

PSYCHIATRIE

Qu'est-ce que la schizophrénie ?



La schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique caractérisée par la destructuration de la pensée et la perte du contact avec la réalité. Bien qu'invalidante, sa prise en charge désormais multidisciplinaire autorise souvent une vie normale.

Connaître la pathologie

Les premières descriptions de la schizophrénie remontent à la seconde moitié du XIX^e siècle. Longtemps freinée par le dogmatisme idéologique, la recherche a énormément progressé et propose aujourd'hui une approche plus globale, postulant que l'expression clinique d'une vulnérabilité génétique se fait à la faveur d'un environnement pathogène. La prise en charge s'est également améliorée, tout comme le regard porté par la société sur la pathologie, même si des progrès sont encore nécessaires dans tous ces domaines.

Symptômes

Selon les critères du DSM-IV, qui restent les plus utilisés dans le monde, le diagnostic de schizophrénie est basé sur un ensemble de signes jugés caractéristiques (idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, symptômes négatifs tels qu'émoussement affectif ou perte de volonté), répondant à des critères de durée et d'exclusion tout en entraînant des perturbations sociales et occupationnelles marquées. Les modes évolutifs se partagent entre une chronicité épisodique avec ou sans rémission complète et une chronicité continue.

Cette approche catégorielle délimite la schizophrénie de façon plus ou moins arbitraire. Mais si elle permet d'aboutir à un dénominateur commun indispensable aux travaux de recherche, elle ne rend pas compte de tous les modes d'expression de la maladie, regroupés aujourd'hui au sein du spectre de la schizophrénie.

Une nouvelle approche, dimensionnelle, se développe depuis les années 1980 et regroupe les symptômes en

plusieurs dimensions cliniques indépendantes, et coexistant à des degrés variables d'un patient à l'autre. Les trois principales dimensions individualisées dans la schizophrénie sont : la symptomatologie positive, la symptomatologie négative et la désorganisation.

Symptômes positifs

Les symptômes positifs correspondent au syndrome délirant. Les idées délirantes sont des idées fausses, sans fondement, auxquelles le sujet attache une foi absolue, non soumises à la preuve et à la démonstration, non rectifiables par le raisonnement. Elles peuvent être centrées sur un ou plusieurs thèmes (persécution, influence ou idées mystiques) et sont entendues par un ou plusieurs mécanismes (interprétation, intuition, imagination, hallucination). Le délire du schizophrène est typiquement construit de façon floue et polymorphe sur plusieurs thèmes et mécanismes. Les hallucinations peuvent concerner toutes les modalités sensorielles mais les hallucinations auditives sont de loin les plus courantes, éprouvées généralement comme des voix familières ou étrangères et sources de modifications notables du comportement (attitudes d'écoute, dialogue avec les voix, obturation des oreilles ou couverture par un son plus intense comme la musique au casque).

Symptômes négatifs

Les symptômes négatifs correspondent aux aspects déficitaires de la maladie. L'émoussement affectif est fréquent, se traduisant par une réduction importante du langage corporel et de la

VOUS AVEZ DIT PSY ?

■ **Le psychiatre** est un médecin spécialisé dans la prise en charge des troubles mentaux quelle qu'en soit la gravité (formation universitaire, Bac + 10). Il est de ce fait habilité à prescrire des médicaments et à hospitaliser les patients, parfois sous contrainte si nécessaire. La grande majorité de ses services est couverte par le régime de l'assurance maladie. Le psychiatre peut également prétendre au titre de psychothérapeute et de psychanalyste sous réserve d'une formation spécifique.

■ **Le titre de psychologue** nécessite l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées en psychologie (formation universitaire, Bac + 5). Essentiellement théorique, ce cursus centré sur la compréhension du fonctionnement psychique est complété par des stages pratiques et aboutit à des spécialisations dans des secteurs très variés (éducation, travail, santé, sport...). Le psychologue ne prescrit pas de médicaments, mais peut accéder au titre de psychothérapeute et de psychanalyste sous réserve d'une formation spécifique.

