

La schizophrénie

Cours infirmière- Psychiatrie

1. Définition

La schizophrénie est une psychose grave survenant chez l'adulte jeune, habituellement chronique, cliniquement caractérisée par des signes de dissociation mentale, de discordance affective et d'activité délirante incohérente, entraînant généralement une rupture de contact avec le monde extérieur et parfois un repli autistique.

Schizophrénie vient du grec skizein : fendre et de phren : pensée.

2. Epidémiologie

Fréquence

La schizophrénie existe dans toutes les cultures, toutes les races, toutes les civilisations.

Sa fréquence dans la population actuelle est de 1%, ce qui est considérable.

La maladie se déclare précocement, dans la plupart des cas entre 15 et 35 ans et se répartit entre les deux sexes.

3. Etiopathogénie

A l'heure actuelle, l'étiologie de la schizophrénie reste méconnue. L'interaction de plusieurs facteurs peuvent cependant être pris en compte.

Facteurs génétiques

- Risque de schizophrénie plus élevé chez les sujets apparentés à des schizophrènes.
- Quand un frère ou une soeur est atteint, le risque est de 6 à 14 %.
- Quand un parent est atteint, le risque est de 7 à 16 %.
- Quand les deux parents sont atteints, le risque est de 40 à 68 %.
- Quand c'est deux frères jumeaux homozygotes (vrais jumeaux), le risque est de 50 à 75 %.

Facteurs biologiques

De nombreuses hypothèses ont été faites, en avançant notamment qu'il s'agirait d'une maladie biochimique avec entre autre un trouble du métabolisme de la dopamine.

Facteurs psychologiques

Selon la classification psychanalytique des maladies mentales, les racines de la schizophrénie seraient les plus précoces, au niveau du stade oral chez Freud ou du stade schizo-paranoïde chez Mélanie Klein, soit schématiquement la première année de vie. Il s'agit d'une période préverbale où les interactions avec l'environnement se résume en grande partie à la place centrale de la Mère.

Mais ce sens est souvent mal compris car la Mère au sens psychanalytique ne correspond pas seulement voire pas du tout à la mère biologique. On ferait peut être d'ailleurs mieux de parler du maternant winnicottien.

Winnicott a défini les fonctions premières de la Mère par le holding (comment l'enfant est tenu, porté, supporté), le handling (comment il est manipulé, massé, comment il découvre son corps par les sensations) et l'object presenting (comment on lui présente les objets du monde extérieur, ce qui comprend aussi les premiers contacts sociaux).

Dans les théories psychanalytiques, la schizophrénie est un trouble de l'intégration de l'esprit dans les limites du corps. En cela la place de la Mère est importante car c'est elle qui fait découvrir son corps à l'enfant. Mais encore une fois il faut l'entendre la Mère comme la zone de protection, la zone tampon entre le nourrisson et le monde extérieur.

L'approche psychanalytique actuelle intègre complètement la place de la prédisposition génétique qui provoquerait l'hypersensibilité du psychisme du nouveau né aux défaillances du maternant. Pour expliquer ceci on peut prendre l'image d'un vase. Un vase mal construit sera plus fragile et résistera moins aux chocs d'une manipulation chaotique. D'un autre côté, un vase bien construit résistera mieux à ces mêmes chocs. Dans le même ordre d'idée, un vase mal construit pourrait se casser au moindre choc même si on y fait attention ou au contraire tenir toute une vie parce qu'aucun choc n'aura heurté ses faiblesses.

Pour aller plus loin sur le rapport entre le corps physique et la perte des limites psychiques dans la schizophrénie, nous vous recommandons le livre de D. Anzieu : "Le Moi-Peau".

Facteurs sociaux

Les antipsychiatres anglais élargissent le débat en mettant en cause tout le milieu social proche, soit une sociogénèse de la schizophrénie. C'est ce qu'a pu soutenir entre autre Th . Szasz. Qui considère que « toute société, pour assurer sa survie, a besoin de se fabriquer ses boucs émissaires. Le Moyen Âge avait ses sorcières et ses hérétiques, nous avons nos malades mentaux... »

4. Début et installation de la schizophrénie

Formes à début brutal

La bouffée délirante aiguë (elle ne signe pas à chaque fois une entrée dans la schizophrénie)est la forme typique d'entrée dans la maladie.

