les divers actes psychologiques.
- Perturbation de la vie familiale et sociale soumise sans contrôle à l'émergence pulsionnelle et aux fantasmes archaïque.
- > athymhormie, rire imotivé

Les troubles du comportement

- *Les troubles psychomoteurs*, au niveaux élémentaire, exprime l'ambivalence et la perte de l'unité psychique : indécision du geste, maniérisme, bizarrerie.
- Le *syndrome catatonique* regroupe un négativisme psychomoteur, une inertie parfois associée à une suggestibilité paradoxale (répétition passives des gestes de l'entourage, échomimie, échopraxie), des stéréotypes, des hyperkinésie, une catalepsie. Très fréquent au début du siècle ; à quasiment disparu.
- *Perturbation des conduites sociales* : ambivalence et désintérêt jusqu'à un retrait total avec apragmatisme et clinophilie.
- *Les cpt impulsifs* sont tjr possibles svt absurdes pouvant exprimer crûment les mvt instinctuel. Peu fréquemment hétéro agressif. Plus souvent auto agressif (suicide).

9 Délires paranoïdes

- Il est classiquement considéré comme secondaire.
- Début : brutal (=BDA) ou insidieux (dépression atypique, retrait autistique, etc)
- Mécanismes : polymorphes, principalement hallucinations psycho-sensorielles et psychiques,
- automatisme mental, mais aussi illusion, intuition.
- Thèmes : svt intriqués, nbrx (persécution, influence, mystique)
- Organisation : mal ou *non systématisé*, délire flou et diffluent, contradictoire, formulation abstraite et incohérente.

- Adhésion : svt importante
- Svt associé au délire, le *syndrome de dépersonnalisation* pouvant comprendre :
 - la désamination (atteinte de la personnalité, sentiment de vide intérieur, vécu de dédoublement),
 - désincarnation (atteinte de l'intégrité corporelle, sensation de séparation entre la personne et l'enveloppe corporelle),
 - déréalisation (perte du sentiment de réalité et de familiarité).

10 Autisme

- Pour Bleuler, l'autisme est une perturbation très caractéristique de la schizophrénie « qui intéresse la relation de la vie intérieure au monde extérieur.
- C'est l'évasion de la réalité en mm tps la prédominance relative ou absolue de la vie intérieure »
- Aspect positif de l'autisme, reconstruction d'un monde à soi. L'autisme est la conséquence de la dissociation.

11 Schizophrénie paranoïde

- Présence d'un délire plus ou moins riche et d'un syndrome dissociatif.
- Forme la plus fréquente et la *plus productive* sur le plan sémiologique. Apparaît classiquement plus tardivement que la forme hébéphrénique (svt ap plusieurs accès délirants aigus incomplètement résolutifs).
- Relativement sensible aux chimiothérapies.

12 L'hébéphrénie

- Décrite par Hecker en 1871.
- Tableau clinique dominé par la dissociation (discordance idéique et verbale, indifférence affective, apragmatisme) tandis que le délire reste absent ou peu exprimé.
- Représente environ 20% des schizo.
- Début classiquement à l'adolescence de façon insidieuse et progressive (baisse du rendement scolaire, repli social, addictions, manifestations pseudo-névrotiques). Formes svt moins sensibles aux chimiothérapies.

13 Forme catatonique, très rare actuellement. :

- syndrome dissociatif ds sphère de la psychomotricité ac inertie, maniérisme, stéréotypies motrices et négativismes.
- Pronostic très sévère.

14 Schizophrénie simplement

- Perte des intérêts et des initiatives, restriction importante des relations sociales et familiales et par un affinité ambivalente et appauvrie.
- Il n'y a ni hallucination ni délire, les troubles du cours de la pensée restent discrets. Une certaine adaptations dans des milieux marginaux ou tolérants est parfois possible.
- Possibilité d'évolution lente vers un état déficitaire.

15 Évolution

15.1 Avant la schizophrénie

- Épisode délirant aigu inaugural
 - (BDA, accès confusionnel) : évolution des trois tiers.
- Épisode d'allure maniaque ou dépressives
 - , qualifié d'atypiques devant absence de syntonie, la froideur des affects, incohérence des associations.
- Débuts progressifs
 - Les plus fréquent, divers : troubles des conduites alimentaires (30% anorexie > schizo), manifestations phobo-obsessionnelles (ex : nosophobie, eutrophobie, dysmorphophobie), conduites de type psychopathiques.
 - >> Poussées, rémissions, rechute à chq arrêt du trt.
 - Formes résiduelles
 - Formes intermittentes ou périodiques : sch dysthymique.

16 TRT

- Hospitalisation (crise aiguë)
- 3e jours : neuroleptiques injectables (> hydratation++, sv température)
- Contention, isolement (pas d'objet contondant)
- Ap, relais per os, 3fois par jour.

16.1 Médicamenteux

- Neuroleptiques (toute les psychose)
- Anti-psychotique (risperdal, solian, zyprexa)
- Faire ECG de base (rq arrêt cardiaque)

16.2 Projet thérapeutique ac prise en charge ambulatoire

- > réinsérer les patients en milieu protégé
- > activité ordinaire ac autonomie
- Psychothérapie cognitive et cpl > adhésion au trt

16.3 Syndrome malin&&

- Complication précoce : 24h- 72h)
- lors de l'administration de doses élevées
- surtout avec butyphénome(haloperidol) ou phénothiazines
- symptômes :
 - akinésie
 - rigidité musculaire + contractures
 - hyperthermie (parfois dramatique $> 40-42^{\circ}$)
 - trbles végétatifs(sueurs, dysregulation de la pression artérielle)
 - perte de conscience (et à l'extrême décès)
- Signes prémonitoires : tachycardie, transpirations, hypotension
- Ttt :
 - Interruption du Ttt ! (danger des préparations dépôts)
 - dopaminergique ! L-DOPA
 - symptomatiques (refroidissement, rehydratation,...)