■ **La psychothérapie** concerne les aspects non médicamenteux de la prise en charge de la souffrance psychique. Les méthodes, pour la plupart basées sur la communication verbale, sont nombreuses et variées (thérapies cognitives et comportementales, familiales, systémiques, individuelles ou en groupe, psychanalyse...). Auparavant non contrôlés en France, l'exercice et le statut de psychothérapeute sont actuellement en cours de réglementation. Les professionnels souhaitant en user devront désormais être inscrits sur une liste départementale et justifier d'une formation minimale (400 heures de cours théoriques et un stage pratique de cinq mois).

■ **La psychanalyse** est une méthode d'investigation psychique reposant sur un modèle théorique fondé par Sigmund Freud. Bien que sujette à controverse quant à sa validité scientifique et son efficacité proprement thérapeutique, elle reste considérée en France comme une psychothérapie. Pour pouvoir la dispenser, le psychanalyste doit avoir lui-même suivi une psychanalyse dite « didactique » et une formation théorique dans une des écoles psychanalytiques (instituts privés). Le titre de psychanalyste et l'exercice de cette discipline ne sont ainsi pas réglementés par l'État français.

gamme d'expressions émotionnelles, le visage apparaissant volontiers immobile, impassible avec peu de contacts oculaires. L'appauvrissement de la pensée aboutit à une diminution de la fluence et de la productivité du discours. Les réponses sont souvent brèves, laconiques voire vides. À ceci s'ajoute l'incapacité à initier et à préserver des activités dirigées vers un but. Cette perte de volonté peut aboutir à de longues périodes d'inactivité, d'immobilité, et à une nette diminution de l'intérêt porté aux

activités sociales et professionnelles.

Désorganisation

La désorganisation des pensées correspond à un relâchement des processus associatifs qui permettent le fonctionnement mental. Cette dissociation entraîne des troubles du cours et du contenu de la pensée révélés par le discours et le comportement du patient. Le discours est désorganisé, fait d'élaborations stériles, inadaptées, de raisonnements abstraits, hermétiques, inco-

hérents, d'interruptions subites inexplicables, et parfois d'un langage propre composé de mots nouveaux (néologismes) ou d'autres utilisés de façon inadéquate. Le comportement du patient schizophrène est caractérisé par l'incompatibilité entre les idées, les sentiments et les actes, ce qui donne un aspect de contradiction, de paradoxe et d'incohérence. Ce phénomène est désigné par le terme « discordance » et se traduit par un comportement désorganisé, bizarre et imprévisible.

Diagnostic et évolution

L'âge moyen du premier épisode de la maladie se situe au cours de la deuxième décennie. Si le début des troubles peut être brusque ou insidieux, la majorité des patients présente une phase prodromique se manifestant par l'apparition lente et graduelle de symptômes variés, souvent rapportés ou confirmés par l'entourage (exemples : retrait social, perte des intérêts, détérioration de l'hygiène et du contact, comportements inhabituels et accès de colère). La schizophrénie évolue par la suite vers la chronicité de façon variable. Certains patients présentent une alternance d'exacerbations et de rémissions plus ou moins partielles, alors que d'autres restent malades de façon continue. À long terme, l'évolution peut être stable ou se caractériser par une aggravation progressive associée à une incapacité sévère. L'espérance de vie des patients schizophrènes est inférieure à celle de la population générale, et ce pour diverses raisons. Entre 20 et 40 % des patients font au moins une tentative de suicide au cours de l'évolution de la maladie, et le taux de suicide est de 10 %. Par ailleurs, la comor-

IDÉES REÇUES SUR LA SCHIZOPHRÉNIE

► Dédoublage de personnalité

Il existe une tendance nette du grand public, souvent relayée par les médias, à confondre la schizophrénie et le trouble dissociatif de l'identité, autrefois appelé « personnalité multiple ». Ce trouble, caractérisé par la présence de deux ou plusieurs identités distinctes qui prennent tour à tour le contrôle du comportement du sujet, est très rare et très éloigné des manifestations caractéristiques de la schizophrénie.

