

**N° 278. Psychose et délire
chronique.**

- Diagnostiquer une psychose
et un délire chronique.**
- Argumenter l'attitude
thérapeutique et planifier le
suivi du patient.**

Doc 01.

Deuxième partie : Maladies et grands syndromes

**Question 278 - PSYCHOSES ET DELIRES
CHRONIQUES**

1. La Schizophrénie

Rédaction : Florence THIBAUT, Franck BAYLÉ

Objectifs généraux :

- Savoir diagnostiquer une psychose et un délire chronique
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

Objectifs spécifiques :

- Signes cliniques de la schizophrénie
- Connaître les signes du syndrome dissociatif
- Formes de début de la schizophrénie
- Modalités évolutives (risque suicidaire, pronostic social) de la schizophrénie
- Attitude diagnostique et thérapeutique face à un épisode délirant aigu
- Connaître les stratégies de soins des états schizophréniques (traitement chimiothérapeutique, réseau de soin, sectorisation)

<http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1095775302819&LANGUE=0>

2. Les délires chroniques non schizophréniques

Rédaction : G. Fouldrin, R. Gourevitch, F. Baylé, F. Thibaut

Objectifs Généraux :

- _ Savoir diagnostiquer une psychose et un délire chronique
- _ Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du Patient.

Objectifs Spécifiques :

- _ Connaître les principes de l'analyse sémiologique d'un délire Chronique.
- _ Connaître les différentes formes de délire paranoïaque
- _ Connaître les principes du traitement des délires chroniques.

<http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1071239164192&LANGUE=0>

Doc 02.

Psychose et délire chronique

Objectifs :

- **Diagnostiquer une psychose et un délire chronique.**
- **Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.**

A/ Psychose

- Longtemps, on a utilisé les critères suivants pour différencier les psychoses des névroses :
 - La présence de symptômes psychotiques, absents au cours d'une névrose.
 - La perte de contact avec la réalité, qui peut être totale ou partielle dans les psychoses.
 - La méconnaissance de l'état morbide.
 - L'étiologie biologique de la psychose, alors que, dans les névroses, une cause psychologique était évoquée.

- Actuellement, ces critères semblent réductionnistes, puisque :
 - Pour certains états qui avaient été longuement qualifiés de psychoses, tels que la maladie maniacodépressive bipolaire, ces critères ne sont pas valables en dehors des épisodes aigus.
 - De nombreux patients schizophrènes reconnaissent le caractère pathologique de leur état, demandent des soins, et, par ailleurs, des techniques cognitivo-comportementales chez ces patients ont pour but l'apprentissage de la critique des idées délirantes et des hallucinations lors des phases d'état.
 - Le terme de névrose a disparu des classifications modernes agnostiques.
 - Une vulnérabilité génétique existe dans le trouble obsessionnel-compulsif (névrose obsessionnelle).

B/ Définitions de certains termes utilisés

1. Symptomatologie productive (symptômes positifs) : le syndrome délirant

- Une idée est qualifiée de délirante soit quand elle semble en rupture totale avec la réalité, soit quand il manque des éléments objectifs pour la confirmer.
- Le syndrome délirant se caractérise par l'existence de thèmes délirants, des mécanismes qui les sous-tendent, du degré d'organisation du délire et de l'adhésion du sujet à son délire.

a) Thèmes

- C'est l'objet principal du délire.
- Lors de la description sémiologique, il faut systématiquement préciser si le tableau délirant comporte un ou plusieurs thèmes (polymorphes), et si une symptomatologie thymique coexiste, si les thèmes sont congruents ou non à l'humeur.
 - De persécution.
 - Mystique.
 - Mégalomaniaques.
 - Pêché délirant, culpabilité.
 - Préoccupations somatiques délirantes (dysmorphophobie, symptômes d'allure hypochondriaque).
 - Peur ou sentiment de transformation d'organes, le syndrome de Cotard en est un exemple.
 - De jalousie.
 - Érotomanie.
 - Syndrome d'influence :

* le sujet a l'impression d'être commandé par une force extérieure, qui lui impose des pensées, des actes, des sentiments. Les mécanismes sous-tendant ce thème sont : l'automatisme mental, les hallucinations intrapsychiques (psychiques) et certaines hallucinations psychosensorielles (acoustico-verbales).