D'autres éléments font craindre une entrée dans la schizophrénie comme l'état dépressif atypique associé avec une anorexie, une asthénie, une insomnie et des troubles thymiques (idées noires, idées de mort, tristesse, dégoût). Cet état dépressif ne relève pas d'une structure névrotique et n'entre pas non plus dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive.

A la faveur de ce mode d'entrée dans la schizophrénie on note :

1. des traits de caractère schizoïde :

- Attitude de repli, avec un désintérêt relatif pour le monde extérieur (introversion).
- Fuite des contacts sociaux (peu ou pas d'amis).
- Gens timides et effacés.
- Incapacité à exprimer ses affects - Contact froid et distant.
- Incapacité à éprouver du plaisir.
- Intérêt réduit pour la sexualité.
- Vie imaginaire souvent intense mais bizarre, avec un grand intérêt pour les choses abstraites.
- Indifférence aux normes et aux conventions sociales.
- L'adaptation sociale est possible mais restreinte.

2.une oscillation de l'humeur ;

3.un grand vide affectif.

Formes à début progressif

Les troubles peuvent s'installer progressivement sur des semaines, des mois, un an ou deux. Elle peut débuter avec :

- une baisse de rendement intellectuel ;
- un échec inhabituel à un examen ;
- l'abandon d'un emploi ;
- la modification du caractère : tendance à l'isolement, hostilité envers le milieu familial ;
- le renoncement aux activités de loisir sans justificatif ;
- l'engagement pour des choses marginales : ésotérisme, occultisme ;
- l'apparition de troubles d'allure névrotique : anxiété, angoisse floue ;
- une symptomatologie obsessionnelle : sujet assiégé de doutes ;
- une symptomatologie hystérique ;
- des plaintes ;
- une dysmorphophobie.

5. Période d'état

Deux éléments essentiels sont à noter dans la sémiologie de la schizophrénie.

- D'une part un versant négatif, qui correspond aux troubles de la personnalité où dominant la dissociation et l'autisme. Le sujet se coupe du monde.
- D'autre part un versant positif avec pour le schizophrène une reconstruction délirante du monde extérieur et de lui-même. Ce délire est appelé délire paranoïde.

Le délire paranoïde et la dissociation se retrouvent dans un élément commun, la discordance, élément fondamental de la schizophrénie.

1. Discordance

On observe comme caractéristique chez le schizophrène une grande ambivalence en considérant dans un même temps les aspects positifs et négatifs des émotions, sentiments ou pensées qu'il peut avoir. De la même manière, amour et haine, affirmation et négation, désir et crainte, sont souvent intriqués.

En même temps, la bizarrerie et l'impénétrabilité rendent souvent impossible la communication avec le schizophrène qui semble bien souvent hermétique.

On note également un détachement de la réalité avec un retournement sur soi que l'on appelle aussi autisme.

2. Dissociation

La dissociation est la rupture de l'unité psychique provoquant un relâchement des processus associatifs sur lesquels reposeraient le fonctionnement mental. Trouble relevé par :

- une dissociation au niveau comportemental ;
- un sentiment de bizarrerie, d'incohérence ;
- une stéréotypie. Mouvements répétés identiques entre eux, inutiles, qui peuvent toucher le visage (paramimie), gestuels (balancements) ;
- une échomimie : le sujet répète le geste qu'il vient de voir. ;
- un maniérisme des gestes, des attitudes (manque de naturel), c'est une manière bizarre de se comporter ;
- des rires immotivés ;
- le sujet qui parle tout seul ;
- une incohérence vestimentaire (une certaine forme d'excentricité).

Troubles du cours de la pensée et du langage.
Ils traduisent la dissociation au niveau intellectuel.