► Cannabis et schizophrénie

Le cannabis n'est pas un facteur causal de schizophrénie, mais ses propriétés psychodysléptiques et hallucinogènes en font un dangereux facteur précipitant de la maladie chez des sujets prédisposés. La consommation de cannabis est particulièrement répandue chez les patients schizophrènes, certains de ses effets (exemples : euphorie, désinhibition) leur permettant de combattre la symptomatologie négative.

► Schizophrénie et dangerosité

La schizophrénie représente avant tout un danger pour le patient lui-même. Les patients atteints sont plus souvent victimes qu'auteurs de violences, et le taux de suicide est très élevé. Les comportements violents ne sont pas plus fréquents chez les schizophrènes que dans la population générale. Les troubles du comportement surviennent en général chez certains patients non traités ou ayant consommé des substances psychoactives.



Le cannabis n'est pas un facteur causal de la schizophrénie mais un facteur précipitant.

► Responsabilité maternelle

De même que pour l'autisme, certaines théories psychanalytiques avancent que la schizophrénie résulte des interactions plus ou moins précoces entre la mère et son enfant. Ces idées auparavant répandues, sources d'une culpabilité maternelle inutile et néfaste, sont aujourd'hui réfutées par les travaux scientifiques. Si le stress maternel périnatal est un facteur de risque non négligeable, la mère ne peut être considérée pour autant comme directement responsable de la maladie de son enfant.

► Schizophrénie et incurabilité

La prise en charge des patients schizophrènes a fait d'énormes progrès si bien qu'un diagnostic et un traitement précoces permettent de conserver une autonomie au moins partielle et une vie quasiment normale. La schizophrénie n'est aujourd'hui plus une maladie incurable.

bidité avec les troubles liés à l'utilisation de substances nocives (alcool, cannabis ou autres drogues) est importante. 80 à 90 % des patients présentant une schizophrénie sont des fumeurs réguliers de cigarettes. Les troubles anxieux, notamment le trouble panique et le trouble obsessionnel-compulsif sont également fréquents.

Épidémiologie, facteurs de risques et étiopathogénie

La prévalence moyenne de la schizophrénie est généralement située autour de 1 %. L'incidence est habituellement calculée à partir des admissions hospitalières, et ne permet donc pas d'évaluer les formes insidieuses ni les

patients traités en ambulatoire.

Les facteurs de risques sont nombreux, à la fois génétiques et environnementaux. Les gènes impliqués sont nombreux, leurs interactions sont complexes et leur expression est probablement perturbée dans la schizophrénie en réponse à des fluctuations de l'environnement (modèle stress-vulnérabilité). L'essentiel de ces interactions surviendrait au cours du deuxième trimestre du développement anténatal, une période correspondant à la neurogenèse et à l'organisation corticale. Les facteurs environnementaux commencent à être cernés et se situent dans les champs de l'infectiologie (grippe, *Borna*

virus, toxoplasmose), de la nutrition et de l'obstétrique (mauvaise croissance fœtale, prématurité, complications de la délivrance), mais aussi au niveau de divers éléments susceptibles de générer un stress maternel et fœtal. À ces éléments s'ajoutent des facteurs de risque environnementaux, sociodémographiques et psychologiques. La schizophrénie est ainsi associée à un bas niveau socio-économique, à un statut familial de célibat, à un pauvre statut occupationnel, aux milieux urbains ainsi qu'à des antécédents familiaux migratoires. Le stress maternel (exemples : grossesse non désirée, mort du père), aigu ou chronique, est également associé à un risque plus élevé de survenue de la maladie, de

même qu'un stress infantile prolongé (exemples : perte, séparation) dont les effets sont d'autant plus importants qu'ils surviennent précocement.

