

SCHIZOPHRENIE

Dr Bonnet Stéphane

Unité sanitaire Maison d'arrêt de VLM

CRIAVS/ CHRU Lapeyronie

13/01/2017

Catégories diagnostiques en psychiatrie

Trouble de l'humeur :

- Trouble bipolaire
- Dépression

Trouble psychotique :

- Schizophrénie
- Délire non dissociatif :
paranoïa ...

Trouble de la personnalité :

- Narcissique
- Paranoïaque
- Obsessionnel ...





Catégories diagnostiques en psychiatrie

Trouble des conduites alimentaires

Trouble lié à l'usage de substance:

- Alcool
- Drogue
- Médicament psychotrope

Trouble anxieux :

- Trouble panique
- TOC
- Post traumatique ...

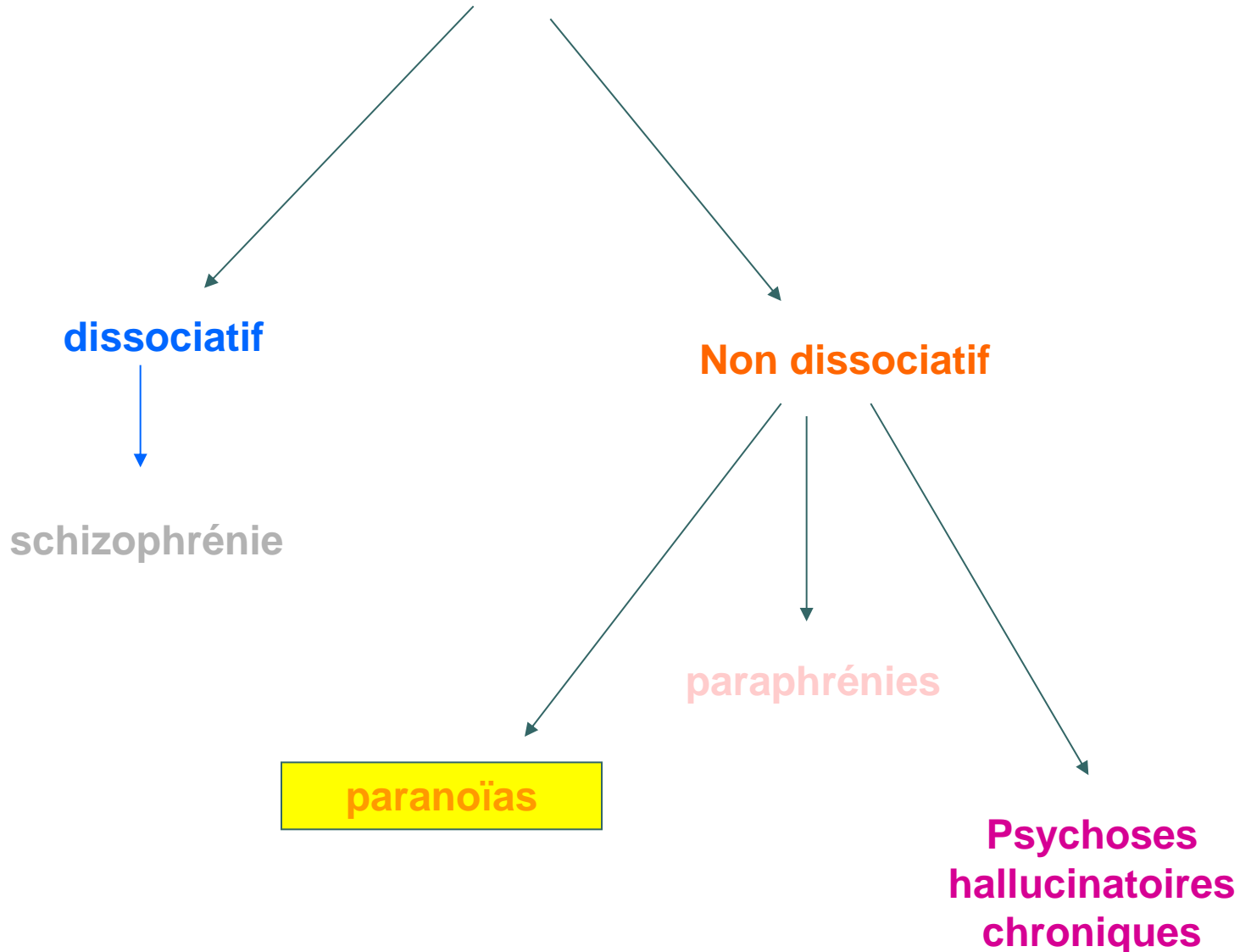
TDAH

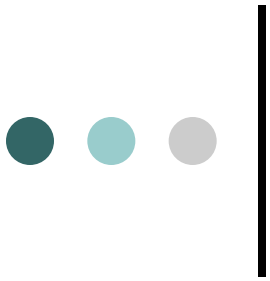


Qu'est ce qu'une psychose?

