

# Schizophrénie

## Objectifs pédagogiques

- Savoir porter le diagnostic de maladie mentale chronique « schizophrénie »
- Connaître les modalités évolutives de la psychose dissociative chronique
- Connaître, pour les mettre en œuvre, les mesures thérapeutiques adéquates, à court et à long terme pour réserver le pronostic et favoriser la réhabilitation psychosociale

## Définition

- Schizophrénie (grec) = Skhizein (fendre) + Phren (esprit)
- La schizophrénie est définie par Bleuler en 1911 comme une dissociation des fonctions psychiques avec perte de l'unité de la personnalité et sentiment de perte de l'intégrité corporelle, rupture de contact avec la réalité (idées délirantes, hallucinations) et tendance à s'enfermer dans un monde intérieur (repli autistique)
- Aujourd'hui, la pathologie schizophrénique se caractérise par :
  - Son éclosion à l'adolescence
  - Son polymorphisme symptomatique observé à la phase d'état et les différentes dimensions qui s'installent au cours de la maladie :
    - **Syndrome de désorganisation, distorsion de la réalité** (symptômes positifs)
    - **Apragmatisme et repli autistique** (symptômes négatifs)
    - **Altérations des fonctions cognitives** (syndrome déficitaire)
    - **Manifestations thymiques** : à type d'excitation ou de dépression atypiques

## Jalons historiques

- E.Kraepelin (1898), qui synthétise les travaux réalisés par :
  - Morel (démence précoce)
  - Kahlbaum (catatonie)
  - Mecker (hébéphrénie)
  - Y associe la forme paranoïde
- Bleuler (schizophrénie)

## Epidémiologie

- La schizophrénie est une maladie dont la répartition est universelle
- Elle se retrouve à une fréquence sensiblement égale dans les 2 sexes
- L'incidence varie de 0,1 à 0,7%
- La prévalence annuelle est de 0,23 à 0,47%
- Elle débute chez les adultes jeunes entre 20 et 34 ans

## Clinique

- **Forme de début** (ou mode d'entrée dans la schizophrénie) :
  - **Envahissement schizophrénique** : il peut se faire à bas bruit pendant de longues années. Les aspects sémiologiques les plus fréquents sont ceux qui apparaissent comme habituels à l'adolescence, mais qui doivent attirer l'attention par leur durée ou par leur développement démesuré :
    - **Engouement pour la religion**
    - **Baisse du rendement intellectuel**

- **Autres formes pseudo-névrotiques :**
  - ✓ **Obsessionnelle** : les obsessions sont peu angoissantes et n'entraînent pas de rituels sont peu importantes
  - ✓ **Phobique** : les phobies sont souvent massives et extensives et peu sensible à l'évitement
  - ✓ **Hystérique** : la symptomatologie est souvent expressive (extravagance, fabulation, conversion) peu sensibles aux changements extérieurs. Ces troubles sont souvent stéréotypés, répétitifs et explosifs
  - ✓ **Dépression atypique** : installation progressive d'un retrait, d'un isolement et de sentiment d'impuissance et d'inutilité contrastant avec une froideur, une absence de demande d'aide et des réactions affectives paradoxales (indifférence, puis explosions impulsives démesurées)
- **Formes hypocondriaques et dysmorphophobiques :**
  - ✓ Le patient exprime des préoccupations exagérées concernant son corps et le fonctionnement corporel
  - ✓ Les dysmorphophobies concernent souvent le visage ou le nez accompagnées de signe du miroir
- **Début par toxicomanie** : les schizophrènes réagissent par une angoisse de dépersonnalisation ou de morcellement à la prise de toxique (cannabis, alcool, diazépam, trihéxyphénidyle...)
- **Début aigu** : ce sont les formes les plus fréquentes en Algérie :
  - **Bouffée délirante** : expérience délirante hallucinatoire polymorphe dans ses thèmes et ses mécanismes
  - **Etat maniaque ou dépressif atypique** : les troubles thymiques ne sont pas accompagnés d'enchaînement des idées
  - **Acte médicolégal** : il peut émailler une longue évolution passée inaperçue, mais il arrive que cette manifestation soit inaugurale d'une activité délirante installée soudainement : tentative de suicide, fugue, impulsion agressive ou meurtrière
- **Phase d'état** : il existe trois syndromes :
  - **Syndrome discordant** : il est le trouble fondamental qui désorganise la pensée, l'affectivité et le comportement et donner au patient ce caractère chaotique, étrange et discordant. Il est caractérisé par : l'ambivalence, la bizarrerie, le détachement, l'impénétrabilité
  - **Syndrome catatonique** : il se manifeste par :
    - **Catalepsie** : perte de l'initiative motrice, conservation des attitudes imposées ou spontanées (oreiller psychique), immobilité
    - **Négativisme** : attitude raide et contractée et refus de tout contact
    - **Hyperkinésie** : impulsions motrices pouvant survenir brutalement paradoxalement au cours de ces états d'immobilité
  - **Syndrome délirant** : il est caractérisé par un délire paranoïde mal systématisé, le plus souvent hallucinatoire, interprétatif, intuitif et imaginaire, les thèmes sont variés (mystiques, de persécution, de possession et de transformation corporelle...), polymorphe, changeant dans le temps, souvent accompagné d'une forte charge anxieuse et de perturbation thymique
- **Troubles des conduites** :
  - **Désintérêt et aboulie** : vont conduire le patient vers un isolement et une désocialisation progressive. Apragmatisme laissant parfois à des comportements imprévisibles : gestes suicidaires, crise d'angoisse avec syndrome de dépersonnalisation, automutilation, actes hétéro-agressifs

