

**MANUEL DE PSYCHOPATHOLOGIE – Les psychoses – Schizophrénie**  
**Guy Besançon**  
**(1993). Paris : Dunod.**

### 3 LA SCHIZOPHRENIE

#### 3.1. Définition et généralités

- Proposition de définition

Ce terme, qui a remplacé l'ancien terme de « démence précoce », désigne un groupe de maladies mentales chroniques caractérisées par l'association (dans des formes et des proportions extrêmement variables) de trois grands ordres de troubles : la discordance ( ou dissociation), le délire paranoïde et l'autisme. P174

- Délimitation du groupe des schizophrénies

Cette définition correspond à ce qui paraît le plus communément admis en France. Mais le groupe des schizophrénies est vaste, aux contours incertains, et aucun consensus n'existe entre les différentes écoles de psychiatrie dans la délimitation des frontières de cette affection. Certains vont jusqu'à y inclure les bouffées délirantes aiguës et les délires chroniques. L'inclusion ou non dans la schizophrénie de formes atypiques (incomplètes ou associant d'autres types de troubles) suscite de nombreuses recherches, débats et divergences. P175

- Épidémiologie

Touchant environ 0,5 % de la population en France ( entre 0,2 et 1 % selon les pays), c'est la plus fréquente des psychoses chroniques. Elle touche à parts égales femmes et hommes, et apparaît le plus souvent chez des sujets jeunes (de 50 à 75 % des cas se déclarent entre 15 et 35 ans, selon les diverses statistiques). On a tendance à penser que le déclenchement d'une schizophrénie survient chez des sujets prédisposés, ayant une personnalité pré-psychotique, ce qui peut se manifester avant même l'éclosion des troubles patents, soit par des troubles du caractère et de l'adaptation, soit par la survenue d'un ou plusieurs épisodes psychiatriques aigus. P175

#### 3.2. Modes d'entrée dans la schizophrénie

Les modes d'entrée dans la schizophrénie peuvent être plus ou moins lents et progressifs, ou au contraire brutaux.

##### 3.2.1. Début progressif

- L'installation progressive des troubles

- Le délire : le sujet perd ses repères identitaires, il est en proie à un vécu de dépersonnalisation, de morcellement. Son sentiment d'étrangeté ouvre sur les idées d'influence et le syndrome d'automatisme mental ( cf. chapitre sur les bouffées délirantes ). Il est halluciné et interprétant, perdu dans ses débordements imaginaires délirants, ce qui se traduit par des ruptures dans la communication : barrages (arrêt en plein milieu d'une phrase), attitudes d'écoute de ses hallucinations auditives, méfiance et négativisme dictés par ses interprétations persécutives, rationalisation morbide par laquelle il tente, au moyen d'explications délirantes, de redonner du sens à ses perceptions et à ses conduites incohérentes...
- Les troubles intellectuels : il n'y a pas de détérioration intellectuelle réelle mais les facultés intellectuelles se mettent au service de la réorganisation délirante de son monde par le schizophrène. On assiste à un déficit de l'attention et des facultés de concentration. Les intérêts du sujet s'appauvrissent, se portent sur des domaines bizarres, d'où un fléchissement scolaire ou de l'adaptation socioprofessionnelle.
- Les troubles affectifs : l'indifférence affective apparente donne une impression de détachement, de froideur, tandis que l'ambivalence et la bizarrerie conduisent à de brusques oppositions ou bouderies ou, au contraire, à des témoignages de joie ou d'affection puérile.
- Les troubles comportementaux vont refléter ces altérations affectives et intellectuelles et le délire. L'apragmatisme signe la perte des intérêts et de l'activité, de même que l'incurie. La bizarrerie infiltre tous les comportements, qui sont énigmatiques et paradoxaux. L'activité sexuelle est perturbée (indifférence, régression, revendications œdipiennes crues, etc.). Des actes violents, voire

médico-légaux, sont possibles : fugue, automutilation, violence immotivée, attentat à la pudeur, suicide, parfois acte meurtrier caractérisé par son imprévisibilité, son absence de motivation (sinon délirante) et l'indifférence absolue de son auteur vis-à-vis de la gravité de son geste. P175-176

