



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 17

Psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescent

Schizophrénie de l'adolescent

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de G.BENVEGNU présenté le 26/03/2024.

Schizophrénie de l'adolescent

I. Introduction

La schizophrénie est une maladie chronique, affectant 21 millions de personnes dans le monde (OMS). Il y a une distinction délicate à l'adolescence entre la « crise d'ado » et l'émergence d'une pathologie psychotique.

La symptomatologie psychotique n'est pas qu'associées à la schizophrénie mais est aussi retrouvée dans plusieurs entités diagnostiques. La prévention et de la prise en charge précoce jouent un rôle important. La déstigmatisation est importante car c'est comme une « double peine ».

II. Adolescence et diagnostic

a. Le processus adolescent

Le processus adolescent rend la démarche diagnostique difficile... L'adolescence est une période de remaniements psychiques sous-tendus par du neurologique.

C'est l'âge d'apparition de nombreuses pathologies psychiatriques, avec un tableau clinique souvent incomplet et différent de celui de l'adulte. Il y a une tension constante pour le clinicien entre le risque d'une stigmatisation précoce et un potentiel retard diagnostique préjudiciable au jeune...

Le processus adolescent comprend des transformations corporelles entraînent un remaniement psychique. C'est la « crise organisatrice » normale du développement psychique.

Dans le processus adolescent, peut apparaître des angoisses archaïques pouvant avoir des similitudes avec des manifestations psychotiques : instabilité de l'image de soi, angoisses corporelles avec interrogations parfois désorganisantes, impulsivité... Il y a aussi des réactivations de mécanismes de défense archaïques : projection, clivage, etc.

b. Crise d'ado ou prodromes psychiatriques ?

Une distinction parfois difficile :

Pensée magique	51 %
Expériences perceptuelles inhabituelles	45,6 %
Altération marquée du fonctionnement	41,1 %
Perte marquée des initiatives	39,7 %
Comportement étrange marqué	25,2 %
Discours disgressif/sur élaboré	21,7 %
Affects abrasés/inappropriés	21,7 %
Isolement/repli social	18,4 %
Diminution importante de l'hygiène	8,1 %

Exemple de pensée magiques : « Si je ne marche pas sur la ligne blanche du passage piéton, je n'aurais pas 15/20 »

Exemple d'expérience perceptuelles inhabituelles : sensation d'être appelé (avec une fréquence rare)

III. Quelques rappels sur la pathologie schizophrénique

a. Les psychoses

Les psychoses regroupent les troubles mentaux caractérisés par une altération du rapport à la réalité. Elles peuvent se traduire cliniquement par :

- Une anosognosie : absence de conscience du trouble. Différent du déni où le déni est un mécanisme de défense (« mettre sous le tapis »).
- Des troubles de l'identité ou de la conscience de soi
- Des troubles de la communication
- Distorsion de la réalité : délire et hallucinations
- ± Syndrome dissociatif (désorganisation psychique)

La plupart du temps, symptômes psychotiques associés à un trouble psychiatrique, mais ne jamais oublier une étiologie somatique ou toxique.

À différencier de la névrose ++ :

- Maintien du contact avec la réalité
- Conscience douloureuse des troubles

Selon pierre Desproges : « Un psychotique, c'est quelqu'un qui croit dur comme fer que 2 et 2 font 5, et qui en est pleinement satisfait. Un névrosé, c'est quelqu'un qui sait pertinemment que 2 et 2 font 4, et ça le rend malade. »

La plupart des psychoses sont des maladies chroniques mais peuvent aussi être aiguës (rechercher cause somatique ou toxique)

b. Rappels épidémiologiques

La schizophrénie est une maladie présente dans le monde entier et dans toutes les cultures. La prévalence dans la vie entière est de ~ 0,7 - 1 %. Le sex-ratio 1/1.

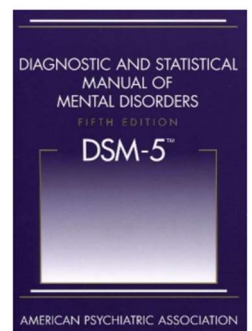
Elle débute classiquement entre 15 et 25 ans et c'est une maladie grave : Pour la moitié des sujets il y aura au moins une TS (Tentative de Suicide) dans la vie et environ 10 % des personnes souffrant de schizophrénie se suicident.