- Affection psychique grave se caractérisant par :
 - La perte de contact avec la réalité :
 - Troubles de la perception, du jugement et du raisonnement
 - La méconnaissance de l'état morbide
 - Pronostic sombre
- Une prise en charge commune
- Des différences :
 - Selon la durée : aiguë, chronique, transitoire
 - Selon la clinique

Délire chronique





Epidémiologie

- Parmi les psychoses, la SCZ est la plus fréquente
- Prévalence: 0,6-0,8%
- Sex-ratio équilibré
- Début: 15-25 ans

● ● ● |

Historique





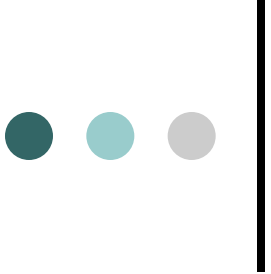
Historique

- Esquirol (19^{ème}): distinction des déficits de l'intelligence d'apparition tardive et des états d'arriération d'apparition précoce
- Entre ces 2 catégories, description de malade jeunes qui évoluaient vers un déficit avec une présentation bizarre, étrange



Historique

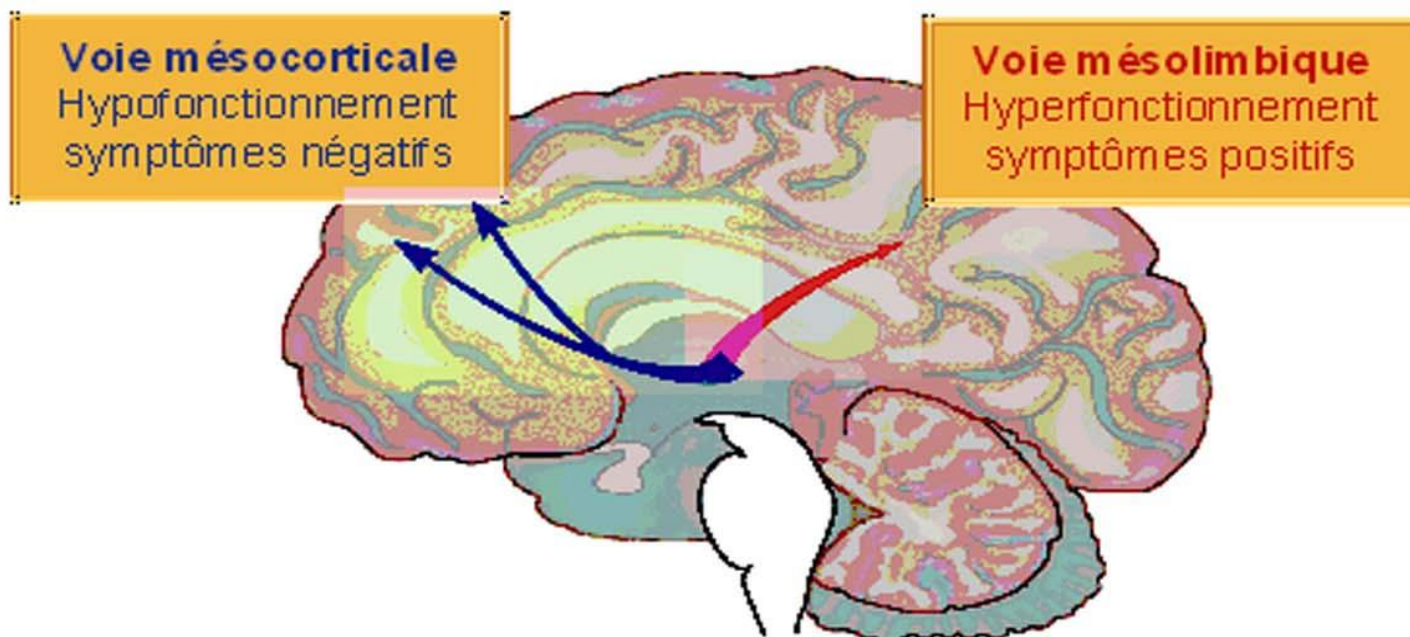
- Beuler (1911) :
 - Maladie est due à la dissociation intra-psychique
 - Création du néologisme de schizophrénie
 - Selon lui la dissociation entraîne :
 - Des signes primaires (qui naissent du processus pathologique): discordance , trouble du cours de la pensée, ambivalence
 - Des signes secondaires (issus de la réaction du psychisme du malade): autisme, rationalisme morbide, délire paranoïde (essai de reconstruction psychique)



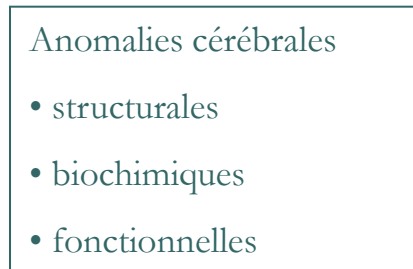
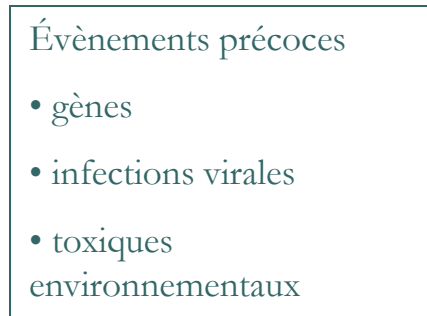
Hypothèses étiologiques

