

PSYCHIATRIE DE L'ADULTE – Les syndromes schizophréniques  
Th. Lemperière, A. Féline  
Masson, 1989, Paris

Le terme de schizophrénie désigne un groupe de psychoses ayant un noyau sémiologique commun, la dissociation : celle-ci marque la dislocation de la vie psychique dans les différents secteurs de l'intelligence, de la pensée, de l'affectivité, du dynamisme vital, de la vie relationnelle, de l'appréhension du réel. (...) Il n'existe pas une entité « schizophrénie », mais des schizophrènes qui expriment leur souffrance psychologique intense, dramatique dans des symptômes aussi différents que la dépersonnalisation, le délire, le repli autistique, les automatismes psychomoteurs, les accès dysthymiques, etc. p245 (Lemperière, Féline, 1989)

Extraits

(dans 75% des cas, elle se révèle entre 15 et 35 ans). Possible facteur génétique de certaines schizophrénies (6 à 14 % chez les frères et sœurs biologiques et les jumeaux dizigotes, de 50 à 75% chez les jumeaux monizygotes, de 7 à 16% pour les enfants d'un parent schizophrène, de 40 à 68% pour les enfants de deux parents schizophrènes) p 247 (Lemperière, Féline, 1989)

Facteur social : Si on considère la condition sociale du père à la naissance du futur schizophrène, pas de différence mais, études ont montré que la schizophrénie était proportionnellement plus fréquente dans les couches sociales inférieures que dans les classes plus élevées car déchéance sociale progressive vers catégories socio-professionnelles inférieures. P247 (Lemperière, Féline, 1989)

Facteurs biologiques : entre autres... hypothèse d'anomalie biochimique qui produirait un métabolite toxique susceptible de perturber l'activité mentale proche de la mescaline (cf hallu) (1952), dominance d'un hémisphère cérébral sur un autre, désorganisation des ondes de l'éveil et du sommeil (EEG) p 249 (Lemperière, Féline, 1989)

Facteurs psychodynamiques : rôle de la famille : mère toxique, double-bind parental (messages contradictoires, réponses inadéquates)... p250 (Lemperière, Féline, 1989)

(Schizein : couper, déchirer / Phren : cerveau, pensée)

*dépersonnalisation* qui est une perte du sentiment d'individualité de la personne, affectant l'intégrité somatique, l'identité, la conscience du Moi psychique, perte des repères de personnalité : angoisse de séparation, de néantisation, de morcellement. Sensation d'anéantissement, de décomposition, de minéralisation (Lemperière, Féline, 1989)

Pas de déficit intellectuel, du moins au début, mais incapacité fonctionnelle à utiliser les connaissances acquises du fait d'un relâchement fondamental dans l'agencement et la coordination des idées. (Lemperière, Féline, 1989)

persévérance d'un idées fixe

contamination d'idées parasites persistant, entravant l'enchaînement normal des pensées

\* présence de *mot-clé* dans le discours, qui peut revenir régulièrement, appartenant ou non à la langue, plus ou moins facilement déchiffrable, plus ou moins symbolique : convenance :connivence / venin (Lemperière, Féline, 1989)

Intérêt pour les productions picturales et artistiques en général (textes...) : matériel symbolique parfois très riche, ou parfois très pauvre (Lemperière, Féline, 1989)

Ambivalence : chaque pulsion affective véhicule à la fois l'amour et la haine, le désir de séduire et celui d'agresser, le désir de fusion et de séparation définitive (Lemperière, Féline, 1989)

Il s'ensuit des mouvements instinctivo-affectifs paradoxaux traduisant une incapacité à moduler des effets contradictoires : appels à l'aide immédiatement suivis de refus de contact, sollicitations amoureuses assorties en retour, de propos ou de gestes hostiles. (Lemperière, Féline, 1989)

La sexualité est très particulièrement marquée de cette distorsion profonde de la relation à autrui : soit qu'elle demeure exclusivement auto-érotique et masturbatoire (souvent d'ailleurs privée de scénario imaginaire), soit qu'elle n'engage le partenaire que comme détenteur du sexe complémentaire, susceptible de procurer des satisfactions génitales brutales et totalement désaffectivées. Des désirs sexuels normalement réprimés (inceste, homosexualité, érotisme oral, urétral, anal, [pédophile]) sont par certains patients exprimés et agis sans aucune retenue (...).(Lemperière, Féline, 1989)

\* Indécision du geste, indétermination des attitudes, mouvements automatiques, raideur (fermeture des paupières, contracture des mâchoires...) (Lemperière, Féline, 1989)

\* *paramimies* = expressions paradoxales, comme par exemple des rires immotivés, grimaces, crispations du visage, mimiques ambiguës ou franchement paradoxales.