Dans la schizophrénie à début précoce, la prévalence : 0,03 % dans la population générale et elle touche préférentiellement les garçons.

c. Clinique de la schizophrénie

D'après le DSM V, il faut la présence de 2 symptômes ou plus

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle)



Avec une altération significative du fonctionnement (travail, relations interpersonnelles, hygiène personnelle) pendant une période active d'au moins 6 mois

1) Les 3 types de symptômes

Il y a 3 types de symptômes : des symptômes positifs, négatifs et une désorganisation

Symptômes positifs

Idées délirantes :

- C'est la perte du sens de la réalité se traduisant par un ensemble de convictions fausses, irrationnelles, auxquelles le sujet adhère de façon inébranlable.
- On peut décrire plus précisément les symptômes par :
 - o Thématique : persécution, mégalomane, mystique
 - o Mécanisme : hallucinatoire, interprétatif, intuitif
 - o Systématisation : le délire paranoïde du SCZ est mal systématisé
 - o Adhésion, participation affective

Hallucinations :

- Perception sans objet à percevoir

- Soit de nature psychosensorielle (auditive, visuelle, tactile, cénesthésique) ou intrapsychique (à type d'automatisme mental). Automatisme = activité mentale involontaire

Symptômes négatifs

Appauvrissement cognitif : Pauvreté du discours et de son contenu (alogie)

Appauvrissement affectif : Emoussement affectif, apparente froideur

Appauvrissement comportemental : Perte de volonté et d'initiative (aboulie), perte de la capacité à faire les choses (apragmatisme), repli social pouvant conduire dans les formes graves à l'isolement et l'incurie

Désorganisation

Ce n'est pas avoir plusieurs personnalités, c'est la perte de l'unité psychique, quelque chose se dissout.

Désorganisation intellectuelle :

- Trouble du cours de la pensée (diffluence, barrage),
- Trouble du langage, tant sur le versant expressif que sémantique
- Altération du système logique (rationalisme morbide)

Désorganisation affective :

- Discordance idéo-affective
- Praecox Gefühl (Rümke) : « coloration schizophrénique » de la rencontre

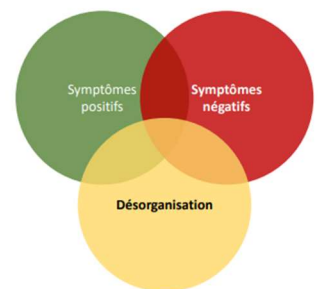
Désorganisation motrice et/ou comportementale :

- Maniérisme (geste trop sophistiqués), stéréotypies, discordance idéo-motrice
- Syndrome catatonique dans certaines formes graves

2) Il n'y a pas une mais des schizophrénies

Il existe différentes schizophrénies :

- Paranoïde : prédominance des symptômes délirants
- Hébéphrénique : prédominance des symptômes négatifs et de la désorganisation



d. Description de la désorganisation



La désorganisation est un syndrome dissociatif. Le noyau de la SCZ est la rupture de l'unité psychique.

Le psychisme humain fonctionne avec :

- L'intellectuel : ce que l'on pense
- L'affectif : ce que l'on éprouve
- Le comportement : ce que l'on fait

Dans la schizophrénie : fonctionnement rompu, dissociation entre intellect, affect et comportement

1) Désorganisation intellectuelle

Troubles du cours de la pensée

- Relâchement des associations et diffluence : production idéique chaotique et mal dirigée.
- Barrages : Rupture brutale de la pensée, comme suspendue Arrêt brusque du débit verbal Reprise de la discussion, sans gêne venant du patient.
- Fading mental : Extinction progressive du déroulement de la pensée

Troubles du langage

Troubles de l'expression :

- Mutisme : souvent dans le syndrome catatonique
- Écholalie : répétition mots/phrases de l'interlocuteur
- Verbigération et palilalie : stéréotypie verbale
- Soliloque : dialogue hallucinatoire

Altérations sémantiques (formes avancées) :

- Néologismes : invention de mots
- Paralogismes : emploi impropre d'un mot existant
- Glossolie : paralangage, propre au patient (rare)
- Schizophasie : langage incohérent, hermétique

Trouble du système logique

- Diffluence
- Rationalisme morbide
 - o Discours rationnel, pseudo-logique (« c'est normal que je ne sois pas bien parce qu'il y a une fusée qui a été lancée hier » → pas de lien logique, mais pour la personne atteinte oui »)
 - o Établissement de liens de causalité déficients
- Tendance au symbolisme et à l'astractionnisme : Discours pseudo-philosophique, souvent absurde
- Proverbiage : Discours fait de lieux communs, de proverbes obscurs

2) Désorganisation affective

Déconnexion entre le contenu des pensées et le vécu affectif (=discordance idéo-affective). Il y a une absence de conscience de cette discordance et cela mène à l'ambivalence affective : existence simultanée de deux émotions opposées concernant le même objet.



Émoussement affectif : Froideur du contact et indifférence aux réactions d'autrui

Il peut y avoir des réactions émotionnelles inappropriées au contexte (comme le sourire immotivé) par exemple : Le patient éclate de rire en parlant de se suicider.