– Idées de référence :

* c'est le sentiment d'être l'objet de l'intérêt d'autrui : exemple, on lui adresse des messages codés à la télévision, la radio, etc.

b) Mécanismes

– Intuitif :

* le sujet admet comme réelle et vraie une idée fautive sans vérification, sans tentative de justification logique ;

* ce mécanisme est rarement isolé ; il est présent, à des degrés variables, dans tous les délires.

– Interprétatif :

* c'est une construction explicative erronée à partir de faits réels ;

– Imaginatif :

* le sujet construit autour de lui un monde d'événements, de situations où il joue le premier rôle. Ce mécanisme est retrouvé dans la paraphrénie et les délires à thèmes mégalomaniaques.

– Illusions :

* c'est une « *perception réelle mais dénaturée et déformée par le sujet qui la reçoit* ». À l'inverse des illusions survenant chez des sujets normaux (illusions d'optique), l'illusion délirante n'est pas reconnue comme une erreur. Elle diffère de l'interprétation (où les faits réels sont bien perçus) et de l'hallucination (où il n'y a aucun élément de réalité) ; l'illusion peut affecter tous les sens.

– Hallucinations :

C'est une « perception sans objet à percevoir » ;

* psychosensorielles :

■ elles sont perçues par l'intermédiaire des différents sens et sont accompagnées de la réalité de l'hallucination. Les hallucinations peuvent être :

▲ auditives,

▲ visuelles,

▲ olfactives et gustatives,

▲ tactiles,

▲ cénesthésiques (corporelles internes),

* psychiques :

■ Ce sont « des voix intérieures », n'ayant pas de caractère sensoriel et ne provenant pas de l'extérieur. Il s'agit « de voix dans la tête ». Le sentiment d'intrusion dans l'esprit de la part de l'interlocuteur est intense et angoissant. Le sujet perd toute notion de ses propres repères intérieurs de son intégralité.

– L'automatisme mental :

* c'est un phénomène psychique consistant en une autonomisation de l'activité psychique. Le sujet perd le contrôle d'une partie de ses processus mentaux, ses pensées semblent « exister » pour leur propre compte et s'imposer à son esprit en dehors de sa volonté, en rupture avec son activité psychique volontaire. Les symptômes évoquant un automatisme mental les plus fréquents sont : le sentiment de dévidage de la pensée, d'écho de la pensée, de vol de la pensée, de commentaire des actes et des pensées. L'automatisme mental sous-tend aussi le syndrome d'influence.

c) Degré d'organisation du délire

– Délire systématisé :

* le délire est systématisé lorsqu'il a un développement cohérent et ordonné, le plus souvent à partir d'un seul thème délirant (s'il existe deux thèmes, ils sont logiquement enchaînés). Le délire s'organise de façon logique, compréhensible, pouvant parfois remporter la conviction d'autrui (délire à deux ou à plusieurs ; exemple : sectes religieuses, délires paranoïaques).

– Délire non systématisé :

* le délire est non systématisé ou polymorphe lorsqu'il comporte plusieurs thèmes et mécanismes.

Il est incompréhensible, obscur, hermétique, incohérent.

d) Degré d'extension du délire

– Le délire peut rester limité à un secteur de la vie du sujet et n'impliquer que les gens de ce secteur (exemple : travail, voisinage, etc.)

– Le délire peut s'étendre à l'ensemble des secteurs de la vie du sujet : délire en réseau.

N.B. : Un délire peut, en début d'évolution, être en secteur et envahir progressivement tous les secteurs de la vie du sujet ou être d'emblée envahissant, en réseau.

– Le degré d'extension du délire ne dépend pas du degré d'organisation de celui-ci.

e) Degré d'adhésion (participation) émotionnelle au délire

– L'investissement affectif du délire, la conviction du patient conditionnent le comportement du sujet. Une adhésion forte ou totale comporte un risque important de passage à l'acte auto- ou hétéroagressif : le délire est « agi ».