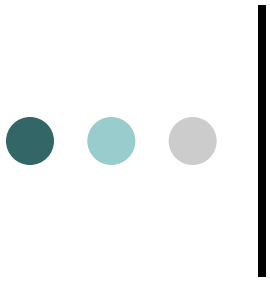
- Multifactoriel
 - Environnementaux
 - Facteurs obstétricaux
 - Biologique
 - Génétique: risque x10 chez parents au 1^{er} degré
- Combinaison de ces facteurs: « vulnérabilité à la schizophrénie »

Principales voies dopaminergiques impliquées dans la schizophrénie



Hypothèse étiopathogéniques





Clinique

- 3 grandes catégories de symptômes:
 - Symptômes positifs
 - Symptômes négatifs
 - Symptômes de désorganisation

Symptômes positifs

- Idées délirantes:
 - Croyances erronées impliquant une interprétation de perceptions ou d'expériences



Symptômes positifs

- Hallucinations:
 - Perception sensorielle sans présence d'un stimulus détectable
 - Peuvent concerner toutes les modalités sensorielles (auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles)
 - Hallucinations acoustico-verbales++:
voix familières ou étrangères perçus comme distincte des propres pensées du patient





Symptômes positifs

- Thème: persécution++, mégalo, influence...
- Organisation: systématisé ou non
- Mécanisme: hallucinatoire, interprétatif, intuitif
- Adhésion
- Type: aigu ou chronique
- Etendue : réseau ou secteur
- Réaction: anxiété, thymique

Symptômes négatifs

- Appauvrissement de la vie psychique au niveau:

- Affectif
- Cognitif
- Comportemental



- Entraînant vie relationnelle pauvre, un retrait social



Symptômes négatifs

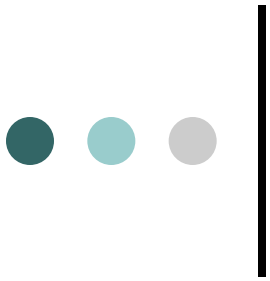
- Emoussement affectif
 - Visage apparaissant immobile et impassible
 - Peu de contact oculaire
 - Réduction du langage corporel
 - Gamme d'expressions émotionnelles diminuées



Symptômes négatifs

- Alogie

- Pauvreté du discours
- Réponses brèves, laconiques, vides
- Diminution de la fluence et de la productivité du discours



Symptômes négatifs

○ Avolition

- Incapacité à initier et à persévérer dans des activités dirigées vers un but
- Peu d'intérêt pour les activités sociales ou professionnelles

Symptômes négatifs

- Difficile à évaluer

- Peu spécifique:

- Dépression
- Effets secondaires de médicament
- Sous-stimulation environnementale



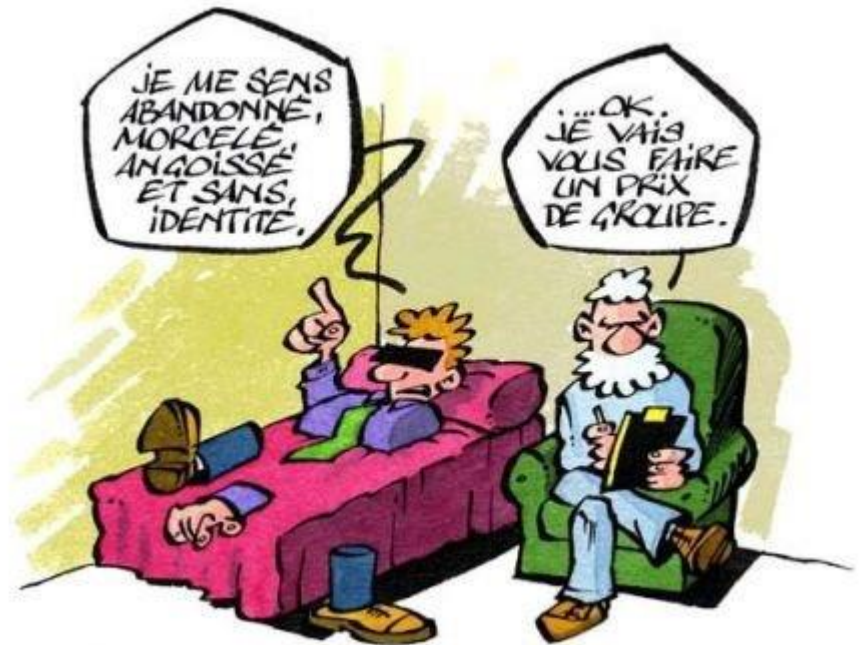
Symptômes dissociatifs= désorganisation

- Perte de cohésion et d'unité de la personnalité.
- Touche toutes les dimensions de la vie psychique :
 - intellectuelle
 - affective
 - comportementale



Symptômes dissociatifs

- Cognitif avec altération du:
 - Cours de la pensée:
 - Discours diffluent, hermétique, incompréhensible
 - Système logique:
 - Ambivalence , rationalisme morbide
 - Langage:
 - Débit verbal, néologisme





Symptômes dissociatifs

- Affectif:

- Discordance: perte de concordance entre l'affect, le discours et la mimique

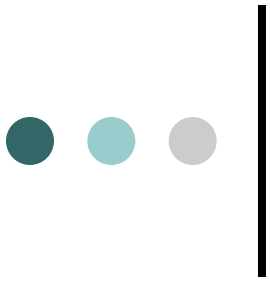
- Ambivalence: impossibilité de choix entre des tendances contradictoires