- Les différentes formes à début progressif
  - A partir d'une schizoïdie : la personnalité schizoïde est caractérisée par une « indifférence aux relations sociales et une restriction du registre affectif ( expériences et expressions émotionnelles ), apparaissant au début de l'âge adulte... » (d'après le DSM III-R). L'entrée dans la schizophrénie sera suspectée devant une aggravation de l'inhibition, des tendances à l'isolement et au repli sur soi, de la bizarrerie affective... ; il y a un fléchissement de plus en plus net des activités et de l'adaptation sociale, tandis qu'apparaissent des intérêts et des conduites de plus en plus bizarres et paradoxaux.
  - A partir d'un état pseudo-névrotique : les symptômes d'allure névrotique seront de plus en plus infiltrés par une teinte de bizarrerie et de détachement affectif.
  - A partir de préoccupations hypocondriaques qui deviennent de plus en plus envahissantes et déréelles, parallèlement à un vécu de dépersonnalisation, à une angoisse de morcellement. Les thèmes sont multiples : intuition délirante d'avoir telle ou telle maladie, dysmorphophobies, etc.
  - A partir d'un état pseudo-psychothique : chez des sujets jeunes, très instables, multipliant les conduites d'opposition et les passages à l'acte violents et pervers, on voit des signes de dissociation. P176-177

### 3.2.2. Début aigu

Les bouffées délirantes aiguës et les états confuso-oniriques aigus peuvent constituer une entrée brutale dans la schizophrénie.

Les états maniaques inaugurent fréquemment l'entrée dans la schizophrénie, surtout chez des sujets jeunes et quand la symptomatologie est infiltrée d'éléments atypiques (flou de la pensée, dissociation et détachement...).

Les états mélancoliques : possibles, mais rares.

Des actes médico-légaux graves (agressions meurtrières immotivées, violences sexuelles...) ou des actes auto-agressifs (suicide, auto-mutilation...) apparaissent aussi parfois comme les premières manifestations d'une schizophrénie. Mais, en fait, l'investigation révélera généralement des troubles psychotiques ou prépsychotiques antérieurs plus ou moins tolérés par l'entourage. P177

### 3.3. La période d'état

Les trois grands ordres de troubles sont la discordance, l'autisme et l'ère, présents de façon plus ou moins importante selon les formes cliniques.

#### 3.3.1. La discordance ou dissociation

Elle est au cœur du syndrome schizophrénique. Elle traduit une scission qui s'opère dans la conscience et la personnalité du sujet. Elle fait perdre toute cohésion, tant à l'unité de son Moi qu'au monde qu'il perçoit, ce qui se traduit à tous les niveaux : intellectuel, affectif et comportemental. Elle est constituée de quatre traits caractéristiques :

- l'ambivalence : la contradiction infiltre tous les sentiments et actes du sujet ;
- la bizarrerie : elles résultent de ses conduites et expressions fantasques et illogiques ;
- l'impénétrabilité : l'incohérence des propos et conduites les rendent incompréhensibles ;
- le détachement lié au repli sur soi et à l'indifférence apparente, p177-178

- Le fonctionnement intellectuel

Il est profondément altéré ; en effet, le déficit de l'attention et des facultés de concentration s'associe à des troubles du cours de la pensée : le flux idéique s'interrompt fréquemment (phénomènes de « barrages » ), les idées se succèdent sans lien logique ( « coq-à-l'âne » ) la pensée paraît incohérente, floue, abstraite, sans lien avec le réel., Pour donner du sens à ce qu'il vit, le sujet construit des théories absurdes et abstraites (rationalisme morbide). Tout son mode d'expression verbale est marqué par cette discordance (maniérisme, soliloque mutisme, logorrhée...), de même que le sens des mots qu'il utilise (dé. Tourne ment du sens des mots, néologismes, symbolisme hermétique) On retrouve les mêmes caractères de bizarrerie et d'hermétisme dans l'expression écrite ou artistique. P178

- La vie affective

L'ambivalence est au premier plan : sur un fond de détachement apparent, le sujet développe des affects violents et paradoxaux, tantôt intenses, tantôt violemment hostiles. (...)