2. Symptomatologie déficitaire (signes négatifs)

a) Syndrome dissociatif

– Le terme de dissociation a été créé pour désigner la rupture de l'unité psychique. Il concerne tous les domaines du fonctionnement du sujet : comportement psychomoteur, processus cognitifs, expression de l'affect.

– On suspecte son existence dans le comportement discordant du patient. La discordance révèle à l'observateur l'existence d'une dissociation. Le patient paraît bizarre, impénétrable, détaché du réel.

– Sur le plan cognitif :

* troubles caractéristiques du cours de la pensée :

■ les barrages : ce sont des arrêts brusques du discours, reprenant après une pause silencieuse, sur le même thème, sans que le sujet prenne conscience de cette interruption,

■ le fading : c'est un engluement du discours qui ralentit, pour reprendre ensuite spontanément son rythme et au cours duquel le sujet paraît absent,

■ l'alogie témoigne de l'importance du déficit cognitif. C'est l'impression de n'avoir rien à dire, accompagnant le sentiment de tête vide de pensées ;

* troubles du langage :

■ ils témoignent de l'incapacité du sujet à utiliser harmonieusement les règles du langage et les mots. L'ensemble de ces altérations entraîne une incohérence verbale et peut aboutir à un néolangage totalement incompréhensible (schizophasie) :

▲ néologismes,

▲ paralogismes : ce terme désigne une mauvaise utilisation des mots (le patient prend des mots connus dans une acception nouvelle),

▲ agrammatisme : mauvaise utilisation de la syntaxe ;

- * troubles du contenu de la pensée (altération du système logique) :
 - la pensée n'est plus soumise aux lois de la logique et de l'entendement,
 - les troubles du cours logique de la pensée les plus souvent décrits sont :
 - ▲ pensée diffluite : c'est une pensée sans axe thématique,
 - ▲ discours tangentiel : se rapproche de la pensée diffluite, le discours du patient part d'un sujet concret et dévie de plus en plus, perdant le fil logique de la pensée,
 - ▲ ambivalence des propos,
 - ▲ contenu des propos sans portée pragmatique,
 - ▲ rationalisme morbide,
 - ▲ abstractions vides,
 - ▲ réponses à côté : le patient répond à une question concrète par une réponse illogique ou pseudologique, impénétrable,
 - ▲ mutisme.
- Sur le plan émotionnel :
 - * l'affect n'est plus concordant à la réalité et ne sous-tend plus la communication verbale : c'est la dissociation idéo-affective ;
 - * les exemples concernent :
 - la mimique : rires et sourires immotivés,
 - l'ambivalence affective,
 - les conduites paradoxales,
 - apathie, perte de la volonté,
- Sur le plan psychomoteur :
 - * maniérisme :
 - mouvements dysharmonieux, mal coordonnés, ou gestuelles surchargées, peu adaptées à la situation et à la communication ;
 - * parakinésies ;
 - * paramimies gestuelles qui déforment ou remplacent l'expression normale ;
 - * les exemples en sont :
 - les stéréotypies motrices : caractérisées par leur invariance, leur inutilité et leur inadéquation aux circonstances,
 - les phénomènes d'écho (écholalie, échopraxie), faisant au maximum partie d'un tableau catatonique,
 - Catatonie (*cf.* « Dépression »).

C/ Schizophrénie

1. Définition et épidémiologie

- La schizophrénie est une psychose à début précoce (situé entre 15 et 25 ans) et qui touche 1 % de la population générale. Les premières descriptions cliniques de la schizophrénie sont dues à Morel (1860) et Kraepelin (1900) qui lui donnèrent le nom de démence précoce. En 1911, Bleuler introduisit le terme de schizophrénie, rendant compte de la symptomatologie dissociative (schizo : diviser, et phrénicos : esprit).
- La prévalence de la schizophrénie est stable et touche 1 % de la population, et ce quelle que soit l'origine ethnique. L'odds-ratio est de 1.
- Chez les familles dans lesquelles on met en évidence des antécédents de syndromes schizophréniformes, l'agrégation familiale est de l'ordre de 30 %. Chez les jumeaux monozygotes, le risque d'avoir les deux jumeaux atteints d'une schizophrénie est de l'ordre de 70 % (mis en évidence par des études de jumeaux et d'adoption). Ces chiffres font penser

que le processus schizophrénique est la résultante de plusieurs facteurs : biologiques (génétiques, biochimiques), psychosociaux et psychologiques.

