

Psychoses et délire chronique chez l'enfant et l'adolescent

Rédaction : P Bizouard - Relecture : C Aussilloux - Relecture 2008 : JP Raynaud

Objectifs :

- Savoir reconnaître chez un enfant et un adolescent les signes d'alerte pouvant faire craindre une évolution schizophrénique.
- Connaître les grandes lignes des traitements des troubles psychotiques de l'enfant et de l'adolescent.

1. Schizophrénie débutant dans l'enfance

Comme dans la schizophrénie de l'adulte, s'installent, sur un mode progressif ou aigu :

- ▶ Attitudes de retrait relationnel et d'isolement pouvant conduire à un apragmatisme majeur.
- ▶ Troubles du langage et de la pensée, où s'expriment la discordance et l'ambivalence schizophréniques.
- ▶ Idées délirantes :
 - moins fréquentes que dans les schizophrénies de l'adulte ;
 - en général thèmes de persécution, de transformation corporelle ou préoccupations hypocondriaques,
 - mais pas un véritable délire organisé (contrairement à ce qu'on observe dans les formes schizophréniques plus tardives).
- ▶ Tendance à la détérioration intellectuelle (qui marque souvent l'évolution de ces formes précoces de schizophrénie).

2. Schizophrénie survenant à l'adolescence :

Deux formes :

- Formes à début progressif et insidieux généralement irréversibles.
- Formes à début aigu : les bouffées délirantes aiguës qui ont, dans la définition française, une évolution immédiate favorable alors que le pronostic à long terme demeure réservé. Peuvent survenir sur une personnalité prémorbide (schizoïde, déficitaire, ou dysharmonique) mais aussi chez des enfants jusqu'alors "hypernormaux" = trop bien adaptés à leur environnement.

2.1. Sémiologie des formes de début

2.1.1. Formes progressives et insidieuses

Souvent difficiles à différencier des troubles du comportement liés à l'adolescence.

2.1.1.1. Evolution d'une personnalité

- Chez un adolescent apparemment normal ou discrètement schizoïde (froideur, difficultés à exprimer des sentiments, préoccupations excessives, introspection), apparaît un fléchissement de l'activité avec sensation de fatigue, d'étrangeté, de perplexité, baisse du rendement scolaire ou professionnel, incurie, apathie, négligence corporelle et verbale, apragmatisme (inaction prolongée et inertie) durable et croissant.
- Modification de l'affectivité : "athymhormie" = indifférence aux joies et aux peines, avec parfois des idées ou sentiments paradoxaux, l'affectivité devenant bizarre, imprévisible, énigmatique.
- Vécu d'hostilité envers les proches, la famille, refus des contacts sociaux, notamment sexuels, renoncement à des loisirs habituels...
- Modification du caractère : tendance à la rêverie, à l'isolement, ou transformation plus profonde avec opposition, agressivité, fanatisme ou ésotérisme, voire désocialisation-marginalisation.

2.1.1.2. Symptômes pseudo-névrotiques

- ▶ **Formes obsessionnelles** : avec oscillation entre manifestations névrotiques et invasion schizophrénique. On retrouve des compulsions, des rituels conjuratoires, des idées obsédantes souvent abstraites avec d'interminables rationalisations, à thèmes fréquemment sexuels. Le jeune est assiégé de doute, astreint à des lavages multiples à but purificateur.

Les obsessions sont souvent dénuées de leur dimension de lutte anxieuse, ce qui les différencie des troubles névrotiques et lorsque l'angoisse apparaît, elle est stéréotypée et teintée de froideur affective.

► **Autres préoccupations névrotiques centrées sur le corps :**

- Crise d'angoisse : thèmes de dépersonnalisation (sentiment de ne plus être le même, d'un changement dans le corps, dans les organes internes, sentiment d'étrangeté...), thèmes nosophobiques proches de la transformation corporelle.
- Symptomatologie hystériforme : à type de crises, de douleurs erratiques, de malaises, de troubles alimentaires (anorexie, boulimie) ou d'hyperexpressivité avec maniérisme.
- Pseudophobies : particulièrement dysmorphophobies (craintes à propos de son intégrité corporelle, son nez, son visage... se regarde souvent longuement dans une glace pour se rassurer = signe du miroir). Toute intervention chirurgicale pour dysmorphophobie risque de précipiter la dépersonnalisation. Ces préoccupations dysmorphophobiques sont souvent associées à des plaintes hypochondriaques.

2.1.1.3. Etats dépressifs atypiques

Culpabilité centrée sur la sexualité, hallucinations, ambivalence, stéréotypies, dépersonnalisation, automutilations, idées délirantes de persécution souvent marquées.

2.1.1.4. Apparition progressive de manifestations délirantes

Evoquées devant la perturbation du contact avec le médecin (temps de latence aux réponses, attitude de refus, méfiance, dérobement, attitudes d'écoute) et des bizarreries du comportement.

Parfois un délire apparaît, faisant penser qu'il existait auparavant sans être exprimé.

Des idées bizarres, à type de système idéologique, de spéculations abstraites, à base d'interprétations et d'intuitions, de rationalisme morbide (raisonnement froid et pseudologique) peuvent inaugurer l'installation d'un délire.