## Formes cliniques

- **Schizophrénie paranoïde** : forme la plus fréquente, caractérisée par la présence d'une activité délirante à mécanisme hallucinatoire et à thèmes variés (persécution, ensorcellement, mystique...). Les troubles thymiques et ceux du cours de la pensée (automatisme mental) sont importants. L'évolution peut être épisodique avec des rémissions ou être chronique
- **Schizophrénie hébéphrénique** : le début est souvent précoce, dès l'adolescence les troubles s'installent à bas bruit. Le délire y est pauvre et inconstant, la pensée, le langage et l'affectivité sont désorganisés ou incohérents, le déficit est global, les plaintes hypocondriaques, les stéréotypies verbales, le maniérisme sont fréquents. Le patient ne prend plus d'initiative, ne fait plus de projet et peut passer de longues journées au lit, sans aucune activité
- **Schizophrénie catatonique** : elle est caractérisée par la présence d'une discordance psychomotrice, hyperkinésie et agitation violente ou stupeur et attitude catatonique, négativisme, une opposition motrice, un refus de contact, des stéréotypies motrices
- **Schizophrénie simple** : elle est caractérisée par la survenue progressive et insidieuse d'une incapacité de répondre aux sollicitations de la vie sociale, d'un repli sur soi et d'une diminution graduelle des performances. Présence de bizarreries, clinophilie, apragmatisme et indifférence affective
- **Schizophrénie résiduelle** : évolution après au moins un épisode psychotique et au moins une année de rémission : présence de ralentissement psychomoteur avec pauvreté du discours et des communications, manque de soins apportés à sa personne, performance sociales médiocres
- **Schizophrénie indifférenciée** : elle comporte des symptômes de plusieurs formes
- **Schizophrénie dysthymique** : elle comporte une symptomatologie dépressive ou maniaque survenant par accès
- **Schizophrénie héboïdophrénique** : elle comporte le tableau d'hébéphrénie avec des actes antisociaux

## Evolution

- **Sans traitement** :
  - Evolution d'un seul tenant chronique avec ou sans exacerbation aiguë
  - Evolution sub-chronique avec ou sans épisode aigu
  - Rémission après une phase aigüe de plusieurs mois à plusieurs années
- **Sous traitement** : quasi disparition des formes catatoniques avec des phases de rémission de plus en plus longues, de plusieurs années, entrecoupées de rechutes délirantes de quelques semaines à quelques mois

## Traitement

Le traitement est biopsychosocial :

- **Chimiothérapie** : neuroleptiques
- **Psychothérapie**
- **Sociothérapie**