

Schizophrénie

1. Généralités

2. Le tableau clinique

2.1 - Le début de la maladie

2.1.1 Débuts insidieux, progressifs

2.1.2 Un début rapide ou brutal

2.2 - Le tableau clinique complet

2.2.1 Le syndrome délirant

2.2.2 Les signes déficitaires, le syndrome dissociatif

2.2.3 Formes cliniques

2.3 - Évolution de la maladie

3. L'étiologie de la schizophrénie

3.1 - Étiologie inconnue

3.2 - Les facteurs biologiques

3.3 - Les théories non organiques

4. Traitements et prise en charge

4.1 - Les médicaments

4.2 - Les psychothérapies

4.3 - L'organisation des soins

Permission vous est donnée de copier, distribuer et/ou modifier ce document selon les termes de la Licence GNU Free Documentation License, Version 1.2 ou ultérieure publiée par la Free Software Foundation;

Copyright (c) 2005 Serge Delègue.

Permission is granted to copy, distribute and/or modify this document under the terms of the GNU Free Documentation License, Version 1.2 or any later version published by the Free Software Foundation; with no Invariant Sections, no Front-Cover Texts, and no Back-Cover Texts. A copy of the license is included in the section entitled "GNUFree Documentation License".

<http://www.gnu.org/copyleft/fdl.html>

<http://www.aph-metaphore.com.fr/infirmier/>

1 Généralités

La schizophrénie est une maladie importante dans la pratique psychiatrique, tout particulièrement pour la psychiatrie hospitalière et publique.

Elle soulève de nombreuses questions.

Il se pose le problème de l'unité de la maladie : est-ce une maladie unique avec des formes diverses ou des maladies différentes, regroupées par ignorance sous l'appellation schizophrénie ?

Le problème plus pratique des frontières diagnostiques. Il existe des formes frustrées avec peu de symptômes (schizophrénie simple), ou des formes pseudo-névrotiques sans signe net en faveur d'un trouble psychotique.

Il existe des divergences dans la perception de la schizophrénie. Un petit rappel historique permet d'illustrer différentes manières de comprendre et d'aborder cette maladie.

Au XIX^{ème} siècle, Emile Kraepelin rassemble dans une unité clinique unique -la démence précoce (il dit dementia praecox)-, des troubles décrits jusqu'alors dans des maladies différentes. Il met en avant l'aspect déficitaire de la maladie (démence). Des pathologies pouvant être décrites isolément par certains comme la catatonie, l'hébéphrénie ou l'héboïdophrénie vont pouvoir être diagnostiquées sous une unique appellation.

Eugène Bleuler comme Kraepelin rassemble les différents tableaux cliniques dans une unique maladie et introduit le terme de schizophrénie pour accorder une diminuer l'importance de l'aspect déficitaire et pour mettre en avant une coupure (schizo) de l'esprit (phrénie). Cette « coupure » sera par exemple celle qui peut être observée entre une émotion et la pensée (une pensée triste qui n'entraîne pas une tristesse). L'aspect déficitaire est secondaire à une **dissociation**. En suivant le même exemple, l'apparente incapacité à ressentir une émotion est en fait une dissociation entre les pensées qui ne s'associent pas aux émotions (dissociation idéo-affective). Il existe d'autres dissociations comme par exemple la dissociation idéo-motrice qui ferait que le schizophrène donne l'impression d'avoir un déficit de sa motricité qui serait une « coupure », une dissociation, entre l'idée d'un mouvement et sa réalisation..

Malgré les importantes divergences existantes pour poser le diagnostic d'une schizophrénie, il est possible d'estimer la fréquence de cette maladie aux alentours de 1% de la population adulte.

1 %, c'est un chiffre nettement inférieur à ceux observés dans les pathologies névrotico- anxieuses, mais ce chiffre est loin d'être négligeable en terme de santé publique pour une maladie chronique volontiers invalidante.

Maladie qui touche autant les hommes que les femmes.

2 Le tableau clinique

2.1 le début de la maladie

Le plus souvent les premiers troubles apparaissent chez l'adolescent ou l'adulte jeune.

Dans la majorité des cas, la maladie débute entre 15 et 35 ans.