\* *catalepsie* = perte de l'initiative motrice, immobilité, persévération des attitudes imposées ou spontanées (le bras reste en l'air au niveau où on l'a élevé...)

\* *stéréotypies* = répétition du même mouvement (grattage, balancement de la tête, du tronc)

\* *stéréotypies de comportement* = faire tous les jours la même lettre, le même dessin, répéter invariablement les mêmes déambulations.

Troubles métaboliques (perturbations vaso-motrices, œdèmes, troubles des sécrétions) possibles dans les formes les plus graves

L'autisme schizophrénique (Lemperière, Féline, 1989)

Défini par Minkowski comme « la perte de contact vital avec la réalité », l'autisme est, en fait, moins une rupture totale et définitive de l'appréhension des données du réel qu'une tentative plus ou moins réussie de fuite ou de réaménagement des rapports du sujet et du monde extérieur. Dans la dramatique du schizophrène, marquée par la fragmentation et le morcellement, prévalent les mécanismes de dénégation et de projection ; le clivage du Moi, le retrait des relations objectales vécues comme menaçantes, tentent de réaliser une restauration narcissique, seule susceptible d'annuler l'angoisse, les assauts pulsionnels amoureux ou destructeurs et la peur sans cesse provoquée par le monde extérieur éparpillé en fragments projetés. Le mouvement autistique tend, en altérant la notion de réalité, à aliéner le schizophrène dans le labyrinthe de ses fantasmes, en un vécu intemporel et en un lieu dont l'accès est apparemment inabordable. Par conséquent, derrière l'hermétisme et la mort psychique apparente, persistent une vigilance intellectuelle et des foyers instinctivo-affectifs susceptibles d'être utilisés dans une approche thérapeutique. P257 (Lemperière, Féline, 1989)

L'importance des perturbations psychiques pluri-focales provoquées par le processus schizophrénique laisse à penser qu'au niveau des conduites sociales du patient s'observeront également des désordres majeurs : L'aboulie, le désintérêt, l'inertie expliquent des dégagements parfois très brusques constatés au niveau des activités scolaires ou professionnelles, des responsabilités familiales qui jusqu'alors pouvaient passer pour très investies. Souvent l'ambivalence et la perte de l'élan vital figent toute velléité d'entreprendre les actes, même les plus courants de la vie quotidienne (apragmatisme) L'incohérence affective, l'impulsivité, les crises de dépersonnalisation anxieuse conditionnent aussi la fréquence des gestes suicidaires : certains surprennent par leur caractère compliqué ou étrange (...). Les tentatives de suicide sont très fréquentes chez les schizophrènes (mais pas chez tous) et nombre d'entre eux, qui supportent particulièrement mal leur détérioration, réussissent un jour leur suicide. On peut rapprocher des gestes suicidaires d'autres conduites très pathologiques possibles chez les schizophrènes : auto-mutilations, émasculations, et plus encore comportements masochiques (brûlures de cigarette sur le corps, entailles cutanées multiples, etc...) Il faut rappeler aussi les actes hétéroagressifs qui frappent par leur caractère subit, impulsif ; leur fréquence est rare. Certains meurtre d'apparence immotivée ont un contenu symbolique exprimant avec une violence extrême la psychodynamie des conflits inconscients (meurtre de la mère ou du père ou d'un personnage qui représente leur substitut)

p258-259 (Lemperière, Féline, 1989)

#### D. –LES TESTS PSYCHOLOGIQUES DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

Leur intérêt pour le diagnostic de schizophrénie est d'autant plus grand qu'il s'agit de formes paucisymptomatiques ou de formes de début. Le syndrome dissociatif est souvent patent à l'examen psychométrique, alors que cliniquement il paraissait discutable ; le test doit cependant s'insérer dans un examen complet, adapté à chaque cas, et ses résultats seront discutés entre le psychologue et le médecin.

Les tests d'efficiences intellectuelle n'ont qu'un intérêt réduit dans les formes où se pose un problème diagnostique. En effet, si la constatation d'une détérioration intellectuelle est assez courante dans les formes hétérophréniques, les scores peuvent rester satisfaisants dans les autres formes cliniques.

Les tests de personnalité sont beaucoup plus intéressants à cause de la précocité de leurs altérations :

- le questionnaire de personnalité M.M.P.I offre souvent un profil caractéristique « qui ne conduit que très exceptionnellement à un faux diagnostic positif» (J. Perse) : anomalies importantes de la « tétrade psychotique» avec configuration particulière de cette tétrade.
- Le test de Rorschach peut être d'un apport fondamental pour le diagnostic de la schizophrénie lorsqu'il permet d'appréhender d'une part les éléments témoignant de la dissociation, d'autre part les mécanismes intervenant dans la pensée schizophrénique : rationalisme – contamination – abstraction – faillite des processus de refoulement – brutalité des réponses à contenu sexuel, anatomique, obstétrical.

