

# 1/ Schizophrénie

Affection fréquente, généralement sévère, hétérogène, d'évolution prolongée et invalidante appartenant au groupe des psychoses chroniques

## I. Généralités cliniques

Trépied clinique

- Syndrome délirant
- Syndrome dissociatif
- Atteinte des fonctions cliniques

Atteinte des fonctions supérieures

### Le syndrome délirant

Serait construit sur la base d'une expérience anormale de l'esprit, du corps, du monde

**Durée:** chronicité (> 6 mois)

**Degré de systématisation:** non systématisé (flou, imprécisé)

**Mécanismes:** multiples (polymorphe)

- interprétation, illusion, intuition
- hallucinations psychiques et psycho-sensorielles
- automatisme mental quasi-constant

**Thèmes:** multiples

- idées délirantes de persécution
- syndrome d'influence
- dépersonnalisation
- et aussi: dédoublement, idées de référence, possession, hypochondrie, mystique, érotomanie, divination, mégalomanie

**Degré d'adhésion:** souvent totale, parfois relative

**Participation affective:** angoisse majeure, éventuelle participation thymique

### Le syndrome dissociatif

Perte de cohésion et d'unité de la personnalité

**Dissociation intellectuelle:** trouble du cours de la pensée, trouble du langage, altération du système logique

**Dissociation affective:** indifférence affective, athymhormie, froideur dans le contact, négativisme, réactions émotionnelles brutales inappropriées, ambivalence affective

**Dissociation comportementale:** bizarrerie, opposition, négativisme, manifestations comportementales de l'ambivalence

### Le syndrome autistique

Barrière opaque établie par le sujet entre son monde intérieur et le monde extérieur

Hermétisme et mort psychique apparente

Vie imaginaire et émotionnelle intense

Altération profonde de la notion de réalité

## Atteinte des fonctions supérieures

### Troubles cognitifs

- difficultés de concentration
- troubles attentionnels
- difficultés de traitement du contexte
- atteintes de la mémoire à long terme
- troubles des fonctions exécutives

## II. Les différentes formes cliniques

### La schizophrénie paranoïde

Forme la plus fréquente

Association des syndromes délirant et autistique

Délire et hallucination

Evolution du délire: régression, persistance, évolution par poussées

### La catatonie

Rare

Prédominance de la discordance comportementale ou psychomotrice

**Catalepsie:** persistance des attitudes passivement imposées aux membres, flexibilité cireuse

**Néгатivisme:** refus actif

**Stupeur:** perte de toute initiative motrice, absence de réaction aux stimulations

### L'hébéphrénie

Début précoce (entre 15 et 25 ans), progressif ou brutal

Dissociation et syndrome autistique au premier plan

Pas de délire manifeste

Impression d'une importante détérioration

Affects éteints

Aspect puéril

Evolution parfois entrecoupée de poussées délirantes, vers un syndrome autistique majeur

Pronostic médiocre

### Autres formes cliniques

**Schizophrénie simple:** installation insidieuse et progressive de symptômes négatifs, pas de délire ni d'hallucination

**Héboïdophrénie:** pseudo-psychopathie dissociées

**Schizophrénie résiduelle:** forme évolutive comprenant la persistance de symptômes négatifs

**Schizophrénie indifférenciée:** non classifiable

**Trouble schizo-affectif:** présence conjointe de symptômes thymiques et de symptômes schizophréniques, évolution par poussées

### III. Formes cliniques de début

4 phases évolutives

- **Phase prémorbide:** naissance → apparition des premiers signes précurseurs
- **Phase prodromique:** des premiers signes au premier épisode processuel
- **Phase symptomatique:** signes psychotiques francs
- **Phase de rémission:** persistance de symptômes résiduels

#### Tableau aigu

Début brutal

- Bouffée délirante aiguë
- Episode thymique atypique
- Passage à l'acte médico-légal
- Episode confusionnel

#### Début insidieux

Début progressif

- Fléchissement de l'activité sociale
- Installation progressive d'idées délirantes
- Troubles du comportement
- Manifestations pseudo-névrotiques
- Modification de la personnalité

### IV. Une hypothèse étiologique

Le modèle neurodéveloppemental

**Facteurs génétiques:** risque morbide (10-12%) chez les frères, soeurs et enfants de schizophrènes, concordance de 50% chez les jumeaux homozygotes

**Facteurs environnementaux précoces:** complications obstétricales anté et périnatales, carence nutritionnelle ou infection virale pendant la gestation

**Facteurs environnementaux tardifs:** rôle du contexte familial et des émotions exprimées

### V. Diagnostic différentiel

#### Psychiatrique

- Délires chroniques systématisés (délire organisé)
- Bouffée délirante aiguë (évolution, toxiques)
- Trouble affectif (pas de dissociation, si délire: doit être congruent à l'humeur)
- Troubles névrotiques (pas de dissociation, histoire du sujet)

#### Somatique

- Affections neurologiques: tumeurs, traumatismes, infections
- Syndrome confusionnel
- Démence sénile ou présénile

## VI. Evolution et principes de traitement

### **Evolution**

Taux de mortalité élevé (10% de décès par suicide)  
Par poussées, continue ou mixte

### **Principes de traitement**

Approche de bio-psycho-sociale  
Psychotropes: neuroleptiques  
Psychothérapie  
Sociothérapie

[www.fiches-ide.com](http://www.fiches-ide.com)