- Comportemental :

- Maniérisme

- Catatonie:

- Catalepsie, négativisme , hostilité



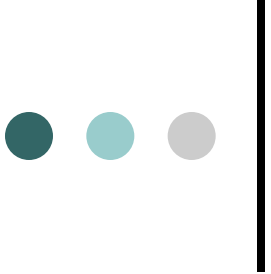
Autres symptômes

- Altération cognitive

- Fait souvent partie des symptômes prodromiques:

- Fonctions exécutives
 - Mnésiques
 - Attention et vitesse de traitement de l'information

- Déficit *d'insight*

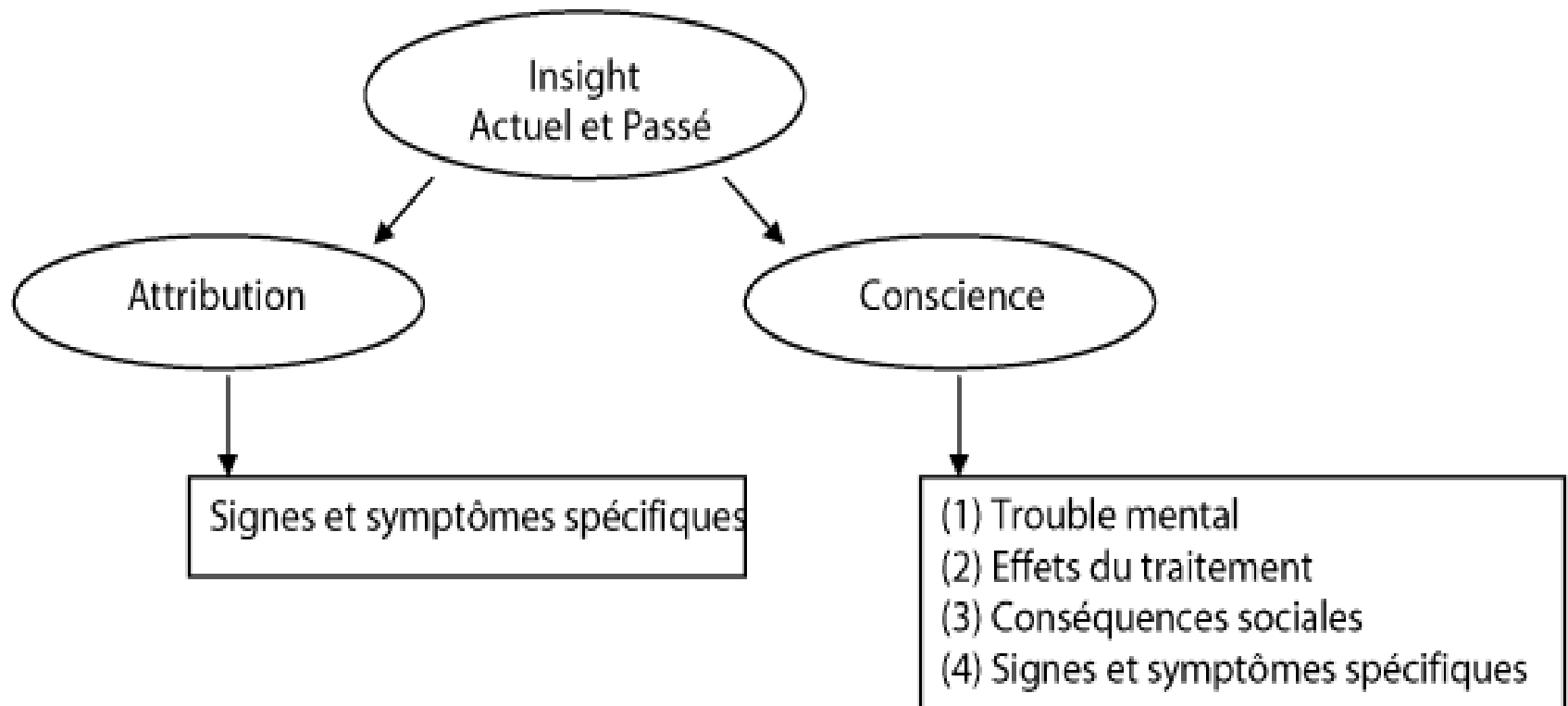


Déficit *d'insight*

- Insight défini comme la conscience d'avoir une maladie mentale
- Absent ou partiel chez environ 50%-80% des patients schizophrènes
- Plus bas chez schizophrène , comparativement aux patients souffrant d'autres pathologies psychiatriques.