## ÉVOLUTION DES SYNDROMES SCHIZOPHRÉNIQUES

Nous proposons d'exposer brièvement les principales formes cliniques de la schizophrénie, en privilégiant la perspective évolutive. Ce choix nous paraît correspondre aux questions qui se posent pratiquement au psychiatre. Chez un sujet jeune, devant une bouffée délirante, un syndrome dépressif, un fléchissement du rendement intellectuel, quels sont les risques d'évolution dissociative ? Devant une symptomatologie schizophrénique productive ou déficitaire confirmée les thérapeutiques vont-elles permettre une certaine adaptation, voire une « guérison » stable et satisfaisante, favoriser une évolution périodique ou des aménagements pseudo-névrotiques ou à l'inverse, seront-elles impuissantes à empêcher l'installation de syndromes très déficitaires, voire démentiels ? En terme commun à toutes les formes cliniques de la schizophrénie, il faut insister sur le fait que, si l'évolution de cette affection peut se faire d'une seule tenue après un mouvement primordial qui enclenche une fois pour toutes le processus dissociatif, très souvent des phases évolutives processuelles se succèdent, laissant entre elles des rémissions symptomatiques plus ou moins complètes. Les formes discontinues étaient décrites avant l'utilisation des neuroleptiques : elles se sont multipliées depuis leur introduction (75 à 80 % des cas).

### A Les formes de début

Leur individualisation est d'une portée pratique considérable, actuellement corrélative de l'élaboration d'un projet thérapeutique.

- Il est des formes à début brutal, explosif : sont essentiellement les expériences délirantes et hallucinatoires aiguës (bouffées délirantes polymorphes états oniroïdes) qui posent le problème de leur signification et de leur devenir ; la profondeur de la dépersonnalisation, l'angoisse de néantisation, la connaissance d'une personnalité prémorbide schizoïde, la résolution incomplète des symptômes productifs après un traitement correct sont retenus comme des éléments péjoratifs. Une symptomatologie d'allure maniaque ou dépressive, a survenue d'un syndrome confuso-onirique peuvent être inauguraux. Ils conduisent à une intervention psychiatrique rapide et par conséquent à la surveillance de leur évolution.
- les formes torpides et progressives sont très différentes : l'insidiosité de la mutation schizophrénique, les troubles du comportement mis sur le compte de l'originalité ou d'un parti-pris de contestation font que l'adolescent est souvent examiné alors que le syndrome dissociatif est déjà profond. L'examen du psychiatre a parfois été précédé de consultations auprès de conseillers pédagogiques, de spécialistes de l'orientation scolaire ou professionnelle, etc. pédagogiques, de spécialistes de l'orientation scolaire ou professionnelle, etc. Les aspects séméiologiques les plus fréquemment rencontrés dans ces débuts insidieux sont les suivants :
  - baisse du rendement intellectuel : échec surprenant à un examen ou à un concours chez un sujet brillant, abandon d'un emploi.
  - Modifications du caractère : humeur morose, hostilité au milieu familial, tendance à l'isolement, aux ruminations boudeuses.
  - renoncement à des activités de loisirs jusqu'alors très investies (musique – sport – lecture – voyages) sans qu'une justification plausible soit donnée ;
  - à l'inverse, engouement subie pour l'occultisme, la magie, des sectes religieuses, des sciences ésotériques : actuellement, s'observe souvent l'entrée dans des communautés plus ou moins marginales et désocialisées, où le jeune schizophrène ne se trouvera que provisoirement intégré. A ce stade de l'évolution, la consommation occasionnelle et à fortiori régulière de « drogues » peut avoir valeur d'auto-médication contre une angoisse envahissante mais peut surtout précipiter la dislocation de la personnalité ;
  - certains troubles d'allure névrotique peuvent également s'observer ;
    - symptomatologie anxieuse, généralement assez floue et extensive : l'angoisse et la peur sont sollicitées pour des raisons abstraites (crainte que la terre ne s'arrête de tourner, que le sommeil n'entraîne la mort) ou déréelles (peur d'une contamination vénérienne,

d'une désintégration de la planète) ; elles prennent parfois une allure pseudo-phobique, en particulier lorsqu'elles sont sous-tendues par des idées de référence dont on sait la fréquence au début de la maladie : sentiment d'être observé et dévisagé dans la rue, les transports en commun, impression d'une hostilité de l'ambiance ;