L'existence de perturbations périnatales et infantiles du développement cérébral à l'origine de la schizophrénie est aujourd'hui un fait et non une hypothèse. Les diverses anomalies macroscopiques, histologiques et moléculaires relevées au niveau cérébral découlent vraisemblablement d'une anomalie de la plasticité synaptique, en-

trainant des perturbations secondaires des systèmes neuromédiateurs. Toutefois, cette phase développementale périnatale, provoquant une dysplasie des réseaux neuronaux, ne serait que la première étape d'une cascade d'événements aboutissant à la schizophrénie. Le développement cérébral se poursuit normalement durant la période infantile qui reste peu symptomatique. En revanche, durant la puberté surviennent des perturbations de la maturation cérébrale en relation avec l'aug-

mentation physiologique des corticostéroïdes et des androgènes conduisant à la déficience des réseaux neuronaux. Cette phase précède l'apparition de manifestations cliniques et comportementales d'intensité variable, en rapport avec la phase prodromique de la maladie. La décompensation survient au seuil de l'âge adulte : chez les individus prédisposés, soumis à des facteurs de stress, la destruction des neurones et l'élimination massive des synapses induisent un déséquilibre de la transmission

dopaminergique responsable du premier épisode aigu de la maladie. S'ensuivrait une authentique dégénérescence des tissus cérébraux, en relation avec des phénomènes excitotoxiques enclenchés par le déséquilibre des systèmes neuromédiateurs.

L'évolution ultérieure est surtout marquée par les conséquences fonctionnelles du handicap acquis, avec généralement une moindre fréquence et une moindre intensité des épisodes psychotiques aigus. ■

Les traitements

La prise en charge de la schizophrénie doit être multidisciplinaire et initiée le plus tôt possible. Initialement curative, puis préventive des récives, elle doit être adaptée au tableau clinique et au sujet. Cette prise en charge ne doit pas être centrée uniquement sur la réduction des symptômes, mais également viser l'amélioration de la qualité de vie et du fonctionnement social. L'approche bio-psycho-sociale doit ainsi aborder le sujet dans son intégralité en associant une approche pharmacologique, psychologique et sociale.

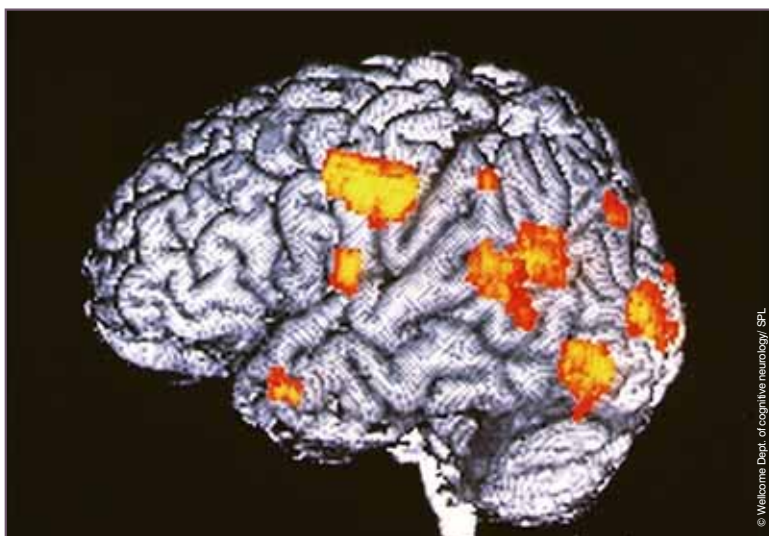
Traitements médicamenteux

Le traitement médicamenteux repose sur les neuroleptiques atypiques qui doivent être utilisés en première intention. Au moins aussi efficaces que les neuroleptiques (ou antipsychotiques) classiques sur les symptômes positifs, ils s'en distinguent par leur action sur la symptomatologie négative et certains troubles cognitifs. Les antipsychotiques atypiques induisent également moins d'effets indésirables neurologiques, ce qui favorise l'observance

thérapeutique et réduit le risque de rechute. Les principales molécules disponibles en France sont la rispéridone (Risperdal), l'olanzapine (Zyprexa), l'amisulpride (Solian), l'aripiprazole (Abilify) et la clozapine (Leponex). Si l'efficacité de ces molécules paraît équivalente au vu des données disponibles, les profils d'effets secondaires sont différents et interviennent donc

pour une large part dans le choix d'une molécule selon la logique du rapport bénéfice/risque. Les effets indésirables extrapyramidaux des neuroleptiques (dystonies aiguës, parkinsonisme, akathisie, dyskinésies tardives), bien qu'ici moins fréquents et moins intenses que pour les neuroleptiques classiques, restent impliqués dans la non-compliance au traitement

chez un tiers des patients. Les troubles psychiatriques chroniques sont associés de manière intrinsèque à un risque élevé de survenue d'un syndrome métabolique, retrouvé chez plus d'un tiers des patients schizophrènes. Les antipsychotiques en constituent un facteur aggravant car ils peuvent entraîner prise de poids, diabète ou anomalies lipidiques. Une hyper-



