

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

Objectif principal

- Définir les principaux symptômes positifs de la schizophrénie et savoir traiter à temps tout processus psychotique débutant.

LES SCHIZOPHRENIES.

PLAN

DEFINITION

HISTORIQUE

ETIOPATHOGENIE

CLINIQUE

CRITERES DIAGNOSTIC SELON LE DSM.5

SCHIZOPHRENIE ET RISQUE SUICIDAIRE

SCHIZOPHRENIE ET CANNABIS

EVOLUTION

TRAITEMENTS

BIBLIOGRAPHIE

I) DEFINITION

C'est un groupe de psychoses caractérisées par une dissociation de la vie psychique et une désorganisation progressive de la personnalité avec bouleversement des rapports affectifs, intellectuels et sociaux du sujet avec autrui et la réalité.

Le sujet cesse de construire son monde en communication avec autrui pour se perdre dans un chaos imaginaire.

Elle touche 1% de la population générale et elle est présente chez toutes les races, toutes les cultures et chez les deux sexes.

II) HISTORIQUE

La schizophrénie est un concept qui a eu des évolutions très diverses :

- Démence précoce de Morel (1860)
- Hebeprénie de Hecker (1871)
- La forme catatonique décrite par Kahlbaum
- Kraepelin (1898) synthétise les travaux sus-cités et y rajoute la forme paranoïde
- Bleuler (1911) crée le terme de schizophrénie (schizo = séparation , phrene = âme) et pour lui la schizophrénie est un syndrome caractérisé par une désagrégation et une dissociation de la personnalité, en d'autres termes elle est faite d'une dissociation et d'un autisme.

III) ETIOPATHOGENIE.

1. FACTEURS GENETIQUES : l'aspect génétique de la transmission de la maladie est très possible surtout lors des mariages consanguins associés à une morbidité psychiatrique familiale.

Sur le plan purement génétique, le taux de prévalence varie de 1 à 08 % chez les frères et 10 à 25 % chez les jumeaux monozygotes avec forte pénétrance.

D'autres études mettent en évidence l'implication d'une altération du bras court du chromosome 5 et qui méritent réplique après linkage

2. *FACTEURS BIOCHIMIQUES* : la théorie dopaminergique de la schizophrénie, les neuroleptiques améliorent les symptômes psychotiques grâce à leur activité

antidopaminergique, en effet ils agissent par blocage des récepteurs post-synaptique dopaminergiques et augmente de ce fait la présence de la dopamine dans la synapse.

3. FACTEURS BIOSOMATIQUES : Kretschmer dans sa classification bio typologique, attribue un biotype qu'il nomme **Leptosome** qui semble spécifique aux schizophrènes dans une proportion de 53% des cas, ce biotype est divisé en deux catégories :

- *Le morphotype* : tendance longiligne, épaules rejetées en arrière, la face en lame de lune et des bras longs.
- *Le psychotype* : tendance au retrait, à la clinophilie, aboulie, rareté des contacts sociaux et peu enclin aux fréquentations définissant la **schizoïdie**.

4. FACTEURS PSYCHOLOGIQUES :

A) les événements de la vie (life-events) : un décès dans la famille, un suicide, la maladie d'un des parents peuvent précipiter un syndrome schizophrénique .

B) la psychanalyse : a mis en évidence les altérations de la relation du schizophrène avec sa famille et le monde extérieur, mais la relation de cause à effet demeurerait suspendue..

C) l'école de Palo-Alto : le théorie du **double bind** ou du double lien ou de la double contrainte met en évidence le message contradictoire et schizophrénigène (inconscient) des membres de la familles envers leur malade.

De cela une meilleure approche psychothérapeutique fut conçue dans le but de bien entrevoir le trouble avec toute la famille.

D) facteurs socioculturels : sous l'effet du phénomène de l'acculturation (présence de deux niveaux de cultures différents au sein d'une même société), le modèle identificatoire reste caduque.

La famille dénucléarisées, l'industrialisation massive et intense de la société non encore préparée et l'exode rurale ont fait resurgir cette pathologie.

5) THEORIE GLUTAMATERGIQUE ET IMAGERIE CEREBRALE

Scott Small, a étudié, par imagerie cérébrale, l'évolution de la maladie dans l'hippocampe, une région du cerveau cruciale pour la mémoire et l'attention et qui est parmi les premières touchées par la schizophrénie. Ils ont montré que l'atrophie de l'hippocampe est directement liée à la présence excessive d'un neurotransmetteur appelé glutamate

Les maladies psychiatriques ne s'expliquent pas par une anomalie de structure mais par un désordre du fonctionnement cérébral.

La présence de symptômes négatifs, comme la pauvreté psychomotrice et la pauvreté de l'expression orale, est associée à une diminution de l'activité métabolique dans **le cortex préfrontal gauche**.

A l'inverse, les hallucinations et les idées délirantes sont associées à une **hyperactivité du cortex temporal gauche**..

IV) CLINIQUE.