2.1.2. Formes à début marqué par des épisodes aigus (30 à 50%)

= Bouffée délirante aiguë (encore individualisée dans les classifications françaises).

Cet état délirant et hallucinatoire aigu peut être un mode d'entrée dans la schizophrénie (environ 1/3 de cas), souvent dans un contexte d'excitation, voire de confusion que l'on peut aussi observer isolément.

2.1.2.2. Etat d'excitation

Avec éléments d'atypicité : discordance, phénomènes catatoniques, propos abstraits, variabilité de l'humeur, état mixte (intrication de symptômes de dépression et d'excitation ou alternance rapide de phases opposées à intervalles de quelques jours), incohérence idéique, négativisme.

Absence d'antécédents périodiques maniacodépressifs ou syntones (= humeur en accord avec l'ambiance) des sujets maniaques.

2.1.2.3. Etats confuso-oniriques

Psychoses confusionnelles avec onirisme, état crépusculaire oniroïde plus que confusion vraie.

► Dans ces formes aiguës être très attentif à déceler des traces d'intoxication exogène. Si c'est le cas, l'évolution après arrêt de l'intoxication sera déterminante pour le diagnostic.

2.1.3. Formes monosymptomatiques

= Formes avec passage à l'acte inaugural, en général violent et apparemment incompréhensible.

Ces "crises immotivées" sont classiques chez le "futur schizophrène" : impulsions agressives (parricide par ex), fugue, claustration, dévergondage sexuel, tentative de suicide, autocastration (raptus anxieux, souvent associé à un rationalisme morbide avec indifférence secondaire vis-à-vis de ces manifestations).

Cependant le diagnostic est difficile à ce stade car en dehors du passage à l'acte la sémiologie typiquement schizophrénique ne se complètera qu'ultérieurement.

2.2. Diagnostic

Ainsi à l'adolescence les symptômes révélateurs d'une forme débutante de schizophrénie sont polymorphes et il n'existe pas de signes vraiment spécifiques.

D'autres diagnostics peuvent être évoqués (processus associés ou diagnostics différentiels) : états d'origine toxique, troubles de l'humeur, pathologies aiguës liées au stress.

L'affirmation du diagnostic nécessite des critères évolutifs et ne doit donc pas être portée hâtivement, pas avant plusieurs mois, voire plusieurs années d'évolution.

L'examen clinique recherche les symptômes dissociatifs négatifs et productifs de la phase d'état de la maladie, des indices de la rupture de l'unité psychique et de la cohésion interne amenant une altération profonde des relations dans les domaines affectif, intellectuel, et comportemental.

Les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux sont des éléments importants à prendre en compte pour le diagnostic.

L'examen psychométrique (Rorschach, TAT) peut aider au diagnostic en révélant des signes de fragilité de la vie psychique interne précédant l'extériorisation clinique, symptomatique.

3. Traitement :

Habituellement initié par un psychiatre.

En cas de psychose fortement suspectée devant de telles manifestations chez un enfant ou un adolescent, mettre en place une prise en charge thérapeutique précoce et adaptée à chaque cas sans attendre que soit posé un diagnostic définitif, qui ne peut être assuré que par l'évolution à moyen ou long terme.

La prise en charge thérapeutique du psychotique est triple : chimio, psycho et sociothérapique.

3.1. Chez le jeune enfant

Les soins des psychoses du jeune enfant combineront en même temps et/ou successivement :

- Accueils thérapeutiques en petits groupes de socialisation (hôpital de jour)
- Rééducations psychomotrices et orthophoniques
- Psychothérapies individuelles (surtout quand l'enfant aura accédé au langage) ou en groupes
- Prescriptions médicamenteuses symptomatiques : pourront être envisagées à certaines périodes selon l'angoisse (tranquillisants), l'agitation (neuroleptiques) ou la dépression.
- Prise en charge familiale et scolaire (Projet Educatif Individualisé, PEI) souvent à temps partiel.

3.2. Chez l'adolescent

Tous les efforts thérapeutiques se situeront par rapport à la problématique du risque potentiel mais non inéluctable de la schizophrénie.

Les approches seront donc multiples, variables selon les cas et les ressources thérapeutiques (et les options théoriques des auteurs...).

- L'action médicamenteuse sera souvent nécessaire en cas de symptômes de souffrance invalidante, sans aboutir à une trop grande sédation entravant la mobilisation psychique (Cf. Objectif 176).
- L'action soignante, hospitalière ou institutionnelle, portera essentiellement sur la dimension pare-excitante du holding, de la contenance et de la continuité, de la consolidation ou du rétablissement de liens vivants.
- L'action psychothérapique sera individuelle ou psychodramatique, en ambulatoire ou dans le cadre collectif (institutionnel).
- L'action sur la famille (psychothérapies familiales, systémiques ou psychanalytiques), permettra de réduire, autant que faire se peut, ses effets ou réactions pathogènes, mais aussi d'éclairer le sens de certaines répétitions. Les deux espaces psychothérapiques, personnel ou familial, seront plus ou moins articulés l'un à l'autre ou au contraire clivés, chacun de ces choix présentant des avantages et des inconvénients.