2. Formes de début

a) Formes à début aigu

– Un état délirant aigu (ou bouffée délirante aiguë [BDA]) est inaugural de la maladie :

* pour parler de schizophrénie, il faut que la symptomatologie de cet état aigu se prolonge au-delà de six mois. Dans le cadre d'une BDA, sont évocateurs de schizophrénie les éléments suivants : un automatisme mental important, un dogmatisme des croyances, le caractère abstrait et étrange du discours, l'importance de la dépersonnalisation et de l'anxiété de morcellement, l'évolution incomplètement résolutive sous traitement et le caractère partiel de la critique du délire.

– Un état d'excitation maniaque avec éléments d'atypicité :

* la présence de discordance ou d'incohérence idéique, des troubles du comportement moteur tels que des épisodes de catatonie, le caractère abstrait des propos, la présence d'idées délirantes non congruentes à l'humeur, le caractère polymorphe des thèmes et des mécanismes doivent faire évoquer un mode d'entrée dans la schizophrénie.

– Un état dépressif atypique :

* caractérisé par une culpabilité sexuelle, la présence d'hallucinations, de dépersonnalisation, de stéréotypies, d'automutilations portant sur la sphère ORL, les yeux ou les organes génitaux, l'ambivalence.

– États catatoniques à début brutal.

– Passages à l'acte « immotivés » et impulsifs :

* impulsions agressives, fugues, claustration, autocastration.

– Une psychose puerpérale avec des éléments d'atypicité :

* l'évolution prolongée et la rémission partielle, notamment chez les femmes présentant des traits de personnalité pathologique de type schizoïde (repli social chronique) ou schizotypique (repli social et croyances mystiques ou occultes) font évoquer une forme d'entrée dans la schizophrénie.

b) Formes à début progressif

– Fléchissement de l'activité :

* sensation de fatigue, d'étrangeté, de perplexité, baisse du rendement, apathie, négligence corporelles, apragmatisme.

– Modification du caractère avec :

* apparition ou aggravation de l'hostilité contre l'entourage ou tendance à la rêverie, à l'isolement ;

* occupations ésotériques, fanatisme religieux.

– Modification de l'affectivité :

* « athymhormie » : indifférence aux émotions, perte de l'élan vital ;

* bizarreries affectives.

– Manifestations pseudo-névrotiques :

* symptômes « obsessionnels-compulsifs » : les compulsions sont « bizarres », à teneur

mystique. Exemple des rituels conjuratoires, les « obsessions » sont souvent à thèmes sexuels, abstraites et caractérisées par d'interminables rationalisations. Ces obsessions sont souvent dénuées de la lutte anxieuse caractéristique du trouble obsessionnel-compulsif du « névrosé » ;

* les crises d'angoisse : les thèmes de dépersonnalisation ou de déréalisation, de morcellement dominant le tableau ;

* symptomatologie hystérisante : à type de malaises mal définis, de douleurs erratiques, de troubles du comportement alimentaire. L'importance du maniérisme, l'absence ou la réponse fluctuante à la suggestion, la survenue des symptômes en dehors de tout contexte ou public font la différence avec « une hystérie du névrosé » ;

* pseudophobies : la dysmorphophobie est quasi pathognomonique de la schizophrénie (en dehors de la période de l'adolescence). Elle se caractérise par la crainte exprimée à propos de l'intégrité corporelle du sujet, de son visage (il passe beaucoup de temps à se regarder dans le miroir en touchant ses oreilles, son nez...). La dysmorphophobie peut être associée à une nosophobie, voire à des plaintes hypocondriaques portant toujours sur l'intégrité et la transformation corporelle.