2.1.1 Il y a des débuts insidieux, progressifs

Le diagnostic est longtemps difficile. Il est évoqué devant des signes peu spécifiques :

- un désintérêt intellectuel, un repli sur soi. Un adolescent de plus en plus solitaire qui se coupe progressivement du monde.
- Un tableau pseudo dépressif, avec une humeur dépressive, une anesthésie affective.
- Un caractère qui change et qui inquiète l'entourage.
- Des épisodes d'agressivité (auto ou hétéro agressivité) inexplicables.
- Une vie marginale ; une consommation importante de cannabis ; un élève jusqu'alors studieux qui ne fait plus rien.
- Une bizarrerie des comportements comme des goûts excessifs ou exclusifs pour certaines activités (l'ésotérisme, la musique etc.).
- Des débuts pseudo-névrotiques avec des phobies, des obsessions ou des préoccupations corporelles d'allure hypocondriaque.
- Des questionnements sur la préférence sexuelle (homo ou hétéro) ou sur l'identité sexuelle (homme ou femme).
- Etc.

Devant ces situations qui n'ont aucune spécificité, il sera recherché des signes plus évocateurs.

Des expériences de **déréalisation** où le sujet a l'impression que son entourage ou l'ambiance se modifient, et deviennent étranges et inquiétants.

Des expériences de **dépersonnalisation**, certes fréquentes et banales à l'adolescence, mais qui peuvent évoquer le diagnostic si elles sont fréquentes ou intenses. C'est le sentiment inquiétant de ne pas se reconnaître en particulier au niveau de son corps. Une impression d'étrangeté du corps ou d'une partie du corps. C'est le classique « signe du miroir » où le jeune schizophrène s'examine avec anxiété pendant des durées anormalement importantes.

L'installation progressive d'un **automatisme mental**, des **hallucinations acoustico-verbales** ou un **délire**, sont évidemment beaucoup plus évocateurs d'une entrée dans la schizophrénie.

2.1.2. Un début rapide ou brutal

La maladie peut ainsi se révéler par une transformation rapide du caractère et des conduites.

Le début peut être une **bouffée délirante**.

Le début peut sembler être secondaire à un événement de vie notable (deuil, échec scolaire, rupture sentimentale, rupture avec les parents, fugue, etc.)

Cela peut être aussi l'installation rapide d'un état pseudo-dépressif

2.2 Le tableau clinique complet

Il est classique d'isoler deux familles de signes.

1- Des **signes productifs** ou **signes positifs** ou **syndrome délirant**. Ce que le schizophrène « fait en plus »

2- Des signes déficitaires ou signes négatifs ou syndrome dissociatif. Ce que le schizophrène « fait en moins », ce qu'il n'arrive pas à bien faire.

[Les descriptions ne placent pas toujours les mêmes signes dans la même rubrique...]

Les signes délirants sont les signes les plus inquiétants et les plus spectaculaires.

Les signes déficitaires entraînent une inadaptation sociale ; ils sont invalidants. Les signes déficitaires peuvent atteindre tous les domaines de la vie psychique ; la performance intellectuelle (idées mal coordonnées), le langage, l'affectivité, la psychomotricité.

2.2.1 Le syndrome délirant.

Les signes positifs.

Le **délire paranoïde**.

A la différence du délire paranoïaque, c'est un délire mal organisé , flou, avec de nombreuses incohérences, d'allure bizarre ou hermétique (incompréhensible), fluctuant dans le temps.

Tous les mécanismes délirants peuvent être retrouvés.

Les **hallucinations acoustico-verbales** (des voix) et les **hallucinations psychiques** sont les plus fréquentes et les plus caractéristiques de la maladie.

Les hallucinations psychiques (**automatisme mental**) peuvent affecter le discours et le cours de la pensée.

La communication est gênée, parasitée par les hallucinations. Des attitudes d'écoute peuvent être observées. Parfois même, le malade répond à voix haute à ses hallucinations (souvent des cris ou des insultes)

Les **hallucinations tactiles** (toucher) ou **cénesthésiques** (organes) sont fréquentes. Sensations de courant électrique, de douleur, d'attouchement, etc.