Déficit *d'insight*

Modèle d'Amador et al. (1991, 1993)



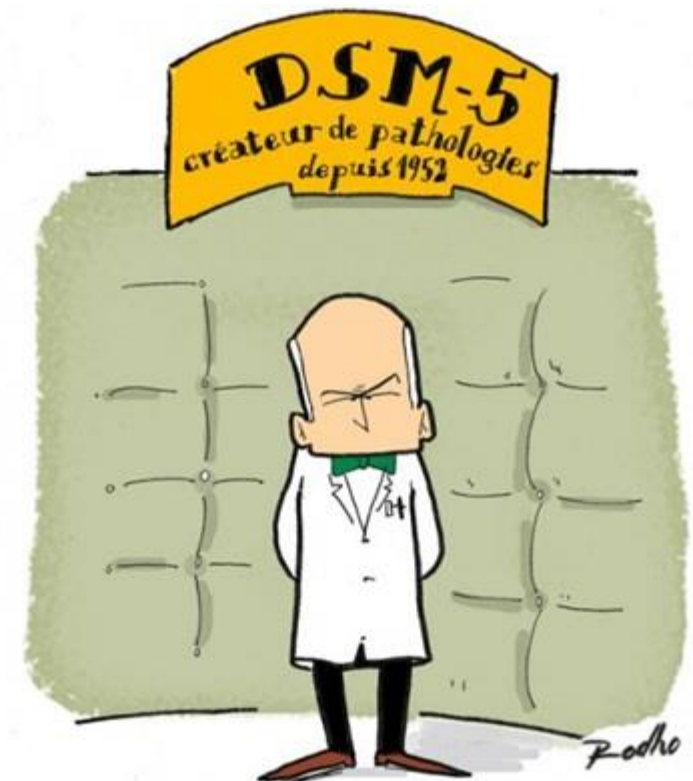


Risque suicidaire

- 10% de décès par suicide
- 20-40% de tentative de suicide au cours de l'évolution de la maladie
- Facteur de risque:
 - Homme, < 45ans
 - Symptômes dépressifs
 - Périodes post-psychotiques

SCHIZOPHRENIE DANS LE DSM V

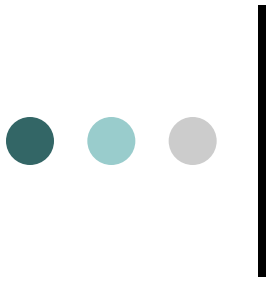
- A. Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois :
 - Idées délirantes
 - Hallucinations
 - Discours désorganisé
 - Comportement désorganisé ou catatonique
 - Symptômes négatifs





SCHIZOPHRENIE DANS LE DSM V

- B. Retentissement fonctionnel
- C. Durée > 6 mois
- D. Elimination d'un trouble de l'humeur
- E. Non secondaire aux effets d'une substance (drogue, médicament) ou d'une affection médicale.



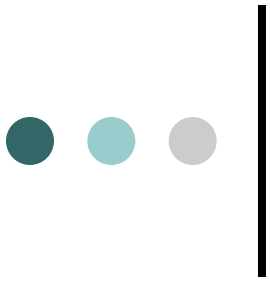
Evolution

- Chronique
- Facteurs favorisant les rechutes:
 - Toxique
 - Rupture thérapeutique
 - Stress



Evolution

- ¼ :
 - plus de signe de la maladie
 - insertion socio-professionnelle normale
- ½ :
 - accès récurrents, symptomatologie modérée
 - altération variable des domaines affectif, relationnel et professionnel
- ¾ :
 - forme grave de la maladie (délire permanent, symptômes déficitaires)
 - hospitalisation prolongée



Mode de début

○ Aigu:

- Bouffée délirante
 - Ecllosion brutale d'un délire polymorphe dans ses thèmes et mécanismes
- Manie ou dépression atypique
- Fugue, acte médico-légal, automutilation, suicide



Mode de début

- Progressif
 - Fléchissement scolaire
 - Modifications des croyances, engouement pour des activités ésotériques
 - Symptômes négatifs
 - Trouble des conduites
 - Bizarrerie du contact, expériences perceptives inhabituelles



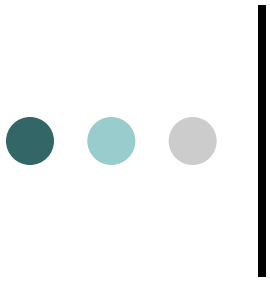
Formes cliniques

- Symptômes:
 - Paranoïde
 - Hébéphrénique
 - Héboïdophrénie
 - Catatonique
 - Trouble schizo-affectif

Paranoïde

- Symptômes positifs au premier plan
- Thème de persécution ou mégalomaniacque fréquents