3. Séméiologie de la phase d'état

a) Symptomatologie positive (syndrome délirant)

– Symptomatologie hallucinatoire :

* les hallucinations sont des perceptions sans objet ;

* les hallucinations peuvent se traduire par :

■ des attitudes d'écoute ou le port de casque de baladeur musique avec la musique « à fond » (pour les hallucinations auditives et certaines hallucinations intrapsychiques, telles que les pensées imposées, le commentaire de la pensée),

■ chez un patient qui soliloque, on peut suspecter : des hallucinations auditives complexes, un commentaire de la pensée, une pensée « audible »,

■ des actes médico-légaux ou inadaptés (pour les actes imposés),

■ des mouvements ou comportements corporels bizarres (pour les hallucinations cénesthésiques).

Les hallucinations cénesthésiques peuvent être à l'origine de passages à l'acte autoagressifs à type d'automutilations portant souvent sur les yeux, les oreilles, le sexe ;

* nature des hallucinations :

■ hallucinations auditives simples :

▲ le patient « entend » des voix, des bruits, de la musique, sans distinction de paroles ni de sens,

■ hallucinations auditives complexes (acoustico-verbales),

■ hallucinations intrapsychiques :

▲ pensée ou actes imposés,

▲ pensée et actes contrôlés,

▲ commentaire de la pensée, des actes,

▲ écho de la pensée,

▲ diffusion de la pensée par télépathie ou pensée audible,

▲ délire de référence : les médias font référence au patient, lui adressent des messages,

▲ vol de la pensée,

■ hallucinations cénesthésiques (corporelles) : brûlures, décharges électriques, déformations,

■ hallucinations visuelles :

▲ elles sont la traduction d'une atteinte organique jusqu'à preuve du contraire !

▲ après avoir éliminé une cause organique, les hallucinations visuelles sont souvent à

thématique mystique, religieuse ou des « illusions » de transformation de la réalité,

- hallucinations olfactives,
- hallucinations gustatives (souvent accompagnées d'idées délirantes d'empoisonnement) ;

– Symptomatologie délirante :

* dans la schizophrénie, les thèmes et les mécanismes sont multiples et polymorphes ;

* thèmes :

- de persécution,
- de jalousie délirante,
- délire d'empoisonnement,
- faute ou péché délirant,
- de grandeur,
- mystiques,
- de filiation,
- préoccupations somatiques délirantes comprenant la dysmorphophobie (peur de la déformation du visage et du corps), angoisse de morcellement, nosophobie ;

* mécanismes :

■ automatisme mental :

▲ l'automatisme mental pourrait être compris comme une analyse autonome et anormale de l'information avec perte de la distinction des productions mentales du Soi et des informations provenant de l'extérieur (comme si le cerveau se mettait à fonctionner pour son propre compte, de façon « automatique »). Comme exemples d'automatisme mental (tel qu'il était anciennement décrit), on peut donner : le sentiment de vol, d'écho de la pensée, le délire de référence, le sentiment de pensée diffusée,

- interprétatif,
- hallucinatoire,
- intuitif,
- imaginatif ;

* degré d'organisation : le délire est toujours mal organisé, flou, incompréhensible ;

* degré d'adhésion : l'adhésion est toujours totale et se traduit par l'absence de critique, un vécu émotionnel intense (anxiété massive le plus souvent, passage à l'acte ou « délire agi », plus rarement euphorie et exaltation. Le rationalisme morbide en est la traduction clinique verbale : le sujet explique les phénomènes délirants par des arguments « logiques » et ne les critique pas, n'acceptant aucune critique de la part de l'interlocuteur.

4. Symptomatologie déficitaire

a) Symptomatologie dissociative

– Traduit la présence d'une désorganisation cognitive et comportementale.

– Bizarreries du comportement :

* mimique inadaptée : paramimies, grimaces, échomimies, sourires discordants ;

* gestes inadaptés, échokinésie (imite les gestes d'autrui) ;

* présentation vestimentaire bizarre ;

* excitation désorganisée et non productive (hyperkinésie).