Il n'a pas d'identité propre, il est menacé de destruction, face à un vécu de non-existence. Le désir incestueux pour la mère et le désir de tuer le père (leur réalisation lors d'un passage à l'acte est rare mais se rencontre parfois) ne peuvent être évacués que par la projection à l'extérieur de soi, sur autrui et sur le monde, de ~es contenus fantasmatiques terrifiants. Ils lui reviennent sous forme d'idées délirantes persécutrices. Toutes les relations à autrui sont donc sous le signe de la projection et de l'ambivalence ; passions et haines se portent ainsi de façon incohérente et délirante sur son entourage, facilement retournées en leur contraire, à quoi succède l'indifférence derrière laquelle ils se protègent.

La profondeur de sa régression affective se révèle aussi dans ses pulsions archaïques orales (boulimies, suçotement, tabagisme forcé, balancements...) et anales (stéréotypies obsessionnelles, incurie...) et tout particulièrement dans sa sexualité : auto-érotisme, exhibitions, agressions sexuelles, tentative de réaliser ses fantasmes œdipiens (soit par l'inceste, soit par déplacement sur des tiers), homosexualité, automutilation sexuelle parfois... p178-179

- Le comportement catatonique

Le désinvestissement du réel et le détachement se marquent par l'apragmatisme, l'absence d'initiatives, tant dans les actes volitionnels qu'au niveau de la motricité corporelle, d'où des attitudes figées, raides. L'ambivalence va se traduire par la coexistence de cet apragmatisme et de comportements excessifs, d'où des attitudes contradictoires. Elle est traduite par des expressions paradoxales simultanées (par exemple, des mimiques discordantes par rapport aux situations, des gestes contraires à l'intention supposée...). Cette inadaptation de l'expression à la logique des situations donne un comportement maniéré, alambiqué, bizarre.

Le repli défensif sur soi rend compte du négativisme, repli hostile, ironie défensive, refus de tendre la main... et des stéréotypies (répétition de gestes ou de mots sans valeur de communication).

Sur ce fond d'apragmatisme, de négativisme et d'ambivalence, peuvent survenir des passages à l'actes impulsifs et immotivés (sinon par le délire) qui peuvent être dramatiques (suicide, automutilation, agression, meurtre...). P179

### 3.3.2. Le délire

- Le vécu délirant, au plan phénoménologique

Le syndrome de dépersonnalisation s'exprime par un sentiment de transformation de la vie psychique (la pensée se disperse sans contrôle, se vide, fonctionne de façon automatique...) et de modification corporelle (impression de métamorphoses corporelles, idées hypocondriaques délirantes : dysmorphophobies, maladies, destructions d'organes...). Cette dépersonnalisation correspond à un vécu de morcellement : le sujet perd son unité, il se disloque physiquement et psychologiquement. Parallèlement, le monde environnant lui paraît frappé d'étrangeté ; il perd sa familiarité ; les limites entre le sujet et l'extérieur s'effacent. Ces bouleversements l'amènent à présager, dans une angoisse extrême, la survenue imminente d'une catastrophe.

Le syndrome d'influence vient compléter le tableau : ces phénomènes de dépersonnalisation et d'étrangeté sont dus à des interventions extérieures. On vole sa pensée, on la guide, on la parasite. On agit également sur son corps à distance. Les hallucinations psychiques et psychosensorielles s'imposent : il entend des voix qui répètent ses pensées en écho ou les formulent à l'avance, qui commentent ses actes, qui lui commandent des actions – parfois dramatiques –, ou lui envoient des visions ; il est la cible d'influences télépathiques, d'ondes, d'ordinateurs, de communications divines... On agit sur son corps (hallucinations kinesthésiques et cénesthésiques). On envoie des messages directement dans sa tête (hallucinations psychiques). P179-180

- L'aspect général du délire : le délire paranoïa

Tous les mécanismes délirants peuvent coexister : hallucinations, intuitions, imagination, illusions, interprétations.

Tous les thèmes délirants peuvent se rencontrer : identité (possession, filiation), persécution (sur tous les modes possibles), ou plus rarement protection, mégalomanie (omniscience, omnipotence, idéalisme, richesse...), atteinte corporelle (transformation, maladie, empoisonnement...), thèmes religieux et surnaturels (possession, mission, réincarnation...).