Les mécanismes **interprétatifs** et **imaginatifs** sont eux aussi très fréquents.

Les **thèmes délirants** sont variables. Il y aura par exemple des thèmes d'ensorcellement, de maladie, d'empoisonnement, des thèmes mystiques. Le thème peut être flou, par exemple vaguement persécutif ou hypocondriaque. Il peut être variable dans le temps mais souvent, pour un patient donné, les mêmes thématiques ont tendance à revenir.

La conviction délirante peut fortement varier selon les périodes. L'absence de logique ou de cohérence est classique : une conviction délirante forte peut être associée à une demande de soin, un délire mégalomane de toute puissance avec une crainte hypocondriaque.

2.2.2 Les signes déficitaires, le syndrome dissociatif

L'aspect « déficitaire » de la maladie peut porter sur tous les domaines de la vie psychique, avec des troubles de la pensée, du langage et de la communication, des troubles de l'affectivité, des troubles psychomoteurs.

2.2.2.1 Troubles du cours de la pensée

Relâchement de la coordination des idées. Une étrangeté des associations d'idées. Une pensée qui devient illogique et incohérente.
Une difficulté à utiliser des connaissances pourtant acquises.

Un ralentissement ou un arrêt du cours de la pensée qui se traduit dans le discours du patient par un **fading** (ralentissement) ou un barrage (suspension du discours et du cours de la pensée).

Des **persévérations** : une idée récurrente vient gêner en se répétant, le développement de la pensée.

Des diminutions de la concentration ou de l'attention. Un appauvrissement des idées. Une **lenteur d'idéation**.

[Les particularités de la pensée du schizophrène sont souvent rangées dans la catégorie signes positifs et l'appauvrissement de la pensée dans la catégorie signes négatifs].

2.2.2.2 Les troubles du langage et de la communication

Ils suivent les troubles du cours de la pensée.

On peut observer des diminutions du débit verbal, des mutismes ou des semi-mutismes; ou au contraire, un débit verbal augmenté.

Des altérations de la syntaxe des phrases ou des néologismes peuvent gêner la compréhension.

Globalement la communication du schizophrène est souvent diminuée avec un retrait sur soi, un repli.

2.2.2.3 Les troubles de l'affectivité

Là aussi l'aspect déficitaire est fréquent, allant dans le sens d'une diminution de la vie affective.

Une froideur avec une diminution du contact émotionnel.

Un **émoussement affectif**.

Une **anhédonie** (incapacité à éprouver du plaisir).

Des altérations sont aussi possibles :

Une **ambivalence** des sentiments, des terreurs, une perplexité, une exaltation inadaptée, etc.

La sexualité est volontiers perturbée plutôt dans le sens d'une diminution (baisse de la libido, impuissance, frigidité, etc), mais une sexualité excessive ou particulière est également possible (masturbation intense, partenaires multiples, etc.)

2.2.2.4 Des troubles psychomoteurs

Ils permettent d'évoquer le diagnostic sur l'allure du patient.

Des **stéréotypies** (mouvements répétitifs), des mimiques. Des grimaces, des **rires immotivés**, des mouvements de balancement.

Des déambulations incessantes, des activités de graphisme répétées.

Des troubles des gestes fins, une maladresse. Des gestes indécis, hésitants.

Un ralentissement, une lenteur, un **apragmatisme**.

Les signes classiques de la **catatonie** : maintien d'attitude, immobilité avec des positions conservées, raideur avec une flexibilité cireuse des membres, une expression faciale figée.

Une **échopraxie** : répétition automatique des gestes, des attitudes ou des mouvements.

Le **maniérisme** est classique. Des petits gestes inutiles et indécis, une démarche à petits pas sautillants, des mimiques ou des grimaces de la face peuvent donner cette impression d'un patient « maniéré » .

La **discordance** désigne cette impression clinique de décalage. Elle est secondaire à la dissociation psychique du schizophrène. C'est à la fois l'aspect embrouillé de sa communication et de sa pensée et les dissociations idéo-motrices (entre une idée et un mouvement comme par exemple des rires immotivés) ou idéo-affective (dissociation entre l'idée et l'émotion).