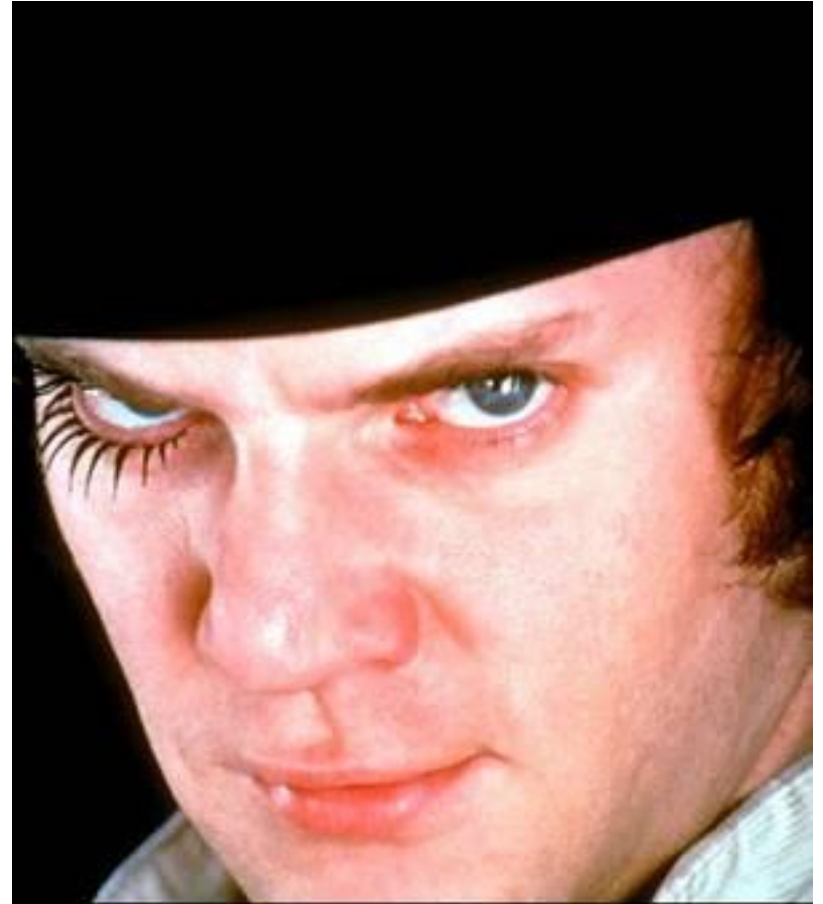


Hébéphrénie

- 20% des SCZ
- Altération cognitive
- Expression délirante pauvre
- Évolution défavorable, de mauvais pronostic

Héboïdophrénie

- Association à des éléments psychopathiques:
 - Comorbidité addictive
 - Instabilité
 - Impulsivité avec risque de passage à l'acte



Catatonie

○ Prédominance des signes psychomoteurs:

- Réactivité à l'environnement diminuée
- Conservation des attitudes
- Négativisme: résistance active aux tentatives de mobilisation



FIG. 1



FIG. 2

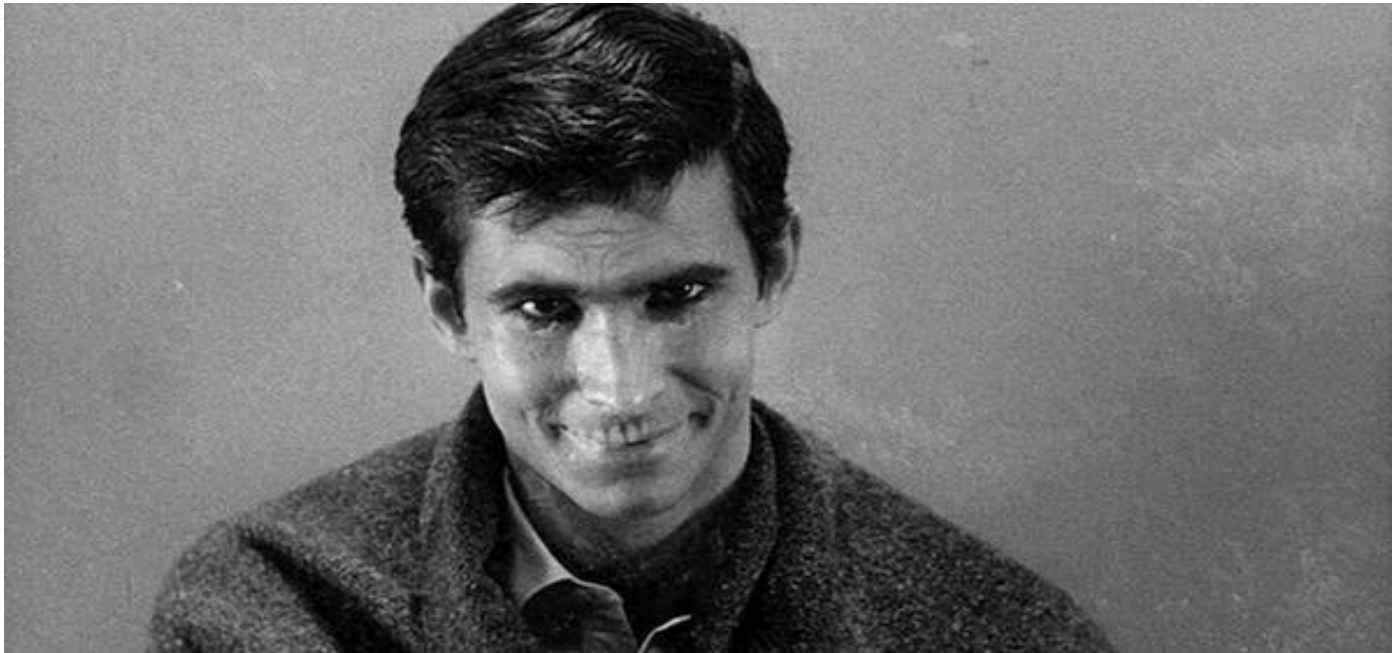
Attitudes imprimées à la malade



Trouble schizo-affectif

- Association de :
 - Symptôme de la schizophrénie
 - Episodes thymiques (manie , dépression)