Le délire paranoïa est flou, non systématisé, dépourvu de toute logique et de toute cohérence, changeant dans le temps, incommunicable. Il prend donc lui-même les caractéristiques de la dissociation schizophrénique. La production délirante sert à libérer le sujet de ses fantasmes archaïques en les projetant à l'extérieur, mais aussi à le protéger derrière la création d'une néo-réalité hermétique à toute communication. P180

### 3.3.3. L'autisme

Le schizophrène s'évade donc d'une réalité qui a perdu toute authenticité. Son Moi morcelé se disperse dans un monde imaginaire, lui aussi morcelé, et clos sur lui-même. P180

### 3.4. Formes cliniques

#### 3.4.1. La schizophrénie simple

Elle s'installe progressivement à partir de traits de caractère schizoïdes qui vont en s'accroissant. L'inhibition s'accroît. Le sujet désinvestit de plus en plus son travail et sa vie sociale. L'isolement s'accroît. L'indifférence et l'appauvrissement affectifs coexistent avec des bizarreries affectives et comportementales. Ces bizarreries sont l'un des rares signes évoquant l'existence d'un vécu délirant à bas bruit. P180-181

#### 3.4.2. L'hébéphrénie

Elle est caractérisée par sa gravité et la rapidité de son évolution déficitaire, chez des sujets jeunes, vers une dissociation massive. La discordance s'installe progressivement en quelques mois (fléchissement scolaire, hypocondrie, bizarreries affectives et comportementales...) et constitue vite l'essentiel de la symptomatologie. P181

#### 3.4.3. La schizophrénie hébéphréno-catatonique

La discordance psychomotrice (catatonie) est au premier plan dans ces formes, graves elles aussi. Inertie, stupeur et apragmatisme, maniérisme, négativisme et stéréotypies..., on retrouve là les signes de la catatonie, y compris, parfois, les brusques décharges impulsives (verbales ou agies). Exceptionnellement le tableau catatonique culmine dans un accès cataleptique : le sujet, figé dans une raideur plastique (si on le mobilise passivement, il garde la nouvelle posture), se protège de tout contact avec le monde pour tenter de maîtriser des angoisses délirantes terrifiantes. P181

#### Une schizophrénie hébéphréno-catatonique

Daniel, 21 ans, est transféré, en placement d'office, de la prison à l'hôpital psychiatrique à la suite d'un non-lieu. Il est resté cinq mois en prison pour coups et blessures sur son père (coups de couteaux). Il reprochait à ce dernier de l'avoir placé en IMP à l'âge de 10 ans. Il semble être totalement indifférent à la gravité de son geste et ne ressent aucune culpabilité.

À son entrée dans le service il est calme, mais le contact semble ne pas exister, il répond très brièvement aux questions, après un long temps de latence pendant lequel il semble ne pas comprendre. Il a des attitudes très maniérées, des tics et mimiques stéréotypés, des sourires sans rapport avec la situation, à plusieurs reprises des fous rires immotivés.

Toute la journée, il reste dans sa chambre, appuyé contre la fenêtre, à regarder passer les voitures. Il ne parle à personne, paraît totalement indifférent aux autres, dit qu'il n'a jamais eu d'amis.

Il est né en Algérie mais n'y a guère vécu, confié à sa grand-mère dans la région parisienne par ses parents qui étaient rapatriés à Montélimar. Sa mère a connu de nombreuses hospitalisations psychiatriques (la première en Algérie). Il est porté sur elle le diagnostic de déficience mentale et bouffées délirantes à répétition. P181

#### 3.4.4. La schizophrénie paranoïde

C'est la forme la plus complète de schizophrénie, où l'on retrouve nettement et la dissociation, et le délire autistique. P182

#### Une schizophrénie paranoïde

Paul, 30 ans, est réhospitalisé pour la seizième fois depuis l'âge de 20 ans. Ses premières hospitalisations avaient l'allure de bouffées délirantes déclenchées par des prises de toxiques (LSD, haschich), mais la répétition des rechutes, y compris sans cause toxique, et la persistance de troubles discordants et sub-délirants entre les crises, ont conduit au diagnostic de schizophrénie.