2.2.3 Formes cliniques.

Les tableaux cliniques sont très variables d'un malade à l'autre.

2.2.3.1 La schizophrénie simple

Schizophrénie simple ou psychose blanche ou « structure psychotique » désignent des tableaux avec peu de signes. Un apragmatisme, une indifférence, une existence ritualisée répétitive, une pauvreté affective, un isolement, une humeur neutre. Quelques rares signes peuvent évoquer le diagnostic : quelques bizarreries, un doute pour un automatisme mental.

2.2.3.2 La schizophrénie paranoïde

Les signes positifs délirants avec le délire paranoïde dominant le tableau.

2.2.3.3 L'hébéphrénie

Les troubles cognitifs dominent le tableau (pensée, langage, affectivité). Dans les formes sévères l'hébéphrénie prend une allure démentielle.

2.2.3.4 La catatonie

Les troubles psychomoteurs sont au premier plan. Souvent ce sont des tableaux d'hébéphréno-catatonie.

2.2.3.5 Schizophrénie pseudo-névrotique.

Il est observé des formes pseudo-phobiques ou pseudo-obsessionnelles avec par exemple des idées délirantes qui ressemblent à des obsessions avec des répétitions répétitives de phrases, des pensées obsédantes, des collections importantes avec un entassement d'objets. Le diagnostic peut être très difficile, à moins que des signes plus évocateurs de la pathologie (délire, hallucinations) ne puissent être mis en évidence.

Des formes pseudo-hystériques avec au premier plan une symptomatologie bruyante trop expressive avec des signes somatiques évoquant une conversion (dysphonie, aphonie, paralysie, etc.)

2.2.3.6 Des formes pseudo psychopathiques : l'héboïdophrénie

Comportement asocial avec violences, intolérances aux frustrations et aux interdits. Importante consommation d'alcool et de stupéfiants. Existence marginale.

Les signes de psychopathie sont au premier plan et peuvent masquer les troubles dissociatifs ou délirants.

2.2.3.7 Schizophrénie affective

Désignée aussi par les termes de trouble schizo-affectif ou psychose dysthymique, car cette forme est de plus en plus souvent considérée comme une pathologie autonome, devant être isolée de la schizophrénie.

Le tableau clinique associe les signes de la schizophrénie et ceux observés dans la psychose maniaco-dépressive.

Les deux groupes de signes se mélangent et se potentialisent avec des phases maniaques et dépressives où le délire s'exacerbe, et des périodes presque normales avec très peu de signes.

Cette forme (ou cette maladie autonome) est de meilleur pronostic. Les malades bénéficient des thérapeutiques médicamenteuses des deux maladies (antipsychotiques et normothymiques).

2.3 - Évolution de la maladie

L'évolution dans le temps des tableaux cliniques est variable. En simplifiant, on peut observer :

- Des formes avec une évolution déficitaire progressive avec une perte régulière de l'autonomie. Elles sont une éventualité fréquente.
- Des formes avec des périodes d'éclosion délirante pouvant nécessiter une hospitalisation. La plupart du temps, une adaptation sociale suffisante permet des soins ambulatoires.
- Au contraire, des formes très délirantes avec des hallucinations envahissantes, résistantes aux traitements neuroleptiques (schizophrénie résistante).
- Des formes avec une bonne autonomie, peu de délire et peu de déficit (par exemple quelques voix facilement critiquées, un isolement affectif relatif). Elles peuvent ne jamais nécessiter d'hospitalisation et des soins ambulatoires suffisent au maintien d'une bonne insertion sociale.

En pratique :

- La maladie risque d'entraîner un handicap.
- La vie sociale des schizophrènes est menacée par la pauvreté et la précarité.
- En France, l' Allocation Adulte Handicapé est souvent l'unique source de revenu.
- La maladie peut plus ou moins rapidement évoluer vers une dépendance à l'institution hospitalière, avec des hospitalisations fréquentes ou prolongées
- Les difficultés à trouver ou maintenir ou financer un logement font que de nombreux schizophrènes sont des SDF.