– Dissociation cognitive :

* troubles du cours de la pensée :

■ barrages : suspension du cours du discours en milieu de la phrase, sans raison apparente, le malade pouvant reprendre la parole sur un autre sujet. Sont quasi pathognomoniques de la schizophrénie,

* bizarreries du langage :

■ digressions,

■ coq-à-l'âne,

■ discours diffluent, tangentiel,

■ circonlocutoire : prend des voies très indirectes et tarde à atteindre l'objectif,

■ logorrhée,

■ distractibilité,

■ associations par assonance,

■ réponses à côté,

■ vague,

■ hyperélaboré,

■ circonstancié,

■ métaphorique,

■ relâchement des associations,

■ néologismes ;

* troubles du contenu de la pensée :

■ incohérence,

■ illogismes,

■ hermétisme, discours incompréhensible ;

* la dépersonnalisation et la déréalisation.

– Dissociation affective :

* dissociation idéo-affective : le patient évoque, par exemple, le décès d'un proche avec un sourire ;

* troubles du contact visuel : fuyant ou trop intense, inadapté au contenu du discours et à la situation ;

* troubles de la communication non verbale :

■ mimique inadaptée,

■ rires et pleurs immotivés,

■ maniérisme gestuel et de la mimique.

b) Symptomatologie négative appelée aussi « autistique » par analogie avec les syndromes autistiques, puisqu'elle associe :

– Comportement (motricité) :

* restreint et stéréotypé (stéréotypies gestuelles et alimentaires) ;

* diminution ou disparition des mouvements spontanés ;

* négativisme moteur : raideur des membres, fermeture volontaire des paupières, refus de serrer la main (oppositionnisme) ;

* pauvreté gestuelle pouvant aller à l'immobilité totale : catatonie. La catatonie comporte :

- une rigidité (le corps « se bloque dans une position et le patient ne peut plus bouger),
- une stupeur : incapacité de bouger, parler, réagir, alors que le patient est éveillé,
- catalepsie : le patient garde la même position pendant longtemps ou se laisse positionner par un tiers,

* symptomatologie « frontale » : écholalie, échopraxie, persévérations verbales et comportementales, désinhibition avec propos orduriers ou à teneur sexuelle, coprolalie, troubles du jugement.

– Cognition :

- * augmentation de la latence des réponses ;
- * pauvreté du langage allant jusqu'au mutisme ;
- * alogie : impression de n'avoir rien à dire ;
- * impression de tête vide ;
- * incapacité d'élaboration de stratégies de pensée et de comportement ;
- * déficit attentionnel ;
- * déficit mnésique ;
- * rupture du fonctionnement social avec baisse du rendement.

– Affects : manque de réciprocité émotionnelle et sociale, incapacité d'établir des relations avec ses pairs :

- * absence de contact oculaire ;

* avolition (perte de volonté) et apathie : se traduit par l'incurie, le manque d'assiduité dans les activités socioprofessionnelles, par l'énergie physique : inertie physique (le sujet peut rester des heures immobile, sans entreprendre aucune activité spontanée) ;

* anhédonie et retrait social : diminution ou disparition des intérêts et des activités de loisir, sexuelles, incapacité à vivre des émotions étroites.

5. Complications évolutives

- Rechutes.
- Résistance aux traitements.
- Effets secondaires du traitement précoces et tardifs.
- Mort par suicide, complications d'une potomanie, fausses routes.
- Toxicomanie, alcoolisme.
- Passage à l'acte hétéroagressif, actes criminels.
- Aggravation de la symptomatologie déficitaire avec désinsertion socioprofessionnelle et marginalisation.
- Dépression.

6. Traitement

- Il associe la prescription d'un traitement neuroleptique et une prise en charge socioprofessionnelle qui conditionne le pronostic et l'observance.

a) *Prise en charge non pharmacologique*

- Expliquer la pathologie au patient et à sa famille, donner le diagnostic (aussi souvent que possible).
- Éducation du patient et de sa famille : symptômes positifs, négatifs, évolution sous traitement, nécessité de l'observance du traitement et du suivi, effets indésirables.
- Psychothérapie de soutien.
- Sociothérapie : réinsertion socioprofessionnelle, hospitalisations courtes dans la mesure du

possible, hospitalisation de jour, centres d'aide thérapeutique par le travail (CATTP).

- Visites à domicile, contact et soutien de la famille.
- Thérapies de groupe de parole.

b) Traitement médicamenteux.