Le contact est superficiellement bon ; mais Paul présente une instabilité psychomotrice et devient vite méfiant et agressif.

Depuis quinze jours, il est à nouveau envahi par des idées délirantes : interprétant et persécuté, il présente un syndrome d'automatisme mental : il craint d'être empoisonné par son alimentation, pense que ses propos sont divulgués, ses pensées devinées. Il se sent investi d'une mission divine (« Je suis venu sur terre pour faire du bien, sauver les autres ~ ), comme le lui confirme son patronyme (Desanges).

Des préoccupations corporelles importantes traduisent la dépersonnalisation : il se questionne sur la conformité de ses yeux, de son nez, de sa bouche..., voulant s'assurer qu'il est « comme tout le monde ». La discordance est au premier plan : sautes d'humeur sans rapport avec la situation, propos énigmatiques et décousus, bizarreries des mimiques... Cette recrudescence des troubles s'est produite progressivement, sans facteur déclenchant,

perturbant de plus en plus sa relation avec son amie, elle-même psychotique, avec qui il vit, chacun étant bénéficiaire d'une allocation aux adultes handicapés. P182

#### 3.4.5. La schizophrénie héboiaophrénique

Ce sont des formes qui débutent, chez le sujet jeune, par des troubles d'allure psychopathique et perverse, lesquels prennent un aspect de plus en plus discordant (immotivation des impulsions, inaffectivité. Comportements paradoxaux et bizarres, retrait...). Des épisodes franchement délirants peuvent surgir. P182

#### 3.4.6. Les formes frontières de la schizophrénie

- Schizophrénie pseudo-névrotique (« schizomanies » de Claude ou « schizoïdies évolutives »...) : les troubles d'allure névrotique sont infiltrés par un processus dissociatif discret, avec une note autistique. Des phases délirantes sont possibles. Le rapport à la réalité et les capacités d'adaptation sont mieux conservés que dans les formes schizophréniques franches.
- Psychoses schizo-affectives ou schizophrénies dysthymiques : elles sont à la frontière entre schizophrénie et psychose maniaco-dépressive, avec association de troubles mélancoliques ou maniaques et de symptômes schizophréniques. Les troubles schizophréniques y sont perceptibles pendant des périodes de normothymie. Enfin, il existe des phases asymptomatiques (ou durant lesquelles les symptômes dysthymiques et dissociatifs sont très atténués). Ces formes vers la désagrégation psychotique que les schizophrénies franches. Vers la désagrégation psychotique que les schizophrénies franches.
- Formes frontières avec les délires systématisés : le diagnostic est parfois difficile, d'autant qu'il semble exister des voies de passage entre délires chroniques et schizophrénies, la symptomatologie se modifiant au fil du temps pour passer d'un tableau à l'autre. P182-183

#### 3.4.7. Évolution et pronostic

Selon la définition plus ou moins extensive qu'on a de la schizophrénie, il est bien entendu qu'on aura une appréciation plus ou moins pessimiste du risque évolutif global lié à ce diagnostic.

Si l'on s'en tient aux formes classiques (hébéphrénique, catatonique ou paranoïde), un pronostic de chronicité et de gravité est de rigueur. Il semble que les premières années d'évolution soient l'occasion d'une aggravation progressive des troubles (de façon continue ou par phases).

La désagrégation de la vie psychique, les moments délirants et le repli autistique conduisent vite à une profonde désadaptation sociale et à des hospitalisations répétées, et parfois très longues. Ensuite, on peut distinguer trois grands types de schéma évolutif :

- parfois l'aggravation se poursuit inexorablement jusqu'à ce qu'on appelait autrefois la démence vésanique : la désorganisation psychique est totale et le sujet s'enferme définitivement dans son monde délirant. Ces formes évolutives sont heureusement devenues rares ;
- souvent, on assiste au contraire, après un certain temps d'évolution, à une cicatrisation des troubles. Les processus délirants et la dissociation s'estompent en grande partie. Le sujet retrouve des capacités d'adaptation au réel relativement satisfaisantes, mais, en règle générale, à un niveau inférieur à ce qu'il était avant l'éclosion des troubles ;
- enfin, fréquemment, on a une évolution intermédiaire (des phases plus ou moins aiguës alternent avec des rémissions relatives), compatible avec un minimum de réadaptation à la vie sociale.