Aussi souvent :

- Un tabagisme parfois très important participe à la surmortalité et à la diminution des revenus financiers.
- Les abus en substances : alcool, cannabis, opiacée (Héroïne, Subutex®, etc.)
- Les pathologies organiques sont fréquentes et les schizophrènes ont volontiers d'autres pathologies (difficultés des diagnostics, relative hostilité à être accueillis dans des structures de soins, négligence, hygiène de vie, etc.)
- Le suicide est une cause fréquente de décès (15 %).

La question de la criminalité.

Les schizophrènes ne sont pas plus dangereux que les autres en matière d'homicide ou de grands délits.

Le taux de schizophrènes en prison est supérieur à celui observé dans la population générale, mais il s'agit plutôt de petite délinquance à mettre en rapport avec la précarité sociale, les abus de substances illicites, etc.

3. L'étiologie de la schizophrénie

3.1 - Étiologie inconnue

Il y a beaucoup d'incertitudes. Les hypothèses des uns et des autres influencent les descriptions cliniques et les approches thérapeutiques.

L'origine de la schizophrénie est inconnue.

Rappelons que l'unité de la maladie n'est pas établie et pour certains cela pourrait expliquer qu'il n'existe pas aujourd'hui un modèle étiologique décisif.

Néanmoins, il existe de nombreux modèles qui certes ne sont pas suffisants pour nous fournir une étiologie de la maladie mais qui peuvent servir de base aux approches thérapeutiques. Il convient toutefois de garder à l'esprit qu'aucun de ces modèles n'offre une explication du trouble et que la prudence explicative et la réserve sont préférables.

3.2 - Les facteurs biologiques

L'action des traitements médicamenteux sur les symptômes de la schizophrénie atteste d'un substratum biologique. Les principaux médicaments sont les **neuroleptiques** (antipsychotiques). Ces médicaments sont des antagonistes des récepteurs dopaminergiques. Cela oriente vers un rôle particulier de la dopamine (neuromédiateur) dans la physiopathologie du trouble.

Des anomalies cérébrales peuvent être mise en évidence. Les progrès de l'imagerie médicale permettent de retrouver des anomalies. Toutefois il est difficile de les interpréter cause ou conséquence du trouble ?

Certaines peuvent être facilement réalisées (Imagerie par résonance magnétique -IRM- Tomodensitométrie -TDM-) mais ces examens n'ont aucun rôle en pratique clinique. Les corrélations statistiques retrouvées dans les études scientifiques ne sont pas suffisantes pour aider au diagnostic clinique.

Les études scientifiques plaident aussi en faveur de **facteurs génétiques**. Ainsi, la survenue d'une schizophrénie chez les deux jumeaux homozygotes (« vrais jumeaux ») est nettement plus fréquente que s'il s'agit de jumeaux hétérozygote. Toutefois les facteurs génétiques ne sont pas suffisants pour expliquer la schizophrénie. Ainsi, chez des jumeaux homozygotes (même patrimoine génétique), l'absence de la maladie chez l'un alors que l'autre est atteint est observée dans 50% des cas.

En pratique les résultats des études scientifiques ne permettent pas de proposer un conseil génétique et les antécédents familiaux ne sont pas un argument très fiable pour accréditer un diagnostic.

Les modèles de vulnérabilité tentent de faire la synthèse en proposant que des facteurs génétiques et organiques créent des conditions de vulnérabilité aux stress psychologiques et environnementaux avec le développement de symptômes schizophréniques.

3.3 - Les théories non organiques.

Les **théories familiales** et les **théories de la communication** proposent le rôle des interactions de la famille sur l'enfant dans la genèse de la schizophrénie. C'est par exemple la célèbre théorie du double lien de Gregory Bateson. Les résultats sont très peu étayés scientifiquement. Il convient d'éviter en pratique les notions trop souvent utilisées de « mère de schizophrène ». Les fonctionnements familiaux qui peuvent être observés en pratique sont peut-être une cause ou une conséquence de la pathologie ou pourquoi pas ne rien à voir avec elle.

Les apports théoriques de la **psychanalyse** sont riches, complexes et contradictoires selon les courants de pensée. Les modèles les plus simples et les plus classiques avancent un trouble du développement psychique précoce, antérieur à celui des troubles névrotiques avec un défaut du Moi. Les troubles de la relation précoces avec la mère sont souvent mis en avant dans ces théories.