- symptomatologie obsessionnelle : progressivement, le sujet est assiégé de doutes, s'oblige à des lavages multiples dans un but de purification. Les obsessions ne sont pas indexées de leur dimension de lutte anxieuse, habituelle dans un registre névrotique ;
- symptomatologie hystérique à type de crises, de douleurs erratiques, de malaises ou plus souvent de troubles alimentaires : anorexie, boulimie ou alternance successive de ces conduites anormales ;
- symptomatologie hypochondriaque plus souvent encore : il s'agit de patients qui se préoccupent sans cesse davantage du fonctionnement et de l'intégrité de leur corps. C'est essentiellement la fonction digestive qui est en cause ; les plaintes ont trait à une impression de dérèglement, d'intoxication par des mauvais produits alimentaires ; une pseudo-constipation opiniâtre peut justifier l'abus de laxatifs, l'observance de régimes compliqués d'inspiration naturiste. Certaines préoccupations concernent les organes ou la fonction sexuels : conviction de grossesse, impression d'avoir une verge qui s'atrophie, voire autant chez la fille que le garçon le sentiment d'une non différenciation sexuelle. A travers ces plaintes hypochondriaques se dénoncent l'étrange disjonction de « image du corps et l'impression de métamorphose viscérale. Il faut insister ici sur le relief que : prennent, chez l'adolescent, les préoccupations dysmorphophobiques : il s'agit de la crainte obsédante d'être laid et plus précisément dans ce registre d'avoir une partie du corps ou un autre organe particulièrement disgracieux, voir rebutants pour les autres. Cette polarisation bientôt exclusive de toutes les préoccupations concerne surtout le nez mais aussi les seins, les yeux, les doigts parfois. Ces troubles vont souvent motiver des demandes d'interventions chirurgicales esthétiques qui, loin d'entraîner un soulagement de l'angoisse, risquent de précipiter la dépersonnalisation.

Les formes à début lent et progressif conduisent souvent tard à la consultation psychiatrique : le diagnostic de schizophrénie est peu douteux devant un adolescent au contact froid et distant, qui exprime ses plaintes ou sa difficulté d'être avec détachement et désintérêt. Souvent les troubles sont moins nets ou semblent compréhensibles si l'on tient compte d'éléments qui ont pu interférer gravement dans le développement d'une personnalité adolescente ; il faut alors procéder à une enquête approfondie sur les antécédents, répéter les entretiens (la pathologie névrotique, réactionnelle ou relationnelle du sujet jeune étant souvent très plastique et résolutive), ne pas négliger l'examen somatique général (toujours susceptible de découvrir une cause organique, endocrinienne ou neurologique), demander des tests psychométriques qui trouvent, ici, une place de premier rang du fait de la précocité de leurs altérations. Il faut cependant remarquer que les résultats normaux d'un examen psychométrique n'excluent nullement la possibilité d'une schizophrénie. P260-261-262

## B. LA SCHIZOPHRENIE SIMPLE

Elle est réalisée par un mouvement très lent et insidieux de désorganisation dissociante : celle-ci se démarque peu chez des sujets ayant une personnalité schizoïde. Réserve et timide, préférant l'isolement aux contacts interpersonnels et choisissant toujours la démission et l'effacement plutôt que l'affrontement. C'est lorsque se développe le récit de leur histoire, plus souvent obtenu de l'entourage que du sujet lui-même, que prennent un sens inquiétant des bizarreries de comportement, une aspontanéité, des périodes d'apragmatisme total, de clinophilie, une indifférence affective à l'occasion de séparations ou de deuils. La personnalité de ces schizophrènes est marquée par l'indétermination, la pauvreté des relations affectives, l'absence d'investissement, la neutralité de l'humeur. Leur vie est organisée de manière stéréotypée et ritualisée, bénéficiant souvent de la tolérance surprenante d'un parent ou d'un conjoint. Les formes pauci-symptomatiques, à l'autisme pauvre, ne sont pas à l'abri d'esclandres ou d'explosions franchement discordants. Elle peuvent constituer aussi une modalité évolutive de formes initialement plus productives : schizophrénies résiduelles. P262-263

## C. LA SCHIZOPHRENIE PARANOÏDE

Elle représente une modalité évolutive relativement riche puisque comportant à la fois une désunion profonde de la personnalité et une activité délirante permanente. Celle-ci succède à une ou plusieurs expériences délirantes aiguës (moments féconds) qui mettent radicalement en échec les relations du Moi au monde progressivement le délire perd de son expressivité, stagne et imprègne le système de croyances, le jugement inflexible vers la subjectivité et l'abstraction toute l'appréhension du réel. Le délire paranoïde chronique est spécifique de la schizophrénie : les thèmes (de persécution, d'influence, de métamorphose corporelle, de possession, de jalousie)

et les mécanismes (interprétatifs, imaginatifs, hallucinatoires) n'ont ici rien d'original, alors que l'absence de structure et d'organisation est caractéristique. Le délire paranoïde est flou, diffluent, sans axe thématique privilégié, subissant des contaminations et des dispersions multiples. Dans les évolutions non traitées, ce délire s'enlise et s'appauvrit, devenant de moins en moins compréhensible, tout entier inscrit dans le repliement autistique. P263