Troubles du cours de la pensée

- La pensée est floue, anarchique, discontinue (diffluence).
- Il y a un trouble des associations (le patient a du mal à passer d'une idée à l'autre). Il a une impression d'appauvrissement ou de pseudo-débilité.
- Il fait des réponses à coté à cause de la diffluence.
- Barrages : interruption brutale au milieu d'une phrase (quelques secondes) et le sujet va repartir.
- "Fading mental" : équivalant à minima (moins intense) du barrage, se traduisant par un ralentissement du débit verbal et du son puis cela repart (la pensée se ralentit).
- Persévération : ce sont des idées parasites qui vont entraver l'enchaînement normal des idées. Cela peut aussi être des gestes qui vont s'imposer au sujet.
- Rationalisme morbide : il va tout rationaliser par clivage entre le mental et les affects; La logique de son raisonnement devient de plus en plus incohérente.
- Troubles de la mémoire : ils sont dus aux troubles du cours de la pensée avec une mobilisation anarchique de la mémoire.
- Parfois il y a des hypermnésies : se sont des remémorations excessives qui touchent souvent des détails insignifiants.
- Au fil du temps, il y aura une évolution déficitaire, ce qui va donner un réel trouble de la mémoire.
- Trouble de la concentration et de l'attention.

Troubles du langage

Ils traduisent des troubles de la pensée au niveau de la parole

- **Réponses à coté.**
- Barrages.
- "*Fading mental*".
- Mutisme ou semi-mutisme : cela a pour fonction de couper le contact avec la réalité. Il y a parfois des impulsions verbales qui vont couper le mutisme.
- Echolalie : le sujet va répéter le dernier mot ou la dernière phrase entendue.
- Néologismes : mots inventés.
- Altération de la syntaxe: agrammatisme ou paragrammatisme.
- Schizophasie : langage du schizophrène (rare).

Troubles de l'affectivité

- Ils vont traduire la dissociation au niveau affectif.
- Indifférence affective ou anesthésie affective (athymnie). Le sujet perd ses émotions.
- Il ressent du désintérêt pour tout ou presque. C'est fluctuant dans le temps.
- Discordance affective. Inadéquation entre un sentiment et l'expression du sujet.
- Ambivalence affective. C'est le fait que le sujet éprouve pour une personne, un objet, un sentiment d'amour et de haine.
- Sexualité. Purement masturbatoire ou sexualité purement désinvestie sur un plan affectif.

3. Délire paranoïde

Délire non structuré, hermétique, flou, bizarre.

Mécanismes

On peut voir tous les mécanismes, surtout des hallucinations auditives parfois précédées d'hallucinations intrapsychiques.

Thèmes

- Thèmes d'influence (fréquents).
- Thèmes de référence : quand le sujet est convaincu que certains faits ont une signification seulement pour lui.
- Thème de persécution (fréquent).

Chez les schizophrènes, les thèmes sont flous, multiples et variables dans le temps.

Structure du délire

C'est un délire non structuré, désorganisé, flou et incohérent.

Adhésion au délire

Elle est importante avec parfois même des passages à l'acte.

Angoisse

Les délires s'accompagnent souvent d'angoisse.

- Angoisse de dépersonnalisation. Le sujet a le sentiment d'avoir changé (physique et psychique, signe du miroir : le patient passe de longs moments à se regarder pour voir s'il a changé). Cette angoisse s'appelle aussi angoisse de morcellement.
- Angoisse de déréalisation. Le monde environnant n'est plus reconnu par le sujet.

Automatisme mental

La schizophrénie s'accompagne très souvent d'un automatisme mental.

Il y a 3 degrés :

- Petit automatisme mental. Il n'y a pas d'hallucination. Le patient a une pensée automatique (défilement permanent, précipitée, incoercible, d'idées, d'images dans la tête). Le sujet croit que les personnes devinent ses idées ou volent ses pensées. Il y a un écho de la pensée (pensée qui se répète comme un écho avec un commentaire).
- Grand automatisme mental. C'est un petit automatisme mental + des hallucinations auditives.
- Triple automatisme mental. C'est quand il y a un syndrome d'influence.