La sexualité est parfois « désaffectivée » : Plaisir déconnecté du sentiment. Attention aux conduites à risque !

3) Désorganisation motrice/comportementale

Maniérisme : Comportement affecté et baroque

Stéréotypies : Répétition de gestes ou d'actes, par exempl : attitudes de balancement

Discordance idéo-motrice : La patient ne conforme pas ses actes à ses intentions

Catatonie : Dans formes graves de schizophrénie



e. Description des symptômes positifs

1) Idées délirantes

Délire paranoïde :

- Polythématique : persécution +++, mégalomanie, mystique, érotomaniaque, idées de référence ou d'influence. Les mécanismes sont multiples et surtout hallucinatoire. Ils ne sont pas systématisés : aucune cohérence, bizarre



À ne pas confondre avec le délire paranoïaque !!

Syndrome de référence :

Le symptôme de référence est un sentiment que les autres, mais aussi certains éléments de la réalité extérieure, s'adressent au sujet de manière insidieuse mais personnelle. Par exemple : la radio ou la télé s'adressent au sujet la toux d'un inconnu dans le métro est un rire étouffé

Syndrome d'influence :

C'est le sentiment que le sujet est sous l'emprise d'un autre « On me fait parler, on me fait penser, on me fait agir ». Par exemple : Le patient convaincu qu'une puce a été implantée dans sa tête pour le contrôler.

2) Hallucinations

C'est une perception sans objet à percevoir.

Hallucinations psychosensorielles :

- Auditives +++ : bruits, sons, voix, souvent de tonalité déplaisante ou persécutive. Souvent attitudes d'écoutes, mesures défensives (casque, boules Quiès)
- Visuelles : plus rares, souvent de nature étrange
- Tactiles, olfactives, gustatives, cénesthésiques

Hallucinations intra-psychiques : « Voix intérieure », de nature souvent étrangère

Automatisme mental :

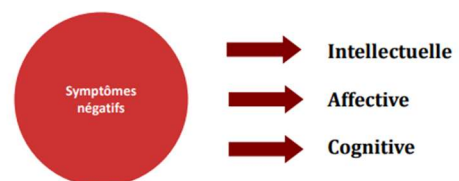
- Automatisme idéo-verbal
 - o Énonciation et commentaire des actes et des pensées
 - o Écho de la pensée et de la lecture
 - o Vol et devinement de la pensée
 - o Impulsions verbales
 - o Par exemple : « il va au lit », « elle se lave », « pas cette cravate » « Quand je pense, on répète ma pensée »
- Peut aller jusqu'à l'automatisme psychomoteur : sensation de mouvements imposés, d'articulations verbales forcées.

f. Description des symptômes négatifs

1) Appauvrissement cognitif

Il y a :

- Alogie : Pauvreté du discours ou de son contenu qui reflète la pauvreté de la pensée.
- Stéréotypies verbales
- Désintérêt



2) Appauvrissement affectif

On retrouve :

- Émoussement affectif
- Froideur
- Anhédonie : Perte du sentiment de plaisir
- Athymhormie : Perte de l'élan vital associé à un vide affectif



3) Appauvrissement comportemental

Il y a :

- Aboulie (ou avolition) : Perte de la volonté et de l'initiative
- Apragmatisme : Perte de la capacité à faire les choses.
- L'aboulie peut aboutir au repli autistique (rare) : « Perte de contact vital avec la réalité ». C'est l'abolition progressive des conduites sociales pouvant conduire à l'isolement et l'incurie. Rien à voir avec l'autisme !!

g. L'insight et la schizophrénie

L'insight est la capacité à reconnaître ses troubles. Dans la schizophrénie il y a un faible insight. Il correspond plus à une manifestation de la maladie qu'à une stratégie pour y faire face...

Entraîne :

- Non observance du traitement
- Exposé à des rechutes
- Exposé à des hospitalisations sous contrainte
- Évolution moins favorable

Importance de l'alliance thérapeutique +++

h. Comorbidités

Addictions +++ :

- Tabac (50-80% des patients)
- Alcool
- Cannabis

Troubles de l'humeur : dépression

Troubles anxieux

Surmortalité (2–3 x population générale) : Maladies cardio-vasculaire et troubles métaboliques (diabète, dyslipidémie).

i. Evolution

L'évolution est favorable avec rémission complète sur le long terme représente 25 % des cas. Ce n'est pas une guérison !!

Amélioration partielle : atténuation sans disparition des troubles, handicap variable dans 50 % des cas.

L'évolution précaire : aggravation, nécessité accompagnement au long cours représente 25 % des cas.