Schizophrénie et dangerosité





Epidémiologie

- Schizophrénie : pathologie psychiatrique la plus fréquemment associée au risque de violence
- Méta-analyse de 2009:
 - Risque de passage à l'acte hétéro-agressif augmenté d'un facteur 1 à 7 chez l'homme et 4 à 29 chez la femme par rapport à la population générale
 - Responsable de moins de 10% des actes d'hétéro-agressivités

Schizophrenie et stigmatisation





Schizophrénie et stigmatisation

- Présomption de dangerosité:
 - Élément clé des attitudes négatives envers les personnes souffrant de pathologies psychiatriques :
 - Conséquences sur la qualité de vie des patients:
 - Baisse de l'estime de soi
 - Isolement , marginalisation
 - Conséquences sur la prise en charge de leur maladie:
 - Recours aux soins
 - Observance du traitement
- 17 fois plus fréquemment victimes de violence que la population générale.



Aspects criminologiques

- Maladie mentale ne serait pas en elle-même un facteur de risque de violence:
 - Violence associée à des facteurs:
 - Historiques
 - Cliniques
 - Prédisposant ou contextuels
 - Qui seraient plus fréquents chez les personnes souffrant d'une maladie mentale



Facteurs de risque Non-Spécifiques

- Sociodémographiques
- Antécédents personnels de violence
- Comorbidités :
 - Trouble lié à l'usage de substance
 - Trouble de la personnalité antisociale
 - Trouble des conduites

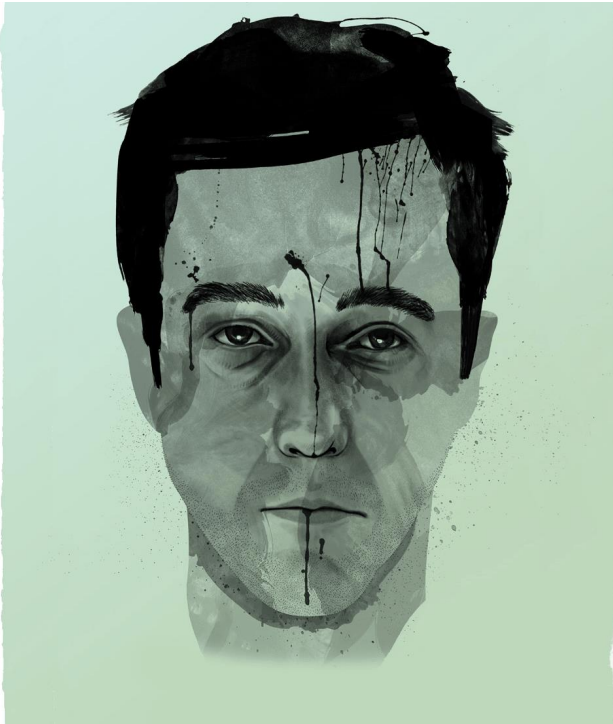


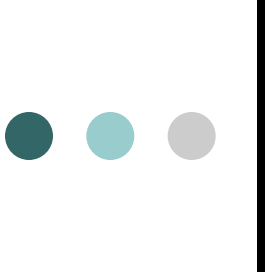
Facteurs de risque cliniques

- Stade précoce de la maladie
- Symptômes positifs:
 - Thèmes délirants de persécution,
 - Délire de contrôle avec sentiment de menace
- Adhésion au suivi médical et observance du traitement
- *Insight*

Typologie

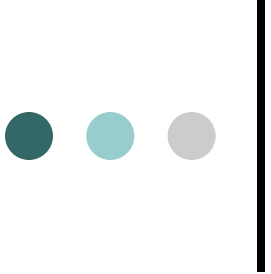
- 3 profils de patients schizophrènes à risque de passage à l'acte





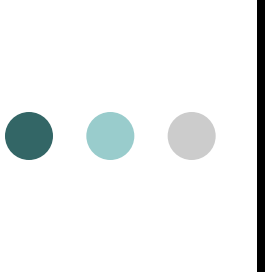
Schizophrénie et violence d'origine Neurologique

- Troubles neurologiques indépendants de la schizophrénie
- Violence de type irritative
- Récidive importante
- Violence habituellement non dirigée et non planifiée, souvent de nature verbale, dirigée vers des objets ou n'entraînant pas de blessures sérieuses