Pet-scan d'un jeune schizophrène de 23 ans pendant une hallucination au cours de laquelle le patient voit des visages colorés lui parler. Les zones actives du cerveau, en l'occurrence la zone de l'audition (centre haut) et de la vue (à droite) en orange, confirment que le patient a bien « vu » et « entendu » quelque chose.

© Wellcome Dept. of cognitive neurology/ SPL

prolactinémie et des troubles du rythme cardiaque sont également relevés.

Bien que leur utilisation tende à décroître, certains neuroleptiques classiques présentent un intérêt par leur effet sédatif dans le cadre de l'urgence (loxapine : Loxapac, cyamé-
mazine : Tercian, chlorpromazine : Largactil, lévomépromazine : Nozinan) ou par leur action prolongée dans le cadre d'une mauvaise observance thérapeutique (halopéridol : Haldol Décanos, flupentixol : Fluanxol, fluphénazine : Modécate...).

Fréquemment associés, certains médicaments visent à contrer les effets indésirables des neuroleptiques. Les anticholinergiques (Artane, Lep-
ticur, Akineton ou Parkinane) contre les syndromes parkinsoniens (dyskinésies précoces et syndrome akinéto-hyper-
tonique) ; Hept-a-myl, Praxi-
nor ou Gutron contre les hy-
potensions orthostatiques ;

Artisial ou Sulfarlem pour cor-
riger les hyposialies...

La prise en charge psychosociale

La prise en charge psychoso-
ciale comprend les thérapies
comportementales et cog-
nitives (TCC) et la psycho-
éducation.

Les TCC reposent sur
l'analyse des pensées, des
croyances et des comporte-
ments qu'elles provoquent.
Face à un comportement in-
adapté à la vie en société, on

va donc remonter à la pensée
ou à la croyance qui en est à
l'origine. Puis remplacer ce
comportement inadapté, ap-
pris dans certaines situations
puis maintenu, par celui que
souhaite le patient. L'effica-
cité des TCC est démontrée à
court et moyen termes sur le
taux de rechute, la réduction
des symptômes et la réadap-
tation sociale des schizo-
phrènes.

La psychoéducation vise à
mieux informer les patients
et leurs familles sur la ma-
ladie et les traitements, à ré-

duire la culpabilité et l'isole-
ment des familles, à adapter
leurs attentes et attitudes à
l'égard du malade et à amé-
liorer les communications
intrafamiliales. Elle peut se
dérouler en groupe et faire
appel à différents supports
(écrits, vidéo). L'effet béné-
fique est confirmé sur la com-
pliance thérapeutique, sur le
taux de rechutes et sur le
fonctionnement social du
patient. ■

Dr Igor Thiriez,
psychiatre
et psychothérapeute

CONTACTS ET LIENS

■ **Union nationale des amis et familles de malades mentaux (Unafam)** : 12, villa Compoint –
75017 Paris – 01 53 06 30 43 – Fax : 01 42 63 44 00 – <http://www.unafam.org>

■ **Service Écoute-Famille** : 01 42 63 03 03 – infos@unafam.org
<http://www.unafam.org/services/ecoutefamille.html>

■ **SOS Psychiatrie** (médecins psychiatres) : 01 47 07 24 24

■ **Urgences psychiatrie** (médecins psychiatres) : 01 40 47 04 47

■ **SOS Suicide** (bénévoles formés) : 01 40 44 46 45

■ **Suicide écoute** (bénévoles formés) : 01 45 39 40 00

■ **Site d'information destiné au grand public** : <http://www.ma-schizophrenie.com>