IV. Schizophrénie à début précoce

a. Définitions

Schizophrénie à début précoce (SDP) : apparition avant 18 ans

Schizophrénie à début très précoce (SDTP) : apparition avant 13 ans

La prévalence est de 0,03% dans la population générale. La sévérité de la maladie plus importante et il y a une dimension héréditaire importante. Elle atteint préférentielle les garçons.

b. Au niveau clinique

Les critères cliniques (DSM-V) sont identiques à la forme adulte. Plus le début est précoce et plus il est insidieux +++

Le symptôme le plus fréquent est l'hallucinations avant 8 ans (surtout auditives, parfois visuelles). A bien distinguer chez l'enfant plus petit de certains phénomènes imaginaires intenses, type ami imaginaire (parler au Doudou). *L'hallucination ne se choisi pas.*

Le délire est rare avant 10 ans (perte identité, persécution, thèmes somatiques).

Questionner une idée suicidaire n'influence pas la survenue des idées suicidaires. Il faut au contraire les questionner car cela peut être une main tendue pour la personne atteinte.

SDP	Schizophrénique adulte
Peu d'altération du contact ou d'étrangeté	Etrangeté et discordance
Dimension négative au premier plan	Dimension négative variable
Hallucinations anciennes tolérées	Hallucinations communes
Vécu égodystonique	Vécu égodystonique
Peu de réticence à évoquer les symptômes (surtout chez l'enfant)	Réticence

V. Le modèle neurodéveloppemental de la schizophrénique

a. Hypothèses neurodéveloppementales

Interaction d'une vulnérabilité génétique et de facteurs de risque environnementaux

Qu'est-ce que la vulnérabilité à la maladie ?

- Probabilité qu'un individu connaisse un épisode de trouble psychotique.
- Trait individuel qui peut s'exprimer à travers le développement d'un épisode pathologique mais qui ne suppose pas forcément un processus morbide.

b. L'exemple du cannabis

Association dose-dépendante entre consommation de cannabis et risque d'évolution schizophrénique (Zammit et al, 2002)

Risque multiplier par 6,7 quand la consommation est de plus de 50 fois.

Il y a des interaction gène-environnement (Caspi et al, 2005)

VI. La prise en charge *Diapo passées rapidement*

Il existe trois axes de prise en charge :

1. Traitement médicamenteux : neuroleptiques
2. Psychothérapie
3. Sociothérapie

a. Traitements antipsychotiques

Neuroleptiques « classiques » de 1ère génération

- État d'indifférence psychomotrice
- Sédation de l'excitation et de l'agitation
- Réduction progressive des troubles psychotiques ex : LARGACTIL®, TERCIAN®, HALDOL®

Neuroleptiques atypiques de 2ème génération dits antipsychotiques :

- Plus efficaces sur les symptômes négatifs
- Moins d'effets secondaires ex : ABILIFY®, RISPERDAL®, ZYPREXA®, XEROQUEL®

Il existe aussi sous forme retard (1 injection/mois)

A retenir pour les antipsychotiques :

- Traitement à prendre sur le long cours !!
- Important car :
 - o Réduit la symptomatologie délirante
 - o Ralentit la progression de la maladie
 - o Retarde la survenue de complications
 - o Maintient l'insertion sociale
- Importance de l'alliance thérapeutique +++

b. Psychothérapies

Il s'agit de :

- Thérapie cognitivo-comportementales
- Thérapies familiales
- Psychoéducation
- Objectifs de la psychothérapie
 - o Améliorer le vécu de la maladie
 - o Favoriser l'insertion sociale
 - o Améliorer la compliance au traitement

c. Sociothérapie

Aides financières :

- Prise en charge à 100 %
- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)
- Allocation adulte handicapé (AAH)

Réhabilitation psychosociale

Aide au logement chez le patient adulte

Scolarité adaptée chez le jeune patient

Mesures de protection

d. Idées reçues

Schizophrénie et violence peuvent être liées, mais corrélation n'est pas causalité ! Les violences sont souvent liées aux troubles associés à la SCZ, notamment les addictions (alcool +++). Le plus souvent, cette violence prend la forme d'une auto-agressivité, dont les tentatives de suicides sont prévalentes. De manière générale, les individus atteints de schizophrénies sont plus victimes qu'auteurs :

- 25% des malades ont été victimes de violence
- 3% de la population générale (J.Y. Choé, 2008)
- Soit 8 fois plus...

VII. QCMs

Concernant la schizophrénie de l'adolescent (une réponse juste)

- A. Les formes précoces sont associées à une sévérité moindre
- B. Les critères diagnostiques sont différents de l'adulte
- C. La schizophrénie est une pathologie neurodéveloppementale
- D. Les traitements médicamenteux sont à éviter
- E. Le cannabis aurait un effet neuroprotecteur

Réponse : C