- Par un neuroleptique à vie (ou au moins cinq ans après l'obtention d'une rémission sans rechutes).
- Prévention et traitement des syndromes dépressifs et des récurrences.
- Correction précoce des effets secondaires, choix de NLP atypiques en première intention chez les jeunes.

c) Schémas thérapeutiques (exemples) en dehors de la prise en charge sociothérapeutique

– D'un état délirant :

- * monothérapie si possible : neuroleptique antipsychotique à posologie minimale efficace ;

N.B. : L'efficacité antidélirante n'est observée qu'à partir de trois à six semaines de traitement, il n'est donc pas utile d'augmenter les doses avant.

* si agitation ou anxiété importantes : bithérapie de courte durée, associant un neuroleptique antipsychotique et un sédatif (benzodiazépine ou neuroleptique sédatif) à posologie progressive, minimale efficace, de durée limitée ;

■ exemple : neuroleptique antipsychotique classique :

▲ halopéridol (Haldol) 10 à 15 mg/j (max),

■ exemple : neuroleptique antipsychotique atypique :

▲ olanzapine (Zyprexa) 10 à 20 mg/j,

Ou

▲ rispéridone (Risperdal) 2 à 8 mg/j,

■ exemple : neuroleptique sédatif classique :

▲ cyamémazine (Tercian) 100 à 600 mg/j (voire jusqu'à 1 200 mg/j),

■ exemple : benzodiazépine sédatrice :

▲ diazépam (Valium) 10 à 40 mg/j.

– D'un état déficitaire :

* neuroleptique antidéficitaire à posologie minimale efficace :

■ exemple : amisulpiride (Solian) 50 à 300 mg/j,

■ exemple : neuroleptique atypique :

▲ olanzapine (Zyprexa) 5 à 10 mg/j,

Ou

▲ rispéridone (Risperdal) 2 à 4 mg/j,

* limiter le temps d'hospitalisation. Sociothérapie.

– De la schizophrénie dysthymique :

* association d'un :

■ neuroleptique antipsychotique,

■ un antidépresseur lors des épisodes dépressifs,

■ un thymorégulateur à vie.

– Des dyskinésies aiguës :

* lors de la crise :

- administration par voie orale ou intramusculaire d'un antiparkinsonien de synthèse :
- exemple : Tropatépine (Lepticur) cp à 10 mg, ampoule 10 mg.
- si anxiété ou raideur musculaire importantes : adjonction ponctuelle d'une benzodiazépine ;

* traitement préventif :

- diminution de la posologie du neuroleptique prescrit et si insuffisant : changement de classe thérapeutique,
- pas de prescription systématique d'antiparkinsoniens de synthèse (RMO).

7. Facteurs pronostiques

a) Facteurs de mauvais pronostic

- Sexe masculin (les premières années d'évolution).
- Personnalité prémorbide schizoïde ou schizotypique.
- Mauvais fonctionnement socioprofessionnel prémorbide.
- Déficit cognitif ou niveau socioculturel pauvre, bas niveau d'études.
- Pauvreté du réseau relationnel.
- Famille absente ou de fonctionnement morbide, déni des troubles, refus de prise en charge, milieu défavorisé.
- Mauvaise prise en charge thérapeutique : pas d'explication, d'éducation, de réhabilitation socioprofessionnelle, hospitalisation prolongée.
- Mauvaise réponse au traitement : persistance d'idées délirantes, de symptomatologie déficitaire handicapante.
- Absence de (ou mauvaise) compliance au traitement et au suivi.
- Absence d'intervalle libre entre les épisodes.
- Fréquence des récurrences à prédominance déficitaire.
- Désinsertion sociale.
- Durée de l'évolution déficitaire longue.
- Antécédents familiaux de schizophrénie : déterminent la précocité de l'âge de début dans les générations suivantes.
- Âge de début précoce : restreint les capacités d'apprentissage et les relations sociales.
- Formes cliniques de mauvais pronostic : désorganisée ; résiduelle ; héboïdophrénie, déficitaire et autistique.