6. Les formes cliniques

La schizophrénie simple

- Il y a très rarement un délire ou il est très peu important. Il se manifeste par la dissociation qui est lente et insidieuse. Les sujets ont une personnalité schizoïde. Ils ne consultent pas systématiquement.
- C'est l'entourage qui les incite.
- Bizarrie, apragmatisme.
- Indifférence affective.
- Vagabondage, sdf, désinsertion sociale mais parfois bonne insertion sociale.

La schizophrénie paranoïde

- Forme la plus fréquente.
- Le délire est important et la dissociation est atténuée au second plan derrière le délire. Le délire est flou, incohérent, sans thème particulier.
- Alternance d'épisodes aigus et de rémission (évolution cyclique).
- Ils ont très sensibles aux neuroleptiques.

L'hébéphrénie

- C'est la forme où la dissociation est maximum.
- Début insidieux, absence de délire, discordance importante, aucune émotion, but, projet (déficit, détérioration mentale).
- Les neuroleptiques marchent.

La forme catatonique

Elle est devenue exceptionnelle. Les descriptions sont historiques.

- Dans les périodes évolutives aiguës.
- Dans les formes très anciennes.
- Cela traduit aussi la dissociation comportementale.
- Ils peuvent s'interrompre à tout moment.
- Négativisme : c'est l'expression d'attitude de refus (rester au lit toute la journée (clinophilie), contracture des mâchoires, refus de la main tendue, refus de tout et parfois ce négativisme peut être agressif.
- Catalepsie. Le sujet est totalement immobile et quand on mobilise le sujet il va garder la position.
- Hyperkinésie : ce sont des impulsions qui viennent brutalement.
- Troubles végétatifs : odèmes, troubles vasomoteurs.

7. Le diagnostic différentiel

La crise d'adolescence

On observe une opposition, parfois un échec scolaire, des conduites marginales, un retrait social, une revendication idéologique.

Les psychoses infantiles fixées

Elles touchent le jeune enfant (retard mental sans évolution).
 Les troubles sévères de la personnalité.
 Peu dissocié.
 Les bouffées délirantes aiguës.
 Elles peuvent être isolées ou le début de la schizophrénie.

Les troubles névrotiques

Idem aux troubles sévères de la personnalité.
 Les troubles bipolaires avec idées délirantes.
 Il existe des manies délirantes et des mélancolies délirantes.

Les délires non schizophréniques

Il y a des éléments qui montrent la différence.

- Pas de dissociation.

- Age de début plus tardif (environ 40 ans).
- Pas d'évolution déficitaire.

Les pathologies organiques

Elles peuvent simuler une schizophrénie :

- Tumeur au cerveau.
- Syphilis cérébrale.
- Thrombose cérébrale veineuse.
- Epilepsie.
- Toxiques (L.S.D., cannabis, amphétamines, etc.).

8. Evolution et pronostic

Facteurs de bon pronostic

- Début tardif.
- Existence d'un stress déclenchant.
- Troubles de l'humeur associés.
- Absence de personnalité antérieure schizoïde.
- Présence d'une rémission complète à un moment de l'évolution.

Complications principales

- Dépression.
- Suicide. Fréquent chez les schizophrènes.
- Automutilation dans les grands moments d'angoisse.
- Passage à l'acte hétéro agressif : rare.
- Désinsertion familiale et sociale fréquentes.

9. Le traitement

Principe du traitement

- Dépistage précoce.
- Pas de traitement étiologique (on ne guérit pas la schizophrénie).
- Maladie chronique : le faire comprendre à la famille.

But du traitement

- Diminuer la fréquence des accès de crise.
- Eviter une évolution déficitaire.
- Faire accepter la nécessité du traitement.
- Suivi par des équipes de secteur (C.M.P.).

Les neuroleptiques

Le choix du neuroleptique selon les symptômes.

- Dans le cas d'un délire très important : neuroleptique anti-délirant (haldol, largactil, loxapac, solian).

- Dans le cas d'une angoisse psychotique ou agitation : neuroleptiques sédatifs (tercian, loxapac, nozinan).
- Chez un hébéphrène : neuroleptiques désinhibiteurs à faible dose (haldol, solian).
- Le traitement retard (injection retard) : en intramusculaire toutes les 2, 3,4 semaines.