#### D. L'HEBEPHRENIE

Elle est la résultante la plus massive et la plus profonde du potentiel destructeur du processus dissociatif. Forme clinique marquée par l'insidiosité de son début, la pauvreté ou l'absence de délire, l'importance de la discordance dans les secteurs de la pensée, de l'intelligence, du langage, de l'affectivité, aboutissant à plus ou moins long terme à un déficit global donnant à l'observateur l'impression d'une dévitalisation et d'un anéantissement irrémédiables. Cette évolution vers l'appauvrissement et parfois vers une détérioration d'allure démentielle, est assez peu accessible aux thérapeutiques actuelles, encore que des améliorations remarquables puissent s'observer chez des hébéphrènes qui paraissaient condamnés à finir leurs jours à l'hôpital psychiatrique. P263

#### E. L'HEBEPHRENO-CATATONIE

Elle représente l'expression conjointe du vide hébéphrénique et de signes de la série catatonique. Ici, la discordance affecte également la psychomotricité ; outre le maniérisme de la mimique et des attitudes, s'observent des conduites d'opposition, de négativisme (refus de tendre la main, d'ouvrir les yeux, de manger), des stéréotypies gestuelles plus ou moins complexes et parfois un refuge dans une attitude cataleptique globale (immobilité de gisant, repli du corps en fœtus). Cette expression catatonique est rarement permanente, terminale et définitive ; beaucoup plus souvent, elle survient par séquences périodiques plus ou moins résolutive. P263-264

#### F. LES FORMES PSEUDO-NEVROTQUES

Elles réalisent des aspects symptomatiques actuellement souvent rencontrés ; ils posent des problèmes diagnostiques parfois insolubles avec des états limites ou des états névrotiques graves. Ces formes pseudo-névrotiques, décrites en France par Claude sous le nom de « schizoses » dès 1924, ont été ensuite précisées dans leurs aspects séméiologiques par Hoch et col., à partir de 1949. A leur propos, d'autres auteurs parlent de « schizophrénies latentes », de « schizophrénies ambulatoires », de « formes frustes de la schizophrénie. Dans ces formes, existent à la fois une symptomatologie schizophrénique primaire, réduite mais nécessairement présente (troubles du cours et du contenu de la pensée, troubles de la symbolisation, baisse de l'attention, de la concentration, fléchissement de l'élan vital) et une symptomatologie secondaire, dominée par l'anxiété et des troubles névrotiques de registres très divers.

Les descriptions symptomatiques des schizophrénies pseudo-névrotiques sont infiniment variées. Il faut insister sur l'importance des troubles de l'affectivité : plus encore qu'une ambivalence, il existe une polyvalence dans les conduites affectives. Successivement et d'une manière paradoxale ; le sujet paraît froid, distant, réservé sinon indifférent, puis impulsivement caustique, brutal, et même violent ; à d'autres moments, dominant l'hypersensibilité, une susceptibilité « à !leur de peau » provoquant des réactions de joie ou de colère tout à fait démesurées. Cette mauvaise modulation affective et cette distorsion émotionnelle surprennent et éprouvent toutes les relations inter personnelles ; elles sont toujours sous-tendues par une anxiété diffuse (pananxiété), de degré très variable oscillant de l'inquiétude imprécise à la crise de terreur-panique. Quasiment permanente elle se trouve réactivée par des stimuli dérisoires.

Une inflexion séméiologique particulière se retrouve chez certains malades : le développement considérable de la rêverie qui progressivement infiltre toute la partie psychique du sujet ; celui-ci entièrement fasciné par le déploiement de son imaginaire s'étonne que ses désirs fantasmatiques ne se transforment pas en réalité. Les mécanismes psychotiques de déni de la réalité et de projection sont en partie désamorçés puisque la réalisation des désirs sous forme d'hallucinations ou d'émergences délirantes ne dépasse pas le stade de la rêverie.