Les théories **cognitivo-comportementales** proposent des modèles cliniques et descriptifs de la maladie compatibles avec un substrat organique du trouble.

En résumé.

Comme souvent lorsqu'il n'y a aucun modèle explicatif capable de s'affirmer, soit avec des preuves scientifiques, soit avec des conséquences thérapeutiques décisives, nous n'avons pas un manque de modèles et d'explications, mais au contraire, c'est une pléthore de théories qui sont à notre disposition.

4. Traitements et prise en charge

4.1 - Les médicaments

Les **neuroleptiques** de plus en plus souvent appelés **antipsychotiques** sont l'essentiel du traitement médicamenteux.

Ils ont une action sur les symptômes de la schizophrénie. Ils agissent sur le délire et les hallucinations mais aussi sur les signes déficitaires.

Ils ne permettent pas une guérison de la maladie.

Leur efficacité est partielle. Grosso modo, ils aident d'une manière très satisfaisante dans seulement un quart des cas. Souvent leur efficacité reste incomplète avec la persistance de nombreux signes et parfois ils n'ont aucune efficacité.

Ce sont des traitements qui doivent être pris au long cours, avec des posologies importantes pendant les décompensations de la maladie et une posologie d'entretien plus faible dans les cas favorables où une rémission de la phase aiguë permet une atténuation significative des troubles. Pour éviter les nombreux effets secondaires, on donne la plus petite dose efficace.

Les effets secondaires des neuroleptiques peuvent s'ajouter aux signes de la maladie. Citons le syndrome extra-pyramidal avec la raideur, les dyskinésies, la prise de poids, la somnolence, la diminution de la libido, l'impuissance, la frigidité. La liste des effets secondaires possibles des neuroleptiques antipsychotiques est longue; certains peuvent être graves, avec un risque vital comme le syndrome malin des neuroleptiques.

4.2 - Les psychothérapies

Les psychothérapies individuelles classiques d'orientation analytique (psychanalyse) sont parfois réalisables. Elles ne sont cependant pas classiques dans cette indication. Elles sont réservées à des psychothérapeutes expérimentés, habitués aux patients schizophrènes.

Les thérapies familiales d'orientation systémique, et de plus en plus souvent, des thérapies familiales d'orientation cognitivo-comportementales visant à aider l'entourage, à identifier et à mieux réagir aux situations difficiles, sont également réalisables.

Les thérapies comportementales visent à maintenir l'adaptation sociale du malade. Elles ont une approche pédagogique et elles visent l'apprentissage d'habilités sociales (parler, communiquer, éviter les comportements inadaptes, gérer le traitement, etc.)

Les soins en groupe (thérapie de groupe) sont assez fréquents dans les structures hospitalières (hospitalisation temps plein, hôpitaux de jour). Les objectifs sont simples et pragmatiques : favoriser la communication, l'intégration, la cohésion, tenir compte de la réalité, réduire l'isolement.

4 3 - L'organisation des soins

Les soins du schizophrène sont étroitement liés aux structures. Il s'agit souvent d'une prise en charge lourde pour cette maladie chronique volontiers invalidante.

Un travail en équipe est souvent nécessaire avec l'intervention de différents professionnels (psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale, ergothérapeute, etc.).

En France, il faut souligner le rôle primordial de la psychiatrie publique et de son organisation en secteur.

Le parcours du patient évoluera en fonction de son état clinique et de sa situation sociale : hospitalisation temps plein, Centre Médico-Psychologique, hôpital de jour, appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique, etc.

Des dispositifs non médicaux participent à l'aide possible. Citons en vrac, les mesures de protection juridique pour incapable majeur (tutelle, curatelle), l'Allocation Adulte Handicapée (AAH) souvent unique source de revenus du patient schizophrène, les milieux de travail protégé en particulier les Centres d'Aide par le Travail (CAT).

Octobre 2005 © Serge Delègue
<http://www.aph-metaphore.com.fr/infirmier/>

Contenu disponible sous GNU Free Documentation licence
<http://www.gnu.org/copyleft/fdl.html>