Les psychothérapies

La psychanalyse

La psychanalyse s'adapte aux conditions particulières de la cure en appliquant certaines règles bien différentes de celles qui sont réservées aux malades névrotiques. Soit apporter au patient schizophrène un soutien plutôt que chercher à découvrir son inconscient ; ne pas pousser les investigations en profondeur ; chercher à renforcer les défenses ; ne pas confirmer ni nier les idées délirantes ; aider le patient à résoudre ses difficultés interpersonnelles.

La psychothérapie de soutien

- Obtenir la confiance du patient.
- Obtenir un minimum d'accord sur le plan médicamenteux (au pire proposer un traitement retard).
- Parler des effets secondaires et le dédramatiser.
- Être un thérapeute stable et disponible.
- Obtenir la confiance de l'entourage du patient.

La psychothérapie institutionnelle

- Dans les institutions : hôpital, hôpital de jour, foyer.

But : aider le patient à mieux supporter le séjour à l'hôpital. On peut s'aider d'ateliers thérapeutiques.

La thérapie familiale

- Rencontrer ensemble le patient et la famille.
- But : Meilleure acceptation par la famille du schizophrène.

La sociothérapie

- Ce sont les mesures qui vont faciliter la réintégration sociale. Elles complètent les deux premiers volets que sont la chimiothérapie et la psychothérapie.

Emploi

- Les patients peuvent travailler sous traitement.
- Le patient peut occuper un emploi protégé.

Revenus

- Ceux qui travaillent ont bien évidemment un salaire.
- Une demande d'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.) peut être faite auprès de la C.O.T.O.R.E.P.
- Une pension d'invalidité peut être allouée pour un schizophrène qui a déjà travaillé.
- Prise en charge à 100 %.

Protection des biens

Il est souvent demandé une tutelle ou une curatelle pour aider le patient à gérer ses biens.

Logement

Soit le sujet travaille et se loge, soit l'hébergement est assuré par la famille. Il existe par ailleurs des :

- Structures transitoires : appartements thérapeutiques, foyers médicalisés.
- Structures d'accueil définitives : familles d'accueil, maisons d'accueil spécialisées.

10. Rôle de l'infirmière

La notion d'équipe est primordiale dans la prise en charge d'un schizophrène. Les décisions doivent être prises ensemble et mises en œuvre de façon cohérente. La différence est la richesse d'une équipe et il ne faut pas avoir peur des conflits. L'affrontement est par contre inutile. Il faut être capable de se questionner sur soi-même, c'est une condition capitale.

Il ne faut pas aller trop vite avec les patients souffrant de schizophrénie. Ils sont malades depuis plusieurs années pour la plupart, alors les renvoyer d'un coup à la réalité ne fera que les perturber davantage. Il est donc dans leur intérêt de prendre le temps.

En tant qu'infirmiers, nous ne sommes jamais seuls. Un projet se bâtit en équipe et les infirmiers ont un rôle concret à y jouer. Il faut tenir sa place, argumenter ses idées, et s'en référer au médecin. Il faut bien sûr parler des malades mais il ne faut pas oublier non plus de parler de nos propres difficultés dans ces prises en charges. Cette cohérence interne de l'équipe évite au patient de répéter ses conflits avec les soignants, d'induire des conflits semblables à ceux qu'il a pu connaître avec son milieu familial par exemple.

A certains moments, l'infirmier peut se trouver seul avec le patient. Il convient d'aborder le patient sans peur ni agressivité. Le patient a besoin d'avoir en face de lui un soignant bien inscrit dans la réalité et serein. Il ne faut pas mettre sa parole en doute, c'est sa réalité. Le patient investira d'ailleurs différemment le soignant qui le comprend et celui qui ne le comprend pas. L'infirmier peut également être là, dans le cadre de ses compétences, pour apprendre au patient à s'exprimer. Ce n'est bien évidemment pas de la psychothérapie mais une préparation à cette dernière.

Enfin, il est nécessaire de faire alliance avec la famille qui doit être au courant du projet de soins et partie prenante. L'équipe soignante joue un rôle très important de médiateur entre le patient et sa famille. La famille doit être accompagnée jusqu'au bout.