- La symptomatologie névrotique est protéiforme, variable d'une période à une autre et souvent mixte (pan névrose) :
  - La symptomatologie obsessionnelle renonce à négocier avec les exigences de la réalité pour privilégier l'interrogation passive à propos de situations ou d'idées délirantes qui se présentent à l'esprit (telle malade se sent en permanence surveillée et critiquée par Racine : pour résister à la contrainte de cet observateur, elle se récite mentalement et d'une manière quasi-automatique des séquences entières du « Cid ». Les vers de Corneille sont pour elle seuls susceptibles de parasiter la surveillance racinienne. Tel autre dévide des litanies et des prières « pour que le diable ne prenne

pas ses pensées »). Les conduites compulsives sont également fréquentes : nécessité de rangement, d'accumulation d'objets pour les collectionner (minéraux, boîtes d'allumettes, feuilles mortes).

- Les formes pseudo-hystériques comportent assez rarement une symptomatologie très expressive dans le registre somatique (pertes de connaissance, astasie-abasie, dysphonie) ; par contre l'utilisation de mécanismes psychologiques (états seconds, histrionisme, tendance à la fabulation, troubles du caractère) est plus fréquente. Leur implication relationnelle et symbolique paraît souvent peu compréhensible : à l'inverse, la problématique œdipienne ou pré-œdipienne est parfois exprimée librement sans qu'interviennent les mécanismes de refoulement et de « Censure habituels dans le registre névrotique.
- Les schizophrénies comportant une symptomatologie phobique atypique sont également fréquentes. Il s'agit habituellement de phobies extensives (pan phobies) dont le contenu symbolique est imprécis et pour lesquelles les conduites d'évitement ne parviennent que très imparfaitement à contrôler l'angoisse (phobies des contacts cutanés, peur de rougir en public, de dégager de mauvaises odeurs, peur des maladies, de l'au-delà, de la mort).
- En terme commun à ces « pseudo-névroses schizophréniques » (Hoch), il faut dire encore que :
  - l'existence de symptômes névrotiques témoigne d'une lutte contre l'angoisse dissociative et d'un dégagement plus ou moins stable et réussi de la personnalité dans des compromis partiels, mais plus économiques et moins destructurants que le vide hébéphrénique ;
  - leur évolution se fait sur un mode plus souvent phasique que continu. Les crises ou « schizomanies » comportent une forte saturation en éléments psychotiques ( désorganisation conceptuelle, dépersonnalisation, automatisme mental) ; entre elles, le sujet fonctionne sur un mode pseudo-névrotique ;
  - leur fréquence actuelle paraît liée aux interventions thérapeutiques précoces qui, en limitant la désagrégation psychique, permettent ces niveaux d'ajustement. P264-265-266

#### G. – LES FORMES DYSTHYMIQUES

Ce sont des formes qui comportent une symptomatologie dépressive, maniaque ou mixte et qui évoluent sur un mode intermittent et périodique. Pour les définir, Kasanin a proposé le terme de « schizophrénies affectives ». Elles posent la question des relations entre la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive. De différents travaux (Cohen et coll. – Clayton et coll. – Vaillant) relatifs aux formes dysthymiques de schizophrénie et à leurs rapports avec la schizophrénie nucléaire d'une part, la psychose maniaco-dépressive d'autre part, on peut retenir que :

- l'hérédité familiale des patients présentant une schizophrénie affective est plus chargée en troubles de l'humeur que celle des schizophrènes non dysthymiques, sans qu'une entité génétique différenciée puisse être affirmée ;
- le pronostic de ces formes dysthymiques paraît meilleur que celui des formes classiques (hébéphréniques – paranoïdes – hébéphréno-catatoniques). Le lithium pourrait avoir une action favorable.

Les formes périodiques de la schizophrénie, envisagées dans une perspective diachronique, sont caractérisées par la succession d'épisodes dissociatifs aigus (à expression délirante et/ou catatonique) intriqués à des signes de la série maniaco-dépressive (généralement expansifs pendant l'épisode aigu et dépressifs à son déclin). L'évolution des schizophrénies affectives est rémittente, cyclique, laissant entre les accès une personnalité peu profondément altérée et dissociée. Une réserve doit être faite sur le pronostic a priori plus favorable de ces formes : le taux de suicides réussis paraît très spécialement élevé lors des phases dépressives per ou post-psychotiques aigus. P266

#### H. – L'HÉBOÏDOPHRÉNIE

Sa description initiale par Kahlbaum a ensuite été reprise par Rinderknecht, Halberstadt et Guiraud. Il s'agit de formes évoluant sur un mode de déséquilibre psychopathique : les troubles du caractère, l'oppositionisme, l'impulsivité, les comportements anti-sociaux (vagabondage, escroqueries, violences), coexistent avec un appauvrissement idéique progressif, un autisme morose, des conduites paraissant inadaptées et bizarres en référence à la délinquance même. L'existence spécialement turbulente des héboïdophrènes est émaillée d'émergences délirantes, d'accès catatoniques, d'épisodes dysthymiques avec tentatives de suicide, abus alcooliques, consommation de drogues. P266