b) Facteurs de bon pronostic

- Réponse au traitement rapide et stable.
- Bonnes compliance et observance : dépendent beaucoup de l'explication de la pathologie et de l'éducation du patient et de sa famille.
- Durée de l'évolution avant la prise en charge (perte cognitive) courte.
- Bon niveau socioculturel prémorbide.
- Bonne adaptation sociale prémorbide : réseau relationnel riche, bon fonctionnement scolaire et de loisirs.
- Forme clinique de bon pronostic : paranoïde, schizophrénie dysthymique.
- Environnement familial favorable.
- Absence de personnalité prémorbide de type schizoïde ou schizotypique.
- Compliance au suivi ambulatoire et aux mesures de réhabilitation socioprofessionnelle.
- Absence d'antécédents familiaux de schizophrénie déficitaire.
- La régression totale de la symptomatologie déficitaire.

c) Formes cliniques

- Paranoïde :

- * thème : de persécution ;
- * mécanisme prédominant : interprétatif et hallucination ;
- * degré d'organisation : mal organisé, envahissant d'emblée tous les secteurs de la vie.

– Dysthymique (schizoaffective) : alternance d'épisodes maniaques et dépressifs avec symptomatologie atypique, les intervalles libres sont de bonne qualité. Le TRT comporte : thymorégulateur et NLP.

– Hébéphrénique :

- * symptomatologie délirante très pauvre et polymorphe au plan du thème et des mécanismes ;
- * prédominance de la symptomatologie dissociative ;
- * la symptomatologie déficitaire domine le tableau clinique.

– Héboïdophrénie :

- * thèmes : polymorphes, pauvres, de persécution, mystique, hallucinatoire, syndrome d'influence ;
- * mécanismes polymorphes : interprétatif ; intuitif, hallucinatoire, automatisme mental ;
- * très désorganisé ;
- * prédominance des troubles du comportement à type comportement antisocial, criminalité, marginalisation ; déficit cognitif très important.

– Catatonique : mutisme, négativisme extrême, catatonie alternant avec des agitations sans aucun but, écholalie, échopraxie.

– Résiduelle : symptomatologie délirante abrasée ou disparue, prédominance de la symptomatologie déficitaire avec perte cognitive très importante et perte d'autonomie.

– Pseudo-névrotique : une symptomatologie pseudo-névrotique est au premier plan. Elle peut comporter des obsessions et des compulsions, des phobies multiples (agoraphobie, phobie « sociale »). Les caractéristiques principales sont la bizarrerie et l'incohérence de ces symptômes, ainsi que la présence d'autres symptômes de la série délirante, déficitaire ou dissociative.

– Formes de bon pronostic :

- * schizophrénie dysthymique à condition d'instaurer un traitement thymorégulateur bien observé ;
- * schizophrénie paranoïde.

D/ Psychoses non dissociatives

- Délires paranoïques systématisés :

– Passionnels :

- * érotomaniaque ;
- * de jalousie ;
- * de revendication.

– Délire d'interprétation systématisé.

– Sensitif de relation.

- Psychose hallucinatoire chronique.

- Paraphrénie :
 - Confabulante.
 - Fantastique.

POINTS FORTS

- **Éliminer une pathologie organique devant tout tableau délirant d'apparition récente : TSH, EEG, TDM cérébrale.**
- **Faire un bilan des complications organiques possibles : potomanie (ionogramme plasmatique, hémogramme, protéinémie) ; alcoolisme, tabagisme (bilan hépatique, radiographie thoracique, voire examens fibroscopiques et imagerie).**
- **Décrire la symptomatologie délirante selon le plan : thèmes, mécanismes, degré d'organisation et d'adhésion.**
- **Le syndrome délirant est à thèmes et à mécanismes polymorphes.**
- **Pas de prescription systématique de deux neuroleptiques en dehors de la phase d'agitation ou comme traitement d'appoint de l'angoisse (RMO).**
- **Pas de prescription systématique d'antiparkinsoniens de synthèse (RMO).**
- **La prise en charge sociothérapeutique, l'éducation du patient et de son entourage portant sur le diagnostic, les prodromes d'une rechute, la nécessité du traitement et ses effets secondaires sont les facteurs pronostics déterminants.**
- **Le risque suicidaire, d'automutilation ou de passage à l'acte hétéroagressif est très important et souvent imprévisible.**