

Trouble schizophrénique de l'adolescent et de l'adulte

*Objectifs : Diagnostiquer un trouble schizophrénique.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi à tous les stades de la maladie.*



Points clés

- Description d'un délire : début, ancienneté, mécanisme, thème, participation affective, adhésion, organisation, extension, conséquences.
- La classification nosographique repose sur la présence ou non d'une désorganisation, les thèmes, les mécanismes, l'âge du patient et la personnalité prémorbide.
- La schizophrénie se caractérise par un délire et des symptômes négatifs ± associés à une DÉSORGANISATION.
- La désorganisation peut être : intellectuelle, affective, comportementale.
- Une HOSPITALISATION en psychiatrie est souvent nécessaire en cas de décompensation dans le cadre d'une ASPDT ou d'une ASPDRE.
- Il faut ÉLIMINER une organicité au premier épisode.
- Il faut systématiquement évaluer le risque de passage à l'acte, les comorbidités, le retentissement, les traitements antérieurs, les conduites addictives.
- La prévention des rechutes nécessite :
 - un traitement de FOND : antipsychotique atypique (retard ou non);
 - une PSYCHOÉDUCATION;
 - une prise en charge INSTITUTIONNELLE au long cours par les structures du SECTEUR psychiatrique;
 - une RÉHABILITATION psychosociale et professionnelle ainsi qu'un aménagement du milieu de vie;
 - une SURVEILLANCE clinique régulière au long cours : rechutes, complications évolutives, complications des traitements (syndrome métabolique...).

Comment décrire un délire ?

- ▶ Mode de début : progressif ou brutal (évoquer une cause toxique et somatique).
- ▶ Ancienneté : aiguë ou chronique si > 6 mois.
- ▶ Mécanismes :

- ◆ hallucinations (perceptions dans objet) :
 - psychosensorielles : auditive ou acoustico-verbale, visuelle, olfactive, gustative, cénesthésique, tactiles,
 - intrapsychiques;
- ◆ interprétation;
- ◆ imagination;
- ◆ intuition;
- ◆ illusion perceptive (évoque une cause organique).
- ▶ Thème :
 - ◆ hypocondriaque;
 - ◆ persécution;
 - ◆ mégalomaniaque;
 - ◆ mystique;
 - ◆ filiation;
 - ◆ érotomaniaque, jalousie;
 - ◆ idées de référence (conviction délirante que certains éléments de l'environnement posséderaient une signification particulière et inhabituelle en rapport avec le patient : conviction d'être l'objet de l'attention ou des conversations d'autrui, que les propos tenus à la radio ou à la télévision parlent de lui ou s'adressent à lui);
 - ◆ idées d'influence (conviction délirante que les pensées et actions du patient pourraient être commandées par autrui ou une force extérieure).
- ▶ Participation affective : faible ou intense, congruente ou non à l'humeur.
- ▶ Adhésion : critique totale, partielle ou absente.
- ▶ Organisation : systématisée, non systématisée.
- ▶ Extension : réseau, secteur.
- ▶ Conséquences du délire :
 - ◆ angoisses réactionnelles au délire;
 - ◆ menace ou passage à l'acte hétéroagressif (risque médico-légal) ou auto-offensif.

Schizophrénie

Épidémiologie

- ▶ Prévalence : 0,6–0,8 % dans la population générale.
- ▶ Débute chez l'adulte jeune entre 15 et 25 ans, rares formes précoces (prépubertaires avant 13 ans) ou à début tardif (après 35 ans).
- ▶ Sex-ratio de 1,4 homme/1 femme.
- ▶ Personnalité prémorbide : schizotypique, schizoïde (*cf. item 64*).
- ▶ Hypothèse neurodéveloppementale : facteurs génétiques de vulnérabilité, interaction avec l'environnement.

Faire le diagnostic clinique d'une schizophrénie

Durée des troubles (*cf. item 346*) :

- ▶ pour la schizophrénie : > 6 mois;
- ▶ pour le trouble schizophréniforme : > 1 mois et < 6 mois;
- ▶ pour le trouble psychotique bref : < 1 mois.