#### TRAITEMENT

Le traitement des schizophrènes intègre actuellement l'apport considérable des chimiothérapies aux techniques psychothérapeutiques et sociothérapeutiques. Il est vain de penser que l'on puisse réduire l'abord d'un schizophrène à

une thérapeutique exclusivement chimique, relationnelle ou sociale. Il faut savoir que toute prescription médicamenteuse constitue un acte psychothérapeutique ou institutionnel. Par la chimiothérapie, on modifie des symptômes qui caractérisent une personnalité et son histoire et on transforme également la relation psychologique en réduisant les symptômes qui spécifient les rapports du schizophrène à ses proches et à son milieu, que cette relation soit délirante, autistique ou médiatisée par une angoisse profonde. Il ne s'agit pas pour autant de renoncer à prendre en compte ('impact pathogène de certaines organisations familiales ou de certaines situations sociales ; il faut, au contraire, repérer celles où une action mobilisatrice paraît possible. Le traitement d'un schizophrène impose en effet de considérer, pour les utiliser, les multiples paramètres que constituent, au même titre que la symptomatologie initiale, les avatars de l'histoire personnelle, les relations familiales et sociales, les remaniements psycho-pharmacologiques et la polyvalence des implications psychothérapeutiques. Le projet thérapeutique doit être défini et explicité au patient lui-même et aux tiers concernés. Seront en particulier envisagés les points suivants : les conditions dans lesquelles sera organisée la relation avec le patient, l'intervention éventuelle d'un psychothérapeute, l'effet espéré des thérapeutiques, le lieu de soins qui pourra accueillir le malade, les rapports qui interviendront avec le médecin traitant, les organismes de Sécurité Sociale ou les bureaux d'Aide Sociale. Dans certains cas, sera discutée l'opportunité d'une orientation vers une institution à vocation sociothérapeutique ayant pour but le réentraînement au travail (Centre d'Aide par le Travail, Atelier Protégé) ou vers des structures de soins particulières (hôpital de jour, clubs thérapeutiques, hôpital de nuit, etc.).

(...) Nous dirons seulement que les neuroleptiques, de par leur action suspensive et réductrice des principaux symptômes psychotiques, sont les psychotropes électivement prescrits, que la psychothérapie complémentaire n'a pas pour fonction première ('éradication des symptômes mais la modification de la structure psychotique. En s'inspirant du modèle psychanalytique, de multiples approches psychologiques sont proposées aux schizophrènes (psychanalyse individuelle – psychothérapie intensive – psychothérapie de groupe – psychodrame) ; si leur valeur théorique est grande, leur portée pratique est actuellement limitée par le petit nombre de patients qui peuvent bénéficier de telles techniques.

Les modalités de la cure seront différentes selon qu'il s'agit de traiter des schizophrènes ayant une symptomatologie très productive (épisodes aigus, syndromes délirants thymiques ou anxieux, souvent intermittents) ou des schizophrènes ayant une symptomatologie essentiellement déficitaire (forme hémiphébrénique à évolution lente et insidieuse où dominent l'apragmatisme, la dissociation, l'athymhormie). P267-268

#### LE TRAITEMENT DES SCHIZOPHRÉNIES A SYMPTOMATOLOGIE AIGUE

Il s'adresse à un patient en période d'efflorescence de la maladie. Dans un nombre important de cas, l'agitation psycho-motrice, l'existence d'un délire très productif, la désorganisation conceptuelle, l'insomnie, les thèmes dépressifs font proposer une hospitalisation. Celle-ci a, de nos jours, perdu de sa potentialité aliénante dans la plupart des institutions. La prescription d'une chimiothérapie va journalièrement transformer l'expérience vécue du schizophrène dans la conscience qu'il a de lui-même et de ses rapports avec le monde extérieur.

- Pour le choix d'un neuroleptique, l'expérience et l'habitude du thérapeute prendront souvent le pas sur des critères objectifs. Certains associent, d'emblée ou secondairement, des neuroleptiques entre eux (dans la plupart des cas, un sédatif et un incisif espérant ainsi en élargir le spectre d'activité. Au début, la voie intra-musculaire est préférée pour son action plus rapide ; les correcteurs des effets extrapyramidaux et neuro-végétatifs, les anxiolytiques, les hypnotiques étant donnés par voie orale. La posologie sera établie de manière progressive et quotidiennement adaptée à l'état du malade. Dans les formes où prédominent l'anxiété, la dépersonnalisation, l'invasion délirante, les perturbations affectives, on prescrira généralement du Largactil ou du Nozinan. Dans les formes délirantes paranoïdes et surtout lorsqu'existe un syndrome hallucinatoire, l'Haldol injectable est particulièrement indiqué. Dans les épisodes catatoniques, l'attitude opposante et négativiste du schizophrène invite à la prescription de neuroleptiques incisifs, à action désinhibitrice (Majeplil, Terfluzine, Modilen, Piporlil). Au cours de la première étape thérapeutique, l'objectif immédiat est de réduire les symptômes les plus douloureusement ressentis par le malade. La psychothérapie, nécessairement brève et de soutien, se limite à l'abord des problèmes actuels de la vie du patient, en les replaçant autant que possible dans la réalité. Parallèlement, une information objective et des entretiens seront proposés à la famille, afin que celle-ci ne se trouve pas exclue du processus thérapeutique.