Le tableau clinique est actuellement conçu autour de quatre ensembles dimensionnels : trois dimensions symptomatiques principales (positive, négative et désorganisation) dont l'expression est essentielle au diagnostic et une quatrième dimension cognitive, décrite plus récemment, qui n'est, pour le moment, pas nécessaire pour poser le diagnostic dans les classifications internationales

1. Les symptômes positifs :

Désignent des expériences intérieures ou des comportements pathologiques qui n'existent pas à l'état normal (Très fréquentes entre 48 et 70 % des sujets)

- Les idées délirantes
- Des mécanismes interprétatifs,
- Hallucinatoires
- Intuitifs et Imaginatifs
- De Persécution
- Les délirantes de grandeur et mystiques sont également rencontrées.
- Enfin, les symptômes positifs comprennent tout un ensemble de phénomènes en rapport avec une perte des limites psychiques entre soi et autrui, nommés symptômes de premier rang et décrits notamment par Kurt Schneider

2. Les signes négatifs

Correspondent à des expériences intérieures ou des comportements considérés comme normaux qui sont défailants ou absents elles traduisent un appauvrissement de la vie psychique

- L'expression émotionnelle faciale, gestuelle et vocale est réduite, voire absente
- la vie relationnelle est souvent pauvre.
- Le discours est laconique, son contenu pauvre et manquant de mobilité.

La symptomatologie négative favorise elle aussi l'incurie, le sujet négligeant alors son hygiène, sa présentation et son habillement

3.La désorganisation:

Elle se manifeste par une déstructuration de la pensée et du comportement

- discours incompréhensible.
- enchaînement des idées perturbé (coq-à-l'âne)
- Néologismes
- l'expression émotionnelle n'est pas en rapport avec la situation (Quand le sujet se met en colère, il sourit)
- des rituels stéréotypés
- une présentation insolite, par la coiffure, les accessoires, le vêtement qui n'est adapté ni aux circonstances ni à la saison
- **Les troubles cognitifs:**

correspondent à l'atteinte de processus mentaux permettant au sujet de traiter les informations de son environnement

- Malgré leur fréquence, ils demeurent absents dans les classifications internationales du fait de leur manque de spécificité
- ils affectent préférentiellement :
 - I. la vitesse de traitement de l'information
 - II. la mémoire
 - III. l'attention
 - IV. la cognition sociale

Bien qu'ils ne soient pas toujours perçus par le sujet, les troubles cognitifs ont des répercussions fonctionnelles importantes, bien plus que les symptômes, notamment négatifs ,ils peuvent affecter l'autonomie du patient au quotidien, ses possibilités d'inscription dans des espaces relationnels, occupationnel et/ou professionnel

Le diagnostic, pour l'instant est exclusivement clinique et doit être posé après avoir éliminé les causes organiques ou toxiques devant La réalisation d'un bilan somatique initial

les critères diagnostiques pour la schizophrénie selon le **DSM-5** sont :

A . Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace) .Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

- 1 . Idées délirantes .
- 2 . Hallucinations .
- 3 . Discours désorganisé.
- 4 . Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique .
- 5 . Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle

- B . Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint) .
- C . Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c .-à-d .les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer .Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p . ex .croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles) .
- D . Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que
 - 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes,
 - 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie .
- E . Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre pathologie médicale .
- F . S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace)

VI) SCHIZOPHRENIE ET RISQUE SUICIDAIRE

10 à 15% des patients souffrant de schizophrénie se suicident, en particulier durant les premières années de la maladie, et près de la moitié font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie.

Ce risque important peut être lié à des épisodes de dépression qui doivent être identifiés et traités. Paradoxalement, la capacité de comprendre la maladie augmente ce risque (degré d'insight).

La sortie d'une hospitalisation, un épisode dépressif ou une recrudescence hallucinatoire nécessitent une vigilance accrue

VII) SCHIZOPHRENIE ET CANNABIS

Le cannabis est très consommé par les personnes atteintes de schizophrénie. Son utilisation diminue l'efficacité des traitements et a un impact négatif sur l'évolution de la maladie (aggravation des symptômes négatifs et accroissement du nombre des rechutes, majoration de l'impulsivité).

Pour certains chercheurs, la consommation de cannabis peut provoquer la survenue de symptômes schizophréniques chez des personnes présentant une vulnérabilité. Des personnes souffrant de schizophrénie croient que cette consommation peut calmer certains symptômes (angoisse, inhibition). En fait, ce soulagement est transitoire et la consommation aggrave le pronostic de la maladie.

Les personnes vivant avec une schizophrénie ont souvent une consommation de tabac importante. La nicotine peut atténuer certains effets indésirables des antipsychotiques. Ceci pourrait expliquer leur plus grande dépendance à la nicotine.

VIII) EVOLUTION.

Le diagnostic précoce, les nouveaux antipsychotiques et les psychothérapies structurées ont révolutionnés l'évolution de la schizophrénie.

Sous traitement, elle peut évoluer par remissions surtout dans les **formes positives** ou se chroniciser et évoluer vers la dementification (démence vésanique) dans les **formes négatives**.