Les suicides « délirants » sont fréquents : le sujet se tue pour échapper à des persécuteurs, ou pour expier une faute, ou pour sauver le monde, tel le Messie. Il peut aussi se suicider lors des rémissions : le retour à la réalité lui fait prendre la mesure de son isolement, de ses potentialités gâchées par la maladie et de sa misère sociale et affective.

Les formes pseudo-névrotiques et les formes schizo-affectives sont considérées comme de meilleur pronostic. Bien entendu, l'évolution dépendra aussi de la prise en charge et de la qualité des soins. P183-184

### 3.5. Étiopathogénie et psychopathologie

Malgré la formidable avancée, depuis un siècle, de notre connaissance de la psychogénèse des maladies mentales, avec les conséquences majeures qu'ont eues ces théories (psychanalyse, théories de la communication...) sur les prises en charge des malades psychotiques, il subsiste parallèlement un secteur important de la recherche qui continue de privilégier les hypothèses organicistes. La psychose est-elle une désorganisation psychique née de dysfonctionnements graves dans le développement psycho-affectif du sujet, en rapport avec son histoire familiale et l'établissement de ses premières relations, ou bien une maladie dont l'origine encore méconnue se situe au niveau des chromosomes,

À l'heure actuelle, chacun prend position, péremptoirement ou avec prudence, mais personne n'est en mesure d'apporter des preuves irréfutables.

### 3.5.1. Théories organicistes

us citerons seulement quelques aspects des recherches actuelles :

- d'après les théories génétiques, il y aurait une transmission poly-génétique plus probablement que mono-génétique. De nombreuses études de familles de schizophrènes ( et notamment de jumeaux) montrent une fréquence nettement plus élevée des cas de schizophrénie dans les familles de schizophrènes.

Parents	Risque morbide chez les enfants
Population générale	1%
1 oncle ou tante schizophrène	2%
1 parent schizophrène	12,3%
2 parents schizophrènes	36,6%

Risque morbide chez le jumeau d'un schizophrène	
Jumeaux dizygotes de sexes opposés	5,6%
Jumeaux dizygotes du même sexe	12%
Jumeaux monozygotes	57%

P185

En outre, le risque de morbidité paraît varier sensiblement selon le type de schizophrénie présenté par l'un des parents (paranoïde, h.ébéphrénique ou h.ébéphréno-ca ta tonique, avec un maximum de nsque pour cette dernière forme ). Mais il existe de nombreux biais susceptibles de fausser l'interprétation des résultats. Même les Ides d'adoption restent problématiques puisqu'elles portent sur des enfants ayant, pour un grand nombre d'entre eux, vécu plusieurs mois avec leurs parents biologiques avant d'en être plUSIEurs mois avec leurs parents biologiques avant d'en être séparés, puis adoptés. Cette question est par conséquent très controversée et reflète souvent chez les protagonistes des présup- posés idéologiques. La prudence s'impose donc. On peut penser, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'il existe des facteurs génétiques influençant ou favorisant plus ou moins l'apparition d'une schizophrénie, à côté de facteurs environnementaux (interre- lations familiales, affectivité, communication...);

- des chercheurs ont trouvé un élargissement des ventricules céré- braux dans les formes déficitaires de schizophrénie ; - des anomalies cytologiques corticales ont été rapportées ;
- pour certains il s'agirait d'une maladie auto-immune, pour d'autres, de troubles du métabolisme glucidique cérébral... ;
- - retenons enfin les très nombreux travaux biochimiques sur les hypothèses dopaminergiques et sérotoninergiques, qui ont au moins l'avantage direct de déboucher sur des applications pharmaco- logiques.

La découverte des neuroleptiques et les études sur leurs mécanismes

N ;npr » ;,,,oo TA » » lp » nPlrl)l~ntiaues bloquent les récepteurs dopa mi. Ninergiques. Tous les neuroleptiques bloquent les récepteurs dopami- ninergiques. Tous les neuroleptiques bloquent les récepteurs dopami