Lorsque les symptômes psychotiques sont, au moins partiellement, réduits et n'interfèrent plus avec la possibilité pour le schizophrène de communiquer avec autrui ; les doses de neuroleptiques initialement prescrites seront très progressivement réduites en procédant par paliers successifs (un intervalle de huit jours, entre chaque diminution, paraît indispensable). La réémergence des symptômes conduit à reprendre une posologie plus élevée. Il faut savoir composer avec l'équilibre psychique du sujet, sans cesse remanié par le processus psychotique et l'action conjointe de la thérapeutique ; plutôt que de vouloir abraser la totalité des symptômes, il faut pouvoir supporter la persistance d'un certain degré de dépersonnalisation, la poursuite d'une activité délirante concernant certains secteurs. En effet, plutôt

que d'augmenter le traitement ou de changer de neuroleptique, mieux vaut ici poursuivre la psychothérapie, instaurer une prise en charge sociothérapique car la qualité de l'amélioration n'est pas en rapport direct avec l'importance de la rémission symptomatique. A ce stade de l'évolution, sont fréquemment constatés des états dépressifs peu thématés, souvent associés à une asthénie importante, une bradypsychie, un apragmatisme, des troubles de la concentration ; les risques de suicide sont tout à fait réels. La prescription d'anti-dépresseurs (Anafranil surtout) associée au traitement neuroleptique, peut aider à franchir ce cap difficile.

- Dans la plupart des institutions psychiatriques, il est actuellement possible de donner aux malades des permissions, des sorties dans leur famille, celles-ci étant très utiles avant la fin de l'hospitalisation. Si le relais de la surveillance du traitement doit être assuré par le généraliste, il est souhaitable que celui-ci soit venu rendre visite à son patient pendant ('hospitalisation afin de réaliser au mieux une continuité de la prise en charge.
- A la fin de l'hospitalisation commence la période de post-cure, contemporaine de la resocialisation. Il faut à ce stade que le patient et surtout l'entourage familial soient convaincus de la nécessité de la poursuite de la chimiothérapie. Celle-ci est absolument indispensable pendant une durée de six à douze mois, même après une première poussée à symptomatologie aiguë. Le maintien de la chimiothérapie neuroleptique pendant plusieurs années est impératif si plusieurs épisodes psychotiques aigus se sont succédé, s'il n'existe pas d'événements déclenchants précisément retrouvés et si a fortiori persiste une symptomatologie résiduelle. L'interruption du traitement a dans la majorité des cas pour conséquence la survenue d'une rechute dans des délais variables, parfois après une période trompeuse de plusieurs mois d'apparente guérison. Pendant cette cure d'entretien, la posologie du neuroleptique prescrit sera, en général, réduite à la dose minima permettant un contrôle de la symptomatologie psychotique. Dans la poursuite de la cure, il est très important de tenir compte des préférences et des réticences du patient ou de son entourage : un neuroleptique qui procure des effets latéraux gênants (dyskinésies, prise de poids, impuissance sexuelle) a beaucoup de chance d'être un jour ou l'autre interrompu. Dans cette perspective, la moindre contrainte qu'est l'administration d'un neuroleptique à durée d'action prolongée, acquiert de grands avantages pour une cure au long cours. P268-269-270

Au total, l'abord thérapeutique des schizophrènes a considérablement bénéficié de l'apport de la chimiothérapie neuroleptique dont l'utilisation tend à s'extraire d'un empirisme qui gênait la collaboration des psychopharmacologues et des psychiatres. La prise en soins d'un schizophrène ne peut se concevoir, actuellement, que dans une perspective pluri-dimensionnelle. L'association à la chimiothérapie des méthodes psychothérapiques permet d'enregistrer une proportion de « guérisons sociales » de plus de 50 %. Les améliorations se font parfois à un très bon niveau ; les évolutions sur un mode pseudo-névrotique, pseudo-psychopathique ou empruntant une symptomatologie dysthymique et une allure cyclique sont actuellement fréquentes, posant des problèmes nouveaux de prise en soins. P270-271