IX) TRAITEMENTS.ET PRISE EN CHARGE

En 1952, les premiers neuroleptiques ont révolutionné le pronostic de la maladie.

La deuxième génération d'antipsychotiques – Risperidone (Risperidal®), Olanzapine (Zyprexa®), Aripiprazole (Abilify®), Amisulpiride (Solian®), Quétiapine (Xeroquel®) – a une efficacité égale sur les symptômes positifs et probablement supérieure sur les symptômes négatifs avec moins d'effets neurologiques (de type parkinsonien) et cognitifs mais parfois davantage de conséquences sur la prise de poids.

Aujourd'hui, ces produits sont prescrits en première intention. Les neuroleptiques classiques sont parfois maintenus chez des personnes bien stabilisées ou initiés dans certaines situations liées à l'histoire thérapeutique.

Ces médicaments dits suspensifs atténuent les symptômes de la maladie, mais celle-ci peut toujours évoluer. Des formes buvables, oro-dispersibles, injectables, ou d'action prolongée (injection toutes les 4 à 6 semaines) peuvent améliorer le confort du patient et l'observance.

La Clozapine (Leponex®) est utilisée dans les formes résistantes (5%) (réponse insatisfaisante à deux traitements antipsychotiques de classes différentes correctement menés)

D'autres médicaments peuvent être prescrits, par exemple :

- benzodiazépines (anxiolytiques, efficace dans les formes catatoniques) ;
 - régulateurs de l'humeur (sels de lithium (Téralithe®), Carbamazépine (Tégréto®), sels de l'acide valproïque (Dépamide®, Dépakote ®) dans les formes dysthymiques ou résistantes ;
 - antidépresseurs, si symptômes dépressifs ;
 - correcteurs des effets indésirables des antipsychotiques.
-
- ✓ **Electroconvulsivothérapie** : en cas de prédominance de symptômes négatifs, de syndrome catatonique et de chimiorésistance.
 - ✓ **Psychothérapie institutionnelle**
 - ✓ **Ergothérapies.**
 - ✓ **Thérapies familiales** : permet d'éviter les rechutes par une approche psycho-éducative
 - ✓ **Entraînement aux habilités sociales** : ensemble de capacités cognitives et comportementales qui permettent de communiquer les émotions et les besoins et d'atteindre divers objectifs inter-personnels
 - ✓ **rTMS (stimulation magnétique trans-crânienne répétitive)**
Technique récente et moins contraignante que l'ECT, l'activité électrique du cerveau est modifiée par des champs magnétiques brefs et intenses délivrés par un appareil positionné à la surface du crâne.

Technique non invasive, non douloureuse, ne nécessitant pas d'anesthésie et ayant peu d'effets indésirables. Elle semble efficace sur les hallucinations. Ses résultats doivent être confirmés par de nouveaux travaux de recherche.

✓ **Remédiation cognitive**

Individuelle ou en groupe, permet d'améliorer les troubles cognitifs. Exercices réalisés avec un professionnel à partir de différents supports (planches avec des mots, images, films, souvent à l'aide d'un ordinateur).

✓ **Éducation thérapeutique du patient (ETP) et les programmes de psychoéducation**

Organisées par des psychiatres, psychologues et infirmiers, avec la participation de travailleurs sociaux, pharmaciens, diététiciens... En groupe le plus souvent, aident patients et proches à comprendre causes, symptômes, traitement et effets sur l'entourage de la maladie.

Le groupe permet un partage du vécu émotionnel et une entraide utiles à la résolution des problèmes. Cette approche a montré son efficacité, notamment sur le nombre de rechutes

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Cannon TD, Bearden CE, Hollister JM, Rosso IM, Sanchez LE, Hadley T. Childhood cognitive functioning in schizophrenia patients and their unaffected siblings: a prospective cohort study. *Schizophr Bull* 2000;26:379–93. [15]
- 2) Johnstone EC, Cosway R, Lawrie SM. Distinguishing characteristics of subjects with good and poor early outcome in the Edinburgh High-Risk Study. *Br J Psychiatry Suppl* 2002;43:26–9. [16] Zalla T, Joyce C, Szöke A, Schürhoff
- 3) F, Pillon B, Komano O, et al. Executive dysfunctions as potential markers of familial vulnerability to bipolar disorder and schizophrenia. *Psychiatry Res* 2004;121:207–17. [17]

LES SCHIZOPHRENIES

- 4) Cornblatt BA, Malhotra AK. Impaired attention as an endophenotype for molecular genetic studies of schizophrenia. *Am J Med Genet* 2001;105:11–5. [18]
- 5) Erlenmeyer-Kimling L, Rock D, Roberts SA, Janal M, Kestenbaum C, Cornblatt B, et al. Attention, memory, and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses: the New York High-Risk Project. *Am J Psychiatry* 2000;157:1416–22. [19]
- 6) Ross RG, Heinlein S, Tregellas H. High rates of comorbidity are found in childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;88:90–5