Schizophrénie et violence d'origine Psychotique

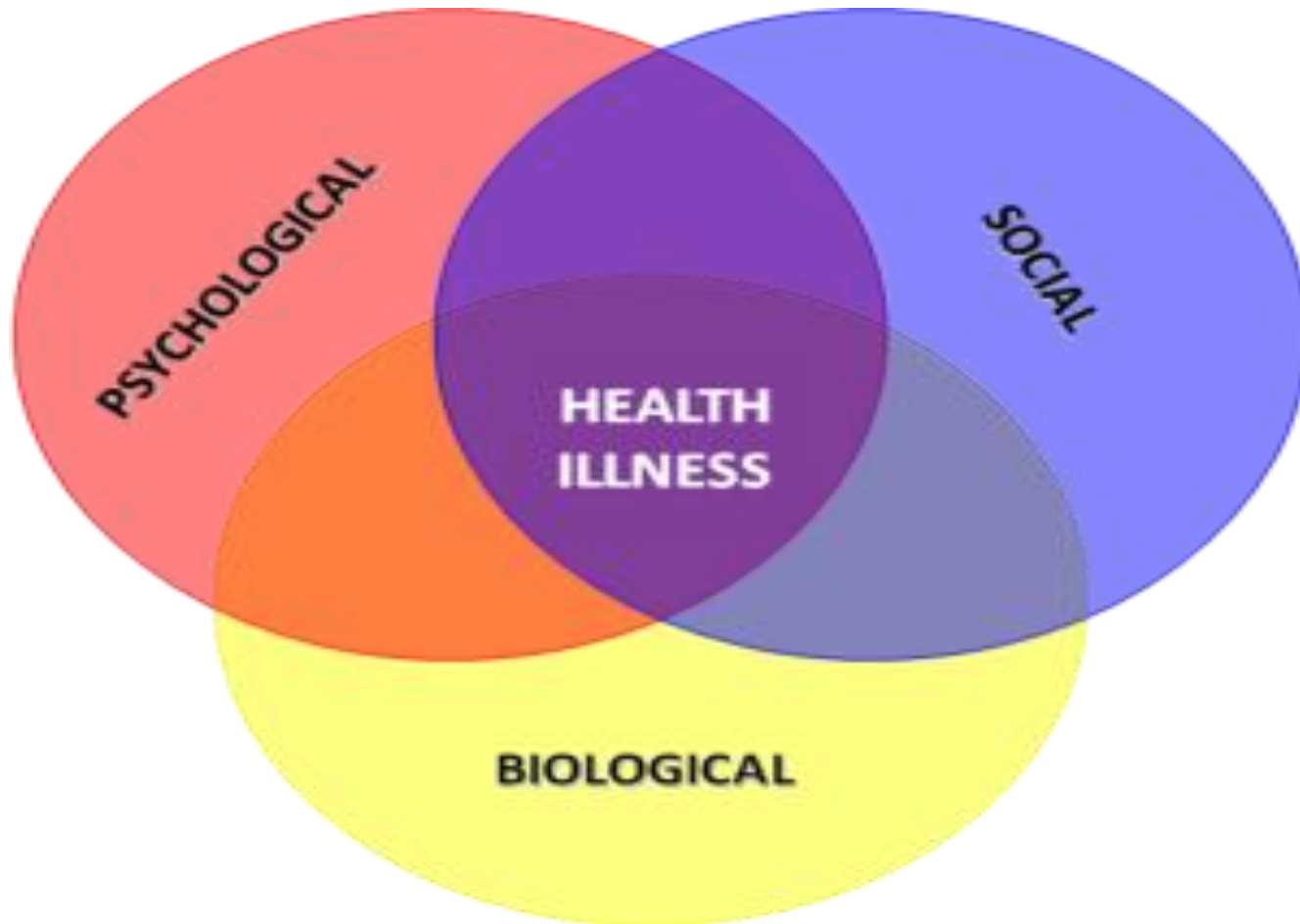
- Pas d'ATCD personnels de violence
- Violence temporaire, s'inscrivant dans le cadre même des manifestations psychotiques et en étant une conséquence
- Violence, généralement non récidivante, planifié et dirigé vers une personne significative pour le patient, en lien avec le contenu délirant
- Possibilité de prévention mais PAL peut être plus dangereux



Schizophrénie, personnalité antisociale et trouble lié à l'usage de substance

- Schizophrénie avec comorbidités: trouble de la personnalité antisociale et trouble lié à l'usage de substances
- Antécédents de violence précèdent la pathologie , consommation d'alcool
- Facteurs associées s'approchant de ceux rencontrées dans la population générale
- PAL non planifié, faisant suite à une altercation soudaine, risque de récurrence élevé

Principes du traitement



Pharmacologique

- Neuroleptique:
 - Antipsychotiques de deuxième génération (Rispéridone, Olanzapine, Aripiprazole...)
 - Antagoniste des récepteurs dopaminergiques D2
- Si difficultés d'observance, possibilité de mise sous forme de traitement retard injectable





EI des neuroleptiques

- Sédation – Somnolence
- Syndrome extrapyramidal
- Prise de poids
- Hyperprolactinémie



Psychothérapie

- Psychothérapie de soutien:
 - Explications sur la pathologie, le traitement
 - Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement



Psychothérapie

- Psychoéducation, ayant pour objectifs:
 - Conscience de la maladie
 - Détection précoce des symptômes prodromiques
 - Observance du traitement
 - Meilleure gestion du stress
 - Eviter l'usage et l'abus des toxiques

Prise en charge associée

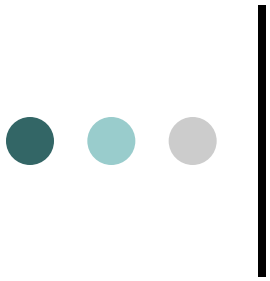
- Hospitalisation en phase aigu
- Sismothérapie
- Réhabilitation psycho-sociale
- Remédiation cognitive





A retenir

- Maladie fréquente, évolution chronique
- Triade symptomatique
- Diminution de l'espérance de vie: comorbidités (maladie cardiovasculaire)



MERCI DE VOTRE ATTENTION

Pour plus d'information :

« stephane-bonnet@chu-montpellier.fr »